

第37回がん検診のあり方に関する検討会

議事次第

日時：令和5年1月30日（月）14：00～17：00

場所：オンライン開催

1 開 会

2 議 題

(1) 報告

- ① 新型コロナウイルス感染症によるがん検診・がん診療への影響（2021年度）
- ② がん検診の代替指標について
- ③ がん検診事業のあり方について
- ④ 職域におけるがん検診の実態について

(2) 議論

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業

【資 料】

資料1 新型コロナウイルス感染症によるがん検診及びがん診療などへの影響
（2021年度評価）（高橋参考人提出資料）

資料2 がん検診の有効性評価に関する死亡率減少につながる頑健性の高い代替指標
に関する研究（中山構成員提出資料）

資料3－1 がん検診事業評価報告書の更新について

資料3－2 がん検診事業の評価について（高橋参考人提出資料）

資料4 被用者保険におけるがん検診の実施状況について

資料5 今後のがん検診の受診率向上に資する方策について

参考資料1 「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿

参考資料2 「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱

参考資料3 がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針
（健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添）

参考資料4 がん検診事業のあり方について（案）（高橋参考人提出資料）

参考資料5 令和4年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査

第37回がん検診のあり方に関する検討会	資料 1
令和5年1月30日（月）	

新型コロナウイルス感染症による がん検診及びがん診療などへの影響（2021年度評価）

厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの
受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」

国立がん研究センター 高橋宏和

2020年度の評価（1）

○がん検診受診者数への影響（地域保健・健康増進事業報告）

- 2020年度は、2017-2019年度平均と比べ、5つのがん種において受診者数はおよそ1-3割減少
- 個別検診と比べ、集団検診の減少幅がより大きい
- 胃がん検診が最も減少

○がん診療連携拠点病院等におけるがん登録数への影響

- 院内がん登録実施病院863施設の全登録数は、前年度と比較し594施設で減少（平均4.6%減、がん診療連携拠点病院等では平均5.3%減）
- がん検診発見数は、それ以外と比べ登録数の減少割合が大きい
- 特定警戒地域は、その他の地域と比べ一時的に大きく減少し、その後差は縮小
- 2020年の部位別増減率は、2016-2019年の4年平均と比べ胃・大腸・子宮頸・甲状腺・前立腺・皮膚などで減少

2020年度の評価（2）

○がん外科手術数への影響

- NCDデータによると、2020年の主要20外科手術数は前2年と比べ15%減少
- 胃がん、大腸がん、甲状腺がんほか小児鼠経ヘルニア、小児虫垂炎などが減少
- 膵がんのほか、成人虫垂炎、上行大動脈置換術などは変わらず
- 感染程度の高い地域は、他と比べ大きく減少



- 特に感染程度の高い地域において、症状のない疾患（検診に関わるがんを含む）ならびに緊急性が比較的低い手術数の減少が顕著

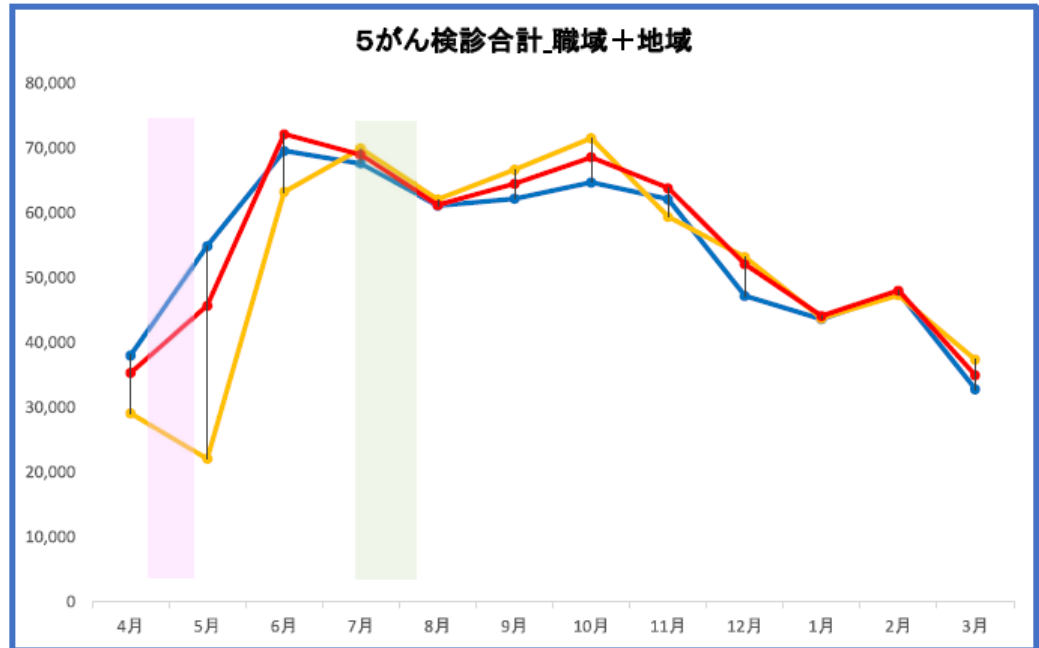
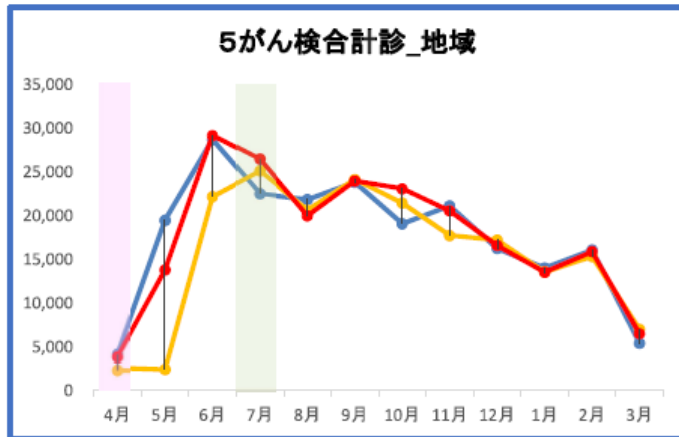
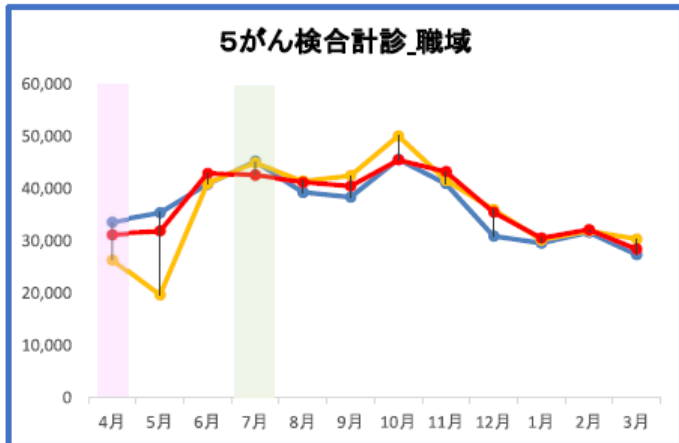
がん検診・がん診療受診者数減少の要因（2020年度）

1. 緊急事態宣言に伴う政府や専門学会の通知
2. がん検診実施者（市区町村・保険者・事業主）による実施延期・中止
3. 感染の恐れによる検診および医療の受診控え
4. がん検診実施機関・医療機関のキャパシティー減少

がん検診受診者数の推移（聖隷福祉事業団）

5がん検診合計

—●— 2019年
—●— 2020年
—●— 2021年

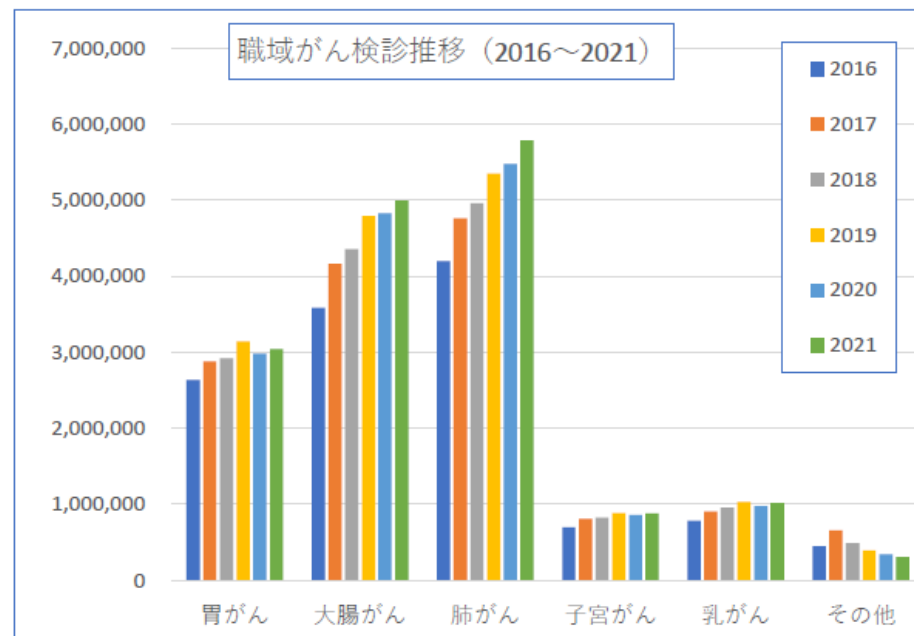
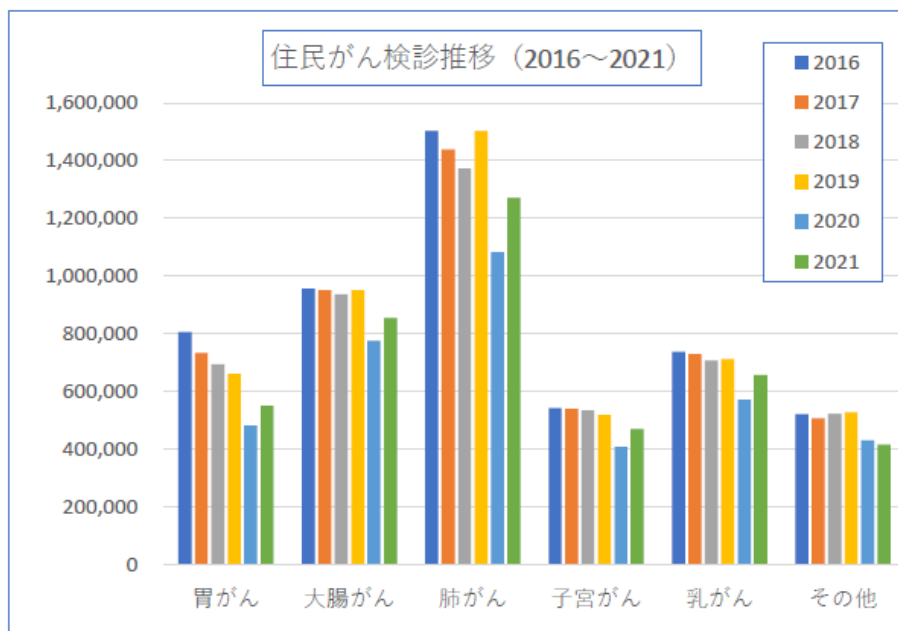


■ 1回目の全国緊急事態宣言（2020年4月07日～5月25日）
■ 直近の静岡県緊急事態宣言（2021年8月20日～9月30日）

社会福祉法人聖隷福祉事業団 保健事業部

住民検診：2021年度は2019年度と比べ0.5%増加（2020年度は10.9%減少）
職域検診：2021年度は2019年度と比べ1.6%増加（2020年度は0.6%減少）

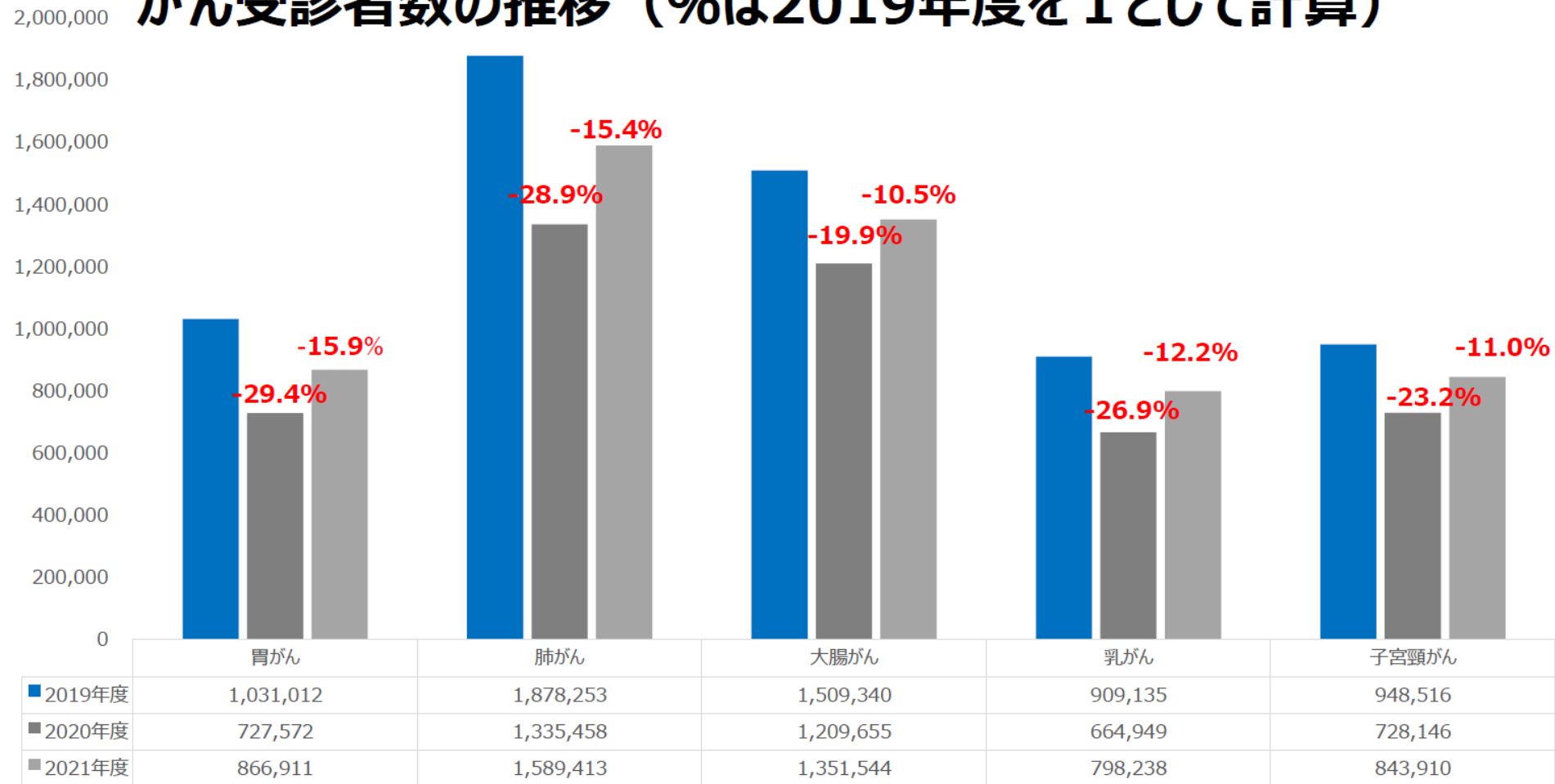
がん検診受診者数の推移（全国労働衛生団体連合会会員機関）



住民検診：2021年度は2019年度と比べ13.5%減少（2020年度は24.4%減少）
 職域検診：2021年度は2019年度と比べ2.7%増加（2020年度は0.9%減少）

がん検診受診者数の推移（日本対がん協会38支部）

がん受診者数の推移（%は2019年度を1として計算）



住民・職域検診：2021年度は2019年度と比べ13.2%減少
（2020年度は25.7%減少）

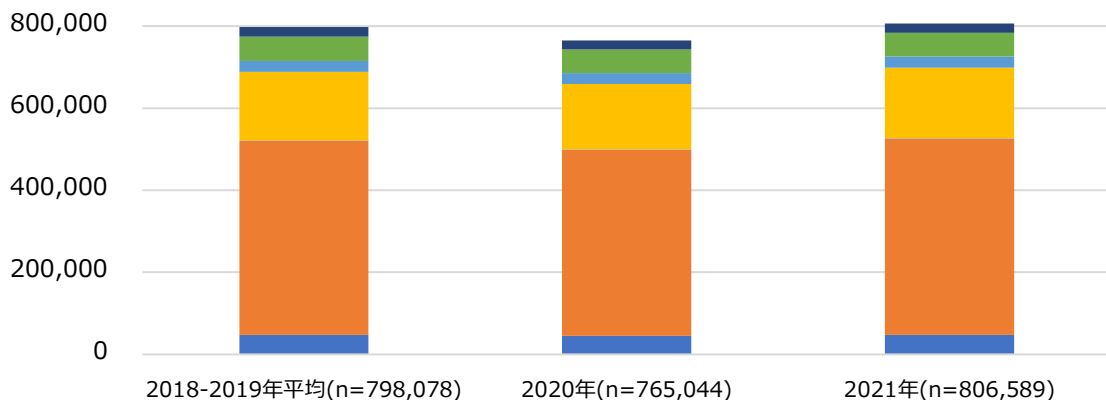
院内がん登録2018-2021年症例登録数推移

2021年1/1-12/31にがん診療連携拠点病院(以下、拠点)、小児がん拠点病院(以下、小児拠点)で診断された症例を2022年9月に収集

- 拠点：453施設(809,527件)、小児拠点：6施設(627件)
- 上記のうち、2018年以降継続してデータ提供があった施設に限定：455施設（うち小児拠点は6施設）
- 対象患者数：806,589名

2018-19年平均 vs 2020年 vs 2021年
症例登録数(症例区分別)推移

	2020年	2021年
2ヵ年平均登録数との比	95.9%	101.1%

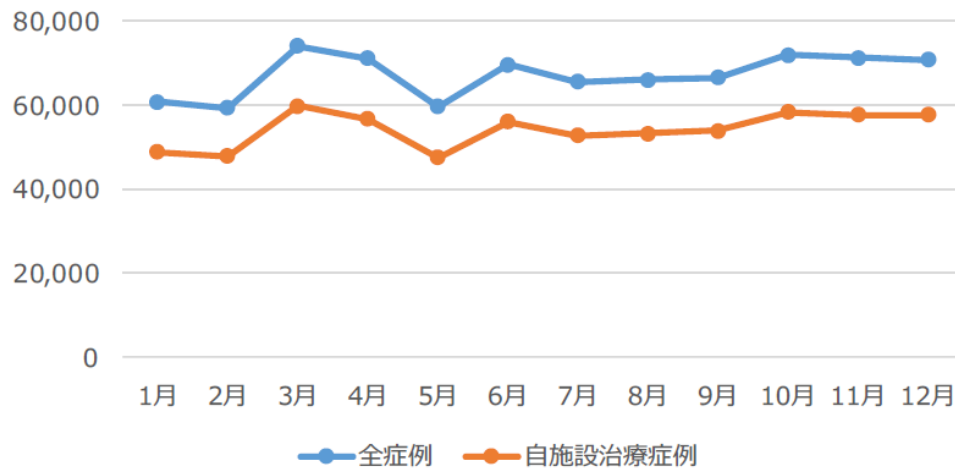


2018-19年の平均と2020,21年を比較
→2020年で減少し2021年は2018-19年並みに回復傾向

- 診断のみ
- 自施設診断・自施設初回治療開始
- 他施設診断・自施設初回治療継続
- 他施設診断・初回治療継続
- 初回治療開始後
- その他

診断月別登録数の推移

- 全がんにおける、診断月別登録数の推移(全症例、自施設初回治療開始例)



全症例	806,589名
自施設初回治療開始例	650,260名

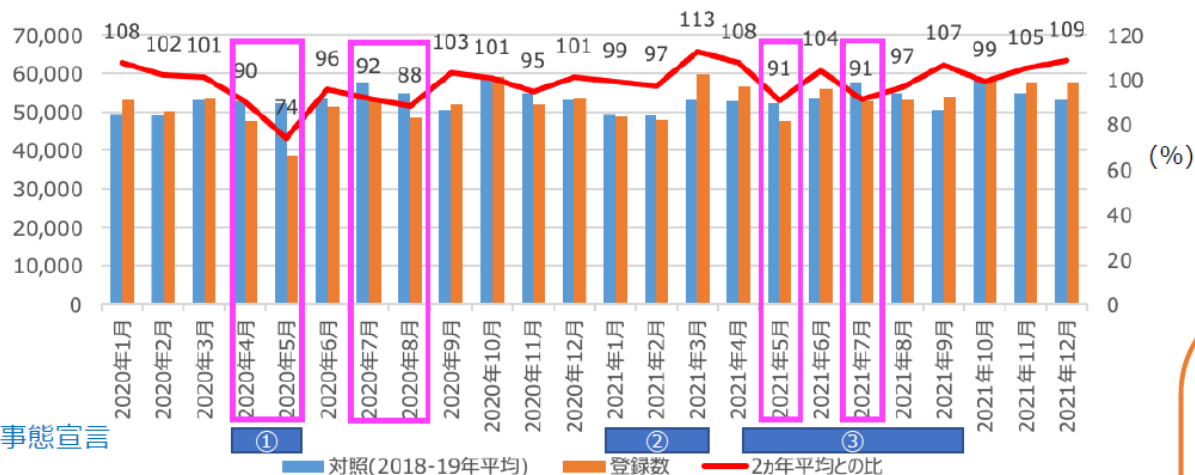
全症例と自施設初回治療開始例(症例区分 20/30)とで診断月別登録数の傾向に変わりはない



