

がん検診事業のあり方について 新旧対照表（案）

第 42 回がん検診のあり方に関する検討会

資料 3 - 3

令和 6 年 7 月 4 日（木）

更新後	更新前
<p>・はじめに</p> <p>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。</p> <p>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。(略)</p> <p><b>第1章. がん検診に関する基本的事項</b></p> <p><b>1. 1. がん検診の目的、健診・検診・診療の違い</b></p> <p>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らない者を選別し、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)。</p> <p>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</p>	<p>・はじめに</p> <p>がん対策推進基本計画(第 3 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」が全体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、同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」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。</p> <p>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。(略)</p> <p><b>第1章. がん検診に関する基本的事項</b></p> <p><b>1. 1. がん検診の目的、健診・検診・診療の違い</b></p> <p>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らない者を選別し、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)。</p> <p>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</p>

「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。(略)

※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)。(略)

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	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)

「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」・「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。(略)

※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(令和2年2月一部改正)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)。(略)

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	検診・精密検査の偶発症 (バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など)

真陰性者の安心	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 (略)

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) (略)

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

	Organized screening	Opportunistic screening (任意型検診)
(略)	(略)	(略)
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
(略)	(略)	(略)

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

真陰性者の安心	過剰診断 (過剰治療、精神的負担)
	偽陽性 (本来不要な精密検査による精神的、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 (略)

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

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

	Organized screening	Opportunistic screening (任意型検診)
(略)	(略)	(略)
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密検査による偶発症を避けるため)	あまり重視されない
(略)	(略)	(略)

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	
(略)	(略)
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 <sup>*4</sup> (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 <sup>*5</sup> (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 <sup>*3</sup> (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)

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(以下、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)」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、直近では平成 30 年に第 3 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	
(略)	(略)
平成 10 年 (1998 年)	がん検診に係る経費の一般財源化 「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の策定 <sup>*4</sup> (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、「がん対策推進基本計画(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 「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の一部改正 <sup>*5</sup> (厚生労働省健康局長通知別添)
平成 24 年 (2012 年)	「がん対策推進基本計画(第 2 期)」の閣議決定
平成 25 年 (2013 年)	「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の一部改正 <sup>*3</sup> (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)	「がん対策推進基本計画(第 3 期)」の閣議決定
令和 3 年 (2021 年)	「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の一部改正

<p>(略)</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p><b>2. 2. がん検診に関連する法令等</b></p> <p>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。</p> <p><b>(1) 市町村事業によるがん検診(住民検診)</b> 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。 (略)</p> <p><b>(2) 職域検診</b> 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)。</p> <p><b>(3) その他の検診</b></p>	<p>(略)</p> <p>※3 平成 25 年の「<u>がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(一部改正)</u>」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。</p> <p>※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、「<u>がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針</u>」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。</p> <p><b>2. 2. がん検診に関連する法令等</b></p> <p>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。</p> <p><b>(1) 市町村事業によるがん検診(住民検診)</b> 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する指針として「<u>がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針</u>」が示されている。 (略)</p> <p><b>(2) 職域検診</b> 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「<u>職域におけるがん検診に関するマニュアル</u>」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)。</p> <p><b>(3) その他の検診</b></p>
--	---

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。(略)

※1 (略)

### (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

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48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」に基づいた特定健康診査を、事業主は「労働安全衛生法」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(※)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。(略)

※ (略)

### (2) 日本で Organized screening を目指すための取組(がん対策推進基本計画の目標)

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1~3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)。(略)

a) (略)

b) (略)

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)

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3期基本計画では、当面の具体的な目標として、受診率 50%、精密検査(以下、精検)受診率 90%、および職域検診に関するガイドラインの策定・普及が掲げられている(別添3)。(略)

a) (略)

b) (略)

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医療費等の調整・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(以下、ガイドライン)」にまとめる。  
 国は、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 (略)

※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 (略)

(2-2) 適切な精度管理の実施 (略)

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)
(略)	(略)
要精検判定を受けた者が	・検診によりがんが発見できない

国は「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針(以下、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(※1、※2、※3)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※1 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。第3期基本計画において都道府県は、「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」が求められている。

※2 (略)

※3 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、第3期基本計画において国、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ている。

(職域検診)

国は「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)」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(※1)。

※1 (略)

(2-2) 適切な精度管理の実施 (略)

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、精密検査受診による心身のダメージ、医療資源の浪費)
(略)	(略)
要精検判定を受けた者が	・検診によりがんが発見できない

精検を受診しない	・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
(略)	(略)

(略)

**(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。(略)

**※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
(略)	(略)	(略)
受診率の算定方法	(分母)調査の回答者数 (分子)検診を「受診した」と回答した者の数	(分母)全住民(※8) (分子)住民検診の受診者数

精密検査を受診しない	・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
(略)	(略)

(略)

**(2-3) 受診率の向上**

第3期基本計画では、対策型検診の受診率50%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」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。(略)

表8 「国民生活基礎調査」と「地域保健・健康増進事業報告」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	<u>地域保健・健康増進事業報告</u> による受診率
(略)	(略)	(略)
受診率の算定方法	(分母)調査の回答者数 (分子)検診を「受診した」と回答した者の数	(分母)全住民(※2) (分子)住民検診の受診者数

(略)	(略)	(略)
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
(略)	(略)	(略)

※7 (略)  
 ※8 (略)

○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(略)  
 (※9)  
 ※9(略)

(略)

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。(略)

第3章. がん検診における精度管理の手法 (略)

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) (略)
- (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)。(略)

- (1-2) プロセス指標  
(略)

(略)	(略)	(略)
活用目的	がん対策推進基本計画の個別目標の進捗指標(※1)	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
(略)	(略)	(略)

※1 (略)  
 ※2 (略)

○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 (略)  
 (※1)  
 ※1(略)

(略)

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3期基本計画では、「これまでの施策の効果を検証したうえで、可能な事項から順次取組を進める」としている。(略)

第3章. がん検診における精度管理の手法 (略)

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) (略)
- (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」)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)。(略)

- (1-2) プロセス指標  
(略)

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。

## (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)(略)

#### 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 (略)

#### ②モニタリングの注意点 (略)

### (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。

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。

## (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)(略)

#### 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(※1)。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。

※1 (略)

#### ②モニタリングの注意点 (略)

### (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、「地域保健・健康増進事業報告(以下、事業報告)(※1)」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。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(※2)。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。

#### ※1 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。

同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密検査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** (略)

(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。(略)

※6 (略)  
 ※7 (略)  
 ※8 (略)  
 ※9 (略)  
 ※10 (略)

(3-2) **改善策の実行** (略)  
 (3-3) **改善状況の確認** (略)

(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

※2 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。

② **モニタリングの注意点** (略)

(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(※1)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(※2、3)、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う(※4)。さらに、フィードバック内容を住民に公表する(※5)。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。(略)

※1 (略)  
 ※2 (略)  
 ※3 (略)  
 ※4 (略)  
 ※5 (略)

(3-2) **改善策の実行** (略)  
 (3-3) **改善状況の確認** (略)

(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。(略)

※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。

(略)

**(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。(略)

※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 (略)

**(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

療機関(診療所やクリニックなども含む)」である。(略)

(略)

**(4-2) 精密検査受診率向上対策**

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 3 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(※1)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。(略)

※1 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(※2)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。

※2 不適切な精密検査 (略)

**(4-3) 精密検査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「個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)」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

<p>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。(略)</p> <p>(4-4) その他の留意点 (略)</p> <p><b>3. 2. 職域検診の精度管理手法</b> (略)</p> <p>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、<u>個人情報保護法</u>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)。(略)</p> <p><b>3. 3. 精度管理における地域・職域連携</b> (略)</p> <p><b>第4章 がん検診の受診率向上の手法</b></p> <p>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。</p>	<p>が困難であるとき(第23条第1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。(略)</p> <p>(4-4) その他の留意点 (略)</p> <p><b>3. 2. 職域検診の精度管理手法</b> (略)</p> <p>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、「<u>個人情報の保護に関する法律</u>」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)。(略)</p> <p><b>3. 3. 精度管理における地域・職域連携</b> (略)</p> <p><b>第4章 がん検診の受診率向上の手法</b></p> <p>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。</p> <p><u>第3期基本計画(別添3)では受診率向上で取り組むべき施策として以下を挙げている。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>これまでの施策の効果を検証したうえで、対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような体制整備など、効果的な受診率の方策を検討する。</u></li> <li>・ <u>市区町村は当面の対応として、検診手続きの簡素化、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。</u></li> <li>・ <u>市区町村や検診機関は、受診者ががん検診の意義や必要性を適切に理解できるように努める。</u></li> <li>・ <u>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の整備など、受診者の利便性向上や財政上のインセンティブ策の活用</u>に努める。</li> </ul>
---	--

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。(略)

#### 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 (略)

##### (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。

以上のうち受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策は個別受診勧奨(コール)・再勧奨(リコール)である。

#### 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2版)」で紹介している、「ナッジ(nudge)理論を用いた勧奨方法の好事例」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。(略)

#### 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・たばこ対策に関する世論調査(令和元年度、内閣府)」ではがん検診を受診しない理由として、「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」、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」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 (略)

##### (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、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歳以下の者としている(※1)。

※1 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(令和3年10月一部改正)

<p>(3) 受診者の利便性向上に向けた取組 (略)</p> <p>(4) 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ (略)</p> <p>(4-1) 検診受診者へのインセンティブ</p> <p>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。</p> <p>(略)(※3)。</p> <p>※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)」</p> <p>※3 (略)</p> <p>(4-2) 検診提供者へのインセンティブ</p> <p>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。</p> <p>(略)</p> <p>第5章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題</p> <p>5.1. 事業評価の全体像(略)</p> <p>5.2. 現在行われている事業評価(住民検診)(略)</p> <p>表14 住民検診の事業評価を目的とした調査一覧</p>	<p>(3) 受診者の利便性向上に向けた取組 (略)</p> <p>(4) 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ (略)</p> <p>(4-1) 検診受診者へのインセンティブ</p> <p>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、前述の上位3項目に次いで「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(※1)。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。</p> <p>(略)(※2)。</p> <p>※1 厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査(令和元年度)」</p> <p>※2 (略)</p> <p>(4-2) 検診提供者へのインセンティブ</p> <p>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。市町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。</p> <p>(略)</p> <p>第5章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題</p> <p>5.1. 事業評価の全体像(略)</p> <p>5.2. 現在行われている事業評価(住民検診)(略)</p> <p>表14 住民検診の事業評価を目的とした調査一覧</p>
---	--

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	(略)		あり (国立がん研究センター※1)
適切な精度管理の実施	チェックリストの使用に関する実態調査			
	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			
	事業報告			
受診率向上	国民生活基礎調査			あり (厚生労働省※2)
	事業報告			なし
	チェックリストの使用に関する実態調査			

(略)

5. 3. 今後の検討課題

(略)

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。

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	(略)		あり (国立がん研究センター※1)
適切な精度管理の実施	「事業評価のためのチェックリスト」の使用に関する実態調査			
	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			
	地域保健・健康増進事業報告			
受診率向上	国民生活基礎調査			あり (厚生労働省※2)
	地域保健・健康増進事業報告			なし
	「事業評価のためのチェックリスト」の使用に関する実態調査			

(略)

5. 3. 今後の検討課題

(略)

今後がん検診に関するがん検診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。

## 別添1 Wilson&amp;Jungner による検診に関する 10 原則の見直し (略)

## 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)  
(略)

## 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) (略)

## 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) (略)

## 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)

- (略)
- 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。
- (略)

## 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。
- (略)

## 別添1 Wilson&amp;Jungner による検診に関する 10 原則の見直し (略)

## 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 103 号)  
(略)2. 健康増進事業実施要領(平成 20 年)  
(略)

## 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(平成 20 年) (略)

## 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)

- (略)
- 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、個人情報保護に関する法律(中略)等を遵守しつつ、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。
- (略)

## 5. 健康診査管理指導等事業実施のための指針(平成 20 年)

- 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。
- (略)

6. がん対策基本法(平成 18 年法律第 98 号) (略)

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) (略)

● 第一百五十七条の二

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

(略)

※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)	(略)	
第2期計画		

6. がん対策基本法(平成 18 年法律第 98 号)(平成 28 年改正) (略)

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) (略)

● 第一百五十七条の二

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よう努めなければならない。

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

(略)

※労働安全衛生規則(昭和 47 年)

- ・雇用時の健康診断(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)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)	(略)	
第2期計画		

