

2 がんの早期発見のための取組の推進

(1) がん検診受診率の向上に向けた取組の推進

勸 告	説明図表番号
<p>【制度の概要等】</p> <p>がん検診は、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として市町村により実施されている。がん検診の目的は、がんを早期発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させることであり、そのため、科学的根拠に基づき有効性（がんによる死亡の減少）が確認されたがん検診を多くの人に正しく実施することが重要となる。</p> <p>がん対策基本法第 13 条では、国及び地方公共団体は、がん検診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されている。</p> <p>これを踏まえ、国は、第 1 期基本計画及び第 2 期基本計画において、がん検診受診率の 50%達成を目標に掲げ、がん検診推進事業による無料クーポン券と検診手帳の配布（乳がん・子宮頸がん：平成 21 年度から 25 年度まで、大腸がん：平成 23 年度から 27 年度まで）や、企業との連携促進、受診率向上キャンペーン等の取組を行ってきた。</p> <p>しかし、「平成 25 年国民生活基礎調査」（厚生労働省）（注 1）によると、がん検診受診率については、胃がん検診は男性 45.8%、女性 33.8%、肺がん検診は男性 47.5%、女性 37.4%、大腸がん検診は男性 41.4%、女性 34.5%、子宮頸がん検診は 42.1%、乳がん検診は 43.4%（注 2）であり、目標はいまだに達成されていない状況にある。</p> <p>（注 1） 職域を含む全体のがん検診受診率を示すものとして、基本計画の達成目標を測定するための受診率として用いられているが、抽出調査であるため市町村別に集計できない。なお、がん検診に係る調査は 3 年に 1 度実施。</p> <p>（注 2） 子宮頸がん検診及び乳がん検診については、2 年に 1 回の受診が推奨されているため、上記割合は過去 2 年のがん検診を受診した者の割合である。</p>	<p>図表 2-(1)-①</p> <p>図表 2-(1)-②</p>
<p>「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」（平成 20 年 3 月がん検診事業の評価に関する委員会。以下「20 年報告書」という。）では、受診率向上に向けた取組として、がん検診対象者の台帳（以下、本細目において「対象者名簿」という。）を整備した上で、住民個人に対して受診案内を行う個別受診勧奨（以下「コール」という。）・再勧奨（以下「リコール」という。）（注）を行うことが必要としており、20 年報告書において示された「事業評価のためのチェックリスト」においても、対象者の網羅的な名簿を作成し、対象者全員に対するコール・リコールを行うことが求められている。</p> <p>（注） コールをしても受診しない場合に、再度個別の受診案内をすることをリコールという。</p>	<p>図表 2-(1)-③</p> <p>図表 2-(1)-④</p>
<p>なお、厚生労働省は、平成 27 年 12 月に公表した加速化プランにおけるがん検診受診率の向上に係る主な対策として、「各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する」、「行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する」などとしており、28 年 5 月以降、「がん検診のあり方に関する検討会」において検討が進め</p>	<p>図表 2-(1)-⑤</p>

られている。

【調査結果】

今回、調査対象 52 市区について、対象者名簿の整備状況及び平成 26 年度におけるがん検診推進事業を含めた大腸がん検診の個別受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）の実施状況について調査したところ、以下の状況がみられた。

調査対象 52 市区のうち、47 市区では、住民基本台帳と連動したシステム台帳等による網羅的な対象者名簿を整備していたが、5 市区では対象者名簿を整備していなかった。

また、平成 26 年度の大腸がん検診のコール・リコールの実施状況については、次のとおりであり、より多くの対象者にコールを実施している市区の受診率（注 1）は高い傾向がみられた（注 2）。

i) がん検診推進事業対象者（40、45、50、55、60 歳）（以下「補助事業対象者」という。）のみにコールを実施しているのは 12 市区であり、受診率の平均値は 16.5%

ii) 補助事業対象者に加え、独自に一部対象者にコールを実施しているのは 26 市区であり、受診率の平均値は 17.8%

iii) 補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施しているのは 13 市区であり、受診率の平均値は 35.6%

（注 1） 「平成 26 年地域保健・健康増進事業報告」（厚生労働省）及び「平成 22 年国勢調査」（総務省統計局）のデータに基づき、総務省行政評価局が算出した。

（注 2） 52 市区のうち、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（「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ついて」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知）の別添。以下「検診指針」という。）に基づく検査方法以外の方法による受診者が受診率に含まれている 1 市区を除く。

さらに、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している 13 市区の中でも、特定健康診査（以下「特定健診」という。）とがん検診を同時に受診できる機会を設けるとともに、コールの際に予約申込票により、特定健診及び各種がん検診の受診の意向を確認するなどの取組を実施している登米市や天童市の受診率はそれぞれ 54.3%、42.0%と、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している 13 市区の受診率の平均値である 35.6%に比べて、特に高い状況がみられた。

また、補助事業対象者に加え、独自に一部対象者にコールを実施している 26 市区の受診率は、7.6%から 58.1%までと幅がみられたが、受診率の低い市区のコールの実施状況をみると、特定健診の受診案内と一緒にがん検診の案内チラシを同封し、郵送しているが、がん検診の申込みは別途行わなければならないなど、必ずしも利便性が伴っていない例がみられた。

リコールについては、調査対象 52 市区のうち、37 市区において補助事業対象者やそれ以外の一部の対象者に実施されていた。

図表 2-(1)-⑥～
⑧

図表 2-(1)-⑨

図表 2-(1)-⑩

コール・リコールについては、米国疾病管理センター（CDC）が、がん検診の受診率向上対策に関する科学的根拠を調査した結果、受診率対策として有効であると評価しており、また、国立がん研究センターの「予防・検診の普及啓発に関する事業的研究」においても、コール・リコールによる受診率向上の効果に関する例として、乳がん検診の受診率について、i) コール・リコールなしの場合、14.0%、ii) コールを実施した場合、21.1%、iii) コール・リコールまで実施した場合、24.7%といった効果が示されている。

図表 2-(1)-⑪

厚生労働省及び国立がん研究センターが推奨するように、対象者名簿を整備し、対象者全員にコール・リコールを行うことが、受診率向上のために効果的であった。しかし、調査対象市区からは、予算・体制上の制約のため、対象者全員に対するコール・リコールは困難との意見も聴かれた。

図表 2-(1)-⑫

このため、がん検診受診率の更なる向上のためには、i) より多くの対象者にコール・リコールを実施するための取組と、ii) より効率的・効果的な受診勧奨を行うための取組が重要となる。

ア より多くの対象者にコール・リコールを実施するための取組

（基本計画及び検診指針におけるコール・リコールの明記）

今回の調査結果では、補助事業対象者に加えて、独自に対象者を拡大してコールを実施していたのが 39 市区あったものの、12 市区では補助事業対象者のみにとどまっている。

図表 2-(1)-⑬

コール・リコールの重要性については、20 年報告書や中間評価報告書において指摘されているものの、第 2 期基本計画や検診指針では明確に規定されていない。このため、都道府県基本計画では、コール・リコールについて取り組むべき施策として明記されているのは 47 都道府県中 24 都道府県にとどまっているとも考えられる。

図表 2-(1)-⑭

なお、厚生労働省は、第 2 期基本計画では、「全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施する」とされ、この中には、コール・リコールの徹底についても含んでいるとしている。

（市町村の取組を促すためのインセンティブ策等の導入）

がん検診に係る経費は、市町村の一般財源から措置されており、国が地方交付税で措置している。地方交付税の算定に際しては、全国の標準的な財政需要を基礎として算定しているため、市町村の財政需要が全国平均を上回る場合、市町村の負担額が増えることとなる。したがって、がん検診の受診者の増加は市町村の財政負担の増大にもつながるため、調査対象市区からは、コール・リコールの対象者の拡大に消極的な意見も聴かれた。他方、調査対象都道府県の中には、がん検診受診率、対象者名簿の整備、コール・リコールの実施状況等を評価項目として配点し、国民健康保険財政調整交付金を市町村に傾斜配分するといったインセンティブ策を導入している例（埼玉県）もみられた。本取組

図表 2-(1)-⑮

の効果は、まだ明らかになっていないが、加速化プランで示された各市町村の受診率向上に向けた取組等の比較可能な形での公表や、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策の導入の検討の際には、対象者名簿を整備した上でのコール・リコールの取組状況、受診率等についても考慮することが重要であると考えられる。

イ より効率的・効果的な受診勧奨を行うための取組

(重点的に受診勧奨を行うべき対象者(ターゲット層)の設定)

前述のとおり、コール・リコールについては、より多くの対象者に実施することが重要であるが、調査対象市区からは、予算・体制上の制約により、対象者全員にコール・リコールを実施することは困難であるとの意見も聴かれた。このため、これらの市区では次善の策として、受診勧奨対象者を限定した上で、コール・リコールを徹底し、効率的・効果的な受診勧奨を行うことも必要となる。

20年報告書及び「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書」(平成25年8月がん検診のあり方に関する検討会)においては、年齢階級別罹患率・がん死亡率、各がん特有のリスク、がん検診の与える利益と不利益のバランスなどを考慮し、重点的に受診勧奨を行うべき対象者(ターゲット層)を検討すべきとされているが、厚生労働省は、「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成28年2月)において、過去のがん検診の受診履歴を活用し、不定期受診者など受診勧奨の効果が高い層に重点的に受診勧奨を行う事例を示しているのみである。

図表 2-(1)-⑯

今回、調査対象都道府県の中には、限られた予算で効率的に実施できるように重点勧奨対象者を①罹患率・死亡率、②有効性、③健康保険種別の観点等から検証・設定し、市町村に対して周知を行っている例(大阪府)もみられた。本取組による受診率向上や死亡率減少の効果については、今後の検証を待つ必要があるが、効率的・効果的な受診勧奨を行う上では重要であると考えられる。

図表 2-(1)-⑰

(がん検診と特定健診が連携した受診勧奨の実施)

がん検診と特定健診について、厚生労働省は、「各種健診等の連携についての考え方」(平成19年3月20日付け事務連絡)において、「がん検診の受診率の確保を図るために、なるべく保健担当課は他課や医療機関と受診できる期間等を調整」するよう助言しており、また、「がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について」(平成21年10月14日付け事務連絡)において、がん検診と特定健診の実施機関情報の共有化や同時実施の体制づくりについて、都道府県のがん対策主管課及び国民健康保険主管課に対して助言を行っている。

図表 2-(1)-⑱・
⑲

さらに、厚生労働省は、「がん検診受診率向上施策ハンドブック(特定健診とがん検診の同時実施の事例紹介等)について」(平成28年3月24日付け事務連絡)を都道府県がん対策主管課、国民健康保険主管課等に対して発出し、

図表 2-(1)-⑳

「がん検診受診率向上施策ハンドブック」において、がん検診と特定健診を連携させた効果的な受診勧奨の取組事例等を紹介している。

調査対象市区の中には、前述のとおり、がん検診と特定健診を同時に受診できる機会を設けるとともに、併せて受診勧奨を行った結果、受診率の向上に効果を上げているものもみられたことから、がん検診の取組だけではなく、特定健診と連携した受診勧奨の取組が推進されるよう引き続き促すことは重要であると考えられる。

【所見】

したがって、厚生労働省は、がん検診受診率の向上を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 次期基本計画及び検診指針において、対象者名簿の整備及びコール・リコールの徹底を明記し、一層の取組に向けた周知を図ること。

また、各市町村の受診率向上に向けた取組等の比較可能な形での公表や、インセンティブ策及びディスインセンティブ策の導入に際しては、対象者名簿の整備、コール・リコールの取組状況等を評価事項として盛り込むことについて検討すること。

- ② 市町村が、年齢階級別罹患率・がん死亡率等を考慮して重点的に受診勧奨を行うべき対象者を設定することについて検討すること。

図表 2-(1)-① がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

(がん検診の質の向上等)

第 13 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。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-② 「がん対策推進基本計画」(平成 24 年 6 月 8 日閣議決定) 〈抜粋〉

5. がんの早期発見

(取り組むべき施策)

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。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、がんの死亡率を下げため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなど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。

(個別目標)

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。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、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。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-③ 「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」(平成 20 年 3 月
がん検診事業の評価に関する委員会) <抜粋>

2. がん検診受診率の向上に向けて

2. 2. 受診率向上に向けた取組について

(1) 現状及び基本的な考え方

① 現在、郵送等による個別の受診勧奨を一部のがん検診対象者に行っている市町村は少ないが、検診台帳を整備した上で未受診者への再勧奨を実施している市町村はほとんどない。がん検診をより効果あるものとするためには、初回受診者の掘り起こしが重要であり、そのためにも検診台帳を整備した上で個別の受診勧奨を行うことは必須である。

(2) 具体的な対応

① がん検診対象者個人に対する受診勧奨、がん検診対象者の台帳の整備、未受診者への再勧奨を徹底することが必要。特に退職直後の者に重点的に受診勧奨することや、かかりつけ医を通じて受診勧奨する等の取組も必要。職場におけるがん検診についても、同様の取組が行われることが望ましい。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-④ 技術・体制的指標の具体的内容の例(大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(市町村用))

<p>大腸がん検診のためのチェックリスト【市町村用】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 検診対象者 <ol style="list-style-type: none"> (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか (2) 対象者に均等に受診勧奨を行っているか 2. 検診方法 <ol style="list-style-type: none"> (1) 検診実施機関における便潜血検査キット名を把握しているか 3. 受診者の情報管理注 1) <ol style="list-style-type: none"> (1) 対象者数(推計を含む)を把握しているか (2) 受診者数を性別・年齢階級別に集計しているか (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 (3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか注 2) (3-b) 受診者数を検診実施機関別に集計しているか (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか 4. 要精検率の把握注 1) <ol style="list-style-type: none"> (1) 要精検率を把握しているか (2) 要精検率を性別・年齢階級別に集計しているか (3) 要精検率を検診実施機関別に集計しているか (4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか注 2) 5. 精検受診の有無の把握と受診勧奨注 1) <ol style="list-style-type: none"> (1) 精検受診率を把握しているか (1-a) 精検受診率を性別・年齢階級別に集計しているか (1-b) 精検受診率を検診実施機関別に集計しているか (2) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか注 2) (3) 精検未受診率を把握しているか (4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか 6. 精密検査結果の把握注 1) <ol style="list-style-type: none"> (1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか注 1) (2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか (3) 精密検査の検査方法を把握しているか (4) がん発見率を把握しているか (4-a) がん発見率を性別・年齢階級別に集計しているか (4-b) がん発見率を検診実施機関別に集計しているか (4-c) がん発見率を受診歴別注 2) に集計しているか (5) 早期がん割合(発見がん数に対する早期がん数)を把握しているか (5-a) 粘膜内がんを区別しているか (5-b) 早期がん割合を性別・年齢階級別に集計しているか (5-c) 早期がん割合を検診実施機関別に集計しているか (5-d) 早期がん割合を受診歴別注 2) に集計しているか (6) 陽性反応適中度を把握しているか (6-a) 陽性反応適中度を性別・年齢階級別に集計しているか (6-b) 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか (6-c) 陽性反応適中度を受診歴別注 2) に集計しているか (7) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか 7. 検診機関の委託 <ol style="list-style-type: none"> (1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか (2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか注) (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照) <p>注 1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む 注 2) 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別</p>
--