以降は、自施設初回治療開始例に限定して分析

診断月別登録数の推移

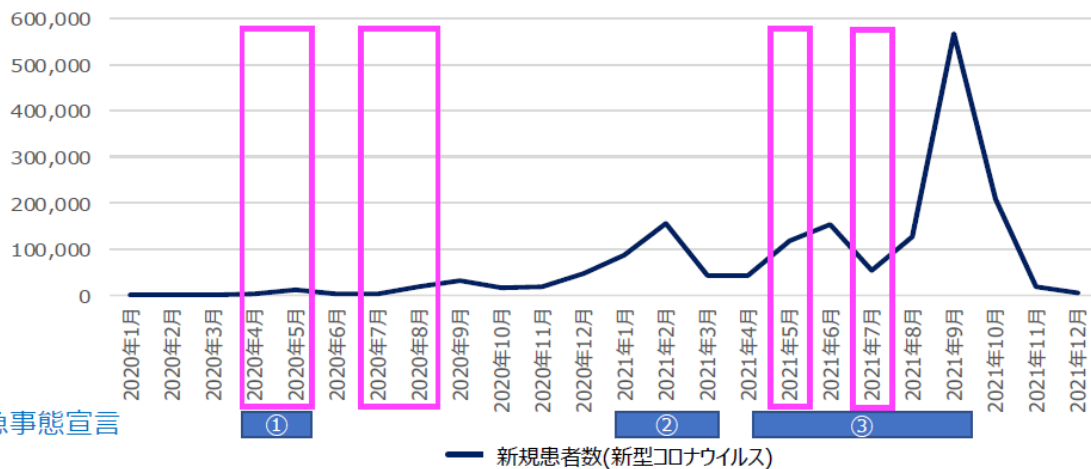
*自施設初回治療開始例に限定



全がん登録数	2018-19年平均との比 (%)
2020年	95.7%
2021年	101.6%

- 新規がん患者数が最も減少したのは2020/4-5(緊急事態宣言①期間)
- 2020/7-8、2021/5、7はやや減少
- 2021/9以降は減少なし

⇒緊急事態宣言②と新規がん患者数減少は関係なし
 ⇒コロナ患者数が増加するとやや新規がん患者数が減少する傾向
 ⇒コロナ患者数と新規がん患者の推移を単一の理由で説明することは困難



診断月別登録数の推移（部位別）

2020年に2018-19年の2ヵ年平均よりも5%以上減少した部位：

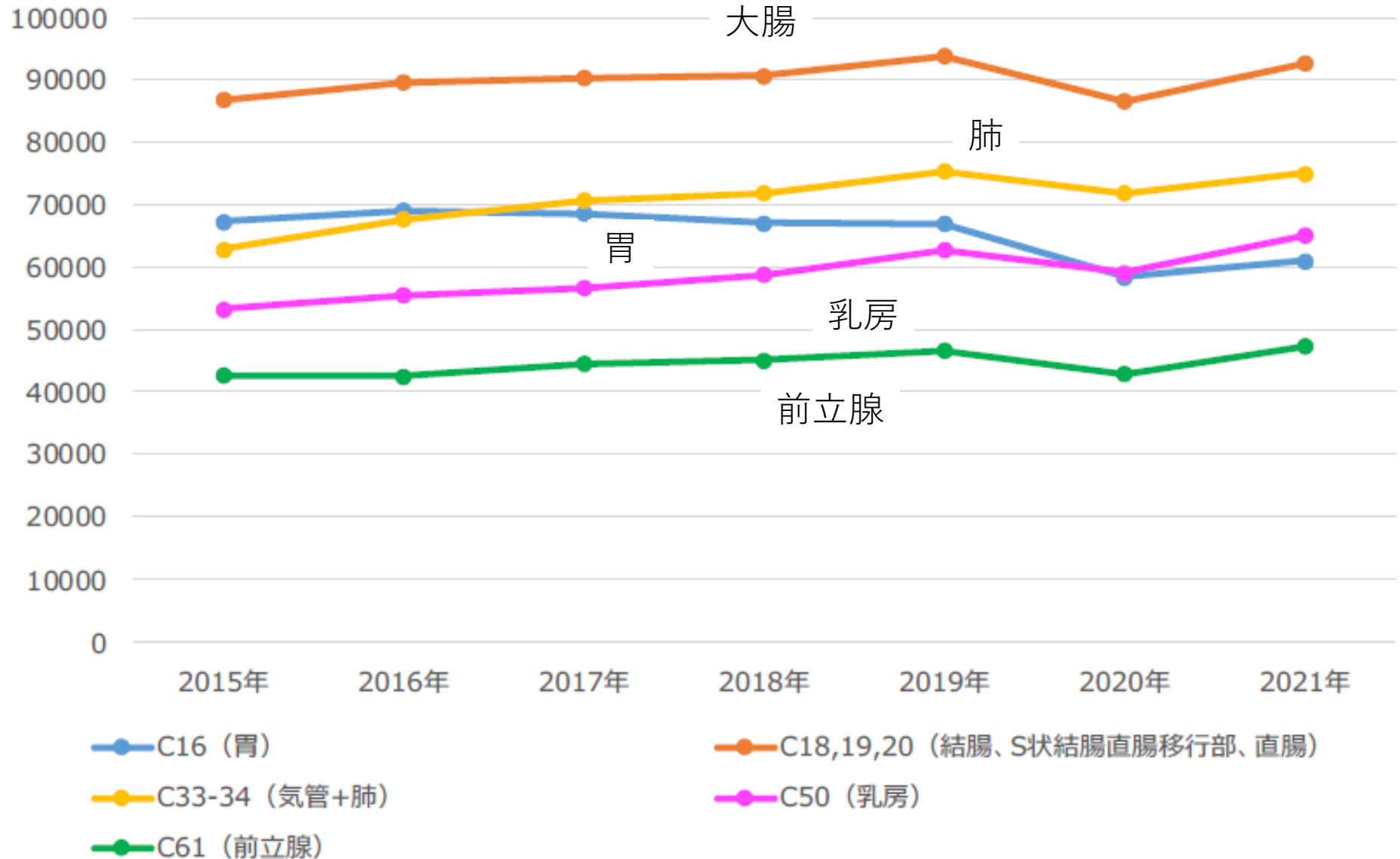
口腔、食道、胃、大腸、喉頭、子宮頸部、前立腺、脳神経、甲状腺、形質細胞

・2021年は多くの部位で2ヵ年平均程度まで登録数は回復

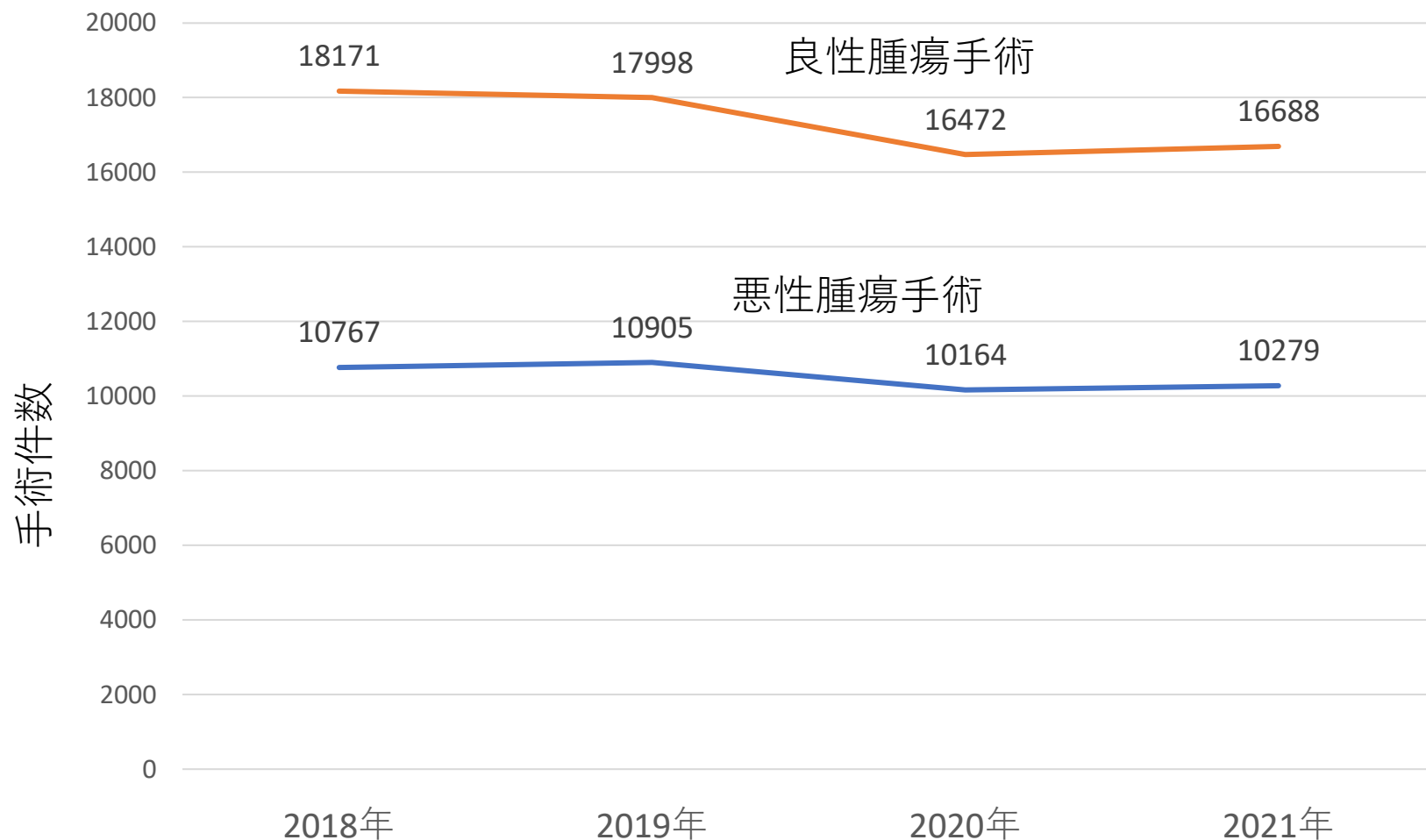
➤ 2021年に2ヵ年平均より5%以上減少した部位：胃、喉頭

➤ 2021年に2ヵ年平均より5%以上増加した部位：
膵臓、乳房、子宮体部、腎盂尿管、膀胱、白血病

2015-2021年における局在別がん登録数の推移 (胃、大腸、肺、乳房、前立腺)



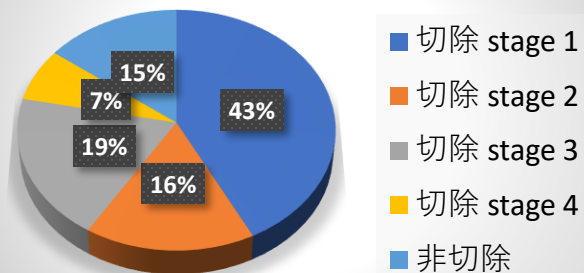
大阪大学関連施設における消化器外科手術数の推移



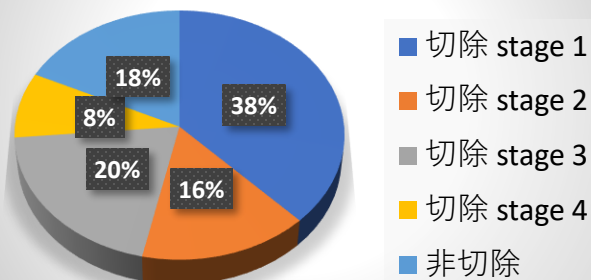
- 良性腫瘍手術・悪性腫瘍手術ともに2021年は2020年から微増であり、2018-2019年程度まで回復していない

大阪大学関連施設における全胃癌症例における ステージ割合の推移

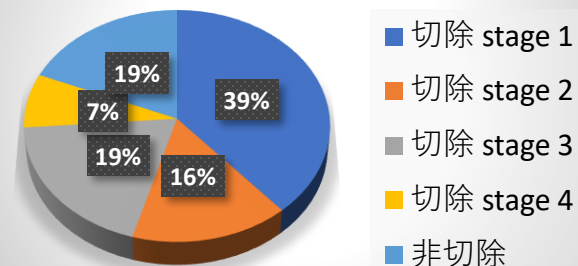
2019年全胃癌症例



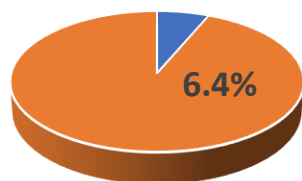
2020年全胃癌症例



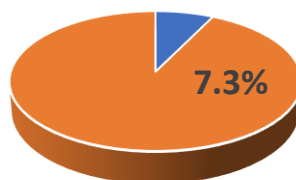
2021年全胃癌症例



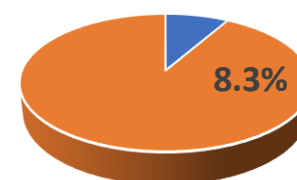
2019年術前化学療法割合



2020年術前化学療法割合



2021年術前化学療法割合



- 2019年と比べ2020年・2021年はstage 1割合が減少
- 2019年と比べ2020年・2021年は非切除および術前化学療法割合が増加

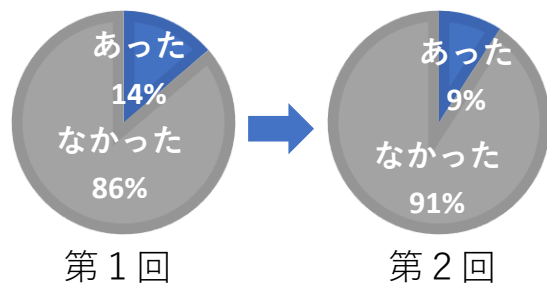
新型コロナウイルス感染症によるがん患者の受診行動への影響

がん患者男女（40-69歳） に対するWeb調査

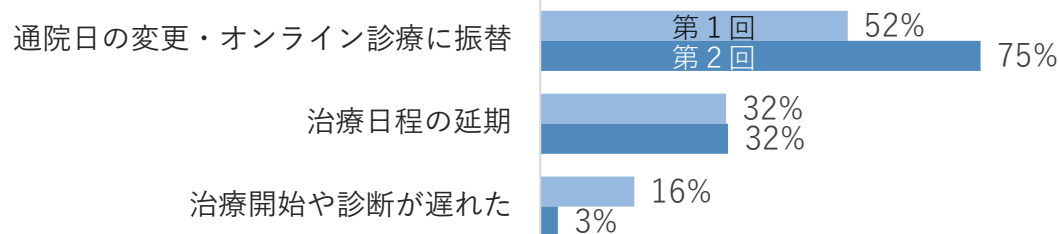
第1回：1920人 2021年12月実施 対象期間：2020年4月～2021年12月

第2回：2000人 2022年11月実施 対象期間：2022年1月～2022年11月

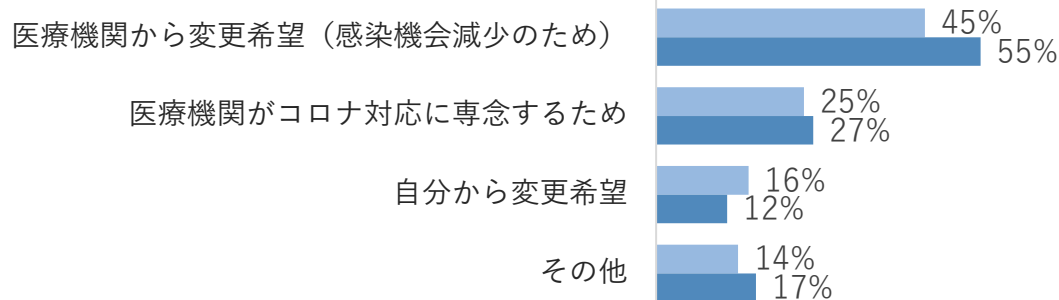
Q1. コロナの影響でがんの治療や通院に延期や変更があったか？



Q2. Q1で影響があったと回答したうち延期や変更の内容はあったか？



Q3. Q1で影響があった理由は？



- 2022年は2020/2021年と比べがん治療や通院への影響は減少
- 治療開始や診断の遅れへの影響は減少

2021年度の評価（1）

○がん検診受診者数への影響

（聖隷福祉事業団、全国労働衛生団体連合会会員機関、日本対がん協会38支部）

- 2021年度は2020年度よりおおむね増加し、2019年度と比べ職域検診はほぼ回復、住民検診は1割ほど減少

○がん診療連携拠点病院等におけるがん登録数への影響

（2021年院内がん登録全国集計速報）

- 2021年の新規がん登録数は2018-19年平均と同程度まで回復
- 2020年に新規がん登録数が減少した分の顕著な増加は認めない
- 2021年に2カ年平均より5%以上減少した部位：胃など、5%以上増加した部位：乳房など
- 2018-19年平均と比べた進行期の割合について、2021年時点での評価は困難
- 2022年以降も新規がん登録数やstage別推移の評価が必要

2021年度の評価（2）

○がん外科手術数への影響

（大阪大学関連施設）

- 良性腫瘍手術・悪性腫瘍手術ともに2021年は2020年から微増したものの、2018-2019年程度まで回復していない
- 2019年と比べ2020年・2021年は胃がんstage 1の割合が減少
- 2019年と比べ2020年・2021年は胃がん非切除および術前化学療法割合が増加

○がん患者の受療行動に対するWeb調査

- 2022年は2020/2021年と比べがん治療や通院への影響は減少
- 治療開始や診断の遅れへの影響は減少

研究班からの提案：今後の対応策（再掲）

- モニタリングおよび分析の継続
- がん検診やがん医療へのアクセスの確保
- がん検診やがん医療に関する適切な情報提供
- 即時性のあるがん検診・がん罹患データ収集システムの構築

第37回がん検診のあり方に関する検討会	資料2
令和5年1月30日（金）	

令和2年～3年度 厚生労働科学研究費 がん対策推進総合研究事業

がん検診の有効性評価に関する死亡率減少に つながる頑健性の高い代替指標に関する研究

研究代表者 国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部
中山富雄

背景と目的

- がん検診の有効性評価の指標として、死亡率減少効果が世界標準として用いられてきたが、その成果が得られるのに長い年数を要することから、代替指標がありうるのかを検討する。世界のがん検診ガイドラインで、実際に代替指標での検討があるのか、また代替指標を用いる条件、課題を文献レビューの手法を用いて検討することを目的とする。

海外での予防・検診ガイドラインでの死亡率減少効果以外の代替指標での検討実例

- 常設の予防ガイドライン作成組織であるCochrane 共同計画、米国のUS Preventive Service Task Force (USPSTF)、American Cancer Society (ACS)、National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 及びInternational Agency of Research for Cancer(IARC)、World Endoscopy Organization(WEO)のガイドラインについて検討した。
- 検討臓器は、子宮頸・大腸・乳房とした。

海外での予防・検診ガイドラインでの死亡率減少効果以外の代替指標での検討実例

臓器	USPSTF	ACS	NCCN
子宮頸がん	浸潤がん罹患率	浸潤がん罹患率	2012から更新されず
大腸がん	感度 test performance (advanced adenoma, 大腸がんの発見率)	感度 罹患率(モデル研究) test performance	感度 test performance
乳がん	死亡率減少効果のみ	死亡率減少効果のみ	死亡率減少効果のみ

子宮頸がん・大腸がんの特性；

- ・ 検診で前がん病変の発見が可能
- ・ 前がん病変からの自然史が明らか
- ・ 前がん病変の切除が容易

子宮頸がん；CIN

→ 円錐切除術

大腸がん；advanced adenoma

→ ポリープ切除術

子宮頸がん検診評価のアウトカム

ランク	アウトカム	
1	子宮頸がん死亡の減少	がん死亡率
2	子宮頸がん罹患 (stage IB+の罹患)	浸潤がん罹患率
3	子宮頸がん罹患 (微小浸潤がんを含む)	
4	CIN3+病変の減少	
5	CIN3+病変 (またはCIN2+病変) の検出増加 ①累積CIN3+病変検出増加 ②CIN2病変検出増加後のCIN3+病変の減少	
6	スクリーニング陽性の増加 (陽性反応的中度の増加または不変が必要)	

絶対指標

European guideline for quality assurance in cervical cancer screening 2nd edition(2010)

