７医政第２５５号
令和７年８月２２日

がん検診実施医療機関長　様

長崎県医療政策課長
（ 公 印 省 略 ）

令和 6 年度「がん検診の事業評価のためのチェックリスト」及び
令和 4 年度検診に係る「プロセス指標値」の調査結果について（通知）

健康増進法第 19 条の 2 に基づき、各市町が実施する「がん検診」につきまして、日頃より格別のご理解とご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、市町が行う対策型がん検診においては、対象集団におけるがん死亡率を減少させるために、適切な精度管理の下で検診を実施することが極めて重要であることから、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（健発第 0331058 号平成 20 年 3 月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）」に基づく検診実施が求められているとともに、同指針においては『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。』と規定されているところです。

このたび、本県において、同指針等に基づき、令和 6 年度「がん検診の事業評価のためのチェックリスト」の遵守状況並びに令和 4 年度検診に係る「プロセス指標値」に基づく評価結果を、別添のとおり取りまとめましたので、フィードバックいたします。

つきましては、内容をご確認いただき、チェックリストの非遵守項目の削減に向けたご検討や、プロセス指標基準値等と大きく乖離する場合は、別添の資料を参考に、その原因や改善策のご検討を行っていただくなど、今後とも、がん検診の精度管理の一層の向上を図る取組に、引き続きご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

〇添付資料について

・（別紙）市町がん検診における精度管理について
・令和6年度各がん検診チェックリスト遵守状況（がん種別、個別・集団検診別）※1
・令和4年度各がん精度管理指標（がん種別・市町別）※2

※1※2：当該年度中に貴機関におけるがん検診実績がないがん種等にかかる資料の添付はありません。

※1：当該年度中にがん検診実績はあるが、該当がん種の資料添付がない機関は、令和6年度中に貴機関で実施したチェックリストのご提出が確認できませんでした。今年度以降、チェックリストによる自己評価の実施及び、とりまとめ先へのご提出についてよろしくお願いします。

〒８５０－８５７０
長崎県長崎市尾上町３－１
長崎県福祉保健部医療政策課がん・疾病対策班　　木原
電話：０９５－８９５－２４６７

（別紙）市町がん検診における精度管理について

がん検診は、市町が実施する住民検診に代表される「対策型検診」と、職場で受ける検診、人間ドックなどの個人が任意で受診する「任意型検診」があります。

「対策型検診」は、対象集団におけるがん死亡率の減少を目的としており、対象となる人々が公平に利益を受けられるよう、公共的な予防対策として行われます。

表１　対策型検診と任意型検診

検診方法	対策型検診	任意型検診
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
概要	予防対策として行われる、公共的な医療サービス	医療機関・検診機関などが任意で提供する医療サービス
検診対象者	構成員の全員 （一定の年齢範囲の住民など）	定義されない
検診費用	公的資金を使用	全額自己負担
利益と不利益	限られた資源の中で、利益と不利益のバランスを考慮し、集団にとっての利益を最大化	個人のレベルで、利益と不利益のバランスを判断

（国立がん研究センターホームページより抜粋）

がん検診には利益と不利益があるため、国は科学的根拠が確立したがん検診の受診を推奨しています。がん死亡を減らす効果が確実で、かつ、利益が不利益を上まわる検診とすることが大切です。

表２　がん検診の利益と不利益

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

〇がん検診精度管理の評価指標とは

がん検診を効果的に行うためには、検診の精度管理・事業評価が大変重要です。
がん検診の精度管理の評価指標は、「技術・体制指標」と「プロセス指標」によって把握します。

・「技術・体制指標」

がん検診に関わる自治体（都道府県、市町）、検診機関（医療機関）が最低限整備すべき体制のことで、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」において、「事業評価のためのチェックリスト」等により検診体制を整備することが求められています。

長崎県では、平成 19 年度から「事業評価のためのチェックリスト」を用いて、検診機関（医療機関）の回答日時点での実施状況を把握しています。

・「プロセス指標」

それぞれの体制の下で行った検診結果のことで、精検受診率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度などが代表的です。厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」報告書「がん検診事業のあり方について（令和６年７月）」において、全国の標準的な性・年齢階級に基づいたプロセス指標の基準値が示されています。