(注) 1 20年報告書に基づき、当省が作成した。

2 技術・体制的指標の具体的内容については、「事業評価のためのチェックリスト」として取りまとめられている。乳がん検診、子宮頸がん検診、大腸がん検診、胃がん検診及び肺がん検診ごとに、それぞれ市町村用、都道府県用及び検診実施機関用のチェックリストが作成されている。

図表 2-(1)-⑤ 「がん対策加速化プラン」(平成 27 年 12 月) <抜粋>

1. 予防 ～避けられるがんを防ぐ～

(1) がん検診

1) 受診率対策

<実施すべき具体策>

受診率を上げるため、以下の施策を実施する。

- 市町村が提供するがん検診について、受診勧奨の方法、精度管理、検査項目等を継続して把握する。
- 検診受診率のみならず、精密検査受診率等についても目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各市町村が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、市町村それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 胃がんの死亡率減少効果が新たに認められた 8 胃内視鏡検査を対策型検診として普及するため、医療関係団体と協力して、運用マニュアルの周知や受診者が受けやすい環境づくり等、精度や安全性を担保した実施体制の整備を進める。
- 一部自治体において、厚生労働省のがん検診に関する指針(ガイドライン)に基づかないがん検診が行われていることを踏まえ、推奨する検査項目のみならず、効果が明らかでない検査項目等も明示したガイドラインを策定し、関係団体と協力して普及啓発を進める。
- 医療関係団体と協力し、かかりつけ医が対象者の受診状況を確認した上で、未受診者にパンフレットを配布する等、かかりつけ医による検診及び精密検査の受診勧奨を進める。
- 健康サポート薬局におけるかかりつけ薬剤師を通じた受診勧奨を進める。
- 市町村が継続して効率よく受診勧奨を実施できるよう、受診勧奨の事例集(対象者の特性に応じたメッセージ、受診履歴の分析結果を用いた受診勧奨、申込み方法の工夫等)の作成、受診勧奨に関するマニュアルの作成・周知、市町村への研修を通じて、受診勧奨の方法を徹底的に普及する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

2) 職域のがん検診

<実施すべき具体策>

職域において保険者が提供するがん検診が、今やがん対策において重要な役割を担っていることを踏まえ、以下の施策を実施する。

- 保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する。
- 職域においても、検診受診率のみならず、精密検査受診率等に関する目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各保険者が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、保険者それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 上記の実態調査結果を踏まえて、保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する。
- 時間がない人でも簡便にがん検診を受けられるよう、特定健診とがん検診を同時に実施するため、都道府県、市町村及び保険者の協力を得て、同時実施体制が取られている取組事例を収集し、広く普及することにより、さらに同時実施を推進する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑥ 調査対象市区における対象者名簿の整備状況（平成 26 年度大腸がん検診）

（単位：市区、％）

対象者名簿の整備状況	市区数	構成比
対象者名簿を整備している	47	90.4
住民基本台帳と連動したシステム台帳を整備している	42	80.8
住民基本台帳とは連動していないシステム台帳で整備している	2	3.8
エクセル等によるデータ管理を行っている	3	5.8
対象者名簿を整備していない	5	9.6
合計	52	100

（注） 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑦ 調査対象市区におけるコールの実施状況及びその受診率（平均）（平成 26 年度大腸がん検診）

（単位：市区、％）

コールの実施状況	市区数	構成比	受診率（平均）
i) 補助事業対象者のみに実施（40、45、50、55、60 歳）	12	23.5	16.5
ii) 補助事業対象者に加え、独自に一部対象者に実施	26	51.0	17.8
iii) 補助事業対象者に加え、独自に対象者全員に実施	13	25.5	35.6
合計	51	100	19.5

（注） 1 当省の調査結果による。

2 調査対象 52 市区のうち 1 市区については、検診指針に基づく検査方法である便潜血 2 日法だけではなく、検診指針に基づく検査方法以外の便潜血 1 日法も実施しており、便潜血 1 日法による受診者が受診率に含まれているため本表から除外した。

図表2-(1)-⑧ 調査対象市区における対象者名簿の整備状況、コール・リコールの実施状況等
(平成26年度大腸がん検診)

(単位：%)

市区名	対象者名簿の整備状況	コール・リコールの実施状況		特定健診との同時実施	受診率		
		コール	リコール		24年度	25年度	26年度
札幌市	○	△：補助事業対象者	×	○	13.7	13.9	14.0
士別市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	12.9	13.5	12.6
深川市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	22.7	21.6	22.2
青森市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	26.4	27.4	28.4
三沢市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	24.3	27.6	26.2
平川市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	23.9	28.9	28.8
仙台市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	×	28.3	29.7	29.9
登米市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	53.4	54.3	54.3
大崎市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	34.3	34.8	35.0
山形市	×	○：対象者の一部	×	○	28.2	29.1	28.9
米沢市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	23.3	24.0	25.4
天童市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	40.5	41.6	42.0
さいたま市	○	◎：対象者全員	×	○	33.6	34.3	36.0
秩父市	○	○：対象者の一部	×	○	6.5	7.9	9.2
本庄市	○	△：補助事業対象者	×	×	7.9	-	11.7
和光市	○	○：対象者の一部	×	○	35.9	42.0	41.7
文京区	×	○：対象者の一部	×	○	41.4	41.2	41.5
武蔵野市	○	○：対象者の一部	×	○	58.9	48.8	58.1
三鷹市	○	-	-	○	53.1	54.2	56.2
金沢市	×	○：対象者の一部	×	○	16.7	17.1	17.0
輪島市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	13.8	13.2	12.9
野々市市	○	◎：対象者全員	×	○	35.4	37.5	38.4
福井市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	23.3	23.2	23.6
小浜市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	19.8	22.6	23.5
坂井市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	15.4	16.1	16.4
名古屋市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	19.2	19.9	21.2
常滑市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	×	8.8	8.7	9.1
長久手市	○	◎：対象者全員	×	○	59.5	62.9	65.7
大津市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	22.2	22.5	23.3
守山市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	23.3	25.5	25.7
野洲市	○	○：対象者の一部	×	×	9.3	9.7	7.9
大阪市	×	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	9.3	8.6	9.3
箕面市	○	○：対象者の一部	×	○	37.2	36.7	37.9
柏原市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	×	7.0	6.8	7.6
鳥取市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	28.9	29.4	31.1
倉吉市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	17.2	17.8	18.1
境港市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	22.2	22.9	29.3
広島市	○	○：対象者の一部	□：独自	○	15.0	15.3	17.3
呉市	○	○：対象者の一部	□：独自	○	7.6	8.2	8.9
安芸高田市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	28.8	30.4	28.9
高松市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	30.5	31.3	34.1
坂出市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	23.6	24.1	24.2
三豊市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	21.0	29.0	29.1
松山市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	12.1	12.0	12.2
新居浜市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	11.5	11.6	10.0
東温市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	28.3	29.4	29.9
福岡市	×	△：補助事業対象者	×	○	10.0	10.3	10.3
大牟田市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	7.7	7.3	7.8
宗像市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	23.3	22.4	22.1
長崎市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	6.7	7.6	8.4
南島原市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	25.5	25.9	26.7
西海市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	18.5	17.0	15.1

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「対象者名簿の整備状況」欄の「○」は、対象者の網羅的な名簿を整備している市区、「×」は、整備していない市区を表す。なお、過去の受診者や補助事業対象者のみを名簿化している場合には、「×」としている。

3 「コール」欄の「◎」は、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している市区、「○」は、補助事業対象者に加え、独自に一部対象者にコールを実施している市区、「△」は、補助事業対象者のみにコールを実施している市区を表す。

4 「リコール」欄の「◆」は、補助事業対象者に加え、独自にリコールを実施している市区、「◇」は、補助事業対象者のみにリコールを実施している市区、「□」は、補助事業対象者のリコールは実施せず、独自のリコールのみを実施している市区を表す。

5 「特定健診との同時実施」欄の「○」は、特定健診とがん検診を同時に受診が可能な場合、「×」は、同時に受診が不可な場合を表す。

6 三鷹市は、検診指針に基づく検査方法である便潜血2日法だけでなく、検診指針に基づく検査方法以外の便潜血1日法も実施しており、便潜血1日法による受診者が受診率に含まれているため本表から除外した。

図表 2-(1)-⑨ 本調査で当省が算出したがん検診受診率の算出方法

本調査においては、項目 2(2)で後述するとおり、市町村事業におけるがん検診受診率について、市町村間で比較できる受診率が存在しないため、「市町村がん検診事業の充実強化について」（平成 21 年 3 月 18 日付け健総発 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考として、当省において、以下のとおり、調査対象市区の受診率を算出した。

(1) がん検診受診者数

「地域保健・健康増進事業報告」における 40 歳以上の大腸がん検診受診者とする。

(2) 推計対象者数

「市町村がん検診事業の充実強化について」にある次の方法で算出した 40 歳以上の者とする。各係数は、「平成 22 年国勢調査」において報告された人数を用いる。

$$\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left(\text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right)$$

(3) がん検診受診率

= (1) がん検診受診者数 / (2) 推計対象者数 × 100 で算出した受診率

図表 2-(1)-⑩ 効果的なコール・リコール（予約申込書（受診意向調査））の取組事例

市名	概要
宮城県登米市	<p>登米市では、毎年、保健活動推進員が全世帯に「登米市各種検診申込書（検診受診状況調査書）」を訪問（一部郵送）により配布・回収している。保健活動推進員は、約 500 人が委託されており、市内の約 2 万 7,000 世帯に配布・回収を実施しており、回収率は約 97%である。当該申込書は、世帯単位での作成であるが、対象者氏名、受診対象となる検診名、受診しない場合にはその理由を回答する項目が入っている。同市では、特定健診とがん検診を同時に受診できる機会を設けるとともに、当該申込書で、特定健診及び各種がん検診の受診の意向を確認している。</p> <p>また、受診状況調査の未回答者に対するコールを実施している。</p> <p>平成 26 年度の受診率は 54.3%であり、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している 13 市区の受診率の平均値である 35.6%に比べて高い受診率となっている。</p>

健康診査・検診の申込みについて

- ご自分が受診できる健診(検診)を確認し、該当欄に○印をつけてください。
- 申込書は、検診対象者の受診状況の調査も兼ねておりますので、市の検診を「受ける・受けない」にかかわらず、家族全員分を記入し、期限までに提出してください。(期限は別紙を確認ください。) 配布しません。
- 申込書に記入されている「***」は対象外となる検診のため、申込みされても受診票は
- 申込みされた方には、検診が近づきましたらその都度通知いたします。
- 現在治療中の方は、主治医とご相談の上、申込みください。

記入例

※記入箇所は朱書きの部分となります。

平成 27 年度 登米市各種検診申込書 (検診受診状況調査書)

世帯番号	0123456	住所	登米市南方町新高石浦130
電話番号		世帯主名	登米 太郎
		行政区名	○○○ 行政区

平成 27 年度 各種検診を別紙のお知らせをご確認の上、お申込みください。また、検診の受診状況調査も兼ねておりますので、市の検診を受取る、受けないにかかわらず、家族全員分を記入し、必ずご提出ください。

※「市の検診を受取る」場合は、○印をつけてください。「受けない」場合は、その理由をあてはまる項目に、○印をつけてください。入る場合は、検診を受けないものと判断いたしますので、御了承願います。

※「特定健診」は、40～74歳の方に医療保険者から受診券が配布されますので、申込みの必要はありません。

※「***」については「市」の検診の対象になっておりませんので、記入の必要はありません。

氏名	検診名	肺がん検診		特定健康診査		胃がん検診		大腸がん検診		子宮頸がん検診		乳がん検診		骨粗鬆症検診		前立腺がん検診	
		受ける	受けない	受ける	受けない	受ける	受けない	受ける	受けない	受ける	受けない	受ける	受けない	受ける	受けない	受ける	受けない
登米 太郎	123450001	○		☆	☆	☆		○	○	***	***	***	***	***	***	***	○
登米 花子	123450002	○		☆	☆	☆	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
登米 一郎	123450003	***	***	***	***	○	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
登米 さくら	123450004	***	***	***	***	○	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
登米 春子	123450005	○		○				○		○	***	***	***	***	***	***	***

登米市

年齢は平成 28 年 3 月 31 日現在のものです。
※「医学的理由」については、別添のチラシの記載事項を確認願います。 307

※個人の情報は、個人情報保護法に基づき、検診の目的以外には使用いたしません。

※国の制度改正などの状況により、対象年齢や検査方法などが変更となる場合があります。その際は、随時お知らせいたします。

※日程は裏表紙をご覧ください。 ※年齢基準日は平成28年3月31日となります。 3

天童市では、「天童市健康診査等受診意向票兼申込書」を郵送により全世界に配布している。当該申込書には、対象者全員の氏名が記載されており、健診を受けない場合、その理由を回答する項目が入っている。また、がん検診を受診すると申込みをした者で、受診していない者に対し、受診の案内を送付し再勧奨を実施している。同市では、特定健診とがん検診を同時に受診できる機会を設けるとともに、当該申込書で、特定健診及び各種がん検診の受診の意向を確認している。

平成26年度の受診率は42.0%であり、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している13市区の受診率の平均値である35.6%に比べて高い受診率となっている。

天童市国保を「国保」、後期高齢者医療制度を「後期」、それ以外の保険を「他保」と記入してあります。

健康診査等受診意向調査票兼申込書の記入例

提出締切 2月9日(火)

職場で受診している。(他保の本人等)

近くの公民館で集団健診を受診したい。(他保の被扶養者等は、特定健康診査の受診を希望してください。)

健康推進機構で市の人間ドックを受診したい。(他保の被扶養者等は、特定健康診査の受診を希望してください。)

市内の医療機関で市の人間ドックを受診したい。(他保の被扶養者等は、特定健康診査の受診を希望してください。)