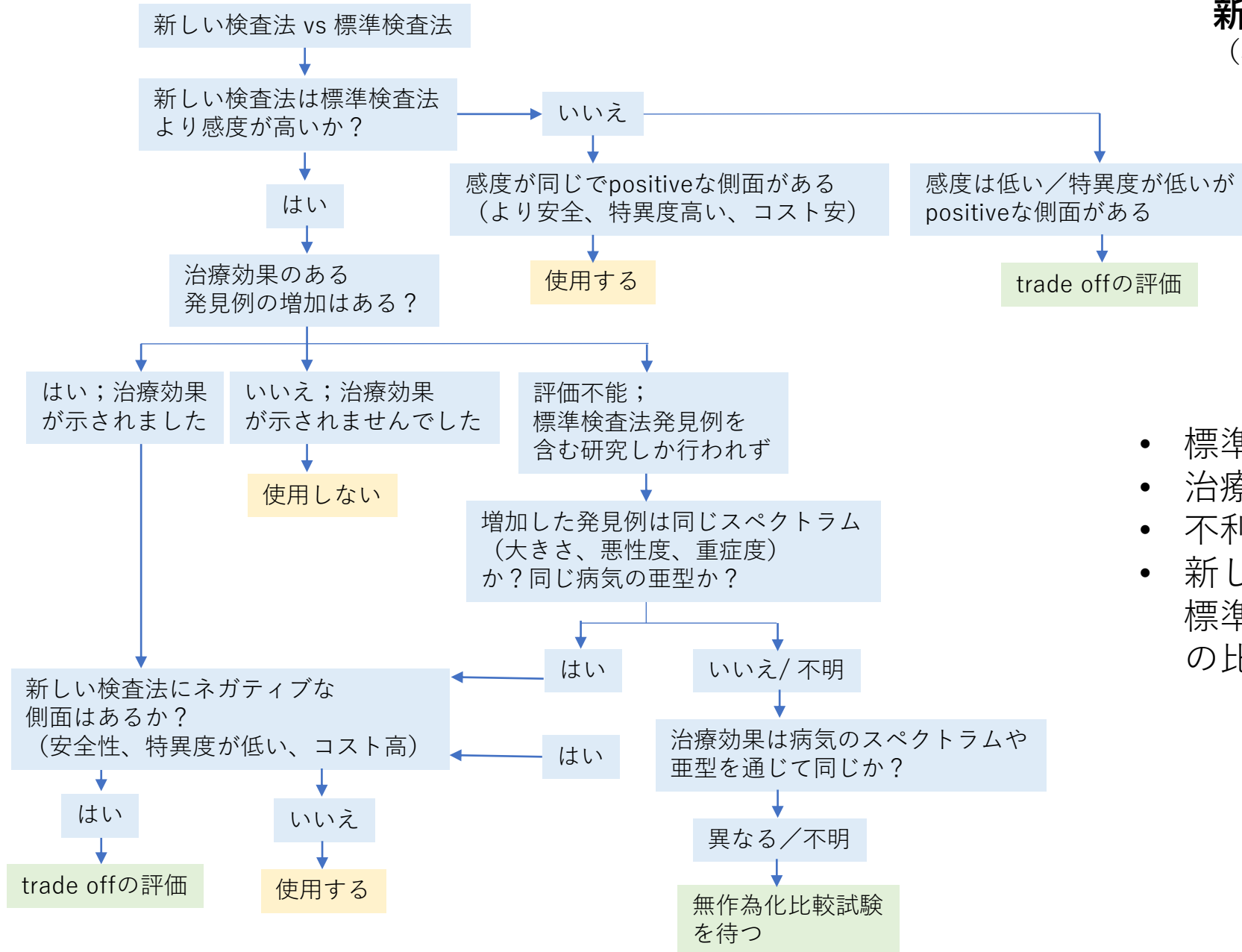
USPSTFの大腸がん検診の評価の変遷

発表年	推奨の内容と評価の変遷	RCT有効性結果発表年	
		便潜血検査化学法	S状結腸鏡
2002	死亡率減少効果が確立していない全大腸内視鏡、注腸検査は証拠不十分として推奨せず	1993 US 1996 UK Denmark	
2008	便潜血化学法その他、死亡率減少効果が確立していない全大腸内視鏡、便潜血免疫法、便潜血とS状結腸鏡併用法を推奨。数理モデルにより、利益・不利益バランスを評価（化学法との感度比較がモデルに使われていた）	2008 Sweden	2009 Norway 2010 UK 2011 Italy 2012 US
2016	便潜血単独、便潜血とS状結腸鏡併用法その他、死亡率減少効果が確立していない全大腸内視鏡、便DNA検査、CTコロノグラフィを推奨。数理統計モデルにより、利益・不利益バランスを評価。感度・特異度の評価を充実させた。		

米国での大腸がん検診受診率が低いので、どの検診手法が優越であるのかの順位付けは行わなかった」と明記されていた。受診率向上対策のため選択肢を広げるため判断基準を広げた可能性がある。

新しい検査法の評価スキーム

(SJ Lord, et al. Ann of Internal Med 2006)



がんに特化していない点
に注意

- 標準検査法と感度の比較
- 治療効果のある発見例の増加
- 不利益の評価
- 新しい検査法での発見症例と標準検査法の発見症例のスペクトラムの比較

WEO/IARC方式

Recommendations for a Step-Wise Comparative Approach to the Evaluation of New Screening Tests for Colorectal Cancer

Graeme P. Young, MD, FRACP, FTSE, AGAF¹; Carlo Senore, MD, MSc²; Jack S. Mandel, PhD, MPH³; James E. Allison, MD, FACP, AGAF⁴; Wendy S. Atkin, MPH, PhD⁵; Robert Benamouzig, MD, PhD⁶; Patrick M. M. Bossuyt, PhD⁷; Mahinda De Silva, MB, BS, FRACP⁸; Lydia Guittet, MD, PhD⁹; Stephen P. Halloran, MBE, FRCPath¹⁰; Ulrike Haug, PhD¹¹; Geir Hoff, MB, ChB, PhD¹²; Steven H. Itzkowitz, MD, FACP, FACP, AGAF¹³; Marcis Leja, MD, MBA, PhD, AGAF¹⁴; Bernard Levin, MB, BCh, FACP¹⁵; Gerrit A. Meijer, MD, PhD¹⁶; Colm A. O'Morain, MD¹⁷; Susan Parry, MbChB, FRACP¹⁸; Linda Rabeneck, MD, MPH, FRCPC¹⁹; Paul Rozen, MD²⁰; Hiroshi Saito, MD, PhD²¹; Robert E. Schoen, MD, MPH²²; Helen E. Seaman, BSc, PhD²³; Robert J. C. Steele, MD, FRCS²⁴; Joseph J. Y. Sung, MD, PhD²⁵; and Sidney J. Winawer, MD²⁶

BACKGROUND: New screening tests for colorectal cancer continue to emerge, but the evidence needed to justify their adoption in screening programs remains uncertain. **METHODS:** A review of the literature and a consensus approach by experts was undertaken to provide practical guidance on how to compare new screening tests with proven screening tests. **RESULTS:** Findings and recommendations from the review included the following: Adoption of a new screening test requires evidence of effectiveness relative to a proven comparator test. Clinical accuracy supported by programmatic population evaluation in the screening context on an intention-to-screen basis, including acceptability, is essential. Cancer-specific mortality is not essential as an endpoint provided that the mortality benefit of the comparator has been demonstrated and that the biologic basis of detection is similar. Effectiveness of the guaiac-based fecal occult blood test provides the *minimum* standard to be achieved by a new test. A 4-phase evaluation is recommended. An initial retrospective evaluation in cancer cases and controls (Phase 1) is followed by a prospective evaluation of performance across the continuum of neoplastic lesions (Phase 2). Phase 3 follows the demonstration of adequate accuracy in these 2 prescreening phases and addresses programmatic outcomes at 1 screening round on an intention-to-screen basis. Phase 4 involves more comprehensive evaluation of ongoing screening over multiple rounds. Key information is provided from the following parameters: the test positivity rate in a screening population, the true-positive and false-positive rates, and the number needed to colonoscopy to detect a target lesion. **CONCLUSIONS:** New screening tests can be evaluated efficiently by this stepwise comparative approach. *Cancer* 2016;122:826-39. © 2016 The Authors. *Cancer* published by Wiley Periodicals, Inc. on behalf of American Cancer Society. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

KEYWORDS: colonoscopy, colorectal cancer, fecal occult blood test, molecular diagnostics, screening test.

(Cancer 2016)

- 大腸がん検診への新しい検査法を評価するための四段階ステップ
 - これまでは死亡率減少効果がRCTで確認されている方法(FOBT)との精度評価（感度・特異度）に主眼が置かれていた。
 - 感度の測定方法も様々で結果は必ずしも頑健性があると言えないこと、理想的な環境下での一回きりの検査による研究の結果が一般的な検診プログラムに外層できるかは疑問
 - 4段階に分けて、精度評価からリアル・ワールドセッティング（複数回検診）での効果へと、段階を分けて評価。

評価相		第一目的	対象集団と研究手法
第1相	検診前： がんと健常者の判別 が可能かの後ろ向き 評価	がんの発見能	無症状者を含み救命可能な状況のものが大多数を占めるがん患者集団とがんを持たない集団を対照とする。理想的には診断過程ですべての結果を確認した上でのペア検査が望ましい。
第2相	前向き臨床試験 一連の腫瘍性病変の 発見	顕在化する前の初期 腫瘍の発見能 特にadvanced adenomaを 含む前臨床期病変の発 見精度	発見例が早期癌やadvanced adenomaを含んでいて、症状の有無の情報があること。対照は腫瘍がなく良性疾患を有するものの場合、検査結果に影響が出るかを確認する必要がある。診断過程の前に行われる検査であり、理想的にはペア検査で、比較する検査と同時に報告される。
第3相	単回検診の評価	検診発見病変の性質 偽陽性率、受容性 3.1 検診受診者で精度 特性、偽陽性を含む 発見に関連した指標 の収集 3.2 受容性の評価	単回検診で典型的な検診の環境での検査；新しい検査、比較対照（通常の診療の場合も可）がそれぞれ行われる別々のコホートを設定し、受診勧奨からアウトカムまでを追跡。小規模の研究で始めて、発見率を求める大規模研究に移行する。 <u>intention-to-screen</u> 解析が必要。
第4相	複数回検診の評価 （検診プログラムと しての評価）	腫瘍病変の減少の評 価と偶発症 4.1 がん死亡率減少効 果の評価、あるいは モデルでの評価	検診プログラムとして実施される可能性のあるような集団から無作為に抽出。 別の検診手法との無作為化比較試験 <u>intention-to-screen</u> 解析が必要

Test performance 研究

- 評価指標を発見率、中間期がん においている。
- 第3相は単回のRCT（狭義のtest performance研究）
- 第4相は複数回検診のRCT(検診プログラムとしての評価)

死亡率減少効果をエンドポイントとした研究の前段階、もっと少ないサンプルサイズ（数千人規模）で行われている。メインは発見率なので、現行の研究は追跡期間が1～2年程度が多い。

（中間期がんについては過小評価？）

第4相は、導入の際に知りたいさまざまな情報

（費用、繰り返し検診参加率、診断までのコンプライアンス、適切な検診間隔、なども評価対象）

第3相 単回検査のRCT

S状結腸鏡を参照値としたネットワークメタアナリシスによるテストパフォーマンス

	アウトカム	S状結腸鏡	S状結腸鏡 + 便潜血化学法	CTC	全大腸内視鏡
Intention-to-screen解析	AN検出率	1	0.50(0.24-1.00)	0.91(0.49-1.63)	0.96(0.58-1.59)
	CRC検出率	1	0.82(0.23-2.65)	1.51(0.64-3.56)	1.03(0.52-2.05)
Per protocol解析	AN検出率	1	0.70(0.38-1.23)	1.03(0.64-1.58)	1.45(1.00-2.07)
	CRC検出率	1	1.15(0.33-3.66)	1.63(0.71-3.68)	1.49(0.80-2.80)
	参加率	1	0.72(0.40-1.15)	0.91(0.57-1.34)	0.63(0.39-0.93)

25研究、379,556人を招待（各研究あたりの招待数は202～70,096人）

AN; Advanced neoplasia、CRC; Colorectal cancer

Intention-to-screen解析；割り付けられたもの（受診しなかったもの含む）で解析

Per protocol解析；受診したもののみで解析

赤字は統計学的有意性を示す

第3相 単回検査のRCT

便潜血免疫法を参照値としたネットワークメタアナリシスによるテストパフォーマンス

	アウトカム	便潜血免疫法	S状結腸鏡	S状結腸鏡+便潜血化学法	CTC	全大腸内視鏡
Intention-to-screen解析	AN検出率	1	2.29(1.53-3.53)	1.14(0.55-2.30)	2.10(1.18-3.62)	2.20(1.48-3.32)
	CRC検出率	1	1.24(0.78-2.24)	1.02(0.31-3.37)	1.88(0.83-4.61)	1.29(0.77-2.35)
Per protocol解析	AN検出率	1	2.91(2.21-4.06)	2.04(1.14-3.56)	3.00(0.64-1.58)	4.22(3.16-5.77)
	CRC検出率	1	1.50(1.01-2.69)	1.79(0.54-5.60)	2.48(1.14-5.96)	2.28(1.39-4.07)
	参加率	1	0.73(0.50-0.95)	0.52(0.28-0.84)	0.66(0.39-0.94)	0.45(0.28-0.70)

25研究、379,556人を招待（各研究あたりの招待数は202～70,096人）

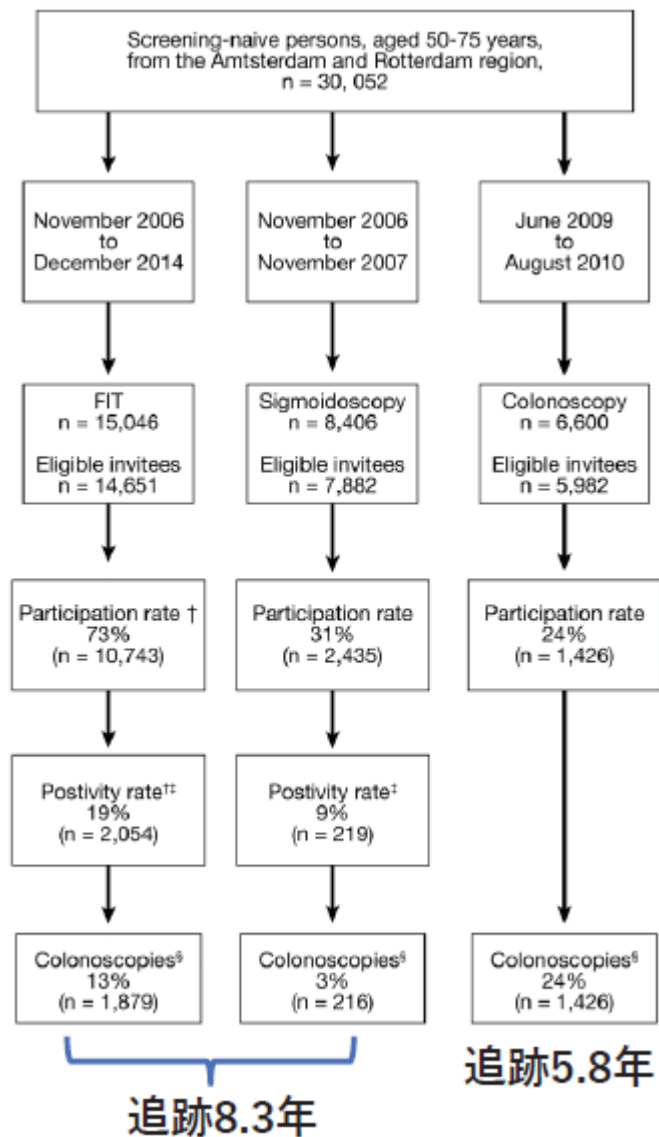
AN; Advanced neoplasia、CRC; Colorectal cancer

Intention-to-screen解析；割り付けられたもの（受診しなかったもの含む）で解析

Per protocol解析；受診したもののみのみで解析

赤字は統計学的有意性を示す

第4相 複数回検査のRCT



50-75歳 30,052人を3群に割付し、便潜血免疫法群は隔年の繰り返し検診、S状結腸鏡・全大腸内視鏡群はベースライン1回のみの検診とし追跡した。

	アウトカム	便潜血免疫法 (隔年最大4回) %(95%信頼区間)	S状結腸鏡 (1回のみ) %(95%信頼区間)	全大腸内視鏡 (1回のみ) %(95%信頼区間)
Intention-to-screen解析	AN検出率	4.5(4.2-4.9)	2.3(2.0-2.7)	2.2(1.8-2.6)
	CRC検出率	0.6(0.5-0.7)	0.2(0.1-0.3)	0.2(0.1-0.3)
Per protocol解析	AN検出率	6.1(5.7-6.6)	7.4(6.5-8.5)	9.1(7.7-10.7)
	CRC検出率	0.8(0.6-0.9)	0.5(0.3-0.9)	0.6(0.3-1.2)
	中間期がん	0.2(0.1-0.3)	0.2(0.1-0.3)	0.01(0-0.1)
	参加率	73%	31%	24%

赤字は統計学的有意性を示す

Grobbee, et al. Clin Gastroenterology, 2020

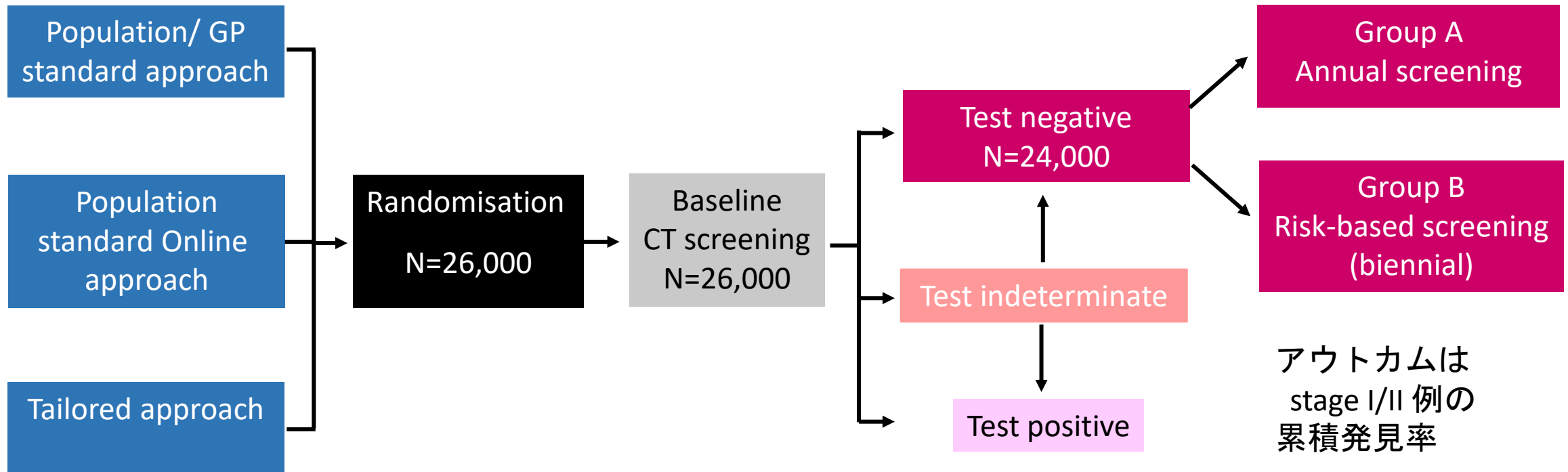
4-IN THE LUNG RUN trial

RECRUITEMENT

RANDOMIZATION

SCREENING

低線量CT検診の検診間隔が1年 vs 2年を評価する無作為化比較試験



UK, GER, ESP, France, Italy, Netherland

WEO/IARC研究の第4相に匹敵。
Annual screeningは死亡率減少効果がRCTで
証明されている標準法としている。

代替指標の利用条件と混入するバイアス

	浸潤がん罹患率減少	精度評価の積み上げ方式 感度・特異度、test performance、中間期がん
条件	前がん病変が評価する検査法で発見可能であり、その自然歴（放置した場合の浸潤がんの罹患リスク、前がん病変の切除を行った場合の浸潤がんの罹患リスク）が明らかであること。	すでに死亡率減少効果が確認された検診手法が存在すること。その方法との精度比較となる。 これまで評価研究が行われたことがない臓器に対して新たに開発された検診手法に関しては、比較対照となるものがないので、本指標は適応できない。
研究手法	無作為化比較試験 （対照群は無検診あるいは既存の検診手法）	第一段階 後ろ向き精度評価（two-gate;症例対照研究） 第二段階 前向き精度評価（single-gate;コホート研究） 前がん病変発見率／早期がん発見率の比較） 第三段階 既存の検診手法との無作為化比較試験（test performance） 第四段階 既存の検診手法との無作為化比較試験（複数回test performance）
混入するバイアス	過剰診断などのバイアスは混入しにくい。前がん病変を放置した場合浸潤がんに移行する期間を考慮した長い追跡期間を設けないと、効果を過小評価する。	比較する既存の検診手法と新しい検診手法との間で発見がんの性状が大幅に異なる場合、特に前がん病変の発見率が新しい検診手法で飛躍的に高い場合は、過剰診断の影響を受け、過大評価となりやすい。

