

## 報告事項

### ① がん検診事業のあり方について

(厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会報告書)

## 資料 1

【資料 1】	がん検診事業のあり方について	P. 1～50
--------	----------------	---------

## がん検診事業のあり方について

令和5年6月

がん検診のあり方に関する検討会

# 目次

はじめに .....	1
第1章 がん検診に関する基本的事項 .....	2
1. 1. がん検診の目的、健診・検診・診療の違い .....	2
1. 2. がん検診の利益と不利益(表2) .....	2
1. 3. 検診実施の原則 .....	3
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) .....	5
第2章 日本におけるがん検診 .....	8
2. 1. がん検診の歴史(表5) .....	8
2. 2. がん検診に関連する法令等 .....	9
(1) 市町村事業によるがん検診(住民検診) .....	9
(2) 職域検診 .....	9
(3) その他の検診 .....	9
2. 3. 日本の目指すべきがん検診の実施方法 .....	10
(1) 日本におけるがん検診の現状 .....	10
(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) .....	10
第3章 がん検診における精度管理の手法 .....	19
3. 1. 住民検診の精度管理手法 .....	19
(1) 目標と標準の設定(第1段階) .....	19
(2) 質と達成度のモニタリング(第2段階) .....	24
(3) 指標の分析・評価、改善に向けた取組(第3段階) .....	26
(4) 住民検診の精度管理上の留意点 .....	27
3. 2. 職域検診の精度管理手法 .....	30
3. 3. 精度管理における地域・職域連携 .....	31
第4章 がん検診の受診率向上の手法 .....	32
4. 1. 個別受診勧奨・再勧奨の徹底 .....	32
4. 2. その他の主な受診率向上対策 .....	32
(1) がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 .....	334
(2) 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 .....	33
(3) 受診者の利便性向上に向けた取組 .....	33
(4) 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ .....	33
第5章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 .....	35
5. 1. 事業評価の全体像 .....	35
5. 2. 現在行われている事業評価(住民検診) .....	36
5. 3. 今後の検討課題 .....	37
「がん検診事業の評価に関する研究」班 班員名簿 .....	38
別添1 Wilson & Jungner による検診に関する 10 原則の見直し .....	39

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) .....	42
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) .....	45
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 .....	46
別添4 指針で定めるがん検診の内容 .....	48
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) .....	50
別添6 プロセス指標の基準値一覧 .....	114
別添7 がん検診に関する自治体からの照会及び回答 .....	126
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) .....	153
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) .....	156
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 .....	158
別添9-2-2 精検受診率(2018年) .....	162
別添9-3 がん検診の受診率(都道府県別)(2019年) .....	165
別添10 今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見 .....	168

## はじめに

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)」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)」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。

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。

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

## 第1章. がん検診に関する基本的事項

### 1. 1. がん検診の目的、健診・検診・診療の違い

がん検診は当該がんの死亡率減少を目的として(※1)、無症状の健康な集団から当該がんの疑いのある者とならない者を選別し、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)。

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

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

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

- ※1 大腸がん検診、子宮頸がん検診では、前がん病変の発見による当該がんの罹患率減少も目的とする。
- ※2 がん検診の対象は当該臓器のがんであり、がん以外の疾患や当該臓器以外のがんは対象にならない。
- ※3 がん検診は「検査」以外にも複数の工程を含むプログラムであり、「対象者の設定」、「受診勧奨」、「要精検者(当該がんの疑いのある者)の特定」、「検診結果の通知」、「精密検査への誘導」、「精密検査結果の把握」、「検診結果の分析・評価」などにより構成される。
- ※4 厚生労働省「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針(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

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

※1 偽陽性:がんがないにもかかわらず、がんの疑いがあると判定されること

偽陰性:がんがあるにもかかわらず、がんの疑いがないと判定されること

過剰診断:生命予後に影響しないがんを発見すること

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

表1 健診・検診・診療の違い

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

表2 がん検診の利益と不利益

利益	不利益
がん死亡率減少 真陰性者の安心	検診・精密検査の偶発症 (バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など) 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

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

ることなどから、検診には診療とは異なる原則が必要となる。

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

表3-1 Wilson & Jungnerによる検診実施の原則

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

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



表3-2 Andermannらによる検診実施の原則（研究班訳）

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

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

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

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

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

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

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

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

- ※1 Hakama M, et al. Evaluation of screening programmes for gynecological cancer. Br J Cancer. 1985; 52: 669–73.
- ※2 Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC).OJ L 327: 34–38
- ※3 Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. World Health Organization; 2007.
- ※4 Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, First report. European Commission, 2008.
- ※5 Miles A, et al. A perspective from countries using organized screening programs. Cancer. 2004;101: 1201–13.

## 第2章. 日本におけるがん検診

### 2. 1. がん検診の歴史(表5)

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

平成 19 年に「がん対策基本法(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	
昭和 58 年(1983 年)	老人保健法施行、老人保健事業に基づく胃がん・子宮がん検診 <sup>※1</sup> の開始
昭和 62 年(1987 年)	肺がん、乳がん、子宮体部がん検診 <sup>※2, 3</sup> の開始
平成 4 年(1992 年)	大腸がん検診の開始
平成 10 年(1998 年)	がん検診に係る経費の一般財源化
	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の策定 <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検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検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検診実施のための指針」の一部改正

※1 検診内容は「子宮頸部の細胞診」。

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

- ※3 平成 25 年の「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)」において「子宮頸がん検診」に統一された。現在子宮体部のがん検診は国の検診事業に含まれていない。
- ※4、5 平成 10～19 年のがん検診事業は法律に基づかないものであったが、この間国は事業の重要性や適切な実施方法に関する情報提供を行うため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を策定した。平成 20 年のがん検診事業は健康増進法に基づく事業に位置づけられた。指針については随時改正されており、表5では代表的な改正のみ示す。

## 2. 2. がん検診に関連する法令等

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

### (1) 市町村事業によるがん検診(住民検診)

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

### (2) 職域検診

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

### (3) その他の検診

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

※1 市区町村による健康増進事業以外のがん検診として、母子保健法(昭和 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。

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

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

### (2) 日本で Organized screening を目指すための取組(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 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)。これらの実現に向けて、国は関係者の役割を明確にし(表 6)、関係者は役割を着実に果たすことが必要である。以下(2-1)～(2-3)に 3 要件の概要を示す。また、「(2-2)適切な精度管理の実施」、「(2-3)受診率向上」の詳細は第 3～4 章で示す。

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

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

#### a) 生活習慣病検診等管理指導協議会

「健康診査管理指導事業実施のための指針」に基づいて都道府県が設置する組織。

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

#### b) 地域・職域連携推進協議会

「地域保健法第4条に基づく基本指針」及び「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」に基づいて、都道府県及び二次医療圏単位で設置された組織。