子宮がん検診を公民館で受診したい。

【注意】氏名の記載がある全員に、健(検)診の受診希望をお願いたします。必ず全員の欄に記入をしてください。

連絡先の電話番号を記入してください。

① 公民館健診等の調査・申込欄、「② 農協ドック希望」、「③ 市の人間ドックの申込欄」、「④ 市の健診を受けない」のいずれかに記入してください。

「希望月」を記入し、「希望検診機関」を○で囲んでください。参考とさせていただきますが、希望に添えない場合があります。

氏名	性別	コード (保険の種類)	① 公民館健診等の調査・申込欄				② 農協ドック希望				③ 市の人間ドックの申込欄				④ 市の健診を受けない
			特定健康診査・がん検診等	子宮がん検診	乳がん・子宮がん検診	医療機関の個別検診	希望	希望月	希望月	希望月	希望月	希望月	希望月	希望月	
Aさん	男	2345678 (他保)	01	02	***	***	05	06	月	月	1. する 2. しない	07	月	月	① 職場で受診 ② 公民館で受診 ③ その他
Bさん	女	2345679 (他保)	01	02	03	04	05	06	月	月	1. する 2. しない	07	月	月	① 職場で受診 ② 公民館で受診 ③ その他
Cさん	男	2345680 (後期)	01	02	***	***	05	06	9月	11月	1. する 2. しない	07	7月	11月	① 職場で受診 ② 公民館で受診 ③ その他
Dさん	女	2345681 (国保)	01	02	***	***	05	06	月	月	1. する 2. しない	07	7月	11月	① 職場で受診 ② 公民館で受診 ③ その他
Eさん	女	2345682 (国保)	***	***	03	04	***	***	***	***	***	***	***	***	① 職場で受診 ② 公民館で受診 ③ その他

【公民館総合健診】

- 対象：40歳以上
- 健診会場：各地区公民館等
- 健診内容：
 - 特定健康診査 (または高齢者健康診査)
 - 胸部検診 (胸部X線間接撮影)
 - 胃がん検診 (胃部X線間接撮影)
 - 大腸がん検診 (便潜血検査2日法)

【子宮がん検診】

- 「集団検診」を希望される方へ、各地区公民館での実施日のご案内します。
- 「医療機関の個別検診」を希望される方へ5月の市報に詳細を掲載します。各自で希望する医療機関に申し込んでください。

【乳がん検診】

- 「医療機関の個別検診」と「レディース検診」があります。どちらも後日市報に詳細を掲載します。

***で消されている項目の健診は、受診の対象者に該当しません。記入されても無効になります。

スマート健診

- 対象：30～39歳
- 健診会場：天童市健康センター
- 健診内容：特定健康診査と同じ

※女性の方は、「子宮がん検診」を同日受診可能です。また、「託児」も予定しております。

※Smart健診は、この調査票兼申込書では、申込みいただけません。日程・申込方法等については、後日市報で詳しくお知らせいたします。

☆実施月日は、6月と11月を予定しています。(変更になる場合があります。)

市の人間ドックの申込みになります。

定員以上の希望がある場合は「抽選」になります。「先着順」ではありません。

※5月以降は各医療機関・やまがた健康推進機構で随時申込みを受け付けます。(ただし、定員の範囲内です。)

〔随時申込期間：平成28年5月～11月まで〕

【注意】

- ドックは、特定健康診査 (または後期高齢者の健康診査) とがん検診をセットで受診される方が対象になります。
- がん検診のみ受診希望の方は、公民館総合健診に申込みください。

※詳細については、各検診機関にお問い合わせください。

ドック実施検診機関名 (定員・実施予定期間)

06	やまがた健康推進機構 (国・予防協会) (3,000人・5月～11月)
07	① 安部内科胃腸科医院 (希望者数・5月～12月)
07	② 神村内科医院 (60人・5月～12月)
07	③ 天童温泉稲田病院 (700人・5月～翌1月)
07	④ 天童市民病院 (1,200人・5月～翌3月) (ただし8月を除く。)
07	⑤ 松田医院 (50人・5月～12月)
07	⑥ 宮脇医院 (500人・5月～12月)

☆子宮がん検診及び乳がん検診は、「06」やまがた健康推進機構、「07」③天童温泉稲田病院、④天童市民病院で実施します。

特定健康診査または後期高齢者の健康診査の受診時は「保険証」を必ずご持参ください。

(注) 当省の調査結果による。図表中の資料は、それぞれ登米市、天童市の資料による。

図表 2-(1)-⑪ コール・リコールの効果に関する事例

概要			
○ 米国疾病管理センター（CDC）のがん検診の受診率向上対策に関する調査結果 米国疾病管理センター（CDC）の調査結果によると、下表のとおり、コール・リコールは、乳がん検診、子宮頸がん検診及び大腸がん検診の各検診において効果が確認されている。			
表 米国疾病管理センター（CDC）の各種受診率向上対策に関する評価			
受診率向上に用いられた対策	受診率の増加		
	乳がん検診	子宮頸がん検診	大腸がん検診
手紙によるコール・リコール	効果あり	効果あり	効果あり
スモールメディア（ビデオや印刷物等）	効果あり	効果あり	効果あり
費用以外の障害の除去（アクセス向上等）	効果あり	証拠不十分	効果あり
1対1の教育（電話や面談）	効果あり	効果あり	証拠不十分
自己負担費用の軽減（無料化など）	効果あり	証拠不十分	証拠不十分
報奨（少額の現金やクーポン）のみ	効果あり	証拠不十分	証拠不十分
グループ教育	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
マスメディアのみ	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
出典：CDC Community Guide			
○ 日本の市町村におけるコール・リコールの効果の例（乳がん検診） 乳がん検診について、①コール・リコールなし、②コールを実施、③コール・リコールまで実施のパターンに分けて受診率向上の効果を測定したところ、以下のとおり、コール・リコールまで実施した方が、受診率は高い結果であった。			
①コール・リコールなし（平成 22 年度 対象年齢 48 歳、対象者数 1,617 人） 受診率 14.0%			
②コールを実施（平成 23 年度 対象年齢 50 歳、対象者数 1,456 人） 受診率 21.1%			
③コール・リコールまで実施（平成 23 年度 対象年齢 48 歳、対象者数 1,715 人） 受診率 24.7%			

(注) 国立がん研究センターの「予防・検診の普及啓発に関する事業的研究」の資料に基づき、当省が作成した。

図表 2-(1)-⑫ 調査対象市区における予算・体制上の制約により対象者全員にコール・リコールを実施することは困難とする主な意見

- ・ がん検診対象者に対するコール・リコールを実施することで、がん検診受診率が上がることは認識しているが、大都市の場合、コール・リコールの対象者は極めて多く、その作業に伴う事務量や費用は膨大であり、市が単独で全てのがん検診対象者にコール・リコールを実施することは困難である。
- ・ がん検診対象者全員にがん検診のお知らせを郵送する方法については、多額の郵送料が見込まれる上、職場で受診できる者（就業者）を把握できないため、それらの者も含む対象者全てに送付せざるを得ず、この方法は費用対効果の面から非効率と考えられるため実施していない。
- ・ 国民健康保険加入者等をコールの対象としており、その理由は、i) 職域で受診機会がない者を優先的に勧奨すべきであること、ii) 予算上の制約、iii) 40 歳以上の全住民（子宮頸がん検診は 20 歳以上）に受診勧奨した場合、検診実施機関の許容範囲を超えてしまうおそれがあることなどである。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑬ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27 年 6 月厚生労働省がん対策推進協議会）〈抜粋〉

第 3 章 中間評価

IV 分野別施策の個別目標についての進捗状況

4. がんの早期発見

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん検診の受診率は上昇傾向にあるが、目標値である 50%を達成するため、精度管理を徹底しつつ、受診率及び精密検査受診率向上を図る施策を推進していく必要がある。なお、受診率を正確に把握するためには、職域で行われているがん検診の受診状況を把握する体制構築の検討が必要である。また、がん検診の項目や方法については、「がん検診のあり方に関する検討会」等で引き続き検討を行うとともに、地域がん登録や平成 28 年 1 月開始を予定している全国がん登録で収集される情報等を活用し、知見の集積に努め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進していく必要がある。

がん検診の受診率を向上させるための方策については、対象者の網羅的な名簿管理に基づく個別受診勧奨・再勧奨及びかかりつけ医からの受診勧奨が実施できる体制の整備を図ることが重要である。このような体制の下に、効果的な普及啓発の方法を検討していきながらがん検診の意義や検診内容等についてホームページ等で広く周知を図ることや、「がん対策推進企業アクション」における職域の取組等を推進していく必要がある。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑭ 調査対象都道府県の都道府県基本計画におけるコール・リコールの記載例

都道府県名	内容
山形県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村、健康保険組合等は、がん検診や人間ドッグ等の実施に際して、町内会や職場単位での実施案内、案内状・申込書の全戸配布、節目年齢者を個別に受診勧奨するなど受診勧奨体制を充実 ○ 市町村、健康保険組合等は、受診対象者を正確に把握したうえで、未受診者に対する受診勧奨を強化するなど、未受診者を無くすことに重点を置いたがん検診を推進
埼玉県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、がん検診の受診率向上を図るため、個別通知（コール）や未受診者への再通知（リコール）などの効果的な勧奨方法を検討し、推進します。 ○ 県は、先進事例の提供・効果的な実施方法等について、市町村担当者会議などを通じて情報提供などの支援を行います。
東京都	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都は、区市町村において、個別勧奨・再勧奨など受診率向上に効果的な取組が一層推進されるよう、財政的・技術的支援を行います。 ○ 区市町村は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいたがん検診を実施するとともに、住民が受診しやすい環境を整備し、個別勧奨・再勧奨など受診率向上に効果的な方策を実施します。
福井県	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん検診の受診率向上対策としては、手紙や電話等による勧奨・再勧奨などの有効性が示されており、特に対象者を特定して受診勧奨を行う Call-Recall system は有効です。
滋賀県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町は、がん検診の対象者を把握し、個別勧奨、未受診者への再勧奨、受診しやすい工夫に努めるなど、効果的な受診勧奨を行います。特に若い世代の受診向上に努めます。
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> ○ 低迷する受診率向上対策として、従来の市町村の広報誌等での通知ではなく、対象者を特定した個別受診勧奨と未受診者への再受診勧奨を計画組織的に行う組織型検診を推奨し、市町村に対し、重点を置くべき受診対象者の把握及び受診率向上に対して科学的根拠が認められた方法である個別受診勧奨及び未受診者への再受診勧奨の促進に向けて働きかけます。 ○ 市町村は、長期未受診者等、重点的に受診勧奨していくことが望ましい対象者層に絞った効果的な受診勧奨を行うため、検診対象者台帳等の作成・活用に積極的に取り組み、特に受診勧奨の優先順位の高い者に対する個別受診勧奨の推進に努めることとします。
広島県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 検診の実施主体である市町や健康保険組合などが行う個別の受診勧奨を支援することとし、効果のある案内資料の作成・提供や勧奨に要する経費の一部助成などに取り組んでいます。
長崎県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県は、平成 25 (2013) 年度までに、市町が実施するがん検診のコール・リコール（受診者への個別勧奨）事業を支援します。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑮ 都道府県独自に市町村の受診率向上に向けた取組に対してインセンティブ策を導入している事例

都道府県名	概要
埼玉県	<p>埼玉県では、平成 25 年度から、国民健康保険の保険者である市町村が実施する特定健診を中心としたがん検診や県の健康長寿プロジェクトに対する取組状況等を市町村ごとに評価し、評価項目ごとに配点を行い、県の調整交付金を全市町村に傾斜配分することで、検診や健康づくりなどの疾病予防対策事業を推進し、国民健康保険の医療費の適正化を図る取組を実施している。</p> <p>がん検診に係る評価項目は、以下のとおり、i) 受診率、ii) 対象者名簿の整備、iii) 個別受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）及びiv) 検診受診の利便性向上等に係るものとなっている。</p> <p>なお、同県は当該取組の効果分析を行っていないが、「地域保健・健康増進事業報告」における受診率は、微増している（24 年度：19.4%、25 年度：21.9%、26 年度：23.1%）。</p> <p>【がん検診に係る評価項目】</p> <p>（受診率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検診指針に基づくがん検診（5 がん）合計の受診率 ・ 前年度に対する受診率の伸び率 ・ 前年度に対する受診者の増加数 <p>（対象者名簿の整備）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検診指針に基づく受診者を網羅する名簿を整備していること <p>（個別受診勧奨・再勧奨（コール・リコール））</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者名簿をもとに個別受診案内通知を行っていること ・ 対象者名簿をもとに作成した受診台帳等により把握した未受診者に対し個別受診案内通知を行っていること <p>（検診受診の利便性向上等）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検診指針に基づく 5 がんについて、土曜日又は日曜日に検診を実施していること ・ 検診指針に基づく 5 がんについて、平日の 18 時以降に検診を実施していること ・ 検診指針に基づく 5 がんについて、近隣市町村でがん検診が受診可能なこと ・ 特定健診と同時に受診できる環境を整備していること

（注） 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑯ 「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成 28 年 2 月)における効率的な受診勧奨の内容

Efficiency 効率的な受診勧奨

1 過去の検診受診履歴を活用し 勧奨効果の高い順に勧奨

勧奨に反応するのは誰?