代替指標を用いる点での注意点

- すでに死亡率減少効果が無作為化比較試験で示されている既存の検査手法との比較という形で試用が始まっており、新しい検査法の評価期間の短縮につながる可能性がある。
- 既存の検査手法自体がないという段階では利用できない。
- 第1相、第2相で新しい検査法での発見がん・前がん病変の特性を既存の検査法と比較することが求められており、過剰診断の可能性について議論が可能。（新しい検査法での発見がんが進行速度の遅いものが多い場合は、死亡率減少効果の評価が必要となる）
- 検診回数や対象年齢などの再評価を行うには適している。

第37回がん検診のあり方に関する検討会	資料3-1
令和5年1月30日(月)	

がん検診事業評価報告書の更新について

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

報告書見直しの経緯

- がん検診の精度管理・事業評価については、平成20年に「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」（以下、報告書）として初めて方針が示された。
- 平成20年以降も、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、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。
- 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。
- 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。
- 報告書の見直しが10年以上行われていないため、現状を踏まえた修正などについて、厚生労働省研究班において検討した。
- 第34回「がん検診のあり方に関する検討会」参考資料5において、「がん検診事業のあり方について（案）」をお示ししたが、プロセス指標の見直しが未完だった。
- 今回、プロセス指標も修正できたため、「がん検診事業のあり方について（案）」を発出する。

報告書見直し前後の主な内容

「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)

- ・ 検診精度管理の指標
 - － 技術体制指標
(チェックリスト)
 - － プロセス指標
- ・ 指標の活用方法
- ・ 都道府県/市町村/検診機関の役割



「がん検診事業のあり方について」 (案)

(令和2-3年度「がん検診事業の評価に関する研究」班)

- ・ がん検診に関する基本的事項
 - － 利益・不利益
 - － 原則
- ・ 日本におけるがん検診
 - － 実施方法
 - － 精度管理手法 (住民・職域検診)
- ・ 受診率向上
- ・ 全体像・今後の課題

報告書見直しに伴う指針の変更箇所

(6) 事業評価 指針 6 ページ

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、（中略）「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。

報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。

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、令和5年●月に厚生労働省健康局がん・疾病対策課がとりまとめた報告書「がん検診事業のあり方について」（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、（中略）「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。

報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。



第37回がん検診のあり方に関する検討会	資料3-2
令和5年1月30日(月)	

がん検診事業の評価について

厚生労働行政推進調査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」

国立がん研究センター 高橋宏和

目的

がん検診の精度管理・事業評価は、利益を最大化し不利益を最小化するために重要であるが、「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」（以下、報告書）の見直しが10年以上行われていないため、現状を踏まえた修正などについて検討し整理すること

期待される成果

- ・ 市区町村や検診実施機関などが参考にする事による、がん検診の質の向上

研究班構成（50音順）

青木大輔	慶應義塾大学
大内憲明	東北大学
笠原善郎	福井県済生会病院
加藤勝章	宮城県対がん協会
雑賀公美子	佐久総合病院
斎藤 博	青森県立中央病院
佐川元保	東北医科薬科大学
祖父江友孝	大阪大学
高橋宏和（代表）	国立がん研究センター
立道昌幸	東海大学
中山富雄	国立がん研究センター
羽鳥 裕	日本医師会
町井涼子	国立がん研究センター
松田一夫	福井県健康管理協会

報告書の位置づけ

がん予防重点健康教育及び がん検診実施のための指針

(平成20年3月厚生労働省健康局長通知別添
平成28年2月一部改正)

< 概要 >

- ・ がん検診の種類、検査法
- ・ 対象年齢、受診間隔
- ・ 検診の事業評価
(精度管理)

事業評価の基本的な考え方は
「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」を参照すること

「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)

< 概要 >

- ・ 検診精度管理の指標
 - － 技術体制指標
(チェックリスト)
 - － プロセス指標
- ・ 指標の活用方法
 - － 都道府県主導によるモニタリグ
→ フィードバック
→ 改善
- ・ 都道府県/市町村/検診機関の役割

報告書の改定に関する検討事項

1. 報告書の構成について（報告書本文と別添の切り分け）
 - ・ 精度管理の基本的事項など、今後も更新されない情報は「本文」に記載
 - ・ 政策変更等により今後更新されうる情報は「別添」に記載
2. 指針外検診についての記載について
 - ・ 現行報告書では指針外検診についての記載はない
 - ・ 改訂版でも記載しない（報告書内容は精度管理に特化するべき）
 - ・ 「指針に沿った検診実施が前提であること（指針外検診の精度管理手法は無いこと）」を明記する
3. 職域検診精度管理の記載について
 - ・ 「職域検診でも住民検診と同様に精度管理が必要なこと」
「精度管理の方法は職域マニュアルを参考にすること」など基本的な考え方は「本文」に明記する
 - ・ 具体的な精度管理手法については記載しない（要検討）
4. 目指すべき感度・特異度に基づいたプロセス指標基準値を設定する

改定における方針

- 精度管理のみならず、有効性評価、受診率についても取り扱う
- 「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を踏襲し、職域におけるがん検診の精度管理について記載する
- 目指すべき検診のあり方の項目中に、利益・不利益など指針に記載されていない内容を指針と齟齬のないよう、漏れずに記載する
- 成果物としての報告書は人目に触れやすい方法・手段での公表を考慮する
- 報告書は20年報告書の改訂とし、がん検診の事業評価以外の検討項目は別建てで積み残し案件とし、厚生労働省へ報告する
- プロセス指標基準値は性・年齢階級別のがん罹患率をもとに算出する
- また、目指すべき感度・特異度に基づき、要精検率・がん発見率の基準値を算定する

精度管理指標と活用法

短期的指標

長期的指標

技術・体制指標

「事業評価のための
チェックリスト」

- ・ 市区町村用
- ・ 検診機関用
- ・ 都道府県用

チェックリストにより
不足項目を自己点検し
体制を整備する

プロセス指標

- ・ 受診率
- ・ 要精検率
- ・ 精検受診率
- ・ 発見率
- ・ 陽性反応適中度

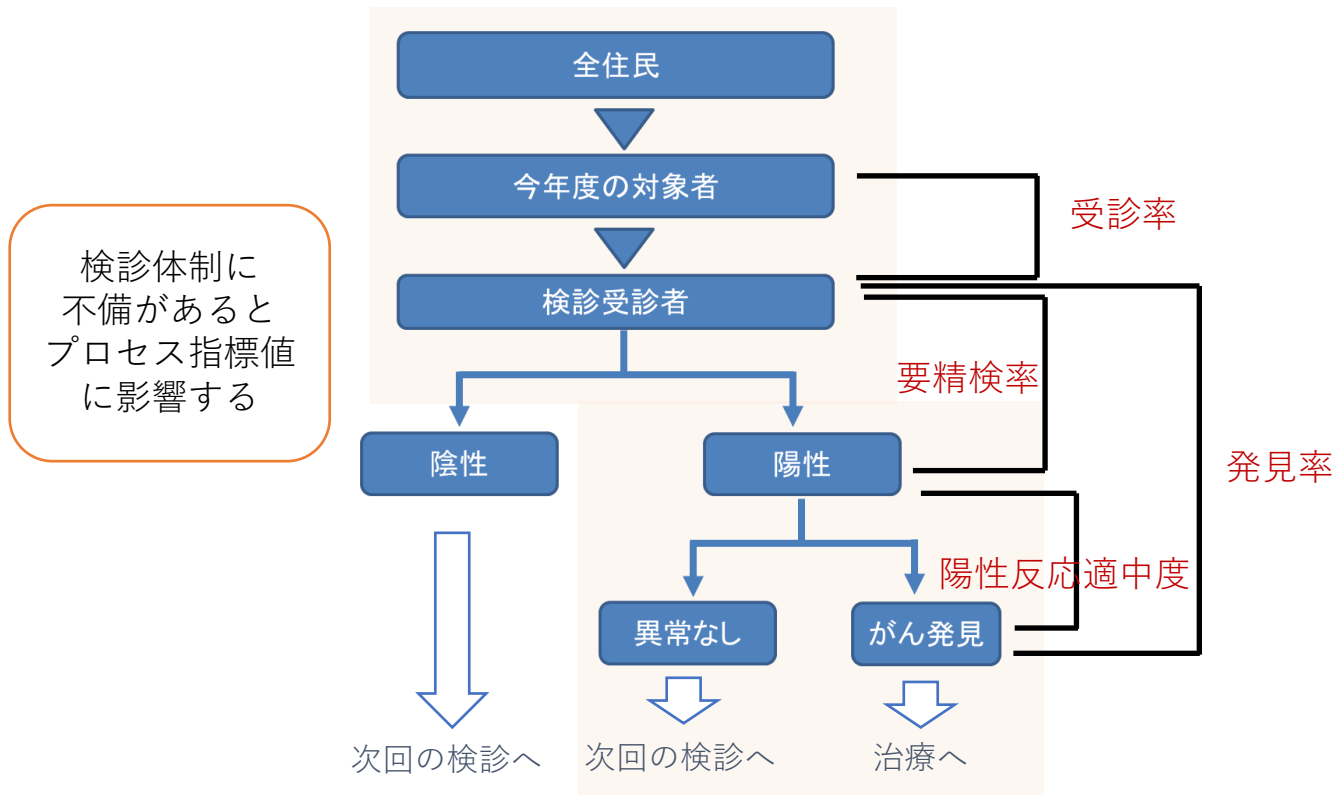
プロセス指標値改善を
目指す

アウトカム指標

- ・ 死亡率

がん検診のプロセス指標とは

がん検診の各工程が適切に行われたかを測る指標



がん検診のプロセス指標の計算式

種類	計算式
要精検率	要精検者数/受診者数 X100
精検受診率	精検受診者数/要精検者数 x100
未受診率	未受診者数/要精検者数 X100
未把握率	未把握者数/要精検者数 X100
がん発見率	がんであった者/受診者数 X100
陽性反応適中度	がんであった者/要精検者数 x100

$$\text{精検受診率} = 1 - (\text{未把握率} + \text{未受診率})$$

プロセス指標の解釈（1）

精検受診率、精検未受診率、精検未把握率

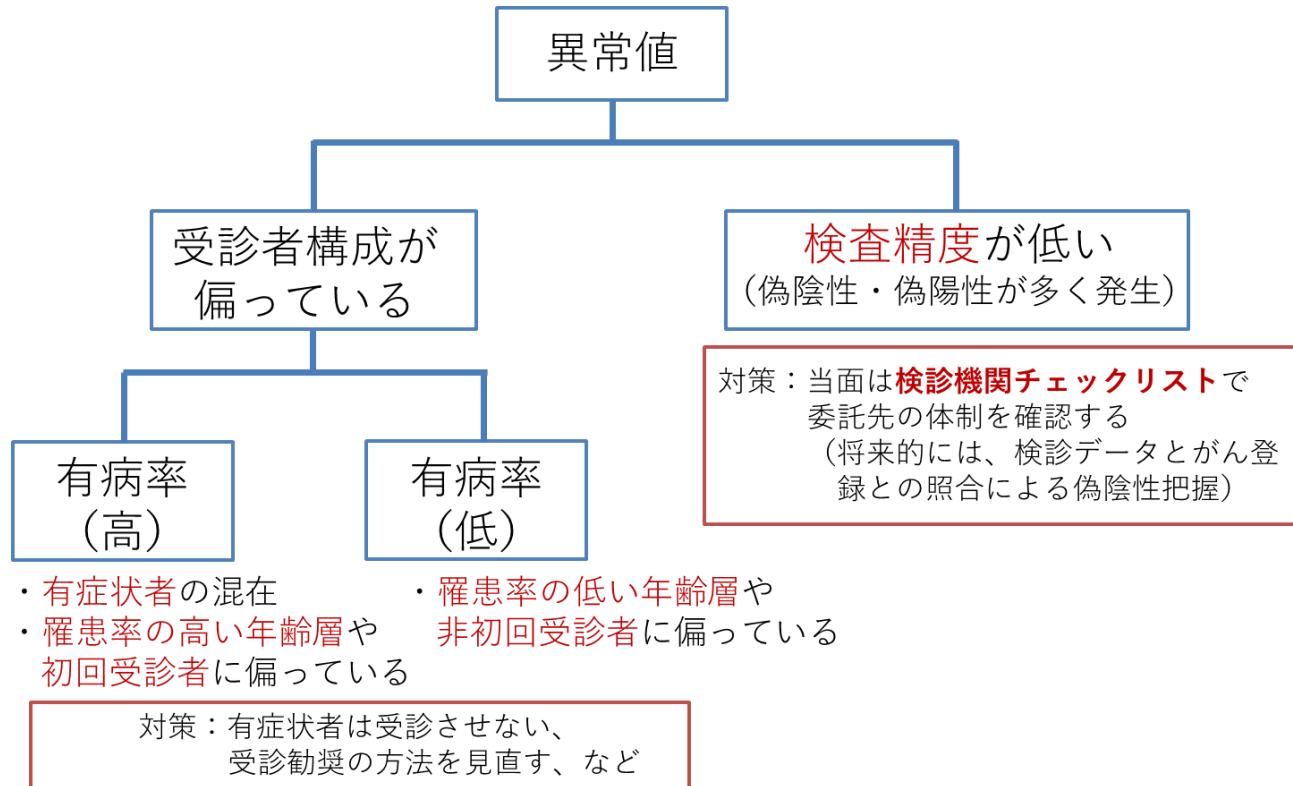
- 精検受診率 → 高いほど良い（100%が望ましい）
- 精検未受診率、未把握率
→ 低いほど良い（0%が望ましい）

精検受診率が低い場合、「発見率」「陽性反応適中度」の評価はできない

プロセス指標の解釈 (2)

要精検率、がん発見率、陽性反応適中度

- ・ 高すぎても低すぎても ×



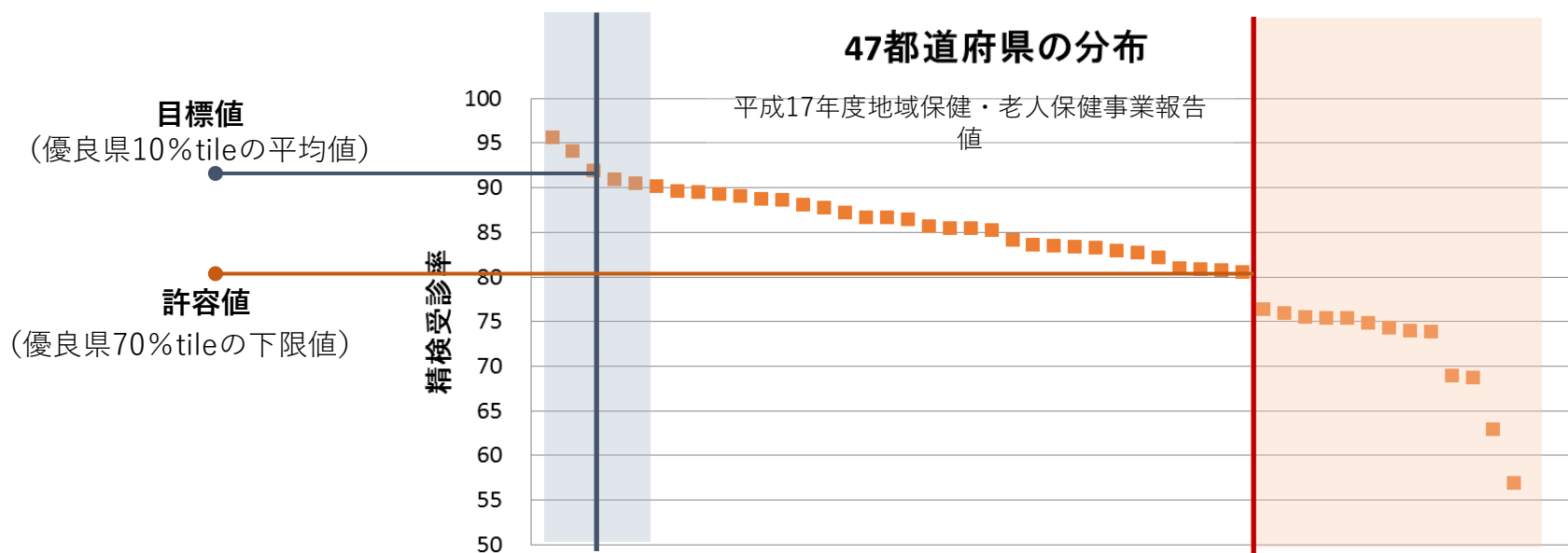
プロセス指標基準値設定（平成20年）の要点

設定項目	<ul style="list-style-type: none">・精検受診率・未把握率・未受診率・未把握+未受診率・要精検率・がん発見率・陽性反応適中度（PPV）
基準値の種類	<ul style="list-style-type: none">・許容値 – 最低限の基準・目標値 – 全ての県が目標とすべき値（精度管理優良地域を参考） <p>都道府県別ベンチマーキング</p>
設定方法	<ul style="list-style-type: none">・許容値 – 優良県70パーセンタイルの下限（指標によっては上限）値・目標値 – 優良県10パーセンタイルの平均値
基準値設定の対象年齢	<p>40～74歳（子宮頸がん20～74歳）</p> <ul style="list-style-type: none">・がん種により重点となる年齢層が異なるが、分り易さを重視し5がん共通・74歳の根拠：がん対策推進基本計画全体目標 「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」に対応
基準値の活用方法	<ul style="list-style-type: none">・主に県単位で、指標値と大きな乖離が無いかを検証・精検受診率（未受診・未把握率）は市町村/検診機関単位でも重視すべき・基準値は今後の精度管理状況に応じて適宜見直す（設定方法も含め）

出典：厚労省がん検診事業の評価に関する委員会報告書「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」別添6（一部改変）

プロセス指標基準値（平成20年）の設定方法

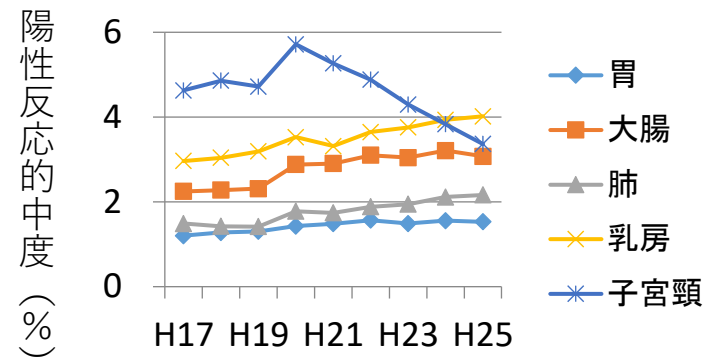
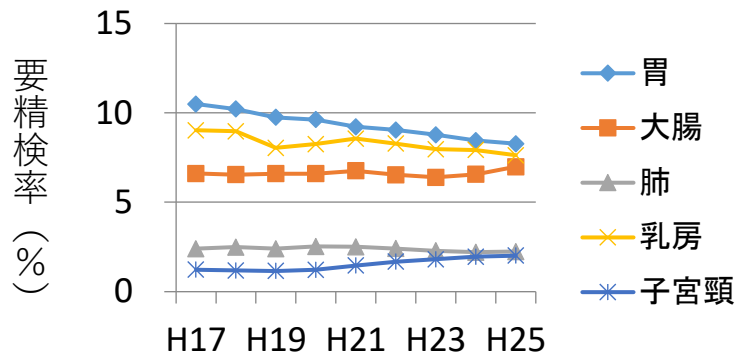
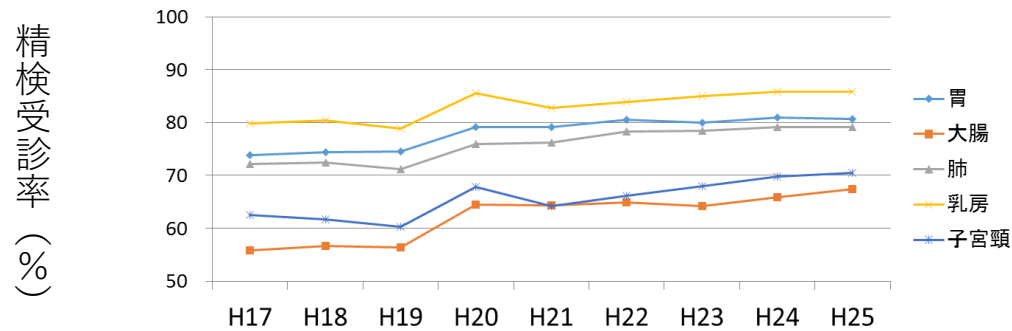
乳がん精検受診率の都道府県分布を基にベンチマーキング