地域・職域連携推進事業の企画・実施・評価等における関係機関の合意形成で中核的役割を果たす。協議会では、健康づくりを支援する社会環境の整備として自治体、事業者、保険者等の関係者が相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解の下、それぞれが保有する保健医療資源を相互活用、保健事業の共同実施等により連携体制を構築する。

出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年9月）より抜粋・改変

#### c) 保険者協議会

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、都道府県ごとに設置された組織。

特定健診・保健指導の実施率向上対策のほか、保険者横断的な医療費の調査分析や特定健診データの保険者間での提供の推進、保険者横断的な予防・健康づくり等の取組を行う。具体的には、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者等の関係者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等の調整・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「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 指針では「がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮したうえで受診を検討することが望ましい」とされ、検診提供者(市区町村、検診機関)は、「対象者にがん検診の利益・不利益の説明を行うこと」が求められている。
- ※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ながら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 職域マニュアルで推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性がある。そのために、検診提供者(保険者、事業主)は検診の利益・不利益を理解し、対象者に十分に説明することが必要である。

## (2-2) 適切な精度管理の実施

### ① 検診精度管理の意義

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

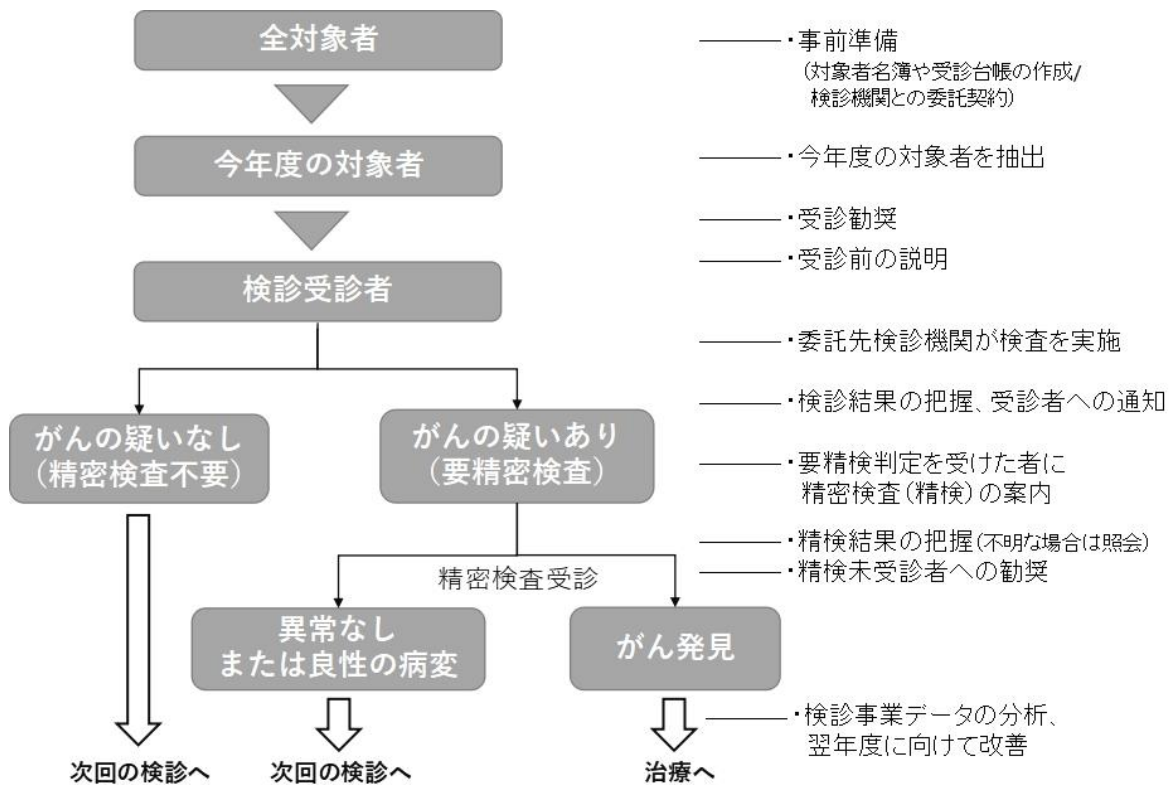


図1 がん検診の主な手順

表7 精度管理の欠如で想定される不利益の例

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

## ② 精度管理の手法【詳細は第3章参照】

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

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

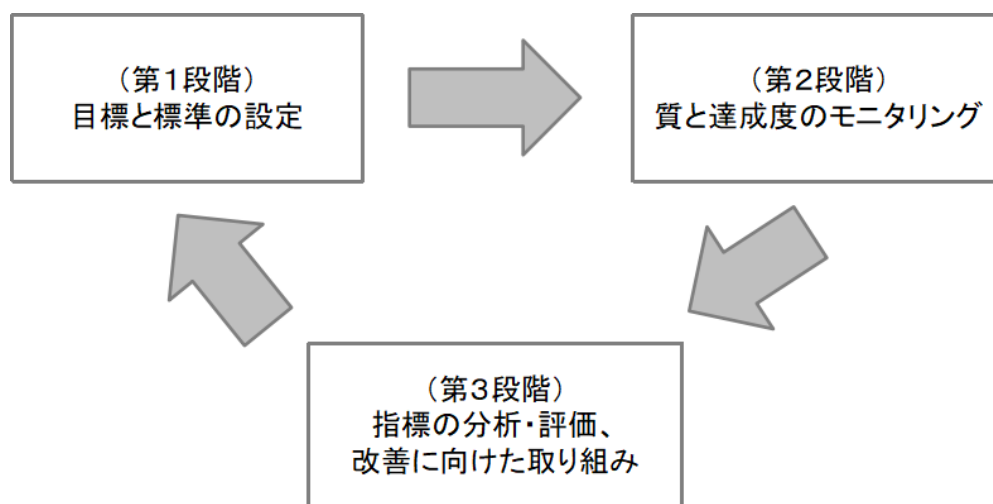


図2 精度管理手法の考え方

### (2-3) 受診率の向上

第 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。住民検診では自治体間で対象者の定義が統一されておらず、受診率の算定法が異なっていることが問題であったが、平成 27 年から対象者(受診率算定の分母)の定義が「全住民」に統一された。

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

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	地域保健・健康増進事業報告による受診率
意味	住民検診、職域検診、人間ドック等を含む全ての検診の受診率(推計値)	住民検診のみの受診率(実測値)
受診率の算定方法	(分母)調査の回答者数	(分母)全住民(※2)
	(分子)検診を「受診した」と回答した者の数	(分子)住民検診の受診者数
公表間隔	3年に一度	毎年度
活用目的	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
解釈上の注意点	受診率が過大評価されやすい ・回答者の解釈により、検診以外の検査が受診率に混在する可能性がある ・指針で推奨されていない検診が受診率に算定される	住民検診の対象者は平成27年以降に「全住民」に統一されたが、それ以前は各市区町村が独自に定義していた。そのため、平成27年前後の受診率の比較には注意が必要。

