がん検診事業のあり方について

令和6年7月

がん検診のあり方に関する検討会

目次

はじめに 4
第１章.　がん検診に関する基本的事項 5
　１．１.　がん検診の目的、健診・検診・診療の違い 5
　１．２.　がん検診の利益と不利益（表２） 5
　１．３.　検診実施の原則 6
　１．４.　がん対策としての国際的ながん検診のモデル （Organized screening)（※１、２、３、４） 8
第2章.　日本におけるがん検診 11
　２．１.　がん検診の歴史（表５） 11
　２．２.　がん検診に関連する法令等 12
　　（１）　市町村事業によるがん検診（住民検診） 12
　　（２）　職域検診 12
　　（３）　その他の検診 12
　２．３.　日本の目指すべきがん検診の実施方法 13
　　（１）　日本におけるがん検診の現状 13
　　（２）　日本で Organized screening を目指すための取組（基本計画の目標） 13
第3章.　がん検診における精度管理の手法 22
　３．１.　住民検診の精度管理手法 22
　　（１）　目標と標準の設定（第 1 段階） 22
　　（２）　質と達成度のモニタリング（第 2 段階） 27
　　（３）　指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階） 29
　　（４）　住民検診の精度管理上の留意点 30
　３．２.　職域検診の精度管理手法 33
　３．３.　精度管理における地域・職域連携 35
第4章　がん検診の受診率向上の手法 36
　４．１.　個別受診勧奨・再勧奨の徹底 36
　４．２.　その他の主な受診率向上対策 36
　　（１）　がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 37
　　（２）　対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 37
　　（３）　受診者の利便性向上に向けた取組 37
　　（４）　検診受診者、検診提供者へのインセンティブ 37
第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 39
　５．１.　事業評価の全体像 39
　５．２.　現在行われている事業評価（住民検診） 40
　５．３.　今後の検討課題 41
「がん検診事業の評価に関する研究」班　　班員名簿 42
別添１　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し 43
別添２－１　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋） 45

別添2－2　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）..... 48
別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期、第4期）の要点..... 49
別添4　指針で定めるがん検診の内容..... 53
別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和6年3月末時点）..... 55
別添6　プロセス指標の基準値一覧..... 133
別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答..... 142
別添8　「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年 3 月）」（抜粋）..... 169
別添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」に基づかない検診の実施状況（2022 年）..... 172
別添9－2－1　「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」..... 174
別添9－2－2　精検受診率（2020 年）..... 178
別添9－3　がん検診の受診率（都道府県別）（2022 年）..... 181
別添10　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見..... 184

はじめに

がん対策推進基本計画（第 4 期）では、がん死亡率減少を目的として「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が分野別目標の一つに掲げられ、「科学的根拠のある検診の実施」、「精度管理体制の整備」、「受診率向上」が求められている。このうち精度管理体制の整備については、「がん検診に関する検討会（平成 15～平成 20 年）」、「がん検診事業の評価に関する委員会(平成 19～20 年）」で検討され、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報告書（以下「報告書」という。）」で初めて方針が示された。これにより「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（以下「指針」という。）」が策定され、厚生労働省は「市町村事業によるがん検診（住民検診）」の実施主体である市区町村に対し、報告書に沿った精度管理を行うことを通知した（厚生労働省健康局長通知）。その後 10 年間で住民検診の体制整備は進み、精度管理水準は改善傾向にある。一方職域検診については、住民検診から 10 年遅れて「職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下「職域マニュアル」という。）」が公表され、国全体としての精度管理の取組がようやく始まった状況にある。

がん検診における精度管理は、「指標の設定」、「指標のモニタリング・評価」、「評価のフィードバックと改善」を繰り返すことが重要であり、精度管理水準の改善に応じて指標を修正することにより、更に高い精度を目指した適切な管理が可能となる。平成 20 年以降、国、厚生労働省研究班、国立がん研究センター等は連携してこれらの体制構築を進め、全国の精度管理指標のモニタリング、指標の見直しを行ってきた。またこの間に指針は必要に応じて改正された。これらにより、報告書策定当時と現在の精度管理状況に乖離が生じたため、今後の更なる精度管理水準の向上のために報告書改定版をまとめることとなった。

改定版では、地域・職域によらず全てのがん検診が適切に行われることを目指し、関係者が必要とする情報を体系的に示しており、これを参考にすることにより、がん死亡率減少に資する適切ながん検診が行われることを期待する。

第1章. がん検診に関する基本的事項

１．１． がん検診の目的、健診・検診・診療の違い

がん検診は当該がんの死亡率減少を目的として（※1）、無症状の健康な集団から当該がんの疑いのある者とない者を選別し、前者を適切な治療に、後者を次回の検診に導く一連のプログラムである（※2、3）。

一般的に健康診査には「健診」と「検診」があるが、「健診」は「健康づくりの観点から経時的に状態を把握することが望ましい検査群」であり、「検診」は「特定の疾患自体を確認するための検査群」である（※4）。「健診」では疾患のリスク因子を発見して生活習慣の改善に導くことが重要であり、「検診」では疾患を発見して適切な治療に導くことが重要である。

「健診」及び「検診」の対象は無症状の健康な者であり、対象疾患である者の割合（有病率）が低いため、検査の緊急性は低い。そのため、元々健康な者に対し、検査による不利益を与えないことが最優先される。一方「診療」は、有症状者が対象であり有病率や緊急性が高いため、正確に診断することが最優先され、不利益はある程度許容される（表1）。

以上のように「健診」、「検診」、「診療」は対象や目的が異なり、それによって重視すべきポイントも大きく異なる。そのため、それらの原則や効果を得るための要件が異なり、注意が必要である。これらを混同したままに検診を行うことは、検診の死亡率減少効果（利益）を妨げ、健常者の不利益を増加することにつながる（1．2．参照）。以上の背景をふまえ、本報告書では、がん死亡率減少を目的とした、がん対策としての「がん検診」について記述する。

※1 大腸がん検診、子宮頸がん検診では、前がん病変の発見による当該がんの罹患率減少も目的とする。

※2 がん検診の対象は当該臓器のがんであり、がん以外の疾患や当該臓器以外のがんは対象にならない。

※3 がん検診は「検査」以外にも複数の工程を含むプログラムであり、「対象者の設定」、「受診勧奨」、「要精検者（当該がんの疑いのある者）の特定」、「検診結果の通知」、「精密検査への誘導」、「精密検査結果の把握」、「検診結果の分析・評価」などにより構成される。

※4 厚生労働省「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）より引用・改変。

１．２． がん検診の利益と不利益（表2）

がん検診には利益と不利益がある。一般的に最大の利益は当該がんの死亡率減少である。しばしば発見率（受診者に対して発見されたがんの割合）が高いことが、がん検診の有効性の指標と誤解されるが、がん発見率が高い検査を実施しても死亡率が減少するとは限らない。つまり死亡率減少効果が確認されない限り、有効ながん検診とは評価できない。その他の利益として、がん検診でがんの疑いがないと判定された者が得られる安心が挙げられる。一方不利益としては、検診や精密検査（以下

「精検」という。）によって発生する偶発症、過剰診断による過剰治療や精神的負担の増加、偽陽性による精神的、身体的、経済的な負担、偽陰性による治療の遅れなどが挙げられる（※1、2）。

※1　偽陽性：がんがないにもかかわらず、がんの疑いがあると判定されること
偽陰性：がんがあるにもかかわらず、がんの疑いがないと判定されること
過剰診断：生命予後に影響しないがんを発見すること

※2　検診では偽陽性、偽陰性がともにゼロになることはなく、他の医療介入と同様に必ず不利益が起こる点に注意が必要である。

表1　健診・検診・診療の違い

	健診	検診	診療
	Health check up	Screening	Medical care
目的	疾患のリスクがある者をふるい分け、生活習慣の改善に導く 最終目標は疾病の発症及び重症化の予防	疾患の疑いがある者をふるい分け、適切な診断・治療に導く がん検診の最終目標はがんの死亡率減少	有症状者への適切な診断・治療
対象	無症状の健常者	無症状の健常者	症状のある者
有病率	低い	低い	高い
緊急性	低い	低い	高い
重視すべき点	不利益を最小限にすること	不利益を最小限にすること	正確に診断すること

表2　がん検診の利益と不利益

利益	不利益
がん死亡率減少 真陰性者の安心	検診・精検の偶発症 （バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など） 過剰診断 （過剰治療、精神的負担） 偽陽性 （本来不要な精検による精神的、身体的、経済的負担） 偽陰性 （治療の遅延など）

1．3．　検診実施の原則

検診の対象となる健常者は、症状のある患者とはリスクが異なること、検診には不利益が必発であ

ることなどから、検診には診療とは異なる原則が必要となる。

1968 年に世界保健機関（WHO）が公表した Wilson＆Jungner による検診実施の原則は、対策として検診導入を決定する際の基本的な原則である（表３－１）。その後の医療技術の進歩により新しい検査法やプログラムが開発されるなかで、追加的な原則が求められるようになった。2007 年に Andermann らは、過去 40 年間に諸外国から公表された原則をレビューして統合し、WHO から新たな原則として公表した（表３－２）。この原則には「消費者保護、情報に基づいた選択、科学的根拠に基づいた医療、費用対効果、品質保証、意思決定者の説明責任」など、近年関心が高い項目が反映されている。Wilson＆Jungner による原則を再検討する試みは現在でも続いている（別添１）。

表3-1　Wilson＆Jungnerによる検診実施の原則

	スクリーニングを計画する際の原則
1	スクリーニングの対象疾患は健康上の重要な問題である。
2	スクリーニングの結果、診断された疾患を有する患者のために、〔有益性が〕認められた治療法が存在する。
3	スクリーニングの結果診断された疾患に対して診断及び治療が可能な医療機関が存在する。
4	スクリーニングの対象疾患は症状が発現する前の、または初期症状を呈する段階があり、その段階での診断が可能である。
5	スクリーニングのための適切な検査または診察方法がある。
6	スクリーニングに用いられる検査は集団に受け入れられるものである〔（対象者に嫌がられるような検査ではない）〕。
7	スクリーニングの対象疾患は、症状が発現する前の段階から発症した段階に至るまでを含む自然史が十分に理解されている。
8	どのような者を患者として治療するかについて一致した方針がある。
9	患者の見つけ出し（診断から治療までを含む）の費用は、医療に支出される費用の全額と比べても経済的にバランスがとれている。
10	患者の見つけ出しは継続的に実施されるプロセスであり、「一度きり」の事業ではない。

出典：Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease Geneva: WHO; 1968.

表3-2　Andermann らによる検診実施の原則 （研究班訳）

	過去 40 年間に提案された原則の統合
1	検診プログラムの必要性が認識されている
2	検診の目的がはじめに定義されている
3	対象集団が定義されている
4	検診プログラムの科学的根拠がある
5	検診プログラムでは教育、検査、診療、プログラム管理が統合されている
6	検診の潜在的リスクを最小化するためのメカニズムを備えた精度管理が行われる
7	プログラムでは情報に基づいた選択、機密性、自律性が確保される
8	プログラムでは対象集団の公平性と検診へのアクセスが促進される
9	プログラムの評価がはじめから計画されている
10	検診の全体的な利益が不利益を上回る

出典： Anne Andermann, et.al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ. 2008.

１．４．　がん対策としての国際的ながん検診のモデル （Organized screening)（※１、２、３、４）

2003 年に欧州連合理事会（The Council of the European Union）は、Wilson＆Jungnerによる原則や国際的な好事例をふまえて、がん対策としての適切ながん検診実施方法に関する勧告を行った。勧告では、検診をプログラムとして行い（検査項目、検診間隔、対象者の定義等を文書化し公開すること）、かつ対策型検診（Population-based）の方式（適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する方式） で実施することとされた。現在この手法は「Organized screening」として EU や WHO から推奨されている。

Organized screening では、上記の定義のほかにも、高度なプログラム管理の必要性が要件として内包されており、実施チームが国あるいは地域レベルで設置され、プログラムの管理・評価を行う。さらに、マネジメントに必要な精度管理のガイドラインや仕組みも策定される。科学的根拠のある検診が、品質保証体制のもと高い質で提供されるため、高い受診率や精検受診率が維持される。つまり検診の全工程が組織化されることにより、検診の利益の最大化、不利益の最小化が期待できる（表4、※5）。今後日本においても「対策型検診」を Organized screening の水準に引き上げることが求められる（対策型検診の説明は第2章参照）。

表4　Organized screening と Opportunistic screening（任意型検診）の比較

	Organized screening	Opportunistic screening（任意型検診）
検診の目的	対象集団におけるがんの死亡率・罹患率の減少	個人レベルにおけるがんの死亡率・罹患率の減少

検診方法	確定している （政府等の公的組織が選択する）	確定していない （受診者や検診提供者が個々に選択する）
検査の感度	・感度が高い検査が選択されるとは限らない。 ・検査やプログラムの感度について目標が設定され、達成度がモニタリングされる	・一般的に感度の高い検査が選択される。 ・検査やプログラムの感度はモニタリングされない
検査の特異度	高いことが重視される （偽陽性に伴う不必要な精検による偶発症を避けるため）	あまり重視されない
検診間隔	確定している （合理的なコストの範囲で、集団の利益を最大化するように選択される）	確定していない （個人の利益が最大化されるように選択される。一般的に検診間隔は短くなる）
利用可能な財源	制限がある （医療費全体の支出とのバランスが考慮される）	個人の財源や加入する保険によって異なる
検査技術の評価	利益が不利益を上回ることの確認が必須	必ずしも有効性の実証は必要ない
品質保証	目標が設定され、その達成度がモニタリングされる 最高の質で検診が提供され、定期的に目標が見直される	質の目標は設定されない。 （もしくは目標があっても、その達成度はモニタリングされない）
受診率の目標	目標が設定され、その達成度がモニタリングされる。受診率が低い場合は組織的な改善が行われる	目標は設定されない。 （もしくは目標があっても、その達成度はモニタリングされない）
受診勧奨の対象者	確定している （検診対象者全員）	確定していない （かかりつけ医がいる者など、医療従事者と会う機会がある者のみ勧奨される）
受診勧奨の戦略	ある （対象者全員が勧奨される）	一貫した戦略はない
勧奨の対象者とがんリスク	検診により最も高い利益を受ける可能性のある年齢層が勧奨される	がんのリスクが低い者が勧奨され、高い者が勧奨されない可能性がありうる
受診機会の公平性	公平性は担保される	公平性が担保されることが望ましいが、医療資源の状況によっては公平性を欠く場合がある
検診の利益	対象集団の利益が最大化される	個人の利益が最大化される
検診の不利益	対象集団の不利益が最小化される	不利益は必ずしも最小化されない

※1 Hakama M, et al. Evaluation of screening programmes for gynecological cancer. Br J Cancer. 1985; 52: 669-73.

※2 Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC).OJ L 327: 34-38

※3 Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. World Health Organization; 2007.

※4 Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, First report. European Commission, 2008.

※5 Miles A, et al. A perspective from countries using organized screening programs. Cancer. 2004;101: 1201-13.

第2章.　日本におけるがん検診

２．１．　がん検診の歴史（表５）

昭和 56 年以降、悪性新生物（がん）はわが国の死亡原因の第 1 位であり、疾病対策上の最重要課題である。がん検診は昭和 30 年代から一部の地域で開始され、昭和 58 年から老人保健法に基づく老人保健事業として全国で行われるようになった。その後平成 10 年から平成 19 年まで、がん検診は老人保健事業から一般財源化され、法律に基づかない市町村事業として整理されたが、平成 20 年以降は健康増進法に基づく健康増進事業（市区町村の努力義務）として実施されている。

平成 19 年にがん対策基本法が施行され（平成 28 年改正）、同法第 10 条に基づいてがん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が策定された。基本計画は 5-6 年ごとに内容の見直しが行われ、直近では令和 5 年に第 4 期基本計画が閣議決定された。同法でがん検診は重要な基本的施策の一つに位置づけられている。

表５　がん検診に関わる法令の歴史

年次	
昭和 58 年（1983 年）	老人保健法施行、老人保健事業に基づく胃がん・子宮がん検診※1の開始
昭和 62 年（1987 年）	肺がん、乳がん、子宮体部がん検診※2, 3の開始
平成 4 年（1992 年）	大腸がん検診の開始
平成 10 年（1998 年）	がん検診に係る経費の一般財源化
	指針の策定※4 （厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）
平成 19 年（2007 年）	がん対策基本法施行、基本計画（第 1 期）の閣議決定
平成 20 年（2008 年）	がん検診が健康増進法に基づく健康増進事業に位置づけられる
	指針の一部改正※5 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 24 年（2012 年）	基本計画（第 2 期）の閣議決定
平成 25 年（2013 年）	指針の一部改正※3 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 28 年（2016 年）	がん対策基本法の一部改正
平成 30 年（2018 年）	基本計画（第 3 期）の閣議決定
令和 3 年（2021 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）
令和 5 年（2023 年）	基本計画（第 4 期）の閣議決定
令和 6 年（2024 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）

※1　検診内容は「子宮頸部の細胞診」。

※2　子宮体部がん検診の対象者:「子宮がん検診受診者のうち医師が必要と認める者（原則として、最近 6 か月以内の不正性器出血を訴えたことのある者で、50 歳以上の者、閉経以後の者、未妊婦であって月経不規則の者のいずれかに該当する者）」。

※3　平成 25 年に指針の一部改正において「子宮頸がん検診」に統一された。現在子宮体部のがん検診は国の検診事業に含まれていない。

※4、5 平成 10～19 年のがん検診事業は法律に基づかないものであったが、この間国は事業の重要性や適切な実施方法に関する情報提供を行うため、指針を策定した。平成 20 年にがん検診事業は健康増進法に基づく事業に位置づけられた。指針については随時改正されており、表5では代表的な改正のみ示す。

２．２．　がん検診に関連する法令等

住民検診には根拠となる法がある一方で、職域検診には存在しない。住民検診と職域検診の統合を目指す場合は、これに伴う法整備が必要となる。

（1）　市町村事業によるがん検診（住民検診）

市区町村が行う住民検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づく健康増進事業に位置づけられる（※1）。同事業の実施要領として「健康増進実施要領」、検診項目や運用体制に関しては指針が示されている。また、検診が満たすべき要件や検診結果等の情報の継続に関する考え方として「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」、検診の精度管理状況を適切に指導する方法として「健康診査管理指導事業実施のための指針」が示されている。各法令の詳細は別添２－１参照。

（2）　職域検診

職域における被用者等を対象としたがん検診は、保険者や事業主により福利厚生の一環として行われており明確な法的根拠はない（※2）。一方、近年の国民生活基礎調査によると、がん検診受診者の約半数は職域で受診しており、がん対策上職域検診の最適化は重要な課題である。これらの背景をふまえ第 3 期基本計画では職域検診のガイドライン作成・普及が目標に掲げられ、平成 30 年に職域マニュアルが公表された。同マニュアルでは職域検診で望ましい検診項目や精度管理手法等が示されている（第 3 章参照）。

（3）　その他の検診

上記以外のがん検診として、個人が任意で受けるがん検診（人間ドックなど）があり、基本的な検査項目、判定・事後指導区分、運用体制等について一部の学会で標準化を目指す取組が行われているが、現時点で法的根拠に基づいた規定はない。

※1 市区町村による健康増進事業以外のがん検診として、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第

13 条に基づいた妊婦健康診査の中で、妊娠初期の子宮頸がん検診（細胞診）が行われている

※2 保険者は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 20 条に基づいた特定健康診査を、事業主は労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条に基づいた健康診断を行っているが、がん検診はこれらに含まれていない。各法令の詳細は別添2−2参照。

２．３． 日本の目指すべきがん検診の実施方法

（1） 日本におけるがん検診の現状

がん検診は、本来 1 国 1 プログラムで行われるべきものであり、わが国のように多様な検診提供体制のある国はまれである。この多様な検診提供体制は、さまざまな概念・考え方に基づいて行われ、これまでがん検診に対する理解を妨げてきたが、便宜上「対策型検診」と「任意型検診」に大別されている。対策型検診は対象集団の死亡率を下げることを目的とし、公的資金を投じた公共政策として行われる。主に住民検診（※1）が該当する。一方、任意型検診には主に人間ドックが該当する。

職域検診が対策型と任意型のどちらに分類されるかは明確にされていない。第 3 期基本計画では職域検診に関するガイドラインの作成・普及が個別目標に含まれ、また令和 2 年 3 月の厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」中間報告書では、「職域におけるがん検診についても有効性・安全性の確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましい」とされている。さらに職域検診は特定健診等との同時実施が多いことを踏まえると、職域検診は対策型検診として捉えることが妥当と考えられる。

※1 住民検診は「集団検診方式」と「個別検診方式」に大別される。集団検診は主に保健センター、検診車、地域の集会所において、検診日時や場所が指定され集団で行われる方式である。一方個別検診は、自治体から委託された医療機関において、利用券方式等により個人単位でいつでも受診できる方式である。

（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（基本計画の目標）

日本でがん死亡率減少をより確実に達成するためには、対策型検診をより組織的に行い、対象人口全体に広げることが必要である。第 1～4 期の基本計画では一貫して、現在の対策型検診を Organized screening の水準に高めることが示されている。すなわち「科学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持すること、また、これら 3 要件の実施状況を総合的に評価（事業評価）し進捗を確認することである。第 4 期基本計画では、具体的な目標として、受診率 60%、精検受診率 90%が掲げられている（別添3）。これらの実現に向けて、国は関係者の役割を明確にし（表6）、関係者は役割を着実に果たすことが必要である。以下（２－１）～（２－３）に 3 要件の概要を示す。また、「（２－２）適切な精度管理の実施」、「（２－３）受診率向上」の詳細は第３～４章で示す。

表6　日本で Organized screening を目指すための取組事項、および関係組織

<table>
<tr><th colspan="3">取組事項</th><th>関係組織</th></tr>
<tr><td rowspan="4">科学的根拠に基づく
がん検診の
実施</td><td colspan="2">がん検診の有効性の検討</td><td>国立がん研究センター、AMED 研究班、
がん検診関連学会など</td></tr>
<tr><td colspan="2">ガイドライン作成</td><td>国立がん研究センター、がん検診関連学会
など</td></tr>
<tr><td colspan="2">対策型検診としての推奨決定</td><td>国（厚生労働省）</td></tr>
<tr><td colspan="2">推奨に基づくがん検診の提供</td><td>検診提供者（市区町村、保険者、事業主）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">適切な精度管理
の実施</td><td rowspan="3">精度管理
指標・手法の
検討・決定</td><td>検診体制に関する
ガイドラインの作成</td><td>がん検診関連学会など</td></tr>
<tr><td>精度管理指標・手法
の検討</td><td>国立がん研究センター、厚生労働省研究班
など</td></tr>
<tr><td>精度管理指標・手法
の決定</td><td>国（厚生労働省）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">精度管理の
実行</td><td>精度管理指標による
モニタリング</td><td>【自己点検】
・検診提供者（市区町村、保険者、事業主）
・検診受託施設（検診機関、医療機関）
・都道府県
【管轄地域のモニタリング】
・都道府県、生活習慣病検診等管理指導協
議会 a)</td></tr>
<tr><td>指標の分析・評価、
改善策の策定</td><td>・国、都道府県、生活習慣病検診等管理指導
協議会 a)
・その他の協力組織（地域・職域連携推進協
議会b)、保険者協議会c)、都道府県医師会、
地区医師会、保健所、国立がん研究センター
などの専門機関など）</td></tr>
<tr><td>改善策の実行</td><td>・全ての検診関係者</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受診率向上</td><td colspan="2">正確な受診率の把握</td><td>国、都道府県、
検診提供者（市区町村、保険者、事業主）</td></tr>
<tr><td colspan="2">効果的な受診率向上施策の策定</td><td>【国全体の施策】
・国、厚生労働省研究班など
【管轄地域の施策】
・都道府県、生活習慣病検診等管理指導協
議会 a)、その他の協力組織</td></tr>
<tr><td colspan="2">受診率向上施策の実施</td><td>検診提供者（市区町村、保険者、事業主）</td></tr>
</table>

a）生活習慣病検診等管理指導協議会

「健康診査管理指導事業実施のための指針」に基づいて都道府県が設置する組織。
がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、検診方法や精度管理について、市区町村、医療保険者、検診機関に専門的な指導を行うことを目的とする。がん検診の分野では、同協議会のもとに胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会がある。各がん部会は都道府県の諮問により、管区内市区町村や検診機関の精度管理状況を分析し報告する。さらに同協議会は職域検診も可能な限り対象として、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等との連携のもと、その精度管理の実態や受診率等について把握し、事業の総合的な推進を図るよう努めるものとする。（別添２－１参照）

b）地域・職域連携推進協議会
「地域保健法第 4 条に基づく基本指針」及び「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」に基づいて、都道府県及び二次医療圏単位で設置された組織。
地域・職域連携推進事業の企画・実施・評価等における関係機関の合意形成で中核的役割を果たす。協議会では、健康づくりを支援する社会環境の整備として自治体、事業者、保険者等の関係者が相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解の下、それぞれが保有する保健医療資源を相互活用、保健事業の共同実施等により連携体制を構築する。
出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変

c）保険者協議会
「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、都道府県ごとに設置された組織。
特定健診・保健指導の実施率向上対策のほか、保険者横断的な医療費の調査分析や特定健診データの保険者間での提供の推進、保険者横断的な予防・健康づくり等の取組を行う。具体的には、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者等の関係者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等の調査・分析を行う。保険者協議会が地域職域・連携推進協議会に、特定健診・保健指導に関する実施体制や医療費等の分析結果等から得られた現状・課題を情報提供することにより、都道府県の健康課題が明確化され、当該課題に即した連携事業のテーマ設定を行い事業展開につなげることが可能となる。
出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変

（２－１） 科学的根拠に基づいたがん検診の実施

① がん検診の有効性の検討、対策型検診としての推奨決定

国立がん研究センターは国内外の研究を系統的に検索し、検診の有効性や利益・不利益バランス等を科学的に評価する。そのうえで検診内容（検査項目、対象年齢、受診間隔）について、対策型検診としての推奨レベルを「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」にまとめる。
国は、同ガイドラインで推奨された検診内容の実行可能性を検討し、実行可能と判断された場合は対策型検診としての実施を決定する。

②推奨に基づくがん検診の提供

（住民検診）

国は指針の中で、対策型検診として推奨する検査項目、対象年齢、受診間隔等を周知する。検診実施主体である市区町村は指針に沿った検診を行う(※2、3、4)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※2 指針で推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性があるため提供しないことが重要である。都道府県は、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、生活習慣病検診等管理指導協議会を活用して必要な働きかけを行うことが求められる。

※3 指針では「がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮したうえで受診を検討することが望ましい」とされ、検診提供者（市区町村、検診機関）は、「対象者にがん検診の利益・不利益の説明を行うこと」が求められている。

※4 指針で推奨されない検診が行われる背景要因の一つとして、検診の有効性指標や不利益への理解が不足していることが挙げられるため、国、都道府県、市区町村は、これらの理解向上にむけた普及啓発活動の実施が求められる。

（職域検診）

国は職域マニュアルの中で、職域検診として望ましい検診内容を示している。検診提供者である保険者や事業主は、職域マニュアルを参考にしてがん検診の検査項目や受診間隔等を決定するよう求められている(※5)。

※5 職域マニュアルで推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性がある。そのために、検診提供者（保険者、事業主）は検診の利益・不利益を理解し、対象者に十分に説明することが必要である。

（2－2） 適切な精度管理の実施

① 検診精度管理の意義

がん検診には事前準備から検診終了後のデータ分析までの一連のプロセスがあり（図1）、がん検診における精度管理とは、各プロセスが適切に行われているかを検証することを指す。精度管理が適切に行われない場合、利益よりも不利益が増大する（表7）。

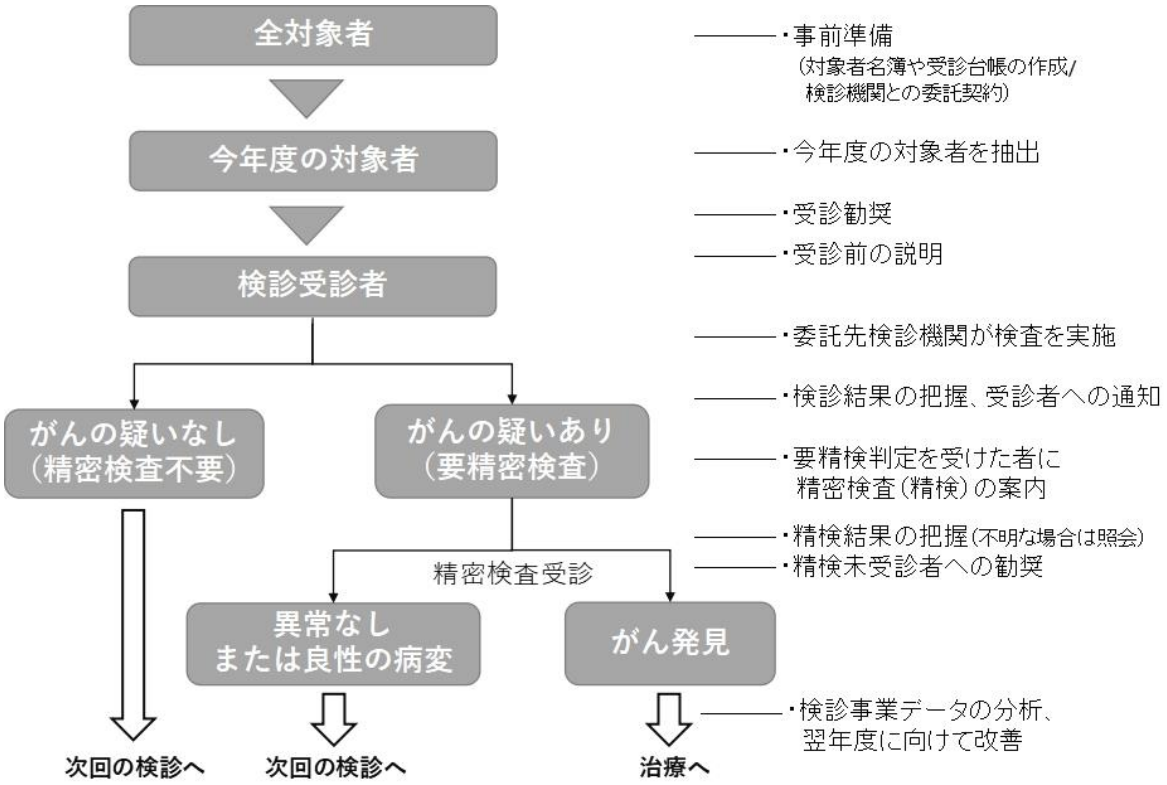


図1　がん検診の主な手順

表7　精度管理の欠如で想定される不利益の例

精度管理の欠如	想定される不利益
対象者名簿がない （年齢・受診間隔・前回の検診結果等を管理していない）	・今年受けるべき者が検診を受診しない （がんの死亡リスクが減少しない）
	・今年受ける必要の無い者が受診する （偽陽性判定、精検受診による心身のダメージ、医療資源の浪費）
検診対象に有症状者が混在する （受診前の説明や問診に不備）	・有症状者の治療の遅れ ・医療資源、検診予算の浪費
要精検判定を受けた者が精検を受診しない	・検診によりがんが発見できない ・要精検判定の妥当性、発見率等の評価が正しく実施できない
委託先検診機関の体制等を把握・確認していない	・検診の質低下 ・偽陽性、偽陰性、検査による偶発症のリスク上昇

② 精度管理の手法 【詳細は第3章参照】

がん検診における精度管理の考え方は、工場等で製品の質を高めるために用いられる品質管理と同様である。精度管理の本質は、「目標と標準の設定」、「質と達成度のモニタリング」、「指標

の分析・評価、改善に向けた取組」の 3 段階を繰り返すことにより、精度管理水準の底上げを持続的に図ることである（図2）。国は各段階について関係者の役割を明確にし、関係者は役割を確実に果たすことが求められる。

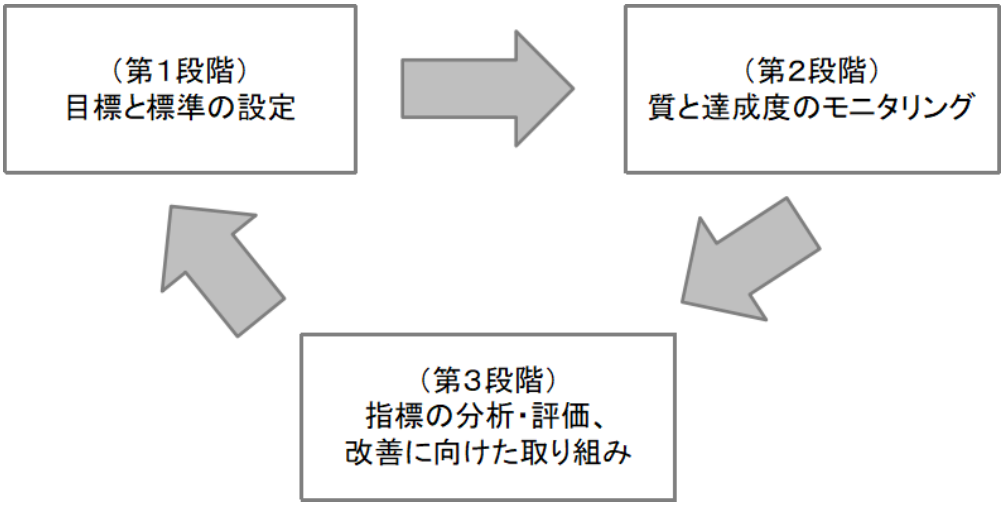


図2　精度管理手法の考え方

（2－3） 受診率の向上

第 4 期基本計画では、対策型検診の受診率 60%を目標にしている。受診率向上にあたり、受診者数（率）が正確に把握される仕組みは必須であり、そのうえで、受診者数を増やす取組が求められる。