コール・リコールや、メッセージ開発、仕組みの見直しで受診率が向上することは実証済ですが、さらに、限られた予算を効果的に使うためにどうしたらよいでしょうか。勧奨なしでも受診する人に送付する予算、勧奨しても全く反応しない人に送付する予算を、勧奨で受診する人に振り分けていくことができればよいわけです。勧奨によって受診行動をとる人たちはどんな人たちなのか、その属性が明らかになったらどうでしょう。予算と人手を考慮しながらリコール対象を検討することができるようになります。



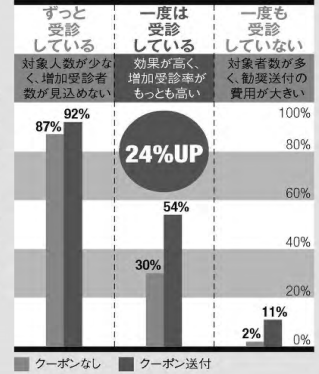
実例 東京都八王子市

不定期受診者に対する 勧奨で受診率は 24%アップ

八王子市では費用対効果の高い施策実施のために、過去の受診履歴データを分析し、もっとも効果的と予測されるグループの選定を行いました。大腸がん検診の定期受診者、不定期受診者、未受診者の3つのグループ毎に、クーポン送付の有無(勧奨)とその後の行動(勧奨による効果)を分析した結果、費用対効果また勧奨による受診人数

の絶対増加数から、不定期受診者への勧奨がもっとも効率がよく、勧奨による受診率は24%増加し、該当人数は551人になりました。この他、大腸がん検診未受診者に焦点を絞り他のがん検診の受診履歴の分析による勧奨効果を予測、セグメント毎のメッセージ開発も実施しています。

受診履歴毎の勧奨の有無による受診率の増加(大腸がん検診)



応用編

「特定健診」不定期受診者対策 過去受診履歴と属性の組み合わせによる、より精度の高い個別勧奨対象者リストの作り方

人工知能を活用するなど、発展的な分析を行えば、受診勧奨して効果が高いのは誰かを個別に割り出し、優先度の高い順に並べすることもできます。受診勧奨の優先順位をより正確につけるためには、過去の個人別検診受診履歴と受診者属性(性別、年代)のデータを使います。「特定健診受診履歴」の例のように仮に過去4年のデータを

対象にした場合、受診履歴と受診者属性をもとに分析を行い、受診確率(=勧奨なしでも健診を受診する確率)と、反応確率(=受診勧奨することで受診確率がどの程度あがるかを示した数値)を算出します。この「受診確率」と「反応確率」の両方の数値を鑑み、勧奨することで受診する可能性が高くなる効果順に勧奨を行えば効率的です。

受診確率順に並び替えた「勧奨効果の見極め」では、Eさん、Hさんはデータ上では、定期化しているため勧奨をしなくても受診してくれる可能性が高いと考えられます。実際、受診確率は二人とも8割以上の数値です。受診確率が50%未満、もしくは受診勧奨に対する反応確率も10%未満のBさん以下は勧奨による受診の可能性が低いこと

が予想できます。そうなると右表のAさんからGさんまで、もっとも「受診勧奨による効果が高い人」ということになります。このように、受診確率と反応確率を総合的に見ただうえで、個々の住民に対するリコールの実施の有無を決定していきます。この方法はがん検診でも活用できます。

A、I、C、Gさんに対する施策が効果的

例 特定健診受診履歴

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度の受診確率	受診勧奨に対する反応確率
Aさん	○	×	○	○	74%	11%
Bさん	○	○	○	×	46%	11%
Cさん	×	×	○	○	75%	10%
Dさん	○	×	○	×	42%	11%
Eさん	○	○	○	○	87%	6%
Fさん	○	○	×	×	21%	8%
Gさん	×	○	×	○	57%	11%
Hさん	×	○	○	○	81%	9%
Iさん	○	○	×	○	64%	12%
Jさん	×	○	○	×	43%	11%

例 勧奨効果の見極め

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度の受診確率	受診勧奨に対する反応確率
Eさん	○	○	○	○	87%	6%
Hさん	×	○	○	○	81%	9%
Aさん	○	×	○	○	74%	11%
Iさん	○	○	×	○	64%	12%
Cさん	×	×	○	○	75%	10%
Gさん	×	○	×	○	57%	11%
Bさん	○	○	○	×	46%	11%
Jさん	×	○	○	×	43%	11%
Dさん	○	×	○	×	42%	11%
Fさん	○	○	×	×	21%	8%



自治体Aの特定健診受診確率をがんスクリーンで算出

(注) 厚生労働省の資料による。

図表 2-(1)-⑰ 都道府県で重点勧奨対象者を設定し市町村に対して周知を行っている事例

都道府県名	概要												
大阪府	<p>大阪府は、コール・リコールを活用したがん検診を限られた予算で効率的に実施するためには、対象者を絞った受診勧奨とすることが必要であるとして、「大阪府がん対策推進委員会がん検診・診療部会」における検討を経て、罹患率・死亡率等の分析を踏まえた部位ごとの重点受診勧奨対象者を市町村に対し文書で周知するとともに、がん検診対象者に対する研修においても紹介している。</p> <p>なお、平成 26 年度における大阪府内の市町村のがん検診における重点受診勧奨対象者への受診勧奨の実施状況は、下表のとおりである。大阪府は、平成 27 年度における市町村の実施状況を踏まえ、今後、効果の検証を行うこととしている。</p> <p style="text-align: center;">表 重点受診勧奨対象者への受診勧奨の実施状況</p> <table border="1" data-bbox="435 667 1329 797"> <thead> <tr> <th>部位</th> <th>胃</th> <th>大腸</th> <th>肺</th> <th>乳房</th> <th>子宮頸</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施市町村数</td> <td>36 (83.7%)</td> <td>42 (97.7%)</td> <td>35 (81.4%)</td> <td>39 (90.7%)</td> <td>38 (88.4%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注)1 大阪府提供資料に基づき、当省が作成した。 2 () 内は、市町村総数 (43) に対する割合である。</p> <p>(以下、大阪府の資料から抜粋)</p> <p>(1) 胃、大腸、肺がん検診【60 歳～69 歳】 (設定の根拠)</p> <p>① 罹患率・死亡率の観点 胃・大腸・肺は年齢が高くなるにつれて罹患率の上昇するがん種であり、壮年期での罹患率は低い。 特に減少を続ける胃がんでは 40 歳代での罹患率の低下は著しく、検診の対象者からも 40 歳代を外すべきであるという専門家の意見も多い。</p> <p>② 有効性の観点 各がん検診の有効性については、いずれの臓器も 40 歳-79 歳を対象とした集団で確認されている。 ただし大腸については、40-44 歳を含んだ研究は国内の症例対照研究一件に限られる。</p> <p>③ 健康保険の観点 がん検診（職域・人間ドッグ含む）の受診率を健康保険種別に見た分析で最も低いのは、国民健康保険加入者であり、その加入者は 60 歳以降で過半数を超えている。</p> <p>④ 総合的な判断 罹患率・国民健康保険加入率の観点から、重点受診勧奨対象者層の年齢下限は 60 歳とした。 これらのがん種は、年齢が高くなるにつれて罹患率が飛躍的に高くなるため、年齢が高いものを対象に含めるほど発見率は高くなる。しかし、個人の人生観等により精密検査や治療を拒否される方も高齢者では多く、また侵襲的検査（痛みや危険などを伴う検査）による偶発症のリスクも高くなることから、一律な受診勧奨には適していないと考えられたため、重点受診勧奨対象者層の上限は 69 歳までとした。</p> <p>(2) 乳がん検診【50 歳～69 歳】 (設定の根拠)</p> <p>① 罹患率・死亡率・生存率の観点 罹患率は 40 歳～44 歳で 10 万人対 80、45 歳～49 歳で 130.5 と小さなピークがあり、50 歳代以降では年齢が高くなっても罹患率は 100 以上で横ばいである。</p>	部位	胃	大腸	肺	乳房	子宮頸	実施市町村数	36 (83.7%)	42 (97.7%)	35 (81.4%)	39 (90.7%)	38 (88.4%)
部位	胃	大腸	肺	乳房	子宮頸								
実施市町村数	36 (83.7%)	42 (97.7%)	35 (81.4%)	39 (90.7%)	38 (88.4%)								

死亡率は55歳-59歳、65歳-69歳に二つのピークがある。

5年相対生存率は90%を上回る。

② 有効性の観点

がん検診の有効性については、50歳-69歳を対象とした（一部74歳まで含む）研究で確認され、すべてのガイドラインでマンモグラフィ検診が推奨されている。

40歳-49歳については、有効性は確認されているものの、効果の大きさはやや小さく不利益とのバランスから推奨されていないガイドライン（USPSTFなど）も散見される。

有効性を示した研究においては検診開始後7年目から死亡率の差が検出されている。

③ 検診精度の観点

マンモグラフィ検診の発見率は年齢とは関係なく横ばいで罹患率のパターンとは合致しないことから、40歳代の精度には問題があると言われている。

陽性反応適度は年齢が高くなるについて上昇することから、40歳代では要精検となっても疑陽性（がんではないのに精密検査が必要とされた）の確率が高い。

④ 健康保険の観点

国民健康保険者の受診率をもっとも低い。

⑤ 総合的な判断

罹患率の観点からは45歳～49歳が罹患のピークであるが、検診の有効性・精度からは40歳代には若干の問題がある。一方要精検者の偽陽性率は40歳代で明らかに大きいことから検診による不利益が利益に近接することになる。よって、重点受診勧奨対象者の年齢下限は50歳とする。

有効性が確認されていることから69歳を重点受診勧奨対象者の年齢上限とする。

70歳代以上へのマンモグラフィ検診は上皮内癌の発見率が高いもののこれらは致死にならない可能性があり、検診の受診を促すことが過剰診断を招くことにつながることから積極的な受診勧奨は行わない。

(3) 子宮頸がん検診【25歳～44歳】

(設定の根拠)

① 罹患率・死亡率の観点

罹患率は、30歳代をピークにし、50歳代からは減少していく。

死亡率は概して低く、40歳代以降は10万人対5程度で横ばいである。

② 有効性の観点

20歳-79歳において死亡率減少効果は確認されている。浸潤がん罹患減少効果は75歳以下で確認されているが、国内からの研究では35歳-79歳で示されている。

③ 妊娠可能性の観点

妊娠可能性（子宮温存）の観点では、大阪府在住女性の出生率（H22年）は40歳～44歳で0.75%、45歳～49歳で0.02%となっている。

④ 総合的な判断

子宮頸がんは死亡率が検診対象の他のがんに比べて低いことから、検診としての目的はセカンド・エンドポイントである浸潤がん罹患の減少として位置づけられている。

このため妊娠可能性を重視し、44歳を重点受診勧奨対象者の上限とする。妊娠可能性という観点からは、より若年者を対象に含めるべきではあるが、修学期に検診を受診することは現時点では容易ではなく、学校でのがん予防教育の普及ならびに学校内で検診を受診できるような体制が構築されないと受診率の向上は期待できない。

よって25歳を重点受診勧奨対象者の下限とする。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑩ 「各種健診等の連携についての考え方」(平成 19 年 3 月 20 日付け事務連絡(厚生労働省保険局、老健局、健康局)) <抜粋>

<p>一 現行制度における各種健診等の連携</p> <p>2. 基本健診とがん検診の関係</p> <p>(1) がん検診(胃がん、肺がん、乳がん、大腸がん及び子宮がん)についても、基本健診と、①案内、広報は共通、②受診券、問診票等を一度に送付、③健診機関が対応できる場合には同時受診、④同時受診すれば健診結果を一度に送付(⑤健診機関とは、基本健診と同じ契約、⑥同じシステム上でデータを保存)する等の対応をしている場合がある。</p> <p>しかしながら、基本健診とは対象者が完全には一致しておらず(例:子宮がんは 20 歳以上 2 年毎等)、検査項目も重複しておらず、乳がん検診等は全ての医療機関で実施できるわけでもない。このため、個人が健診ごとに受診せざるを得ない場合も多く、①～⑥の対応が行われていない場合もある。</p> <p>二 制度改正後の各健診の連携のあり方</p> <p>5. がん検診等と特定健診・保健事業との関係</p> <p>(1) ①検査項目が重複しておらず、②乳がん検診等は全ての医療機関で実施できるわけでもないことに加え、新たに③対象者が一致しない(住民全員を対象とするか否か、対象年齢、性別等々)、④市町村の担当課(保健事業の場合は実施主体)、⑤一般会計・特別会計の別、⑥健診データの送付先、保存場所及び費用の請求先、⑦電子化の有無なども異なることとなった。</p> <p>(2) <u>したがって、これらは原則として別事業として実施しても差し支えないが、がん検診の受診率の確保を図るために、なるべく保健担当課は他課や医療機関と受診できる期間等を調整。</u></p>
--

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑱ 「がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について」(平成 21 年 10 月 14 日付け事務連絡(厚生労働省健康局、保険局)) <抜粋>

2. 内容

都道府県のがん対策主管課及び国民健康保険主管課(以下「都道府県」という。)においては、市町村のがん対策主管課と特定健診の実施主体である医療保険者が、受診者の利便性に配慮した効果的な健診情報を対象者へ提供できるよう、がん検診と特定健診の実施機関等の情報をそれぞれの部署が共有できるようお願いします。

また、その調整にあたっては、がん検診及び特定健診の実施体制が市町村や医療保険者によって様々であるため、以下の内容について当該管轄下の実態に合わせた対応をお願いします。

(1) がん検診と特定健診の実施機関情報の共有化

- ① 都道府県は、市町村のがん検診の実施機関情報を集約し、被用者保険のとりまとめ保険者を通じて都道府県内の被用者保険の各保険者へ提供
- ② 都道府県は、被用者保険のとりまとめ保険者が集約した都道府県内の被用者保険の各保険者の特定健診の実施機関情報を、市町村へ提供(市町村国保については、市町村内にて実施機関の情報共有を図る。)

(2) 市町村におけるがん検診と特定健診の同時実施の体制づくり

都道府県においては、情報の共有化に限らず、同時実施の体制づくりが可能と認めた場合には、以下の内容についての調整をお願いします。

- 特定健診とがん検診の同時実施の体制について、調整による体制づくりが可能な場合には、がん検診と特定健診が、できる限り同じ日時・会場が受診できるよう調整を行う。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑳ 「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成 28 年 2 月)におけるがん検診と特定健診が連携した効果的な受診勧奨の取組事例

Framework 特定健診との同時受診

1 どのがん検診を受けるのか、ではなく どうしても受けたくない検診を選んでもらう

がん検診は「オプションサービス」に見える

特定健診とがん検診の違いについて受診者は理解していません。しかも、がん検診を受けない理由は「たまたま受けていない」、「面倒だから」など比較的あいまいなものが多いのです。特定健診を受ける際に当たり前のようになんか検診を受けることができれば受診率は改善します。ひとつの解決策は、「ミニ人間ドック」のような同時受診の仕組みの提供です。

「Opt-in」(オプトイン)と、「Opt-out」(オプトアウト)

受診者の立場に立って、申込方法の改善についても検討してみましょう。

複数のがん検診の中から受けたい検診を選ぶ申込方法が一般的ですが、これは「Opt-in」(オプトイン)と呼ばれる手法です。「Opt-out」(オプトアウト)方式は、逆に受けたくない検診を選んでもらいます。申込の際に、明白に受けたくない理由が

ない限りは検診を受けることになるので、より多くの種類のがん検診を受けてもらえる可能性が広がります。「Opt-in」方式のほうが一般的ですが、「Opt-out」方式を採用できれば、受診率はさらに向上する可能性があります。