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

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

### ○住民検診の受診率—市区町村間で比較可能な受診率の算定方法

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

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

表9 市区町村間で比較可能な受診率の指標

	指標1	指標2
受診率の算定方法	(分母)全住民のうち、国民健康保険被保険者数	(分母)全住民

	(分子)住民検診受診者のうち、 国民健康保険被保険者数	(分子)住民検診の受診者数
--	--------------------------------	---------------

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

## ② 効果的な受診率向上施策【詳細は第4章参照】

受診率向上施策について第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。受診率向上施策には様々な手法があるが、科学的根拠があり(表10)、組織型検診でも用いられている個別受診勧奨(コール)・個別受診再勧奨(リコール)を着実に行うことが求められる。

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

対象者への介入(アプローチ)方法	乳がん検診	子宮頸がん検診	大腸がん検診
手紙や電話などによる勧奨・再勧奨 (コール・リコール)	推奨	推奨	推奨
スモールメディア (パンフレットやニュースレターなど)	推奨	推奨	推奨
1対1の教育 (医療従事者が行う健康教育や啓発など)	推奨	推奨	推奨
費用以外の障害の軽減 (例 休日夜間の受診、アクセス向上)	推奨	証拠不十分	推奨
自己負担費用の低減 (検診費用の補助など)	推奨	証拠不十分	証拠不十分
グループ教育(講演など)	推奨	証拠不十分	証拠不十分
報奨のみ(少額の現金やクーポン)	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
マスメディア	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
複合的アプローチ	推奨	推奨	推奨

出典: The Community Guide(CDC)

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

### 第3章. がん検診における精度管理の手法

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

#### 3.1. 住民検診の精度管理手法

##### (1) 目標と標準の設定(第1段階)

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

表11 精度管理指標の種類

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

##### (1-1) 技術・体制指標

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

都道府県、市区町村、検診機関はそれぞれのチェックリスト項目に従って体制を整備し、定期的に達成状況を自己点検する。チェックリスト項目の中には、都道府県/市区町村/検診機関がそれぞれ単

独では達成できず、お互いの連携が必要な項目も含まれる。また地域によっては、地区医師会等の協力がないと達成が難しい項目もある。対策型検診の全関係者は、必要に応じて連携しながら、全チェックリスト項目の達成を目指す必要がある。

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

国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、「予防・検診」

[https://ganjoho.jp/med\\_pro/cancer\\_control/screening/check\\_list.html](https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

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

## (1-2) プロセス指標

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

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

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

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を表7(上限74歳)、表7-2(上限69歳)に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団にお



ける性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。

表12 プロセス指標の意味と活用方法

プロセス指標	各指標の意味 【算出方法】	各指標値の評価	値が適正でない場合の検討事項		
			プロセス 指標値	予想される原因	検討内容
要精検率	検診において、精密検査の対象者が適切に絞られているか  【要精検者数／ 受診者数×100】	対象集団に応じて適切な範囲があり、極端な高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	高値	①受診者が有病率の高い集団に偏っている  ②偽陽性が多い	①有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか  ②各検診機関の要精検の判定基準は適切か
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている  ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等）  ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
精検受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか  【精検受診者数／ 要精検者数×100】	高いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、がん発見率を適切に評価できない）	高値	—（100%に近いことが理想）	
			低値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない） ③精検の受診勧奨が適切でない ④精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート） ③受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ④精検受診者の利便性
精検未受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか  【未受診者数／ 要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検の受診勧奨が適切でない ②精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	①受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか  ②精検受診者の利便性
			低値	—（0%に近いことが理想）	

				ただし精検未把握率が高い場合は、見かけ上未受診率も低くなることに注意	
精検未把握率	精検受診の有無や精検結果が、適切に把握されたか  【未把握者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート）
			低値	—（0%に近いことが理想）	
がん発見率	その検診において、適正な頻度でがんを発見できたか  【がんであった者／受診者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
陽性反応適中度	その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標（検診の精度を測る指標）  【がんであった者／要精検者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か（要精検率が高い場合、本来は精検が不要な者を要精検として判定している可能性がある）

【出典】 国立がん研究センター「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル(第2版)」より引用・改変

## (2) 質と達成度のモニタリング(第2段階)

### (2-1) 技術・体制指標のモニタリング(チェックリストの遵守状況調査)

#### ①モニタリング方法

チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する(※1)。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。

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

#### ②モニタリングの注意点

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

### (2-2) プロセス指標のモニタリング

#### ①モニタリング方法

都道府県と市区町村は、「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。

※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

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

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

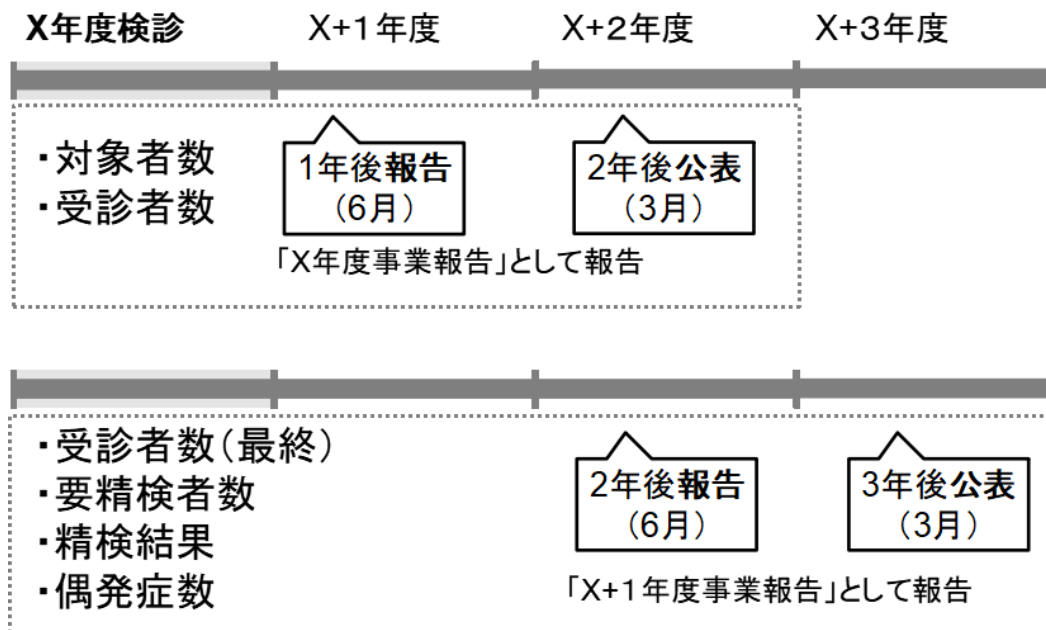


図3 「地域保健・健康増進事業報告」の報告時期および公表時期

### (3) 指標の分析・評価、改善に向けた取組(第3段階)

#### (3-1) 評価のフィードバックと公表(図4)

都道府県は管区内市区町村、検診機関の指標を分析・評価(※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)等を取組内容を諮問し、助言を得て実行する。