① 正確な受診率の把握

○現在の受診率把握の方法と問題点（表8）

日本におけるがん検診には住民検診、職域検診、および人間ドックで行われる検診等があるが、このうち実測値の受診率が把握されているのは住民検診のみである。住民検診の受診率は「地域保健・健康増進事業報告（以下「事業報告」という。）」（※6）により、都道府県/市区町村別に毎年把握できる。住民検診における受診率を市区町村間で比較するには、比較可能な指標で受診率を算定することが必要である。住民検診では自治体間で対象者の定義が統一されておらず、受診率の算定法が異なっていることが問題であったが、平成 27 年から対象者（受診率算定の分母）の定義が「全住民」に統一された。

一方、全てのがん検診の推計受診率は「国民生活基礎調査」で 3 年毎に把握される。この受診率はアンケートにより算出されるため、回答者の解釈によるがん検診以外で受けた検査が混在している可能性や、一部推奨されていない検査法が含まれており、過大評価されやすく、比較する場合は注意が必要となる。

※6　地域保健・健康増進事業報告

地域保健事業や健康増進事業の結果を市区町村ごとに報告するもの。地域保健施策を効率的・効果的に推進するための基礎資料を得ることを目的として行われる。

表8 「国民生活基礎調査」と「事業報告」による受診率の算定方法、注意点

	国民生活基礎調査による受診率	事業報告による受診率
意味	住民検診、職域検診、人間ドック等を含む全ての検診の受診率（推計値）	住民検診のみの受診率（実測値）
受診率の算定方法	（分母）調査の回答者数	（分母）全住民（※8）
	（分子）検診を「受診した」と回答した者の数	（分子）住民検診の受診者数
公表間隔	3 年に一度	毎年度
活用目的	基本計画の個別目標の進捗指標（※7）	自治体別の受診率を比較し、受診率向上対策が不十分な地域に改善を促す
解釈上の注意点	受診率が過大評価されやすい ・回答者の解釈により、検診以外の検査が受診率に混在する可能性がある ・指針で推奨されていない検診が受診率に算定される	住民検診の対象者は平成 27 年以降に「全住民」に統一されたが、それ以前は各市区町村が独自に定義していた。そのため、平成 27 年前後の受診率の比較には注意が必要。

※7 第 2 期基本計画以降、受診率は他国との比較も踏まえ 69 歳を上限として算定されている

※8 市区町村間で住民検診の受診率を比較する際には、「全住民」の他に「国民健康保険加入者数」も分母（対象者）として利用される（表9）

○住民検診の受診率－市区町村間で比較可能な受診率の算定方法

住民検診では自治体間の受診率を比較可能にするため、全住民が対象者として定義される。一方、全住民に占める職域検診受診者の割合は地域で異なり、全住民を受診率算定の分母にすると、職域検診受診者が多い地域では見かけ上受診率が低くなる可能性がある。そのため、自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法が平成 30 年から追加された（表9、指標1）（※9）。

※9 指標1は市区町村間の受診率の比較性を担保するための手法であり、「国民健康保険被保険のみを検診対象にする」ことを意味しない。住民検診の対象は全住民であり、市区町村は、職域検診関係者と連携するなどして、国民健康保険被保険者以外の住民に対しても、同様に受診勧奨をすべきである。

表9　市区町村間で比較可能な受診率の指標

	指標1	指標2
受診率の算定方法	（分母）全住民のうち、国民健康保険被保険者数	（分母）全住民
	（分子）住民検診受診者のうち、国民健康保険被保険者数	（分子）住民検診の受診者数

出典：厚生労働省「がん検診受診率等に関するワーキンググループ報告書（平成 28 年 9 月）」

② 効果的な受診率向上施策 【詳細は第4章参照】

受診率向上施策について第４期基本計画では、「国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する」としている。受診率向上施策には様々な手法があるが、科学的根拠があり（表１０）、組織型検診でも用いられている個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）を着実に行うことが求められる。

表１０　乳がん検診・子宮頸がん検診・大腸がん検診の受診率対策に関する科学的根拠（CDC）

対象者への介入（アプローチ）方法	乳がん検診	子宮頸がん検診	大腸がん検診
手紙や電話などによる勧奨・再勧奨（コール・リコール）	**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**

出典：The Community　Guide（CDC）

＜https://www.thecommunityguide.org/content/task-force-findings-cancer-prevention-and-control＞（最終アクセス 2020 年 12 月 25 日）

第3章.　がん検診における精度管理の手法

がん検診における精度管理手法は、「目標と標準の設定（第 1 段階）」、「質と達成度のモニタリング（第 2 段階）」、「指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）」より構成され、これらを繰り返すことにより検診の質の底上げを目指す。各段階における関係者の役割と具体的な実施内容を以下に示す。

３．１．　住民検診の精度管理手法

（1）　目標と標準の設定（第 1 段階）

国は、検診の質を測る指標（精度管理指標）と到達目標を設定し、状況に応じて見直しを行う。精度管理指標には「技術・体制指標」、「プロセス指標」、「アウトカム指標」がある（表１１）。がん検診の目的はがんの死亡率減少であるため、検診のアウトカム指標にはがん死亡率を用いるべきである。ただし検診の成果が死亡率に反映されるには長い時間がかかるため、短期指標として「技術・体制指標」と「プロセス指標」を用いる。

表１１　精度管理指標の種類

	指標の内容
技術・体制的指標	検診実施機関の体制の確保（設備、医師・技師等）、 実施手順の確立等
プロセス指標	がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率、感度、特異度、がん有病割合等
アウトカム指標	がん死亡率

（1－1）　技術・体制指標

「技術・体制指標」とは、がん検診の質の担保に必要な最低限の技術・体制である。指針には「事業評価のためのチェックリスト（以下「チェックリスト」という。）」が示されており、国立がん研究センターがまとめている（別添5、※1）。チェックリストには都道府県用、市区町村用、検診機関用の 3 種類がある。このうち、「市区町村用チェックリスト」の別添に、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」があり、市区町村と検診機関が委託契約時に交わす仕様書の必須要件が示されている（※2）。

都道府県、市区町村、検診機関はそれぞれのチェックリスト項目に従って体制を整備し、定期的に達成状況を自己点検する。チェックリスト項目の中には、都道府県/市区町村/検診機関がそれぞれ単独では達成できず、お互いの連携が必要な項目も含まれる。また地域によっては、地区医師会等の協

力がないと達成が難しい項目もある。対策型検診の全関係者は、必要に応じて連携しながら、全チェックリスト項目の達成を目指す必要がある。

※1　チェックリストは国の指針変更や関連学会の規約変更に応じて定期的な見直しが行われている。最新のチェックリストについては下記を参照のこと。
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」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

※2　市町村が民間事業者にがん検診を委託する際には、原則として一般競争入札による契約によるが、仕様書に委託基準等を明確に示さずに行った場合には、検診の質にかかわらず最低価格で入札した検診機関が落札することになり、結果として検診の質が下がるおそれがある。そのため、仕様書には「検診機関用チェックリスト」の事項を参考に、設備、人員、運営等に係る基準等を盛り込むことが必要である。

（1－2） プロセス指標

がん検診の長期的なアウトカムはがん死亡率だが、有効性の確立したがん検診では、短期的には最終目標に至るまでの過程（プロセス）の改善を継続して測ることが望ましく、プロセス指標を用いた評価が求められる。がん検診の精度管理においては、まずプロセス指標を適切に算出することが重要である。さらに、プロセス指標の意味と活用方法を理解したうえで（表１２）、基準値と乖離する項目については、その原因と改善策を検討する（別添６）。プロセス指標値の異常には複合的な要因が関与していることが多いため、この検討を行う際は、市区町村を指導・助言する立場にある都道府県が、専門家の意見をもとに俯瞰的観点から主導することが望ましい。また、検診機関ごとにプロセス指標値を算定し、定期的な評価を行うことは、検診の質を高めるうえで重要である。

平成 20 年以降、プロセス指標は改善しており、報告書の基準値を多くの自治体が満たしたことから、さらなる質の向上を目指すため、プロセス指標の基準値の見直しを行った。設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を 90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3 以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の 2 年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

基準値の対象年齢は、胃がん：50-74(69)歳、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74(69)歳、子宮頸がん：20-74(69)歳、20-39 歳、40-74(69)歳とした。子宮頸がんは対象となる年齢の幅が広く、対象集団における平均的ながん罹患リスクを１つに設定することが難しいため、上記のように対象年齢を分類した。

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を別添６の表７（上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただき

たい。

表12 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】	各指標値の評価	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
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 【要精検者数／受診者数×100】	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	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
			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
精検受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか 【精検受診者数／要精検者数×100】	高いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、がん発見率を適切に評価できない）	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
精検未受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか 【未受診者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	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	

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 【未把握者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	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）	
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 【がんであった者／受診者数×100】	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	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	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
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】	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	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	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して判定している可能性がある）

【出典】 国立がん研究センター「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)」より引用・改変

（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階）

（2－1） 技術・体制指標のモニタリング（チェックリストの遵守状況調査）

①モニタリング方法

チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する（※3）。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。

※3 市区町村が単独で検診機関の遵守状況を把握できない場合は、都道府県が把握した情報を市区町村に共有すればよい。

②モニタリングの注意点

モニタリング（調査）では、回答者の解釈のばらつきを防ぐため、各項目の回答基準を統一する。国と都道府県は、チェックリストに対する検診担当者の理解を上げる取組を行う。具体的には、国はチェックリストの意義や項目の解釈、達成方法等についてのマニュアルを作成し、都道府県が研修会により普及啓発する、などが考えられる。

（2－2） プロセス指標のモニタリング

①モニタリング方法

都道府県と市区町村は、事業報告）に基づいて、都道府県別/市区町村別のプロセス指標値を把握する。（※4）また、検診機関から報告される検診結果別人数に基づいて、検診機関別のプロセス指標値を把握する（※5）。国は各都道府県のプロセス指標値を把握する。

プロセス指標値は性別、年齢 5 歳階級別、過去の受診歴別に把握する。

※4 事業報告の流れ事業報告の流れを図3に示す。市区町村から国への報告、及び国からの公表は 2 回に分けて行われる。これは市区町村が精検の最終結果を把握するまでに時間がかかるため、国への報告時期を遅らせて、把握漏れがないようにするためである。

※5 市区町村が単独で検診機関のデータを把握できない場合は、都道府県が把握したデータを市区町村に共有すればよい。なお、都道府県から市区町村にデータ共有を行う際は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」（以下「個人情報保護法」という。）に基づき対応する。

②モニタリングの注意点

プロセス指標の精度を担保するため、検診結果別人数は定義を統一し標準化した手法で回収する必要がある。具体的には下記の取組が必要である

- 市区町村は精検未受診率、精検未把握率を下げる取組を行い、要精検者の最終結果を漏れなく把握する。
- 市区町村は、「地域保健・健康増進事業報告」作成要領で示された定義に沿って検診結果を収集する。
- 市区町村は検診開始前に地域の検診関係者（委託先検診機関、精検機関、地区医師会等）に作成要領の内容を周知し、作成要領に沿った結果報告を依頼する。国が作成要領を変更する場合、管轄部署に事前周知するため、自治体は変更点を把握してデータ収集体制を整備することが必要である。

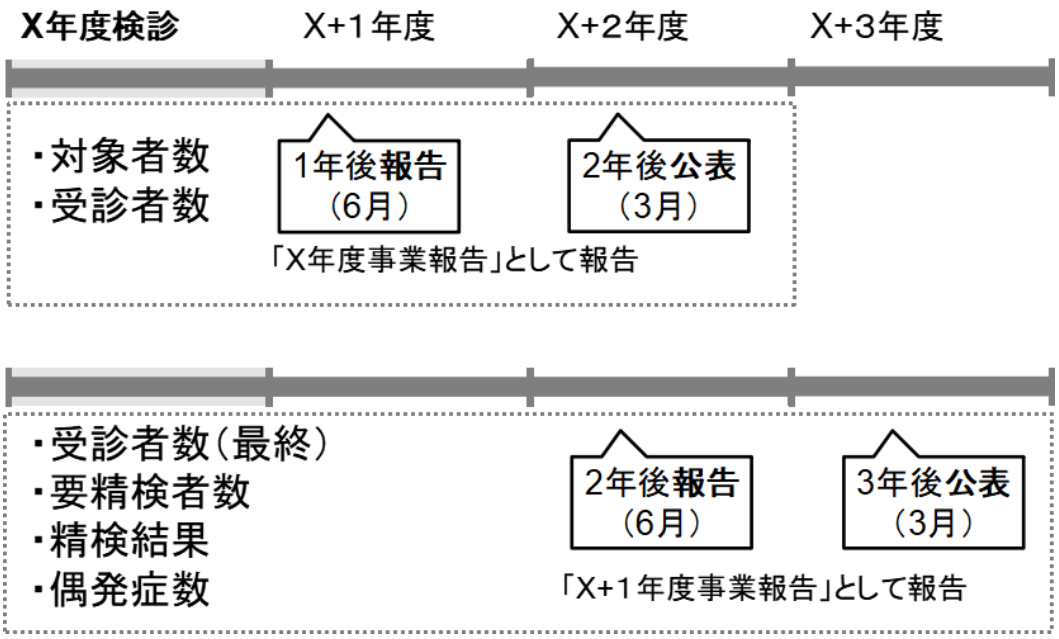


図3 「地域保健・健康増進事業報告」の報告時期および公表時期

（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）

（3－1） 評価のフィードバックと公表（図4）

都道府

県は管区内市区町村、検診機関の指標を分析・評価（※6）し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。また、評価と改善策を市区町村、検診機関にフィードバックし（※7、8）、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う（※9）。さらに、フィードバック内容を住民に公表する（※10）。これらの取組は専門的見地から適切に行う必要があるため、都道府県は生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）等に取組内容を諮問し、助言を得て実行する。

国は、各都道府県の指標を分析・評価し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。評価と改善策を各都道府県にフィードバックし、その内容を国民に公表する。また、国は都道府県が適切に精度管理評価や改善指導を行えるよう、具体的手法や好事例を示したマニュアル等を作成する。これらは、厚生労働省研究班、国立がん研究センター、がん検診関連学会等の助言を得て行う。

※6 指標の分析・評価として、全国や他都道府県との比較、県内市町村間/検診機関間のばらつきの確認などを行う。評価の低いもしくは指標に疑義のある場合（チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合）に、聞き取り調査や現場訪問を行い、原因（ばらつきの原因が体制の違いによるものか、対象集団の特性の差異によるものかなど）を検討し、問題の所在を明らかにする。

※7 フィードバックは資料配布や説明会の開催などにより行う。改善の取組を依頼するとともに、必要な技術的支援と指導等を実施する。

※8 市区町村が単独で検診機関の分析・評価・フィードバックを実施出来ない場合は、都道府県が行った分析・フィードバックを市区町村に共有すればよい。

※9 精度管理改善には当事者の市区町村や検診機関の自助努力のほか、地域のがん検診関係者の協力が必要である。都道府県は県医師会や地区医師会等の検診関係者にも必要な情報を共有し、協力を依頼する。また、広域的、専門的かつ技術的拠点である保健所は、市区町村の支援や検診機関の指導等に積極的に協力する。

※10 公表の目的は、改善の取組を促すことと、検診の質について住民が自ら判断できるようにすることであるため、都道府県名、市区町村名、検診機関名を付記して分かりやすく公表することが求められる。

（3－2） 改善策の実行

都道府県、市区町村、検診機関はフィードバック内容に従って改善策を実行する。

（3－3） 改善状況の確認

都道府県は管区内の改善度を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。特に、検診機関が、精度管理上の問題が認められるにもかかわらず改善措置をとらない場合は、検診を委託することが適切でない旨の情報提供を市町村に対し行う。国は専門機関の助言のもとで各都道府県の改善度を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。

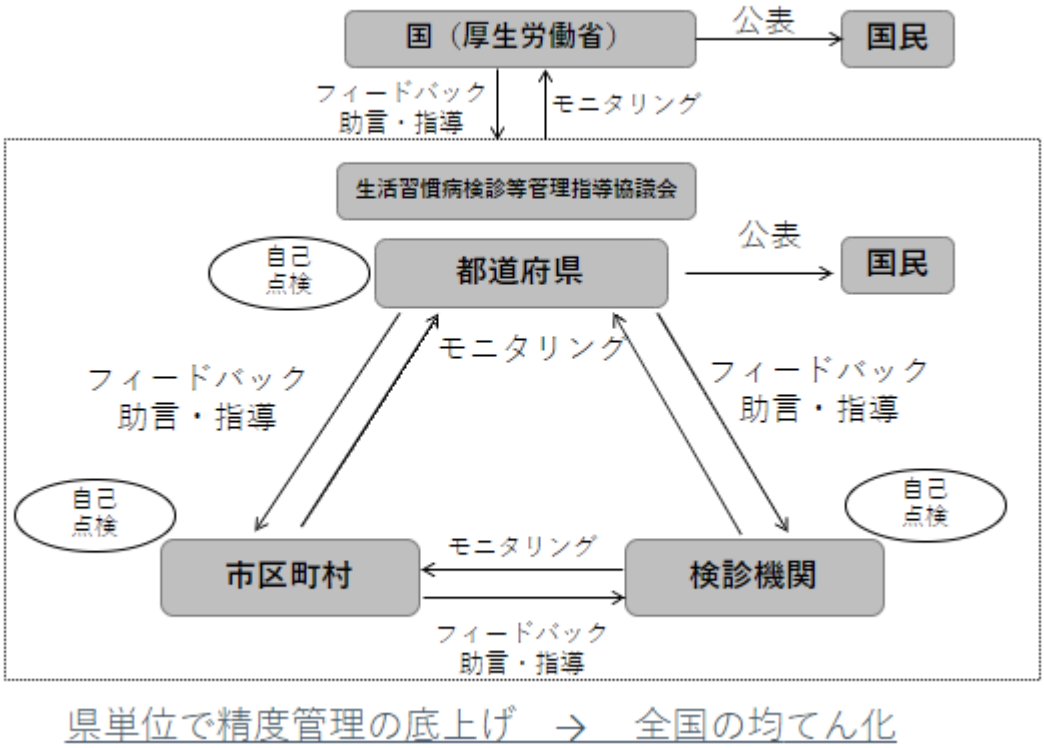


図4　住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像

（4） 住民検診の精度管理上の留意点

（4－1） 集団検診と個別検診における精度管理の特徴

検診の提供体制には集団検診方式と個別検診方式がある（表13）。集団検診では契約施設が少なく検診体制が統一しやすいため、比較的精度管理が容易である。一方、個別検診では、関与する組織が多いため（図5）体制統一がしにくく、精度管理が難しい。

個別検診における検診機関の定義は、「実際に検診を受託する個々の医療機関（診療所やクリニックなども含む）」（※11）である。従って個別検診では各医療機関が精度管理の対象となり、各々において「検診機関用チェックリスト」に準じた体制整備が求められる。ただし、地域によっては、地区医師会を 1 検診機関として扱い、各医師会において加盟医療機関の体制統一を進めることで、より円滑に精

度管理が行える可能性がある。地区医師会がどの程度精度管理に協力できるかは地域差があるが、自治体は日頃から地区医師会等に対し、対策型検診の意義や精度管理の必要性を説明し、精度管理への協力体制を準備しておくことが求められる。

※11 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

表13 集団検診と個別検診の特徴

	集団検診	個別検診
定義（※）	検診日時、検診場所を設定して、集団で行う検診方式のこと	医療機関等において利用券方式等により、個人単位でいつでも受けられる検診方式のこと
会場	保健センター、地域の集会所、検診車など	各医療機関
受診者の利便性	日時や場所が指定されることで、受診者の自由度は低め	個人の都合で日時や場所を決められるため、比較的受診しやすい
精度管理のしやすさ	契約施設が限定されており、検診体制の統一が比較的容易	医療機関数が多く契約形態も多岐に渡るため、体制統一が難しい。

※出典：「地域保健・健康増進事業報告」作成要領

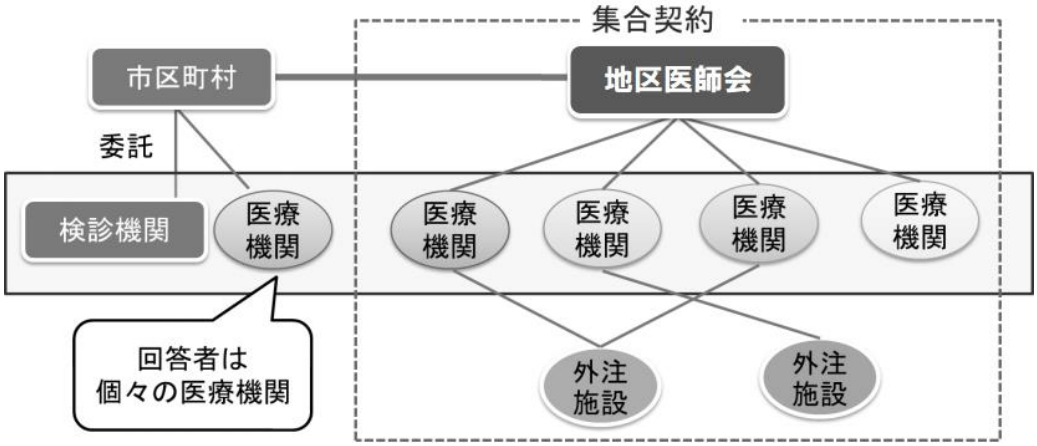


図5 個別検診の関係組織（模式図）

（4－2） 精検受診率向上対策

がん検診は、がんの疑いがある者を適切に診断・治療することにより当該がんの死亡率を下げるものであり、精検受診率は最も重要な精度管理指標の一つである。第 4 期基本計画では「精検受診率90%達成」が個別目標の一つに掲げられている。

精検受診率対策には、精検未受診率および精検未把握率を下げる対策があるが、取り組む内容が異なるため、市区町村は双方を定義（※12）に従って正確に分類し、優先度が高い方から対策を始める。

〇精検未受診率を下げる主な対策

精検受診勧奨を強化する（精検未受診者を正確に特定したうえで効率よく勧奨する。精検未受診率が高い集団の特性や未受診の理由を調査し、課題に応じた解決策を検討する）。また、受診可能な精検機関名のリストを配布するなど、要精検者の利便性向上に努める。さらに、要精検となったら必ず精検を受けることについて、検診実施前に住民に説明するなど、精検受診の必要性を周知徹底する。

〇精検未把握率を下げる主な対策

精検結果の回収率を上げる（精検結果の回収経路や回収方法を見直す）。精検結果回収に関わる機関（がん診療連携拠点病院、精検機関、地区医師会など）に精検結果回収への協力を依頼する。精検結果報告書の様式を簡略化し都道府県内で統一する。

※12 精検受診、未受診、未把握の定義

【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・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。

【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（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）及び精検として不適切な検査（※13）が行われたもの。

【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※13 不適切な精検

大腸がん検診では便潜血検査の再検、肺がん検診では喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診再検、子宮頸がん検診では ASC-US を除く要精検者に対する、細胞診のみの再検など。

（4－3） 精検結果の回収における個人情報の考え方

精検結果はがん検診の精度管理において必要不可欠な情報であることから、精検（治療）機関は市

区町村や検診機関の求めに応じて情報提供を行う。

地方公共団体等への精検結果の提供は個人情報保護法において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（第 18 条第3項第 3 号）」に該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされている。またその具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と明記されている。従って、精検機関が精検結果を市区町村もしくは、市区町村から委託された検診機関に返却することは法的に問題はない。

都道府県や市区町村はこれらを踏まえて、検診関係者（検診機関、精検機関、地区医師会など）に精検結果回収への協力を依頼するとともに、受診者に対しても、精検結果回収の重要性について十分に説明することが必要である。

（4－4） その他の留意点

がん検診精度管理に関する自治体からの照会及び回答を別添7に示す。

３．２． 職域検診の精度管理手法

職域におけるがん検診の精度管理に関して、現状ではその方法や役割は示されていないが、将来的には住民検診と同様のシステムを構築することが、職域におけるがん検診のマニュアルの中で求められている(別添８）。このマニュアルでは保険者・事業主が整備すべき体制の参考として「精度管理のためのチェックリスト」が示されており、委託先検診機関の選定基準として「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が示されている。職域検診の実施主体である保険者と事業主が連携してチェックリストを遵守することにより、検診技術・体制の質の向上が期待できる。ただし現状では、保険者と事業主の精度管理上の役割分担や連携方法が示されておらず、チェックリストが殆ど活用されていない。今後は関係者との協議のうえ、具体的な運用方法（モニタリングおよび評価・改善・指導）を構築する必要がある。

職域におけるがん検診の精度管理を行ううえで、保険者や事業主はがん検診の結果など健康情報の取扱いのために、個人情報保護法や各種ガイドラインに留意する必要がある（別添８）。また事業主は労使の協議により、各種情報を取り扱う目的、方法、権限等について取扱い規定に定め、労働者に周知する必要がある（※1）。健康情報等の取扱いを担当する者は、人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にあるものや産業保健業務従事者等になるが、法令により守秘義務を課されていない者が健康情報等を取り扱う場合には、あらかじめ、取扱規定などにおいて、健康情報等を扱う者の守秘義務について取り決めることが望まれる。また、事業主は健康情報の取扱いを外部に委託する場合もあるが、情報の取扱いの範囲を明確にしたうえで、委託先において取扱規定の趣旨を理解し、取扱規定に沿って健康情報等を適切に取り扱うことを含めた安全管理措置を講じるよう、委託契約を締結する必要がある。さらに、事業主においては、この安全管理措置が確実に実施されるよう、委託先に対する必要かつ適切な監督

を行う必要がある。

※1 「事業場における労働者の健康情報等の取扱規定を策定するための手引き （令和元年 3 月、厚生労働省）」

３．３．　精度管理における地域・職域連携

「生活習慣病検診等管理指導協議会」、「地域・職域連携推進協議会」、「保険者協議会」のような既存の組織を活用し、下記の地域・職域連携を進める方策が考えられる。

・「生活習慣病検診等管理指導協議会」は「地域・職域連携推進協議会」、「保険者協議会」の協力を得たうえで、職場等における検査項目や精度管理指標の把握を行う（※１）。
・ 都道府県や市町村は、検診機関毎の精度管理状況について、保険者や事業主に情報提供を行う。

※１ 「健康診査管理指導等事業実施のための指針」によると、「生活習慣病検診等管理指導協議会」は職域検診も可能な限り対象として、「地域・職域連携推進協議会」や「保険者協議会」等と連携しながら精度管理の実態や受診率を把握し、事業の総合的な推進を図ることが求められている。

第4章　がん検診の受診率向上の手法

受診率向上対策としてはまず受診者数（率）を正確に把握したうえで、受診者数を増やす取組が必要である。前者は第 2 章で詳述したため、本章では後者について示す。

受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策として、個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）がある。

４．１．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底

市区町村・保険者・事業主は、対象者全員の氏名を記載した名簿の作成、電話や手紙による対象者個人への受診勧奨、未受診者への再勧奨を徹底する。そのうえで受診勧奨の内容や効率的に行う工夫については、各地域の実情に合わせて検討する。例えば、厚生労働省が「受診率向上政策ハンドブック（第 3 版）」で紹介している、がん検診の受診率向上効果が実証された事例を参考にする。また職域マニュアルでは以下の地域・職域連携により、職域の受診機会がない者が住民検診を受けられる体制を整備することが求められている。

- 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等したうえで、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
- 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける

４．２．　その他の主な受診率向上対策

（1）　がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組

がん検診は診療と異なり無症状者が受けるべきものだが、「がん対策に関する世論調査（令和 5 年度、内閣府）」ではがん検診を受診しない理由として、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」、「費用がかかり経済的にも負担になる」、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり、必要性を感じない」が上位に挙げられている。これは国民の間で「がん検診」と「診療」が混同されている状況が示唆され、がん検診の意味について更なる情報提供が必要である（※1）。

※1　がん検診には不利益が存在するため、国民はがん検診の利益と不利益を理解したうえで、受診の有無を意思決定することが望ましい。そのためには、検診提供者がこれらの知識を正しく理解し、国民（検診対象者）に分かりやすく伝える必要がある。国は、検診提供者・検診対象者双方の理解促進を支援する資材開発や、双方の理解度の確認方法等について検討する。

（2） 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施

高齢者は若年者と比べ、がん検診の不利益が利益を上回る可能性がある。諸外国ではがん検診を推奨する年齢に上限を設けており、日本の住民検診においても、指針において、対象者全員の受診機会が用意されたうえで、受診を特に推奨する者を 69 歳以下の者、HPV検査単独法による子宮頸がん検診については、60 歳以下の者としている。

（3） 受診者の利便性向上に向けた取組

受診者の利便性を上げる取組としては、休日・早朝・夜間における検診の実施、特定健診との同時実施、勤務時間内に検診を受診できる体制の整備（職域）等が挙げられる。

（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ

（4－1） 検診受診者へのインセンティブ

がん検診を受診しない理由として、内閣府の世論調査では、前述のとおり上から2番目の項目として「費用がかかり経済的にも負担になる」が挙げられている。住民検診費用の自己負担額については、全対象者の自己負担を免除している市区町村が約1割、年齢や所得に応じて一部対象者の自己負担を免除している市区町村が約 7 割、自己負担の免除がない市区町村が約 2 割である（※2）。自己負担の免除による受診率向上の影響については今後評価が必要である。

厚生労働省では、過去にがん検診を受診したことがない者に積極的に受診機会を提供するための施策として、平成 21 年度より、初年度の受診対象者に無料クーポン券を発行する事業を行っている（主に乳がん・子宮頸がん）。平成 25 年の厚生労働省検討会報告書では、「受診者へのインセンティブ（費用軽減）による受診率向上効果は明確に評価できなかったが、本事業により自治体側の名簿整備や勧奨システムの整備が促進された」と報告されている（※3）。

※2 厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査（令和5年度）」
※3 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について～」（平成 25 年）

（4－2） 検診提供者へのインセンティブ

厚生労働省は、国民健康保険の保険者に対する財政的なインセンティブ制度として、平成 30 年度より保険者努力支援制度を実施している。この制度では、各保険者（市町村・都道府県）における予防・健康づくりや医療費適正化等の取組状況を評価し、それに応じて国から補助金が交付される。市区町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。

経済産業省は、企業の社会的評価のためのインセンティブ制度として、平成 26 年度より「健康経営

銘柄」を東京証券取引所と共同で実施している。この制度では、東京証券取引所の上場企業のうち、健康経営に優れた企業（従業員の健康管理に戦略的に取組んでいる企業）を選定・公表し、資本市場での評価が高まることを通じて、企業全体に「健康経営」の取組が拡大することを目指している。企業の評価指標にがん検診の受診機会の提供が含まれる。

第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題

５．１．　事業評価の全体像

対策型検診としての成果をあげるためには、「科学的根拠に基づくがん検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の 3 要件を適切に実施することが必要であり、関係組織は求められる役割を確実に果たす必要がある（図6）。国は、3 要件が適切に行われているか定期的に把握し、検診事業の進捗を評価する。

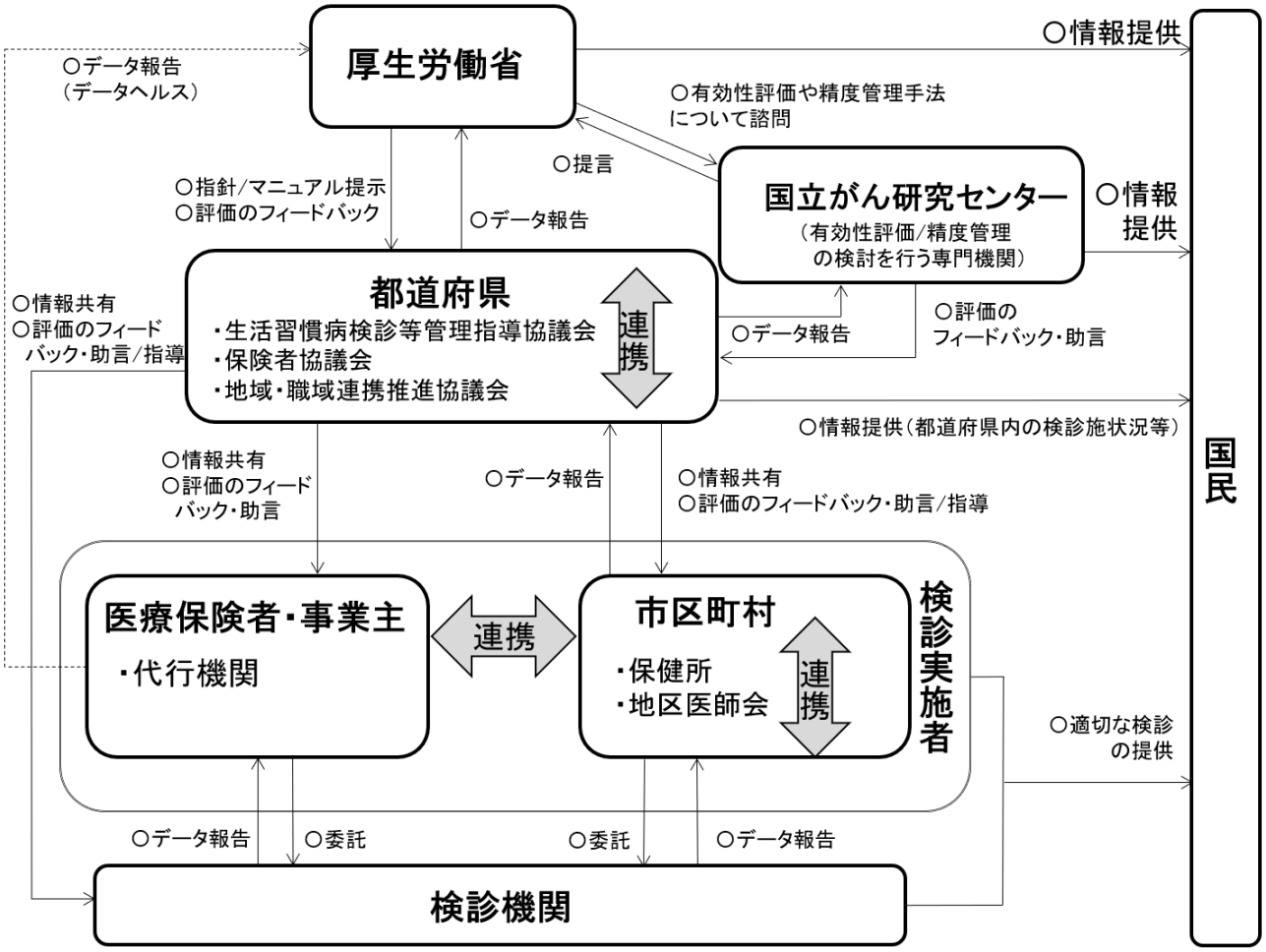


図6　対策型検診事業評価の全体像

５．２．　現在行われている事業評価（住民検診）

住民検診における３要件の進捗状況は、政府統計調査や国立がん研究センターの調査により毎年把握・公表されている（表１４）。直近の調査結果については別添９－１、９－２－１、９－２－２、９－３参照。今後職域検診についても同様に定期的なデータ把握・公表の体制構築が求められる。