〇〇市 健(検)診申込書

お名前
ご住所
お電話番号

〇〇市の健康診断では、今年度、あなたが受診したい健(検)診に○を付けて、返信用封筒に入れてご投函ください。

受診したいものに○印	健(検)診	費用
<input type="checkbox"/>	特定健診	0円
<input type="checkbox"/>	胃がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	肺がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	300円
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検査	500円
<input type="checkbox"/>	乳がん検診(女性のみ)	1000円
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診(女性のみ)	1000円

期限:平成〇年〇月〇日(〇)まで

お問い合わせ先
〇〇市国民健康保険課・健康管理課
〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇1丁目1番1号

〇〇市 健(検)診申込書

お名前
ご住所
お電話番号

〇〇市の健康診断では、今年度、あなたが受診しない健(検)診に×を付けて、返信用封筒に入れてご投函ください。

受診しないものに×印	健(検)診	費用
<input type="checkbox"/>	特定健診	0円
<input type="checkbox"/>	胃がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	肺がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	300円
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検査	500円
<input type="checkbox"/>	乳がん検診(女性のみ)	1000円
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診(女性のみ)	1000円

期限:平成〇年〇月〇日(〇)まで

お問い合わせ先
〇〇市国民健康保険課・健康管理課
〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇1丁目1番1号

After Opt-out

「Opt-in」と「Opt-out」方式の健診(検診)申込書例
「Opt-in」は受けたいものを選択すること、5つのがん検診の中からどれを受けるか選んでもらうこととなります。「Opt-out」は受けたくないものを選択すること、5つのがん検診の中から受けたくないものを選んでもらいます。似ているようで心理的に大きく異なります。「Opt-out」の場合には、「嫌でない限りはすべて受けてもらいたい」という自治体の意思が伝わりやすくなります。



Before Opt-in

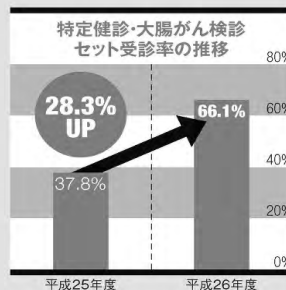
実例 東京都八王子市

検査キット同封で 大腸がん検診受診率 28%アップ

平成26年、八王子市では特定健診と大腸がん検診のセット受診を促すべく、特定健診の前年度受診者に対して大腸がん検査キットを同封するという施策を実施しました。以前までは特定健診受診者のうち、37.8%が

大腸がん検診を受けていましたが、検査キットの同封効果もあり、同時受診率は66.1%になりました。

使われなかったキットの費用など課題もありますが、八王子市では各施策での費用対効果の比較や、対象者数を絞って試験的に実施するなどの工夫を重ねています。



(注) 厚生労働省の資料による。

(2) がん検診受診率の算定方法等の見直し

勸 告	説明図表番号
<p>【制度の概要等】</p> <p>がん検診受診率向上に向けた取組を推進するためには、正確な受診率を把握して都道府県間・市町村間で比較し、その状況に応じて必要な施策を講ずることが重要となる。</p> <p>また、加速化プランにおいても、「目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各市町村が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する」とされている。</p> <p>厚生労働省は、市町村が実施するがん検診の対象者数及び受診者数について、毎年度、全国の市町村を対象に調査する「地域保健・健康増進事業報告」（以下「事業報告」という。）において把握している。事業報告の記入要領では、がん検診の対象者数について、当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上（子宮頸がん検診は 20 歳以上）の者とされ、なお書きにおいて「がん検診台帳をもとに当該市町村の区域内に居住する者について可能な限り（受診希望の有無等に係らず）網羅的に対象集団として捉え、事業の対象者として適切な対象者数を計上すること」とされており、市町村が、がん検診台帳（項目 2 (1) における「対象者名簿」と同じ。）を基に把握する実測値を計上することとされている。</p> <p>一方、がん検診受診率の分母となる対象者数については、従来から、各市町村が独自の考え方により設定しており、複数の市町村のがん検診受診率を同一基準で比較・評価することができないという課題があった。</p> <p>このため、20 年報告書では、市町村事業におけるがん検診受診率を比較・評価するための対象者数を統一した算出方法として、次の算出方法が提案された。</p> <p>（20 年報告書の算出方法）</p> $\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left(\text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right) - \text{④要介護 4・5 認定者}$ <p>（注）①、②及び③については、40 歳以上（子宮頸がん検診は 20 歳以上）・男女ごとに直近の国勢調査の人数を活用。④は、介護給付費実態調査を活用。</p> <p>20 年報告書では、今後、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等（以下「協議会」という。）が、市町村事業におけるがん検診の事業評価（特に市町村間の比較）を実施するに当たっては、上記に基づいて算出された対象者数を分母としたがん検診受診率を用いることが必要とされている。</p> <p>こうした中、国立がん研究センターでは、20 年報告書で提案された算出方法とは一部異なる次の算出方法により、全市町村のがん検診受診率を算出し、同センターのホームページに掲載している。また、厚生労働省は、「市町村がん検診事業の充実強化について」（平成 21 年 3 月 18 日付け健総発 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知。以下「充実強化通知」という。）を都道府県に対して発出し、当該算出方法を示すとともに、当該算出結果を参考に市町村がん検診の精度管理・事業評価を適切に行うよう管内市町村に対する指導・助言を要請している。</p>	<p>図表 2-(1)-⑤ (再掲)</p> <p>図表 2-(2)-①</p> <p>図表 2-(2)-②</p> <p>図表 2-(2)-③</p>

(充実強化通知の算出方法)

$$\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left(\text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right)$$

(注) ①、②及び③の定義は20年報告書の算出方法に同じ。

一方、がん検診は、健康増進事業として市町村が実施するほか、職域においては、保険者や事業主が任意で実施している。「平成25年国民生活基礎調査」によれば、がん検診受診者の4割から7割は職域で受診しているとされているが、国のがん対策における位置付けは明確にされておらず、また、保険者や事業主が実施するがん検診の実態も正確につかめていないとされている。これについて、20年報告書では「職場におけるがん検診等を含むがん検診受診率を把握することが必要」とされており、また、中間評価報告書では「受診率を正確に把握するためには、職域で行われているがん検診の受診状況を把握する体制構築の検討が必要である」とされている。さらに、加速化プランでは、「保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する」、「各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する」、「保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する」こととされ、これらについて現在検討が進められている。

【調査結果】

ア 市町村が事業報告時に用いる対象者数の算出方法

今回、調査対象52市区における、事業報告時に用いる対象者数の算出方法を調査した結果、i) がん検診台帳に基づく実測値が8市区(注)、ii) 20年報告書の算出方法に基づく推計値が10市区、iii) 充実強化通知の算出方法に基づく推計値が21市区、iv) 市町村独自の算出方法に基づく推計値が4市区、v) 都道府県独自の算出方法に基づく推計値が9市区と、市区によって算出方法が区々となっており、事業報告により市町村間の受診率の比較が困難な状況となっている。

(注) 職域で受診機会がある者も含む40歳以上(子宮頸がんは20歳以上)の全人口。

当省において、これらの算出方法の違いにより、受診率にどの程度、差が生じるか比較したところ、例えば、ある市区では、i) がん検診台帳に基づく実測値で算出した受診率が10.6%であるのに対し、iii) 充実強化通知の算出方法に基づく推計値で算出すると25.7%となるなど、相当な較差が生じる例もみられた。

イ 都道府県が市町村間の受診率を比較・評価するための対象者数の算出方法

今回、調査対象17都道府県における管内市町村の受診率を比較・評価するための対象者数の算出方法を調査したところ、i) 20年報告書の算出方法により集計しているものが3都道府県、ii) 充実強化通知の算出方法により集計しているものが8都道府県、iii) 独自の算出方法により集計しているものが3

図表2-(1)-⑤
(再掲)

図表2-(2)-④

図表2-(2)-⑤

図表2-(2)-⑥

都道府県、iv) 特に算出方法を決めていないものが3都道府県と、都道府県によって区々となっており、厚生労働省が20年報告書で示した算出方法が必ずしも用いられておらず、都道府県間の比較が困難な状況となっている。

前述のとおり、がん検診受診率向上に向けた取組の推進のためには、正確な受診率を把握して都道府県間・市町村間で比較し、その状況に応じて必要な施策を講ずることが重要であるにもかかわらず、現在においては、国として把握・比較することが困難な状況となっているほか、各都道府県や市町村が全国での位置付けを確認し、施策に役立てることも困難な状況となっている。

また、調査対象都道府県及び市町村から、受診率の算出方法が統一されていないことを問題視する意見が聴かれた。

これら調査結果の原因としては、次のことが考えられる。

- ① 事業報告において把握すべき対象者の範囲が、職域で受診機会がある者を含めるかについて不明確

事業報告において把握すべき対象者の範囲は、前述のとおり、記入要領において、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上（子宮頸がん検診は20歳以上）の者とされている一方で、なお書きにおいて「がん検診台帳をもとに当該市町村の区域内に居住する者について可能な限り（受診希望の有無等に係らず）網羅的に対象集団として捉え、事業の対象者として適切な対象者数を計上すること」ともされており、分かりにくい記載となっている。

20年報告書では、事業報告時に用いる対象者数の算出方法が統一されていないことが課題として指摘され、統一的な算出方法が提案されたことを受け、厚生労働省は、事業報告時に用いる対象者数について、同算出方法に変更することも検討したが、統計調査としての継続性や正確性を考慮する必要があるとして、変更していない。

また、今回、事業報告の記入要領で指定されているがん検診台帳に基づく実測値ではなく、その他の算出方法による推計値を用いている44市区に対し、その理由を調査したところ、厚生労働省が、がん検診台帳に基づく実測値から職域で受診機会がある者を除外することを求めているにもかかわらず、「がん検診台帳から職域で受診機会がある者を除いて対象者を算出することが困難であるため」と回答した市区が25市区みられた。

このことは、市町村が、事業報告において把握すべき対象者の範囲が不明確であるために、がん検診台帳に基づく実測値の算出に当たっては、職域で受診機会がある者を除く必要があると認識していることを表している。

このような市町村の理解は、「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について」（平成20年3月31日付け健発第0331026号厚生労働省健康局長通知）において、「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」

図表 2-(2)-⑦・
⑧

図表 2-(2)-⑨

図表 2-(2)-⑩

と規定されていることに起因していると考えられる。

② 20年報告書及び充実強化通知の趣旨が不明確

厚生労働省は、市町村事業におけるがん検診受診率を比較・評価するための統一的な算出方法は、20年報告書の算出方法が望ましいとしており、充実強化通知の算出方法による受診率は、国立がん研究センターが全市町村の受診率を算出してホームページに掲載し、都道府県が市町村のがん検診の精度管理・事業評価を適切に行うために参考として示したものであるとしている。しかし、厚生労働省のこうした考え方は、都道府県及び市町村において十分に認識されておらず、前述のとおり、一部の都道府県では、精度管理において充実強化通知の算出方法を活用している状況であるほか、本来、がん検診台帳に基づく実測値を報告すべき事業報告に、20年報告書や充実強化通知の算出方法に基づく推計値が報告されている状況となっている。

一方、20年報告書や中間評価報告書において指摘されているように、受診率を正確に把握するためには、職域におけるがん検診の受診状況を把握する体制の構築が必要である。現在、加速化プランを踏まえて、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表することが検討されている。

職域におけるがん検診については、現状、保険者や事業主は任意でがん検診を実施しているため、加速化プランにおいても指摘されているとおり、国のがん対策における位置付けを明確にするとともに、職域におけるがん検診に対するガイドラインの策定が求められる。

また、職域におけるがん検診受診率の算定方法等を検討している厚生労働省のがん検診受診率等に関するワーキンググループにおいて、保険者が受診率を把握する上での課題として、i) 検診実施機関から提供される検診結果が紙媒体のみで管理されている場合がある上に、電子データであってもフォーマットが異なっているため、必ずしも検診データを集約することができないこと、ii) 事業主が検診を実施している場合は、個人情報保護の取扱いから、本人の同意を得ない限り、検診結果を把握することができないことが指摘され、これらの課題を解消するため、①検診結果の電子フォーマットの統一化、②検診実施機関でのデータ集約などが提案されている。

このような保険者における検診結果の把握上の課題を考慮した上で、職域におけるがん検診の受診状況を効率的に把握するための方策について検討することが重要と考えられる。

【所見】

したがって、厚生労働省は、がん検診受診率を正確に把握し、比較可能なものとする観点から、次の措置を講ずる必要がある。

① 市町村事業におけるがん検診受診率について、都道府県及び市町村の実態を踏まえて、正確かつ比較可能な受診率の統一的な算出方法の在り方を検討し、

<p>その結果を都道府県及び市町村に周知徹底すること。</p> <p>② 職域における正確ながん検診受診率の効率的な把握方策について検討すること。</p>	
---	--

図表 2-(2)-① 「地域保健・健康増進事業報告作成要領」(平成 27 年度分) <抜粋>

<p>IV 健康増進(全市町村・特別区)</p> <p>15(1) 健康増進(健康手帳の交付等)</p> <p>15(1)-01 健康増進事業等の対象者</p> <p>記入要領</p> <p>胃がん、肺がん及び大腸がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上の男女を対象とする。</p> <p>乳がん検診については当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上の女性を対象とする。</p> <p>子宮頸がん検診については当該市町村の区域内に居住地を有する 20 歳以上の女性を対象とする。</p> <p><u>なお、がん検診台帳をもとに当該市町村の区域内に居住する者について可能な限り(受診希望の有無等に係らず)網羅的に対象集団として捉え、事業の対象者として適切な対象者数を計上すること。</u></p> <p>原則 2 年に 1 回の受診である子宮頸がん検診や乳がん検診についても、対象者数は上記と同様に計上すること。</p> <p>質疑応答</p> <p>問 1 「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」(平成 20 年 3 月 がん検診事業の評価に関する委員会)の 3. 2 (2)①「市町村事業におけるがん検診の対象者について」に示された計算式により算出される対象者数と、本項目における「対象者」とは、どのような関係にあるのか。</p> <p>答 当該報告書に示された計算式により算出される対象者数は、あくまでがん検診の受診率を比較、評価するために行う推計法として提案されたものであり、がん検診台帳等をもとに算出した本項目における対象者とは位置づけが異なるものである。</p>

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(2)-② 「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」(平成 20 年 3 月
がん検診事業の評価に関する委員会) <抜粋>