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

- ※1 指標の分析・評価として、全国や他都道府県との比較、県内市町村間/検診機関間のばらつきの確認などを行う。評価の低いもしくは指標に疑義のある場合(チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合)に、聞き取り調査や現場訪問を行い、原因(ばらつきの原因が体制の違いによるものか、対象集団の特性の差異によるものかなど)を検討し、問題の所在を明らかにする。
- ※2 フィードバックは資料配布や説明会の開催などにより行う。改善の取組を依頼するとともに、必要な技術的支援と指導等を実施する。
- ※3 市区町村が単独で検診機関の分析・評価・フィードバックを実施出来ない場合は、都道府県が行った分析・フィードバックを市区町村に共有すればよい。
- ※4 精度管理改善には当事者の市区町村や検診機関の自助努力のほか、地域のがん検診関係者の協力が必要である。都道府県は県医師会や地区医師会等の検診関係者にも必要な情報を共有し、協力を依頼する。また、広域的、専門的かつ技術的拠点である保健所は、市区町村の支援や検診機関の指導等に積極的に協力する。
- ※5 公表の目的は、改善の取組を促すことと、検診の質について住民が自ら判断できるようにすることであるため、都道府県名、市区町村名、検診機関名を付記して分かりやすく公表することが求められる。

#### (3-2) 改善策の実行

都道府県、市区町村、検診機関はフィードバック内容に従って改善策を実行する。

#### (3-3) 改善状況の確認

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

を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。

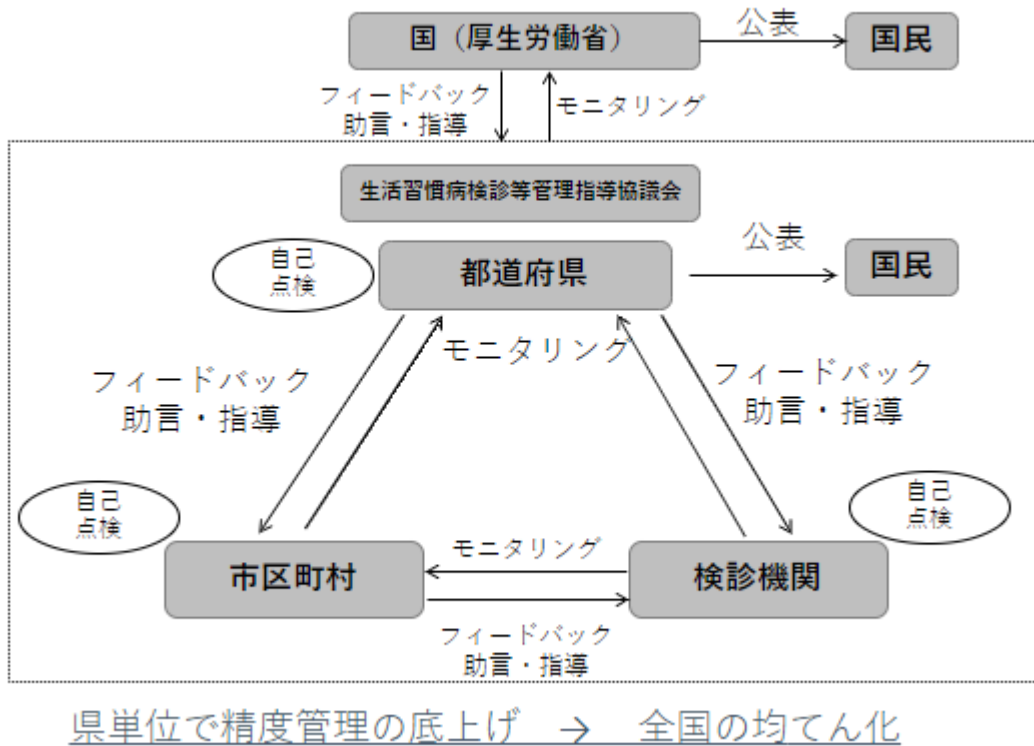


図4 住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像

#### (4) 住民検診の精度管理上の留意点

##### (4-1) 集団検診と個別検診における精度管理の特徴

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

個別検診における検診機関の定義は、「実際に検診を受託する個々の医療機関(診療所やクリニックなども含む)」である。従って個別検診では各医療機関が精度管理の対象となり、各々において「検診機関用チェックリスト」に準じた体制整備が求められる。ただし、地域によっては、地区医師会を1検診機関として扱い、各医師会において加盟医療機関の体制統一を進めることで、より円滑に精度管理が行える可能性がある。地区医師会がどの程度精度管理に協力できるかは地域差があるが、自治体は日頃から地区医師会等に対し、対策型検診の意義や精度管理の必要性を説明し、精度管理への協力体制を準備しておくことが求められる。

表13 集団検診と個別検診の特徴

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

※出典:「地域保健・健康増進事業報告」作成要領

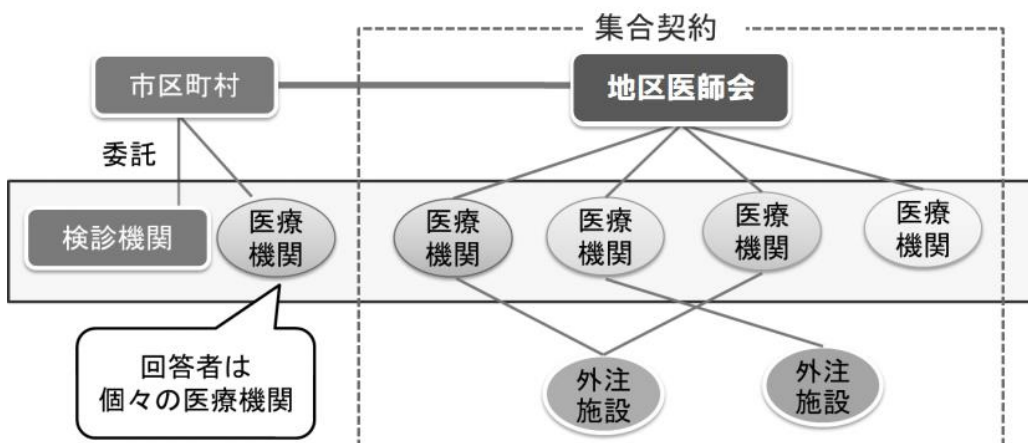


図5 個別検診の関係組織(模式図)