プロセス指標基準値（平成20年）一覽

		胃	大腸	肺	乳房	子宮頸
精検受診率	許容値	≧70	≧70	≧70	≧80	≧70
	目標値	≧90	≧90	≧90	≧90	≧90
未把握率	許容値	≦10	≦10	≦10	≦10	≦10
	目標値	≦5	≦5	≦5	≦5	≦5
未受診率	許容値	≦20	≦20	≦20	≦10	≦20
	目標値	≦5	≦5	≦5	≦5	≦5
未受診+未把握率	許容値	≦30	≦30	≦20	≦20	≦30
	目標値	≧10	≧10	≧10	≧10	≧10
要精検率	許容値	≦11	≦7	≦3	≦11	≦1.4
がん発見率	許容値	≧0.11	≧0.13	≧0.03	≧0.23	≧0.05
陽性反応適中度	許容値	≧1.0	≧1.9	≧1.3	≧2.5	≧4.0

プロセス指標値の年次推移-全国値

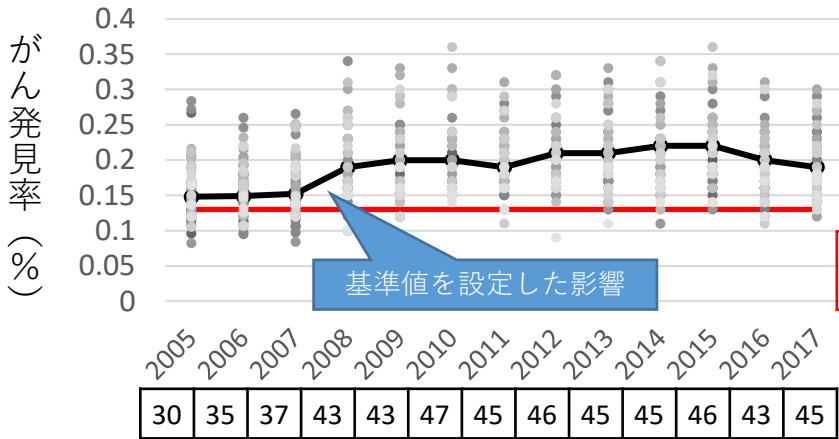
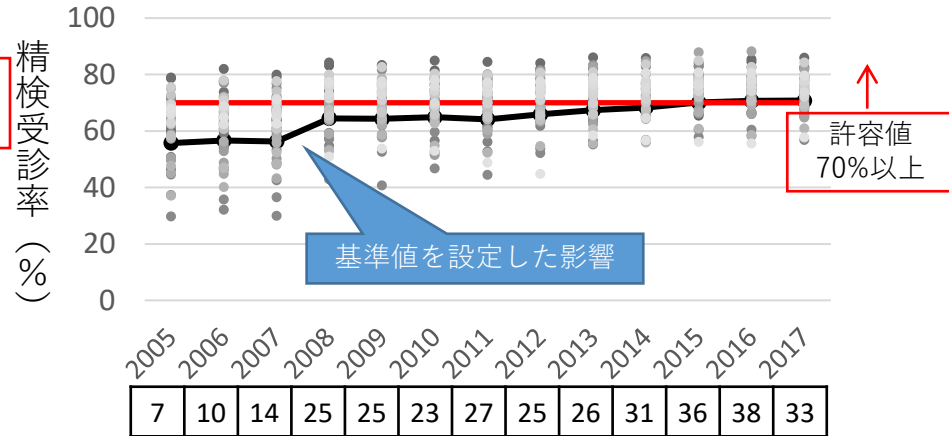
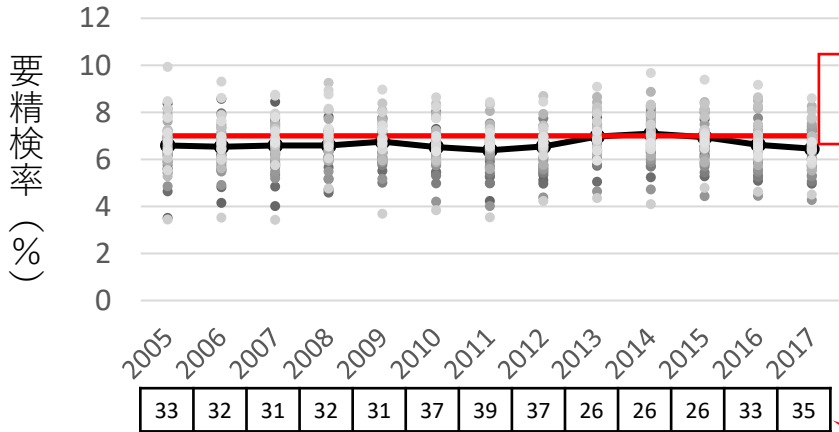


- 精検受診率は増加
- 要精検率は基準値以下の都道府県が増加
- 陽性反応的中度は子宮頸以外増加



基準値を見直し、より質の高い検診を目指す

大腸がんプロセス指標の年次推移



● 都道府県、一全国

プロセス指標新基準値と旧基準値の設定方針等の違い

	旧基準値	新基準値
方針	<ul style="list-style-type: none"> 精度管理が相対的に優良な都道府県が達成できる値を基準値とした 	<ul style="list-style-type: none"> 検診として効果がある感度、特異度の値を達成するために必要と考えられるプロセス指標の値を基準値とする (感度、特異度の基準値を設定すればすべてのプロセス指標の基準値が決まる)
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> 要精検率 精検受診率 精検未受診率 精検未把握率 がん発見率 陽性反応適中度 	<ul style="list-style-type: none"> 要精検率 精検受診率 (基準値を90%とする) ▶ がん対策推進基本計画より 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) ▶ 現時点で直接算出できる自治体は少ないが基準値算出の基本指標
対象年齢	<ul style="list-style-type: none"> 胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74歳 子宮頸がん：20-74歳 	<ul style="list-style-type: none"> 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

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、年齢階級を3区分にする

プロセス指標基準値算出の考え方（1）

- 要精検率、がん発見率、陽性反応的中度を、感度、特異度、有病率より算出
- 算出に用いるデータは、地域保健・健康増進事業報告、地域がん登録などより抽出
- 5歳階級別に基準値を算出することにより、住民検診・職域検診によらず、年齢構成に合わせた基準値の個別の算出が可能
- がん種別に、平均的年齢構成における1つの基準値を算出
- 自治体や保険者は、対象集団の性・年齢構成により、独自の基準値を算出・算定することが可能

- 要精検率 = 有病率 × 感度 + (1-有病率) × (1-特異度)
≈ 1-特異度 (がん検診受診者におけるがんの有病率は低く≈0と考えることができる)
- 発見率 = 有病率 × 感度
- 陽性反応適中度 = 発見率 ÷ 要精検率
≈ (感度 × 有病率) ÷ (1-特異度)

➡ 感度、特異度、有病率を設定すると
要精検率、発見率、陽性反応的中度が算出可能

プロセス指標基準値算出の考え方 (2)

1. 基準とする感度、特異度の設定

- 乳がんのみ年齢階級 (3区分) 別
- その他のがんは基準値は1つ

• 感度

有効性評価に基づく〇〇がん検診ガイドライン (国立がん研究センター) で評価されている研究で達成されている値を参考

• 特異度 (≒ 1 - 要精検率)

性、年齢階級、受診歴別

要精検率が優良な33都道府県(約70%)が満たしている値を参考

2. 検診受診者のがん発生率の推計

性、年齢階級、受診歴別

「がん発生率 (検診受診歴：非初回) ≒ がん罹患率」であることを参考

- がん発生率 = 受診者のがんの数 ÷ 受診者数
- がん罹患率 = 新規がん発生数 ÷ 人口

3. 基準値の算出

- 性、年齢階級、受診歴別の基準値
- 受診者の性、年齢階級、受診歴分布が平均的な場合の基準値 (1つ)
都道府県別の検診受診者 (最新) の平均分布を参考

新基準値の算出手順の例（大腸がん）（1）

1. 基準とする感度、特異度の設定

：有効性評価に基づくがん検診ガイドライン（国立がん研究センター）を参考

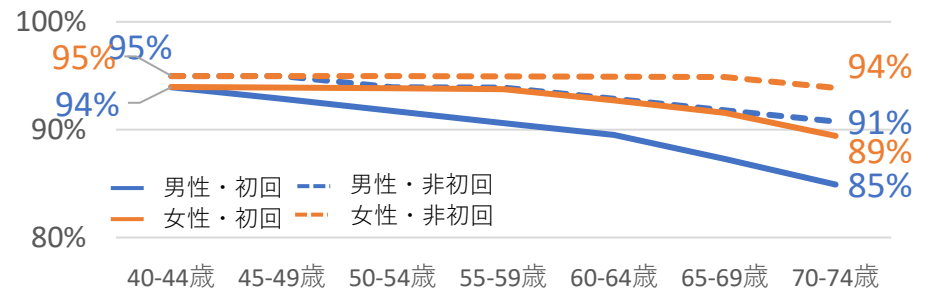
●感度：

有効性評価に基づくがん検診ガイドライン（国立がん研究センター）を参考

	大腸
検診間隔	1年
感度	60%以上

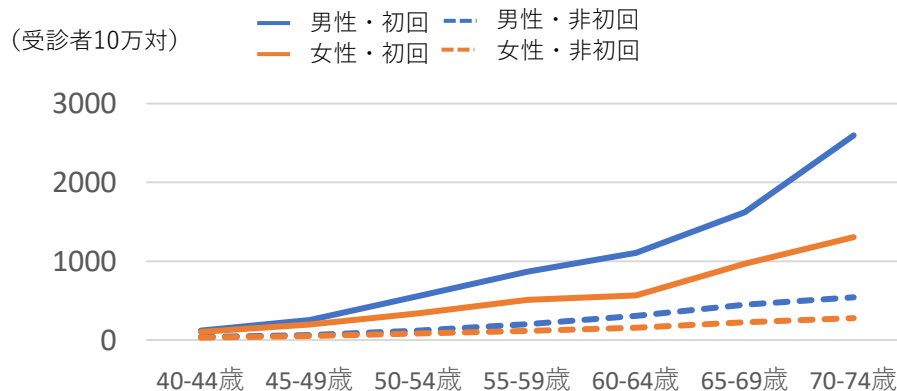
●特異度（性、年齢階級、受診歴別）：

要精検率（都道府県別）の上位70%タイル値より算出



2. 検診受診者のがん発生率の推計

：がん罹患率情報（がん登録データ）を参考



基準値算出式

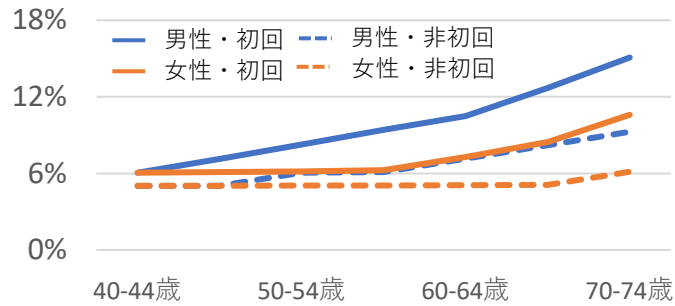
- 要精検率 = 1 - 特異度
- 発見率 = 感度 × がん発生率

新基準値の算出手順の例（大腸がん）（2）

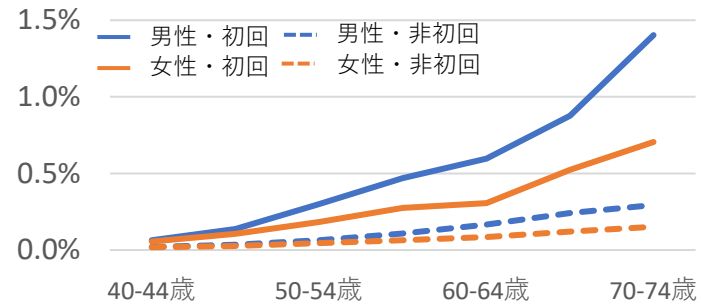
3. 基準値の算出（性、年齢階級、受診歴別）

精検受診率の基準値は90%とした

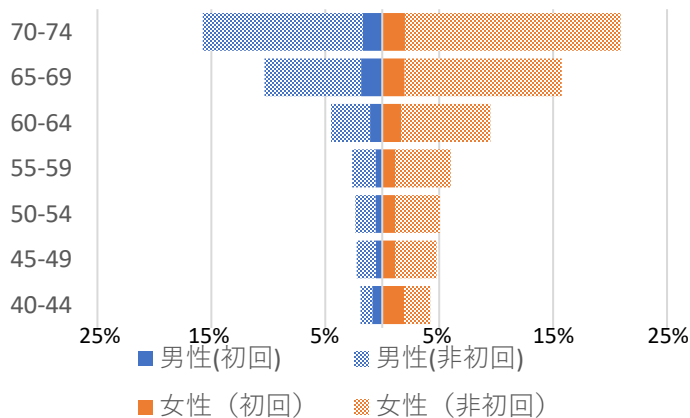
●要精検率：1-特異度



●発見率：感度×がん発生率×精検受診率



4. 基準値の算出（受診者の性、年齢階級、受診歴分布の平均に合わせる）

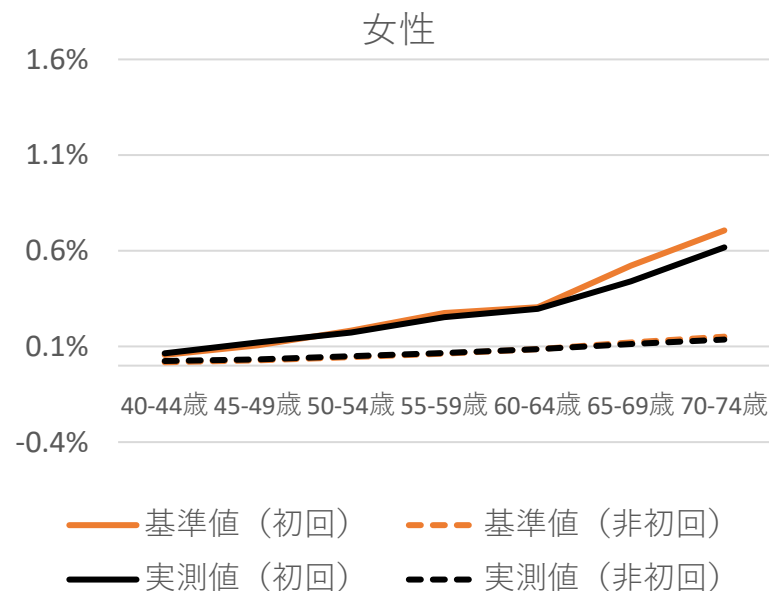
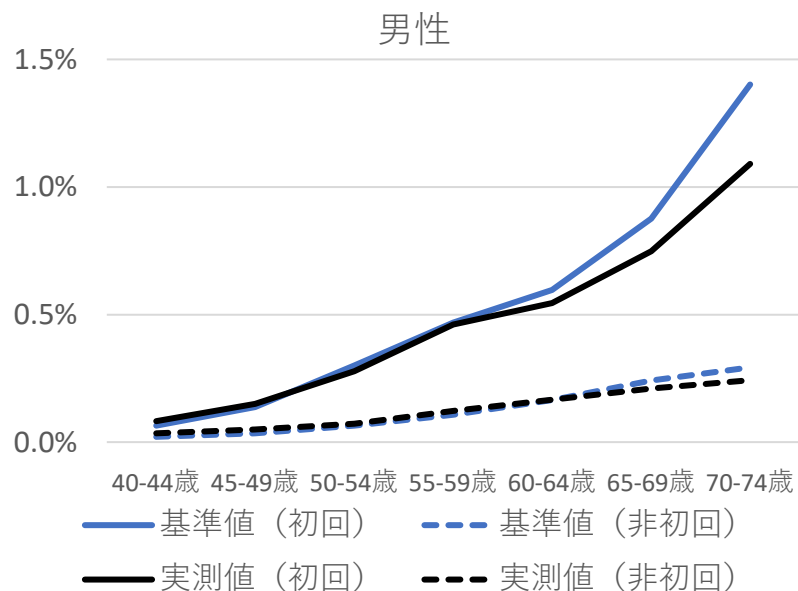


平均的受診者分布の場合の
基準値を算出

大腸がん	
対象年齢	40-74歳
要精検率	6.8%以下
精検受診率	90%以上
がん発見率	0.23%以上
陽性反応適中度	3.0%以上

新基準値の妥当性検証（大腸がん）

● 発見率（性、年齢階級、受診歴別）



・実測値
2017-2019年度検診事業において、すべての年齢階級で精検受診者数が計上されている自治体より算出

	基準値 (40-74歳)	実測値 (40-74歳)
初回	0.88%以上	0.59%
非初回	0.24%以上	0.19%

	基準値 (40-74歳)	実測値 (40-74歳)
初回	0.44%以上	0.30%
非初回	0.12%以上	0.10%

新基準値における対象年齢および検診間隔の設定

	胃がん (エックス線)	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
対象年齢	①50-74歳 ②50-69歳		①40-74歳 ②40-69歳		①20-74歳 ②20-69歳 ③20-39歳 ④40-74歳 ⑤40-69歳
検診間隔	①1年 ②2年	1年	①1年 ②0.5年* (検診以外の検査 の受診があり得る ことを考慮)	①2年 ②1.4年* (連続受診者が6割 程度いることを考 慮)	2年

* 指針に沿って基準値を算出した場合、現状との乖離が大きく有効な指標とならない懸念があるため、調整を必要としたパラメータ

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		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		0.13%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		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%		

* 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4
令和5年1月30日（月）	

被用者保険におけるがん検診の実施状況について

厚生労働省保険局保険課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2022年度保険者データヘルス全数調査について

■ 調査目的・内容

- 日本健康会議における「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の目標数値（KPI）の達成状況等の把握のほか、データヘルスや予防・健康づくりの取組状況について全保険者（市町村国保、健保組合、共済組合、国保組合、協会けんぽ、広域連合）一斉に調査を実施
- 健保組合、共済組合、全国健康保険協会**（および国保組合）に対する調査票に**がん検診に関する項目も含む**

■ 回答期間

令和4年8月5日～9月13日

■ 調査対象年度

令和3年度

本調査結果に関する留意点

- 本調査は政府統計調査ではなく、回答が任意のアンケート調査である。
- 全国健康保険協会においては、注記がない限り、都道府県支部および船員保険を単位としてカウント。また回答者との調整により調査結果を修正し再集計済み。
- 国民健康保険の一部である国保組合の結果は参考資料として掲載。

「2022年度保険者データヘルス全数調査」(※)の概要

2022年9月14日時点

調査票		A	B				C
保険者	全体	市町村国保	健保組合	共済組合	国保組合	全国健康保険協会	広域連合
対象数(母数)	3,441	1,716	1,385	85	160	48	47
保険者別回答数	3,332	1,661	1,334	85	157	48	47
保険者別回答率	96.8%	96.8%	96.3%	100%	98.1%	100%	100%

※小数点以下第2位を四捨五入しています

※本調査は厚生労働省の令和4年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金にて実施

医療保険制度の体系

日本の医療保険制度において、被用者保険者である協会けんぽ・健康保険組合・共済組合の加入者数は、65歳までの医療保険加入者数の**約70%以上**を占め、被用者保険の大半を占めている。

後期高齢者医療制度

約17兆円

- ・ 75歳以上
- ・ 約1,890万人
- ・ 保険者数：47（広域連合）

前期高齢者財政調整制度（約1,590万人） 約7兆円

国民健康保険

（都道府県・市町村国保+国保組合）

- ・ 自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・ 加入者数：約2,850万人
- ・ 保険者数：約1,900