表１４　住民検診の事業評価を目的とした調査一覧

<table>
<tr><th>対策型検診の要件</th><th>調査名</th><th>調査内容</th><th>回答者</th><th>調査結果公表の有無</th></tr>
<tr><td rowspan="2">科学的根拠に基づくがん検診の実施</td><td rowspan="2">がん検診の実施状況調査</td><td>検診項目、対象年齢、受診間隔等が指針の推奨どおりか。</td><td rowspan="2">市区町村</td><td rowspan="7">あり
（国立がん研究センター※1）

プロセス指標値は事業報告に基づいて国立がん研究センターが集計</td></tr>
<tr><td>指針で推奨されていない検診を行っているか</td></tr>
<tr><td rowspan="3">適切な精度管理の実施</td><td>チェックリストの使用に関する実態調査</td><td>市区町村用チェックリストの遵守状況</td><td>市区町村</td></tr>
<tr><td>都道府県及び生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査</td><td>都道府県用チェックリストの遵守状況</td><td>都道府県</td></tr>
<tr><td>事業報告</td><td>プロセス指標（要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検未把握率、発見率）</td><td>市区町村、保健所など</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受診率向上</td><td>国民生活基礎調査</td><td>がん検診の受診率（全てのがん検診）</td><td>全国の世帯及び世帯員</td></tr>
<tr><td>事業報告</td><td>がん検診の受診率（住民検診のみ）</td><td>市区町村</td><td>あり
（厚生労働省※2）</td></tr>
<tr><td>チェックリストの使用に関する実態調査</td><td>個別受診勧奨・再勧奨の実施状況</td><td>市区町村</td><td>なし</td></tr>
</table>

※1　国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html

※2　e-stat（政府統計の総合窓口）

https://www.e-stat.go.jp/

５．３．　今後の検討課題

住民検診については、厚生労働省や国立がん研究センター等により、「科学的根拠に沿った検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の取組みが定期的に把握・公表される仕組みが定着しつつあるが、持続的かつ効果的な改善策の検討が重要であり、好事例の展開および国や都道府県等による技術的支援等が課題となる。職域検診については、上記の取組みを実施可能にする基盤整備が必要である。

がん検診の仕組みを Organized screening の水準に引き上げるために、今後解決すべき法律や制度面の課題が多く残されている。本改定版では記載されていないが、今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題を別添１０に示す。

今後がん死亡率減少を実現するため、地域・職域に関わらず全てのがん検診を効果的に行う体制についての継続的な議論、および必要に応じた本改定版の見直しが望まれる。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「がん検診事業の評価に関する研究」班　班員名簿

青木　大輔　慶應義塾大学医学部　産婦人科学

大内　憲明　国立大学法人東北大学大学院医学系研究科

笠原　善郎　恩賜財団福井県済生会病院・乳腺外科

加藤　勝章　公益財団法人宮城県対がん協会・がん検診センター

雑賀　公美子　長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院・総合医療情報センター医療情報分析室

斎藤　博　青森県立中央病院

佐川　元保　学校法人東北医科薬科大学・医学部光学診療部

祖父江　友孝　国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科・社会医学講座

○ 高橋　宏和　国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部、がん医療支援部（併任）

立道　昌幸　学校法人東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学

中山　富雄　国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部

羽鳥　裕　公益社団法人日本医師会

町井　涼子　国立がん研究センターがん対策研究所・がん医療支援部

松田　一夫　公益財団法人福井県健康管理協会・医局

（五十音順、○は研究代表者）

所属は令和 3 年 12 月現在

別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し

Mark J Dobrow et.al. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process.CMAJ. 2018

【概要】1968 年に Wilson & Jungner より検診に関する 10 原則が提唱されて以降 50 年が経過したが、現在でもこれらは通用するのか。この評価のために、本稿では Wilson＆Jungner、Andermannらの原則を含む関連論文を系統的にレビューし、Delphi 法により検討した。検索された論文は 41 報であり、367 の原則を抽出し、ドメイン別の 12 の原則に統合した。原則は、疾患/状態、検査/介入、プログラム/システムの原則としてさらに分類された。 Wilson & Jungner の 10 原則は 8 つに集約され、4 つが新たに採用された（下線）。原則は、2 ラウンドのコンセンサスプロセスで国際的な検診の専門家により評価された。Wilson & Jungner による原則は本質的であるが、プログラム/システムに関する問題やその後の対応などを完全に捉えていないため、本統合原則は、対策型検診を考える上で、包括的で現状に則した原則になり得る。

※Wilson & Jungner による検診に関する 10 原則になく、本稿で採用された原則を下線で示す。

	原則 （研究班訳）
疾患/ 状態	1. Epidemiology of the disease or condition ・疾患または状態の疫学を十分に理解し、これらが重要な健康問題である必要がある （発見率/有病率が高い/増加している、またはこれらにより罹患率/死亡率が増加している） 2. Natural history of disease or condition ・疾患または状態の自然史を十分に理解し、疾患または状態を明確に定義され、検出可能な前臨床段階が存在する 3. <u>Target population for screening</u> ・対象集団は明確に定義され（年齢など）、同定および接触可能である
検査/ 介入	4. Screening test performance characteristics ・検査精度特性は目的に適しており、感度、特異性、陽性反応的中度などが正確に算定され、信頼性および再現性がある ・検査は対象に受け入れられ、安全、安価、効率的に実行・管理できる 5. Interpretation of screening test results

	・検査の結果は、精密検査が必要な受診者を特定するために、明確で解釈可能である 6. Postscreening test options ・要精検者に対して推奨できる行動が示され、それにより死亡率が低下する ・受診者が検査の利益・不利益を理解し、許容できる ・偽陽性・偽陰性を最小限に抑える
プログラム/ システム	7. Screening program infrastructure ・プログラムの全工程にアクセスするための基盤が整備され（財源、人的資源、情報テクノロジー、施設、検査機器や技術）、そのための計画がある 8. Screening program coordination and integration ・プログラムのすべての工程を調整し、医療システムと統合することにより、受診者すべてが適切なケアを継続できる 9. Screening program acceptability and ethics ・プログラムのすべての工程は、受診者、専門家、社会に対して臨床的、社会的、倫理的に受け入れられる ・受診者は、自律的に、権利が保障された上で、情報に基づいた選択が可能である 10. Screening program benefits and harms ・受診者および社会における利益と不利益が明確に定義されており、プログラムの全体的な利益が不利益を上回ることを示す質の高い科学的証拠がある 11. Economic evaluation of screening program ・健康システムまたは社会的視点から、プログラムの経済的評価を実施する ・疾患や状態を管理するための、検診以外の費用と効果を明確に考慮しながら、プログラムの実施、運用、維持の全費用と効果を評価する 12. Screening program quality and performance management ・プログラムには、現状の精度管理や到達目標を確認するための情報や予算に基づいた、計画、モニタリング、評価、報告に関連する明確な目標がある

別添２－１　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋）

１．健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）

● 第九条

厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施及びその結果の通知、（中略）その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（以下「健康診査等指針」という。）を定めるものとする。

● 第十九条の二

市町村は、第十七条第一項に規定する業務に係る事業以外の健康増進事業であって厚生労働省令で定めるものの実施に努めるものとする。

● 第十九条の三

都道府県は、前条の規定により市町村が行う事業の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うものとする。

２．健康増進事業実施要領（健発第 0331026 号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）

（健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づく健康増進事業の要領）

（共通事項）

● 健康増進事業の実施に当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・保健指導及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業等との連携を十分に図り、受診者の利便性に配慮するものとする。

● 市町村においては、健康増進事業実施部門と国保部門との連携を十分に図ることが重要である。

● また、都道府県においては、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じて医療保険者との連携を強化し、健康増進事業と特定健診・保健指導等との連携が円滑に進むよう支援することが重要である。

● 健康増進事業の実施に当たっては、医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に相当する保健事業のサービスを受けた場合又は受けることができる場合は、市町村における健康増進事業を行う必要はないものとする。

● 健康増進事業の実施に当たっては、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）に留意するものとする。

（健康増進法第 19 条の 2 に基づく健康増進事業）

● がん検診の具体的な種類及び実施方法等については、別途定めるところによる。

3. 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 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）

- がん検診の種類は、次に掲げる検診（当該検診に基づく受診指導も含む）とする。① 胃がん検診、② 子宮がん検診、③ 肺がん検診、④ 乳がん検診、⑤ 大腸がん検診、⑥ 総合がん検診
- 都道府県に「健康診査管理指導等事業実施のための指針について」（中略）に基づき、生活習慣病検診等管理指導協議会が設置され、同協議会の下に、がんに関する部会が設置されていること。 各部会において、この指針及び「健康診査管理指導等事業実施のための指針」に基づくがん検診の評価、指導等が実施されていること。
- がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、受診率向上を含めた適切な精度管理の下で実施することが重要である。がん検診における事業評価については、平成20年3月に厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「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」（以下「報告書」という。）において、その基本的な考え方を示しているところである。

4. 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）

- 健康増進事業実施者は、事前及び事後措置も含めた健診・検診プログラム全体としての評価を行うことが望ましい。また、評価を行う場合には、各々の健診及び検診事業に応じ、ストラクチャー評価（実施するための仕組みや実施体制の評価）、プロセス評価（目的の達成に向けた過程の評価）、アウトプット評価（目的達成のために行われる事業の結果の評価）及びアウトカム評価（目的の達成状況の評価）に分類の上、行うことが必要である。
- 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（中略）等(中略)を遵守しつつ、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。
- 健康診査等の結果の写しの提供が予定されている場合には、原則として、各健診及び検診において、その結果等を、別途定める標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、原則として、委託先に対して、当該形式による健康診査の結果等の提出を要請するよう努めること。

5. 健康診査管理指導等事業実施のための指針（健総発第 0331012 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局総務課長通知別添）

- 都道府県は、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、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、生活習慣病検診等管理指導協議会を設置・運営するものである。

- 生活習慣病検診等管理指導協議会は、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、大腸がん部会及び生活習慣病登録・評価等部会の 7 部会で構成するものとする。
- 市町村が行う保健事業を効果的、効率的に実施するため、職域保健サービス提供主体との連携強化を図る必要があり、このため都道府県は、平成 18 年 6 月 30 日健発第 0630003 号厚生労働省健康局長通知「地域保健医療等推進事業の実施について」の別添 5「地域・職域連携推進事業実施要綱」に基づき、都道府県地域・職域連携推進協議会（以下「協議会」という。）を設置・運営するものである。
- 生活習慣病検診等管理指導協議会の業務は、医療保険者及び市町村で実施される健康診査の評価に限らず、職域等で実施されている集団健診等も可能な限り対象として、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等との連携の下、その精度管理の実態や受診率等について把握し、事業の総合的な推進を図るよう努めるものとする。

6. がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）

- 第三条

国は（中略）がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

- 第四条

地方公共団体は（中略）がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

- 第五条

医療保険者（中略）は、国及び地方公共団体が講ずるがんの予防に関する啓発及び知識の普及、がん検診（その結果に基づく必要な対応を含む。）に関する普及啓発等の施策に協力するよう努めなければならない。

- 第八条

事業主は、がん患者の雇用の継続等に配慮するよう努めるとともに、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力するよう努めるものとする。

- 第十条

政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画（以下「がん対策推進基本計画」という。）を策定しなければならない。

- 第十二条

都道府県は、がん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画（以下「都道府県がん対策推進計画」という。）を策定しなければならない。

- 第十四条

国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

別添２－２　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）

７．高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）

● 第二十条

保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

● 第二十一条

１　保険者は、加入者が、労働安全衛生法（中略）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行つたものとする。

２　労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者（中略）は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託をしようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

● 第百五十七条の二

保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織する。

２　前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

一　特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整

二　保険者に対する必要な助言又は援助

三　医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

四　都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析

８．労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）

● 第六十六条

事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断（中略）を行わなければならない。（※）

※労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）

・雇入時の健康診断（第四十三条）：項目の一つに「胸部エックス線検査」がある

・定期健康診断（第四十四条）：項目の一つに「胸部エックス線検査及び喀痰検査」がある

別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期、第4期）の要点

	取り組むべき施策	個別目標
第1期計画 （平成 19 年6月）	○　受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を図った上で総合的な対策を推進する。 ○　市町村、人間ドック、職域での受診を含め、実質的な受診率を把握できるような手法の検討を行うなど、正確な受診率を把握することに努める。 ○　科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制を今後とも維持する。また、精度管理・事業評価についても十分検討する。これまでの研究成果を応用に結びつけるため、がんの早期発見の手法の改良や開発に関する研究についてより一層の推進を図る。 ○　がん検診の受診につながるインセンティブ等について検討を進めていく。 ○　市町村におけるがん検診と老人保健法における基本健康診査等については、市町村において同じ会場で実施されている場合もあるが、平成 20（2008）年度以降も、受診日、受診場所、費用負担などについては、受診者の利便性が損なわれないよう配慮することが望まれる。	○　5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とする ○　すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施される ○　これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いる
第2期計画 （平成 24 年6月）	○　市町村・職域で受診するがん検診、個人で受診するがん検診、医療や定期検診の中で受診するがん検診について、その実態の正確な分析を行う。 ○　がん検診の項目について国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。 ○　都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。 ○　都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。 ○　精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。 ○　受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。 ○　がん検診の意義、対策型検診と任意型検診との違いや、偽陰性や偽陽性などのがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。	○　5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。 ○　がん検診の受診率については、5年以内に 50%（胃、肺、大腸は当面 40%）を達成することを目標とする。受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40 歳から 69 歳（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳）までを対象とする。 ○　がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

	取り組むべき施策	個別目標

<table>
<tr><td>第3期計画
（平成 30 年3月）</td><td>① 受診率向上対策について
○ 国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。
○ 市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。
○ 市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。
○ 国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。</td><td rowspan="3">○ 国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。
○ 国は、精密検査受診率の目標値を90%とする。
○ 国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を 1 年以内に策定し、職域での普及を図る。</td></tr>
<tr><td>第3期計画
（平成 30 年3月）</td><td>②がん検診の精度管理等について
○ 都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。
○ 市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。
○ 国、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、偽陰性や偽陽性についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。
○ 国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。</td></tr>
<tr><td>第3期計画
（平成 30 年3月）</td><td>③職域におけるがん検診について
○ 国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。
○ 保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。
○ 国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。</td></tr>
</table>

	取り組むべき施策	個別目標
第4期計画	① 受診率向上対策について	

（令和5年3月）	○　国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。 ○　国は、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、全ての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に向け、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。 ○　市町村及び検診実施機関においては、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努める。また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。 ○　国は、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。 ○　国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。	
第4期計画 （令和5年3月）	②がん検診の精度管理等について ○　国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。 ○　精密検査受診率について、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。 ○　国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援や、産業保健総合支援センターを通じた事業場の産業保健スタッフに対する周知等を含め検討する。 ○　国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。	○　がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。 ○　がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率 90%を目指す。
第4期計画 （令和5年3月）	③科学的根拠に基づくがん検診の実施について ○　国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。 ○　国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。 ○　国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。	

	○　国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。	

出典：厚生労働省「がん対策推進基本計画」より抜粋・一部改変

別添4　指針で定めるがん検診の内容

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
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
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
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		5 年に 1 回

	※実施体制が整った自治体で選択可能		※罹患リスクが高い者については１年後に受診

出典：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」

別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和6年3月末時点）

チェックリストは国の指針や関連学会の規約の変更等に応じて定期的な見直しが行われている。
最新のチェックリストについては下記を参照のこと。
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」、がん対策情報（がん検診）、「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/cancer_control/screening/check_list.html

1．都道府県用チェックリスト

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

2．市区町村用チェックリスト、および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

3．検診機関用チェックリスト

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

解説：

① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を確認すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 胃がん部会は、保健所、医師会及び日本消化器がん検診学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等胃がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 胃がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に胃がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

(1) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

(1) 胃がん発見率を集計しているか
(1-a) 胃がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 胃がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 胃がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 胃がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の胃がん割合（胃がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(2-a) 早期の胃がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 早期の胃がん割合を市区町村別に集計しているか
(2-c) 早期の胃がん割合を検診機関別に集計しているか
(2-d) 早期の胃がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(2-e) 早期胃がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(3) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-a) 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
(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-d) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(1) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：消化管穿孔、腸閉塞、薬剤やバリウムに対する過敏症またはショック、輸血や止血処置を伴う消化管出血、検査中の転倒による骨折等）
(2) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く
(3) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：消化管穿孔、前投薬に対する過敏症またはショック、鎮静剤等による重篤な呼吸抑制や意識障害、輸血や止血処置を伴う消化管出血等）
(4) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

(1) 発見胃がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
(2) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5]
(2) 検診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[注5]
(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5]
(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか注6
(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか注6
(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか注6
(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか注6
(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか注6
(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-h) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に胃部エックス線検査と胃内視鏡検査のいずれかの受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

胃部エックス線検査の結果、要精検とされた者。もしくは胃内視鏡検査で同時生検を実施した者、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。
②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

<u>なお、胃内視鏡検診では下記の整理とする。</u>

①精検受診　：検診時生検を行った者については、生検の結果報告があったもの。検診時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査となった者については、精密検査機関より再検査結果の報告があったもの、もしくは再検査受診者が詳細（再検査の受診日・受診機関・検査方法・検査結果の４つ全て）を申告したもの※。
②精検未受診：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査を受けなかったことが判明しているもの、及び再検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。
③精検未把握：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査受診の有無が分からないもの、及び（再検査を受診したとしても）再検査の結果が正確に報告されないもの。

※ 以下の場合、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。
・同時生検受診者のうち、病理組織診断の結果が不明なもの（未報告を含む）。
・同時生検後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査未受診、再検査受診の有無が不明、及び再検査の結果が正確に報告されないもの。

注4 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注5 資料配布や説明会の開催など。

注6 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

③ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

④ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 大腸がん部会は、保健所、医師会、日本消化器がん検診学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等大腸がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 大腸がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に大腸がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-e) 受診者数・受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-f) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-g) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-h) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

(2) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-e) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-f) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-g) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-h) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

(3) 精検受診率を集計しているか
(1-e) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-f) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-g) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-h) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(4) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

(1) 大腸がん発見率を集計しているか
(1-a) 大腸がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 大腸がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 大腸がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 大腸がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(2-a) 早期の大腸がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 早期の大腸がん割合を市区町村別に集計しているか
(2-c) 早期の大腸がん割合を検診機関別に集計しているか
(2-d) 早期の大腸がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(2-e) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(4) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-a) 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
(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-d) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(5) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：輸血や手術を要する程度の腸管出血、腸管穿孔、前投薬起因性ショック、腹膜炎等）
(6) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

(3) 発見大腸がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
(4) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(5) 精度管理評価を行っているか
(1-i) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-j) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-k) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-l) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(6) 評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(7) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(8) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(5) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-d) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-e) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-f) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5]
(6) 検診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[注5]
(2-d) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-e) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-f) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5]
(7) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(8) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(3) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6]
(1-e) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-f) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-g) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-h) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-m) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]
(1-n) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]

(1-o)「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-p) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(4) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

便潜血検査の結果、要精検とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注5 資料配布や説明会の開催など。

注6 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

⑤ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

⑥ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 肺がん部会は、保健所、医師会及び肺がん検診に関連する学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等肺がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 肺がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に肺がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 肺がん発見率を集計しているか
(1-a) 肺がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 肺がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 肺がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 肺がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合（肺がん発見数に対する臨床病期0～Ⅰ期の肺がん数）を集計しているか

(2-a) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を市区町村別に集計しているか
(2-c) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を検診機関別に集計しているか
(2-d) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(5) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-a) 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
(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-d) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(7) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする
(8) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く
(9) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血、検査後の気胸等）
(10)精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

(5) 発見肺がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
(6) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(9) 精度管理評価を行っているか
(1-q) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-r) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-s) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-t) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(10)評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(11)上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(12)評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(9) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-g) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-h) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-i) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5]
(10)検診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[注5]
(2-g) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-h) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-i) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5]
(11)フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(12)前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(5) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6]

(1-i) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか注6
(1-j) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか注6
(1-k) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか注6
(1-l) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか注6
(1-u) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか注6
(1-v) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか注6
(1-w) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-x) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(6) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

胸部エックス線検査の判定区分が「E」及び読影不能の者、及び喀痰細胞診の判定区分が「D」、「E」の者。問診結果のみでは要精検とはしない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「肺がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注5 資料配布や説明会の開催など。

注6 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

⑦ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

⑧ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 乳がん部会は、保健所、医師会及びがん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等乳がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 乳がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に乳がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

(1) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-a) 要精検率を年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

(1) 乳がん発見率を集計しているか
(1-a) 乳がん発見率を年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 乳がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 乳がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 乳がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の乳がん割合（乳がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか[注4]
(2-a) 早期の乳がん割合を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]
(2-b) 早期の乳がん割合を市区町村別に集計しているか[注4]
(2-c) 早期の乳がん割合を検診機関別に集計しているか[注4]
(2-d) 早期の乳がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

(2-e) 早期乳がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか[注4]

(6) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-e) 陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか
(3-f) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-g) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-h) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(11)検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：検査中の圧迫による骨折等）
(12)検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く
(13)精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：穿刺吸引細胞診や針生検による大量出血、副損傷等）
(14)精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

① 発見乳がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
② がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(13)精度管理評価を行っているか
(1-y) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注5]
(1-z) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注5]
(1-aa) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注5]
(1-bb) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注5]
(14)評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(15)上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(16)評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(13)市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(1-j) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(1-k) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(1-l) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注6]
(14)検診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[注6]
(2-j) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(2-k) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(2-l) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注6]
(15)フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(16)前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(7) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注7]
(1-m)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7]
(1-n) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7]
(1-o) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7]

（1-p）検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7]
（1-q）精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7]
（1-r）精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7]
（1-s）「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
（1-t）都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
（8）公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

マンモグラフィ検査の結果がカテゴリ3以上、及び判定不能とされた者（ただし判定不能のうち、視触診等マンモグラフィ以外の検査により精密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 早期の乳がんとは、腫瘤の大きさが触診上2センチ以下で転移を思わせるリンパ節を触れず遠隔転移を認めないもの、または非浸潤がんであったものを指す。

注5 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注6 資料配布や説明会の開催など。

注7 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

⑨ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

⑩ 大項目 2 以降については、すべて検診手法別（細胞診または HPV 検査単独法）に実施状況を把握すること。

⑪ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 子宮がん部会は、保健所、医師会、がん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等子宮頸がん検診に係わる専門家によって構成されているか

(2) 子宮がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、細胞診判定施設、精密検査機関等と調整を行っているか

(3) 年に1回以上、定期的に子宮がん部会を開催しているか

(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

(2) 受診者数・受診率を集計しているか

(2-a) 受診者数・受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか

(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

解説：HPV検査単独法においては、要トリアージ検査率[注2]、要追跡検査率[注2]、要確定精検率[注2]の3種類全てを指す

(1) 要精検率を集計しているか[注2]

(1-a) 要精検率を年齢5歳階級別に集計しているか[注2]

(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]

(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]

(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]（HPV検査単独法では不要）

(1-e) 要トリアージ検査率[注2]、要追跡検査率[注2]、要確定精検率[注2]を検診または追跡検査の別に集計しているか（細胞診単独法では不要）

4. 精検受診率の集計

解説：HPV検査単独法においては、トリアージ検査受診率、追跡検査受診率、確定精検受診率の3種類全てを指す。

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]（HPV検査単独法では不要）

(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]（HPV検査単独法においては、確定精検のみで実施）

5. 精密検査結果の集計

(1) CIN3以上発見率を集計しているか[注4]

(1-a) CIN3以上発見率を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(1-b) CIN3以上発見率を市区町村別に集計しているか[注4]

(1-c) CIN3以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(1-d) CIN3以上発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]（HPV検査単独法では不要）

(1-e) CIN3以上発見率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]（細胞診単独法では不要）

(2) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(2-a) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢5歳階級別に集計しているか（区分毎）[注5]

(2-b) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を市区町村別に集計しているか（区分毎）[注5]

(2-c) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(2-d) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）[注1,5]（HPV検査単独法では不要）

(2-e) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診または追跡検査の別に集計しているか（区分毎）[注5]（細胞診単独法では不要）

(3) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合（子宮頸がん発見数に対する進行度がⅠA期のがんの数）を集計しているか

(3-a) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を年齢5歳階級別に集計しているか

(3-b) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を市区町村別に集計しているか

(3-c) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(3-d) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]（HPV検査単独法では不要）

(3-e) 進行度がＩA期の子宮頸がんの割合を検診または追跡検査の別に集計しているか（細胞診単独法では不要）

(7) CIN3以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(3-i) CIN3以上の陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(3-j) CIN3以上の陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか[注4]

(3-k) CIN3以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(3-l) CIN3以上の陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]（HPV検査単独法では不要）

(3-m)CIN3以上の陽性反応適中度を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]（細胞診単独法では不要）

6. 偶発症の把握

(15)検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか

※ 入院治療を要するものとする（例：細胞採取後の子宮腟部からの多量出血等）

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については追跡検査中の偶発症も含む

(16)検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか

※ CIN3以上の見逃しによるものを除く[注4]

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については追跡検査によるものを含む

(17)精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか

※ 入院治療を要するものとする（例：組織診後の多量出血、検査後の骨盤内感染症等）

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については確定精検中の偶発症を把握する

(18)精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか

※ CIN3以上の見逃しによるものを除く[注4]

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については確定精検中の偶発症を把握する

7. 追加調査

(7) 発見子宮頸がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(8) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(17)精度管理評価を行っているか

(1-cc) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注6]

(1-dd) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注6]

(1-ee) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注6]

(1-ff) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注6]

(18)評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか

※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など

(19)上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか

(20)評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(17) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(1-m)「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(1-n) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(1-o) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注7]

(18)検診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[注7]

(2-m)「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(2-n) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(2-o) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注7]

(19)フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

(20)前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(9) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注8]

(1-u)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注8]

(1-v) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注8]

(1-w)「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注8]

(1-x) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注8]

(1-gg)精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注8]

(1-hh) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注8]

(1-ii)「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか

(1-jj) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか

(10)公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 ①要精検の定義（細胞診による子宮頸がん検診）

細胞診の結果がNILM（陰性）以外、及び判定不能とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

②要トリアージ検査の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）

HPV検査の結果が陽性、または判定不能とされた者。問診結果のみでは要トリアージ検査としない。

③要追跡検査の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）
要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）とされた者。

④要確定精検の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）
要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）以外とされた者。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

１）細胞診による子宮頸がん検診の場合

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ASC-USを除く要精検者に対する、細胞診のみの再検等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

２）HPV検査単独法による子宮頸がん検診の場合

調整中（今後追記予定）

注4 CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注5 上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1のいずれかの区分に含まれるものを指す。上皮内病変の数の集計とは、上記の4つの区分に分けて、全て集計することを指す。

注6 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注7 資料配布や説明会の開催など。

注8 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(1) 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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(1) 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
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(2) 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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(1) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-a) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-c) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要精検率の集計

(1) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注2]
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(1) 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（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(2) 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

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(3) 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

(4) 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

(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(6) 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

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(2) 胃がん発見率を集計しているか

(2-a) 胃がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) 胃がん発見率を検診機関別に集計しているか

(2-c) 胃がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(3) 早期の胃がん割合（胃がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(3-a) 早期の胃がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 早期の胃がん割合を検診機関別に集計しているか

(3-c) 早期の胃がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(3-d) 早期胃がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(4) 陽性反応適中度を集計しているか

(4-a) 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

(4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(1) 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) 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

(2-a) 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※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(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）に報告を求めているか

(3-a) 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※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(1) 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※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-a) 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」[注4]を満たしているか

(1-b) 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

(2) 検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）

(2-b) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-c) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-d) 改善策の実行に努めているか

(3) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-a) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-b) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-c) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-d) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(4) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-b) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-c) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に胃部エックス線検査と胃内視鏡検査のいずれかの受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要精検の定義

胃部エックス線検査の結果、要精検とされた者。もしくは胃内視鏡検査で同時生検を実施した者、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

<u>なお、胃内視鏡検診では下記の整理とする。</u>

①精検受診　：検診時生検を行った者については、生検の結果報告があったもの。検診時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査となった者については、精密検査機関より再検査結果の報告があったもの、もしくは再検査受診者が詳細（再検査の受診日・受診機関・検査方法・検査結果の４つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査を受けなかったことが判明しているもの、及び再検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査受診の有無が分からないもの、及び（再検査を受診したとしても）再検査の結果が正確に報告されないもの。

※ 以下の場合、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

・同時生検受診者のうち、病理組織診断の結果が不明なもの（未報告を含む）。
・同時生検後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査未受診、再検査受診の有無が不明、及び再検査の結果が正確に報告されないもの。

注10　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

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、がん対策情報（がん検診）、「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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
③ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
④ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(4) 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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(5) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(6) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(3) 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
(4) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(3) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診機関用チェックリスト 1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(4) 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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-d) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-e) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-f) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要精検率の集計

(2) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-d) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注2]
(1-e) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-f) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(7) 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（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(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、結果を確認しているか
※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(9) 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
(10)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
(11)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(12)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

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

(5) 精検受診率を集計しているか
(1-e) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-f) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-g) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(1-h) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(6) 大腸がん発見率を集計しているか
(2-d) 大腸がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-e) 大腸がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-f) 大腸がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(7) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(3-e) 早期の大腸がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(3-f) 早期の大腸がん割合を検診機関別に集計しているか
(3-g) 早期の大腸がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(3-h) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(8) 陽性反応適中度を集計しているか
(4-d) 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
(4-e) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-f) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(4) 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
(5) 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
(2-b) 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※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(6) 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
(3-b) 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※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(5) 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※
※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
(1-c) 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」[注4]を満たしているか
(1-d) 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
(6) 検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-e) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）
(2-f) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-g) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-h) 改善策の実行に努めているか

(7) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-a) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-b) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-c) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-d) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(8) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-d) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-e) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-f) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要精検の定義

便潜血検査の結果、要精検とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注10　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

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、がん対策情報（がん検診）、「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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑤ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
⑥ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(7) 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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(8) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(9) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(5) 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
(6) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(5) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(6) 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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

解説：高危険群とは喀痰細胞診対象者のこと。すなわち、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）を指す

(3) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-g) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-h) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-i) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 「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
(2-a) 「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
(2-b) 「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
(2-c) 「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、過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要精検率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に要精検率を集計すること

(3) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-g) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-h) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-i) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(13)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（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(14)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

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある

(15)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
(16)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
(17)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(18)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

7. 精検受診率、がん発見率、臨床病期0～Ⅰ期のがん割合、陽性反応適中度の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(9) 精検受診率を集計しているか
(1-i) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-j) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-k) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(1-l) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(10)肺がん発見率を集計しているか
(2-g) 肺がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-h) 肺がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-i) 肺がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(11)臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合（肺がん発見数に対する臨床病期0～Ⅰ期の肺がん数）を集計しているか
(3-i) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(3-j) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を検診機関別に集計しているか
(3-k) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(12)陽性反応適中度を集計しているか
(4-g) 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
(4-h) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-i) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(7) 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
(8) 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
(2-c) 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※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(9) 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
(3-c) 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※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(9) 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※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-e) 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」[注4]を満たしているか

(1-f) 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

(10)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-i) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）

(2-j) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-k) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-l) 改善策の実行に努めているか

(11)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-e) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-f) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-g) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-h) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(12)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-g) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-h) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-i) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要精検の定義

胸部エックス線検査の判定区分が「E」及び読影不能の者、及び喀痰細胞診の判定区分が「D」、「E」の者。問診結果のみでは要精検とはしない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「肺がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注10　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

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、がん対策情報（がん検診）、「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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑦ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
⑧ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(10)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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(11)対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(12)対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(7) 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
(8) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(7) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(8) 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
※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(4) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-j) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-k) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-l) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要精検率の集計

(4) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-j) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注2]
(1-k) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-l) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(19)精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※を把握しているか
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(20)精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期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
※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(21)個人毎の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を、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
(22)過去 5 年間の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を記録しているか
(23)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(24)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

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

(13)精検受診率を集計しているか
(1-m)精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-n) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-o) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(1-p) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(14)乳がん発見率を集計しているか
(2-j) 乳がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-k) 乳がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-l) 乳がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(15)早期の乳がん割合（乳がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか[注4]
(3-l) 早期の乳がん割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]
(3-m)早期の乳がん割合を検診機関別に集計しているか[注4]
(3-n) 早期の乳がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]
(3-o) 早期乳がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか[注4]