#### (4-2) 精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。



#### ○精検未受診率を下げる主な対策

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

#### ○精検未把握率を下げる主な対策

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

#### ※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

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

### (4-3) 精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。またその具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス(平成29年、個人情報保護委員会・厚生労働省)」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と明記されている。従って、精検機関が精検結果を市区町村もしくは、市区町村から委託

された検診機関に返却することは法的に問題はない。

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

#### （4-4） その他の留意点

がん検診精度管理に関する自治体からの照会及び回答を別添7に示す。

### 3. 2. 職域検診の精度管理手法

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

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

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

### 3.3. 精度管理における地域・職域連携

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

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

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

## 第4章 がん検診の受診率向上の手法

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

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。

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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を努める。

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。

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

### 4.2. その他の主な受診率向上対策

#### (1) がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組

がん検診は診療と異なり無症状者が受けるべきものだが、「がん対策・たばこ対策に関する世論調

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

## (2) 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施

高齢者は若年者と比べ、がん検診の不利益が利益を上回る可能性がある。諸外国ではがん検診を推奨する年齢に上限を設けており、日本の住民検診においても、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)

## (3) 受診者の利便性向上に向けた取組

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

## (4) 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ

### (4-1) 検診受診者へのインセンティブ

がん検診を受診しない理由として、内閣府の世論調査では、前述の上位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。

厚生労働省では、過去にがん検診を受診したことがない者に積極的に受診機会を提供するための施策として、平成21年度より、初年度の受診対象者に無料クーポン券を発行する事業を行っている(主に乳がん・子宮頸がん)。平成25年の厚生労働省検討会報告書では、「受診者へのインセンティブ(費用軽減)による受診率向上効果は明確に評価できなかったが、本事業により自治体側の名簿整備や勧奨システムの整備が促進された」と報告されている(※2)。

※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)」

※2 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について～」(平成 25 年)

#### (4-2) 検診提供者へのインセンティブ

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

経済産業省は、企業の社会的評価のためのインセンティブ制度として、平成 26 年度より「健康経営銘柄」を東京証券取引所と共同で実施している。この制度では、東京証券取引所の上場企業のうち、健康経営に優れた企業(従業員の健康管理に戦略的に取り組んでいる企業)を選定・公表し、資本市場での評価が高まることを通じて、企業全体に「健康経営」の取組が拡大することを目指している。企業の評価指標にがん検診の受診機会の提供が含まれる。

## 第5章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題

### 5.1. 事業評価の全体像

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

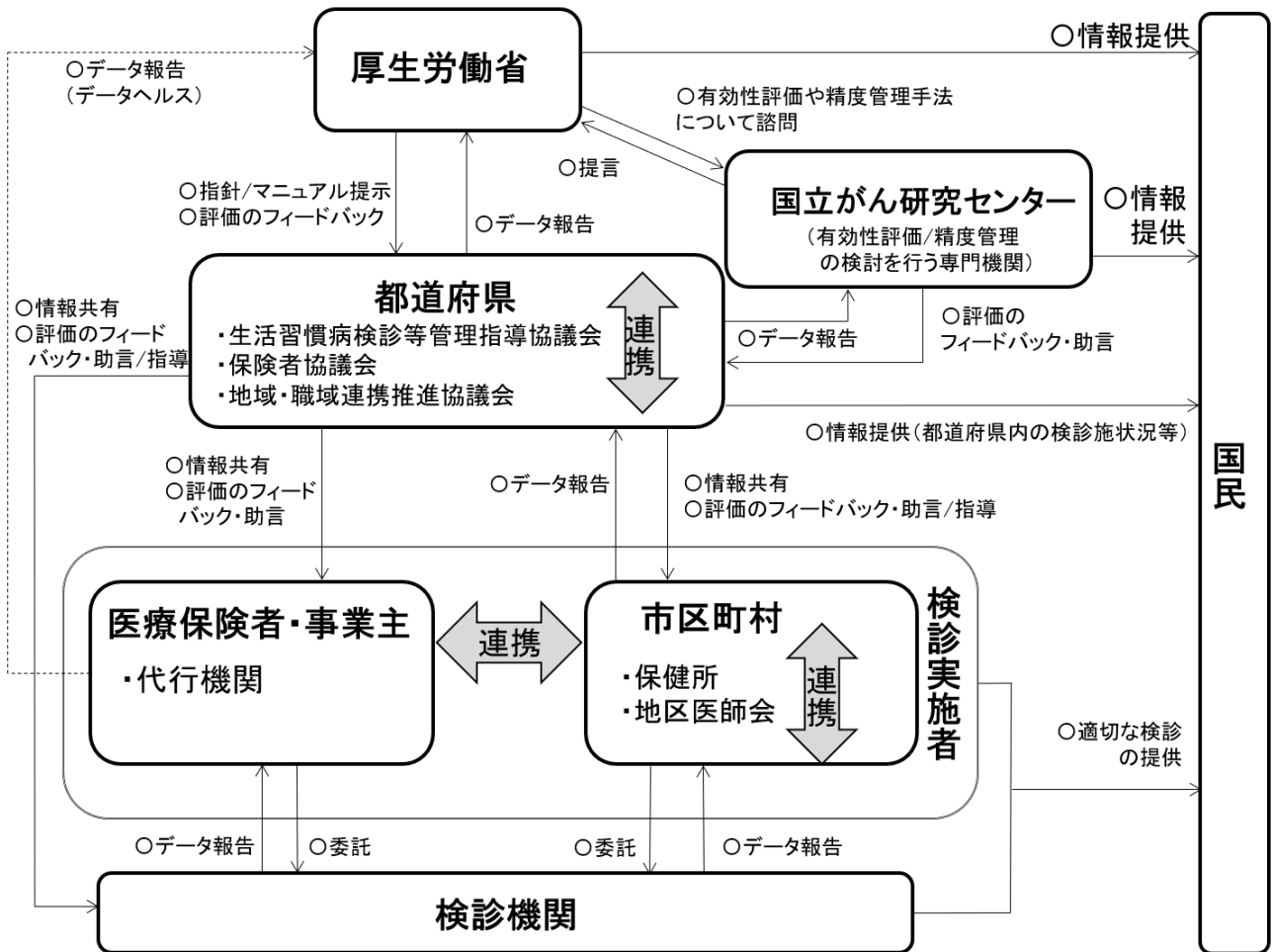


図6 対策型検診事業評価の全体像

## 5.2. 現在行われている事業評価(住民検診)

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

表14 住民検診の事業評価を目的とした調査一覧

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	検診項目、対象年齢、受診間隔等が指針の推奨どおりか。	市区町村	
		指針で推奨されていない検診を行っているか		
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	市区町村用チェックリストの遵守状況	市区町村	あり (国立がん研究センター※1)  プロセス指標値は「地域保健・健康増進事業報告」に基づいて国立がん研究センターが集計
	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	都道府県用チェックリストの遵守状況	都道府県	
	地域保健・健康増進事業報告	プロセス指標(要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検未把握率、発見率)	市区町村、保健所など	
受診率向上	国民生活基礎調査	がん検診の受診率(全てのがん検診)	全国の世帯及び世帯員	
	地域保健・健康増進事業報告	がん検診の受診率(住民検診のみ)	市区町村	あり (厚生労働省※2)
	「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	個別受診勧奨・再勧奨の実施状況	市区町村	なし