約9兆円

協会けんぽ

- ・ 中小企業のサラリーマン
- ・ **加入者数：約3,930万人**
- ・ 保険者数：1

※参考
・ 被保険者数：2,507万人
・ 被扶養者数：1,519万人
（協会けんぽ月報より引用）

約6兆円

健康保険組合

- ・ 大企業のサラリーマン
- ・ **加入者数：約2,830万人**
- ・ 保険者数：約1,400

※参考
・ 被保険者数：1,659万人
・ 被扶養者数：1,206万人
（令和4年度予算早期集計より引用）

健保組合・共済等 約5兆円

共済組合

- ・ 公務員
- ・ **加入者数：約910万人**
- ・ 保険者数：85

※1 加入者数・保険者数・金額は、令和4年度予算ベースの数値。

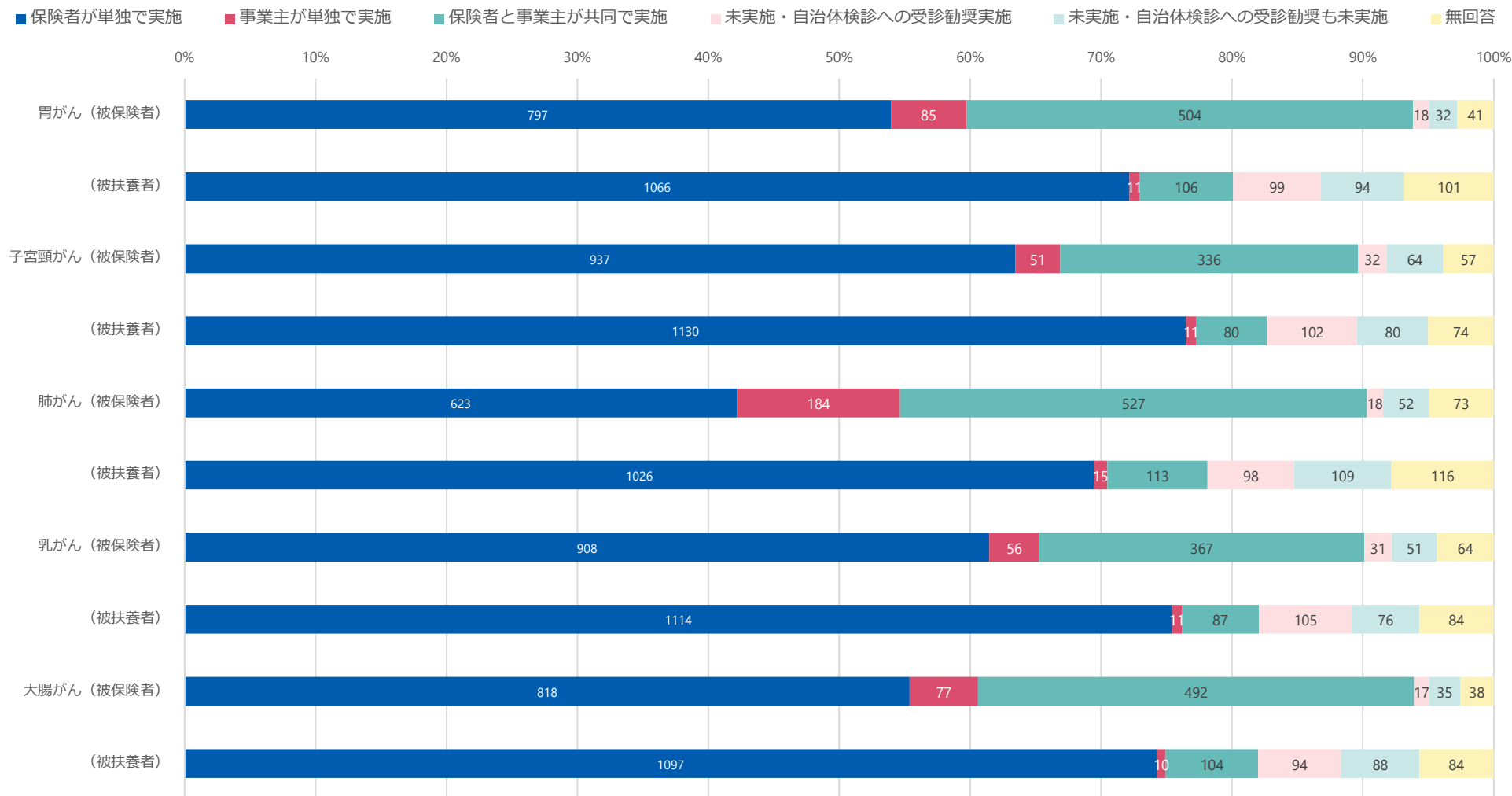
※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者（対象者約2万人）、**船員保険（対象者約10万人）**、経過措置として退職者医療がある。

※3 協会けんぽ・健康保険組合の被保険者・被扶養者数は、令和4年3月時点の集計結果であり、その合計は上段記載の加入者数とは時点相違につき一致しない。

がん検診の実施状況（全被用者保険者）

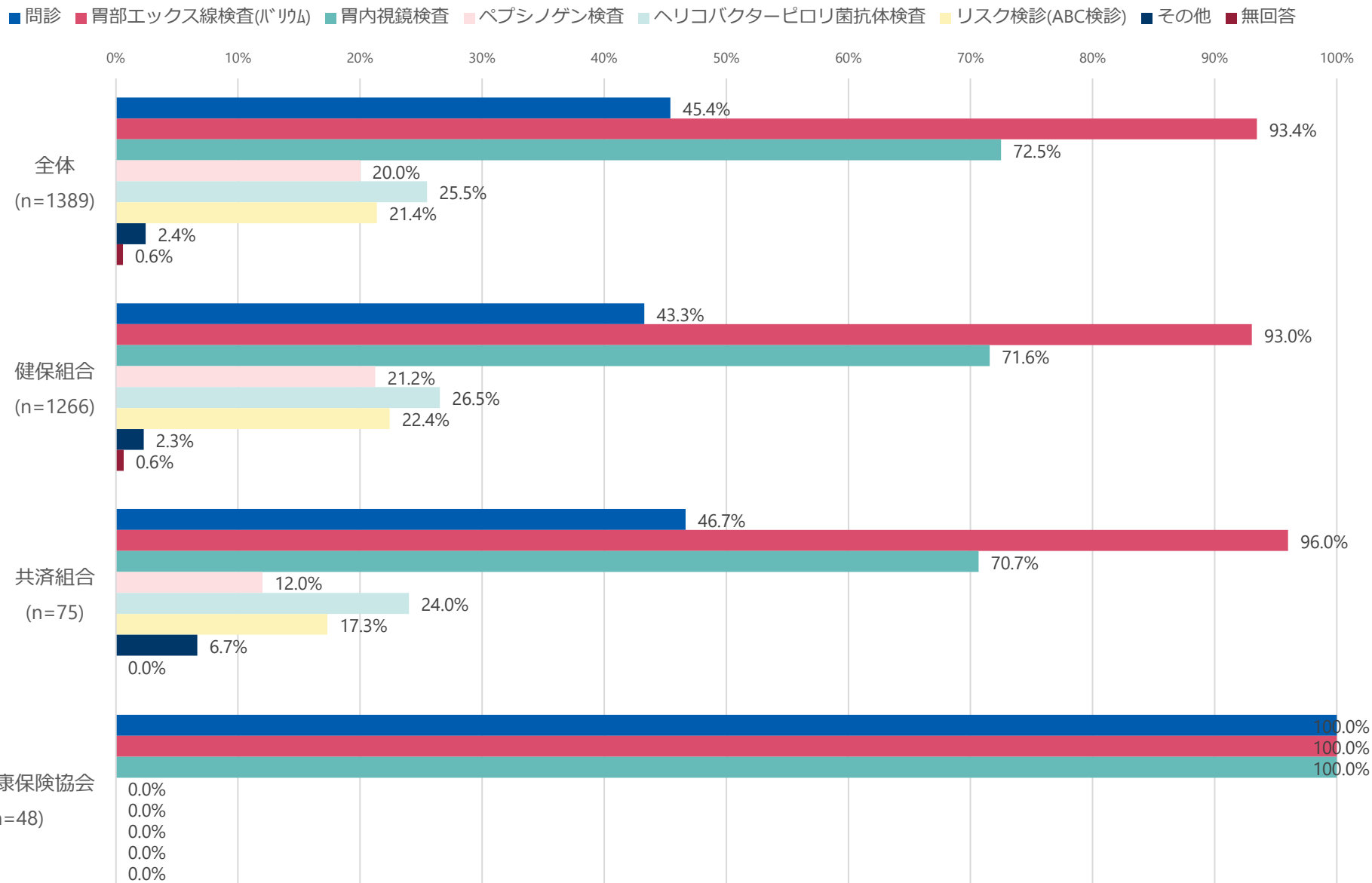
全被用者保険者
(n=1,467)

- いずれのがん検診においても保険者単独あるいは事業主と共同で実施している保険者が多い
- 被扶養者に対するがん検診では、保険者単独のほか、自治体がん検診への受診勧奨を実施する保険者も一定存在する



(グラフ内の数値は保険者数)