プロセス指標　新基準値一覧

	胃がん（エックス線）		大腸がん	肺がん（1年間隔）		乳がん（2年間隔）		子宮頸がん		
	2年間隔	1年間隔			検診以外の受診を考慮		連続受診を考慮			
対象年齢	50-69歳		40-69歳	40-69歳		40-69歳		20-69歳	20-39歳	40-69歳
算出に用いた感度*	60%以上		60%以上	50%以上		40歳代：60%以上 50歳代：70%以上 60歳以上：80%以上		65%以上		
要精検率	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
現在の許容値	11.0%以下		7.0%以下	3.0%以下		11.0%以下		1.4%以下		
精検受診率	90%以上									
がん発見率*	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
現在の許容値	0.11%以上		0.13%以上	0.03%以上		0.23%以上		0.05%以上		
陽性反応適中度*	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
現在の許容値	1.0%以上		0.19%以上	1.3%以上		2.5%以上		4.0%以上		
非初回受診者の2年連続受診者割合**						30%		40%		

23

＊子宮頸がんはCIN3以上に対する値　　＊＊国民生活基礎調査から算出したおおよその現状の値

（第３７回がん検診のあり方に関する検討会資料より抜粋）

・要精検率とは

がん検診受診者のうち、精検が必要と判定された人（要精検者）の割合です。検診で精検の対象者が適切に絞られているかを測る指標で、基本的には　低いほうが望ましい指標です。ただし、要精検率が低すぎる場合は、がんの見逃し（偽陰性：本来陽性の人を誤って陰性と判定している）が多い可能性があります。

また、がん検診の対象者のうち、実際にがんに罹患している人はごくわずかです（例：胃がん検診では１万人中 10 人程度)。したがって、要精検率が高い場合は不必要な陽性判定（偽陽性：本来陰性の人を誤って陽性と判定している）によって、本来受けなくてもよいのに精検を受ける人が多い可能性がありますので、これを極力抑える必要があります。

・要精検率が基準値より極端に高い場合等

各プロセス指標に、値が適正でない場合の検討内容が設けられています。要精検率が高い、あるいは極端に低い背景要因を検討し、対策を講じる必要があります。

要精検率が高い場合は、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に偏っていないか、各検診機関の要精検の判定基準は適切かなどを検討することとされています。

検討にあたっては、次ページの表１２プロセス指標の意味と活用方法（がん検診事業のあり方について（令和６年７月）より抜粋）をご参照ください。

※参照

・厚生労働省ホームページ　「がん検診」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html
・厚生労働省「がん検診事業の在り方」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41845.html
・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について」
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001266937.pdf
・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」
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001512304.pdf
・国立がん研究センター「事業評価のためのチェックリスト」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html
・国立がん研究センター「がん検診の都道府県別プロセス指標」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/process-indicator.html

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	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偽陽性が多い	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	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偽陰性が多い	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	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）	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精検の受診勧奨が適切でない	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精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	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	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精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	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	

検診機関名	[redacted]

令和６年度子宮頸がん検診チェックリスト遵守状況

未実施項目数	評価
0	A

【未実施項目数：A0、B1-6、C7-12、D13 以上、Z 無回答】

		貴施設回答	実施率(%) (173検診機関)
1-1	検診結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明しましたか。	○	98.8%
1-2	要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しましたか。	○	100.0%
1-3	精密検査の方法について説明しましたか（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）。	○	98.8%
1-4	精密検査結果は市町へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しましたか。	○	97.7%
1-5	検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しましたか。	○	98.3%
1-6	検診間隔は2年に1回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しましたか。	○	98.8%
1-7	子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、また近年の罹患や死亡の動向などを説明しましたか。	○	96.5%
2-1	検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による細胞診を行いましたか。	○	99.4%
2-2	細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を仕様書に明記しましたか。	○	95.9%
2-3	検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理(固定など)しましたか。	○	100.0%
2-4	細胞診検査の業務（細胞診の判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しましたか。	○	86.5%
2-5	検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行いましたか。	○	100.0%
2-6	検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じましたか。	○	99.4%
2-7	検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。	○	100.0%
2-8	問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しましたか。	○	100.0%
2-9	問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行いましたか。	○	100.0%
2-10	問診記録は少なくとも5年間は保存していますか。	○	100.0%
2-11	視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しましたか。	○	100.0%
3-1	細胞診判定施設は、（公社）日本臨床細胞学会の施設認定を受けていますか。もしくは、（公社）日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行いましたか。	○	100.0%
3-2	細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行い、再スクリーニング施行率を報告しましたか。	○	93.0%
3-3	全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステムの基準で細胞診結果を報告しましたか。	○	100.0%
3-4	子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3)、子宮頸部上皮内腺がん(AIS)、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行いましたか。	○	94.2%
3-5	標本は少なくとも5年間は保存していますか。	○	99.4%
4-1	受診者への結果の通知・説明、またはそのための市町への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされましたか。	○	99.4%
4-2	がん検診の結果及びそれに関わる情報について、市町や医師会等から求められた項目を全て報告しましたか。もしくは、全て報告されていることを確認しましたか。	○	100.0%
4-3	精密検査方法及び、精密検査（治療）結果（精密検査の際に行ったHPV検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと）について、市町や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めましたか。	○	97.7%
4-4	診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医を交えた会）等を設置していますか。もしくは、市町や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しましたか。	○	65.3%
4-5	自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3以上発見率、CIN3以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握していますか。	○	75.0%
4-6	プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行いましたか。	○	82.1%
4-7	県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市町、医師会等から指導・助言等あった場合は、それを参考にして改善に努めましたか。	○	89.6%