3. 2. 「目標と標準の設定」に関する問題

(2) 具体的な対応

① 市町村事業におけるがん検診の対象者について

市町村事業におけるがん検診の受診率を比較・評価するために用いる、「対象者数」の算出方法を本委員会として以下の通り提案する。

$$\text{市町村事業におけるがん検診対象者数} = \text{①} - \text{②} + \text{③} - \text{④}$$

[男女別 5 歳刻みの各年齢群での対象者数の合計人数]

① 40 歳以上の市町村人口 [総務省自治行政局「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」または総務省統計局「国勢調査報告」第 1 次資料 (5 歳刻み)] (国勢調査は 5 年毎)

② 40 歳以上の就業者数 [総務省統計局「国勢調査報告」第 2 次基本資料 (5 歳刻み) 5 年毎更新]

③ 農林水産業従事者 [総務省統計局「国勢調査報告」第 2 次基本資料 5 年毎更新]

a) 第 1 次産業就業者 市町村別 (15-64 歳、65 歳以上の 2 区分)

b) 第 1 次産業就業者 都道府県別 年齢別 (5 歳刻み) の割合に合わせて、市町村の 5 歳刻みの人数を推計

④ 要介護 4・5 の認定者 [介護給付費実態調査 (5 歳刻み)]

(※) 子宮がん、乳がんについてはそれぞれ 20 歳以上、40 歳以上の女性とする。

(※) 本計算方法の検討にあたっては以下の点を留意した。

- ・市町村が既存資料を用いて容易に計算できること
- ・年齢階級別に対象者が計算できること
- ・現在市町村から報告されている対象者数と一定の相関があること

(※) 本計算方法は、一定程度正確性を犠牲にしたうえで市町村毎の比較が可能となることを目的として提案するものであり、今後必要に応じてよりふさわしいものへと見直しを検討されるべきものである。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(2)-③ 「市町村がん検診事業の充実強化について」(平成 21 年 3 月 18 日付け健総発第 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知) <抜粋>

(略)

今般、平成 19 年 6 月から開催された「がん検診事業の評価に関する委員会」において取りまとめられた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)において提案された、複数の市町村のがん検診受診率を同一基準で比較・評価するため用いる対象者数の統一的な考え方を参考として、別紙の通り「推計対象者数」の算出をおこなうとともに、「推計対象者数」を用いた平成 18 年度のがん検診受診率を、全市町村について算出したところである。

貴職におかれては、上記の算出結果を参考として、市町村がん検診の精度管理・事業評価を適切に行うよう、管内市町村に対する指導・助言方よろしく願います。

(略)

(別紙)

市区町村におけるがん検診の受診率の算出について

背景について

市区町村が実施するがん検診(以下「市区町村がん検診」)の受診状況等については、「地域保健・老人保健事業報告」(平成 20 年度から「地域保健・健康増進事業報告」)により毎年公表されている。

一方で、がん検診受診率の分母となる「対象者数」について、各市区町村がそれぞれ独自の考え方により設定しており、このため、複数の市区町村のがん検診受診率を同一基準で比較・評価することができなかった。

このため、厚生労働省に設置された「がん検診事業の評価に関する委員会」において専門家による検討を行い、市区町村がん検診の受診率を比較・評価するために用いる「対象者数」の統一的な考え方が、同委員会報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)において提案された。

今回の算出について

この度、同報告書の提案を踏まえ、以下の方法により「推計対象者数」の算出をおこなうとともに、「推計対象者数」を用いた平成 18 年度のがん検診受診率を、全市区町村について算出したところである。平成 19 年度以降のがん検診受診率についても、引き続き同様の算出を行っていくこととする。

○ 受診率の分母は、上記報告書において提案された考え方を参考として、以下の方法により算出した。各係数には、「平成 17 年国勢調査」において報告された人数を用いた。

40 歳以上(子宮がん検診は 20 歳以上)・男女ごとに、以下の計算式で算出した人数を「推計対象者数」とする。

各係数は直近の国勢調査において報告された人数を用いる。

$$\boxed{\text{推計}} = \boxed{\text{市区町村}} - \left(\boxed{\text{就業者数}} - \boxed{\text{農林水産業}} \right)$$

$$\boxed{\text{対象者数}} = \boxed{\text{人口}} - \left(\boxed{\text{就業者数}} - \boxed{\text{従業者数}} \right)$$

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(2)-④ 調査対象市区における事業報告時に用いる対象者の算出方法

(単位：市区、%)

報告方法	算出方法	市区数	構成比
i) がん検診台帳に基づく実測値	・市町村が整備するがん検診台帳に基づく 40 歳以上(子宮頸がんは 20 歳以上)の市町村の全人口	8	15.4
ii) 20 年報告書の算出方法に基づく推計値	・「市町村人口」－「就業者数」－「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」	10	19.2
iii) 充実強化通知の算出方法に基づく推計値	・「市町村人口」－「就業者数」－「農水業従事者」	21	40.4
iv) 市町村独自の算出方法に基づく推計値	<ul style="list-style-type: none"> ・「市町村人口」－「就業者数」－「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」－「治療中・長期不在等で受診出来ない者」 ・「国民健康保険加入者」＋「生活保護受給者」＋「後期高齢者医療制度加入者」－「老人ホーム等施設入所者」－「重度身体障害者施設入所者」－「居宅介護サービス受給者」－「入院者」－「国保人間ドック受診者」－「出稼ぎ者」 ・『健康診査等受診意向調査票兼申込書』による回答数(全戸に配布し回答率約 60%)－「市の健診を受けない(職場で受診・主治医で受診・その他)回答数」＋「国民健康保険及び後期高齢者医療制度加入者の未回答数」 ・「市町村人口」－「就業者数」＋「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」－「被爆者」 	4	7.7
v) 都道府県独自の算出方法に基づく推計値	<ul style="list-style-type: none"> ・ $A \times \alpha$ A：当該年度 4 月 1 日現在年齢階級(5 歳階級)別人口 α：(人口－就業者＋雇人のいない事業主＋家族従事者＋家庭内職者)÷人口 <p>(抽出調査による算出式)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①「区市町村が行うがん検診対象者数」＝「がん検診の対象年齢者」－「職場で受診がある者＋医療の中で検診相当行為を受けた者＋個人的に検診を受けた者＋入院・療養中等で検診を受診できない者」 ②「対象人口率」＝「抽出調査における区市町村が行うがん検診対象者数」÷「抽出調査におけるがん検診の対象年齢者数」 ③「対象人口率」を対象者年齢者数に乗じて「検診対象者数」を算出 <ul style="list-style-type: none"> ・「市町村人口」－「就業者数」＋「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」－「県内市町に居住する被爆者健康手帳等所持者及び第 1 種健康診断受診者証所持者」 	9	17.3
合計		52	100

(注) 当省の調査結果による。

図表2-(2)-⑤ 対象者の算出方法による受診率の比較（平成26年度）（試算）

（単位：人）

対象者の算出方法	調査対象市区	左記の算出方法による対象者数及び受診率			充実強化通知に基づく対象者数及び受診率			受診率の差異 (b-a)
		受診率(a)	受診者	対象者数	受診率(b)	受診者	対象者数	
i) がん検診台帳に基づく実測値	仙台市	23.2%	82,314	354,165	29.9%	82,314	275,009	6.7%
	登米市	44.3%	17,242	38,894	54.3%	17,242	31,747	10.0%
	大崎市	27.7%	15,692	56,577	35.0%	15,692	44,854	7.2%
	さいたま市	31.1%	111,765	359,093	36.0%	111,765	310,668	4.9%
	秩父市	4.9%	2,068	42,004	9.2%	2,068	22,448	4.3%
	守山市	10.6%	4,480	42,295	25.7%	4,480	17,423	15.1%
	新居浜市	5.3%	4,001	75,505	10.0%	4,001	39,946	4.7%
	西海市	16.3%	1,948	11,968	15.1%	1,948	12,922	-1.2%
計		24.4%	239,510	980,501	31.7%	239,510	755,017	7.3%
ii) 20年報告書の算出方法に基づく推計値	土別市	12.9%	1,139	8,801	12.6%	1,139	9,030	-0.3%
	深川市	25.9%	2,341	9,048	22.2%	2,341	10,563	-3.7%
	山形市	29.9%	21,595	72,224	28.9%	21,595	74,770	-1.0%
	米沢市	26.5%	7,087	26,700	25.4%	7,087	27,948	-1.2%
	本庄市	11.7%	2,818	24,008	11.7%	2,818	24,106	0.0%
	和光市	35.9%	6,699	18,647	41.7%	6,699	16,067	5.8%
	高松市	35.5%	41,193	116,124	34.1%	41,193	120,815	-1.4%
	坂出市	24.9%	4,831	19,365	24.2%	4,831	19,937	-0.7%
	三豊市	30.3%	7,273	24,006	29.1%	7,273	24,998	-1.2%
	南島原市	27.5%	5,806	21,099	26.7%	5,806	21,707	-0.8%
計		29.6%	100,782	340,022	28.8%	100,782	349,941	-0.8%
iv) 市町村独自の算出方法に基づく推計値	青森市	37.7%	28,249	74,976	28.4%	28,249	99,597	-9.3%
	平川市	35.8%	3,928	10,967	28.8%	3,928	13,620	-7.0%
	天童市	56.2%	8,240	14,654	42.0%	8,240	19,633	-14.3%
	長崎市	11.7%	12,123	103,684	8.4%	12,123	143,795	-3.3%
	計		25.7%	52,540	204,281	19.0%	52,540	276,645
v) 都道府県独自の算出方法に基づく推計値	文京区	28.3%	20,622	72,913	41.5%	20,622	49,679	13.2%
	武蔵野市	43.6%	21,388	49,109	58.1%	21,388	36,826	14.5%
	三鷹市	43.3%	26,761	61,738	56.2%	26,761	47,613	12.9%
	金沢市	14.2%	19,641	137,860	17.0%	19,641	115,683	2.7%
	輪島市	11.1%	1,624	14,619	12.9%	1,624	12,615	1.8%
	野々市市	32.1%	3,890	12,100	38.4%	3,890	10,126	6.3%
	広島市	22.6%	51,501	227,549	17.3%	51,501	297,479	-5.3%
	呉市	9.6%	7,318	76,503	8.9%	7,318	82,225	-0.7%
	安芸高田市	34.7%	3,619	10,424	28.9%	3,619	12,540	-5.9%
計		23.6%	156,364	662,815	23.5%	156,364	664,786	-0.1%

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(2)-⑥ 都道府県における市町村の受診率を比較・評価するための算出方法の使用状況

(単位:都道府県、%)

報告方法	都道府県数	構成比	都道府県名
i) 20年報告書の算出方法により集計	3	17.6	埼玉県、香川県、長崎県
ii) 充実強化通知の算出方法により集計	8	47.1	宮城県、青森県、福井県、 愛知県、滋賀県、鳥取県、 愛媛県、福岡県
iii) 都道府県独自の算出方法により集計	3	17.6	東京都、石川県、広島県
iv) 特に算出方法を決めていない	3	17.6	北海道、山形県、大阪府
合計	17	100	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「構成比」の各欄は、小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100にならない。

図表 2-(2)-⑦ 調査対象都道府県における受診率の算出方法に係る主な意見

- ・ 事業報告のがん検診の対象者数の算定と、受診率を比較するための対象者数の算定を異なる方法で行うと、受診率の管理が複雑になり好ましくない。また、他の都道府県と比較を行うので、対象者数の算定方法は全国で統一すべきである。
- ・ 職域での受診状況を明らかにすることにより、より正確ながん検診受診率の把握が可能となり、ひいては受診率の向上に資する効果的な対策を講ずることにつながるため、県独自で調査を実施しているが、本来は、国が主導して正確な受診率の算出方法を定めるべきではないか。
- ・ 事業報告の受診率は職域を含まないものであり、職域を含む受診率として「国民生活基礎調査」があるが、これは全数調査ではなく、また聞き取りによる調査であるため回答者の記憶違いがあるなど、正確性が怪しいものである。このため、県内の職域を含めた受診率を算定する仕組みが現在の状況である。がん検診の受診状況の実態を正確に把握するためにも、国において、職域を含むがん検診受診率の算定の仕組みを確立してもらいたい。
- ・ 事業報告で算出した受診率と「国民生活基礎調査」に基づく受診率を県のホームページで県民向けに公表しているが、がんの種別によって大きな差がみられ、一般には分かりにくいものとなっている。国は、受診率を向上させるための基礎となる対象者（母数）の把握方法について、はっきりとした方向を示してほしい。
- ・ 少なくとも、事業報告の数値など他の都道府県・市町村と比較するものは、国で統一した方法で算出するよう徹底して指導してほしい。
- ・ 職域でのがん検診の受診者を把握できれば、より正確に市町村事業の対象者数を把握できるので、国において把握するとともに、市町村に情報共有できるようなシステムを構築してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(2)-⑧ 調査対象市区における受診率の算出方法に係る主な意見

- ・ 事業報告において、がん検診対象者の算出方法の解釈が、市町村でまちまちで統一されておらず、市町村間の比較・評価のためにも、統一された条件で算出した受診率を用いることが必要である。
- ・ 受診率の算出に当たっては、母数となる対象者数の算出方法が市町村によって異なり、指標としては不適切である。また、がん検診は、保険者が実施する場合や事業者が福利厚生として実施する場合もあり、受診者数の把握に当たっては、実施主体間の情報交換ができるような何らかの仕組みが必要である。
- ・ 全国統一の基準を作してほしい。対象者の算出方法が市町村に任せられているのが現状であり比較が難しい。
- ・ 対象者の定義も算出方法それぞれで異なっており、受診率にも差が生じるため、一貫性のあるものにしてほしい。また、職域でのがん検診実施状況の把握等について、国としても積極的に努めていただき、がん検診受診率が、より信憑性の高いものとなるようにしてほしい。
- ・ 国の基本計画では、国民生活基礎調査に基づき、受診率の目標を設定しているが、国民生活基礎調査に基づく指標は飽くまでも推計値であり実態ではない。また、国民生活基礎調査では市町村単位での結果が分からない。このため、国の目指している目標値と市町村の受診率（事業報告）との比較ができない。国と市町村の目指す指標が異なり、比較ができないことは問題である。がん対策加速化プランにおいて、今後、がん検診受診率を比較可能な形で公表することとされたが、がん検診受診率の算出方法等について、市町村等へ聞き取りを行いながら実施してほしい。受診率に職域等で受診可能な者を入れることは難しいなどの現状があるため、有識者だけで決めるのではなく、現場の実態を把握しながら今後の在り方を決めてほしい。
- ・ 他の市町村の対象者の推計方法を知りたい。また、受診率は、全市町村統一した方法で算出すべきである。
- ・ 市町村間の比較が可能となるように、全市町村が同じ方法で受診率を算出することが望ましい。現在のがん検診の実施方法では、実測値を算出することは困難であるため、全ての受診者を一元管理するシステムが構築されれば一番良い。自己負担額は市町村で異なるかもしれないが、国等が職域、市町村事業をまとめて一律の受診券を発行し、一つのシステムの中で管理することができれば、正確な受診率を算定できるのではないかと。
- ・ がん検診の対象者の把握方法がいくつもあり、分かりづらい。可能であれば統一してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(2)-⑨ 事業報告の対象者数をがん検診台帳に基づく実測値で報告していない理由