<p>(平成 24 年 6 月)</p> <p>第3期計画 (平成 30 年 3 月)</p>		<p>(平成 24 年 6 月)</p> <p>第3期計画 (平成 30 年 3 月)</p>	
<p>第4期計画 (令和 5 年 3 月)</p>	<p>① 受診率向上対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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。</u></li> </ul>	

	<p><u>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。</u></p> <p>○ <u>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。</u></p>		
<p>第4期計画 (令和5年3月)</p>	<p>②がん検診の精度管理等について</p> <p>○ <u>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。</u></p> <p>○ <u>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。</u></p> <p>○ <u>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</u></p>		

	<p>に対する周知等を含め検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>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。</u></li> </ul>		
<p>第4期計画 (令和5年3月)</p>	<p>③科学的根拠に基づくがん検診の実施について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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。</u></li> <li>○ <u>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</u></li> </ul>		

討する。

**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			
大腸がん検診			
肺がん検診	質問(問診)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※ <u>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</u>	年1回
乳がん検診	(略)		
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 ※ <u>実施体制が整った自治体で選択可能</u>		5年に1回 ※ <u>罹患リスクが高い者については1年後に受診</u>

**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)**

(略)

**別添7 がん検診に関する自治体からの照会及び回答**

(略)

**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	(略)		
大腸がん検診	(略)		
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	年1回
乳がん検診	(略)		
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回

**別添5 事業評価のためのチェックリスト(令和5年3月末時点)**

(略)

**別添7 がん検診に関する自治体からの照会及び回答**

(略)

<p>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。</p> <p>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）。</p>	<p>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。</p> <p>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（令和 3 年 10 月 1 日一部改正）」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）。</p>
<p>(略)</p> <p>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、<u>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</u>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）。</p>	<p>(略)</p> <p>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（<u>指針と同一の検診項目のみ：細胞診</u>）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）。</p>
<p>(略)</p> <p>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（※）。</p> <p>※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（令和 5 年 6 月 23 日一部改正）」での記載</p> <p>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）</p>	<p>(略)</p> <p>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（※）。</p> <p>※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（令和 5 年 6 月 23 日一部改正）」での記載</p> <p>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）</p>
<p>(略)</p> <p>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。</p>	<p>(略)</p> <p>A18 まず、検診の不利益（放射線被爆や出血など）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。</p>
<p>(略)</p> <p>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</p>	<p>(略)</p> <p>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</p>

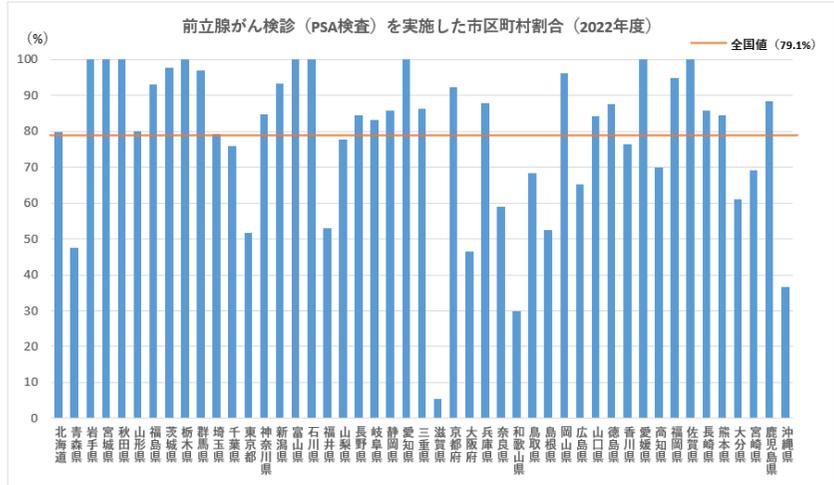
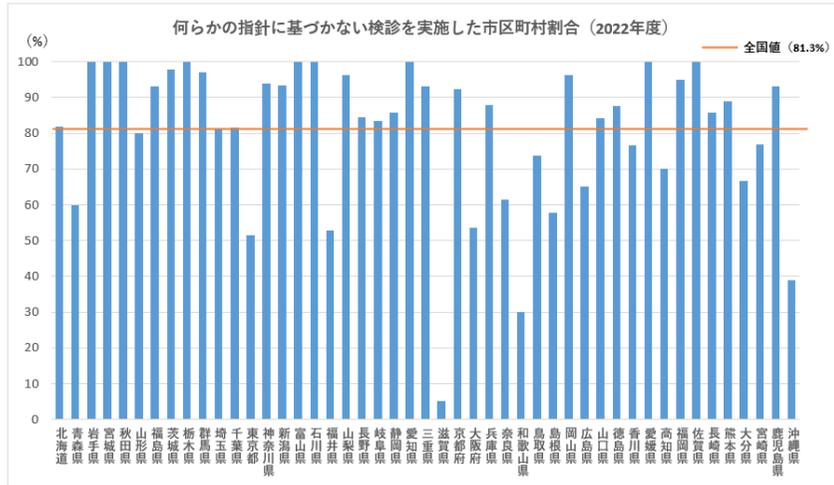
<p>又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき」という項目が挙げられています。その具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と書かれています。</p> <p>個人情報保護法では、がん検診などを含む公衆衛生上の施策の妨げにならないような配慮が条文に盛り込まれています。</p> <p>なお、精検機関から精検結果を提供された自治体が、検診機関に精検結果を提供できるかについては、<u>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。</u></p>	<p>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つて、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（厚生労働省 2017）」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。</p> <p>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。</p> <p>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、<u>（自治体は個人情報保護法の対象外のため）各自治体の条例に基づいて判断する必要があります。</u></p>
<p>(略)</p> <p>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<u>プロセス指標値</u>を提供してもらう必要があります。</p>	<p>(略)</p> <p>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<u>情報</u>を提供してもらう必要があります。</p>
<p>(略)</p> <p>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。(略)</p>	<p>(略)</p> <p>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、<u>(※)</u>、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。(略)</p> <p><u>※「対策型検診のための胃内視鏡マニュアル(2017 年 3 月発行)」によると、「検査医の参加条件として、以下のいずれかを満たす医師であることが望ましい」と記載されています。</u></p> <p><u>①日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかを有する医師</u></p> <p><u>②診療、検診にかかわらず概ね年間 100 件以上の内視鏡検査を実施している医師</u></p>

<p>(略)</p> <p>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。</p> <p>A29 (略)</p>	<p><u>③地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が定める条件に適用し、①または②の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定された場合</u></p> <p>(略)</p> <p>Q29 胃内視鏡専門医が胃内視鏡検査を行った場合でも、<u>ダブルチェック（※）</u>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、<u>ダブルチェックは必要でしょうか。</u></p> <p>A29 (略)</p> <p><u>※検査医以外の読影委員会のメンバーによるチェックのこと。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ことが求められています。ただし専門医が複数いる医療機関で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ます。</u></p>
<p>(略)</p> <p>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。</p>	<p>(略)</p> <p>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。</p> <p><u>「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2017年3月発行）」では、胃内視鏡検診の判定は「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」の4段階とし、内視鏡医との判定が異なる場合でも、読影委員会によるダブルチェックの判定結果を最終判定とするとなっています。読影委員会が悪性病変を確定するためには、病理診断結果の情報は不可欠です。読影委員会は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ことになっており、検診業務を委託された検診機関と同じ位置づけだと考えられます。その整理であれば、病理結果の提供は個人情報保護法第23条の例外規定にあたります。市町村が運営される「胃内視鏡検診運営委員会」で方針を検討し、その決定に従って情報提供の体制を整えてください。</u></p>
<p>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</p>	<p>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3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</p>

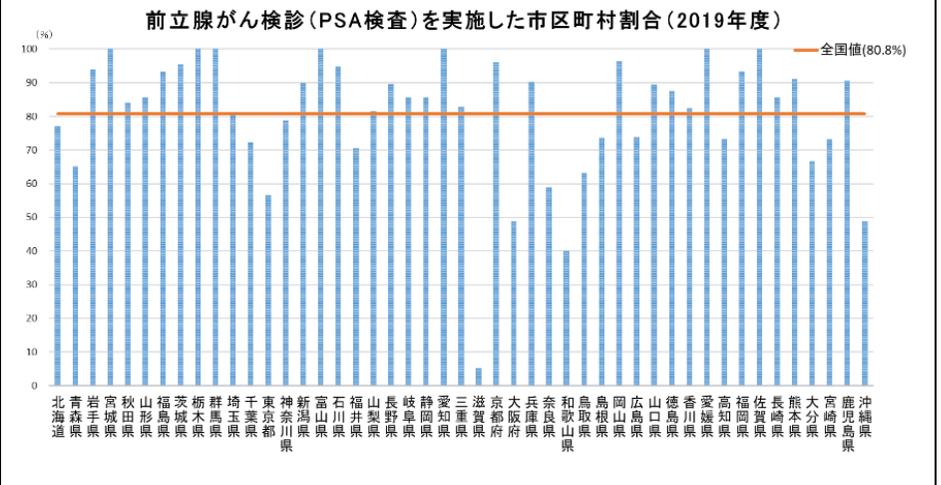
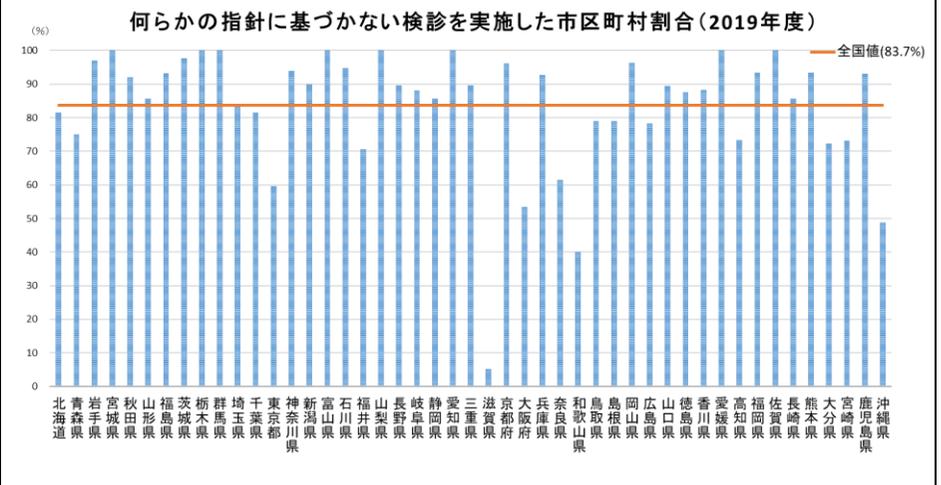
<p>うか。</p> <p>(略)</p> <p>A39 <u>精度を担保する観点から、市町村が実施する子宮頸がん検診（細胞診）においては、産婦人科医師による検体採取を推奨しています。</u>  <u>検体採取に当たる看護師が相当の訓練を受けており、かつ産婦人科を専門とし、当該行為に精通する医師が当該看護師に指示する場合に検体採取が行うことを排除するものではありません。なお、自己採取法による細胞診は、精度が著しく低いので実施しないでください。</u></p>	<p>うか。</p> <p>(略)</p> <p>A39 <u>医師による検体採取のみ可とされています。</u>  <u>看護師などのメディカルスタッフによる採取は、訓練の方法や訓練のレベルが殆ど議論されておらず、精度を担保する仕組みがまだできていないため適切ではありません。また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。</u></p>
<p>(略)</p> <p>A41 (略)          ※※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。</p>	<p>(略)</p> <p>A41 (略)          ※※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（令和3年10月1日一部改正）」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。</p>
<p>(略)</p> <p>A45 <u>下記の資料を参照してください。</u>  <u>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）</u>  <u><a href="https://gankenshin.jp/products/screening-guidebook/">https://gankenshin.jp/products/screening-guidebook/</a></u></p>	<p>(略)</p> <p>A45 <u>下記の資料を参照してください。</u>  <u>「かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック（厚労省がん検診受診向上指導事業）」</u>  <u><a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html</a></u>  <u>公益財団法人がん研究振興財団、冊子・パンフレット一覧、検診とがん～正しい検診を知る5分間～</u>  <u><a href="https://www.fpcr.or.jp/pamphlet.html">https://www.fpcr.or.jp/pamphlet.html</a></u></p>
<p>(略)</p> <p>A47 (略)          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。</p>	<p>(略)</p> <p>A47 (略)          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。<u>なお、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」には、原則として生検が必要無い病変として、①典型的な胃底腺ポリープ、②タコイボびらん（隆起型びらん）、③黄色腫、④血管拡張症（vascular ectasia）、⑤5mm以下の過形成性が</u></p>