(16)陽性反応適中度を集計しているか
(4-j) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(4-k) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-l) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(10)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
(11)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
(2-d) 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※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(12)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
(3-d) 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※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(13)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※
※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
(1-g) 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」[注5]を満たしているか
(1-h) 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
(14)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-m)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）
(2-n) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-o) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか
(2-p) 改善策の実行に努めているか

(15)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-i) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-j) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-k) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-l) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(16)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-j) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-k) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-l) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注8 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注9 要精検の定義

マンモグラフィ検査の結果がカテゴリ3以上、及び判定不能とされた者（ただし判定不能のうち、視触診等マンモグラフィ以外の検査により精密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注10　精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注11　早期の乳がんとは、腫瘤の大きさが触診上2センチ以下で転移を思わせるリンパ節を触れず遠隔転移を認めないもの、または非浸潤がんであったものを指す。

注12　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

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、がん対策情報（がん検診）、「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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑨ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
⑩ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(13)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

※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(14)対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか

※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(15)対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(9) 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

(10)過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(9) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※

※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(10)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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(5) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-m)受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-n) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-o) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要精検率の集計

(5) 要精検率を集計しているか[注2]

(1-m)要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注2]

(1-n) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]

(1-o) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(25)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（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期などのこと

(26)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

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(27)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

(28)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

(29)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(30)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

7. 精検受診率、CIN3 以上発見率、上皮内病変（CIN・AIS など）、進行度がＩA 期の子宮頸がんの割合、CIN3 以上の陽性反応適中度の集計

(17)精検受診率を集計しているか

(1-q) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-r) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-s) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(1-t) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(18)CIN3 以上発見率を集計しているか[注4]

(2-m)CIN3 以上発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]

(2-n) CIN3 以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(2-o) CIN3 以上発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

(19)上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(3-p) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢 5 歳階級別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-q) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-r) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）[注1,5]

(20)進行度がＩA 期の子宮頸がんの割合（子宮頸がん発見数に対する進行度がＩA 期のがんの数）を集計しているか

(4-a) 進行度がＩA 期の子宮頸がんの割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 進行度がＩA 期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(4-c) 進行度がＩA 期の子宮頸がんの割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(21)CIN3 以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(4-m)CIN3 以上の陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]

(4-n) CIN3 以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(4-o) CIN3 以上の陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(13)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

(14)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

(2-e) 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※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(15)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

(3-e) 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※

※ 例えば、組織診の結果の記載が HSIL のみだった場合は、その後 CIN2、CIN3 に再区分されてないかを確認する体制を有しているか

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(17)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※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-i) 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」[注6]を満たしているか
(1-j) 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
(18)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-q) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）
(2-r) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-s) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか
(2-t) 改善策の実行に努めているか
(19)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※
※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする
(3-m)委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか
(3-n) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか
(3-o) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか
(3-p) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか
(20)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※
※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする
(4-m)「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか
(4-n) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか
(4-o) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

細胞診の結果がNILM（陰性）以外、及び判定不能とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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・精検結果の4つ全て）を申告したもの※。
②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ASC-USを除く要精検者に対する、細胞診のみの再検等）が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注5 上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1のいずれかの区分に含まれるものを指す。
上皮内病変の数の集計とは、上記の4つの区分に分けて、全て集計することを指す。

注6 「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

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、がん対策情報（がん検診）、「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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

令和 6 年 3 月

解説：

⑪ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

⑫ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診及び追跡検査対象者の情報管理

(16)検診及び追跡検査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

※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

※ 検診対象者と追跡検査の対象者を区別すること

(17)検診及び追跡検査対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか

※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

※ 追跡検査の対象者には追跡検査の対象であることを伝えること

(18)検診及び追跡検査対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 検診及び追跡検査受診者の情報管理

(11)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

(12)過去 5 年間の検診及び追跡検査の受診歴を記録しているか

3. 検診及び追跡検査対象者、要確定精検者への説明

(11)検診及び追跡検査の受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1.検診及び追跡検査対象者への説明」が全項目記載された資料を、検診及び追跡検査対象者全員に個別配布しているか※

※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

(12)要確定精検者全員に対し、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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(6) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-p) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-q) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-r) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率の集計

(1) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を集計しているか[注2]

(1-a) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注2]

(1-b) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を検診機関別に集計しているか[注2]

(1-c) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注2]

6. 確定精検結果の把握、確定精検未受診者の特定と受診勧奨

(31)確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※を把握しているか

※ 確定精検（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、確定精検の際に行ったHPV検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期などのこと

(32)確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは確定精検機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、確定精検受診日・受診機関・確定精検方法・確定精検結果の4つ全てが本人から申告される必要がある

(33)個人毎の確定精検方法及び、確定精検（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、確定精検機関が共有しているか

(34)過去5年間の確定精検方法及び、確定精検（治療）結果を記録しているか

(35)確定精検未受診と確定精検結果未把握を定義[注3]に従って区別し、確定精検未受診者を特定しているか

(36)確定精検未受診者に確定精検の受診勧奨を行っているか

7. トリアージ検査受診率、追跡検査受診率、確定精検受診率、CIN3以上発見率、上皮内病変（CIN・AISなど）、進行度がＩA期の子宮頸がんの割合、CIN3以上の陽性反応適中度の集計

(22)トリアージ検査受診率を集計しているか

(1-u) トリアージ検査受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(1-v) トリアージ検査受診率を検診機関別に集計しているか

(23)追跡検査受診率を集計しているか

(2-a) 追跡検査受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(2-b) 追跡検査受診率を検診機関別に集計しているか

(3) 確定精検受診率を集計しているか

(3-a) 確定精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(3-b) 確定精検受診率を検診機関別に集計しているか

(3-c) 確定精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(4) CIN3以上発見率を集計しているか[注4]

(2-p) CIN3以上発見率を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(2-q) CIN3以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(2-r) CIN3以上発見率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]

(5) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(3-s) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢5歳階級別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-t) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-u) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診または追跡検査の別に集計しているか（区分毎）[注5]

(6) 進行度がＩA期の子宮頸がんの割合（子宮頸がん発見数に対する進行度がＩA期のがんの数）を集計しているか

(4-d) 進行度がＩA期の子宮頸がんの割合を年齢5歳階級別に集計しているか

(4-e) 進行度がＩA期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(4-f) 進行度がＩA期の子宮頸がんの割合を検診または追跡検査の別に集計しているか

(7) CIN3以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(4-p) CIN3以上の陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(4-q) CIN3以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(4-r) CIN3以上の陽性反応適中度を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(16)がん検診結果、追跡検査や確定精検結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(17)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

(2-f) 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※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(18)確定精検結果について、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）、確定精検機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-f) 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※

※ 例えば、組織診の結果の記載が HSIL のみだった場合は、その後 CIN2、CIN3 に再区分されてないかを確認する体制を有しているか

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(21)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※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-k) 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」[注6]を満たしているか

(1-l) 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

(22)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-u) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）

(2-v) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-w) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-x) 改善策の実行に努めているか

(23)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-q) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-r) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-s) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-t) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(24)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-p) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-q) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-r) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 5 年間に HPV 検査または過去 3 年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要トリアージ検査、要追跡検査、要確定精検の定義

- 要トリアージ検査：HPV 検査の結果が陽性、または判定不能とされた者。問診結果のみでは要トリアージ検査としない。
- 要 追 跡 検 査　：要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果が NILM（陰性）とされた者。
- 要 確 定 精 検　：要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果が NILM（陰性）以外とされた者。

注9 調整中（今後追記予定）

注10CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注11上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1 のいずれかの区分に含まれるものを指す。
上皮内病変の数の集計とは、上記の 4 つの区分に分けて、全て集計することを指す。

注12「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」報告書、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。
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、がん対策情報（がん検診）、「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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目　胃がん検診　　令和 6 年 3 月

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか※とする。
※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のどちらかを選択させること

■問診

□ 問診は現在の症状、既往歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

■胃部エックス線撮影

□ 撮影機器の種類を明らかにする。また撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準[注1]を満たすものを使用する。
□ 撮影枚数は最低 8 枚とする。
□ 撮影の体位及び方法を明らかにする。また、撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式[注1]によるものとする。
□ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意する。
□ 撮影技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得すること（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。
□ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）撮影技師の全数と、日本消化器がん検診学会認定技師数を報告する（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。

■胃部エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告する。
□ 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。
□ 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影する。

■胃内視鏡検査及び胃内視鏡画像の読影

□ 胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考に行う。
□ 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会※により、ダブルチェックを行う。
※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医※※が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる[注2]
※※専門医の条件は下段参照
□ 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得する。

■記録の保存

□ 胃部エックス線画像、及び胃内視鏡画像は少なくとも 5 年間は保存する。
□ 問診記録・検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
② 資料は検査を受ける前に配布する※。
※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 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を説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、自治体や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
□ 検診の有効性（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり※、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年 1 回受診しても差し支えない
□ 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 撮影や読影向上のための検討会や委員会※（自施設以外の胃がん専門家※※を交えた会）を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。
※ 胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織を指す
※※当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。
□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注1　胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は日本消化器がん検診学会発行、新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）を参照。
注2　日本消化器がん検診学会発行、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017 年発行）を参照。

1. 検査の精度管理

■便潜血検査

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

☐ 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行う。
☐ 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を明らかにする。
☐ 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行う※。

※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある。検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない

☐ 検体回収後原則として 24 時間以内に測定する（検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）。

■検体の取り扱い

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

☐ 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明する。
☐ 採便後即日（2 日目）回収を原則とする（離島や遠隔地は例外とする）。
☐ 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導する。
☐ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存する。
☐ 検査施設では検体を受領後冷蔵保存する。

■記録の保存

☐ 検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

③ 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員（大腸がん検診では申込者全員）に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
④ 資料は検査を受ける前に（検査キットの配布時）配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。なお、市区町村が検査キットと資料を同時に配布している場合も同様である

☐ 便潜血検査陽性で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（便潜血検査の再検は不適切であること）を説明する。
☐ 精密検査の方法について説明する（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）。
☐ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

☐ 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
☐ 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
☐ 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内に行う。

□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。

※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診とする※。

※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える

■質問（問診）

□ 質問（問診）では喫煙歴、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。また最近 6 か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧める。

■胸部エックス線撮影

□ 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行う[注1]。

□ 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式）、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を明らかにし、日本肺癌学会が定める肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影する[注2]。またデジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること[注2]。

□ 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

□ 集団検診を実施する検診機関は、1 日あたりの実施可能人数を明らかにする※。

※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

解説：以下 4 項目の対象は、病院または診療所以外の場所において医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

□ 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出する。

□ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

□ 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

□ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

■胸部エックス線読影

解説：外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」の受講の有無等）を報告する。

□ 読影は二重読影を行い、下記の要件※を満たす医師が読影に従事する。

※ 読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2) のいずれかを満たすこと

1）3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加している

2）5年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年1回以上参加している

□ 2名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの※は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影する。

※ 二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

□ 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行う。

□ 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分」によって行う。

※ 地域保健・健康増進事業報告の要精検者はE判定のみである

□ シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従う[注2]。

■喀痰細胞診

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。

□ 採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行う。

□ 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行う[注4]。

□ 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングする。

□ がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。

※ がん発見例については必ず見直すこと。またがん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

■記録・標本の保存

□ 標本、胸部エックス線画像は少なくとも5年間は保存する。

□ 質問（問診）記録・検診結果（エックス線検査結果、喀痰細胞診検査結果）は少なくとも5年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

⑤ 下記の7項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑥ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の7項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 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（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を説明する。

□ 精密検査の方法について説明する（精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）。

□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。

□ 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は１年に１回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
□ 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。
□ 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行う。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後４週間以内に行う。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※(診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」を年に１回以上開催する。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会[注3]を年に１回以上受講させる。
□ 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家※を交えた会)を年に１回以上開催する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に１回以上参加する。
※ 当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。
□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注3 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第８版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。

注4 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第８版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
1: 間接撮影の場合は、100mm ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧による撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない。
2: 直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者−管球間距離を 150cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイ

プフィルム）による撮影がよい。やむを得ず100～120kVの管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる。

3: 直接撮影（デジタル画像）の場合は、X線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いたCRシステム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体（CCD、CMOSなど）を用いたDRシステムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm以上、X線管電圧120～140kV、撮影mAs値4mAs程度以下、入射表面線量0.3mGy以下、グリッド比8：1以上、の条件下で撮影されることが望ましい。

4: 撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注5 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約　第8版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第8版「肺がん検診の手引き」改訂に関するQ&A」
・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
・「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注6 喀痰の処理法・染色法：
公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照。
http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：
肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照。
「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、質問(医師が自ら行う場合は問診)及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ)とする※。
　※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること

■質問（問診）・乳房エックス線撮影（撮影機器、撮影技師）

□ 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取する※。
　※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる
□ 乳房エックス線装置の種類を明らかにし、日本医学放射線学会の定める仕様基準[注1]を満たす。
□ マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。
□ 両側乳房について内外斜位方向撮影を行う。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影する。
□ 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受ける※。
　※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること
□ 撮影を行う診療放射線技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受ける※。
　※ 上記の評価試験で、C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

解説：以下４項目の対象は、病院または診療所以外の場所において医師不在の状況下で乳房エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

□ 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出する。
□ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。
□ 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。
□ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

■乳房エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受ける※。
　※ 上記の評価試験で C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること
□ 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影する。

■記録の保存

□ 乳房エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存する。
□ 質問（問診）記録・検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：
　⑦ 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
　⑧ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 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を説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと。及びこれらの検査の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
□ 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性を説明する。
□ 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。
※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。
□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注7 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第 7 版、マンモグラフィガイドライン第 4 版参照。

注8 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会。
基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度

向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目　子宮頸がん検診（細胞診）　　令和 6 年 3 月

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による細胞診とする。

■問診

□ 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取する。
□ 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

■視診

□ 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

■子宮頸部細胞診検体採取（検診機関での精度管理）

□ 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を明らかにする。
□ 検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注1]、迅速に処理※する。
　※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること
□ 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行う※。
　※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じる※。
　※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること
□ 問診記録、検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■子宮頸部細胞診判定（細胞診判定施設での精度管理）

解説：細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受ける。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行う[注2]。
□ 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告する※。
　※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること
□ 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム[注3]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注3]の基準で細胞診結果を報告する※。
　※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である
□ 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。
　※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。またこれらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること
□ 標本は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

⑨ 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑩ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 検診結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明する。

□ 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を説明する。

□ 精密検査の方法について説明する（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）。

□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

□ 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。

□ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。

□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加する。

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注9　一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注10 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注11 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による液状化検体を用いた HPV 検査とする。

■問診

□ 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取する。
□ 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

■視診

□ 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

■HPV 検査判定の精度管理

□ HPV 検査の方法（細胞採取器具、検体採取用バイアル※、HPV 検査試薬）を明らかにする。
※ 検体採取用バイアルおよび検査試薬は「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」[注1]で指定されたものを用いること
□ 検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注2]、迅速に処理※する。
※ 直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること
□ HPV 検査の業務（HPV 検査判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、検体採取機関で再度検体採取を行う※。
※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検体採取機関でその原因等を検討し、対策を講じる※。
※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること
□ HPV 検査陽性の場合、残余検体を用いて直ちにトリアージ検査（細胞診）を実施する。
□ トリアージ検査の業務（細胞診判定を含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。
□ 問診記録、検診結果及び追跡検査結果（トリアージ検査結果を含む）は少なくとも 5 年間は保存する。

■細胞診（トリアージ検査）判定の精度管理

解説：細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受ける。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行う[注3]。
□ 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注3]、再スクリーニング施行率を報告する※。
※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること
□ HPV 検査陽性であった全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム[注4]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注4]の基準で細胞診結果を報告する※。
※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である
□ 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。またこれらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

□ 標本は少なくとも5年間は保存する。

■検診および追跡検査対象者への説明

解説：

⑪ 下記の9項目を記載した資料を、検診機関に来場した検診及び追跡検査対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑫ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の9項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりもCIN3以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

□ 受診者が検診対象者なのか、追跡検査対象者なのかを明確に個人ごとに説明する。

□ 検診結果及び追跡検査結果は「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」「要追跡検査」「要確定精検」のいずれかの区分で報告されることを説明する。

□ CIN3以上である、もしくはCIN3以上になる可能性は「要確定精検」、「要追跡検査」、「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」の順に高いことを説明する※。

※ CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

□ 「要追跡検査」または「要確定精検」となった場合には、必ず該当する検査を受ける必要があることを説明する。

□ 追跡検査の時期と方法（翌年度の自治体検診でのHPV検査）、確定精検の時期と方法（直ちに医療機関でのコルポスコープ下の組織診）について説明する。

□ 確定精検結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に確定精検を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 確定精検結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

□ 検診の有効性（HPV検査単独法による子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもHPV陽性となり（偽陽性）、「要確定精検」や「要追跡検査」となる場合もあることなど、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は5年に1回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。

□ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内に行う。

□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※（確定精検の際に行ったHPV検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。

※ 確定精検（治療）結果とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加する。

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、子宮頸がん検診運営委員会（仮称）[注1]、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注12 対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル参照。

注13 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注14 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注15 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

解説：

① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。

② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。

③ 二重読影と比較読影を外部（地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）

② 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 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を説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 2 年に 1 回であり※、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年 1 回受診しても差し支えない

(6) 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 問診、胃部エックス線撮影、胃内視鏡検査の精度管理

(1) 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか※としているか

※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかを選択させること

(2) 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか

(3) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 胃部エックス線撮影の機器の種類を仕様書※で明らかにし、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準[注1]を満たしているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(5) 胃部エックス線撮影の枚数は最低 8 枚とし、仕様書にも撮影枚数を明記しているか

(6) 胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式[注1]によるものとし、仕様書に体位及び方法を明記しているか

(7) 胃部エックス線撮影において、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意しているか

(8) 胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得しているか※

※ 撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く

(9) 自治体や医師会等から求められた場合、胃部エックス線撮影に携わる技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか※

※ 撮影技師が不在で、医師が撮影している場合は報告不要である

(10) 胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考にし、仕様書に明記しているか

3. 胃部エックス線読影の精度管理

(1) 自治体や医師会等から求められた場合、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告しているか

(2) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医であるか

(3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影しているか

(4) 胃部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. 胃内視鏡画像の読影の精度管理

(1) 胃内視鏡画像の読影に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考に行っているか

(2) 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会により、ダブルチェック※を行っているか

※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医※※が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる[注2]

※※ 専門医の条件（資格）は下記(3)参照

(3) 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得しているか

(4) 胃内視鏡画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(5) 胃内視鏡検査による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会※（自施設以外の胃がん専門家※※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか

※ 胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織を指す。

※※ 当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家

⑸ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

⑹ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

⑺ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、日本消化器がん検診学会発行「新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）」を参照。

日本消化器がん検診学会発行「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017 年発行）参照。

解説：

① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。

② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。

③ 検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員（大腸がん検診では申込者全員）に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）

② 資料は検査を受ける前に（検査キットの配布時）配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。なお、市区町村が検査キットと資料を同時に配布している場合も同様である

(1) 便潜血検査陽性で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（便潜血検査の再検は不適切であること）を説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(6) 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 検査の精度管理

(1) 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行っているか

(2) 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を仕様書※にすべて明記しているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(3) 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行っているか※

※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある
検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない

3. 検体の取り扱い

(1) 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明しているか

(2) 採便後即日(2 日目)回収を原則としているか（離島や遠隔地は例外とする）

(3) 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか

(4) 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか

(5) 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか

(6) 検体回収後原則として 24 時間以内に測定しているか（検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）

(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(5) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(6) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 胸部エックス線検査において、二重読影と比較読影を外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。
④ 喀痰細胞診において、検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 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（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査は CT 検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(6) 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

(7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか

2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理

解説：（8）～（11）の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

(1) 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診としているか※

※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える

(2) 質問（問診）では喫煙歴、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しているか。また最近 6 か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧めているか

(3) 質問（問診）記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行っているか[注1]

(5) 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式※、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を仕様書※※に明記し、日本肺癌学会が定める、肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影しているか[注2]

※ デジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること[注2]

※※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(6) 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか

(7) 集団検診を実施する検診機関は、1 日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか※

※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

(8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか

(9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか

(10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか

(11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 胸部エックス線読影の精度管理

(1) 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」の受講の有無等）を報告しているか

(2) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件※を満たしているか

※ 読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2) のいずれかを満たすこと

1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加している

2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加している

(3) 2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの※は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影しているか

※ 二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

(4) 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行っているか

(5) シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従っているか[注2]

(6) 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」によって行っているか

※ 地域保健・健康増進事業報告の要精検者はＥ判定のみである

(7) 胸部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(8) 胸部エックス線検査による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. 喀痰細胞診の精度管理

(1) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書等※に明記しているか
※ 仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい

(2) 採取した喀痰は、2 枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行っているか

(3) 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか[注4]

(4) 同一検体から作成された 2 枚以上のスライドは、2 名以上の技師によりスクリーニングしているか

(5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※
※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

(6) 標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

(7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※(診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」を年に１回以上開催しているか。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会[注3]を年に１回以上受講させているか

(5) 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家※を交えた会)を年に１回以上開催しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に１回以上参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など

(6) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(7) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(8) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。

注2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
1: 間接撮影の場合は、100mm ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧に

よる撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない。

2:直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者－管球間距離を 150cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）による撮影がよい。やむを得ず 100～120kV の管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる。

3: 直接撮影（デジタル画像）の場合は、X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いた CR システム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm 以上、X 線管電圧 120～140ｋV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 8：1 以上、の条件下で撮影されることが望ましい。

4: 撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」
・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
・「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注4 喀痰の処理法・染色法：
公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照。
http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：
肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照。
「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 二重読影と比較読影を外部（地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説
① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 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を説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性について説明しているか

(6) 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 質問（問診）及び撮影の精度管理

解説：（9）～（12）の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で乳房エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

(1) 検診項目は、質問（医師が自ら行う場合は問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）としているか※
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること

(2) 質問（問診）記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(3) 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取しているか※
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる

(4) 乳房エックス線装置の種類を仕様書※に明記し、日本医学放射線学会の定める仕様基準[注1]を満たしているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(5) マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか

(6) 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っているか。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影しているか

(7) 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受けているか※

※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること

(8) 撮影を行う診療放射線技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けているか※

※ 上記の評価試験で、C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

(9) 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか

(10) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか

(11) 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか

(12) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 乳房エックス線読影の精度管理

(1) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けているか※

※ 上記の評価試験で C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

(2) 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影しているか

(3) 乳房エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

※ がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家

(5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(7) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第 7 版、マンモグラフィガイドライン第 4 版参照。

注2 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会。

基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。
なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の実施状況を確認すること。

1. 対象者への説明

解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 検診結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明しているか

(2) 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を説明しているか

(3) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）

(4) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(5) 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(6) 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(7) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、細胞診の検体採取の精度管理

(1) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および腟部表面からの検体採取による細胞診を行っているか

(2) 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を仕様書※に明記しているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(3) 検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注1]、迅速に処理※しているか
※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること

(4) 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか

(5) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っているか※
※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること

(6) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じているか※

※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること

(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

(8) 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか

(9) 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(10) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(11) 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診判定の精度管理

(1) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか[注2]

(2) 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告しているか※

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

(3) 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム[注3]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注3]の基準で細胞診結果を報告しているか※

※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である

(4) 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※

※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

(5) 標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※ がん検診の結果及びそれに関わる情報とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

(5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(7) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注2 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注3 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

子宮頸がん検診（HPV 検査単独法）のためのチェックリスト（検診実施機関用） － 集団検診・個別検診

令和 6 年 3 月

解説：
④ このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。
⑤ 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
⑥ 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の実施状況を確認すること。

1. 検診及び追跡検査対象者への説明

解説：
③ 下記の 9 項目を記載した資料を、検診機関に来場した検診及び追跡検査対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
④ 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 9 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい
※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

(8) 受診者が検診対象者なのか、追跡検査対象者なのかを明確に個人ごとに説明しているか

(9) 検診結果及び追跡検査結果は「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」「要追跡検査」「要確定精検」のいずれかの区分で報告されることを説明しているか

(10) CIN3 以上である、もしくは CIN3 以上※になる可能性は「要確定精検」、「要追跡検査」、「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」の順に高いことを説明しているか
※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

(11) 「要追跡検査」または「要確定精検」となった場合には、必ず該当する検査を受ける必要があることを説明しているか

(12) 追跡検査の時期と方法（翌年度の自治体検診での HPV 検査）、確定精検の時期と方法（直ちに医療機関でのコルポスコープ下の組織診）について説明しているか

(13) 確定精検結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に確定精検を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 確定精検結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(14) 検診の有効性（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくても HPV 陽性となり（偽陽性）、「要確定精検」や「要追跡検査」となる場合もあることなど、がん検診の不利益について説明しているか

(15) 検診間隔は 5 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(16) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、検体採取および HPV 検査判定の精度管理

(12) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および腟部表面からの検体採取による液状化検体を用いた HPV 検査を行っているか

(13)　HPV 検査の方法（細胞採取器具、検体採取用バイアル※1、HPV 検査試薬）を仕様書※2に明記しているか

※ 検体採取用バイアルおよび検査試薬は「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」注1で指定されたものを用いること

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(14)　検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し注2、迅速に処理※しているか

※ 直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること

(15)　HPV 検査の業務（HPV 検査判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか

(16)　検体が不適正との判定を受けた場合は、検体採取機関で再度検体採取を行っているか※

※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること

(17)　検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検体採取機関でその原因等を検討し、対策を講じているか※

※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること

(18)　HPV 検査陽性の場合、残余検体を用いて直ちにトリアージ検査（細胞診）を実施しているか

(19)　トリアージ検査の業務（細胞診判定を含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書※に明記しているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(20)　検診結果及び追跡検査結果（トリアージ検査結果を含む）は少なくとも 5 年間は保存しているか

(21) 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか

(22) 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(23) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(24) 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診（トリアージ検査）判定の精度管理

(6) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか注3

(7) 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い注3、再スクリーニング施行率を報告しているか※

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

(8) HPV 検査陽性であった全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム注4の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム注4の基準で細胞診結果を報告しているか※

※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である

(9) 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※

※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

(10)　標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(8) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(9) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※ がん検診の結果及びそれに関わる情報とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(10) 確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※（確定精検の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 確定精検（治療）結果とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(11) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

(12) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(13) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(14) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、子宮頸がん検診運営委員会（仮称）[注1]、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル参照。

注2 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注3 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注4 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

別添6 プロセス指標の基準値一覧

厚生労働科学研究費補助金「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班（研究代表者：高橋宏和）、「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」班（研究代表者：祖父江友孝）において、プロセス指標の基準値（許容値、目標値）を設定した。

設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を 90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3 以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の 2 年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

基準値の対象年齢は、胃がん：50-74(69)歳、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74(69)歳、子宮頸がん：20-74(69)歳、20-39 歳、40-74(69)歳とした。子宮頸がんは対象となる年齢の幅が広く、対象集団における平均的ながん罹患リスクを１つに設定することが難しいため、上記のように対象年齢を分類した。

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を表 7 （上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。

基準値の一覧を次頁以降に示す。

基準値一覧

表1. 特異度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	90.9%	89.9%	88.7%	86.6%	84.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	91.0%	89.9%	88.8%	86.7%	84.6%
大腸	-	-	-	-	93.9%	92.9%	91.7%	90.6%	89.5%	87.3%	84.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	96.9%	95.9%	95.8%	94.7%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	97.0%	95.9%	95.9%	94.8%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	92.9%	91.9%	90.8%	90.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	93.0%	91.9%	90.9%	90.8%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	93.9%	93.9%	92.9%	91.8%	90.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%	96.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.9%	96.9%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	92.9%	91.9%	90.8%	88.8%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	93.0%	91.9%	90.9%	88.8%
大腸	-	-	-	-	93.9%	93.9%	93.8%	93.8%	92.7%	91.5%	89.4%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	96.9%	96.9%	95.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.0%	96.9%	95.9%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	89.8%	88.5%	89.5%	91.3%	91.2%	91.0%	90.8%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	89.8%	88.6%	89.6%	91.5%	91.4%	91.2%	91.1%
子宮頸	95.0%	94.9%	96.0%	95.6%	95.6%	96.6%	96.6%	97.7%	98.8%	98.6%	98.7%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	93.9%	92.9%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	94.0%	92.9%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	95.0%	94.9%	94.9%	94.9%	93.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	98.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.7%	94.7%	95.7%	95.7%	95.7%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.8%	94.8%	95.8%	95.7%	95.7%
子宮頸	95.0%	95.0%	96.0%	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%

表2. がん発生率の推計値（受診者10万対）

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	29	62	178	397	804	1273	2032
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	14	31	89	198	402	637	1016
大腸	-	-	-	-	120	254	557	869	1106	1624	2597
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	51	20	51	119	338	464	743
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	31	12	31	71	203	278	446
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	22	37	74	170	345	590	842
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	11	19	37	85	172	295	421
大腸	-	-	-	-	38	65	119	200	307	448	542
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	9	20	40	81	163	296	435
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	6	12	24	48	98	178	261
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	34	68	71	162	252	430	690
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	17	34	35	81	126	215	345
大腸	-	-	-	-	105	196	340	509	566	968	1307
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	15	55	81	92	151	231	464
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	9	33	49	55	91	139	279
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	535	1259	1177	1439	1426	1859	2147
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	374	881	824	1007	999	1301	1503
子宮頸（CIN3以上）	26	212	483	790	826	811	739	621	400	513	375
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	20	29	38	68	111	186	262
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	10	15	19	34	56	93	131
大腸	-	-	-	-	32	50	82	117	159	224	280
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	8	15	27	45	77	121	176
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	5	9	16	27	46	73	106
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	361	553	522	515	557	585	584
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	253	387	365	360	390	410	409
子宮頸（CIN3以上）	26	161	281	310	268	199	127	93	76	66	59

表3. 要精検率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.1%	10.1%	11.3%	13.4%	15.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.0%	10.1%	11.2%	13.3%	15.4%
大腸	-	-	-	-	6.1%	7.1%	8.3%	9.4%	10.5%	12.7%	15.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.1%	4.1%	4.2%	5.3%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.0%	4.1%	4.1%	5.2%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.1%	8.1%	9.2%	9.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.0%	8.1%	9.1%	9.2%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	6.1%	6.1%	7.1%	8.2%	9.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%	3.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.1%	3.1%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.1%	8.1%	9.2%	11.2%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.0%	8.1%	9.1%	11.2%
大腸	-	-	-	-	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%	7.3%	8.5%	10.6%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.1%	3.1%	4.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.0%	3.1%	4.1%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	10.2%	11.5%	10.5%	8.7%	8.8%	9.0%	9.2%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	10.2%	11.4%	10.4%	8.5%	8.6%	8.8%	8.9%
子宮頸*	5.0%	5.1%	4.0%	4.4%	4.4%	3.4%	3.4%	2.3%	1.2%	1.4%	1.3%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.1%	7.1%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.0%	7.1%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	5.0%	5.1%	5.1%	5.1%	6.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.3%	5.3%	4.3%	4.3%	4.3%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.2%	5.2%	4.2%	4.3%	4.3%
子宮頸*	5.0%	5.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%

*ASC-US以上の割合

表4. がん発見率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.03%	0.08%	0.18%	0.37%	0.58%	0.93%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.05%	0.11%	0.22%	0.34%	0.55%
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.14%	0.30%	0.47%	0.60%	0.88%	1.40%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.02%	0.01%	0.02%	0.05%	0.15%	0.21%	0.33%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.03%	0.10%	0.13%	0.21%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.03%	0.08%	0.16%	0.27%	0.39%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.09%	0.16%	0.23%
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.04%	0.06%	0.11%	0.17%	0.24%	0.29%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.02%	0.04%	0.07%	0.13%	0.20%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.08%	0.12%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.03%	0.07%	0.12%	0.20%	0.32%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.02%	0.04%	0.07%	0.12%	0.19%
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.11%	0.18%	0.27%	0.31%	0.52%	0.71%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.04%	0.04%	0.07%	0.10%	0.21%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.02%	0.02%	0.03%	0.04%	0.07%	0.13%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.25%	0.58%	0.64%	0.78%	0.87%	1.14%	1.31%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.19%	0.44%	0.49%	0.60%	0.67%	0.88%	1.01%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.27%	0.43%	0.45%	0.45%	0.41%	0.34%	0.22%	0.28%	0.21%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.09%	0.12%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.07%
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.04%	0.06%	0.09%	0.12%	0.15%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.08%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.17%	0.25%	0.28%	0.28%	0.34%	0.36%	0.36%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.13%	0.20%	0.22%	0.21%	0.26%	0.28%	0.28%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.09%	0.15%	0.17%	0.15%	0.11%	0.07%	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%

表5. 陽性反応適中度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.22%	0.41%	0.90%	1.80%	3.27%	4.35%	5.96%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.13%	0.24%	0.53%	1.06%	1.94%	2.59%	3.56%
大腸	-	-	-	-	1.07%	1.93%	3.64%	4.99%	5.69%	6.90%	9.30%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.14%	0.45%	1.14%	1.76%	3.67%	4.98%	6.31%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.73%	0.29%	0.73%	1.12%	2.37%	3.22%	4.10%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.25%	0.34%	0.68%	1.10%	1.95%	2.94%	4.15%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.15%	0.20%	0.40%	0.65%	1.15%	1.74%	2.47%
大腸	-	-	-	-	0.41%	0.70%	1.06%	1.77%	2.32%	2.95%	3.16%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.40%	0.89%	1.77%	1.79%	3.54%	6.26%	6.15%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.29%	0.57%	1.13%	1.13%	2.29%	4.08%	3.99%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.52%	0.54%	1.05%	1.43%	2.15%	2.82%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.31%	0.31%	0.62%	0.84%	1.28%	1.67%
大腸	-	-	-	-	0.94%	1.74%	2.98%	4.40%	4.20%	6.18%	6.67%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.67%	2.42%	1.79%	2.03%	2.22%	3.36%	4.98%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.43%	1.55%	1.16%	1.30%	1.43%	2.16%	3.23%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.41%	5.05%	6.04%	8.96%	9.95%	12.64%	14.35%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.86%	3.91%	4.70%	7.02%	7.84%	10.00%	11.39%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.75%	2.82%	3.09%	6.57%	6.71%	12.78%	17.87%	28.69%	23.45%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.33%	0.43%	0.62%	1.01%	1.41%	1.69%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.20%	0.26%	0.37%	0.60%	0.83%	1.00%
大腸	-	-	-	-	0.34%	0.54%	0.88%	1.25%	1.69%	2.37%	2.46%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.36%	0.67%	1.20%	1.99%	1.70%	2.65%	3.82%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.24%	0.43%	0.76%	1.27%	1.09%	1.71%	2.47%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.32%	3.52%	4.51%	5.29%	7.89%	8.26%	8.24%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.79%	2.72%	3.50%	4.11%	6.20%	6.49%	6.48%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.44%	0.96%	1.02%	1.52%	1.41%	2.57%	2.26%	2.31%	2.15%

