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<br>（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<br><br>真陰性者の安心 | 検診・精検の偶発症<br>（バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など）<br>過剰診断<br>（過剰治療、精神的負担）<br>偽陽性<br>（本来不要な精検による精神的、身体的、経済的負担）<br>偽陰性<br>（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<br>50歳代：70%以上<br>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<br>【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<br><br>【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<br><br>【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<br><br>【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）<br>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 | |
|---|---|

# 令和６年度肺がん検診チェックリスト遵守状況

| 未実施項目数 | 評価 |
|---|---|
| 12 | C |

【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(%)<br>(447検診機関) |
|---|---|---|---|
| 1-1 | 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（喀痰細胞診で要精密検査となった場合には、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を説明しましたか。 | ○ | 99.6% |
| 1-2 | 精密検査の方法について説明しましたか（精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）。 | ○ | 98.7% |
| 1-3 | 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。 | ○ | 98.2% |
| 1-4 | 検診の有効性（胸部X線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しましたか。 | × | 97.8% |
| 1-5 | 検診間隔は1年に1回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しましたか。 | × | 98.9% |
| 1-6 | 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しましたか。 | × | 96.4% |
| 1-7 | 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行いましたか。 | ○ | 97.3% |
| 2-1 | 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部X線検査、及び質問の結果、50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）が600以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診としましたか。 | ○ | 80.0% |
| 2-2 | 質問(問診)では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取しましたか。<br>また最近6か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧めましたか。 | × | 97.3% |
| 2-3 | 質問（問診）記録は少なくとも5年間は保存していますか。 | ○ | 99.6% |
| 2-4 | 肺がん診断に適格な胸部X線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部X線の画質の評価と、それに基づく指導を行いましたか。 | ○ | 92.4% |
| 2-5 | 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式）、フイルムサイズ、モニタ読影の有無を仕様書に明記し、日本肺癌学会が定める、肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影しましたか。 | ○ | 91.9% |
| 2-6 | 胸部X線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しましたか。 | ○ | 99.8% |
| 3-1 | 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影研修会」の受講の有無等）を報告していますか。 | ○ | 83.2% |
| 3-2 | 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件を満たしていますか。 | × | 74.0% |
| 3-3 | 2名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたものは、過去に撮影した胸部X線写真と比較読影しましたか。 | ○ | 96.5% |
| 3-4 | 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行いましたか。 | ○ | 96.2% |
| 3-5 | シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従いましたか。 | ○ | 96.2% |
| 3-6 | 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分」によって行いましたか。 | ○ | 95.9% |
| 3-7 | 胸部X線画像は少なくとも5年間は保存していますか。 | ○ | 98.4% |
| 3-8 | 胸部X線による検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。 | ○ | 99.8% |
| 4-1 | 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書等に明記しましたか。 | ○ | 84.1% |
| 4-2 | 採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行いましたか。 | ○ | 88.6% |
| 4-3 | 固定標本の顕微鏡検査は(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行いましたか。 | ○ | 89.2% |
| 4-4 | 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングしましたか。 | ○ | 88.3% |
| 4-5 | がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行いましたか。 | ○ | 88.5% |
| 4-6 | 標本は少なくとも5年間は保存していますか。 | ○ | 88.0% |
| 4-7 | 喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。 | ○ | 91.0% |
| 5-1 | 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。 | × | 93.4% |
| 5-2 | 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。 | × | 98.8% |
| 5-3 | 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果（診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など）について、市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。 | × | 95.0% |
| 5-4 | 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」を年1回以上開催していますか。もしくは他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会を年に1回以上受講させていますか。 | × | 79.1% |
| 5-5 | 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家を交えた会）を年に1回以上開催していますか。もしくは、市町や医師会等が設置した同様の委員会に年1回以上参加していますか。 | × | 83.4% |
| 5-6 | 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しましたか。 | ○ | 82.6% |
| 5-7 | プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行いましたか。 | × | 83.6% |
| 5-8 | 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考にして改善に努めましたか。 | × | 92.0% |

| 検診機関名 | |
|---|---|

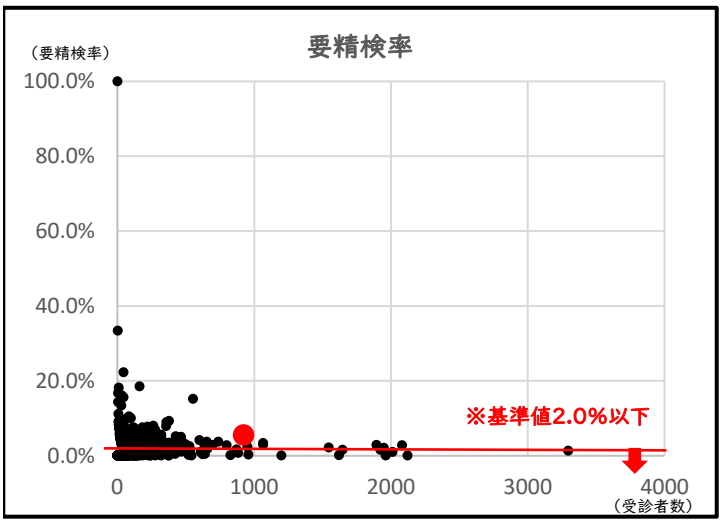
## 肺がん精度管理指標

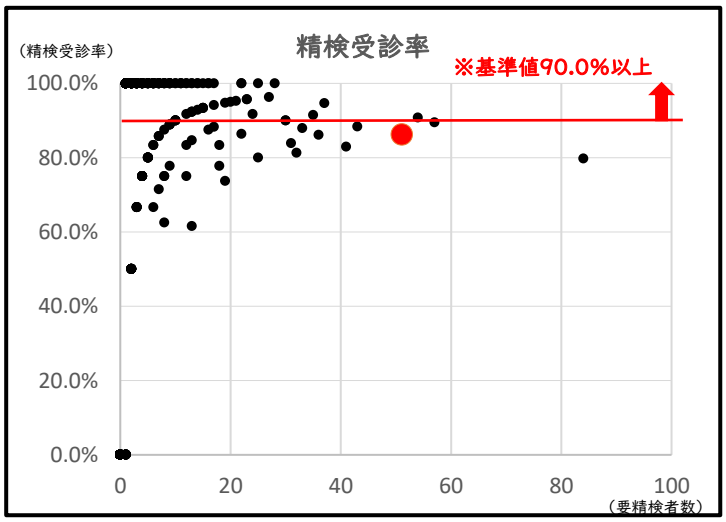
| 人数 | 受診者数<br>① | 要精検者数<br>② | 精検受診者数<br>③ | がん発見数<br>④ |
|---|---|---|---|---|
| 貴施設　数値 | 921人 | 51人 | 44人 | 1人 |
| 長崎県内全体 | 91,898人 | 2,089人 | 1,894人 | 69人 |

| プロセス指標 | 要精検率<br>(②／①) | 精検受診率<br>(③／②) | がん発見率<br>(④／①) | 陽性反応的中度<br>(④／②) |
|---|---|---|---|---|
| 貴施設　数値 | 5.5% | 86.3% | 0.1% | 2.0% |
| 長崎県内全体 | 2.3% | 90.7% | 0.1% | 3.3% |
| 基準値（※） | 2.0%以下 | 90.0%以上 | 0.06%以上 | 3.0%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454検査機関）




※上記散布図のうち、●が貴院のデータです。