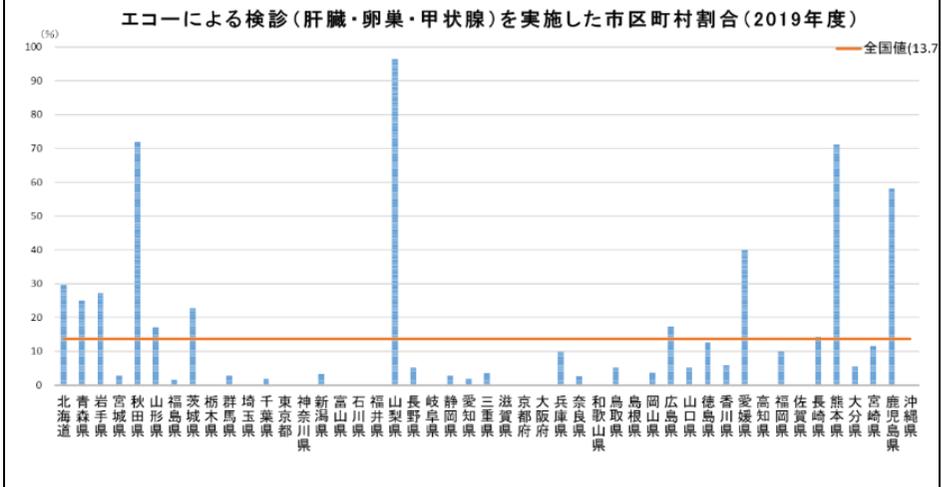
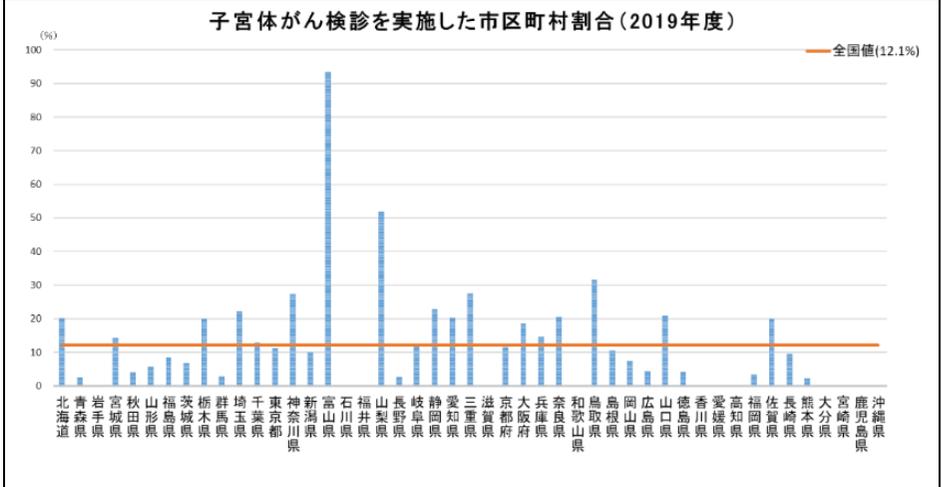
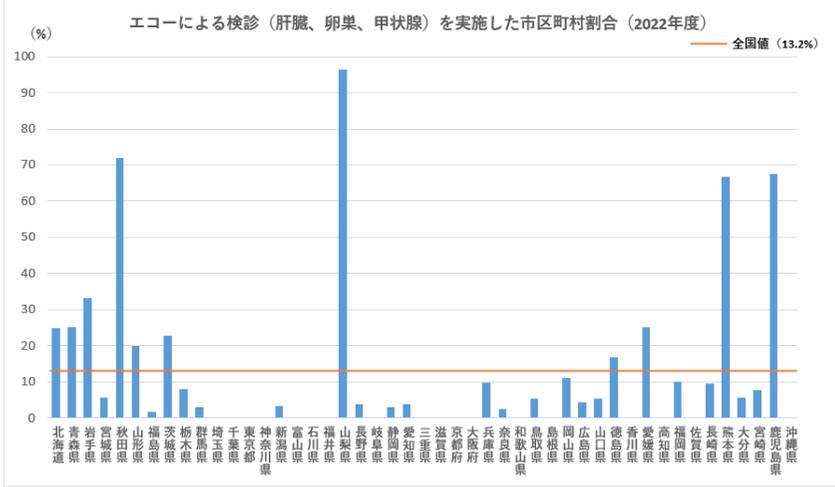
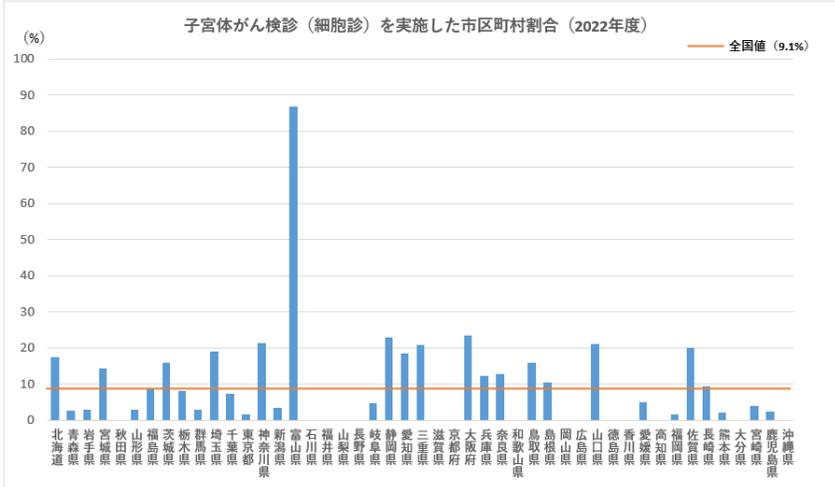
<p>(略)</p> <p>A63 ダブルチェックの要再検査は「<u>胃がんを疑う</u>」新たな所見があった場合に出される指示ですが、再検査時の内視鏡検査で指摘部位に<u>胃がんを疑う</u>病変が見つからなかった場合には生検はしません。再検査においても無用な生検を避けることは当然のことです。</p> <p>(略)</p> <p>Q75 子宮頸がん検診 <u>(細胞診)</u> で意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US) となったのち、精検としてヒトパピローマウイルス検査 (HPV 検査) <u>のみ</u>を受診した方については、地域保健・健康増進事業報告をどのように計上したら良いですか。</p> <p>(略)</p> <p>Q76 (Q75 の続き) 子宮頸がん検診 <u>(細胞診)</u> 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。</p> <p>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) (略)</p>	<p><u>リープ、⑥十二指腸潰瘍、などが挙げられており、静脈瘤や出血性胃潰瘍は禁忌であると記載されています。</u></p> <p>(略)</p> <p>A63 ダブルチェックの要再検査は「<u>悪性を疑う</u>」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<u>悪性を疑う</u>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。</p> <p>(略)</p> <p>Q75 子宮頸がん検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) <u>のみ</u>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。</p> <p>(略)</p> <p>Q76 (Q75 の続き) 子宮頸がん検診の結果が 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。</p> <p>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) (略)</p>
--	--

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）



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（2019年）





「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)

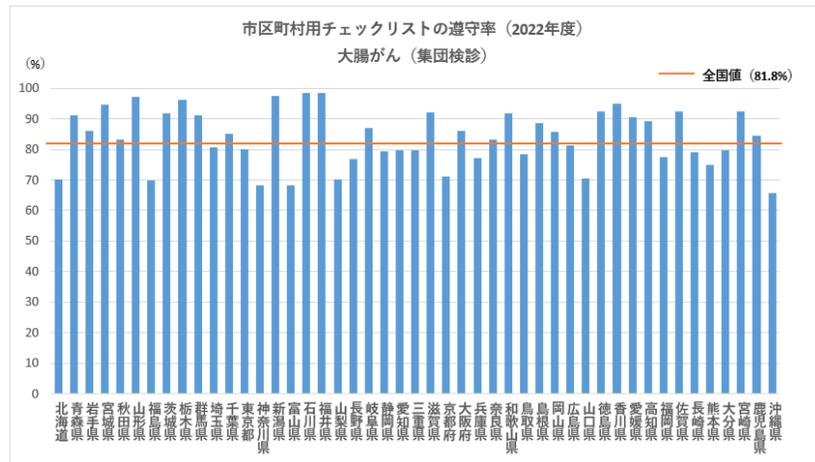
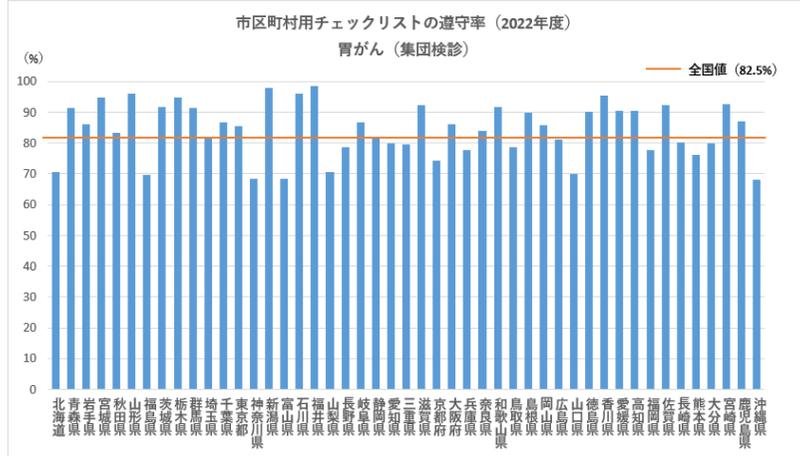
都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診 (PSA検査) を実施した市区町村割合	子宮体がん検診 (細胞診) を実施した市区町村割合	エコーによる検診 (肝臓、卵巣、甲状腺) を実施した市区町村割合
全国	81.3	79.1	9.1	13.2
北海道	81.9	79.7	17.5	24.9
青森県	60.0	47.5	2.5	25.0
岩手県	100.0	100.0	3.0	33.3
宮城県	100.0	100.0	14.3	5.7
秋田県	100.0	100.0	0.0	72.0
山形県	80.0	80.0	2.9	20.0
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 (%)

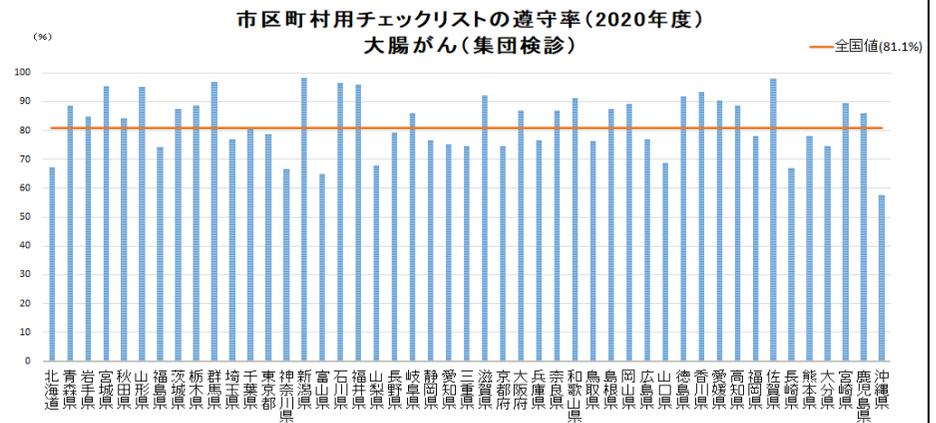
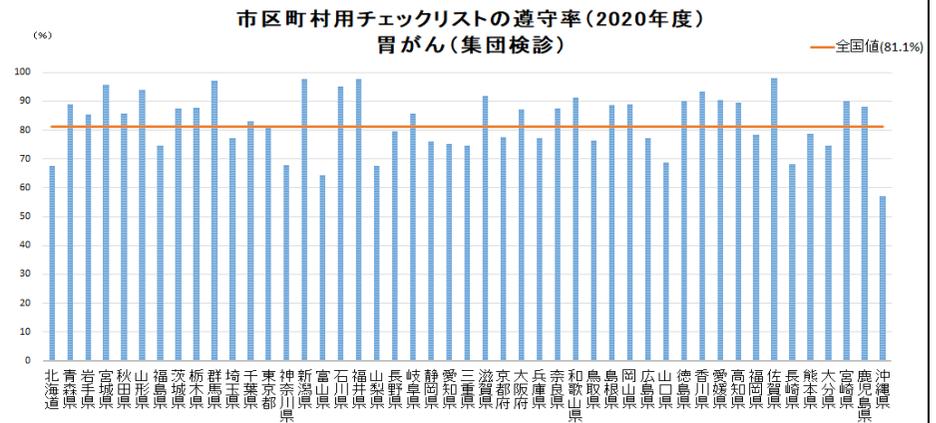
「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況(2019年)