表6. 受診者の分布

			20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
胃													
	男性	初回受診者	-	-	-	-	1.3%	0.8%	0.8%	0.7%	1.4%	2.2%	1.8%
		非初回受診者	-	-	-	-	1.5%	2.3%	2.3%	2.6%	4.1%	9.5%	14.0%
	女性	初回受診者	-	-	-	-	2.6%	1.4%	1.4%	1.2%	1.8%	1.9%	1.7%
		非初回受診者	-	-	-	-	2.8%	4.3%	4.2%	4.8%	7.2%	11.2%	13.4%
大腸													
	男性	初回受診者	-	-	-	-	0.9%	0.6%	0.6%	0.6%	1.1%	1.8%	1.7%
		非初回受診者	-	-	-	-	1.0%	1.7%	1.8%	2.1%	3.4%	8.5%	14.0%
	女性	初回受診者	-	-	-	-	1.9%	1.1%	1.1%	1.1%	1.7%	2.0%	2.0%
		非初回受診者	-	-	-	-	2.3%	3.7%	3.9%	4.9%	7.8%	13.8%	19.0%
肺													
	男性	初回受診者	-	-	-	-	1.0%	0.7%	0.7%	0.7%	1.3%	2.8%	3.2%
		非初回受診者	-	-	-	-	0.9%	1.4%	1.5%	1.7%	2.9%	7.8%	13.7%
	女性	初回受診者	-	-	-	-	2.0%	1.5%	1.4%	1.5%	2.4%	3.5%	4.1%
		非初回受診者	-	-	-	-	1.7%	2.6%	2.8%	3.6%	6.3%	12.2%	18.0%
乳													
	女性	初回受診者	-	-	-	-	8.4%	4.0%	3.4%	2.7%	3.2%	2.9%	2.7%
		非初回受診者	-	-	-	-	7.4%	10.0%	9.8%	9.3%	11.4%	13.3%	15.5%
子宮頸													
	女性	初回受診者	3.0%	3.5%	4.3%	3.8%	3.9%	3.1%	2.5%	1.8%	2.0%	1.7%	1.6%
		非初回受診者	0.8%	2.3%	4.6%	6.2%	7.7%	8.4%	7.8%	7.0%	8.0%	9.1%	9.9%

表7. 基準値（上限74歳）

			胃（検診間隔2年）	胃（検診間隔1年）	大腸	肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	乳（連続受診者がいることを考慮）	子宮頸		
対象年齢			50-74歳	50-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	20-74歳	20-39歳	40-74歳
感度			**60%以上**	**60%以上**	**60%以上**	**50%以上**	**50%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**CIN3以上：65%以上**		
精検受診率			**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**		
非初回受診者の2年連続受診者割合			-	-	-	-	-	**30%以下**	**30%以下**	**40%以下**		
要精検率	男女計	受診歴計	**7.7%以下**	**7.6%以下**	**6.8%以下**	**2.4%以下**	**2.3%以下**	**6.5%以下**	**6.4%以下**	**2.5%以下**	**4.2%以下**	**1.9%以下**
		初回	10.4%以下	10.3%以下	8.9%以下	3.2%以下	3.1%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
		非初回	7.1%以下	7.1%以下	6.4%以下	2.1%以下	2.0%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
	男性	受診歴計	9.4%以下	9.3%以下	8.6%以下	2.8%以下	2.8%以下	-	-	-	-	-
		初回	12.7%以下	12.6%以下	11.1%以下	3.9%以下	3.9%以下	-	-	-	-	-
		非初回	8.7%以下	8.6%以下	8.0%以下	2.5%以下	2.4%以下	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	6.6%以下	6.6%以下	5.8%以下	2.1%以下	2.0%以下	6.5%以下	6.4%以下	2.5%以下	4.2%以下	1.9%以下
		初回	12.7%以下	12.6%以下	7.5%以下	2.7%以下	2.7%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
		非初回	8.7%以下	8.6%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
がん発見率*	男女計	受診歴計	**0.19%以上**	**0.11%以上**	**0.21%以上**	**0.10%以上**	**0.05%以上**	**0.40%以上**	**0.31%以上**	**0.15%以上**	**0.18%以上**	**0.14%以上**
		初回	0.33%以上	0.19%以上	0.49%以上	0.13%以上	0.07%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
		非初回	0.16%以上	0.10%以上	0.15%以上	0.08%以上	0.05%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
	男性	受診歴計	0.32%以上	0.19%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.08%以上	-	-	-	-	-
		初回	0.53%以上	0.31%以上	0.73%以上	0.19%以上	0.10%以上	-	-	-	-	-
		非初回	0.27%以上	0.16%以上	0.22%以上	0.14%以上	0.07%以上	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	0.09%以上	0.05%以上	0.14%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.40%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.18%以上	0.14%以上
		初回	0.16%以上	0.09%以上	0.34%以上	0.09%以上	0.05%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
		非初回	0.08%以上	0.05%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
がん陽性反応適中度*	男女計	受診歴計	**2.5%以上**	**1.5%以上**	**3.0%以上**	**4.1%以上**	**2.2%以上**	**6.1%以上**	**4.8%以上**	**5.9%以上**	**4.4%以上**	**7.3%以上**
		初回	3.1%以上	1.9%以上	5.5%以上	4.0%以上	2.2%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
		非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.1%以上	2.2%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上
	男性	受診歴計	3.4%以上	2.0%以上	3.6%以上	5.2%以上	2.9%以上	-	-	-	-	-
		初回	4.2%以上	2.5%以上	6.6%以上	4.7%以上	2.6%以上	-	-	-	-	-
		非初回	3.2%以上	1.9%以上	2.7%以上	5.5%以上	3.0%以上	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	1.4%以上	0.8%以上	2.5%以上	3.0%以上	1.7%以上	6.1%以上	4.8%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.3%以上
		初回	1.8%以上	1.1%以上	4.5%以上	3.4%以上	1.9%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
		非初回	1.3%以上	0.8%以上	1.9%以上	2.8%以上	1.5%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上

*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

表7-2. 基準値（上限69歳）

			胃（検診間隔2年）	胃（検診間隔1年）	大腸	肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	乳（連続受診者がいることを考慮）	子宮頸		
対象年齢			50-69歳	50-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	20-69歳	20-39歳	40-69歳
感度			**60%以上**	**60%以上**	**60%以上**	**50%以上**	**50%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**CIN3以上：65%以上**		
精検受診率			**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**		
非初回受診者の2年連続受診者割合			-	-	-	-	-	30%以下	30%以下	40%以下		
要精検率	男女計	受診歴計	**7.1%以下**	**7.0%以下**	**6.2%以下**	**2.0%以下**	**2.0%以下**	**6.8%以下**	**6.8%以下**	**2.7%以下**	**4.2%以下**	**2.0%以下**
		初回	9.5%以下	9.4%以下	8.0%以下	2.7%以下	2.6%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
		非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.8%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
	男性	受診歴計	8.9%以下	8.8%以下	7.7%以下	2.3%以下	2.3%以下	-	-	-	-	-
		初回	11.7%以下	11.6%以下	9.8%以下	3.3%以下	3.3%以下	-	-	-	-	-
		非初回	8.2%以下	8.1%以下	7.1%以下	1.9%以下	1.8%以下	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	5.8%以下	5.7%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	6.8%以下	6.8%以下	2.7%以下	4.2%以下	2.0%以下
		初回	9.5%以下	9.4%以下	6.9%以下	2.2%以下	2.2%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
		非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.1%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
がん発見率*	男女計	受診歴計	**0.13%以上**	**0.08%以上**	**0.16%以上**	**0.06%以上**	**0.03%以上**	**0.38%以上**	**0.29%以上**	**0.16%以上**	**0.18%以上**	**0.15%以上**
		初回	0.24%以上	0.14%以上	0.35%以上	0.08%以上	0.04%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
		非初回	0.11%以上	0.06%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
	男性	受診歴計	0.23%以上	0.14%以上	0.25%以上	0.10%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
		初回	0.39%以上	0.23%以上	0.52%以上	0.12%以上	0.06%以上	-	-	-	-	-
		非初回	0.19%以上	0.11%以上	0.25%以上	0.08%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	0.07%以上	0.04%以上	0.12%以上	0.04%以上	0.02%以上	0.38%以上	0.29%以上	0.16%以上	0.18%以上	0.15%以上
		初回	0.11%以上	0.07%以上	0.26%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
		非初回	0.06%以上	0.03%以上	0.08%以上	0.03%以上	0.02%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
がん陽性反応適中度*	男女計	受診歴計	**1.9%以上**	**1.1%以上**	**2.6%以上**	**3.0%以上**	**1.6%以上**	**5.5%以上**	**4.3%以上**	**5.9%以上**	**4.4%以上**	**7.4%以上**
		初回	2.5%以上	1.5%以上	4.4%以上	3.0%以上	1.6%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
		非初回	1.7%以上	1.0%以上	1.9%以上	3.0%以上	1.6%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上
	男性	受診歴計	2.6%以上	1.5%以上	3.2%以上	4.1%以上	2.3%以上	-	-	-	-	-
		初回	3.3%以上	2.0%以上	5.2%以上	3.6%以上	2.0%以上	-	-	-	-	-
		非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.5%以上	2.5%以上	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	1.2%以上	0.7%以上	2.1%以上	2.2%以上	1.2%以上	5.5%以上	4.3%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.4%以上
		初回	1.5%以上	0.9%以上	3.7%以上	2.5%以上	1.4%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
		非初回	1.1%以上	0.6%以上	1.6%以上	2.1%以上	1.1%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上

*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答

作成：国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部検診実施管理支援室
監修：厚労省「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班

1.検診対象者について

Q1　**がん検診（住民検診）の対象年齢に上限はないのでしょうか。**

A1　**現時点ではありません。しかしいずれは対象年齢の上限が必要であり、国の検討会で議論しているところです。**

がん検診には利益（死亡率減少など）と不利益（例えば胃部エックス線検査ならバリウム誤嚥や被ばくなど）があります。高齢者の利益/不利益バランスは個人差が大きいので、現状では医師等と相談して受診の有無を決定することになります。なお、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」では、積極的に受診勧奨を行う対象者の年齢上限として 69 歳を推奨しています（70 歳以上の方についても、受診機会を提供することが前提です）。

がん検診の利益と不利益については、下記のサイトを参照してください。

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（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

Q2　**30 歳代から乳がんは増えてくるといわれますが、30 歳代の検診はなぜ国の指針で認められないのですか。**

A2　**40 歳未満の乳がん検診は死亡率減少を示す科学的根拠が認められておらず、もし国策として行った場合、検診による不利益が利益を上回る可能性があるからです。なお、症状があればすぐに受診することを促す必要があります。**

がん検診が必要かどうかは、「そのがんが多いかどうか」という視点だけでは決められません。国の指針で推奨された検診は、そのがん検診の実施により当該がんの死亡率を減少させること（利益）が科学的に認められ、かつ、利益が不利益を上回ると認められたものです（他にも、例えば精度管理ができるかどうか等の条件が考慮されます）。

Q3　**性交渉の経験がない方は子宮頸がん検診の対象外でしょうか。**

A3　**現在の国の指針によれば、一律に検診対象外とすることは難しいです。現時点では、性交渉の経験の無い方の受診機会を制限するのではなく、子宮頸がんのリスクが低いことや検診手法などを予め説明し、受診同意を得られる方だけ受診していただくのが良いと考えます。**

性交渉の経験のない女性はヒトパピローマウイルス（HPV）の感染率が低く、子宮頸がんの罹患リスクも低いため、検診をしてもがんや上皮内病変はほとんど発見されません。しかし、自治体による検診の運用面を考えると、性交渉の経験のない方を検診対象から除外することは現実

的ではありません。

Q4　子宮を全摘出した方は子宮頸がん検診の対象になりますか。

A4　子宮筋腫や子宮頸がんで子宮を全摘出した方は検診の対象外です（子宮頸がんの再発の有無を確認するために、医療機関でのフォローアップが必要です）。一方、子宮腟上部切断術といって子宮体部を摘出し子宮頸部を残す手術を行った場合（分娩時の大出血による緊急手術など）は、残存子宮頸部から子宮頸がんが発生する可能性があり、子宮頸がん検診の対象になります。

子宮頸がんで子宮を全摘出した後の再発の有無は細胞診だけでは判断できず、他の検査を併用することがしばしばあります。従って、がん検診としての細胞診のみで術後フォローアップを行うことは、検診の意義に合致しないばかりでなく、患者さんにも不利益が起きる恐れがあります。子宮体がんによる子宮全摘出術後の方も同様です。また、子宮筋腫など他の疾患で子宮を全摘出した方に対しても、残った腟の断端の擦過細胞診による腟がんの検診も、死亡率を減少させる効果が明らかでないことから検診対象になりません。

Q5　妊婦健診（健康診査）の項目として子宮頸がん検診を実施することは可能ですか。

A5　可能です。その場合は対策型検診として非妊時と同様の手順のもとに行ってください（対象年齢、受診間隔、検査方法、要精検者への精検受診勧奨の実施、精検結果の追跡実施などを遵守する）。なお、妊婦健診で行った子宮頸がん検診（細胞診）は、細胞診を実施している自治体においては地域保健・健康増進事業報告に計上することになっています。ただし、受診者数だけでなく、細胞診の判定別人数や精検受診の有無別人数の報告をお願いします。受診者数のみの報告は認められていません（厚労省確認済み）。

Q6　子宮体がん検診は国から推奨されていないのでしょうか。

A6　子宮体がん検診は推奨されていません。子宮体がんの細胞診は、死亡率減少効果が認められておらず、「検診」として行われている国はありません。

Q7　乳がんで片方の乳房を切除した方について、もう片方の残存している乳房は検診の対象になりますか。

A7　残った乳房に対する対策型検診のあり方についての公的文書はなく、現時点では各自治体で判断することになります。国立がん研究センターとしては、都道府県単位（生活習慣病検診等管理指導協議会）で方針を検討されるのが良いと考えます。

乳がんの術後一定期間は治療機関で保険診療にてフォローすべきですが、現時点では、術後何年までを保険診療でフォローするかは決まっていません。保険診療のフォローが終了した人については検診に戻すのが現実的と言えそうですが、現時点での統一見解はありません。乳がんの術後フォローはたいてい 10 年としている施設が多いようで、術後 10 年を過ぎれば検診で対応するのが現実的と言えそうです。ただし統一見解は示されていません。

Q8　肺がん検診において、なぜ高危険群（50 歳以上で喫煙指数が 600 以上）以外の方は喀痰細胞診

を受診できないのですか。

A8　喀痰細胞診は喫煙者のみに発生する肺門部扁平上皮癌を早期に発見するために行うものだからです。

非喫煙者に対する喀痰細胞診をしてもがんの発見にはつながらず、検診費用の浪費になるばかりでなく、不要な偽陽性者の増加による受診者の不利益につながります。

Q9　20～30 歳などの若い頃にヘビースモーカーでその後長期間禁煙していた方も、喀痰細胞診の対象になりますか。

A9　過去の喫煙者も喀痰細胞診の対象になります。国の指針では以下のように記載されています（※）。

※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」での記載
喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上　であることが判明したもの（過去における喫煙者を含む）

Q10　国の指針では血痰がある方は検診対象外となっていますが、一部の委託検診機関から「絶対対象としてはいけないのか」と聞かれました。「絶対」と言って良いのかどうか悩んでいます。

A10　検診対象にはなりません。

リスクが高い有症状者は検診ではなく適切な保険診療を直ちに受けて、迅速な診断治療につなげるべきです。

Q11　喫煙指数の計算に、加熱式タバコをカウントしても良いのでしょうか。

A11　加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」としてカウントしてください。

Q12　大腸がん検診（便潜血検査）で毎年陽性になる方について、ある医療機関では「精検で 2 回以上異常所見なしの場合、その後の検診（便潜血検査）で陽性になっても精密検査として内視鏡検査を実施しない」という対応をしているようです。そうなると、精密検査が未受診となりますので、このような方は以後住民検診の対象外にしても良いのでしょうか。

A12　現時点では内視鏡検査による精密検査で 2 回以上異常所見なしとなった方を一律に検診対象外とすることについて、コンセンサスが得られていません。

精密検査による内視鏡検査で異常なしの場合、その後の大腸がんリスクが低いことは示されています。従って、本来はこうした履歴を踏まえて検診対象者を設定するべきですが、現時点ではまだコンセンサスが得られていません。ただし、受診者本人への情報提供は必要で、例えば、「何回も内視鏡検査を受けて異常なしの方は、その後の大腸がんリスクが低く、暫く検診をしなくて良い場合があります。次回検診を受けるかどうかは、精検担当医とご相談ください」などの説明が必要です。

Q13　毎年要精検になるにもかかわらず、毎年精検を受診してくれない方がいます。そのような方については、次回の検診対象者から除外してもかまいませんか。

A13　**要精検者は精検の対象ですから、本来なら、次回の検診対象から精検未受診者を除くことが望ましいですが、現時点で一律に検診対象外とするには問題があります。**

精検未受診者を次回の検診対象から除外するには、まず受診台帳がきちんと整備され、一人ひとりの検診/精検受診状況が管理できることが必要です。その上で、

・精検未受診の理由を個別に把握し、もしその方が特に高齢であるとか、体力的に精検を受けることが難しい場合は、次回のがん検診を受けないよう薦め、ご本人の了解を得た上で次回の検診対象外とする。

・精検を受けられない事情が特に無いにも係らず毎年精検を受けない方については、「精検を受けないと検診の成果が得られないこと」を丁寧に説明する。それでも未受診が続くようであれば、本人の了解を得た上で、受診勧奨の中止を検討する。

などが考えられます。

現時点で上記の体制が整わない場合は、（本来の検診の意義から外れますが）精検未受診者も次回の検診対象とせざるを得ないと考えます。

2.検診項目について

Q14　**国の指針で推奨された検診に追加して、アミノインデックスがんリスクスクリーニング（ACIS）などの指針外検診を、自治体独自の判断で追加してもかまいませんか。**

A14　**指針外の検診を追加で行うと、住民の不利益（過剰診断による治療で心身にダメージを被るなど）につながる恐れがあります。指針で推奨された検診のみを行うようお願いします。**

ある検査をがんのスクリーニングとして用いるには、検診を受けることによる利益として、健康な集団のがん死亡率を下げる科学的根拠が確立し、さらに不利益が利益に比べて小さいことが必要です。その上で国は、適切な検診方法として推奨しています。

なお、アミノインデックスは上記の科学的根拠が証明されていません。（まだきちんとした研究はなく、有効性が不明なばかりでなく、がんがどのくらい発見されるかも不明です）。

がん検診の利益と不利益については、下記のサイトを参照してください。

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（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

Q15　**胃がんリスク評価（ピロリ菌感染の有無と胃粘膜萎縮の程度から、胃がんのリスクをA～Dで評価する）を実施した後、ハイリスクの人に内視鏡検査を行っても良いですか。**

A15　**胃がんリスク評価は、現時点では科学的根拠がなく対策型検診として推奨されていません。住民検診では実施しないようお願いします。**

胃がんリスク評価がA（ピロリ菌感染なし、胃の萎縮なし）の方が本当に低リスクかと言うと、現在の検査法では少し信頼度が低いです。また、除菌治療を受けた方や偶然に除菌された方の中にはリスク評価の判定が A と判定されてしまうケースもあります。さらには、リスク評価は検

診として用いるには特異度があまりに低く、リスクありとされても胃がんが見つからない偽陽性者が多数出てしまう恐れがあります。胃がんリスク評価を行った後に内視鏡検診を行う方法が本当に有効かどうか（胃がん死亡率を下げるかどうか）、その科学的根拠はまだありません。対策型検診では科学的根拠がないものは行うべきではありません。

Q16　ピロリ菌検査を任意型検診として行うことは可能ですか。

A16　市町村が公的資金を用いて行っているものは全て対策型検診に分類されます。住民検診でピロリ菌検査を行うことは不適切です。

ピロリ菌検査は、そもそもピロリ菌を調べること自体でがんを発見することはできませんし、対策型検診として推奨されていませんので、実施することは不適切です。ピロリ菌検査を実施して除菌治療を受けることで胃がんを予防できると言われていますが、無症候の胃炎患者に対する除菌治療の胃がん予防効果は 34%ほどであり[1)]、除菌をしても残り 2／3 は胃がんのリスクが残ることになります。除菌をしても胃がんリスクは残ることから、ピロリ菌検査については慎重に対応する必要があります。

1) Ford AC BMJ. 2014;348: g3174

Q17　胃内視鏡検査では早期がんも見つかりますが、胃部エックス線検査では早期がんは見つかりにくいのではないでしょうか。

A17　胃部エックス線検査でも発見がんのうち約 8 割弱は早期がんであり（日本消化器がん検診学会平成 27 年度全国集計調査）、内視鏡治療で切除可能ながんも発見されています。

胃部エックス線検査は検診としての有効性が科学的に証明された方法であり、決して胃部エックス線検査の精度が劣るということではありません。

3.検診間隔について

Q18　乳がん検診や子宮頸がん検診では指針で隔年受診が推奨されていますが、運用面が難しい（2 年毎に受診勧奨通知を出すことが難しい）との理由で、実際にはかなりの市町村が逐年検診をしています。県としてどのように指導すれば良いですか。

A18　まず、検診の不利益（放射線被ばくや出血など）を最小化するために隔年検診を遵守徹底するよう指導をするべきです。また精度管理として、（市区町村向けのチェックリストにもありますが）個人毎の受診歴を記録した適切な受診台帳を作り、受診台帳を基に、その年の対象者を毎年抽出することが重要です。

よくあるケースとして、検診対象を奇数年/偶数年生まれで設定しており、1 回を逃すと次の受診機会が 4 年後になってしまう、ということがありますが、こういった不適切なケースが発生しないよう、個人毎に受診歴を管理する必要があります。

4.検診体制について

4-1.「事業評価のためのチェックリスト」の項目について

①5 がん共通

Q19　検診機関用チェックリストの全項目が満たされていなければ、住民検診を委託できないのですか。

A19　検診機関用チェックリストは、検診機関が満たすべき最低限の基準です。全項目が満たされていなくても委託は可能ですが、検診の成果を出すためには、全項目達成に向けて体制を改善することが重要です。

検診機関の質が担保されないと、検診の利益（死亡率減少効果）が出ないばかりか、不利益が大きくなる恐れがあります。

Q20　国の補助事業（クーポン配布）のみで検診を実施している医療機関も、検診機関用チェックリストによる体制確認が必要ですか。

A20　必要です。

クーポン事業であるか否かにかかわらず、住民検診を受託している医療機関は全てチェックリストによる体制確認が必要です。

Q21　国の指針と検診機関用チェックリストの記述が一部一致していない箇所があります。仕様書を作成する際はどちらを参照したら良いでしょうか。

A21　チェックリストを参照してください。

指針は頻繁に改定できないため、学会ガイドラインや取り扱い規約等の変更をタイムリーに反映できない場合があります。一方、チェックリストは細かな修正が可能で、毎年見直していますので、最新情報が反映されています。最新のチェックリストは下記をご参照ください。

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（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

Q22　検診機関用チェックリストにある、問診記録や検査結果等の保管期限（5 年間）の根拠は何ですか。

A22　根拠は国の指針で、5 年間の保存が明記されています。

Q23　検診機関用チェックリストでは「精密検査の方法について説明しているか」という項目がありますが、自施設で精検を行っていない場合でも受診者への説明が必要ですか。

A23　精検を行わない施設においても説明が必要です。

要精検と判定された方は必ず精密検査を受けなくてはいけませんので、受診前に、精検方法を知っていただく必要があります。侵襲性の高い精密検査を受けられない方（特に高齢者など）は、医師等と相談しながら検診受診の有無をよく考えていただくことが大事です。

Q24　**受診者個人の同意が無くても、精検機関から一次検診機関に精検結果を共有できるとのことですが、その根拠を教えてください。**

A24　**個人情報保護法第 23 条（例外事項）の三項に、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」という項目が挙げられています。その具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と書かれています。**

個人情報保護法では、がん検診などを含む公衆衛生上の施策の妨げにならないような配慮が条文に盛り込まれています。

なお、精検機関から精検結果を提供された自治体が、検診機関に精検結果を提供できるかについては、各自治体における保有個人情報（精検結果）の利用目的の特定の状況に関し、個人情報保護法第 61 条に基づき判断する必要があります。「個人情報の保護に関する法律についての事務対応ガイド（行政機関等向け）」も適宜参考にしてください。

Q25　**検診機関は自施設のプロセス指標値を把握することになっていますが、自施設で把握できない場合はどうしたら良いですか。**

A25　**精検を実施しない施設でも、紹介先の精密検査施設に精検結果を照会するなどして、プロセス指標値を把握することが重要です。どうしても自施設でプロセス指標値を把握できない場合には、市町村からプロセス指標値を提供してもらう必要があります。**

一方、市町村に対しても、検診機関にプロセス指標値をフィードバックすることが求められています。このように市町村と検診機関が連携して精度管理を行う必要があります。

Q26　**（胃/肺/乳がん検診において）撮影や読影向上のための検討会を自施設で設置していない場合、市町村や医師会等の委員会に参加すれば良いことになっています。複数の市町村から委託されている検診機関は、各市町村の委員会に参加するべきでしょうか。あるいは少なくとも一つ（例えば検診機関の所在地に一番近い地域の委員会）に参加すれば良いでしょうか。**

A26　**少なくとも一つの委員会に参加していれば良いですが、もし複数の委員会があるのであれば、参加した方が撮影・読影技術の向上に役立ちます。**

チェックリストはあくまで最低限の基準であり、より高い質を目指すための体制作りは重要です。

②胃がん

Q27　仕様書に胃部エックス線検査の機器の種類（間接、直接、DR 撮影、II 方式などの分類）を明記する理由を教えてください。

A27　自治体がプロセス指標値を分析する際に必要な情報だからです。

直接撮影は透過エックス線をそのまま撮影するので歪みが少ない画像が撮れますが、大きなフィルムが必要です。間接撮影では蛍光増倍管（イメージインテンシファイアー：I.I.）で透過光を集めて蛍光板に投射し、写った像を撮影するので 10cm 幅のロールフィルムで済みますが、画像の周辺に歪みを生じるなどの難点があります。また、フィルム･増感紙系では陰影の濃淡を細かに再現することができますが、その代わり現像してみないとどんな画像が撮れているか判らないという欠点があります。一方、デジタル撮影は陰影の濃淡をデジタル信号化するため微妙な違いが再現できないことがありますが、検査しながら撮影画像を確認できるのでその場で撮り直しができますし、撮影画像の取り扱いも簡便です。このようにエックス線撮影装置は、機器の種類によって特性が違いますので、プロセス指標（特に要精検率）のばらつきに影響する可能性があります。委託元市町村や都道府県（がん部会）等が、プロセス指標値のばらつきの原因を分析する際、これらの情報が必要になります。

Q28　胃内視鏡検診は関連学会の認定資格を持つ医師しか実施できないのでしょうか。問診は認定資格を持たない医師が行っても問題ないでしょうか。

A28　検査医については関連学会の認定資格を持っていることが望ましいですが、現時点でそれを必須条件とするのはまだ難しいので、地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が一定以上の経験、技量を有すると認定し、検診への参加を認めるのであれば、学会認定資格を有しない医師でも、検査医として検診に参加することが可能です。ダブルチェックによる画像評価や症例検討会、研修会等、医師の教育体制や精度管理体制を十分に整備することで、検診の質を担保するようにしてください。問診については特に認定医の資格は必要ありません。

Q29　胃内視鏡専門医が胃内視鏡検査を行った場合でも、ダブルチェックが必要ですか。また、画像が不鮮明などでダブルチェックが困難な場合でも、ダブルチェックは必要でしょうか。

A29　検査医が専門医かどうかに関わらず、検診では全ての内視鏡画像はダブルチェックが必要です。また、診断に耐えうる画像かどうかを確かめるためにもダブルチェックが必要です。診断できないような画像であるなら、その旨を記載して「再検査」としてください。

ダブルチェックの目的は、検査医間の技量の差を補い、検査医が見逃した所見を拾い上げて再検査を指示したり、生検診断の妥当性を評価したり、さらに、無駄な生検や無益な撮影の改善を指導することで検査精度の向上を図ることです。

特に、胃がん検診では受診者の大多数は「がん」ではありませんので、無駄な生検や再検査を避け、受診者に「がんがない」と正しく判断することが重要です。専門医が撮った写真でも第 3 者が再度目を通してがんの有無を確認しておくことは精度管理上極めて重要なことです。

Q30　胃内視鏡検診で行われた生検について、読影委員会が病理結果を取り寄せることは、個人情報保護の観点で問題ないでしょうか。

A30　問題ありません。生検は精密検査に該当し、生検結果の提出は精密検査結果の提供にあたるので、診療で得られた個人情報とは扱いが異なります。

③大腸がん

Q31　国の指針によると、大腸がん検診の結果の判定では「問診の結果を参考とする」ことになっています。しかし、大腸がん検診のチェックリストには、問診についての記述がありませんが、なぜでしょうか。

A31　大腸がん検診の要精検判定は便潜血検査の結果のみで行われるべきであり、問診を判定の根拠に用いるべきではありません。そのため、チェックリストには問診の項目がありません。

ただし、問診には、検診対象者を正しく選別する（検診受診前に有症状者かどうかを判断し、診療へ誘導する、検診を受けさせない）など、一定の役割はあります。要精検判定の参考としてではなく、有症状者を除くための手段としてであれば、問診を実施してもかまいません。

なお、「地域保健・健康増進事業報告作成要領」には要精検の定義が記載されており、「問診結果のみに基づき要精密検査となった場合は要精密検査者数に計上しない」と整理されています。

Q32　チェックリストの「検便採取後即日（2 日目）回収を原則とする」とはどういう意味でしょうか。

A32　原則採便当日と前日の便を回収することです。

高度な便秘や回収のタイミングが合わないなどの場合は 3 日以内でも許容されますが、原則は 2 日以内です。

Q33　同じ日（朝と夜）に 2 本採便される場合がありますが、これは精度管理上問題がありますか。1 本目と 2 本目との間は何時間以上あけるべきでしょうか。

A33　原則違う日に採取するべきですが、次善の策として、同一日でも別の排便であれば許容されます。1 本目と 2 本目の間隔は特に規定されていません。

2 日法の趣旨は、異なる検体から採取することで間欠的な出血を捉えるということです。何時間あければ感度が上がるというデータに基づいているわけではなく、複数の検体で、という点がポイントです。もし複数の検体を採取するなら通常は日が違う検体で、ということになりますが、次善の策として、同一日でも別の排便であればかまいません。

Q34　受診者への結果通知の期限が、大腸がん検診のみ 2 週間以内（他がんでは 4 週間以内）となっている理由を教えてください。

A34　**大腸がん検診は他がん種と異なり結果が早く分かる（二重読影などが不要）ためです。**欧州の精度管理に関するガイドラインでも、15 日以内に結果を報告することが推奨されています。

④肺がん

Q35　**読影医の要件（※）が指定されている理由を教えてください。**

A35　**肺癌の読影をしている医師が読影しないと、適切に胸部エックス線写真の判定ができない場合があるからです。**

普段肺癌の読影をしていない医師が読影した場合に、進行がんさえも見つからない恐れがあります。

※読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

（注）「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」は下記参照

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

Q36　**胸部エックス線の画質について、「放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価」と「それに基づく指導」が求められていますが、誰に指導をするのでしょうか。**

A36　**放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかが、それ以外の医師・技師が撮影した写真について、画質の評価と指導を行うことが求められます。**

特に、個別検診では放射線科/呼吸器科医以外の医師が撮影されることが多く、むしろ技師であればすぐに気付く現像液の劣化や、撮影のゆがみなどが見過ごされる恐れがあります。そのため、このような画質の評価に関する項目が設けられています。

⑤ 乳がん

Q37　**乳房エックス線画像については、日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価で A または**

B 評価を受けることが求められています。評価は 5 年ごとに更新されますが、一度 A または B 評価を受けていれば、更新手続きがされていなくてもかまわないでしょうか。

A37　いいえ。過去に A または B 評価を受けていても、更新審査が必要です。

⑥子宮頸がん

Q38　妊婦健診（健康診査）で子宮頸がん検診を行っている検診機関も、チェックリストによる体制確認が必要ですか。

A38　対策型検診としての検診を委託していることになるため、チェックリストで体制を確認してください。

Q39　チェックリストでは細胞診は「医師による検体採取」と規定されていますが、産婦人科医ではない医師やメディカルスタッフが採取しても良いのでしょうか。

A39　精度を担保する観点から、市町村が実施する子宮頸がん検診（細胞診）においては、産婦人科医師による検体採取を推奨しています。

検体採取に当たる看護師が相当の訓練を受けており、かつ産婦人科を専門とし、当該行為に精通する医師が当該看護師に指示する場合に検体採取が行うことを排除するものではありません。