(単位：市区、%)

分類	理由の例	市区数	構成比
がん検診台帳から職域で受診機会がある者を除いて対象者を算出することが困難であるため	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職域で受診機会がある者等を把握して、対象者名簿から除外することは事実上困難であるため。 ・ 職域や人間ドッグでのがん検診について、市では行っていないが、現状ではアンケート調査を行う以外にその実態をつかめない。これらの受診状況を正確に把握できるような仕組みづくりを希望する。 ・ 記入要領について、対象者数は、住民基本台帳に基づく人口ではなく、職域で受診機会がある者等を除いたものであると考えているが、職域で受診機会がある者等を把握する方法がないことから、充実強化通知の算出方法による推計値を用いている。 ・ 住民基本台帳に基づく対象年齢の全人口を対象とした対象者名簿を作成しているが、職域で受診機会がある者等の把握が困難であることから、充実強化通知で示された推計値を採用している。 	25	56.8
都道府県からの指導や、市区で業務上混乱を来たさないために統一するなどの判断をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県からの指導に基づき、現状では充実強化通知に基づく母数を使用している。 ・ 事業報告と県の統計集計で対象者が異なると業務が煩雑となり、業務遂行上の混乱を来すおそれがあり、両者で対象者数を統一した方が得策であるとの判断による。 	18	40.9
記入要領が不明確なため	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記入要領には、「当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の男女を対象とする」等とされているものの、何を基に記入するのかが明示されていないため。 	2	4.5
事実誤認や認識不足のため	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実数で算出しないことを認識していなかった。県の調査では、推計値で算出することとされているので、他の調査でも同様と認識していた。 	2	4.5
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん検診受診率が高い町村に視察した際に、独自の算出方法で算出していたことから、当該町村と同じ方法にした。 ・ 他の市に聞き取り調査をすると充実強化通知の算出方法により対象者数を決めている市がほとんどであったことから、他の市との比較検討する際、同じ条件の対象者数で比較した方が望ましいと判断したため。 	5	11.4

(注) 1 当省の調査結果による。

2 複数の分類に該当する理由を挙げた市区があるため、市区数は、がん検診台帳に基づく実測値ではなくその他の算出方法による推計値を用いている44市区と一致しない。

図表 2-(2)-⑩ 「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について」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331026 号厚生労働省健康局長通知）＜抜粋＞

第 1 共通的事項

9 他法による保健事業との関係

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には、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。

(注) 下線は、当省が付した。

(3) がん検診の精度管理・事業評価の推進

勸 告	説明図表番号
<p>【制度の概要等】</p> <p>項目2(1)で述べたとおり、がん検診によりがんを早期に発見し、がんによる死亡を減少させるためには、科学的根拠に基づき有効性が確認されたがん検診を多くの人に正しく実施することが重要であり、正しく実施するためには、がん検診の精度管理・事業評価を適切に実施し、がん検診の質を確保することが重要である。</p> <p>がん対策基本法第13条では、国及び地方公共団体は、がん検診の事業評価の実施等のがん検診の質の向上等を図るための必要な施策を講ずるものとされている。また、第2期基本計画では、「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」ことが目標とされている。</p> <p>がん検診の精度管理・事業評価の実施については、20年報告書において、国、都道府県、市町村等の役割分担の下、次の三つの段階を踏んで実施することが提案されている。</p> <p>① 目標と標準の設定</p> <p>国は、i) 検診実施機関の体制、実施手順等の指標となる「技術・体制的指標」、ii) 要精検率(注1)、精検受診率(注2)、陽性反応適中度(注3)等の「プロセス指標」に係る目標値及び許容値を設定</p> <p>② 質と達成度のモニタリング・分析</p> <p>都道府県が設置する協議会において、市町村や検診実施機関から報告される「技術・体制的指標」及び「プロセス指標」のモニタリング・分析及び評価を実施</p> <p>③ 改善に向けた取組</p> <p>都道府県は、協議会での評価結果をホームページ等で公表するとともに、評価結果に基づき、市町村や検診実施機関に対して、改善に向けた必要な指導等を実施。市町村は、都道府県からの指導等を踏まえ、必要に応じて検診実施機関の選定及び実施方法等の改善に向けた取組を実施</p> <p>(注1) がん検診受診者のうち、精密検査が必要とされた者の割合をいう。 (注2) 精密検査が必要とされた者のうち、精密検査を受けた者の割合をいう。 (注3) 精密検査が必要とされた者のうち、がんが発見された者の割合をいう。</p> <p>厚生労働省は、20年報告書を踏まえ、検診指針により、i) がん検診の事業評価を行うに当たっては、20年報告書で示された技術・体制的指標により実施状況を把握するとともに、プロセス指標に基づく評価を行うことが不可欠であること、また、ii) 事業評価の基本的な考え方については、20年報告書を参照することを都道府県、市町村等に対して周知・助言している。また、国立がん研究センターは、毎年度実施している「生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査」及び「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」により、都道府県及び市町村における精度管理・事業評価の実施状況を把握し、それぞれの調査結果を都道府県及び市町村にフィードバックしている(注)。</p> <p>(注) 「精度管理」、「事業評価」及び「精度管理・事業評価」の各用語については、がん対</p>	<p>図表2-(3)-①</p> <p>図表2-(3)-②～④</p> <p>図表2-(1)-④(再掲)</p> <p>図表2-(3)-⑤</p>

策基本法、基本計画、20年報告書及び検診指針においてそれぞれ使用されているものの、明確な定義はないため、本報告書では、20年報告書で提案されている一連の取組を「精度管理・事業評価」ということとする。

【調査結果】

今回、調査対象 17 都道府県及び 52 市区における平成 24 年度から 26 年度までの精度管理・事業評価の実施状況について調査したところ、以下のとおり、精度管理・事業評価が十分に実施されておらず、がん検診の質が十分に確保されていない状況がみられた。

ア 都道府県における精度管理・事業評価の実施状況

調査対象 17 都道府県における、①技術・体制的指標、プロセス指標のモニタリング・分析状況、②協議会における検討状況、③評価結果の公表状況及び④市町村への指導等の状況を調査したところ、次のとおり、北海道では①から④までの全てが未実施となっているほか、評価結果の公表が行われていない都道府県がみられるなど、一部の都道府県において不十分な状況がみられた。

- ① 技術・体制的指標及びプロセス指標のモニタリング・分析が実施されていないものが 1 都道府県（北海道）
- ② 協議会における検討が実施されていないものが 2 都道府県（北海道及び埼玉県）
- ③ 評価結果の公表が行われていないものが 4 都道府県（北海道、青森県、埼玉県及び愛媛県）
- ④ 市町村への指導等が実施されていないものが 3 都道府県（北海道、福岡県及び長崎県）

このほか、がん種別にみると、3年に1度しか精度管理・事業評価が実施されていないものもみられた（香川県）。

評価結果の公表が行われている 13 都道府県における大腸がん検診の陽性反応適中度（注）をみると、平成 25 年度では、2.4%から 4.6%までとなっており、許容値（1.9%以上）を満たしていた。

（注）各都道府県がそれぞれ算出し公表している数値であり、算出に使用したデータの範囲（対象となる検診の種類（集団・個別）、対象年齢等）が異なるため、単純な比較はできない。また、陽性反応適中度は、基本的には高い方が望ましいとされるが、受診者の年齢構成や検診受診歴（初回・非初回）等の影響を大きく受けるため、指標の数値の高低だけでは評価・比較はできないとされている。

しかし、精度管理・事業評価を全く実施していない北海道では、管内市町村の委託検診実施機関における胃がんの要精検率（37.5%）が許容値（11.0%以下）を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる事例がみられた（注）。

（注）要精検率が高い場合には、精密検査が必要でない者について、精密検査が必要と判定されている可能性があり、逆に要精検率が低い場合には、がんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。

一方、国立がん研究センターは「生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状

図表 2-(3)-⑥

図表 2-(3)-⑦

況調査」及び「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」を実施し、精度管理・事業評価を支援している。調査した都道府県の中には、これらの調査結果を活用して、これまで実施されていなかった協議会における検討や市町村への指導等を開始したものもあり、国立がん研究センターによる支援が精度管理・事業評価の推進に寄与している実態がみられた。

このように、都道府県における精度管理・事業評価については、国立がん研究センターの支援等により取組が推進されてきているものの、一部の都道府県では不十分な状況がみられた。精度管理・事業評価が不十分となっている都道府県からは、「都道府県、市町村等の役割や実施方法が不明確」、「市町村に対する指導権限が不明」などの意見が聴かれたが、前述のとおり、がん対策基本法や基本計画では、国及び地方公共団体ががん検診の精度管理・事業評価を行うことが明記されており、20年報告書においては、国、都道府県、市町村等の役割分担が示されている。

イ 市町村における精度管理・事業評価の実施状況

調査対象 52 市区のうち、平成 24 年度から 26 年度までにおいて都道府県から指導等を受けた 28 市区について、改善に向けた取組状況を調査したところ、何らかの取組を実施したと回答した市区は 14 市区 (50.0%)、特に実施していないと回答した市区は 14 市区 (50.0%) であった。このうち、何らかの取組を実施したと回答した 14 市区における具体的な取組内容は、次のとおりであった (複数回答あり)。

- i) がん検診受診率や精検受診率が低いとの指摘を踏まえ、未受診者への受診勧奨等を行ったものが 12 市区
- ii) プロセス指標の分析方法に不備があるとの指摘を踏まえ、集計方法の見直しを行ったものが 2 市区
- iii) 要精検率等のプロセス指標の把握・分析結果に基づく課題等についての指摘を踏まえ、がん検診の実施方法の見直しを行ったものが 3 市区

このように、都道府県から指導等を受けた市区の半数では、指導等を踏まえて改善に向けた取組を実施しており、その多くはがん検診及び精密検査の未受診者への受診勧奨による受診率向上に向けた取組を行っていた。受診率及び精検受診率の向上は精度管理・事業評価の基礎であり、これらの取組は全ての市町村で実施されるべきものである。一方、都道府県からの指導等を踏まえて、がん検診の実施方法の見直しまで実施している市区は少ない状況となっている。これについて調査対象市区からは、「要精検率やがん発見率、陽性反応適中度等の適正化について指摘を受けても、検診に係る医学的・専門的知識が必要であり、市町村では対応できない」との意見も聴かれた。

一方、市町村ががん検診の実施方法の見直しまで行っている大阪府では、毎年、全市町村のプロセス指標等の把握・集計・解析結果を報告書に取りまとめ、その中で市町村別のプロセス指標の分析や許容値を満たしていない場合の具体的な検討課題等を示すとともに、がん種別の精度管理マニュアルを作成し、

図表 2-(3)-⑧

図表 2-(3)-⑨

市町村におけるがん検診の実施方法の見直しに当たっての参考資料としている。また、滋賀県では、協議会におけるプロセス指標の評価結果のうち、精検受診率については市町に、要精検率及び陽性反応適中度については検診実施機関に指導等を行うなど、内容に応じて指導先を区分しており、市町村及び検診実施機関はそれぞれの役割に応じた改善の取組を実施している。

なお、大阪府及び滋賀県の平成 25 年度における陽性反応適中度は、それぞれ 4.4%、4.6%と、単純な比較はできないものの、他の都道府県より高い数値を示している。

このような各都道府県における効果的な取組を全国で共有し、それぞれの地域に適した指導方法により市町村における精度管理・事業評価の推進を図ることが重要と考えられる。

【所見】

したがって、厚生労働省は、がん検診の精度管理・事業評価を推進する観点から、都道府県に対し、評価結果の公表など精度管理・事業評価の実施を徹底させるとともに、市町村への指導等を含む都道府県における精度管理・事業評価の具体的な取組状況を情報収集し、効果的な取組事例を都道府県及び市町村に提供する必要がある。

図表 2-(3)-① がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

(がん検診の質の向上等)
 第 13 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。

(注) 下線は、当省が付した。

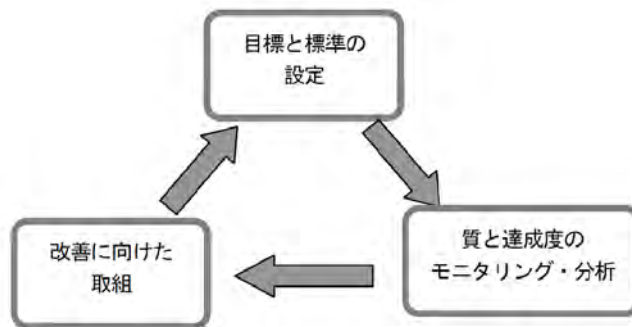
図表 2-(3)-② 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」(平成 20 年 3 月 がん検診事業の評価に関する委員会) 〈抜粋〉

3. がん検診の精度管理・事業評価について

3. 1. 現状及び基本的な考え方

わが国におけるがん検診の精度管理は、必ずしもすべての実施主体において十分行われているとはいえない。精度管理を向上させるにあたっては、英国等で成果を挙げているがん検診の精度管理のシステムが参考になる。これは、製品の質を高めるために用いられる品質管理手法に通じる考え方に基づいたシステムであり、3つの段階（「目標と標準の設定」、「質と達成度のモニタリング・分析」及び「改善に向けた取組」）がその基本的な構造。

わが国におけるがん検診の精度管理を推進するためには、この3つの段階について、がん検診に関わる関係者（国、都道府県、市町村、検診実施機関等）の役割を明確にした上で、それぞれが果たすべき役割を着実に果たしていくことが求められる。



3. 2. 「目標と標準の設定」に関する問題

(1) 現状及び基本的な考え方

② 事業評価指標について

がん検診の目的はがんによる死亡率減少であるため、がん検診の事業評価は一義的にはアウトカム指標としての死亡率減少により行われるべきものである。ただし、死亡率減少効果は人口の少ない市町村単位では評価が困難であることに加え、死亡率減少効果があらわれるまでには相当の時間を要することから、死亡率減少のみをもって短期的にがん検診の事業評価を行うことは困難。したがって、がん検診の事業評価においては、継続的に検診の質を確保するという観点から、「技術・体制的指標」及び「プロセス指標」の評価を徹底し、結果としてがんによる死亡率減少を目指すことが必要。