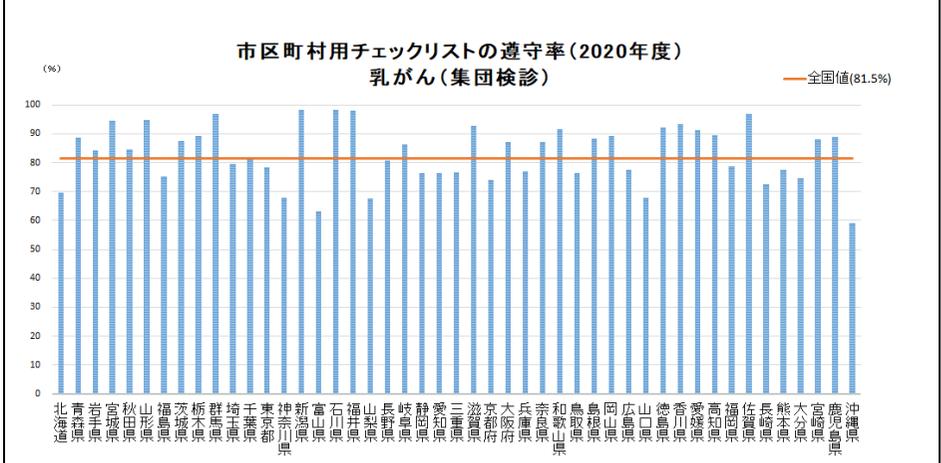
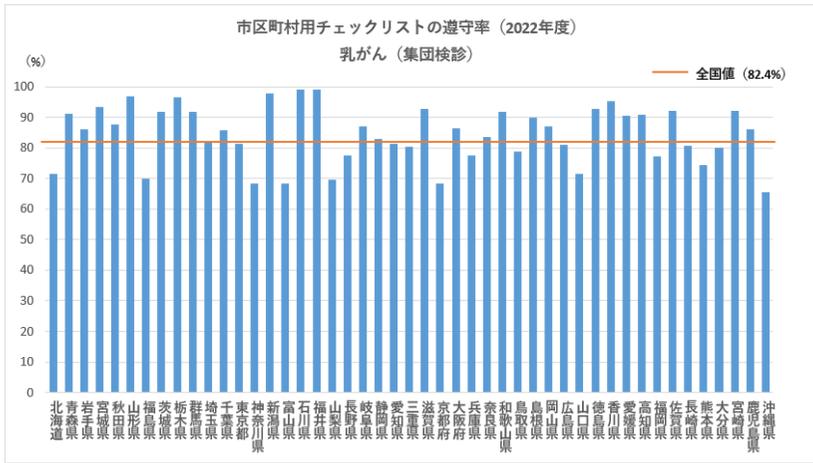
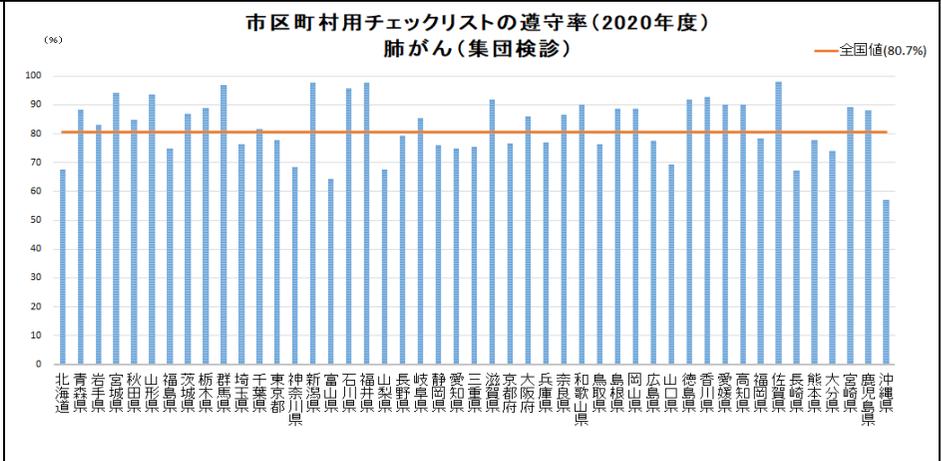
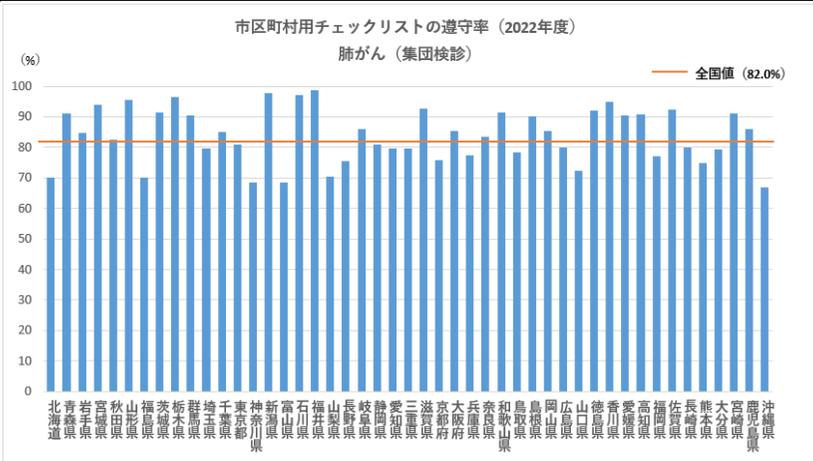
都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合 (%)	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診 (PSA検査) を実施した市区町村割合 (%)	子宮体がん検診を実施した市区町村割合 (%)	エコーによる検診 (肝臓・卵巣・甲状腺) を実施した市区町村割合 (%)
全国	83.7	80.8	12.1	13.7
北海道	81.6	77.1	20.1	29.6
青森県	75.0	65.0	2.5	25.0
岩手県	97.0	93.9	0	27.3
宮城県	100	100	14.3	2.9
秋田県	92.0	84.0	4.0	72.0
山形県	85.7	85.7	5.7	17.1
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	95.5	6.8	22.7
栃木県	100	100	20.0	0
群馬県	100	100	2.9	2.9
埼玉県	84.1	81.0	22.2	0
千葉県	81.5	72.2	13.0	1.9
東京都	59.7	56.5	11.3	0
神奈川県	93.9	78.8	27.3	0
新潟県	90.0	90.0	10.0	3.3
富山県	100	100	93.3	0
石川県	94.7	94.7	0	0
福井県	70.6	70.6	0	0
山梨県	100	81.5	51.9	96.3
長野県	89.6	89.6	2.6	5.2
岐阜県	88.1	85.7	11.9	0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100	100	20.4	1.9
三重県	89.7	82.8	27.6	3.4
滋賀県	5.3	5.3	0	0
京都府	96.2	96.2	11.5	0
大阪府	53.5	48.8	18.6	0
兵庫県	92.7	90.2	14.6	9.8
奈良県	61.5	59.0	20.5	2.6
和歌山県	40.0	40.0	0	0
鳥取県	78.9	63.2	31.6	5.3
島根県	78.9	73.7	10.5	0
岡山県	96.3	96.3	7.4	3.7
広島県	78.3	73.9	4.3	17.4
山口県	89.5	89.5	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	4.2	12.5
香川県	88.2	82.4	0	5.9
愛媛県	100	100	0	40.0
高知県	73.3	73.3	0	0
福岡県	93.3	93.3	3.3	10.0
佐賀県	100	100	20.0	0
長崎県	85.7	85.7	9.5	14.3
熊本県	93.3	91.1	2.2	71.1
大分県	72.2	66.7	0	5.6
宮崎県	73.1	73.1	0	11.5
鹿児島県	93.0	90.7	0	58.1
沖縄県	48.8	48.8	0	0

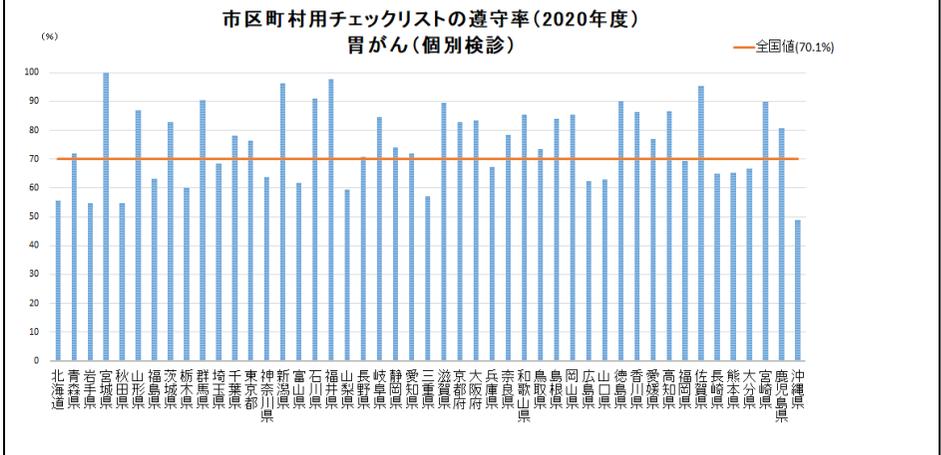
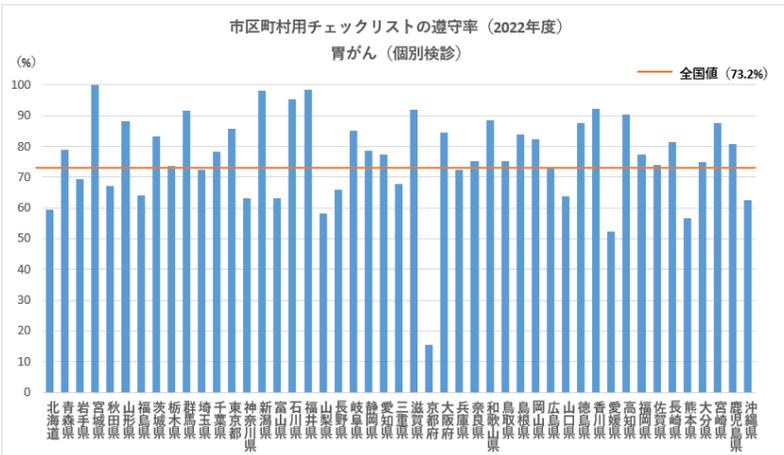
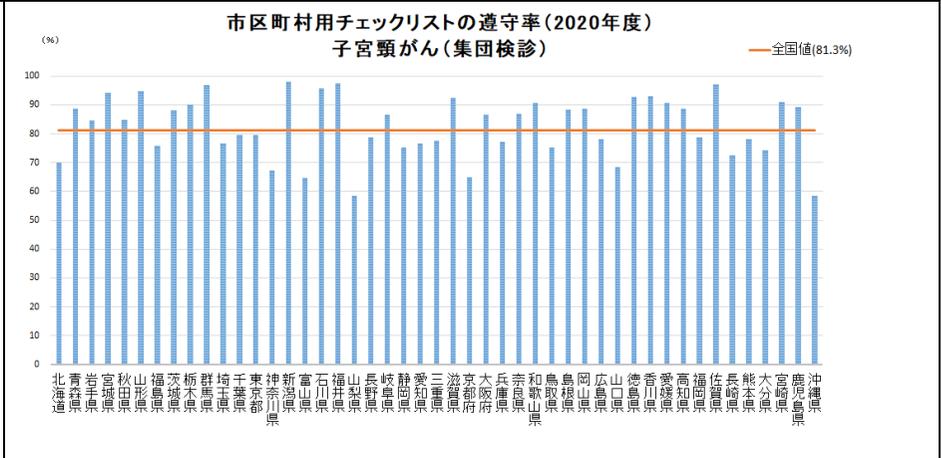
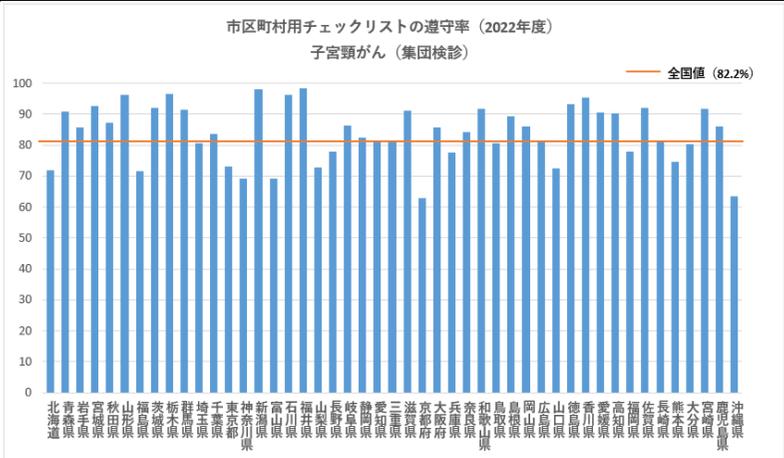
別添9-2-1 「事業評価のためのチェックリスト(市区町村用)」の遵守状況