※1 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

[https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/screening/dl\\_screening.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html)

※2 e-stat(政府統計の総合窓口)

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



### 5.3. 今後の検討課題

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

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

今後がん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。

厚生労働行政推進調査事業費補助金(がん対策推進総合研究事業)

「がん検診事業の評価に関する研究」班 班員名簿

- 青木 大輔 慶應義塾大学医学部 産婦人科学
- 大内 憲明 国立大学法人東北大学大学院医学系研究科
- 笠原 善郎 恩賜財団福井県済生会病院・乳腺外科
- 加藤 勝章 公益財団法人宮城県対がん協会・がん検診センター
- 雑賀 公美子 長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院・総合医療情報センター医療情報分析室
- 斎藤 博 青森県立中央病院
- 佐川 元保 学校法人東北医科薬科大学・医学部光学診療部
- 祖父江 友孝 国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科・社会医学講座
- 高橋 宏和 国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部、がん医療支援部(併任)
- 立道 昌幸 学校法人東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学
- 中山 富雄 国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部
- 羽鳥 裕 公益社団法人日本医師会
- 町井 涼子 国立がん研究センターがん対策研究所・がん医療支援部
- 松田 一夫 公益財団法人福井県健康管理協会・医局

(五十音順、○は研究代表者)

所属は令和3年12月現在

## 別添6 プロセス指標の基準値一覧

厚生労働科学研究費補助金「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班（研究代表者：高橋宏和）、「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」班（研究代表者：祖父江友孝）において、プロセス指標の基準値（許容値、目標値）を設定した。

設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の2年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

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

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

基準値の一覧を次頁以降に示す。

## 基準値一覧

表1. 特異度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	90.9%	89.9%	88.7%	86.6%	84.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	91.0%	89.9%	88.8%	86.7%	84.6%
大腸	-	-	-	-	93.9%	92.9%	91.7%	90.6%	89.5%	87.3%	84.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	96.9%	95.9%	95.8%	94.7%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	97.0%	95.9%	95.9%	94.8%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	92.9%	91.9%	90.8%	90.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	93.0%	91.9%	90.9%	90.8%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	93.9%	93.9%	92.9%	91.8%	90.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%	96.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.9%	96.9%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	92.9%	91.9%	90.8%	88.8%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	93.0%	91.9%	90.9%	88.8%
大腸	-	-	-	-	93.9%	93.9%	93.8%	93.8%	92.7%	91.5%	89.4%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	96.9%	96.9%	95.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.0%	96.9%	95.9%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	89.8%	88.5%	89.5%	91.3%	91.2%	91.0%	90.8%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	89.8%	88.6%	89.6%	91.5%	91.4%	91.2%	91.1%
子宮頸	95.0%	94.9%	96.0%	95.6%	95.6%	96.6%	96.6%	97.7%	98.8%	98.6%	98.7%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	93.9%	92.9%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	94.0%	92.9%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	95.0%	94.9%	94.9%	94.9%	93.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	98.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.7%	94.7%	95.7%	95.7%	95.7%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.8%	94.8%	95.8%	95.7%	95.7%
子宮頸	95.0%	95.0%	96.0%	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%

表2. がん発生率の推計値（受診者10万対）

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	
男性（初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	29	62	178	397	804	1273	2032	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	14	31	89	198	402	637	1016	
大腸	-	-	-	-	120	254	557	869	1106	1624	2597	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	51	20	51	119	338	464	743	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	*	*	*	*	31	12	31	71	203	278	446	
男性（非初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	22	37	74	170	345	590	842	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	11	19	37	85	172	295	421	
大腸	-	-	-	-	38	65	119	200	307	448	542	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	9	20	40	81	163	296	435	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	6	12	24	48	98	178	261	
女性（初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	34	68	71	162	252	430	690	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	17	34	35	81	126	215	345	
大腸	-	-	-	-	105	196	340	509	566	968	1307	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	15	55	81	92	151	231	464	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	9	33	49	55	91	139	279	
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	535	1259	1177	1439	1426	1859	2147	
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	374	881	824	1007	999	1301	1503	
子宮頸（CIN3以上）	26	212	483	790	826	811	739	621	400	513	375	
女性（非初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	20	29	38	68	111	186	262	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	10	15	19	34	56	93	131	
大腸	-	-	-	-	32	50	82	117	159	224	280	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	8	15	27	45	77	121	176	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	*	*	*	*	5	9	16	27	46	73	106	
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	361	553	522	515	557	585	584	
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	253	387	365	360	390	410	409	
子宮頸（CIN3以上）	26	161	281	310	268	199	127	93	76	66	59	

表3. 要精検率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.1%	10.1%	11.3%	13.4%	15.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.0%	10.1%	11.2%	13.3%	15.4%
大腸	-	-	-	-	6.1%	7.1%	8.3%	9.4%	10.5%	12.7%	15.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.1%	4.1%	4.2%	5.3%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.0%	4.1%	4.1%	5.2%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.1%	8.1%	9.2%	9.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.0%	8.1%	9.1%	9.2%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	6.1%	6.1%	7.1%	8.2%	9.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%	3.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.1%	3.1%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.1%	8.1%	9.2%	11.2%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.0%	8.1%	9.1%	11.2%
大腸	-	-	-	-	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%	7.3%	8.5%	10.6%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.1%	3.1%	4.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.0%	3.1%	4.1%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	10.2%	11.5%	10.5%	8.7%	8.8%	9.0%	9.2%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	10.2%	11.4%	10.4%	8.5%	8.6%	8.8%	8.9%
子宮頸*	5.0%	5.1%	4.0%	4.4%	4.4%	3.4%	3.4%	2.3%	1.2%	1.4%	1.3%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.1%	7.1%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.0%	7.1%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	5.0%	5.1%	5.1%	5.1%	6.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.3%	5.3%	4.3%	4.3%	4.3%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.2%	5.2%	4.2%	4.3%	4.3%
子宮頸*	5.0%	5.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%