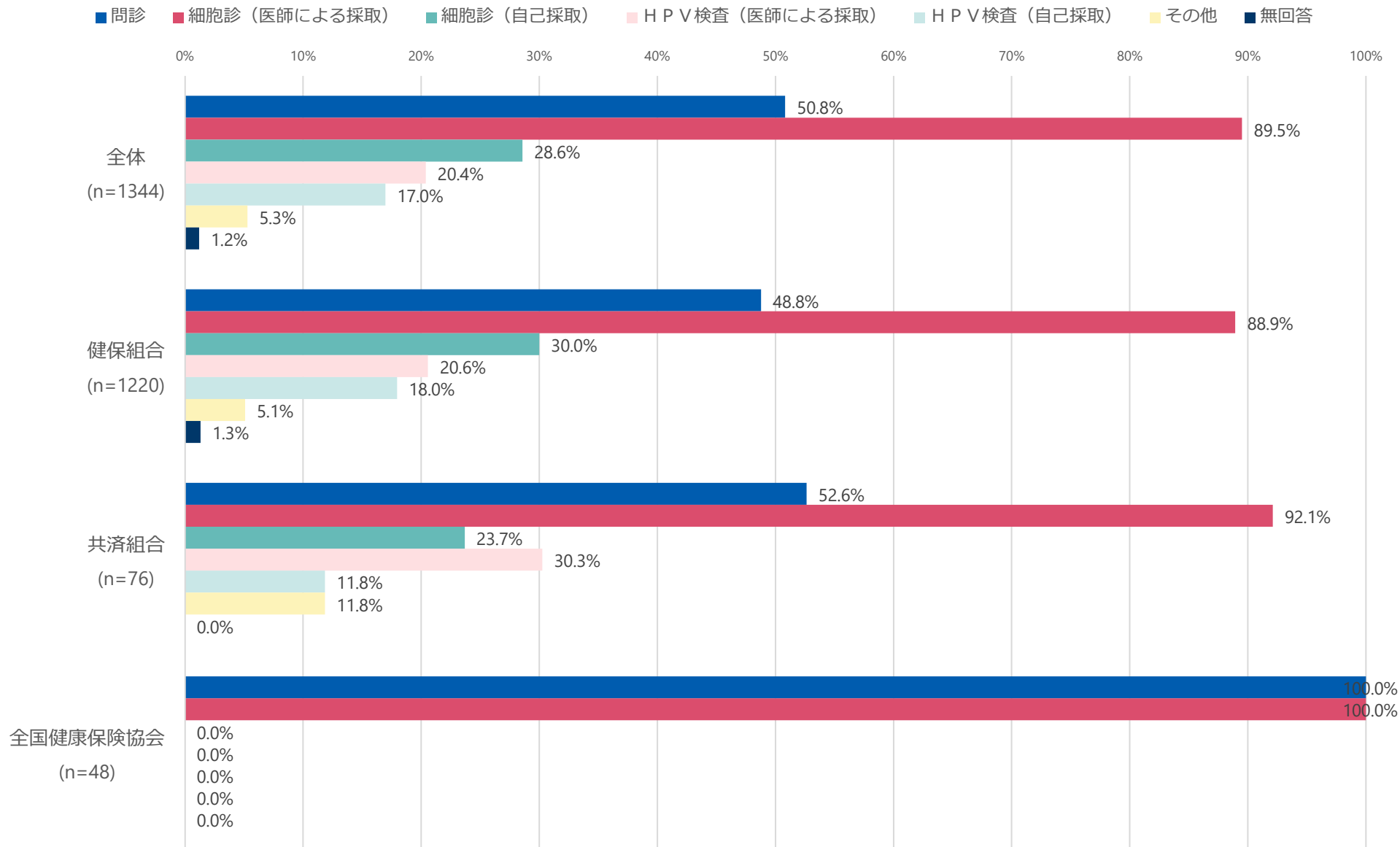
がん検診の検査実施方法（胃がん）



※複数回答可

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

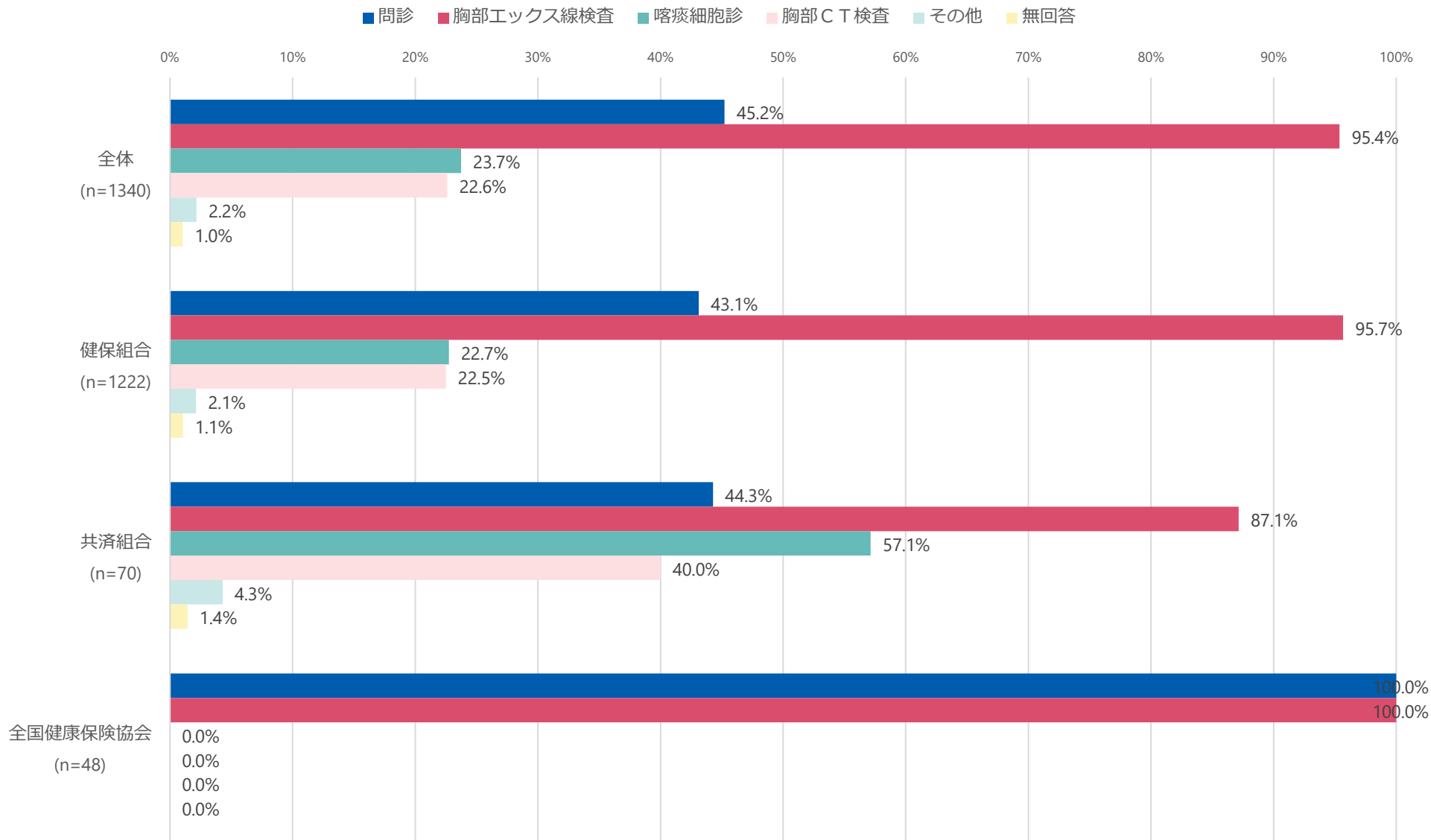
がん検診の検査実施方法（子宮頸がん）



※複数回答可

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

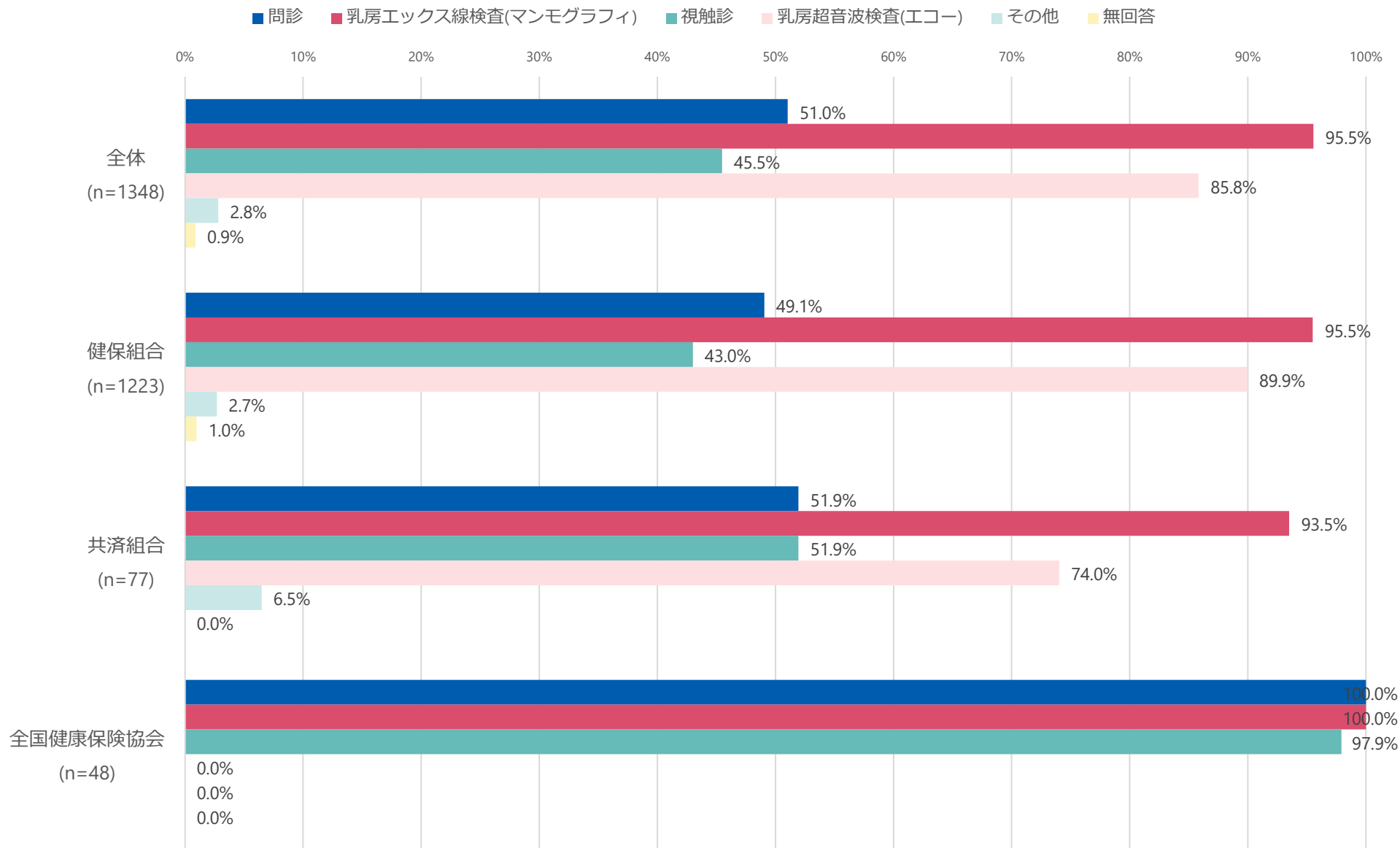
がん検診の検査実施方法（肺がん）



※複数回答可

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

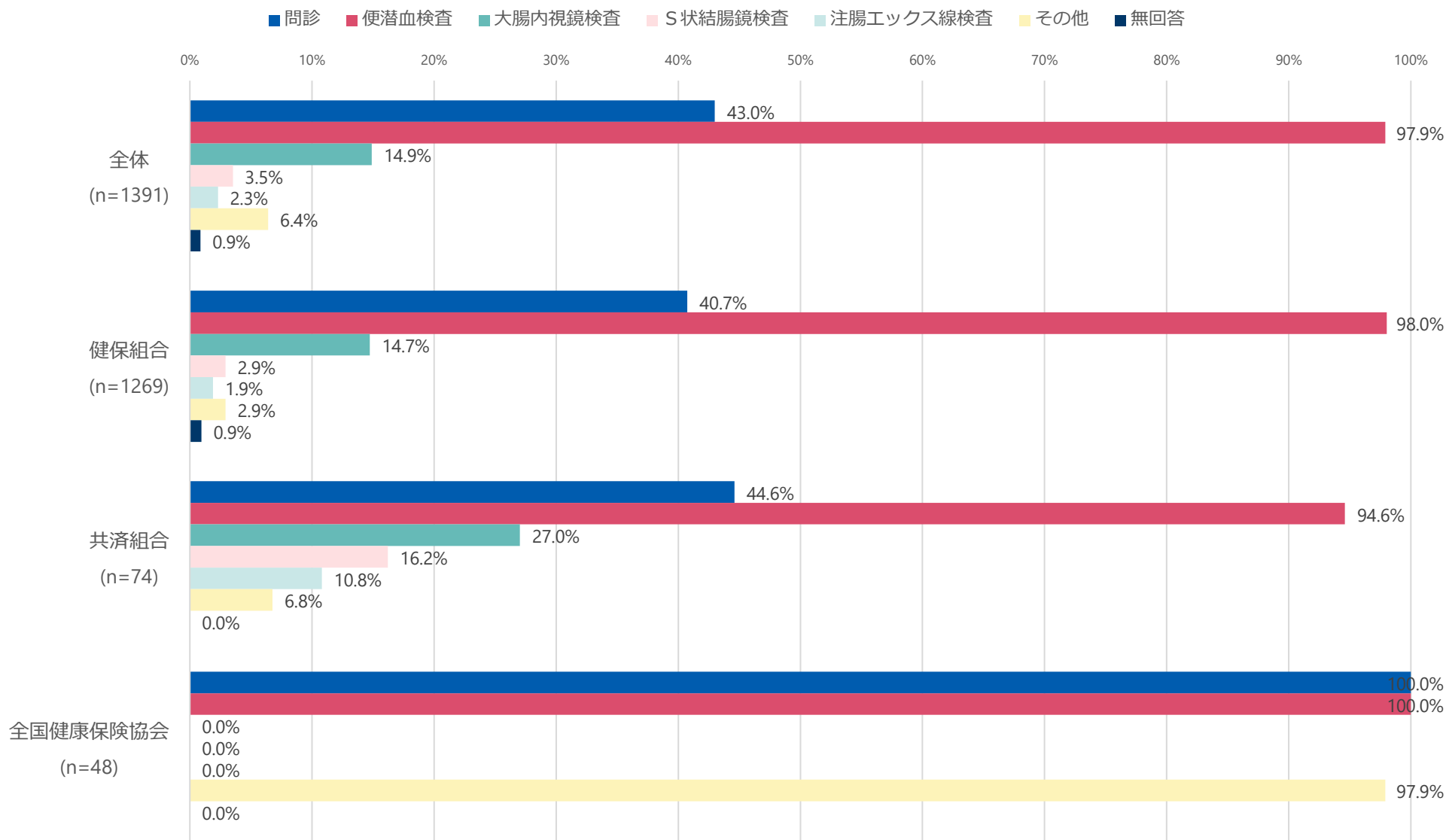
がん検診の検査実施方法（乳がん）



※複数回答可

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

がん検診の検査実施方法（大腸がん）



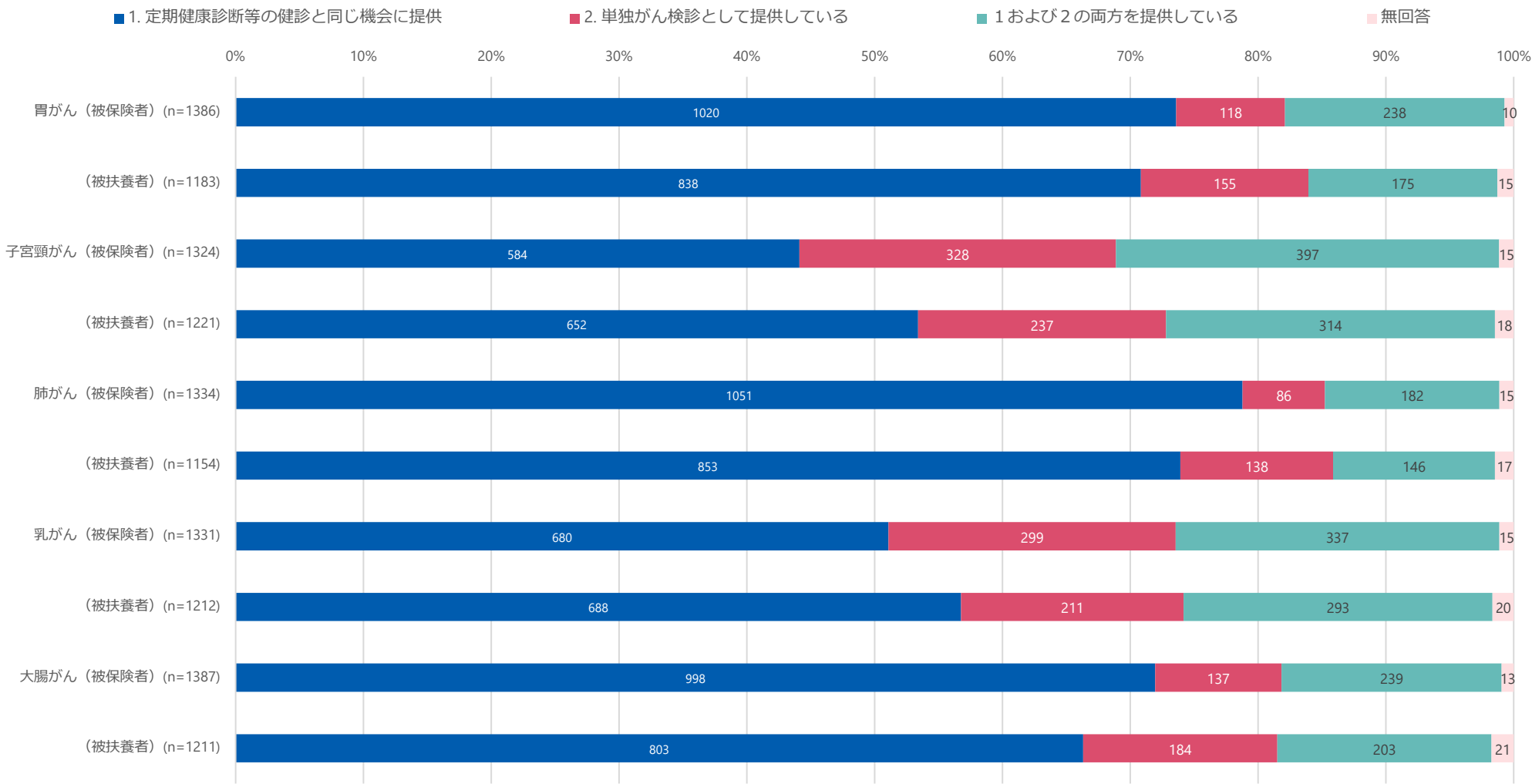
※複数回答可

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

がん検診の受診機会（全被用者保険者）

全被用者保険者

- がん検診を単独で実施している保険者よりも定期健康診断等の健診とあわせて同じ機会に提供する保険者が多い
- 資格区分（被保険者・被扶養者）別では傾向に大きな違いはない



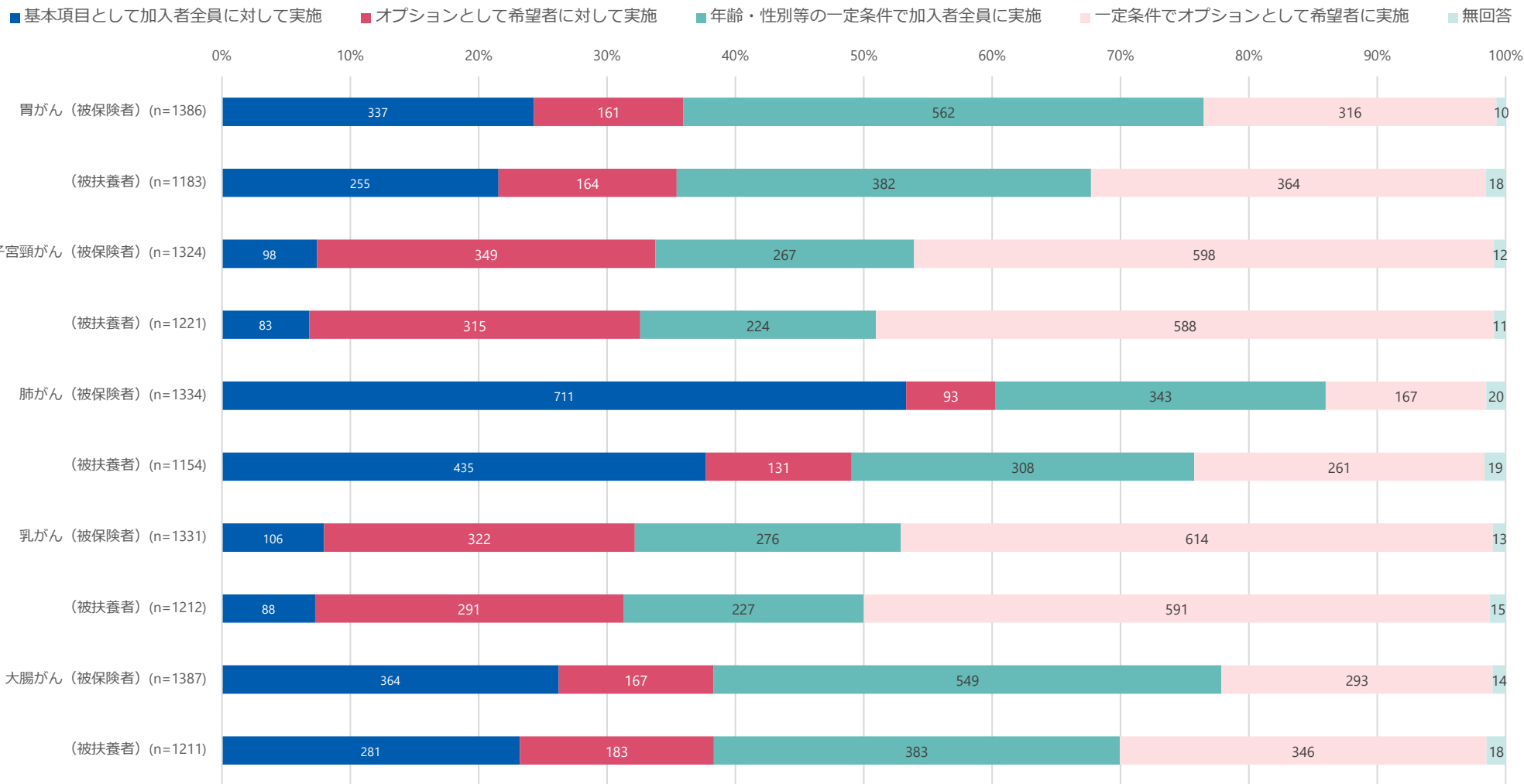
（グラフ内の数値は保険者数）

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

がん検診の実施範囲（全被用者保険者）

全被用者保険者

- がん検診ごとに傾向に大きな違いがあり、特に肺がん検診については基本項目として加入者全員に実施されることが多い
- 胃がん・子宮頸がん・乳がん・大腸がんにおいては、希望者へのオプションあるいは一定条件下で提供されることが多い



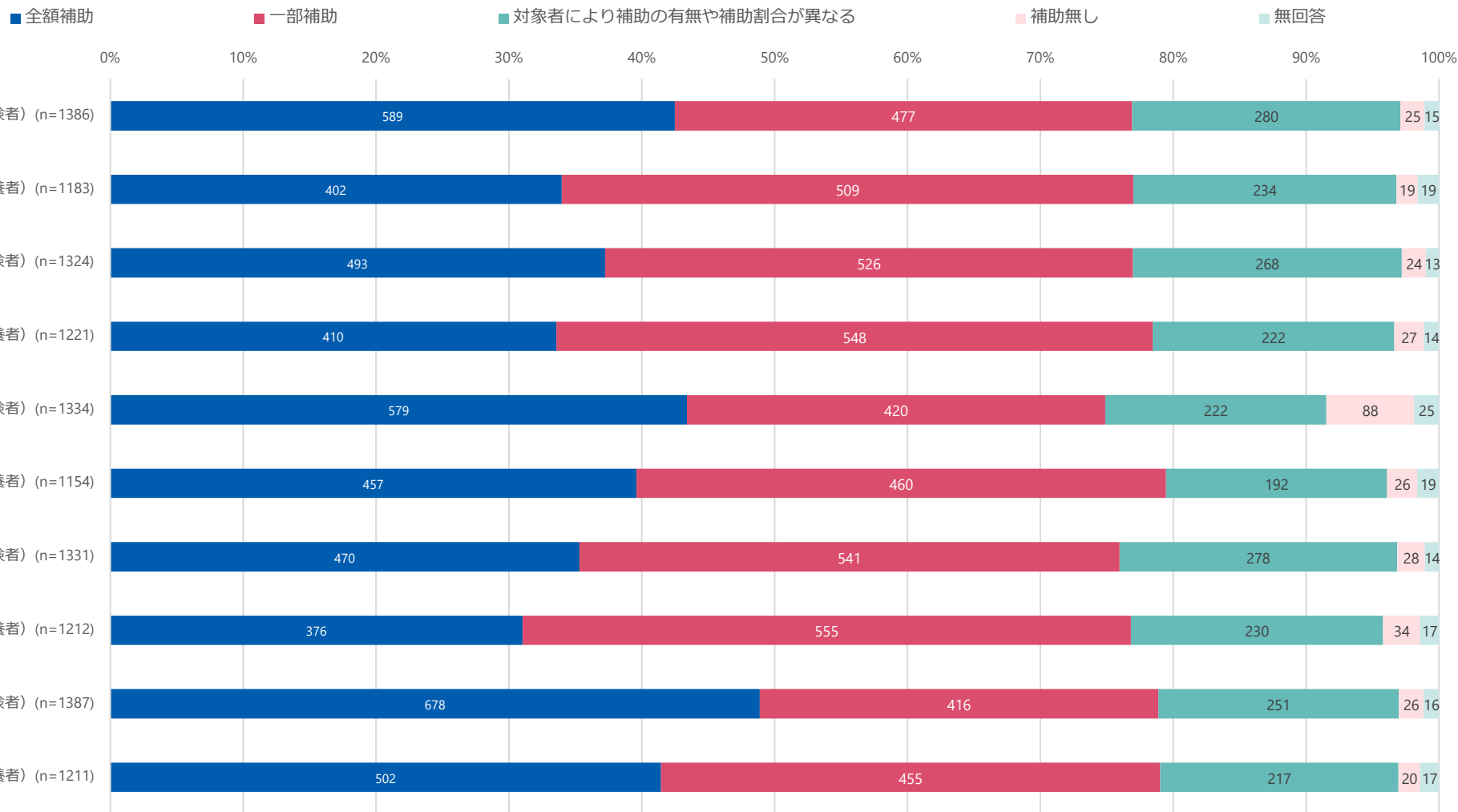
(グラフ内の数値は保険者数)

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

がん検診の費用負担にかかる保険者の補助（全被用者保険者）

全被用者保険者

- いずれのがん検診においても、一律で「全額補助」あるいは「一部補助」を実施している保険者が多い
- 他方で、対象者により補助の有無や補助割合が変動する保険者も一定存在



(グラフ内の数値は保険者数)

※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

(補足) がん検診の対象者・受診者数の集計定義について

※本設問における回答方法の定義は以下の通り

※保険者が把握している「対象者数」及び「受診者数」の全数をそれぞれご記載ください。

そのうえで、「被保険者（組合員）」と「被扶養者」で分けることができる場合には、内訳も記載してください。

※受診者数については、8g-Q4における実施方法や8g-Q5における費用補助の回答に関わらず、

保険者または事業主で実施・補助しているがん検診の受診者を含みます。

※実施・把握していない場合は空欄とし、該当者がいない場合は「0」と記載してください。

※本設問において、対象者数および受診者数は下記「がん検診の対象者・受診者の集計定義」に基づき集計してください。

※対象者の年齢基準は調査年度末の年齢としてください。また年度途中に加入・喪失した者は集計対象外としてください。

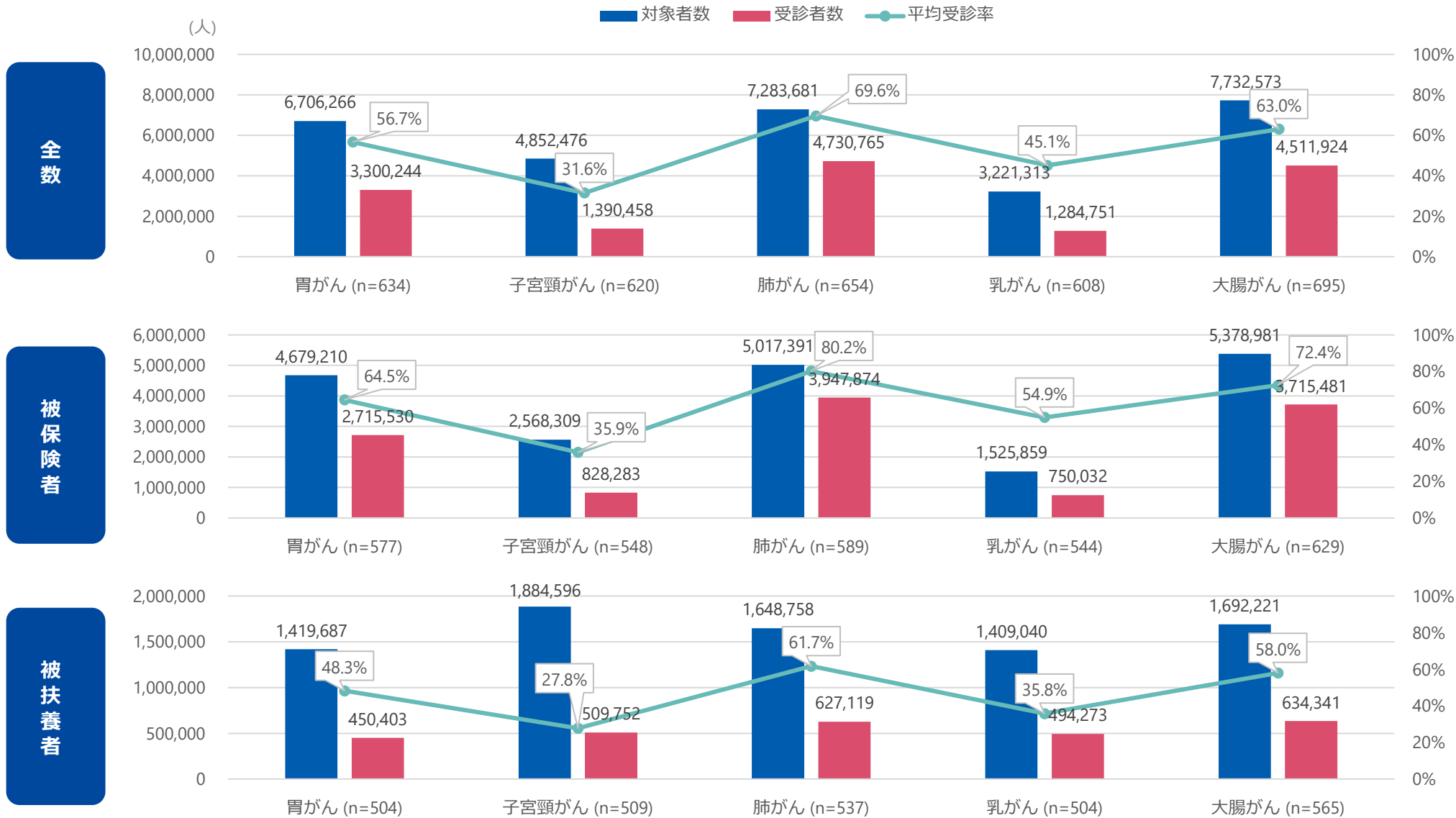
※胃がん、子宮頸がん、乳がんについては調査年度及びその前年度の2年度にわたり、加入していた者を集計対象としてください。

※集計する受診者数について検査項目は問いません。ただし、延べ人数ではなく実人数で集計することとしてください。

がん検診の対象者・受診者の集計定義		
種類	対象者（分母）	受診者（分子）
胃がん検診	41歳以上の者	対象者のうち、調査年度（2021年度）およびその前年度（2020年度）に1度でも実施した者
子宮頸がん検診	21歳以上の女性	対象者のうち、調査年度（2021年度）およびその前年度（2020年度）に1度でも実施した者
肺がん検診	40歳以上の者	対象者のうち、調査年度（2021年度）に実施した者
乳がん検診	41歳以上の女性	対象者のうち、調査年度（2021年度）およびその前年度（2020年度）に1度でも実施した者
大腸がん検診	40歳以上の者	対象者のうち、調査年度（2021年度）に実施した者

がん検診の対象者・受診者数（全被用者保険者※）

※ 健保組合 + 共済組合のみ



・ がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数・受診者数いずれも回答している保険者のみを集計対象とする（なお、全国健康保険協会においては集計から除外）。

・ がん種別ごとに定義と異なる方法で集計した（と備考欄で申告している）保険者は除外。また、がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数がゼロの保険者は除外。

がん検診の要精密検査の対象者把握と受診勧奨の状況（全被用者保険者）

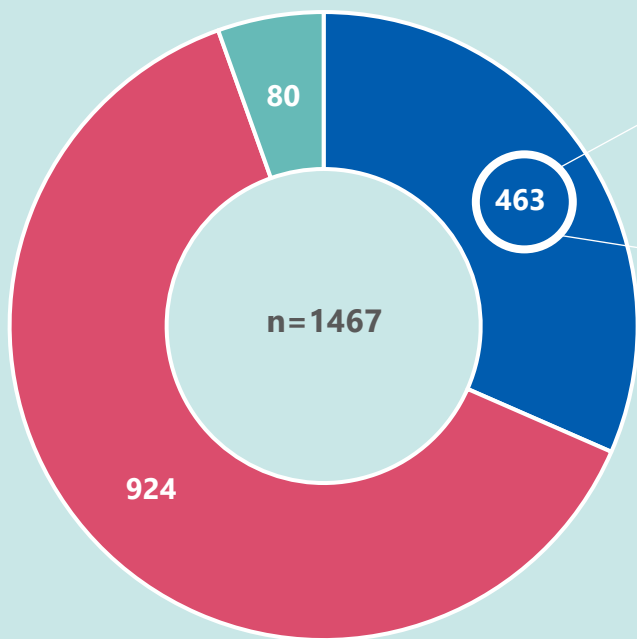
全被用者保険者

- 要精密検査対象者を把握している保険者はおよそ3割程度であり、そのうち7割以上が対象者に受診勧奨を実施
- 受診勧奨を行う保険者のうち8割以上はその後の受診状況を確認し、本人からの情報提供やレセプトによる確認が多い