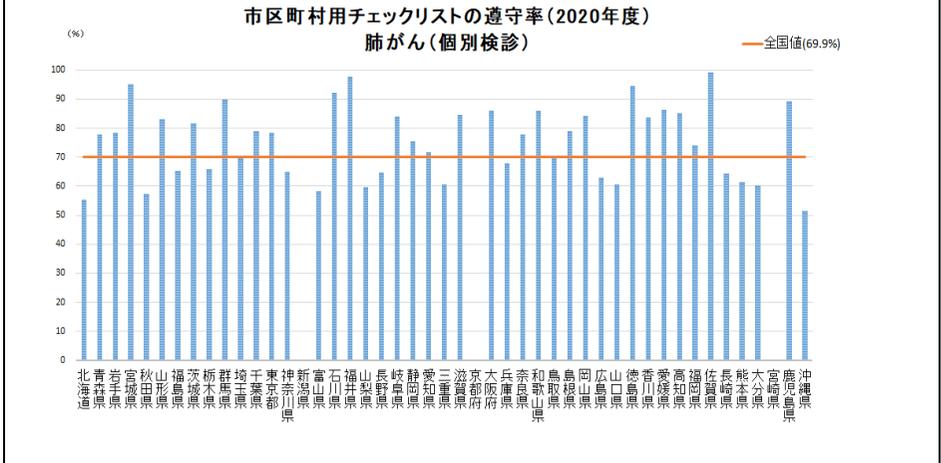
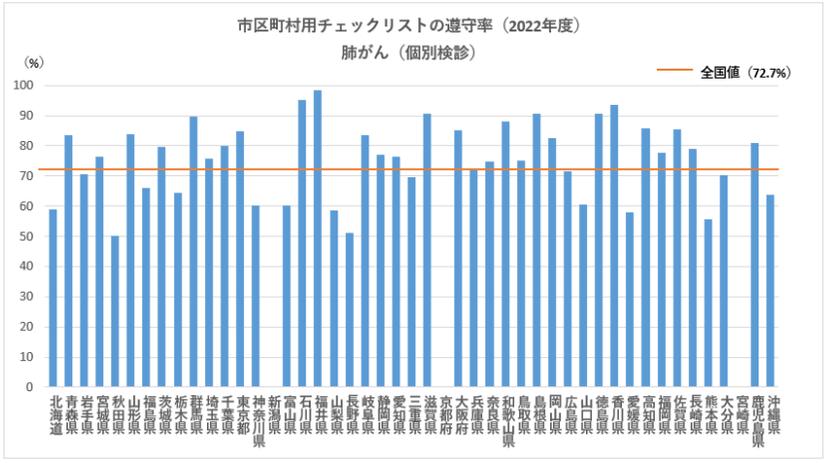
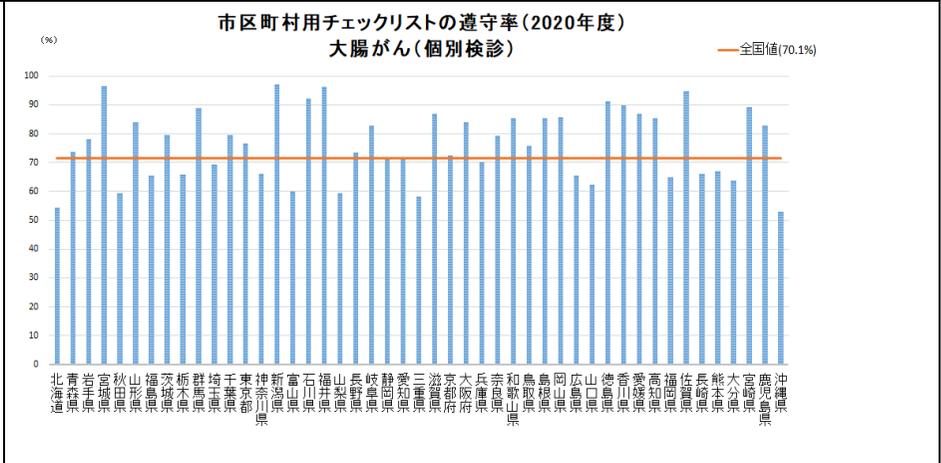
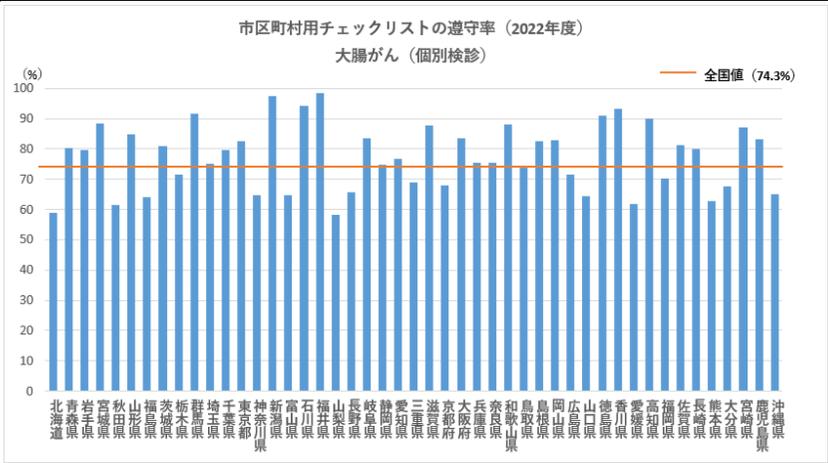


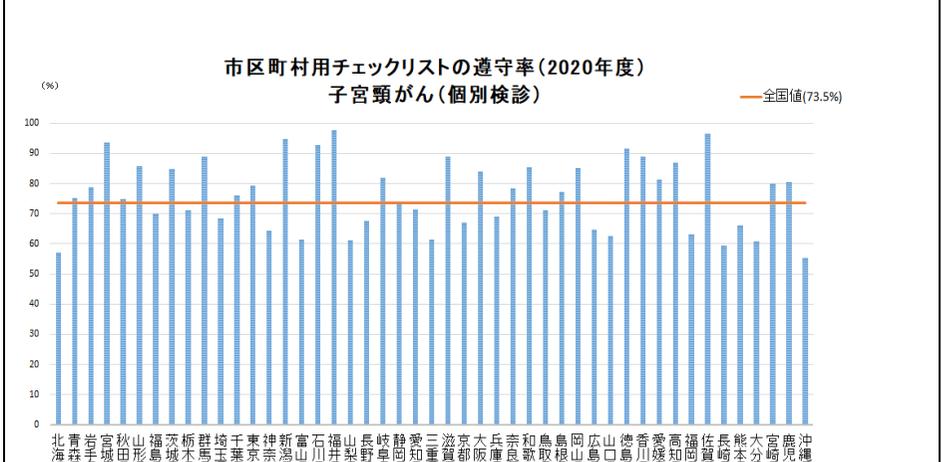
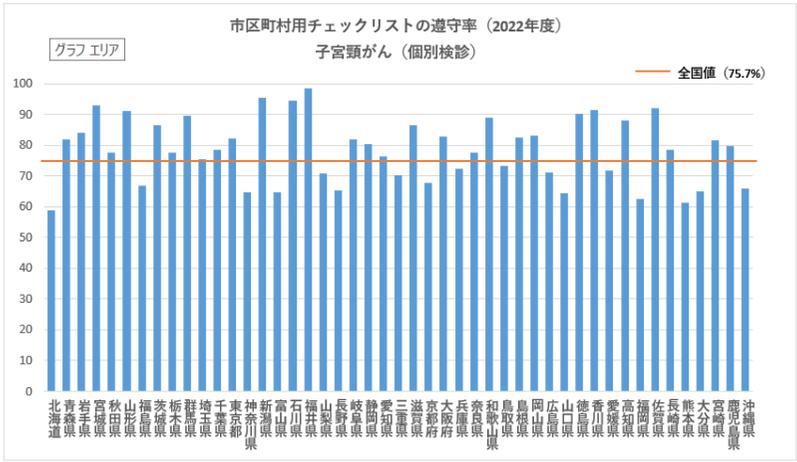
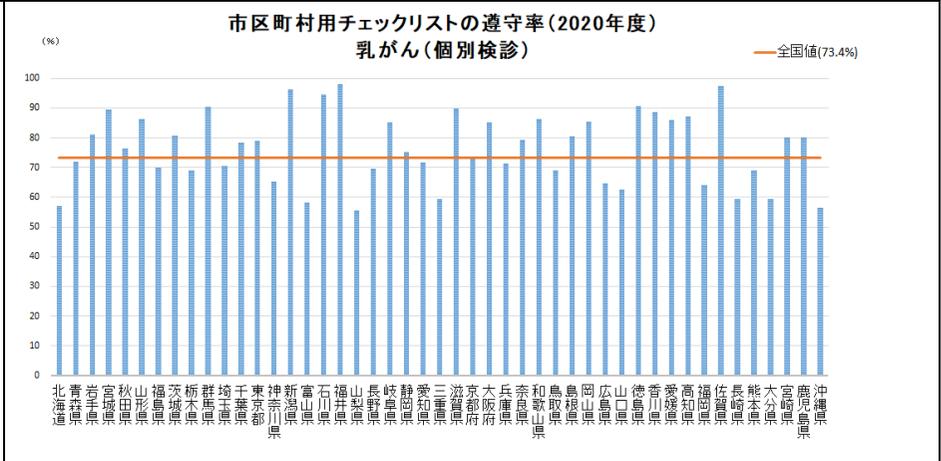
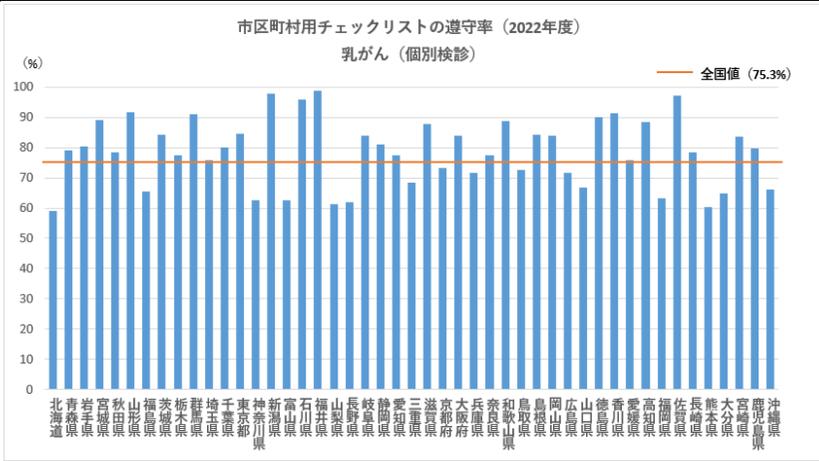
別添9-2-1 「事業評価のためのチェックリスト(市区町村用)」の遵守状況