\*ASC-US以上の割合

表4. がん発見率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	
男性（初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.03%	0.08%	0.18%	0.37%	0.58%	0.93%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.05%	0.11%	0.22%	0.34%	0.55%	
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.14%	0.30%	0.47%	0.60%	0.88%	1.40%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.02%	0.01%	0.02%	0.05%	0.15%	0.21%	0.33%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.03%	0.10%	0.13%	0.21%	
男性（非初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.03%	0.08%	0.16%	0.27%	0.39%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.09%	0.16%	0.23%	
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.04%	0.06%	0.11%	0.17%	0.24%	0.29%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.02%	0.04%	0.07%	0.13%	0.20%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.08%	0.12%	
女性（初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.03%	0.07%	0.12%	0.20%	0.32%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.02%	0.04%	0.07%	0.12%	0.19%	
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.11%	0.18%	0.27%	0.31%	0.52%	0.71%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.04%	0.04%	0.07%	0.10%	0.21%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.02%	0.02%	0.03%	0.04%	0.07%	0.13%	
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.25%	0.58%	0.64%	0.78%	0.87%	1.14%	1.31%	
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.19%	0.44%	0.49%	0.60%	0.67%	0.88%	1.01%	
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.27%	0.43%	0.45%	0.45%	0.41%	0.34%	0.22%	0.28%	0.21%	
女性（非初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.09%	0.12%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.07%	
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.04%	0.06%	0.09%	0.12%	0.15%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.08%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.17%	0.25%	0.28%	0.28%	0.34%	0.36%	0.36%	
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.13%	0.20%	0.22%	0.21%	0.26%	0.28%	0.28%	
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.09%	0.15%	0.17%	0.15%	0.11%	0.07%	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%	

表5. 陽性反応適中度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	
男性（初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.22%	0.41%	0.90%	1.80%	3.27%	4.35%	5.96%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.13%	0.24%	0.53%	1.06%	1.94%	2.59%	3.56%	
大腸	-	-	-	-	1.07%	1.93%	3.64%	4.99%	5.69%	6.90%	9.30%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.14%	0.45%	1.14%	1.76%	3.67%	4.98%	6.31%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.73%	0.29%	0.73%	1.12%	2.37%	3.22%	4.10%	
男性（非初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.25%	0.34%	0.68%	1.10%	1.95%	2.94%	4.15%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.15%	0.20%	0.40%	0.65%	1.15%	1.74%	2.47%	
大腸	-	-	-	-	0.41%	0.70%	1.06%	1.77%	2.32%	2.95%	3.16%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.40%	0.89%	1.77%	1.79%	3.54%	6.26%	6.15%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.29%	0.57%	1.13%	1.13%	2.29%	4.08%	3.99%	
女性（初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.52%	0.54%	1.05%	1.43%	2.15%	2.82%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.31%	0.31%	0.62%	0.84%	1.28%	1.67%	
大腸	-	-	-	-	0.94%	1.74%	2.98%	4.40%	4.20%	6.18%	6.67%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.67%	2.42%	1.79%	2.03%	2.22%	3.36%	4.98%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.43%	1.55%	1.16%	1.30%	1.43%	2.16%	3.23%	
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.41%	5.05%	6.04%	8.96%	9.95%	12.64%	14.35%	
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.86%	3.91%	4.70%	7.02%	7.84%	10.00%	11.39%	
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.75%	2.82%	3.09%	6.57%	6.71%	12.78%	17.87%	28.69%	23.45%	
女性（非初回受診者）												
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.33%	0.43%	0.62%	1.01%	1.41%	1.69%	
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.20%	0.26%	0.37%	0.60%	0.83%	1.00%	
大腸	-	-	-	-	0.34%	0.54%	0.88%	1.25%	1.69%	2.37%	2.46%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.36%	0.67%	1.20%	1.99%	1.70%	2.65%	3.82%	
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.24%	0.43%	0.76%	1.27%	1.09%	1.71%	2.47%	
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.32%	3.52%	4.51%	5.29%	7.89%	8.26%	8.24%	
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.79%	2.72%	3.50%	4.11%	6.20%	6.49%	6.48%	
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.44%	0.96%	1.02%	1.52%	1.41%	2.57%	2.26%	2.31%	2.15%	



表6. 受診者の分布

		20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
胃												
男性	初回受診者	-	-	-	-	1.3%	0.8%	0.8%	0.7%	1.4%	2.2%	1.8%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.5%	2.3%	2.3%	2.6%	4.1%	9.5%	14.0%
女性	初回受診者	-	-	-	-	2.6%	1.4%	1.4%	1.2%	1.8%	1.9%	1.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	2.8%	4.3%	4.2%	4.8%	7.2%	11.2%	13.4%
大腸												
男性	初回受診者	-	-	-	-	0.9%	0.6%	0.6%	0.6%	1.1%	1.8%	1.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.0%	1.7%	1.8%	2.1%	3.4%	8.5%	14.0%
女性	初回受診者	-	-	-	-	1.9%	1.1%	1.1%	1.1%	1.7%	2.0%	2.0%
	非初回受診者	-	-	-	-	2.3%	3.7%	3.9%	4.9%	7.8%	13.8%	19.0%
肺												
男性	初回受診者	-	-	-	-	1.0%	0.7%	0.7%	0.7%	1.3%	2.8%	3.2%
	非初回受診者	-	-	-	-	0.9%	1.4%	1.5%	1.7%	2.9%	7.8%	13.7%
女性	初回受診者	-	-	-	-	2.0%	1.5%	1.4%	1.5%	2.4%	3.5%	4.1%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.7%	2.6%	2.8%	3.6%	6.3%	12.2%	18.0%
乳												
女性	初回受診者	-	-	-	-	8.4%	4.0%	3.4%	2.7%	3.2%	2.9%	2.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	7.4%	10.0%	9.8%	9.3%	11.4%	13.3%	15.5%
子宮頸												
女性	初回受診者	3.0%	3.5%	4.3%	3.8%	3.9%	3.1%	2.5%	1.8%	2.0%	1.7%	1.6%
	非初回受診者	0.8%	2.3%	4.6%	6.2%	7.7%	8.4%	7.8%	7.0%	8.0%	9.1%	9.9%