なお、自己採取法による細胞診は、精度が著しく低いので実施しないでください。

4-2.「事業評価のためのチェックリスト」で規定されていない項目について

①5 がん共通

Q40　本市では人間ドックへの住民のニーズが高いのですが、人間ドックを委託契約している医療機関から精検結果が報告されません。どのように対応すれば良いでしょうか。

A40　国民健康保険事業として市町村が行っている人間ドックの中で、がん検診に該当するものは「地域保健・健康増進事業報告」に計上することになっています（厚労省確認済み）。つまり、公費を使って自治体が行う検診は全て対策型検診であり、指針やチェックリスト等に沿って精度管理を行う必要があります。

まずは医療機関に対して、「対策型検診の委託先機関はチェックリストの遵守が求められていること」を丁寧に説明してください。市からの説明で納得が得られない場合は都道府県担当者に相談し、県やがん部会から改善依頼をしてもらうようにしてください。それでも改善されない場合は、がん検診の委託先から外すことも検討してください。

精検結果の把握は検診精度管理の重要な要素で、精検未把握率は 0%にする必要があります。地域住民のニーズが高くても、その精度管理が不十分であればがん検診の成果は得られず、住民サービスにつながりません。

Q41　（胃がん・乳がん・肺がん）病院又は診療所で胃エックス線・マンモグラフィ・胸部エックス線撮影を行う場合、医師の直接の立会いは不要ですか。

A41　**病院・診療所において、医師の指示の下で行う場合は、いずれも立会いは不要です。**

関連ガイドライン（※）では医師の立会いについて明記されていません。この背景として、技師の技術認定や機器の基準が整備されており、安全性を担保する仕組みが整っていること、また、不測の事態が起きた際には施設内に医師がいるため迅速に対処できること、などが考えられます。

ただし、病院・診療所以外の場所（バス検診など）では対応が異なります。胃部エックス線撮影では医師の立会いが必要です。一方、胸部エックス線撮影とマンモグラフィでは一定の要件を満たせば医師の立会いは不要です（※※）。

※新・胃 X 線撮影法ガイドライン（2011 年）、マンモグラフィによる乳がん検診の手引き（第 6 版）、肺癌取扱い規約（第 8 版、肺がん検診の手引き）

※※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」参照。医師不在時の検診実施要件については、「検診機関用チェックリスト」を参照。

Q42　**（肺がん・乳がん）**

二重読影や比較読影の方法について、現在チェックリストで示されていること（※）以外に、何か規定はありますか。例えば、読影は 2 名が独立して行うべきなのか、2 名の読影結果が異なる場合、最終判定はどのようにしたら良いかなど、何か統一方針があれば教えてください。

A42　**地域によって読影医の構成が異なり、様々な方法がとられています。現場の状況に合わせて判断してください。**

※　**チェックリストで示されていること（抜粋・改変）**

- **肺がん検診、二重読影**

・読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件を満たすこと

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

（注）「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」は下記参照

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

- **肺がん検診、比較読影**

・2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの(※）は過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影すること。
・比較読影の方法は、下記①～③のいずれかの方法によって行うこと。
①読影委員会を設けて読影する（あるいは読影委員会等に委託する）、②二重読影を行った医師がそれぞれ読影する、③二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する。

（※）二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

● **乳がん検診、二重読影**
・読影に従事する医師のうち、少なくとも 1 名は、乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会（日本乳がん検診精度管理中央機構が行う講習会）を終了し、その評価試験で A または B 評価を受けていること。

● **乳がん検診、比較読影**
・二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線画像と比較読影すること。

Q43　精検結果報告書に偶発症の有無を記載する欄を設ける予定ですが、偶発症調査の目的やどのようなことを記載するべきか教えてください。

A43　記載項目は「地域保健・健康増進事業報告作成要領」の規定に従ってください。
偶発症は検診で起きる不利益の一つです。住民の不利益を最小化するため（精度管理）、自治体は毎年偶発症の発生数を把握し、国に報告することが求められています。

Q44　精検結果の報告について、精検受診者に文書料を請求している医療機関があるため、「がん検診は公費を投入した市町村の事業であり、精密検査結果の把握はその一環である。また、文書は市町村に戻るだけで受診者に交付される訳でもない。このため、精密検査結果報告書の文書料を受診者から徴収するのは望ましくない」との申し入れをしていますが一向に改善されません。国から何か文書等で通知があると助かります。

A44　文書料を請求しないことに関する文書等による通知はなく、現状では引き続き説明することになります。
今後も協力が得られないようであれば都道府県の担当者に相談し（精度管理は都道府県の役割でもあります）、がん部会長名で当該医療機関に改善依頼をするなど、医師会等の関係機関の協力も得ながら、説明を続けてください。

Q45　検診に従事していない医師や地域医師会等に、検診と診療の違いについて説明したいのですが、参考となる資料はありますか。

A45　下記の資料を参照してください。
スクリーニング（検診 / 健診）プログラム：ガイドブック　―効果の改善、利益の最大化お

よび不利益の最小化―（特に３～５ページ）
https://gankenshin.jp/products/screening-guidebook/

②胃がん

Q46　胃内視鏡検査で、事前の血液検査（感染症チェック）が必須でない理由を教えてください。

A46　日本消化器がん検診学会の「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」では、消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド（※）に準じ、検査毎に、用手および自動洗浄消毒装置での洗浄と高水準消毒液を用いた消毒が求められています。このマニュアルに沿って内視鏡機器を適切に消毒・洗浄することが検診実施要件の一つであり、マニュアルを遵守していれば内視鏡を介した感染を防ぐことができます。ただし、洗浄・消毒が不適切であれば、今後内視鏡件数の拡大に従って感染拡大を招く恐れがあり、マニュアルの遵守徹底が必要です。

※マルチソサエティ実践ガイドでは「検査ごとに適切な洗浄・高水準消毒が行われ、標準予防策が遵守されれば、内視鏡検査による患者間の交差感染防止を目的とした内視鏡検査前の感染症チェックは不要である」となっています。

Q47　胃内視鏡検診の検査中にポリープなどが見つかった場合、別日に再度来院するのは受診者の負担が大きいため、検診と同時に生検を実施したいとの意見があります。医療的な処置をした分を保険診療とすること（検診と医療行為の併用）は可能でしょうか。

A47　胃内視鏡検診と同時に実施する生検は、精密検査となり、生検および病理組織検査は保険診療として診療報酬を請求できることになっています（平成 15 年 7 月 30 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）。保険請求にあたっては、胃内視鏡検査の生検（内視鏡下生検法、病理組織顕微鏡検査、病理学的検査判断料）以外は全額実施主体の負担になります。また、生検に係る自己負担分が生じることを受診者に伝えておく必要があります（2 臓器になる場合もあるので注意）。

生検は偶発症を生じる最大の原因であり、不要・不急の生検はできるだけ避け、必要最小限に留めることが必要です。生検の主な偶発症は出血であり、適切な対応がとれる体制を整備することも重要です。検査医にはダブルチェックや研修会を通じて「念のため」「良性病変の診断」を目的とした生検は行わないことを周知するようお願いします。

Q48　胃内視鏡検診において、自治体が委託料として負担すべき内容はどこまででしょうか（予診料や局所麻酔の薬剤等）。また、マニュアルで原則禁止とされている鎮痛薬・鎮静薬が使用された場合も、自治体が負担しないといけないのでしょうか。

A48　胃内視鏡検査として保険請求できるのは前処置薬（局所麻酔、消泡剤、鎮痙剤など）と胃・十二指腸内視鏡検査の費用までなので、これらは少なくとも自治体負担となります。
予診料については受託契約でその扱いを決めていただくことになります。保険診療で行う内視鏡検査では、インジゴカルミン色素散布やヨード染色法を行った場合は粘膜点墨法として保険

請求できますが、検診では必須の処置ではないので委託料に必ずしも含める必要はありません。全例検査間機械洗浄消毒が原則であれば、検査前の感染検査も不要ですので、検診委託料に含める必要はありません。

マニュアルで原則禁止となっている鎮痛剤や鎮静剤等の薬剤の使用は、あくまでも検査医の判断であり、自治体が費用負担をする必要はありません。同日生検分は検診費用とは別に保険請求できますので、これも委託料には含まれません。

総額でいくらと契約しますので、高い薬や検査を行うと、医療機関の負担が大きくなってしまいます。積み上げ方式では自治体の負担が増えるので注意してください。

③大腸がん

Q49　**（国の指針では特に規定されていませんが）便潜血検査では定量法と定性法（＝目視判定）のどちらが望ましいのでしょうか。**

A49　**確かに定量法は、カットオフ値を変動させることにより、要精検率や精検受診率をコントロールできる利点はあります（施設が独自にカットオフ値を変更する場合があるので、正しくコントロールする必要があります）。また、定量法では機械による自動測定が行われ、目視判定は用いられないため、判定者による結果のばらつきが押さえられます。**

ただし、定量法といっても、便に均一に血液が含まれているわけではないので、採取したサンプルから正しいヘモグロビン量が計測できるとは限りません。便潜血値は「半定量」な値であることに注意してください。なお、定性法は必ずしも否定されるものではありません。

Q50　**定性法（＝目視判定）は判定者により結果のばらつきが大きいと思いますが、ばらつきを押さえるにはどのように対処したら良いですか。**

A50　**目視判定は必ずしも否定されるものではありません。しかし、たまにしか目視判定を行わない施設では、その判定が安定せず、結果の信頼性に疑問が生じる可能性がありますので、判定に関する講習会を開くなどで対処してください。**

また、スクリーニング検査の評価にはある程度の数が必要で、陽性率だけでなくがん発見率まで検討するならば、数千～万単位の件数が求められます。一般に目視判定を行っている医療機関が、このレベルの検査数を実施するのは困難です。従って、便潜血検査の判定は、年間数万を超えるような検査機関で行う体制を整えるのが適切と考えます。もちろんこうした変更はすぐにはできませんので、少数の目視判定を行わざるを得ない施設に対しては、講習会等による指導・助言と要精検率のモニタリングが必要です。

④肺がん

Q51　**学会の手引き（肺癌取扱い規約、肺がん検診の手引き）によると、喀痰細胞診の判定区分が A（材料不適、再検査）の場合、「再検査が困難な時には次回の定期検査受診を勧める」とあります。「再検査が困難な時」とは誰が判断するのですか。また、「次回定期検査」とはいつの検査**

を指していますか。

A51　**A 判定の受診者には「再検査が必要」という指導を必ず行うべきで、その上で受診者が再検査を拒否した場合は、次年度の肺がん検診（次回の定期検査）を勧めるべきです。**

ただ子宮頸がん検診の細胞診とは異なり、喀痰細胞診の場合は本人のとり方によるため、必ずしも検診機関に問題があるとはいえません。システム的に再検査できる体制が無い場合は、当面再検査ができなくてもやむを得ないと判断するしかありません。あまりに材料不適が多い場合は（A 判定の割合が高い地域）、痰のとり方についての説明方法を確認してください（非喫煙者に喀痰細胞診を行っていないかも確認してください）。

⑤乳がん

Q52　**乳房エックス線検査では 40 歳以上 50 歳未満の方のみ 2 方向撮影と規定されていますが、50 歳以上も 2 方向撮影でかまいませんか。**

A52　**50 歳以上の方の撮影枚数については今後の検討課題です。**

2 方向撮影の方がより多くがんを発見できる可能性がありますが、撮影枚数を増やすことによる被ばくも増します。検診方法はその検診によって得られる利益（死亡率減少）と不利益を勘案して決められるもので、50 歳以上については今後の検討課題です。

Q53　**検診結果の判定区分では要精検で、その後の比較読影で精検不要と判定された場合、受診者本人には（比較読影前の結果に従って）要精検の通知を出すべきですか。**

A53　**検診結果の判定はガイドライン上（※）、「比較フィルムがある場合には比較読影をした上で判定をする」とされています。検診結果は、比較読影施行後に要精検か否かを判定してください。**

なお、地域保健・健康増進事業報告や本人への通知という意味では最終結果（要精検/精検不要）だけあれば良いのですが、精度管理という意味では、一次読影結果、二次読影結果、比較読影結果のすべての結果を正しく把握することで、さらなる精度管理体制の構築につながります。また、現時点では比較読影の基準は決まっていないので、各市町村がどのような基準で判断されたのかを、がん部会等で話し合っていく必要があると考えます。

※マンモグラフィガイドライン第 3 版増補版参照

⑥子宮頸がん

Q54　**検体不適正で再検査をする場合、受診者にどのような説明をすれば良いでしょうか。**

A54　**「再検査をしない限り結果が出ないので、検診を受診したことにならない」と説明してください。ただし、説明した上で、ご本人が受診しないと判断される場合は強要できませんが、本人の不利益のみならず、自治体全体の精度の低下につながります。**

なお、不適正の発生理由として最も多く考えられるのは医師による検体採取の問題ですので、不

適正検体の発生率が極端に高い施設は、検体採取の方法（採取器具、採取する医師の手技など）を見直すことで改善する可能性があります。

その他、不適正の発生理由に炎症細胞多数で判定困難など受診者側の問題も考えられます。この場合、そのまま再検査しても再び不適正となる可能性が十分あります。こういった症例は消炎治療を行なった上で検査を行なうなど医療介入が必要です。
また、再検査費用の負担については事前に取り決め（本人負担、自治体負担、検体採取機関など）、明らかにしておくことが望ましいです。

5.地域保健・健康増進事業報告について

①5 がん共通

Q55　検診項目は国の指針どおりであっても、検査体制が指針やチェックリストに準拠していなかった場合、地域保健・健康増進事業報告の受診者数に計上できないのでしょうか。例えば胃内視鏡検診は、胃内視鏡検診運営委員会や読影委員会などが整わないと計上できませんか。

A55　計上してください。

指針どおりの検査項目が行われていれば、仮に検診体制が指針やチェックリストを満たしていなくても計上してください。このような検診の精度管理体制が不十分な自治体は、他自治体と比較してプロセス指標値の評価が低くなるはずですので、計上した上で評価を行う必要がありますし、その後の体制改善について地域全体で話し合うきっかけになります。がん検診の成果を十分に発揮するため、また住民に不利益を与えないため、指針やチェックリストに沿った検診体制の整備をお願いします。

Q56　国の指針で規定されていない検査方法を、指針で規定されている検査方法と併用して実施し（子宮頸がん検診では細胞診・HPV 検査の併用、乳がん検診ではマンモグラフィ・超音波検査の併用など）を実施し、その結果が陽性になった場合を要精検に、陰性のものを異常なしに計上しても良いですか。

A56　計上できません。地域保健・健康増進事業報告では、指針で規定された検査方法のみでの判定結果を報告してください。要精検の定義は地域保健・健康増進事業報告の作成要領に書かれていますので、必ず確認してください。

Q57　がん疑いで経過観察中の方ががん検診を受診した場合に、要精検あるいは経過観察中として結果が返ってきた場合、地域保健・健康増進事業報告では要精検者に計上するのでしょうか。

A57　そもそも経過観察中の方は検診対象外ですが、もし受診してしまった場合は要精検に計上してください。

また、検診結果後の流れを正確に管理するため、検診結果の判定区分は「要精検/精検不要」の 2 択で返却する体制を整備してください（報告書統一など）。

Q58　（肺・乳・子宮頸がん）肺がん検診エックス線検査の判定 A（読影不能）、乳がん検診マンモグラフィ判定の N-1（説明追記）、N-2（説明追記）、子宮頸がん検診細胞診の判定不能を「要精検者」に計上する理由を教えてください。

A58　これらのケースを要精検として計上しなければ、見かけ上、検診陰性と同じ扱いになってしまい、正しい評価ができないからです。

なお、読影不能や判定不能はまず再検査をして、再検査の結果把握を行ってください。そして、

再検査の結果が不明であった場合および、再検査の結果再度読影/判定不能となった者を「要精検」に計上してください。

Q59　精検機関から精検結果の報告があった場合も、受診者本人に確認する場合と同様「精検日、精検機関、精検法、精検結果」の４つ全ての報告がないと「未把握」に計上するのでしょうか？

A59　精検機関からの報告がある場合は精検受診としてください。ただし精検機関に照会して詳細を確認してください。

②胃がん

Q60　胃内視鏡検診時に生検を実施していないが、胃ポリープや胃潰瘍瘢痕、胃粘膜下腫瘍などの疾患と報告され、ダブルチェックでも「胃がん無し」で再検査は不要と判定されました。検診時生検未受診者で再検査不要の場合、1 次検診で見つかった良性疾患は「胃がん以外の疾患」に計上しなくて良いのですか。

A60　「地域保健・健康増進事業報告作成要領」によると、胃内視鏡検診の「要精検者の定義」は、①内視鏡検診時に生検を受診した者、②内視鏡検診時には生検を受診しなかったが、ダブルチェックで要再検査となった者とされています。検診時に生検を受診していない場合や要再検査とならない場合は精検扱いになりませんので、受診者数だけに計上してください。
検診時に生検は実施していないが 1 次検診検査医が「がん疑い」と報告しても、ダブルチェックで「がんなし」なので再検査不要と判定されれば、ダブルチェックが最終判定ですので、要精検者と扱う必要はなく、受診者数だけに計上すれば結構です。要精検とならない者で見つかった疾患は「胃がん以外の疾患」に計上する必要はありません。

Q61　胃内視鏡検診において、がんの疑いがなく行われた生検は、要精検者に計上するのでしょうか。

A61　胃内視鏡検診において、病理診断を目的として胃内視鏡検査と同時に行われた生検は全て精検扱いとなります。がんの疑いがなく生検した場合や胃以外の臓器（咽頭・食道・十二指腸）で生検した場合でも精検受診者として計上してください。また、検診時に生検受診した者のうち、ダブルチェックで要再検査と判定された者の数は別途計上してください。
生検は偶発症の最大の要因であるため、無症状者を対象とした胃内視鏡検診では、胃がんの疑いがない場合の生検は避けなければなりません（Q47 も参照のこと）。こういった不適切な生検をしている地域は要精検率が極端に高くなります。市町村/検診機関別の要精検率が極端に高い場合は、がん部会等で生検の実施状況等を確認し、改善策を検討してください。

Q62　胃内視鏡検診時に生検を実施されている方がダブルチェックで要再検査となりましたが、再検査を未受診または未把握の場合、どのように計上すれば良いのでしょうか。

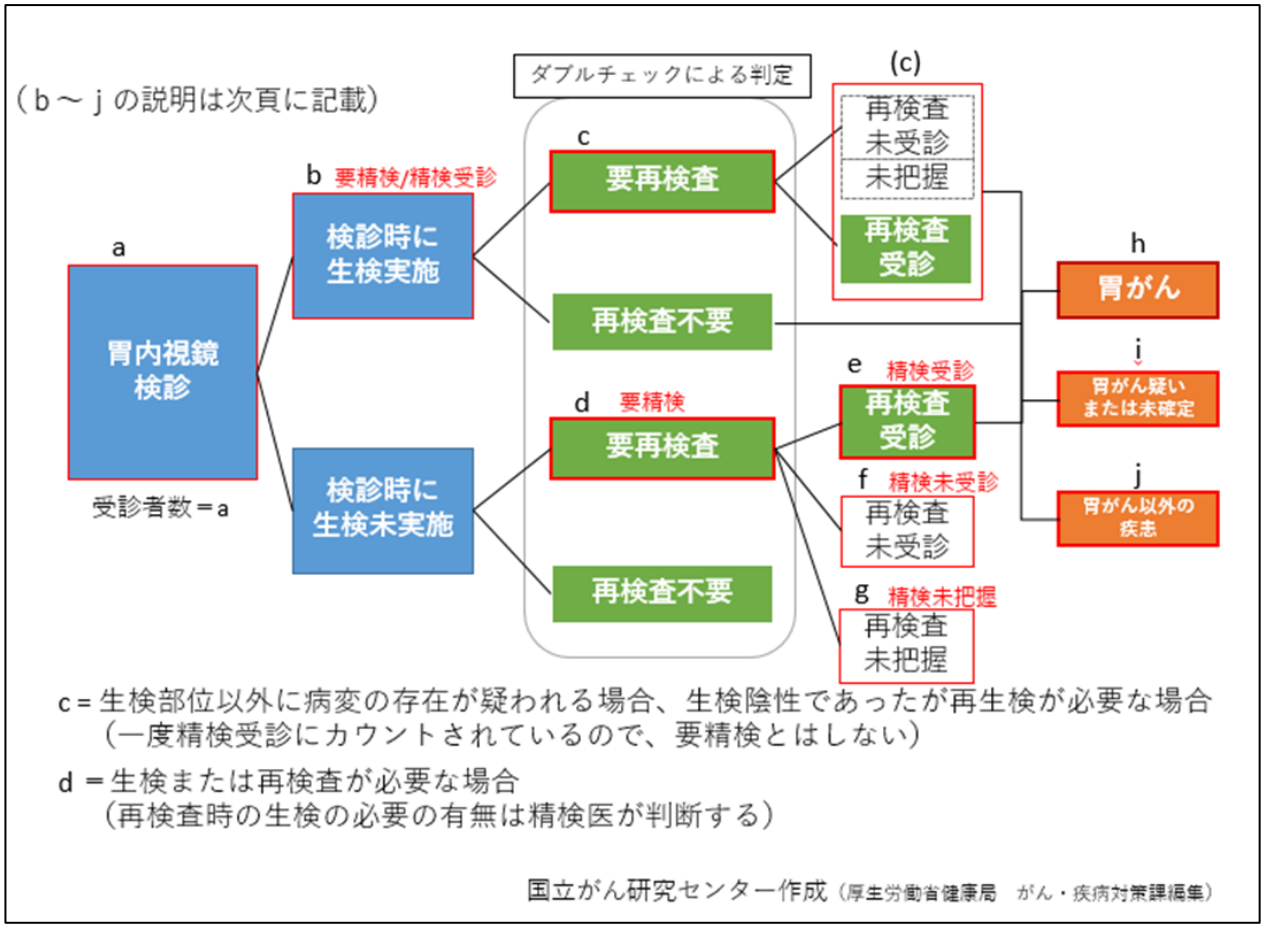
A62　胃内視鏡検診の生検受診者は、要再検査か否かにかかわらず精検受診者として計上してくださ

い。ただし、「検診時生検受診者数」とは別に「検診時生検受診者のうち要再検者数」を計上する必要があります。
検診時生検受診者で再検査未受診や未把握の場合は「胃がんの疑いがある者又は未確定」として計上してください（Q63 の図、i に該当）。 ただし、「胃がん以外の悪性疑い」（食道がんや咽頭がん疑いなど）で再検査の指示が出ていることが明らかな場合は「胃がん以外の疾患であった者」になります（Q63 の図、 j に該当）。
検診時生検受診者で再検査を受診していれば、再検査結果で「異常を認めず」「胃がんであった者」「胃がん以外の疾患であった者」に振り分けて計上してください。

Q63　胃内視鏡検診において検診時に生検を実施されていない方が、ダブルチェックで「胃がん疑い」で要再検査となりました。再検査を受診しましたが生検は実施されず、胃ポリープや胃潰瘍瘢痕などの診断で再検査結果が報告されてきました。要再検査でも生検未実施だった場合にはどのように計上すれば良いのでしょうか。

A63　ダブルチェックの要再検査は「胃がんを疑う」新たな所見があった場合に出される指示ですが、再検査時の内視鏡検査で指摘部位に胃がんを疑う病変が見つからなかった場合には生検はしません。再検査においても無用な生検を避けることは当然のことです。
再検査で生検をしていないから未確定と言うことではなく、ダブルチェックが偽陽性だったということになります。この場合は、再検査の内視鏡診断に応じて「異常を認めず」や「胃がん以外の疾患」に振り分けて計上してください。
また、もし再検査時に生検が実施された場合、生検結果で胃がんと確定されれば「胃がんであった者」となりますが、生検結果が胃がん以外であれば「胃がん以外の疾患」になります。ただし、生検結果が不明（未把握も含む）もしくは「胃がん疑い」で経過観察中の場合は「胃がんの疑いがある者又は未確定」となります。
なお、検診時生検未受診者で要再検査となった者が、再検査未受診や再検査未把握の場合は、それぞれの数を計上してください。

【胃内視鏡検査結果区分】



【内視鏡検査結果区分と事業報告の対照表】

要精密検査者数	要精検者			精密検査受診の有無別人数							
				精密検査受診者						検診時生検未受診のうち再検査未受診	検診時精検未受診のうち再検査未把握
					異常を認める						
	検診時生検受診者数	検診時生検受診のうち要再検査者数	検診時生検未受診のうち要再検査者数	異常認めず	胃がんであった者（転移性を含まない）	胃がんのうち早期がん	早期がんのうち粘膜内がん	胃がんの疑いのある者又は未確定	胃がん以外の疾患であった者（転移性の胃がんを含む）		
b+d	**b**	**c**	**d**	**b+e-h-i-j**	**h**			**i**	**j**	**f**	**g**

③大腸がん

Q64　国の指針では、「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 状結腸鏡と注腸エックス線検査の併用による精密検査を実施する」と書かれています。
では、S 状結腸内視鏡検査のみ実施した場合や、注腸エックス線検査のみ実施した場合は、地域保健・健康増進事業報告の「精検受診」に該当しますか。

A64　どちらも国の指針の要件を満たしていないので「精検未受診」となります。

Q65　精密検査として大腸 CT 検査を行った場合、精検受診者として計上できますか。

A65　現時点では計上できません。
地域保健･健康増進事業報告作成要領では､「精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検、CT 検査や腫瘍マーカー等）が行われたものについては未受診として計上すること」と記載されています。

Q66　大腸がん検診で便潜血検査が陽性となった方について、本人の強い意向や、高齢により精検機関の医師と相談した上で「大腸がん検診における便潜血検査の再検」を実施された場合も精密検査は「未受診」として計上するのでしょうか。

A66　「未受診」としてください。
初めから精検を受けられないと分っている方や精検を受ける意思がない方は、検診を受けるべきではありません。チェックリストに書かれているように、検診受診前に、要精検となったら必ず精検を受けることや精検方法を十分に説明してください。

Q67　全大腸内視鏡検査で精検を実施した際、狭窄等により内視鏡が大腸全体に挿入できなかった場合（撮影できる範囲での検診機関からの結果の報告はあり）、どのように計上すれば良いですか。

A67　「精検は受けたが完了していない」ということですので、「精検受診」かつ「がん疑いまたは未確定」となります。
ただし、この方が今後も内視鏡の完遂が難しく、もし検診（便潜血検査）を受診して要精検になっても精検を完了できない可能性が高い場合は、検診の対象外と考えるのが妥当です。

Q68　腺腫以外のポリープも「腺腫のあった者」に計上するのでしょうか。

A68　腺腫以外のポリープも「腺腫のあった者」として計上してください。

Q69　腺腫の大きさ別の人数を計上することになっていますが、腺腫を切除してから計測すると、腺腫が縮むため体内での大きさと異なってしまいます。切除した後の最大径で計上すれば良いでしょうか。

A69　内視鏡検査時にスケールで大きさを測ることは現実的ではありませんので、内視鏡切除した場合は計測による大きさで、内視鏡切除していない場合は内視鏡所見による（目視での）大きさで計上してください。

④肺がん

Q70　「胸部エックス線検査」のD判定が、地域保健・健康増進事業報告の「要精検」に計上できないのはなぜですか。

A70　胸部エックス線検査 D 判定の定義は「肺がん以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」こと、E 判定の定義は「肺がんの疑いがあること」です。少しでも肺がんの疑いがあればE判定となります。

肺がん検診のターゲットはあくまで肺がんですから、肺がんの疑いがないD判定は、がん検診としての「要精検」にあてはまりません。

ただし、D 判定は「肺がん以外の疾患」が疑われ、急いで精密検査や治療をしないと本人にとって不利益が大きくなります。ご本人への通知は「要精検（がん以外の疾患が疑われるため精査が必要）」などとしてください。

一方、喀痰細胞診の場合には、D も E も「肺がん疑い」なので、両方とも「要精検」に計上します。

⑤乳がん

Q71　判定不能（N1・N2）の定義は「地域保健・健康増進事業報告作成要領」に書いてありますが（※）、より具体的な事例を教えてください。

A71　N1：主に体動で写真がぶれてしまい、いわゆるピンボケ写真になったような場合が相当します。

撮影条件不良は、真っ白なマンモグラムになってしまって読影できない場合などですが、現在の機械ではほとんど生じないと思います(フォトタイマーという自動露出調整装置がついているため）。ポジショニングは、十分ではないというマンモグラムはあるかもしれませんが、技師は資格者であるため、読影ができないほどポジショニングが悪い写真は少ないと考えます。

N2：主に漏斗胸や脊椎の高度の側弯などで乳房が十分に挟めない場合や、上肢の障害があり挙上不能で乳房が十分に挟めないような場合、立位が保持できなくて撮影困難な場合などが想定されます。

乳房の構成の評価は判定とは別です。

※地域保健・健康増進事業報告作成要領より

N1：体動、撮影条件不良やポジショニング不良などにより再検する必要のあるもの（要再撮影）

N2：乳房や胸郭の形状などによりマンモグラフィを再検しても有効でないと予想されるもの（判定は他の検査方法による）。

Q72　FAD(局所的非対称陰影)の場合、判定区分はカテゴリー３ですか。

A72　カテゴリー３とは決まってはいません。

FAD(局所的非対称陰影）を検出した場合、さらに濃度や内部構造、境界の性状などを評価してカテゴリー分類が行われます。過去に受診歴がある場合は比較読影も行い、総合的にカテゴリー

を判定してください。

⑥子宮頸がん

Q73　地域保健・健康増進事業報告では、検体不適正以外の再検査は想定されていませんが、実際には検体適正でも再検査となる場合があるようです（細胞に核肥大等気になる部分があり、要精検とまではいかないが、異常なしと言い切ることもできない）。この場合はどのように計上したら良いですか。

A73　あくまでも同事業報告のルールに従って、初回検体が不適正の場合のみ再検査をするようにしてください。

ご質問にあったような「検体適正で、判定に迷って再検査」は現在コンセンサスが得られていません。他の地域や国が変わっても通用する概念という観点からも「事業報告では、検体不適正以外は要精検」とするのが適当です。

どこかで線を引くのが検診であり、「精検不要」「要精検」のどちらかに振り分けないと精度管理ができません。なお、ベセスダシステムでは、炎症による核腫大など良性変化は陰性と判定することになっていますので、以後はベセスダシステムに則って判定するようにしてください。

Q74　細胞診異常（ASC-H）で要精検となった方が、コルポスコピーで異常所見があり、コルポスコープ下に生検を行ったところ、異常なしと診断されました。どのように計上したら良いですか。

A74　「異常認めず」に計上してください。

コルポスコピーと組織診を両方行った場合は、組織診の結果だけで判断してください。組織診が確実に実施され、異常なしと診断されれば、結果の報告区分は「異常なし」です。

Q75　子宮頸がん検診（細胞診）で意義不明な異型扁平上皮細胞（ASC-US）となったのち、精検としてヒトパピローマウイルス検査（HPV 検査）のみを受診した方については、地域保健・健康増進事業報告をどのように計上したら良いですか。

A75　最終的に HPV 検査しか精検を行わなかった方については、HPV 検査の結果に係らず「がん疑いまたは未確定」に計上してください。

子宮頸がん検診の精検受診に関する報告区分は、下記のフローチャートを参照してください。

なお、がん検診で ASC-US となった方に精検としての HPV 検査を行い、その後期間をあけて再検査（※1）をした場合の取り扱いについては Q76 を参照してください。

※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対して、（検診として）細胞診を実施することはありません 。

Q76　（Q75 の続き）子宮頸がん検診（細胞診）の結果が ASC-US となり、精検として HPV 検査のみを行った後、期間をあけて再検査（※1）を行う場合があります。市町村は再検査の結果も必ず把握しなければいけないでしょうか。

A76　子宮頸がんだけでなく他がんでも同様ですが、1 回の精検では確定しなかったので、その後に何回か検査をする場合があります。市町村は、「地域保健・健康増進事業報告」に間に合うタイミング（※2）で検査の最終結果を把握し（※3）、下記のフローチャートに従って地域保健・健康増進事業報告に計上する必要があります。

※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対して、（検診として）細胞診を実施することはありません。