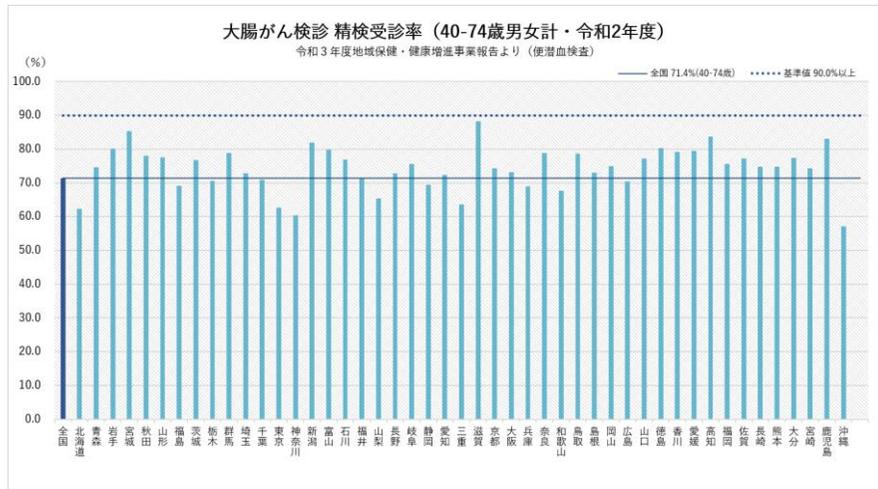
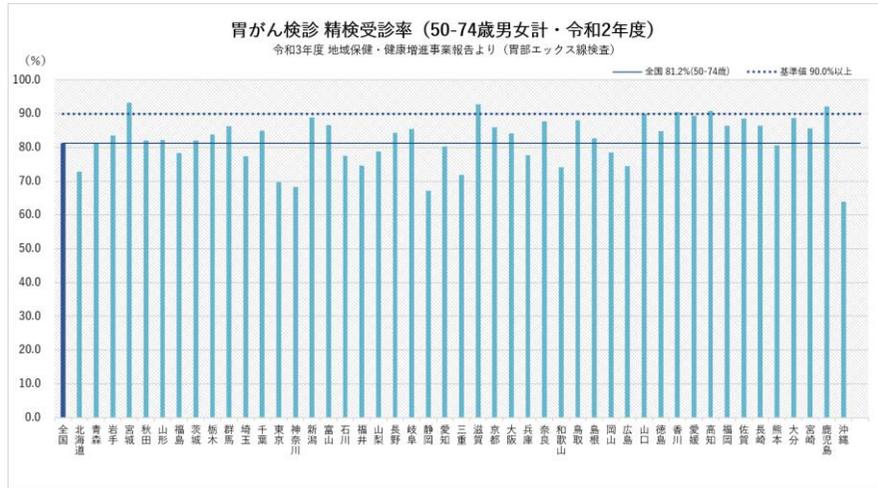
「事業評価のためのチェックリスト(市区町村用)」の遵守状況(2022年)

都道府県名	集団検診					個別検診				
	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

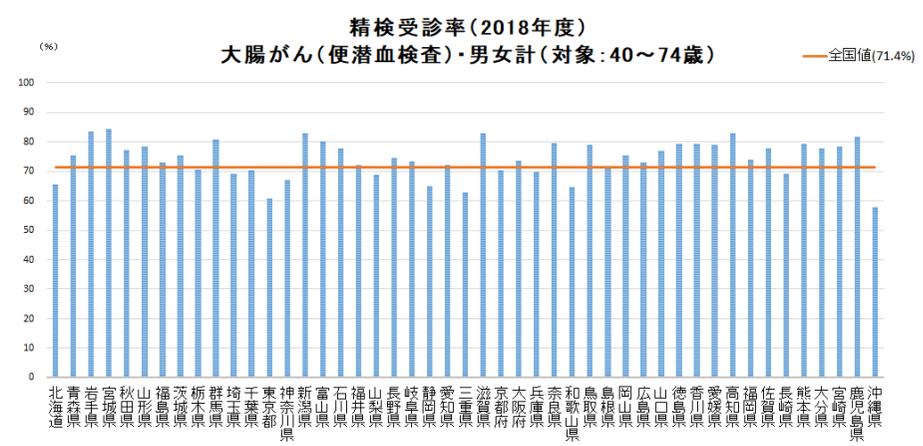
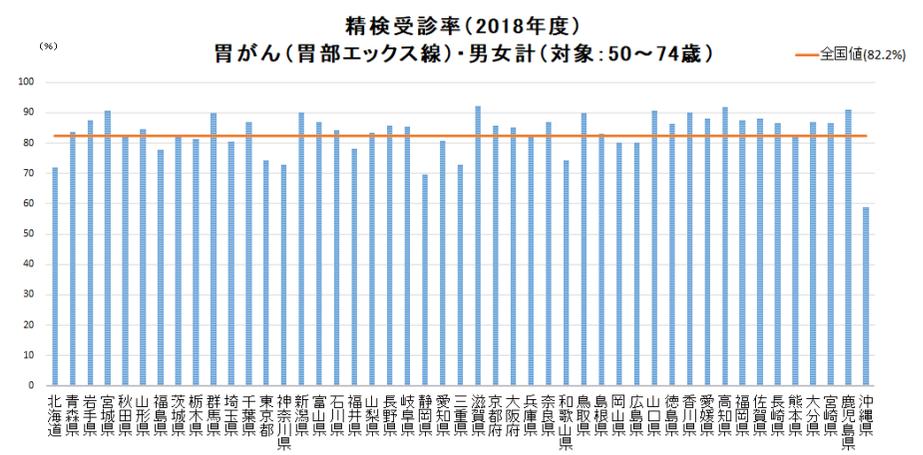
「事業評価のためのチェックリスト(市区町村用)」の遵守状況(2020年)

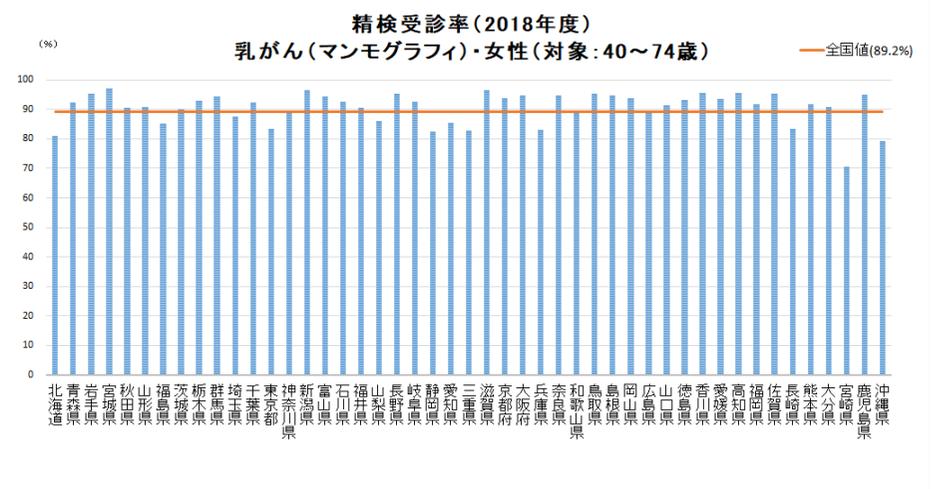
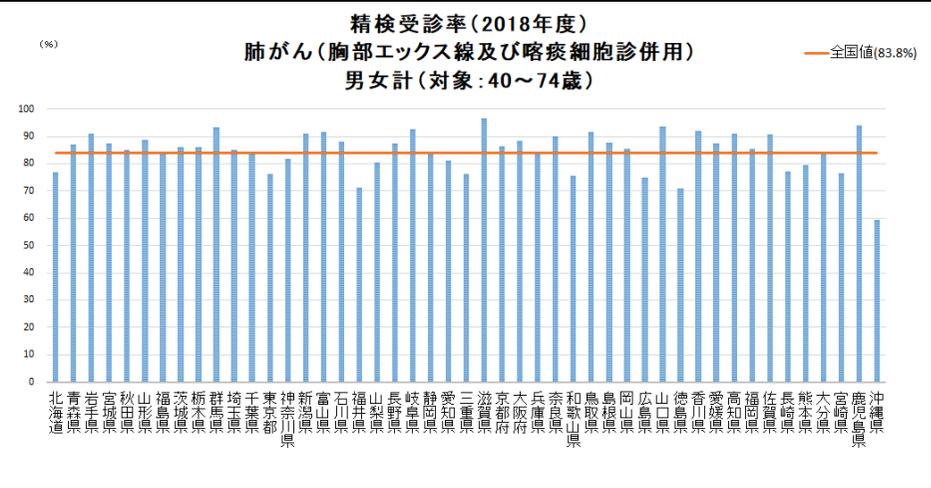
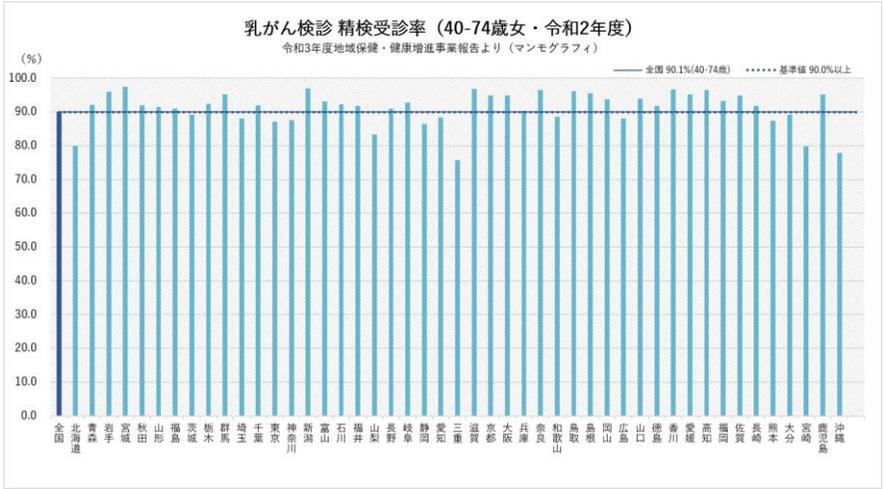
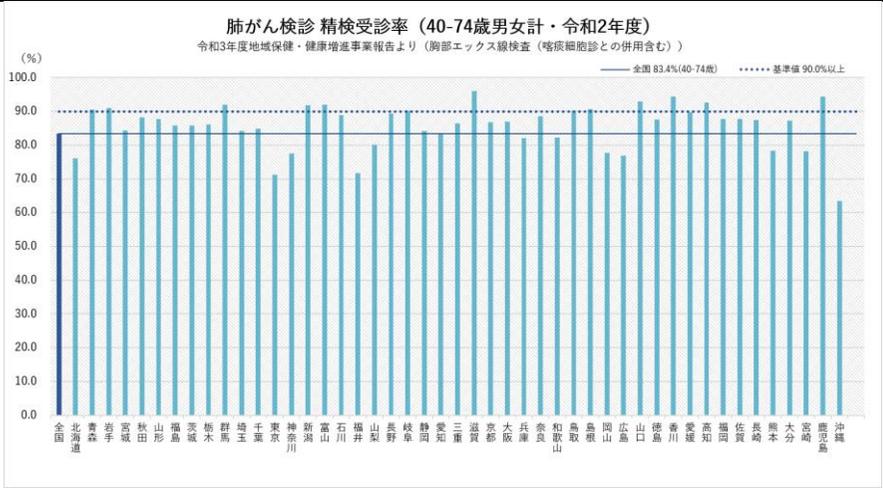
都道府県名	集団検診					個別検診				
	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
全国	81.1	80.8	80.7	81.5	81.3	70.1	71.6	69.9	73.4	73.5
北海道	67.7	67.4	67.5	69.7	69.8	55.7	54.4	55.2	57.0	57.1
青森県	88.9	88.5	88.4	88.5	88.5	71.9	73.6	77.7	71.9	75.1
岩手県	85.4	84.9	83.2	84.3	84.6	54.8	78.2	78.4	81.1	78.8
宮城県	95.5	95.2	94.2	94.5	94.2	100	96.6	95.1	89.4	93.7
秋田県	85.7	84.1	84.8	84.6	84.8	54.6	59.3	57.4	76.2	75.0
山形県	93.9	95.1	93.7	94.8	94.7	86.9	84.0	83.0	86.3	85.7
福島県	74.5	74.4	74.8	75.2	75.7	63.2	65.4	65.3	69.9	69.8
茨城県	87.3	87.4	87.0	87.5	88.1	82.7	79.5	81.7	80.7	84.7
栃木県	87.8	88.7	88.8	89.2	90.0	60.0	65.9	65.7	68.9	71.1
群馬県	97.1	96.9	96.8	96.7	96.7	90.4	88.9	89.7	90.3	88.9
埼玉県	77.1	76.9	76.2	79.5	76.5	68.4	69.3	69.6	70.4	68.4
千葉県	83.0	80.6	81.5	81.4	79.6	78.1	79.5	78.9	78.5	76.0
東京都	81.5	78.6	77.9	78.5	79.5	76.2	76.5	78.5	79.1	79.4
神奈川県	67.8	66.7	68.3	67.9	67.4	63.9	66.1	65.0	65.3	64.4
新潟県	97.7	98.3	97.8	98.3	98.0	98.2	97.1	NA	96.1	94.7
富山県	64.2	64.9	64.3	63.2	64.5	61.7	59.9	58.2	58.3	61.3
石川県	95.1	96.5	95.5	98.2	95.5	91.0	92.1	92.2	94.5	92.6
福井県	97.8	96.0	97.6	98.0	97.5	97.7	96.2	97.6	98.1	97.8
山梨県	67.6	67.8	67.7	67.5	58.4	59.5	59.4	59.8	55.7	61.1
長野県	79.6	79.2	79.3	80.6	78.8	70.9	73.3	64.7	69.7	67.5
岐阜県	85.7	86.0	85.4	86.4	86.5	84.6	82.8	83.8	85.0	81.9
静岡県	75.9	76.5	76.0	76.4	75.2	74.1	71.9	75.6	75.3	73.9
愛知県	75.1	75.2	74.8	76.2	76.6	72.0	72.0	71.6	71.6	71.3
三重県	74.6	74.5	75.6	76.6	77.6	57.1	58.2	60.4	59.5	61.3
滋賀県	91.8	92.1	91.9	92.8	92.5	89.4	86.8	84.6	89.9	88.9
京都府	77.4	74.6	76.6	74.1	65.0	82.7	72.6	NA	73.3	67.1
大阪府	87.1	86.8	86.1	87.1	86.7	83.3	83.9	85.9	85.1	83.9
兵庫県	77.2	76.6	76.9	77.0	77.2	67.2	70.3	67.8	71.3	69.0
奈良県	87.3	86.8	86.5	87.2	86.9	78.5	79.2	77.7	79.3	78.5
和歌山県	91.2	91.3	90.2	91.6	90.8	85.4	85.3	86.1	86.3	85.3
鳥取県	76.4	76.2	76.3	76.4	75.2	73.3	75.8	70.3	69.0	71.1
島根県	88.5	87.3	88.5	88.3	88.2	84.0	85.4	78.9	80.4	77.1
岡山県	88.9	89.3	88.5	89.2	88.6	85.5	85.6	84.3	85.3	85.2
広島県	77.1	77.0	77.4	77.5	78.0	62.3	65.6	63.0	64.7	64.5
山口県	68.8	68.6	69.3	67.9	68.4	62.8	62.3	60.4	62.7	62.5
徳島県	90.1	91.8	91.7	92.2	92.6	90.0	91.1	94.6	90.7	91.4
香川県	93.2	93.3	92.7	93.2	93.1	86.3	89.7	83.7	88.6	89.0
愛媛県	90.4	90.5	90.2	91.2	90.7	76.9	87.0	86.3	86.1	81.4
高知県	89.5	88.7	90.1	89.6	89.6	86.5	85.4	85.1	87.2	87.0
福岡県	78.3	78.2	78.4	78.6	78.7	69.2	64.8	73.9	64.1	63.3
佐賀県	98.1	98.1	98.0	96.9	97.2	95.2	94.9	99.0	97.5	96.5
長崎県	68.1	66.9	67.4	72.6	72.4	65.0	66.1	64.4	59.5	59.4
熊本県	78.6	78.2	77.8	77.4	78.1	65.1	67.1	61.3	69.0	66.2
大分県	74.7	74.6	74.1	74.7	74.4	66.8	63.9	60.2	59.3	60.9
宮崎県	90.0	89.6	89.2	87.9	91.0	89.8	89.2	NA	80.2	79.9
鹿児島県	88.1	86.1	88.0	88.9	89.1	80.8	82.8	89.2	80.1	80.5
沖縄県	56.9	57.6	57.1	59.1	58.5	48.7	52.9	51.5	56.4	55.2