表7. 基準値（上限74歳）

	胃 (検診間隔2年)	胃 (検診間隔1年)	大腸	肺 (検診以外の肺に 関する検査の受診 なし)	肺 (検診以外の肺に 関する検査の受診 考慮)	乳 (すべての受診者の 検診間隔が2年)	乳 (連続受診者がいる ことを考慮)	子宮頸			
対象年齢	50-74歳	50-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	20-74歳	20-39歳	40-74歳	
感度	60%以上	60%以上	60%以上	50%以上	50%以上	40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上	40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上	CIN3以上：65%以上			
精検受診率	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上			
非初回受診者の2年連続受診者割合	-	-	-	-	-	30%以下	30%以下	40%以下			
要精検率	男女計 受診歴計	7.7%以下	7.6%以下	6.8%以下	2.4%以下	2.3%以下	6.5%以下	6.4%以下	2.5%以下	4.2%以下	1.9%以下
	初回	10.4%以下	10.3%以下	8.9%以下	3.2%以下	3.1%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
	非初回	7.1%以下	7.1%以下	6.4%以下	2.1%以下	2.0%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
	男性 受診歴計	9.4%以下	9.3%以下	8.6%以下	2.8%以下	2.8%以下	-	-	-	-	-
	初回	12.7%以下	12.6%以下	11.1%以下	3.9%以下	3.9%以下	-	-	-	-	-
	非初回	8.7%以下	8.6%以下	8.0%以下	2.5%以下	2.4%以下	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	6.6%以下	6.6%以下	5.8%以下	2.1%以下	2.0%以下	6.5%以下	6.4%以下	2.5%以下	4.2%以下	1.9%以下
	初回	12.7%以下	12.6%以下	7.5%以下	2.7%以下	2.7%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
	非初回	8.7%以下	8.6%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
	男女計 受診歴計	0.19%以上	0.11%以上	0.21%以上	0.10%以上	0.05%以上	0.40%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.18%以上	0.14%以上
	初回	0.33%以上	0.19%以上	0.49%以上	0.13%以上	0.07%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
	非初回	0.16%以上	0.10%以上	0.15%以上	0.08%以上	0.05%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
がん発見率*	男性 受診歴計	0.32%以上	0.19%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.08%以上	-	-	-	-	-
	初回	0.53%以上	0.31%以上	0.73%以上	0.19%以上	0.10%以上	-	-	-	-	-
	非初回	0.27%以上	0.16%以上	0.22%以上	0.14%以上	0.07%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	0.09%以上	0.05%以上	0.14%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.40%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.18%以上	0.14%以上
	初回	0.16%以上	0.09%以上	0.34%以上	0.09%以上	0.05%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
	非初回	0.08%以上	0.05%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
がん陽性反応適中度*	男女計 受診歴計	2.5%以上	1.5%以上	3.0%以上	4.1%以上	2.2%以上	6.1%以上	4.8%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.3%以上
	初回	3.1%以上	1.9%以上	5.5%以上	4.0%以上	2.2%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
	非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.1%以上	2.2%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上
	男性 受診歴計	3.4%以上	2.0%以上	3.6%以上	5.2%以上	2.9%以上	-	-	-	-	-
	初回	4.2%以上	2.5%以上	6.6%以上	4.7%以上	2.6%以上	-	-	-	-	-
	非初回	3.2%以上	1.9%以上	2.7%以上	5.5%以上	3.0%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	1.4%以上	0.8%以上	2.5%以上	3.0%以上	1.7%以上	6.1%以上	4.8%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.3%以上
	初回	1.8%以上	1.1%以上	4.5%以上	3.4%以上	1.9%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
非初回	1.3%以上	0.8%以上	1.9%以上	2.8%以上	1.5%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上	

\*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

表7-2. 基準値（上限69歳）

	胃 (検診間隔2年)	胃 (検診間隔1年)	大腸	肺 (検診以外の肺に 関する検査の受診 なし)	肺 (検診以外の肺に 関する検査の受診 考慮)	乳 (すべての受診者の 検診間隔が2年)	乳 (連続受診者がいる ことを考慮)	子宮頸			
対象年齢	50-69歳	50-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	20-69歳	20-39歳	40-69歳	
感度	60%以上	60%以上	60%以上	50%以上	50%以上	40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上	40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上	CIN3以上：65%以上			
精検受診率	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上			
非初回受診者の2年連続受診者割合	-	-	-	-	-	30%以下	30%以下	40%以下			
要精検率	男女計 受診歴計	7.1%以下	7.0%以下	6.2%以下	2.0%以下	2.0%以下	6.8%以下	6.8%以下	2.7%以下	4.2%以下	2.0%以下
	初回	9.5%以下	9.4%以下	8.0%以下	2.7%以下	2.6%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
	非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.8%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
	男性 受診歴計	8.9%以下	8.8%以下	7.7%以下	2.3%以下	2.3%以下	-	-	-	-	-
	初回	11.7%以下	11.6%以下	9.8%以下	3.3%以下	3.3%以下	-	-	-	-	-
	非初回	8.2%以下	8.1%以下	7.1%以下	1.9%以下	1.8%以下	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	5.8%以下	5.7%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	6.8%以下	6.8%以下	2.7%以下	4.2%以下	2.0%以下
	初回	9.5%以下	9.4%以下	6.9%以下	2.2%以下	2.2%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
	非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.1%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
	男女計 受診歴計	0.13%以上	0.08%以上	0.16%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.38%以上	0.29%以上	0.16%以上	0.18%以上	0.15%以上
	初回	0.24%以上	0.14%以上	0.35%以上	0.08%以上	0.04%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
	非初回	0.11%以上	0.06%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
	男性 受診歴計	0.23%以上	0.14%以上	0.25%以上	0.10%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	初回	0.39%以上	0.23%以上	0.52%以上	0.12%以上	0.06%以上	-	-	-	-	-
	非初回	0.19%以上	0.11%以上	0.25%以上	0.08%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	0.07%以上	0.04%以上	0.12%以上	0.04%以上	0.02%以上	0.38%以上	0.29%以上	0.16%以上	0.18%以上	0.15%以上
	初回	0.11%以上	0.07%以上	0.26%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
	非初回	0.06%以上	0.03%以上	0.08%以上	0.03%以上	0.02%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
	男女計 受診歴計	1.9%以上	1.1%以上	2.6%以上	3.0%以上	1.6%以上	5.5%以上	4.3%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.4%以上
	初回	2.5%以上	1.5%以上	4.4%以上	3.0%以上	1.6%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
	非初回	1.7%以上	1.0%以上	1.9%以上	3.0%以上	1.6%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上
	男性 受診歴計	2.6%以上	1.5%以上	3.2%以上	4.1%以上	2.3%以上	-	-	-	-	-
	初回	3.3%以上	2.0%以上	5.2%以上	3.6%以上	2.0%以上	-	-	-	-	-
	非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.5%以上	2.5%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	1.2%以上	0.7%以上	2.1%以上	2.2%以上	1.2%以上	5.5%以上	4.3%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.4%以上
	初回	1.5%以上	0.9%以上	3.7%以上	2.5%以上	1.4%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
	非初回	1.1%以上	0.6%以上	1.6%以上	2.1%以上	1.1%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上

\*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度