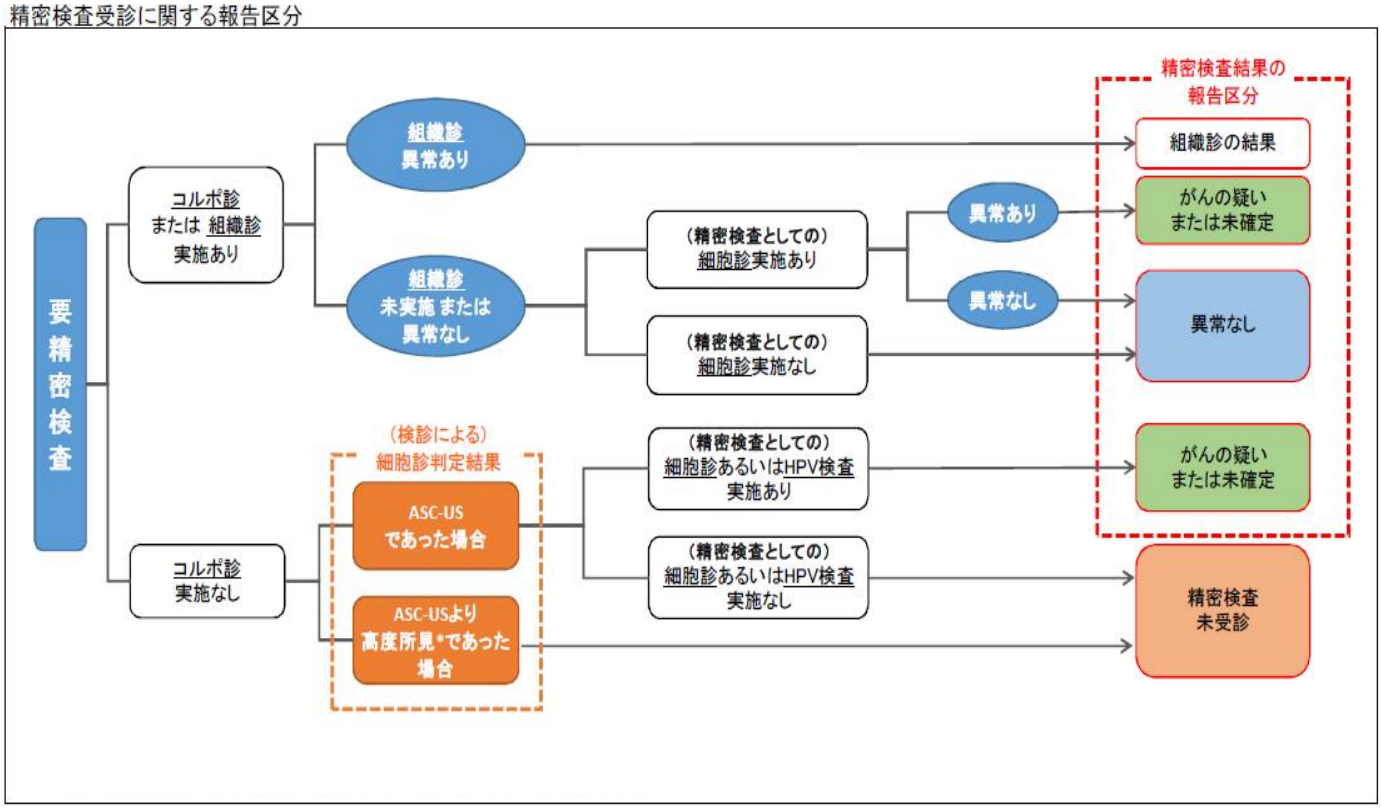
※2　市町村としては精検未受診者を早く特定して精検勧奨しないといけませんので、HPV 検査の結果が分かり次第、一度結果を報告してもらうべきです（その時点で、精検未受診でないことは確定する）。

HPV 検査結果が戻ってきた時点で、少なくともその後再検査をすることが分っている人については（例えば、精検結果報告書に○○ヵ月後に再検査予定と書かれているなど）、地域保健･健康増進事業報告の提出時期までに､医療機関に最終結果を照会してください。

※3　精検の最終結果がきちんと確認されないと、地域保健・健康増進事業報告で「がん疑いまたは未確定」が増えることになり、発見率や陽性反応適中度が正しく分析されない可能性があります。

精検結果の把握方法については「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、がん検診結果の通知/把握用様式を参照のこと。
http://canscreen.ncc.go.jp/management/taisaku/samazama.html

精密検査受診に関する報告区分



＊ASC-H(高度病変を除外できない異型扁平上皮)、LSIL（軽度扁平上皮内病変）、HSIL（高度扁平上皮内病変）、AGC（異型腺細胞）、AIS（上皮内腺癌）、SCC（扁平上皮癌）、Adenocarcinoma（腺癌）、Other malignancy（その他の悪性腫瘍）のいずれか。

これらの判定の場合に、その後コルポ診が行われないもの（精密検査として細胞診だけが行われるなど）は精密検査未受診となります。

Q77　精検機関から返却された組織診結果の欄に、HSIL（高度扁平上皮内病変）や LSIL（軽度扁平上皮内病変）しか書かれておらず、CIN （cervical intraepithelial neoplasia：子宮頸部上皮内腫瘍）の分類が併記されていません。地域保健・健康増進事業報告にはどのように計上したら良いですか。

「LSIL」と書かれている場合は「CIN1（軽度異形成）であった者」に該当しますが、「HSIL」としか書かれていない場合は、「CIN2（中等度異形成）であった者」と「CIN3（高度異形成および上皮内癌）であった者」のどちらに計上したら良いか分かりません。

A77　組織診の判定結果に「HSIL」や「LSIL」しか書かれていない（CIN 区分の併記がない）場合は、精検を実施した医療機関に対し、①それらが細胞診ではなく組織診の結果であること、②（その後の組織診も含めて） CIN の分類を必ず確認してください。確認しても分らなかった場合のみ、地域保健・健康増進事業報告（※）の「CIN3 又は CIN2 のいずれかで区別できない者（HSIL）」に計上してください。CIN3 と CIN2 の区別がつかない人は基本的にゼロにするべきです。

※子宮頸がん検診の精検結果の報告区分（平成 31 年度以降の地域保健・健康増進事業報告）

・異常認めず
・子宮頸がんであった者（転移性を含まない）
・子宮頸がんであった者のうち、進行度が IA 期のがん
・AIS（上皮内腺癌）であった者
・CIN1（軽度異形成）であった者
・CIN2（中等度異形成）であった者
・CIN3（高度異形成および上皮内癌）であった者
・CIN3 又は CIN2 のいずれかで区別できない者（HSIL）
・子宮頸がんの疑いのある者又は未確定
・子宮頸がん、AIS 及び CIN 以外の疾患であった者（転移性の子宮頸がんも含む）

【補足】

子宮頸がんの組織診結果の区分は「子宮頸癌取り扱い規約」に基づいており、医師はこの規約の分類に基づいて結果を報告します。従来の分類は 3 区分（CIN1、CIN2、CIN3）でしたが、2017 年 7 月に取扱い規約が変わり、2 区分（LSIL、HSIL）になりました（新取扱い規約でも併記することが望ましいとされています）。ただし、新区分の LSIL、HSIL は細胞診（精検ではなく検診の検査方法）の結果報告区分にも用いられており、組織診結果でこれを使うと混乱が生じます。また、わが国では、子宮頸がんの前がん病変（CIN1～CIN3）の治療を旧区分（CIN1、CIN2、CIN3）で細かく実施していますので、新区分（LSIL、HSIL）で判定したとしても、旧区分（CIN1～CIN3）の判定結果も併記する必要があります。

別添８ 「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年 3 月)」(抜粋)

○目的

本マニュアルは、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、職域におけるがん検診の実施に関し参考となる事項を示し、がんの早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させること等を目的とする。

○がん検診の種類

がん検診の種類は、次に掲げる検診とする。

1. 胃がん検診

（1） 検査項目

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とする。胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。

（2） 対象年齢

50 歳以上の者。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40 歳以上の者を対象としても差し支えない。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。胃部エックス線検査を年1回実施しても差し支えない。

2. 子宮頸がん検診

（1） 検査項目

子宮頸がん検診の検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じて、コルポスコープ検査を行う。

（2） 対象年齢

20 歳以上の女性。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。

3. 肺がん検診

（1） 検査項目

質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。喀痰細胞診は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）が 600 以上であることが判明した者（過去における喫煙者を含む。）に対して行う。

（2） 対象年齢

40 歳以上の者。

（3） 受診間隔

原則として、1年に1回。

4. 乳がん検診

（1） 検査項目

乳がん検診の検診項目は、問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。 なお、視診及び触診（以下「視触診」という。）は推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施すること。

（2） 対象年齢

40 歳以上の女性。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。

5. 大腸がん検診

（1） 検査項目

問診及び便潜血検査とする。

（2） 対象年齢

40 歳以上の者。

（3） 受診間隔

原則として、1年に1回。

○がん検診の精度管理

がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、適切な精度管理の下で実施することが重要である。このため、検診実施機関、保険者及び事業者は、職域におけるがん検診の実態の把握に努めることが望ましい。保険者及び事業者が、がん検診の精度管理を行う際には、別添の「精度管理のためのチェックリスト」等により、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の「がん検診の精度管理指標」に基づく評価を行うことが望ましい。

検診実施機関においては、既に「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を用いて市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診の精度管理を行うこととされているため、職域におけるがん検診においてもこれに準拠し、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の精度管理指標の評価を行うことが望ましい。

○健康情報の取扱いについて、保険者及び事業者が留意すべき事項

保険者や事業者が、受診者の個人情報を取り扱う際には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「法」という。）や、各種ガイドライン等 [1、2、3、4)] に留意する必要がある。例えば、疾病の予防及び早期発見のための健康診断その他の検査の結果は、法に規定する要配慮個人情報 [5)] に該当するため、保険者や事業者が、精度管理を行うためなどがん検診データを取得する際には、利用目的を特定した上であらかじめ受診

者本人の同意を得る必要がある。

1） 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成 28 年 11 月個人情報保護委員会。平成 29 年3月一部改正）
2）医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年4月 14 日付個情第 534 号個人情報保護委員会事務局長・医政発 0414 第6号厚生労働省医政局長・薬生発 0414 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長・老発 0414 第 1 号厚生労働省老健局長通知）
3） 健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年4月 14 日個人情報保護委員会、厚生労働省）
4） 雇用管理分野における個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項（個情第 749 号/基発 0529 第3号平成 29 年5月 29 日個人情報保護委員会事務局長・厚生労働省労働基準局長通知）
5） 法第2条第3項及び、個人情報の保護に関する法律施行令第2条

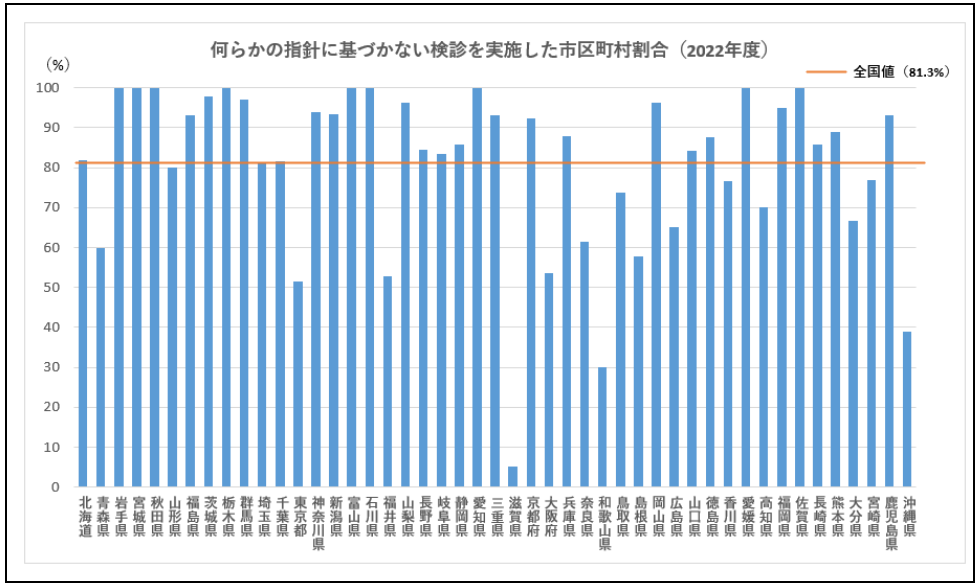
〇その他

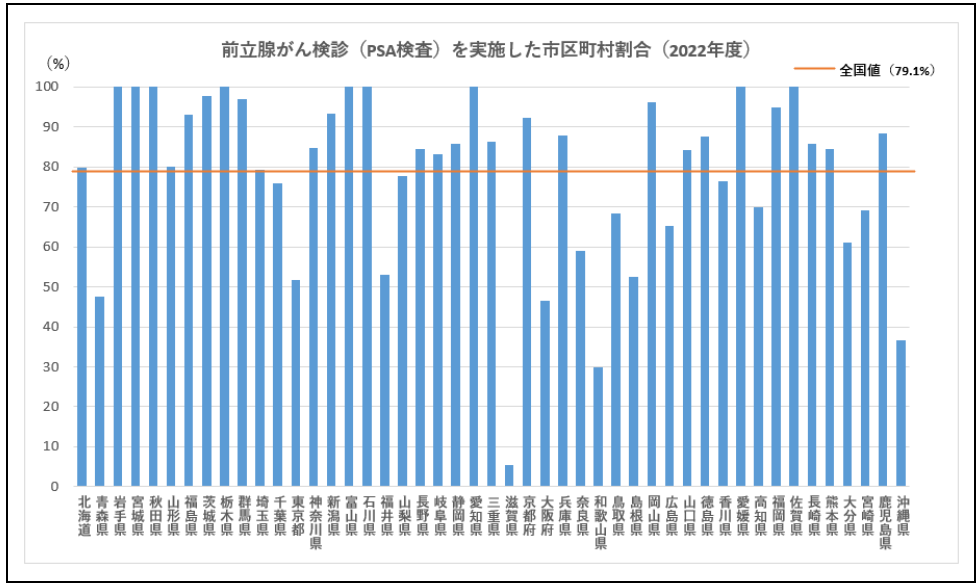
市町村が実施するがん検診と職域におけるがん検診との連携

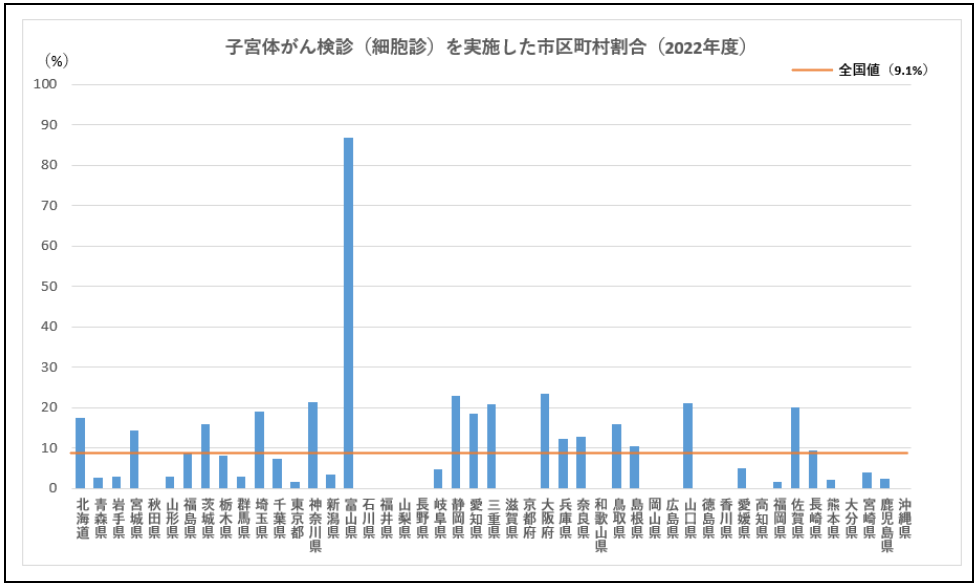
保険者や事業者は、国及び地方公共団体が講じるがん対策に協力するよう努めるものとする（がん対策基本第 5 条、第 8 条）とされており、保険者や事業者は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村と保険者、事業者が連携することで、市町村のがん検診受診につながることが期待される。

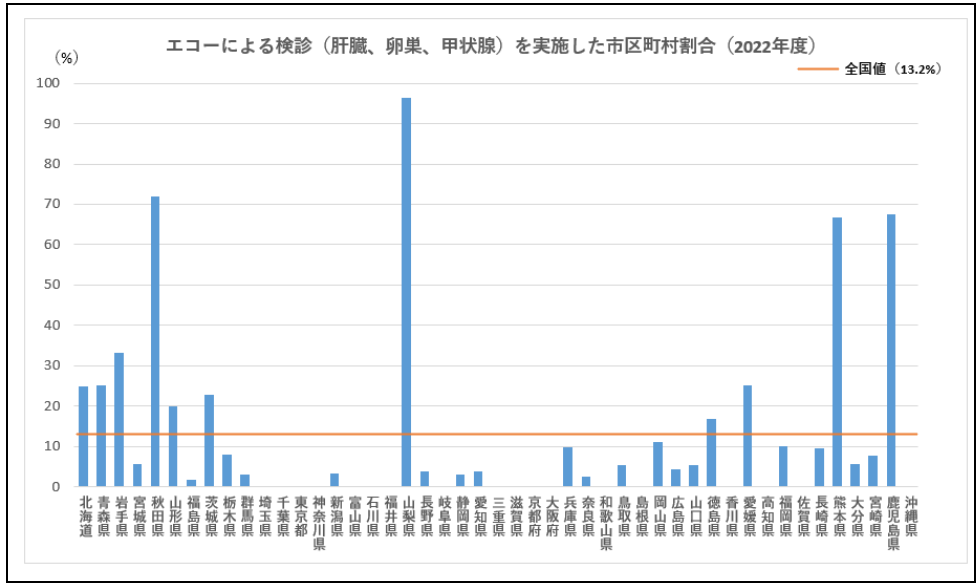
連携の具体例としては、以下が挙げられる。
（1） 保険者が、市町村と連携・包括協定を締結している場合は、特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律）と市町村が実施するがん検診（集団検診）との同時実施を行う。
（2） 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等した上で、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
（3） 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける。

別添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」に基づかない検診の実施状況（2022 年）









出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2022 年）

都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診（PSA検査）を実施した市区町村割合	子宮体がん検診（細胞診）を実施した市区町村割合	エコーによる検診（肝臓、卵巣、甲状腺）を実施した市区町村割合
全国	81.3	79.1	9.1	13.2
北海道	81.9	79.7	17.5	24.9
青森県	60.0	47.5	2.5	25.0
岩手県	100.0	100.0	3.0	33.3
宮城県	100.0	100.0	14.3	5.7
秋田県	100.0	100.0	0.0	72.0
山形県	80.0	80.0	2.9	20.0
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	97.7	15.9	22.7
栃木県	100.0	100.0	8.0	8.0
群馬県	97.1	97.1	2.9	2.9
埼玉県	81.0	79.4	19.0	0.0
千葉県	81.5	75.9	7.4	0.0
東京都	51.6	51.6	1.6	0.0
神奈川県	93.9	84.8	21.2	0.0
新潟県	93.3	93.3	3.3	3.3
富山県	100.0	100.0	86.7	0.0
石川県	100.0	100.0	0.0	0.0
福井県	52.9	52.9	0.0	0.0
山梨県	96.3	77.8	0.0	96.3
長野県	84.4	84.4	0.0	3.9
岐阜県	83.3	83.3	4.8	0.0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100.0	100.0	18.5	3.7
三重県	93.1	86.2	20.7	0.0
滋賀県	5.3	5.3	0.0	0.0
京都府	92.3	92.3	0.0	0.0
大阪府	53.5	46.5	23.3	0.0
兵庫県	87.8	87.8	12.2	9.8
奈良県	61.5	59.0	12.8	2.6
和歌山県	30.0	30.0	0.0	0.0
鳥取県	73.7	68.4	15.8	5.3
島根県	57.9	52.6	10.5	0.0
岡山県	96.3	96.3	0.0	11.1
広島県	65.2	65.2	0.0	4.3
山口県	84.2	84.2	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	0.0	16.7
香川県	76.5	76.5	0.0	0.0
愛媛県	100.0	100.0	5.0	25.0
高知県	70.0	70.0	0.0	0.0
福岡県	95.0	95.0	1.7	10.0
佐賀県	100.0	100.0	20.0	0.0
長崎県	85.7	85.7	9.5	9.5
熊本県	88.9	84.4	2.2	66.7
大分県	66.7	61.1	0.0	5.6
宮崎県	76.9	69.2	3.8	7.7
鹿児島県	93.0	88.4	2.3	67.4
沖縄県	39.0	36.6	0.0	0.0

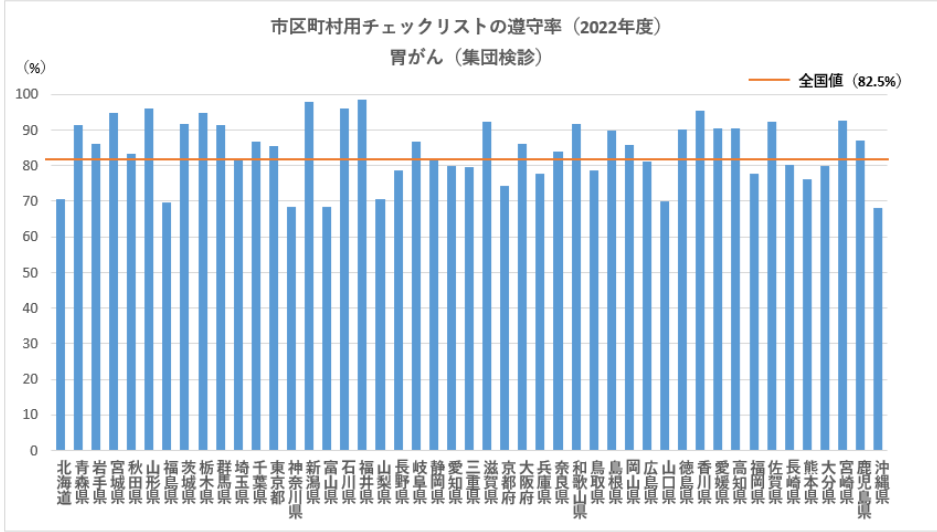
単位（%）

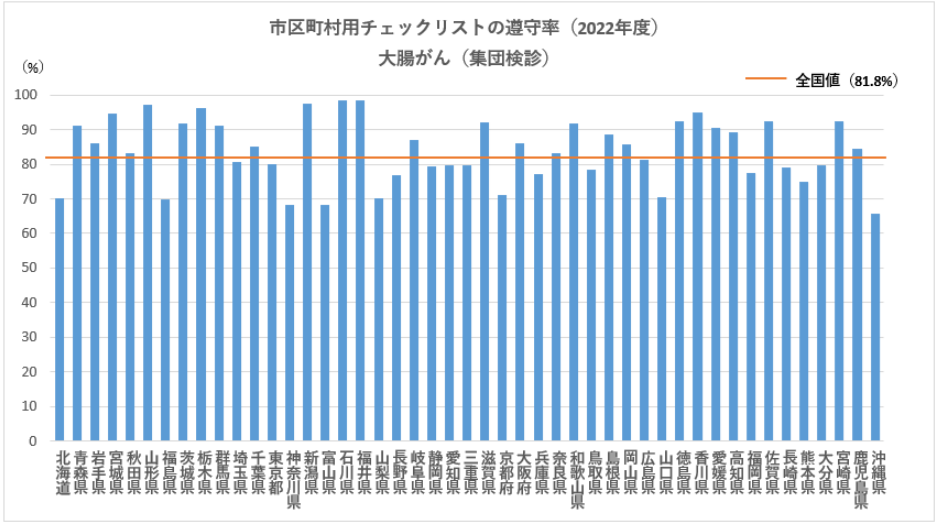
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

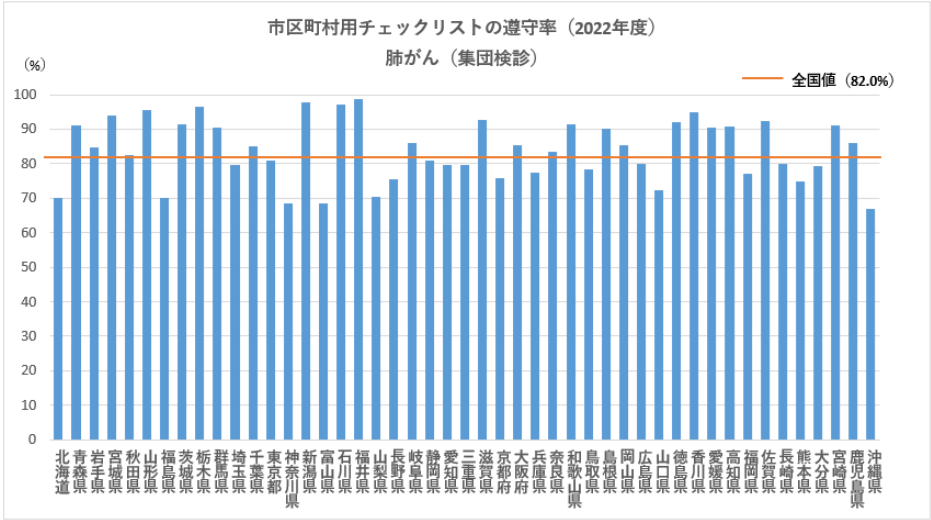
【集計対象市区町村】調査に回答があった市区町村

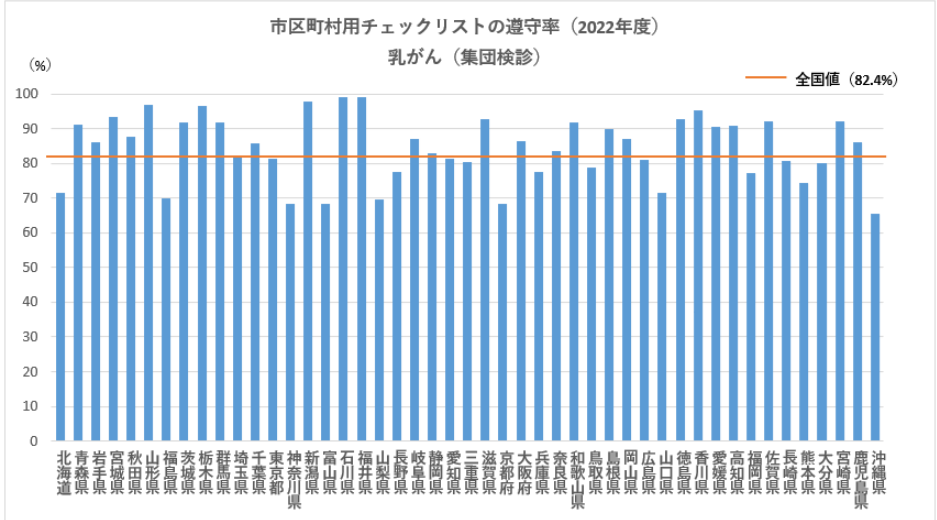
【実施割合算出方法】指針にない検診項目を実施したと回答した市区町村数/集計対象市区町村数×100

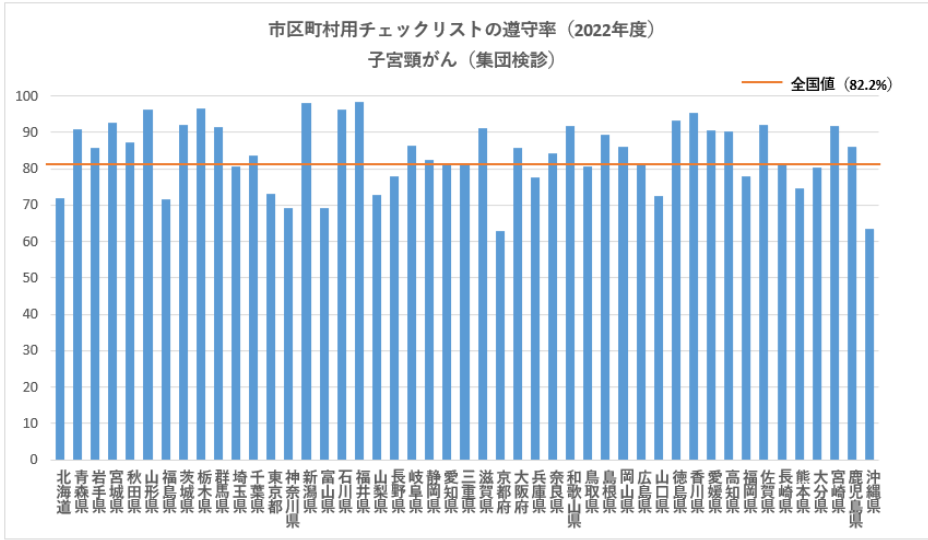
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

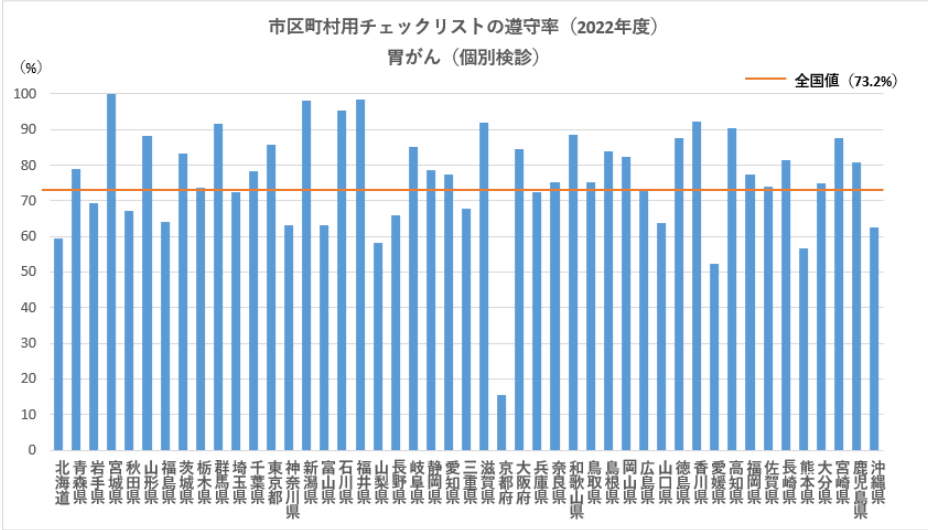


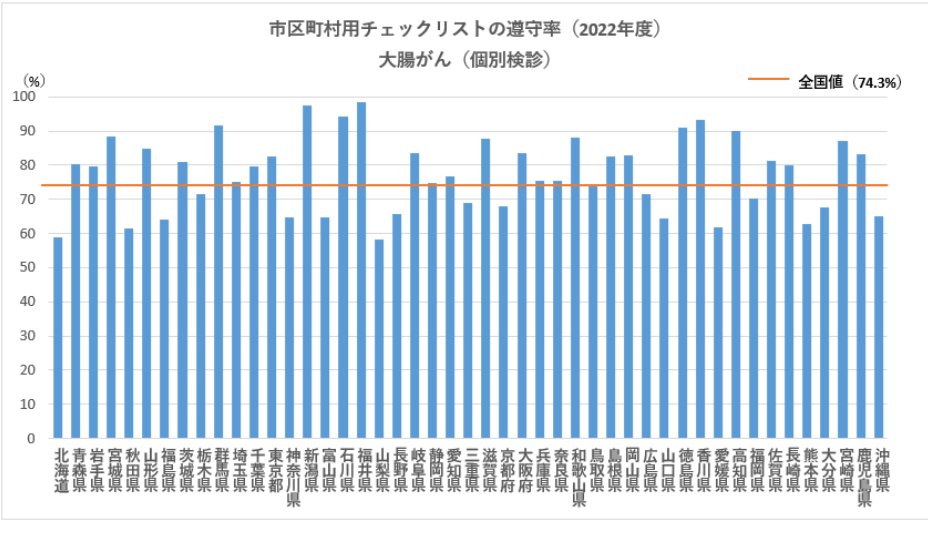


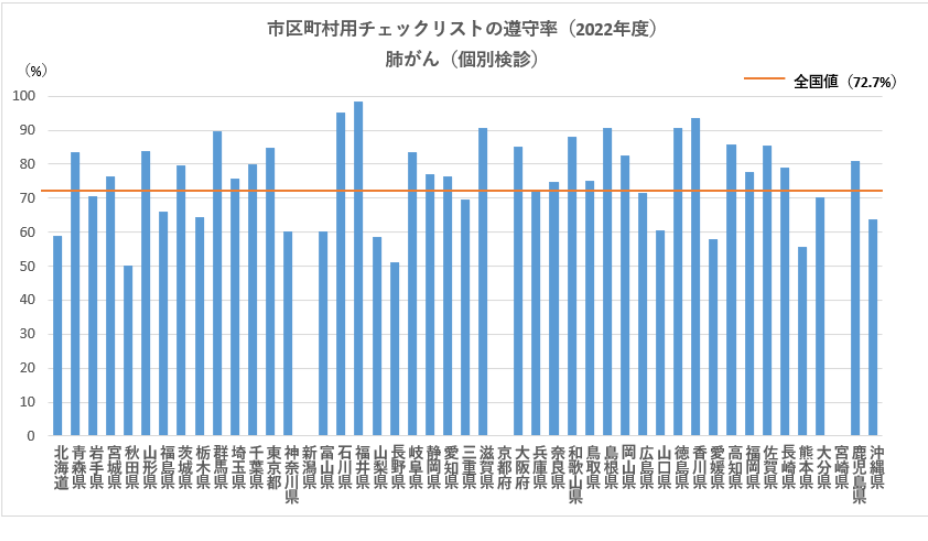


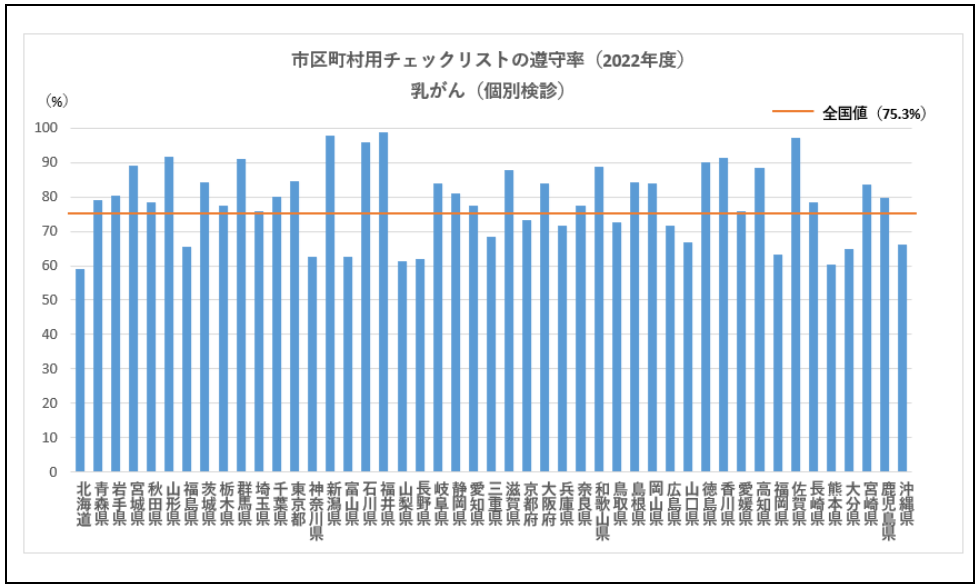


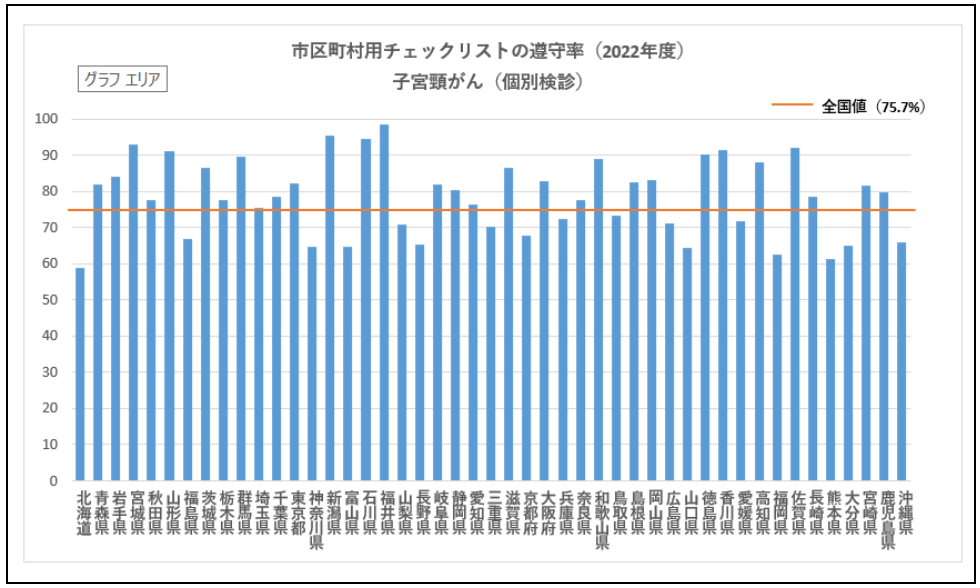

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
子宮頸がん（集団検診）
全国値（82.2%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
胃がん（個別検診）
（%）
全国値（73.2%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
大腸がん（個別検診）
（%）
全国値（74.3%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
肺がん（個別検診）
（%）
全国値（72.7%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県