別添9-2-2 精検受診率(2020年)



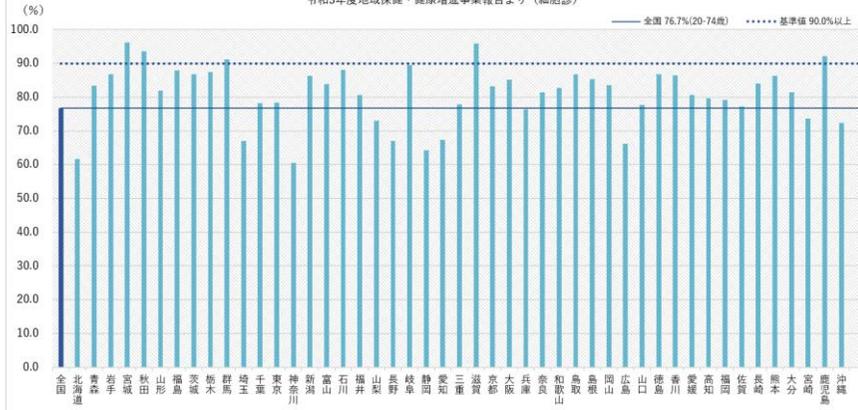
別添9-2-2 精検受診率(2018年)





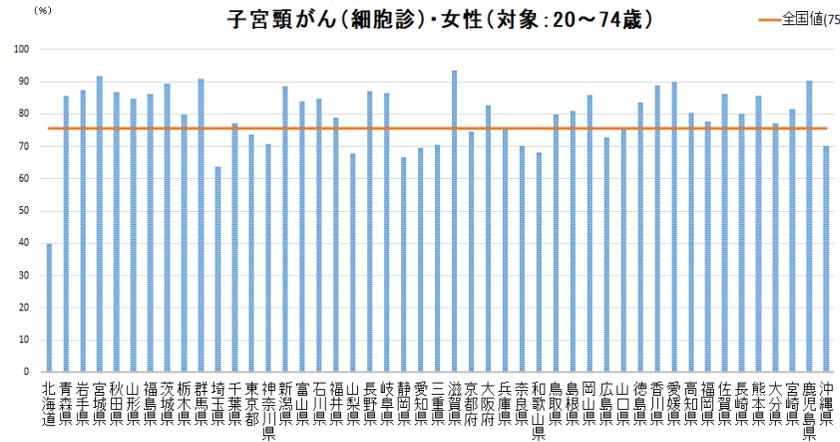
子宮頸がん検診 精検受診率 (20-74歳女・令和2年度)

令和3年度地域保健・健康増進事業報告より(細胞診)



精検受診率(2018年度)  
子宮頸がん(細胞診)・女性(対象:20~74歳)

全国値(75.5%)



**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

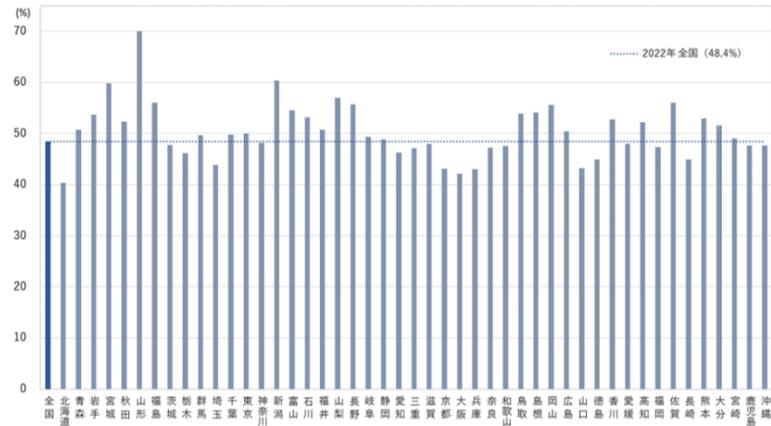
**精検受診率(2018年)**

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	82.2	71.4	83.8	89.2	75.5
北海道	71.8	65.6	76.8	81.1	39.9
青森県	83.7	75.4	87.0	92.2	85.7
岩手県	87.5	83.6	91.1	95.3	87.5
宮城県	90.6	84.5	87.4	97.0	91.9
秋田県	81.9	77.2	85.0	90.6	86.9
山形県	84.5	78.3	88.8	90.9	84.6
福島県	77.7	73.1	84.1	85.2	86.1
茨城県	81.8	75.5	86.2	90.0	89.4
栃木県	81.3	70.5	85.9	92.8	79.7
群馬県	89.7	80.8	93.3	94.3	90.9
埼玉県	80.4	69.1	85.0	87.7	63.6
千葉県	86.9	70.2	83.6	92.2	77.3
東京都	74.4	60.7	76.0	83.3	73.8
神奈川県	72.8	67.0	81.8	89.2	70.9
新潟県	90.1	82.9	90.9	96.5	88.5
富山県	86.7	80.3	91.7	94.5	83.8
石川県	84.3	77.7	88.1	92.6	84.8
福井県	77.9	72.2	71.4	90.4	78.8
山梨県	83.4	68.9	80.5	86.1	67.8
長野県	85.7	74.4	87.3	95.2	87.2
岐阜県	85.3	73.5	92.5	92.6	86.4
静岡県	69.5	64.9	83.3	82.4	66.7
愛知県	80.7	72.2	81.1	85.3	69.5
三重県	72.9	62.7	76.3	82.7	70.6
滋賀県	92.2	82.9	96.6	96.5	93.5
京都府	85.6	70.4	86.3	93.7	74.4
大阪府	85.1	73.6	88.5	94.8	82.7
兵庫県	81.8	69.6	83.7	83.1	76.0
奈良県	86.7	79.5	90.0	94.8	70.2
和歌山県	74.3	64.8	75.6	88.7	68.1
鳥取県	89.7	78.9	91.7	95.4	79.8
島根県	83.0	71.9	87.7	94.6	80.9
岡山県	80.2	75.3	85.4	93.8	85.9
広島県	80.1	73.0	74.8	89.5	72.7
山口県	90.8	76.9	93.6	91.4	76.1
徳島県	86.4	79.4	71.0	93.2	83.6
香川県	90.2	79.3	92.0	95.5	88.8
愛媛県	88.1	78.9	87.4	93.4	90.0
高知県	91.7	82.8	91.1	95.5	80.5
福岡県	87.6	73.9	85.4	91.7	77.8
佐賀県	87.9	77.9	90.7	95.3	86.3
長崎県	86.4	69.0	77.2	83.4	80.0
熊本県	82.3	79.2	79.4	91.7	85.5
大分県	86.8	77.8	84.1	90.9	77.2
宮崎県	86.6	78.4	76.7	70.7	81.4
鹿児島県	90.9	81.5	93.9	94.9	90.4
沖縄県	58.8	57.7	59.4	79.3	70.1

別添9-3 がん検診の受診率(都道府県別)(2022年)

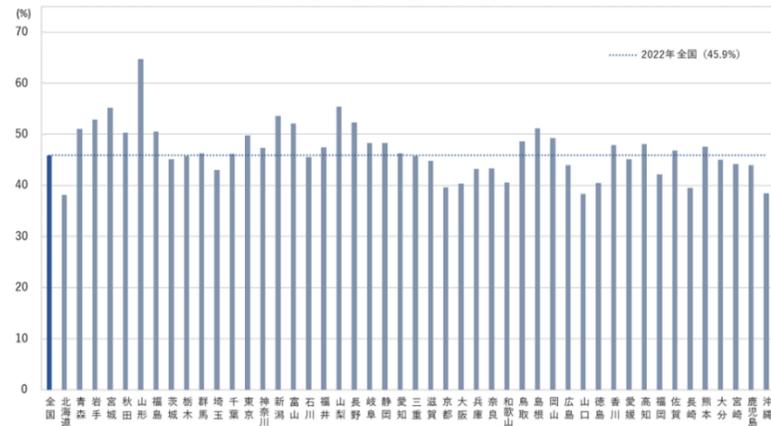
胃がん検診受診率(50~69歳男女計) 2022年

国民生活基礎調査より。いずれも過去2年の受診有無。



大腸がん検診受診率(40~69歳男女計) 2022年

国民生活基礎調査より。いずれも過去1年の受診有無。

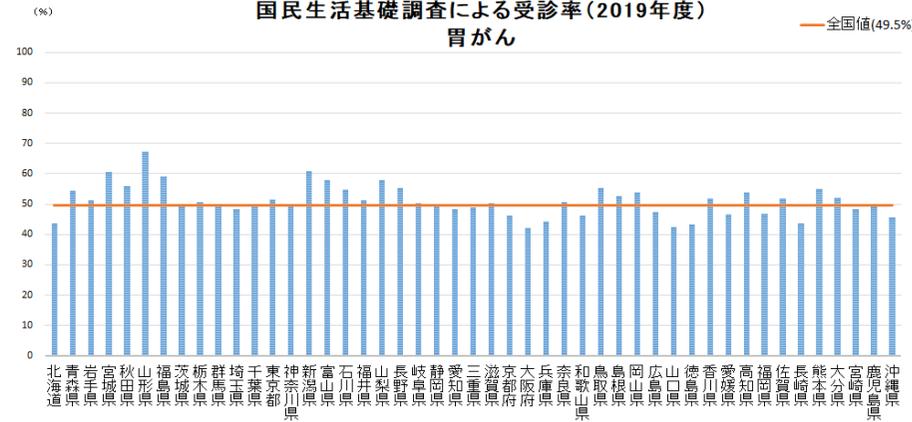


別添9-3 がん検診の受診率(都道府県別)(2019年)