検診機関名	[redacted]

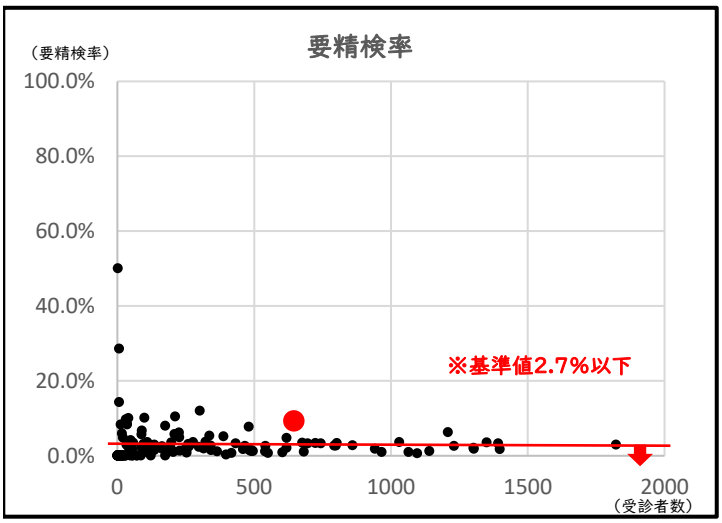
子宮頸がん精度管理指標

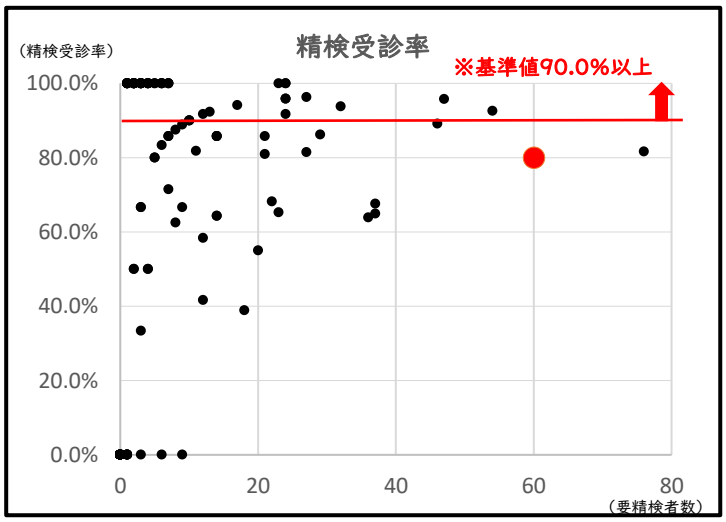
人数	受診者数 ①	要精検者数 ②	精検受診者数 ③	がん発見数 ④
貴施設　数値	644人	60人	48人	1人
長崎県内全体	43,369人	1,189人	972人	31人

プロセス指標	要精検率 (②／①)	精検受診率 (③／②)	がん発見率 (④／①)	陽性反応的中度 (④／②)
貴施設　数値	9.3%	80.0%	0.2%	1.7%
長崎県内全体	2.7%	81.7%	0.1%	2.6%
基準値（※）	2.7%以下	90.0%以上	0.16%以上	5.9%以上

※住民検診に代表される対策型検診においては、厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」報告書「がん検診事業のあり方について（令和6年7月）」で、がん検診の精度管理のため、全国の標準的な性・年齢階級に基づいたプロセス指標の基準値が示されており、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ことが望ましいとされています。（別紙参照）

■指標別散布図（長崎県内156検査機関）





※上記散布図のうち、●が貴院のデータです。