出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況（2022 年）

	集団検診					個別検診				
都道府県名	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
全国	82.5	81.8	82.0	82.4	82.2	73.2	74.3	72.7	75.3	75.7
北海道	70.5	70.3	70.2	71.4	71.9	59.5	58.8	58.8	59.2	58.9
青森県	91.3	91.1	91.0	91.1	90.8	78.8	80.2	83.4	79.2	82.0
岩手県	86.1	86.0	84.6	86.0	85.8	69.2	79.8	70.6	80.2	84.0
宮城県	94.9	94.6	93.9	93.4	92.6	100.0	88.5	76.5	89.2	92.9
秋田県	83.2	83.2	82.6	87.6	87.2	67.0	61.5	50.3	78.3	77.5
山形県	95.9	97.1	95.7	96.8	96.4	88.1	84.9	84.0	91.6	91.0
福島県	69.6	69.8	70.0	69.9	71.6	64.1	64.0	65.9	65.5	67.0
茨城県	91.7	91.7	91.5	91.9	92.2	83.2	81.0	79.7	84.3	86.4
栃木県	94.8	96.2	96.5	96.7	96.6	73.7	71.4	64.4	77.5	77.5
群馬県	91.3	91.2	90.5	91.7	91.5	91.7	91.7	89.7	91.0	89.5
埼玉県	81.6	80.6	79.6	82.1	80.5	72.3	75.1	75.6	75.8	75.6
千葉県	86.6	85.0	85.1	85.9	83.5	78.2	79.6	80.0	80.0	78.4
東京都	85.6	80.0	80.9	81.4	73.1	85.6	82.6	84.9	84.4	82.1
神奈川県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
新潟県	97.9	97.5	97.8	97.8	98.0	98.1	97.6	-	97.8	95.6
富山県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
石川県	96.2	98.6	97.0	99.2	96.4	95.2	94.1	95.1	96.0	94.5
福井県	98.6	98.4	98.6	99.0	98.5	98.5	98.5	98.5	98.8	98.5
山梨県	70.7	70.2	70.5	69.7	72.7	58.3	58.3	58.6	61.4	70.7
長野県	78.8	76.7	75.6	77.4	77.8	65.9	65.6	51.1	61.9	65.4
岐阜県	86.9	86.9	86.0	86.9	86.4	85.1	83.4	83.5	83.8	82.0
静岡県	81.8	79.5	80.8	82.8	82.4	78.6	74.7	77.0	80.9	80.4
愛知県	80.0	79.7	79.7	81.3	81.6	77.3	76.6	76.5	77.3	76.4
三重県	79.6	79.8	79.6	80.3	81.2	67.8	69.0	69.7	68.3	70.2
滋賀県	92.3	92.0	92.8	92.9	91.2	91.8	87.9	90.8	87.7	86.5
京都府	74.2	71.1	75.8	68.4	62.9	15.4	68.1	-	73.4	67.8
大阪府	86.1	86.1	85.3	86.4	85.8	84.6	83.6	85.1	84.0	82.9
兵庫県	77.7	77.3	77.5	77.5	77.6	72.3	75.3	72.4	71.6	72.3
奈良県	83.9	83.2	83.4	83.5	84.1	75.3	75.5	74.7	77.5	77.5
和歌山県	91.7	91.9	91.5	91.9	91.8	88.4	88.2	88.0	88.7	88.9
鳥取県	78.8	78.3	78.3	78.9	80.5	75.2	73.8	75.1	72.6	73.4
島根県	89.8	88.6	90.0	90.0	89.5	84.0	82.7	90.7	84.3	82.5
岡山県	85.8	85.7	85.3	87.2	86.0	82.3	82.9	82.7	83.9	83.3
広島県	81.3	81.2	80.1	81.0	81.5	72.8	71.4	71.4	71.5	71.1
山口県	70.1	70.6	72.2	71.6	72.4	63.6	64.4	60.4	66.7	64.4
徳島県	90.2	92.3	91.9	92.6	93.4	87.7	90.9	90.7	89.9	90.2
香川県	95.5	95.1	94.9	95.4	95.5	92.1	93.2	93.6	91.2	91.4
愛媛県	90.5	90.5	90.4	90.6	90.6	52.3	61.9	58.0	75.9	71.9
高知県	90.5	89.4	90.9	90.9	90.3	90.4	90.0	85.8	88.3	88.1
福岡県	77.6	77.6	77.1	77.3	77.8	77.5	70.4	77.8	63.3	62.4
佐賀県	92.2	92.3	92.4	92.1	92.2	74.0	81.4	85.6	97.3	92.2
長崎県	80.3	79.1	80.0	80.8	81.1	81.3	79.9	79.1	78.5	78.5
熊本県	76.2	75.0	74.9	74.3	74.5	56.6	62.7	55.8	60.3	61.4
大分県	79.8	79.6	79.3	80.0	80.3	75.0	67.6	70.3	64.9	65.1
宮崎県	92.5	92.5	91.0	92.2	91.9	87.5	87.1	-	83.6	81.6
鹿児島県	87.0	84.5	86.1	86.1	86.0	80.8	83.1	81.0	79.7	79.8
沖縄県	68.1	65.6	66.9	65.6	63.5	62.4	65.1	63.7	66.0	66.0

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」　　チェックリスト全項目の実施率（%）※1

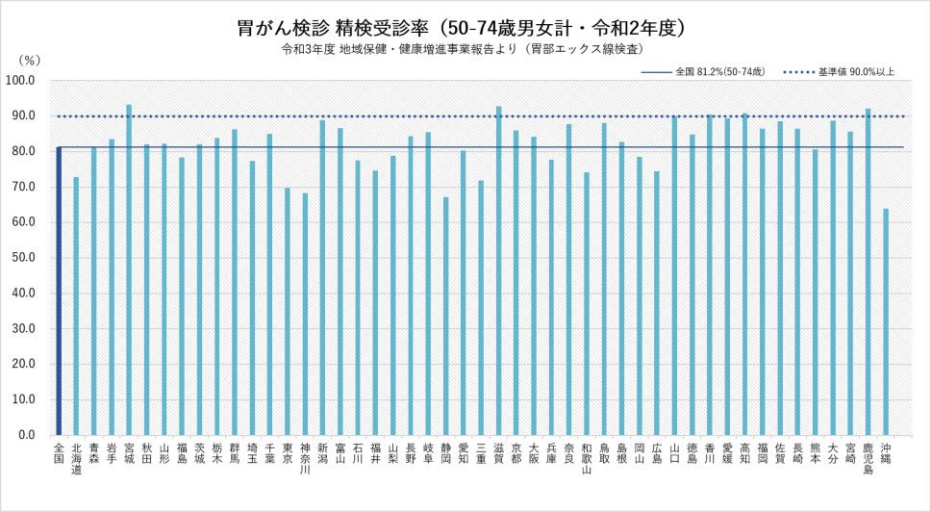
※1　全項目実施率の算出方法

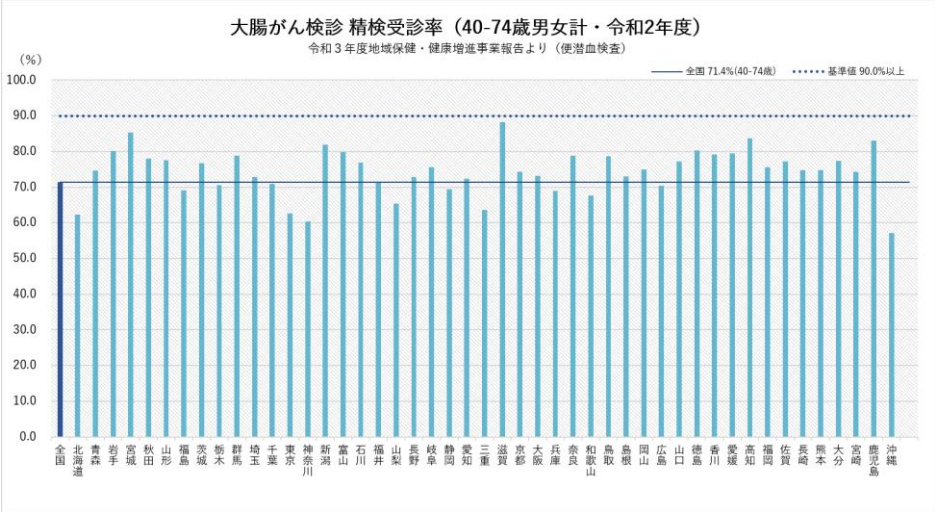
【集計対象市区町村】検診を「実施した」と回答した市区町村

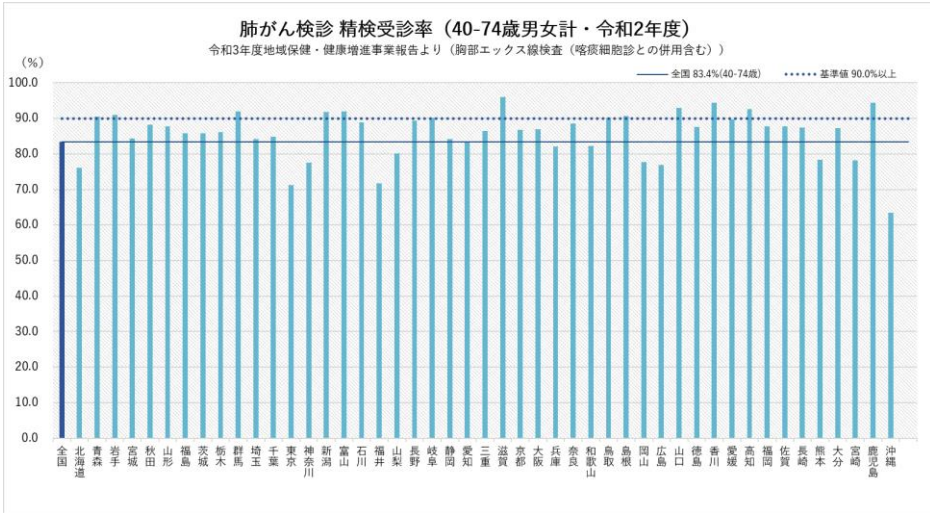
【実施割合算出方法】集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

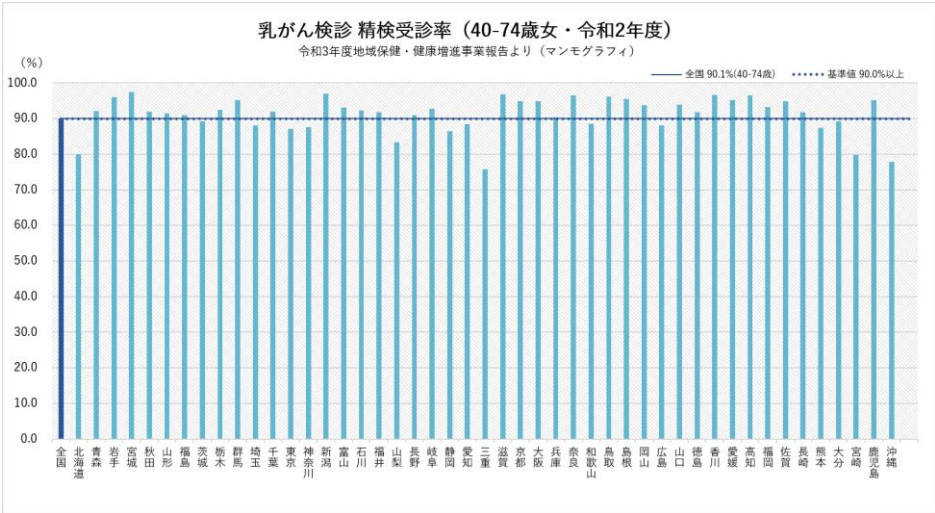
※2　胃部エックス線検査のみ

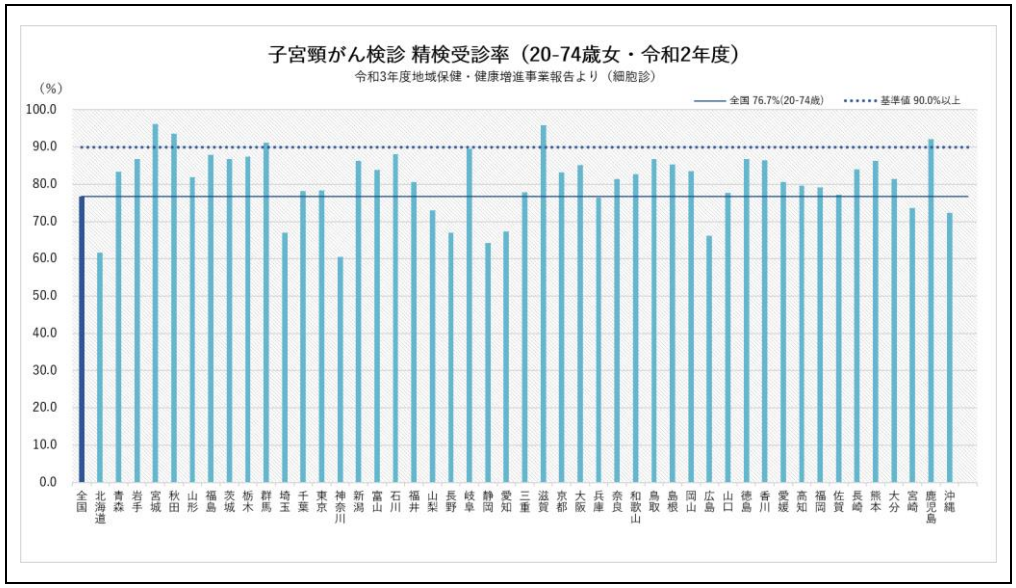
別添９－２－２　精検受診率（2020 年）











出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

精検受診率（2020 年）

都道府県名	胃がん（※1）	大腸がん（※2）	肺がん（※3）	乳がん（※4）	子宮頸がん（※5）
全国	81.2	71.4	83.4	90.1	76.7
北海道	72.8	62.3	76.2	79.9	61.7
青森県	81.1	74.6	90.6	92.1	83.3
岩手県	83.6	80.1	91.0	96.0	86.7
宮城県	93.2	85.3	84.4	97.5	96.2
秋田県	82.1	78.1	88.2	92.0	93.6
山形県	82.3	77.6	87.7	91.5	82.0
福島県	78.4	69.1	85.9	90.9	87.9
茨城県	82.1	76.8	85.8	89.2	86.8
栃木県	83.9	70.6	86.2	92.5	87.5
群馬県	86.4	78.9	92.0	95.3	91.2
埼玉県	77.4	72.8	84.2	88.1	67.0
千葉県	85.0	70.9	84.8	91.9	78.1
東京都	69.7	62.6	71.2	87.0	78.3
神奈川県	68.3	60.4	77.5	87.6	60.5
新潟県	88.9	81.9	91.8	97.0	86.4
富山県	86.7	79.8	92.0	93.2	83.9
石川県	77.5	76.9	88.9	92.4	88.2
福井県	74.7	71.4	71.8	91.8	80.7
山梨県	78.9	65.4	80.2	83.3	73.0
長野県	84.4	72.8	89.4	91.1	67.0
岐阜県	85.5	75.6	90.2	92.7	89.6
静岡県	67.1	69.4	84.2	86.4	64.3
愛知県	80.3	72.3	83.4	88.4	67.3
三重県	71.9	63.7	86.4	75.8	77.9
滋賀県	92.8	88.3	96.0	96.9	95.9
京都府	85.9	74.2	86.8	94.8	83.2
大阪府	84.2	73.2	87.0	94.9	85.1
兵庫県	77.7	69.0	82.0	90.3	76.5
奈良県	87.8	78.8	88.6	96.4	81.5
和歌山県	74.2	67.7	82.3	88.6	82.7
鳥取県	88.0	78.7	90.1	96.2	86.8
島根県	82.7	73.0	90.7	95.6	85.4
岡山県	78.5	75.0	77.7	93.7	83.6
広島県	74.5	70.4	76.9	88.0	66.2
山口県	90.0	77.3	93.0	94.0	77.8
徳島県	84.9	80.3	87.6	91.8	86.8
香川県	90.6	79.3	94.3	96.7	86.5
愛媛県	89.4	79.5	89.8	95.2	80.7
高知県	90.8	83.8	92.5	96.6	79.7
福岡県	86.5	75.6	87.8	93.3	79.2
佐賀県	88.6	77.2	87.8	94.9	77.2
長崎県	86.4	74.8	87.5	91.8	84.0
熊本県	80.6	74.8	78.4	87.5	86.3
大分県	88.7	77.3	87.2	89.3	81.4
宮崎県	85.7	74.4	78.2	79.9	73.6
鹿児島県	92.1	83.0	94.4	95.3	92.1
沖縄県	64.0	57.2	63.4	77.9	72.3

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※1 胃がん（胃部エックス線）、男女計、50～74 歳

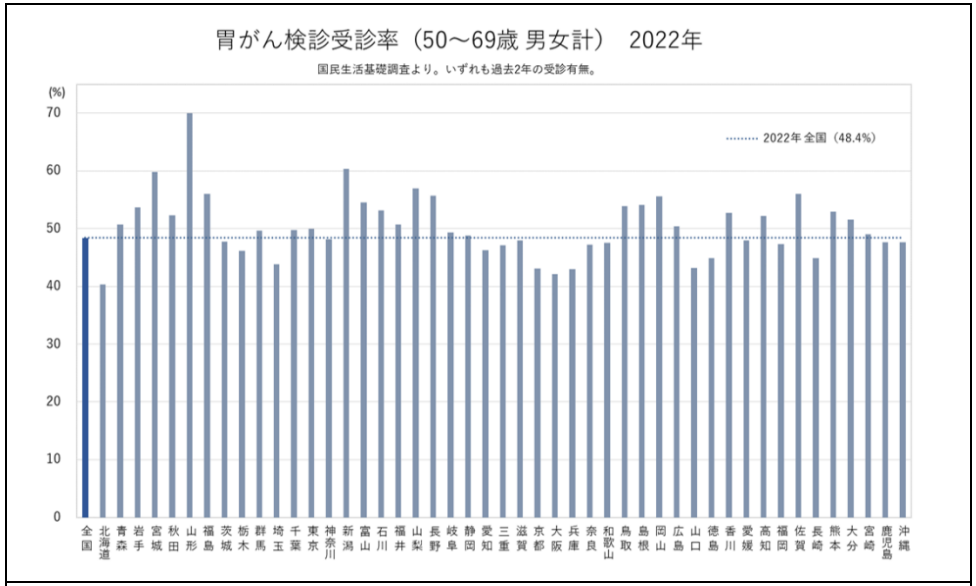
※2 大腸がん（便潜血検査）、男女計、40～74 歳

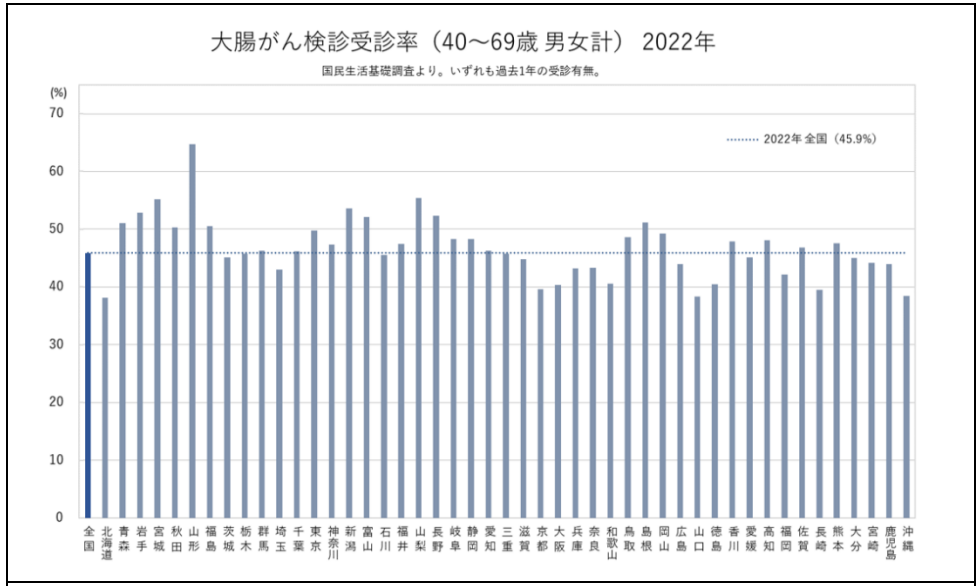
※3 肺がん（胸部エックス線のみ、胸部エックス線及び高危険群への喀痰細胞診併用）、男女計、40～74 歳

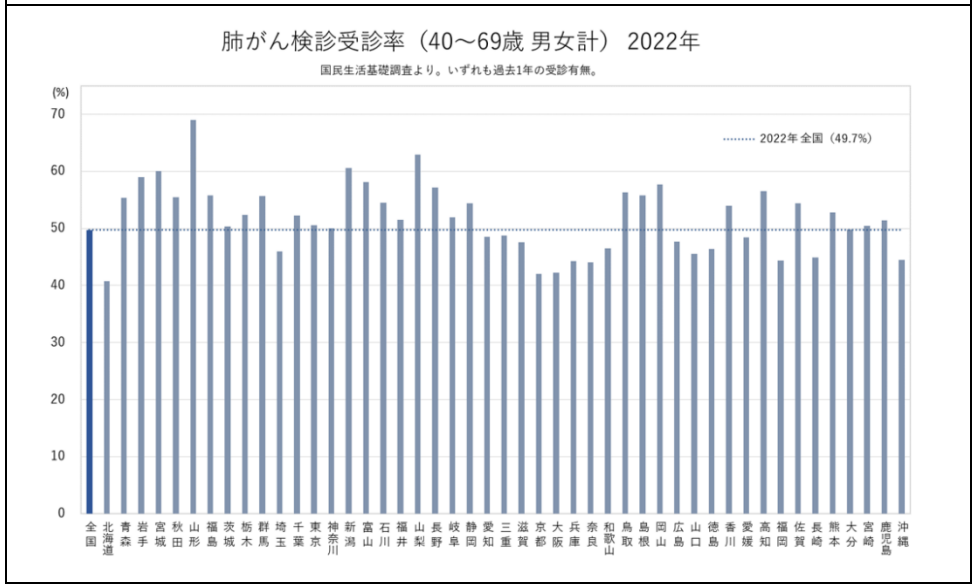
※4 乳がん（マンモグラフィ）、女性、40～74 歳

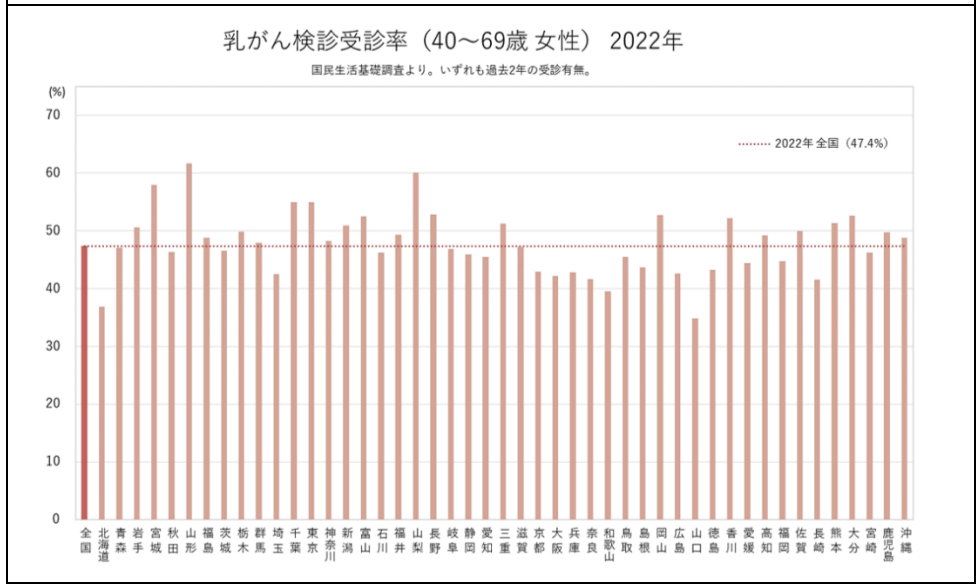
※5 子宮頸がん（細胞診）、女性、20～74 歳

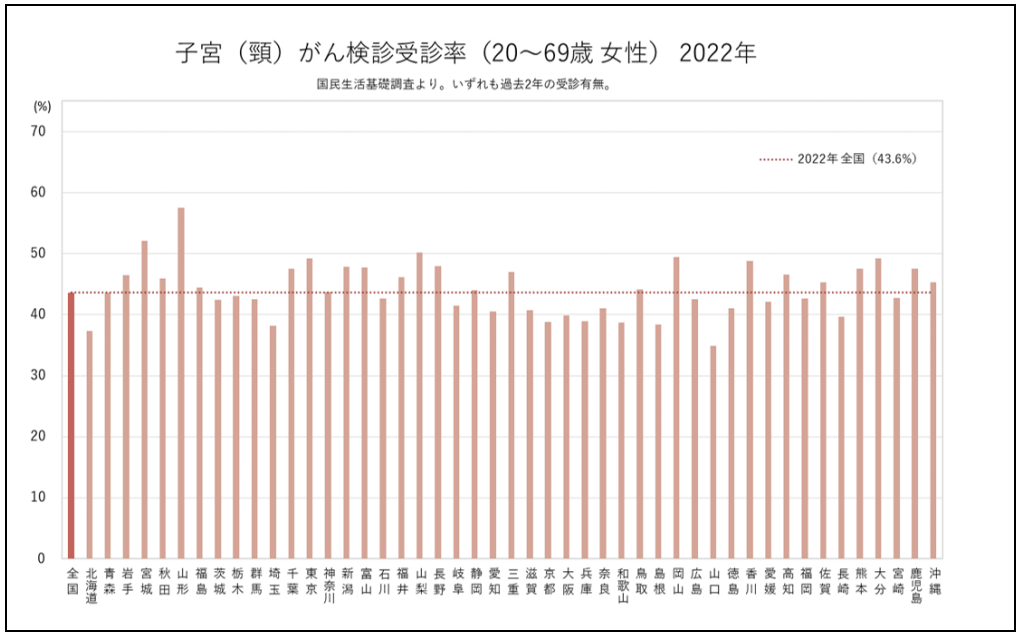
別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2022 年）











出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

がん検診の受診率（2022 年）

国民生活基礎調査による受診率（%）					
都道府県名	胃がん（※1）	大腸がん（※2）	肺がん（※3）	乳がん（※4）	子宮頸がん（※5）
全国	48.4	45.9	49.7	47.4	43.6
北海道	40.3	38.1	40.7	36.9	37.3
青森県	50.7	51.1	55.3	47.1	43.6
岩手県	53.7	52.9	59.0	50.6	46.5
宮城県	59.8	55.2	60.0	58.0	52.1
秋田県	52.3	50.3	55.4	46.3	45.9
山形県	70.0	64.7	69.0	61.7	57.5
福島県	56.0	50.5	55.8	48.8	44.4
茨城県	47.7	45.1	50.3	46.6	42.4
栃木県	46.1	45.7	52.4	49.9	43.1
群馬県	49.6	46.3	55.7	47.9	42.5
埼玉県	43.8	43.0	45.9	42.5	38.2
千葉県	49.8	46.2	52.2	55.0	47.5
東京都	50.0	49.8	50.5	55.0	49.2
神奈川県	48.2	47.3	50.0	48.3	43.7
新潟県	60.3	53.6	60.6	50.9	47.8
富山県	54.5	52.1	58.1	52.5	47.7
石川県	53.1	45.5	54.5	46.2	42.6
福井県	50.7	47.5	51.5	49.3	46.1
山梨県	57.0	55.4	62.9	60.1	50.2
長野県	55.7	52.3	57.1	52.8	48.0
岐阜県	49.3	48.3	51.9	46.9	41.5
静岡県	48.8	48.3	54.4	45.9	44.0
愛知県	46.3	46.3	48.5	45.5	40.5
三重県	47.1	45.7	48.7	51.2	47.0
滋賀県	47.9	44.8	47.6	47.2	40.7
京都府	43.1	39.6	42.0	42.9	38.8
大阪府	42.1	40.3	42.2	42.2	39.9
兵庫県	43.0	43.2	44.2	42.8	38.9
奈良県	47.2	43.3	44.0	41.7	41.0
和歌山県	47.5	40.6	46.5	39.5	38.7
鳥取県	53.9	48.6	56.3	45.5	44.1
島根県	54.1	51.2	55.8	43.7	38.4
岡山県	55.6	49.2	57.7	52.7	49.4
広島県	50.4	44.0	47.7	42.6	42.5
山口県	43.2	38.3	45.5	34.8	34.9
徳島県	44.9	40.5	46.4	43.3	41.1
香川県	52.7	47.9	54.0	52.2	48.8
愛媛県	48.0	45.1	48.4	44.4	42.1
高知県	52.2	48.1	56.5	49.2	46.6
福岡県	47.3	42.1	44.4	44.7	42.6
佐賀県	56.0	46.8	54.4	50.0	45.3
長崎県	44.9	39.5	44.9	41.5	39.7
熊本県	52.9	47.6	52.8	51.4	47.5
大分県	51.6	45.0	49.8	52.6	49.2
宮崎県	49.0	44.2	50.4	46.2	42.7
鹿児島県	47.6	44.0	51.4	49.8	47.5
沖縄県	47.6	38.4	44.5	48.8	45.3

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※1　50-69 歳、隔年受診、胃部エックス線検査もしくは内視鏡検査など

※2　40-69 歳、逐年受診、便潜血検査など

※3　40-69 歳、逐年受診、胸部エックス線検査および喀痰検査など

※4　40-69 歳、隔年受診、マンモグラフィもしくは超音波検査など

※5　20-69 歳、隔年受診、子宮頸部細胞診など

別添10　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見

地域保健・健康増進事業報告および精度管理評価指標

- 地域保健・健康増進事業報告の内容が複雑化しており、利活用がしにくい
- これまでの精度管理の成果として、精検受診率は理解しやすく改善が認められる
- 一方、要精検率・がん発見率については理解が進んでいない
- 従来のプロセス指標（要精検率、発見率等）に代わり、検診プログラムの感度・特異度により検診の精度管理を行うべきであり、将来的には検診結果とがん登録、あるいは検診結果とレセプトデータを照合する手法や運用ルールの検討が必要
- すべてのがん種において指標を統一して標準化されたものを使うべき
- 簡潔化を目指すのであれば、要精検率、精検受診率、発見率の指標だけ取れる報告が望ましい
- 受診率の評価をする際には職域やその他での受診も含まれる国民生活基礎調査が使われ、受診率以外の指標には住民検診の指標が使われているため、基準をそろえるべき

住民検診における個別検診

- 精度管理の取組が遅れており、集団検診と比較して精度管理水準が低い
- 地区医師会との連携をはじめ、効果的な精度管理体制構築の好事例を広く収集し、全国に展開するべき

職域におけるがん検診

- 職域検診は法的な枠組みに組み込み、システム、指標を揃えて対策型検診との統合を目指すべき
- 職域検診の精度管理について、関係者の役割や具体的手法について検討すべき
- 「地域・職域連携推進ガイドライン」に示された、「地域・職域連携推進協議会」と「生活習慣病検診等管理指導協議会」の連携について、国は好事例を広く収集し、全国に展開するべき

がん検診情報の収集

- 地域保健・健康増進事業報告は、市町村によりシステム管理や報告内容にばらつきがあるため、都道府県レベルでシステムの統一化を検討するべき
- データ管理や集約の観点から、マイナンバーによる受診者追跡システムを構築すべき
- パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）の利活用などにより職域と地域のデータの集約を視野に入れるべき

その他

- 検診を担当する医師などにおける、精度管理の理解度に差があるため、体系的な医師・医学教育が必要
- 国が推奨しない検診が行われていることについて、国は推奨外の検診を行わないよう効果的な取組み事例を広く収集し、全国に展開するべき