(参考) がん検診事業評価に用いる指標

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、がん発見率等
アウトカム指標	がん死亡率

図表 2-(3)-③ 各プロセス指標の意味

プロセス指標	各指標の意味
検診受診率	がん検診の対象者のうち、実際の受診者の割合。受診率は高いことが望ましい。
要精検率	がん検診受診者のうち、精密検査が必要とされた者(要精検者)の割合。要精検率が高い場合には、精密検査が必要でない者が「要精検」と判定されている可能性があり、逆に要精検率が低い場合にはがんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。なお、一般的には要精検率は、がんの有病率の高い集団では高く、有病率の低い集団では低くなる。
精検受診率	要精検者のうち、精密検査を受けた者の割合。精検受診率は高いことが望ましい。
精検未把握率	要精検者のうち、精検受診の有無が分からないもの及び精検結果が正確に分からない者の割合。
精検未受診率	要精検者のうち、精密検査機関に行かなかったことが判明している者の割合
陽性反応適中度	検診結果が「要精検」の者のうち、がんが発見された者の割合。基本的には高い値が望ましい。
がん発見率	がん検診受診者のうち、がんが発見された者の割合。がん発見率は高いことが望ましい。ただし、がん発見率は、がん検診の対象者の有病率によって異なることから、対象集団が異なる場合には単純に比較できないことに留意することが必要。 また、検診で発見されたがんに占める早期がんの割合を検討する。この割合が低い場合は、検診実施機関、精密検査実施機関において、がんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。

(注) 20年報告書に基づき、当省が作成した。

図表 2-(3)-④ プロセス指標とそれぞれの許容値及び目標値

	許容値					目標値 全がん
	乳がん	子宮頸がん	大腸がん	胃がん	肺がん	
精検受診率	80%以上	70%以上				90%以上
未把握率	10%以下					5%以下
未受診率	10%以下	20%以下				5%以下
未受診+未把握率	20%以下	30%以下				10%以下
要精検率	11.0%以下	1.4%以下	7.0%以下	11.0%以下	3.0%以下	
がん発見率	0.23%以上	0.05%以上	0.13%以上	0.11%以上	0.03%以上	
陽性反応適中度	2.5%以上	4.0%以上	1.9%以上	1.0%以上	1.3%以上	

(注) 20年報告書に基づき、当省が作成した。

図表 2-(3)-⑤ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(「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ついて」(平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知)の別添) <抜粋>

第3 がん検診

1 総則

(6) 事業評価

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。

報告書において、がん検診の事業評価は、一義的にはアウトカム指標としての死亡率により行われるべきであるが、死亡率減少効果が現れるまでに相当の時間を要すること等から、「技術・体制的指標」と「プロセス指標」による評価を徹底し、結果として死亡率減少を目指すことが適当とされた。この「技術・体制的指標」として、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」が示され、「プロセス指標」として、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等の許容値が示された。

がん検診の事業評価を行うに当たっては、「事業評価のためのチェックリスト」等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うことが不可欠である。

なお、報告書の「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「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。)に置き換えることとする。

6 大腸がん検診

(5) 事業評価

大腸がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、チェックリスト(市町村用)を参考とするなどして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、大腸がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

また、都道府県は、大腸がん部会において、地域がん登録及び全国がん登録を活用するとともに、チェックリスト(都道府県用)を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行う。さらに、チェックリスト(市町村用)の結果を踏まえ、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

なお、大腸がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

(注) 1 下線は、当省が付した。

2 大腸がん検診のほか、胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び子宮頸がん検診の事業評価の項目においても、同様の規定となっている。

図表 2-(3)-⑥ 調査対象 17 都道府県における精度管理・事業評価の実施状況

(単位：%)

都道府県名	精度管理・事業評価の実施状況				(参考)	
	①モニタリング・分析状況	②協議会における検討状況	③評価結果の公表状況	④市町村への指導等の状況	陽性反応適中度 (大腸がん) (許容値：1.9 以上)	
					24 年度	25 年度
北海道	×	×	×	×	—	—
青森県	○	○	×	○	—	—
宮城県	○	○	○	○	3.4	3.4
山形県	○	○	○	○	2.9	2.7
埼玉県	○	× (注 2)	×	○	—	—
東京都	○	○	○	○	2.9	2.9
石川県	○	○	○	○	3.9	4.2
福井県	○	○	○	○	— (注 7)	— (注 7)
愛知県	○	○	○	○	2.8 (注 8)	2.8 (注 8)
滋賀県	○	○	○	○	4.6	4.6
大阪府	○	○	○	○	4.8	4.4
鳥取県	○	○	○	○	3.2	2.7
広島県	○	○	○	○	3.3	2.4
香川県	△ (注 3)	△ (注 3)	△ (注 3)	△ (注 3)	4.7	—
愛媛県	○	○	×	○	—	—
福岡県	○	○	○	×	3.6	3.2
長崎県	○	○	○	×	3.6	3.4
合計	○：15 △：1 ×：1	○：14 △：1 ×：2	○：12 △：1 ×：4	○：13 △：1 ×：3		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 埼玉県は、協議会において検討はされていないが、「がん検診精度管理事業（がん検診結果統一集計）」において、分析・評価を行い、その結果を市町村ごとに報告書として取りまとめ、市町村に配布している。

3 香川県については、がん種別にみると 3 年に 1 度しか実施されていない。

4 陽性反応適中度は、各都道府県がそれぞれ算出し公表している数値であり、算出に使用したデータの範囲（対象となる検診の種類（集団・個別）、対象年齢等）が異なるため、単純な比較はできない。また、陽性反応適中度は、基本的には高い方が望ましいとされるが、受診者の年齢構成や検診受診歴（初回・非初回）等の影響を大きく受けるため、指標の数値の高低だけでは評価・比較はできないとされている。

5 福井県は、陽性反応適中度について県内市町村ごとに算出し公表しているが、県全体の数値については公表していない。このため、当省において、事業報告で公表されている数値を基に、県全体の陽性反応適中度を算出したところ、許容値を満たしていた。

6 愛知県の陽性反応適中度には、名古屋市の数値は含まれていない。

図表 2-(3)-⑦ 精度管理・事業評価が未実施のため、要精検率が許容値を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる事例

都道府県名	概要																																																															
北海道	<p>当該市では、3機関（A協会、B病院及びC病院）にがん検診を委託している。</p> <p>平成 25 年度の胃がんに係るプロセス指標を検診機関別にみると、下表のとおり、要精検率（許容値：11%以下）が 7.0%と最も低い委託検診機関はA協会（集団検診）、要精検率が 37.5%と最も高い委託検診機関はC病院となっている。A協会（集団検診）では、要精検率が最も低いにもかかわらず、精密検査を受診した結果、がんと診断された者は5人で陽性反応適中度（許容値：1.0%以上）は 7.4%と高くなっている。一方、C病院では、要精検率が最も高いにもかかわらず、精密検査を受診した結果、がんと診断された者は1人で陽性反応適中度は 0.67%と低い状況となっており、C病院では、要精検率が許容値を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる。</p> <p>また、平成 24 年度についても、C病院における胃がんの要精検率は、他機関と比べて高い傾向にあるが、当該市では、これらの原因分析や、委託検診機関に対する仕様書に基づいた設備や検診技術等の確認等の措置を講じていない。当該市は、行政機関の取組により改善可能な受診率及び精検受診率を向上させることに重点を置いており、プロセス指標値の活用に向けた取組については、市職員に精度管理に係る専門知識を有する者がいないため、委託検診機関に対するがん検診の実施方法等の聞き取り及びそれに基づいた指導等を行うことが困難であるとしている。</p> <p>さらに、20 年報告書の「事業評価のためのチェックリスト」において、委託検診機関との契約に当たって「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が示されているが、当該市では、仕様書を作成しておらず、チェックリストに基づいた精度管理の実施の有無等について把握していない。その理由について、平成 4 年度から現在に至るまで、委託検診機関は変わっておらず、委託検診機関との信頼関係が構築されているためとしており、単年度ごとに行う契約更新の際にも、契約書に「国が示す「がん検診の事業評価の手法について」に基づいた検診を行う」旨を明記するのみで、検査項目や検査手法等を具体的に記した契約内容となっていないとしている。</p> <p>当該市は、市が委託検診機関に対して指導等を行うのは困難であるため、北海道が主体となり、各市町村の検診委託機関に対して、各市町村におけるプロセス指標値を情報提供する等して、他市町村と比較してプロセス指標値がどのような水準にあるのかを検診委託機関に認識してもらいたいとしている。</p> <p style="text-align: center;">表 当該市の委託検診機関における胃がんに係るプロセス指標 (単位：人、%)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">受診者</th> <th rowspan="2">精検受診者 (精検受診率)</th> <th colspan="2">要精検者（要精検率）</th> </tr> <tr> <th></th> <th>うち、がんと診断された者（陽性反応適中度）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A協会 (集団検診)</td> <td>24年度</td> <td>989</td> <td>71 (88.8)</td> <td>80 (8.1)</td> <td>2 (2.5)</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>970</td> <td>62 (91.2)</td> <td>68 (7.0)</td> <td>5 (7.4)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A協会 (個別検診)</td> <td>24年度</td> <td>30</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>27</td> <td>2 (66.7)</td> <td>3 (11.1)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B病院</td> <td>24年度</td> <td>592</td> <td>60 (87.0)</td> <td>69 (11.7)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>548</td> <td>53 (91.4)</td> <td>58 (10.6)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">C病院</td> <td>24年度</td> <td>450</td> <td>110 (75.3)</td> <td>146 (32.4)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>403</td> <td>131 (86.8)</td> <td>151 (37.5)</td> <td>1 (0.67)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">計</td> <td>24年度</td> <td>2061</td> <td>241 (81.7)</td> <td>295 (14.3)</td> <td>2 (0.68)</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>1948</td> <td>248 (88.6)</td> <td>280 (14.4)</td> <td>6 (2.1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 当該市提供資料に基づき、当省が作成した。</p>			受診者	精検受診者 (精検受診率)	要精検者（要精検率）			うち、がんと診断された者（陽性反応適中度）	A協会 (集団検診)	24年度	989	71 (88.8)	80 (8.1)	2 (2.5)	25年度	970	62 (91.2)	68 (7.0)	5 (7.4)	A協会 (個別検診)	24年度	30	0	0	0	25年度	27	2 (66.7)	3 (11.1)	0	B病院	24年度	592	60 (87.0)	69 (11.7)	0	25年度	548	53 (91.4)	58 (10.6)	0	C病院	24年度	450	110 (75.3)	146 (32.4)	0	25年度	403	131 (86.8)	151 (37.5)	1 (0.67)	計	24年度	2061	241 (81.7)	295 (14.3)	2 (0.68)	25年度	1948	248 (88.6)	280 (14.4)	6 (2.1)
						受診者	精検受診者 (精検受診率)	要精検者（要精検率）																																																								
			うち、がんと診断された者（陽性反応適中度）																																																													
A協会 (集団検診)	24年度	989	71 (88.8)	80 (8.1)	2 (2.5)																																																											
	25年度	970	62 (91.2)	68 (7.0)	5 (7.4)																																																											
A協会 (個別検診)	24年度	30	0	0	0																																																											
	25年度	27	2 (66.7)	3 (11.1)	0																																																											
B病院	24年度	592	60 (87.0)	69 (11.7)	0																																																											
	25年度	548	53 (91.4)	58 (10.6)	0																																																											
C病院	24年度	450	110 (75.3)	146 (32.4)	0																																																											
	25年度	403	131 (86.8)	151 (37.5)	1 (0.67)																																																											
計	24年度	2061	241 (81.7)	295 (14.3)	2 (0.68)																																																											
	25年度	1948	248 (88.6)	280 (14.4)	6 (2.1)																																																											

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(3)-⑧ 都道府県から指導等を受けた調査対象市区における改善に向けた取組状況（平成 24～26 年度）
（単位：市区）

区分	市区数
改善に向けた取組を実施	14
i) がん検診受診率や精検受診率が低いとの指摘を踏まえ、未受診者への受診勧奨等を実施	12
ii) プロセス指標の分析方法に不備があるとの指摘を踏まえ、集計方法の見直しを実施	2
iii) 要精検率等のプロセス指標の把握・分析結果に基づく課題等についての指摘を踏まえ、がん検診の実施方法の見直しを実施	3
特に実施していない	14

（注）1 当省の調査結果による。

2 改善に向けた取組内容について、複数回答している市区がある。

図表 2-(3)-⑨ 都道府県の指導等により市町村におけるがん検診の実施方法の見直しを促していると考えられる事例

都道府県名	概要
大阪府	<p>大阪府では、精度管理指標の把握・集計・解析結果及び所見を記載した報告書「大阪府におけるがん検診」を毎年度末に取りまとめ、府内全市町村、検診実施機関及び保健所に送付している。同報告書では、全市町村の各がん検診別のプロセス指標（受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等）を始め、がん検診ごとに各種の集計・解析を行ったデータを掲載するとともに、市町村のランキングやがん検診別にプロセス指標ごとの要因の解析や課題・改善の方向性などの提言を掲載している。</p> <p>また、精検受診率の改善を図るため、精検受診率の状況を「大阪府がん対策推進委員会がん検診・診療部会」に報告し、国の許容値未満の市町村に対して、がん検診・診療部会長及び健康医療部長連名で、精検受診勧奨及び事後指導の徹底を要請する通知文書を送付し、改善指導を行っている。</p> <p>さらに、精度管理の向上のため、市町村のがん検診担当者が活用できる「子宮がん検診精度管理マニュアル」及び「胃がん検診マニュアル」を作成し、全市町村に配布している。</p>
滋賀県	<p>「滋賀県がん検診検討会がん検診部会」による指導・助言は、精検受診率については市町、要精検率及び陽性反応適中度については検診実施機関を対象としてそれぞれ実施している。</p> <p>各部会は、算出したプロセス指標を基に、がん検診の精度管理について協議を行い、改善を要する市町や検診実施機関に対して、書面により、指標が悪い要因とその改善策について回答を求めている。また、がん検診及び精密検査の実施方法について技術的な指導が必要な場合には、県担当者（検査技師）等による実施指導を行うこともあるとしている。</p>

（注） 当省の調査結果による。