国民生活基礎調査による受診率(2019年度)

胃がん

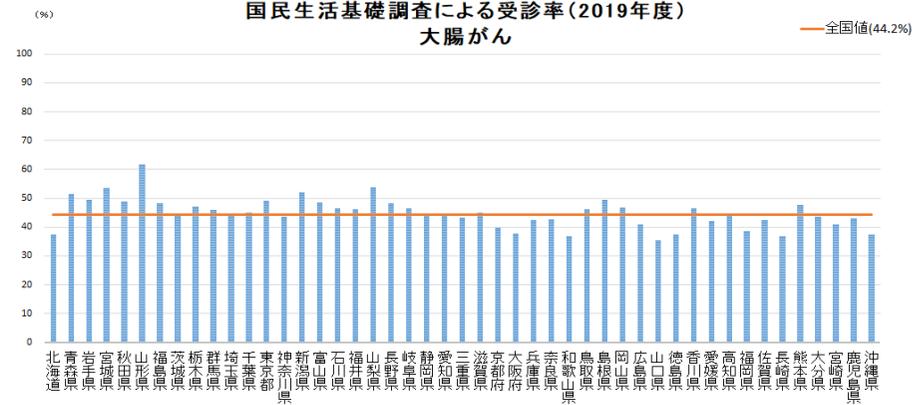
— 全国値(49.5%)



国民生活基礎調査による受診率(2019年度)

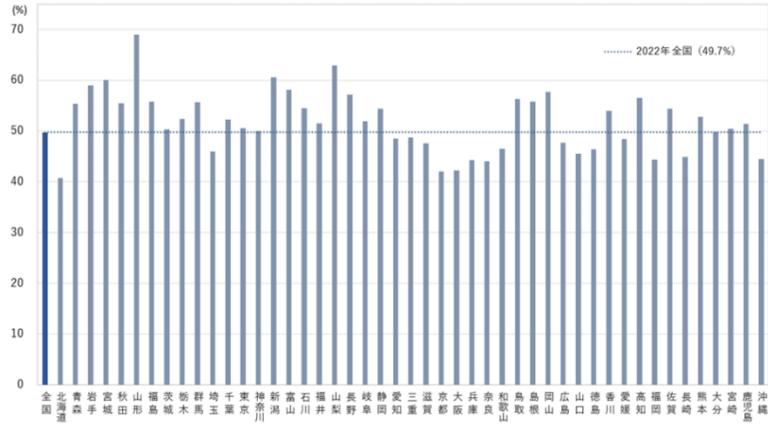
大腸がん

— 全国値(44.2%)



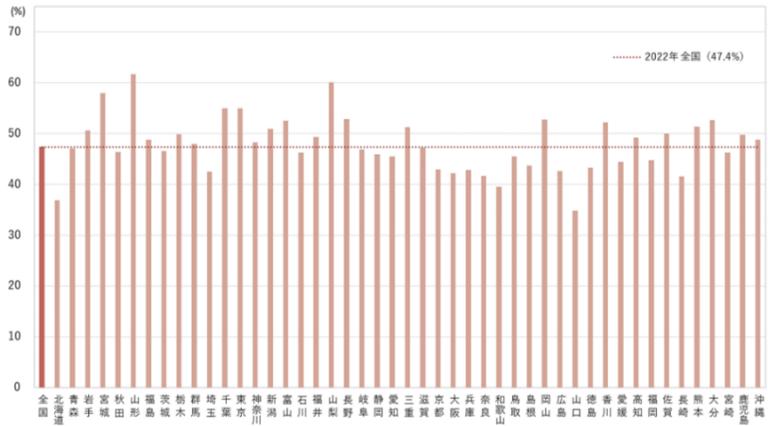
肺がん検診受診率（40～69歳 男女計） 2022年

国民生活基礎調査より。いずれも過去1年の受診有無。

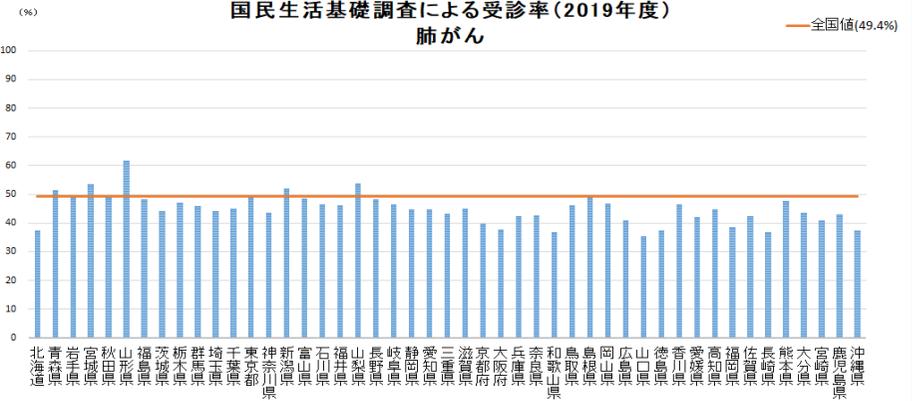


乳がん検診受診率（40～69歳 女性） 2022年

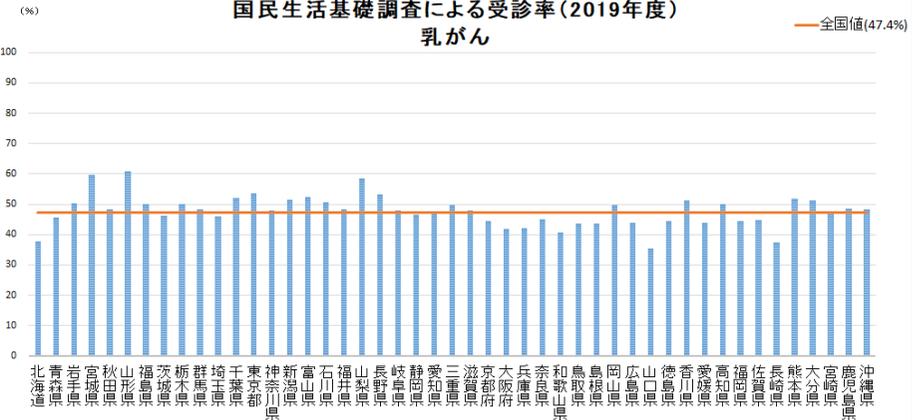
国民生活基礎調査より。いずれも過去2年の受診有無。



国民生活基礎調査による受診率（2019年度）  
肺がん

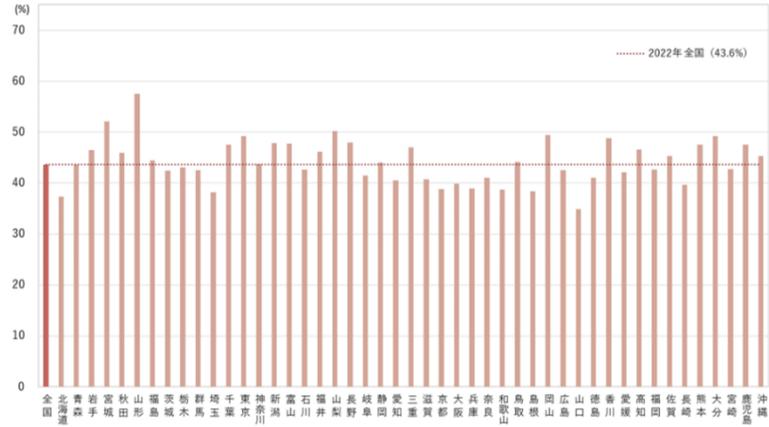


国民生活基礎調査による受診率（2019年度）  
乳がん

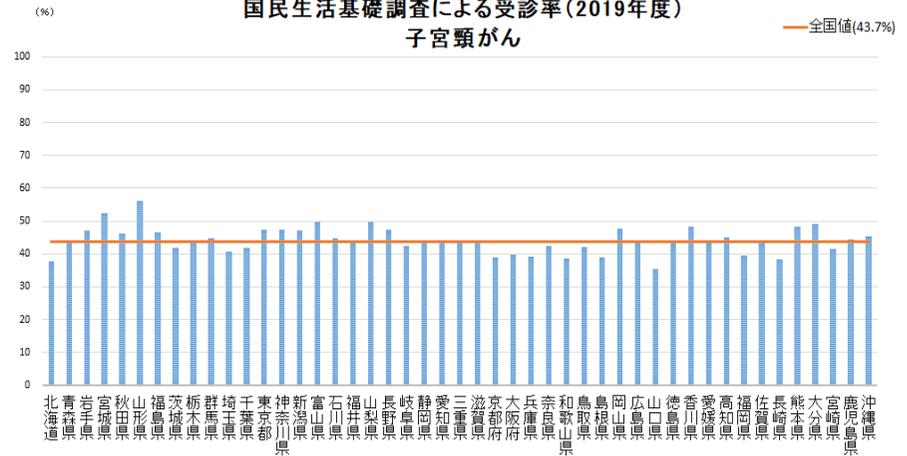


子宮（頸）がん検診受診率（20～69歳女性）2022年

国民生活基礎調査より。いずれも過去2年の受診有無。



国民生活基礎調査による受診率（2019年度）  
子宮頸がん



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

がん検診の受診率(2019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	49.5	44.2	49.4	47.4	43.7
北海道	43.6	37.4	41.2	37.7	37.8
青森県	54.4	51.4	55.9	45.6	44.1
岩手県	51.3	49.4	57.6	50.4	47.1
宮城県	60.6	53.6	61.7	59.8	52.2
秋田県	55.8	48.8	57.2	48.4	46.3
山形県	67.2	61.7	66.7	61.0	56.2
福島県	58.9	48.1	56.5	50.0	46.6
茨城県	49.6	44.1	52.0	46.2	41.7
栃木県	50.7	47.2	54.3	50.0	43.8
群馬県	50.1	45.8	57.9	48.3	44.7
埼玉県	48.1	44.1	47.4	46.0	40.6
千葉県	50.0	45.1	51.3	51.9	41.8
東京都	51.6	49.1	50.2	53.5	47.3
神奈川県	49.8	43.5	47.9	47.8	47.4
新潟県	60.9	52.1	60.3	51.4	47.2
富山県	58.0	48.5	57.1	52.3	49.7
石川県	54.8	46.4	55.9	50.6	44.8
福井県	51.2	46.3	51.4	48.1	43.5
山梨県	57.9	53.9	61.2	58.6	49.8
長野県	55.2	48.3	54.7	53.1	47.4
岐阜県	50.4	46.5	51.2	47.8	42.5
静岡県	50.2	44.7	52.1	46.6	44.0
愛知県	48.3	44.7	48.2	47.4	44.3
三重県	48.9	43.1	48.7	49.6	43.8
滋賀県	50.3	44.9	48.8	48.0	44.3
京都府	46.2	39.8	43.9	44.3	38.9
大阪府	42.1	37.8	42.0	41.9	39.8
兵庫県	44.1	42.5	44.6	42.1	39.1
奈良県	50.7	42.8	44.8	45.1	42.5
和歌山県	46.2	36.9	44.4	40.6	38.5
鳥取県	55.2	46.3	55.4	43.5	42.1
島根県	52.6	49.4	56.9	43.7	39.0
岡山県	53.9	46.9	55.0	49.6	47.7
広島県	47.5	41.0	45.9	43.9	43.6
山口県	42.5	35.4	44.4	35.4	35.4
徳島県	43.2	37.5	46.0	44.5	43.2
香川県	51.9	46.6	55.4	51.2	48.4
愛媛県	46.4	42.2	48.1	43.8	43.3
高知県	53.8	44.6	55.4	50.0	45.1
福岡県	46.7	38.5	44.5	44.3	39.6
佐賀県	51.8	42.3	50.5	44.7	43.3
長崎県	43.6	36.7	43.1	37.5	38.3
熊本県	55.1	47.5	54.0	51.9	48.3
大分県	52.0	43.6	51.7	51.3	49.2
宮崎県	48.4	41.0	49.5	47.3	41.6
鹿児島県	49.1	43.0	53.9	48.5	44.3
沖縄県	45.7	37.4	43.9	48.3	45.5