要精密検査対象者の把握

※いずれかのがん検診の種類でひとつでも実施している保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

■ 把握している ■ 把握していない ■ 無回答

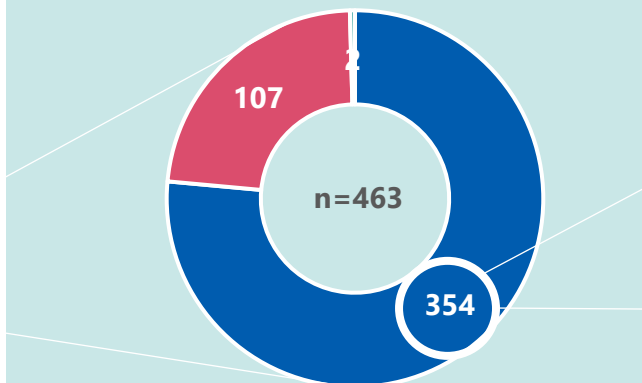


(グラフ内の数値は保険者数)

要精密検査対象者への受診勧奨

※要精密検査対象者を把握していると回答した保険者が回答対象

■ 実施している ■ 実施していない ■ 無回答

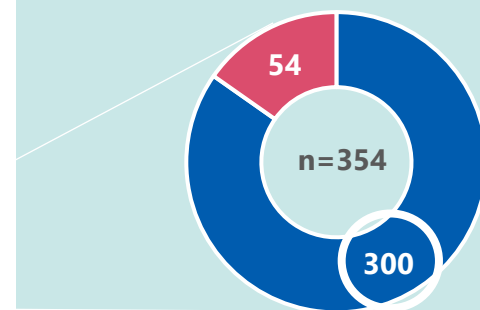


(グラフ内の数値は保険者数)

受診勧奨後の受診状況の確認

※要精密検査対象者への受診勧奨を実施していると回答した保険者が回答対象

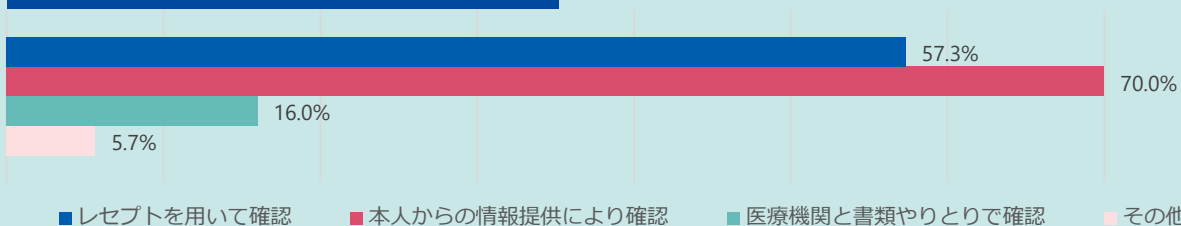
■ 確認している ■ 確認していない



(グラフ内の数値は保険者数)

受診状況の確認方法

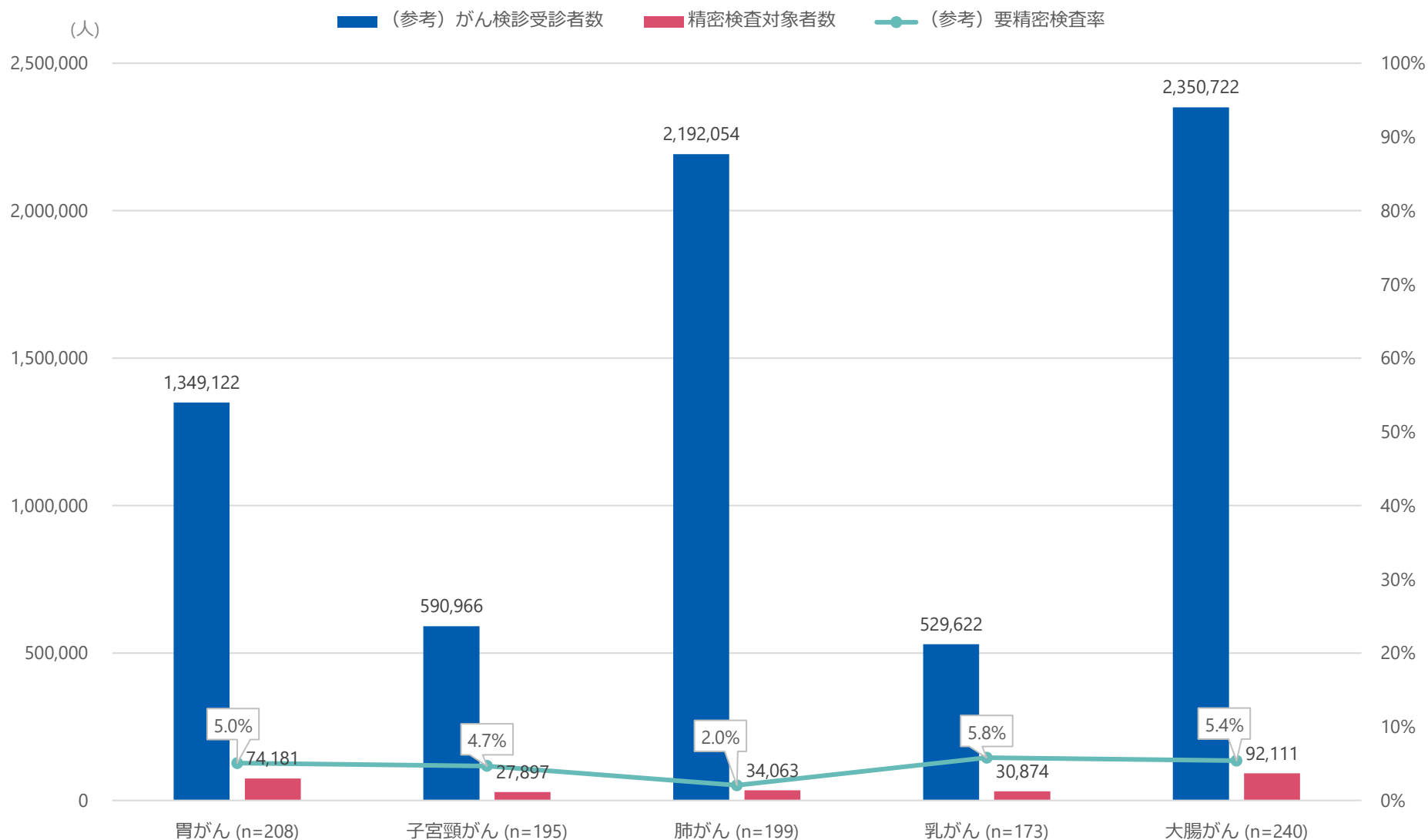
※受診勧奨後の受診状況を確認していると回答した者のみが回答対象
n=300 (複数回答可)



■ レセプトを用いて確認 ■ 本人からの情報提供により確認 ■ 医療機関と書類やりとりで確認 ■ その他

がん検診の要精密検査対象者数（全被用者保険者※）

※ 健保組合 + 共済組合のみ



・ がん検診の結果から要精密検査となった者を把握している保険者のうち、がん種別ごとに対象者数・受診者数・精密検査受診者数いずれも記載している保険者のみを集計対象とする
 ・ 要精密検査率は、集計対象の保険者およびそのがん種別ごとにおいて、精密検査対象者数をがん検診受診者数で除した値の単純平均。なお、100%を上回った保険者は除外。

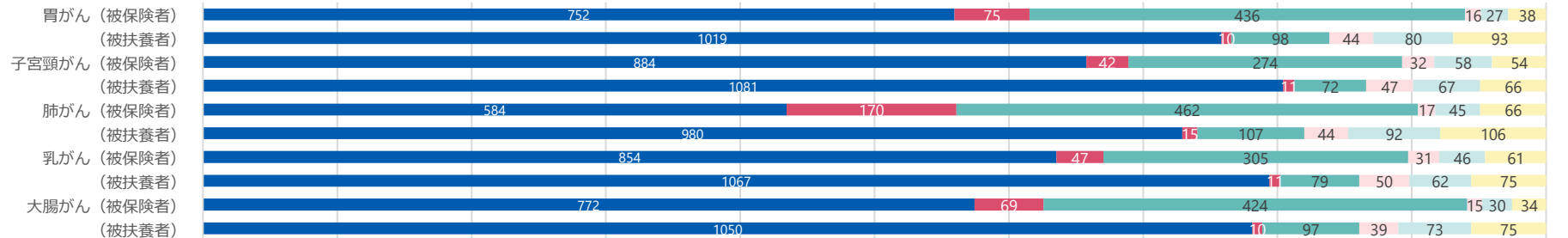
参考資料



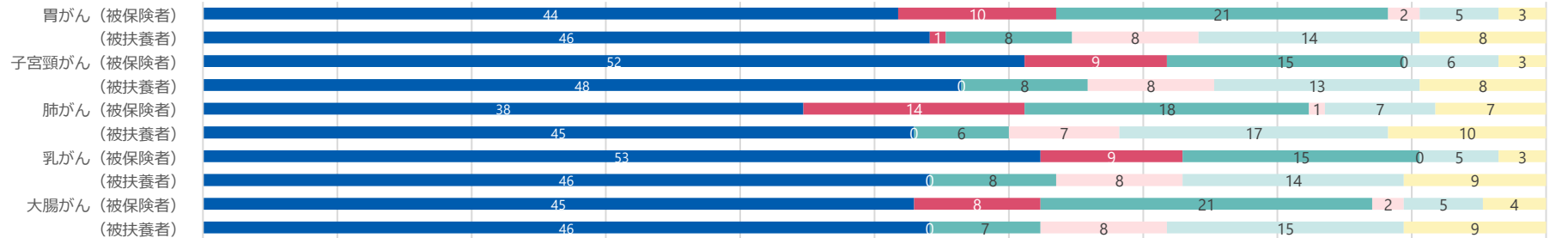
がん検診の実施状況（保険者種別内訳）

■ 保険者が単独で実施 ■ 事業主が単独で実施 ■ 保険者と事業主が共同で実施 ■ 未実施・自治体検診への受診勧奨実施 ■ 未実施・自治体検診への受診勧奨も未実施 ■ 無回答

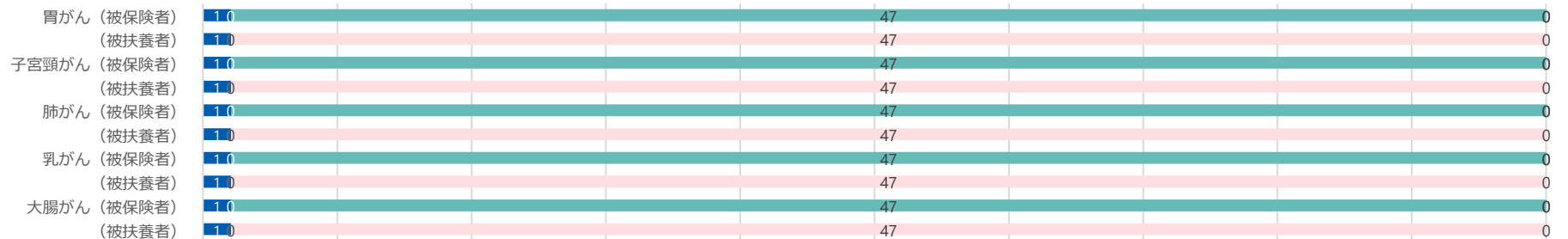
健保組合
n=1334



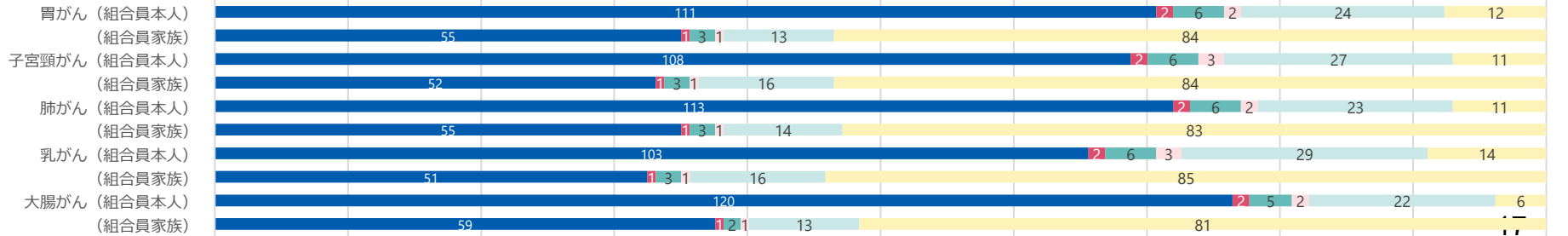
共済組合
n=85



全国健康保険協会
n=48



国保組合
n=157



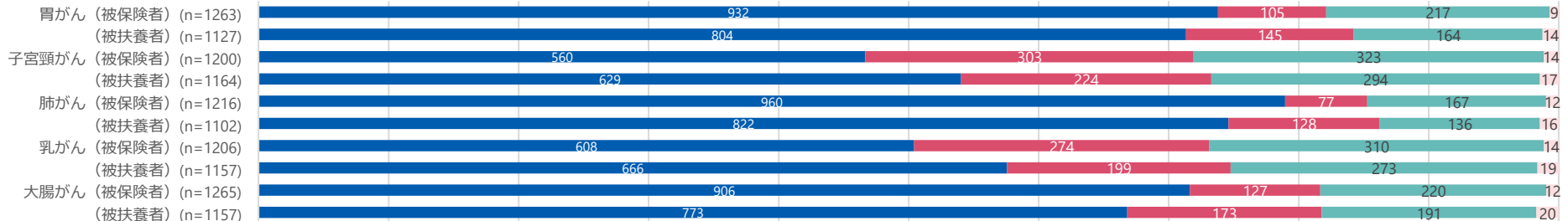
(グラフ内の数値は保険者数)

がん検診の受診機会（保険者種別内訳）

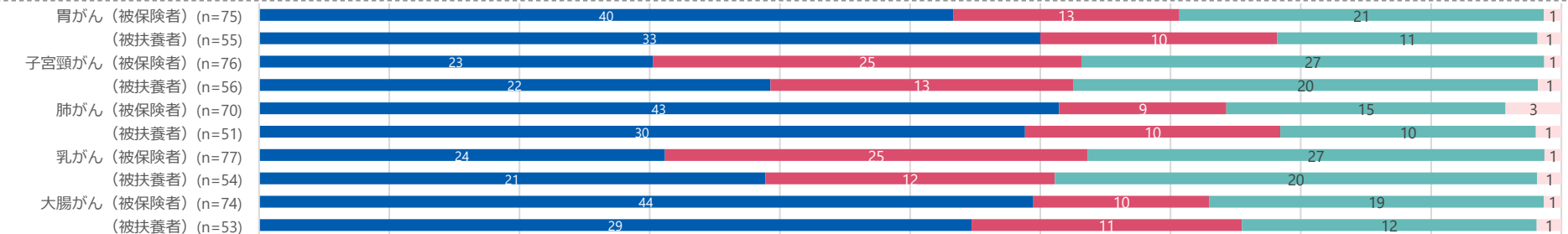
■ 1. 定期健康診断等の健診と同じ機会に提供 ■ 2. 単独がん検診として提供している ■ 1および2の両方を提供している ■ 無回答

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

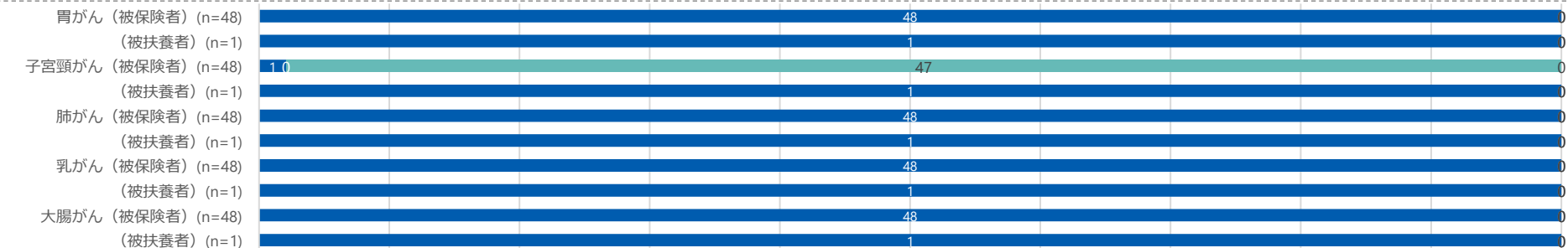
健保組合



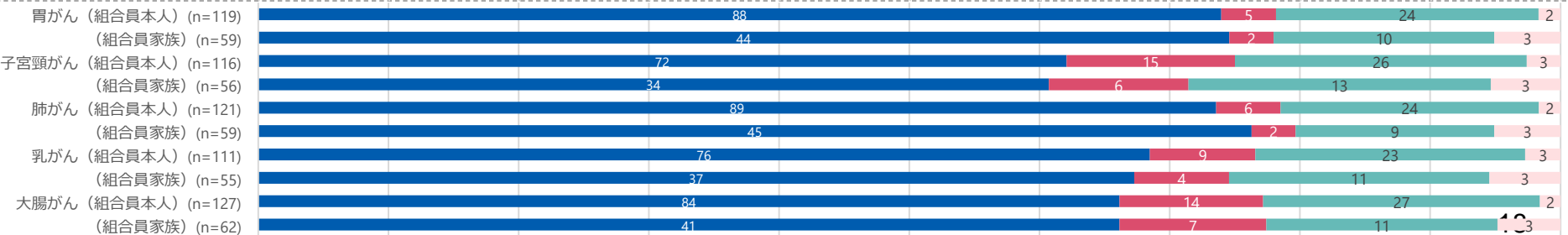
共済組合



全国健康保険協会



国保組合



(グラフ内の数値は保険者数)

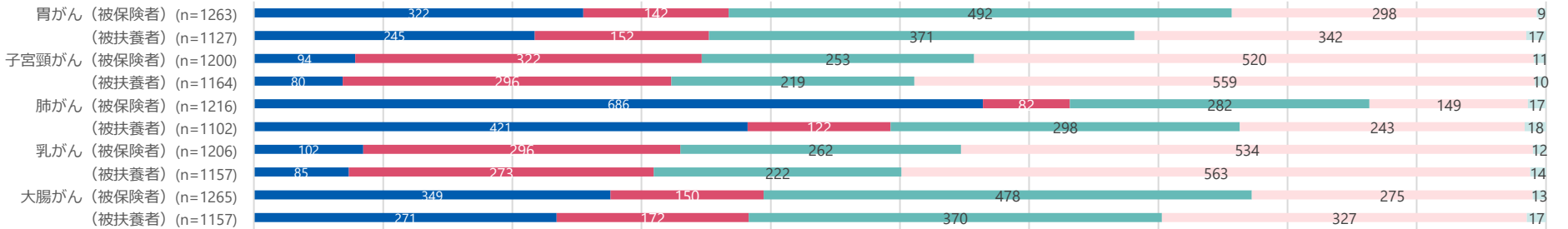
参考

がん検診の実施範囲（保険者種別内訳）

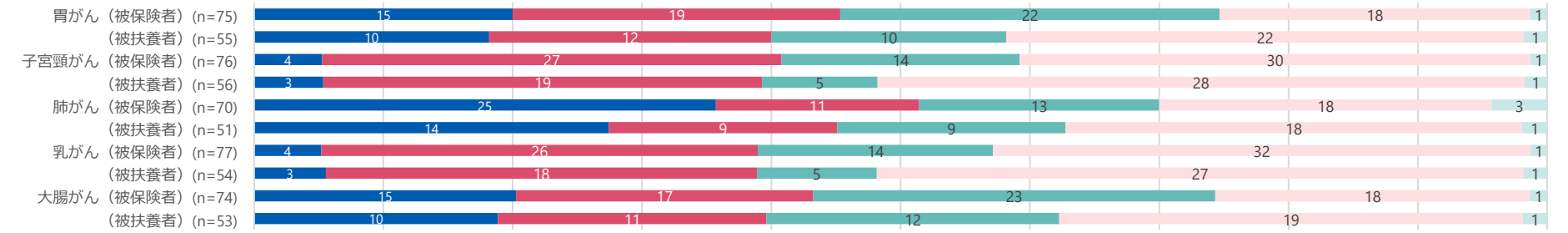
■基本項目として加入者全員に対して実施 ■オプションとして希望者に対して実施 ■年齢・性別等の一定条件で加入者全員に実施 ■一定条件でオプションとして希望者に実施 ■無回答

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

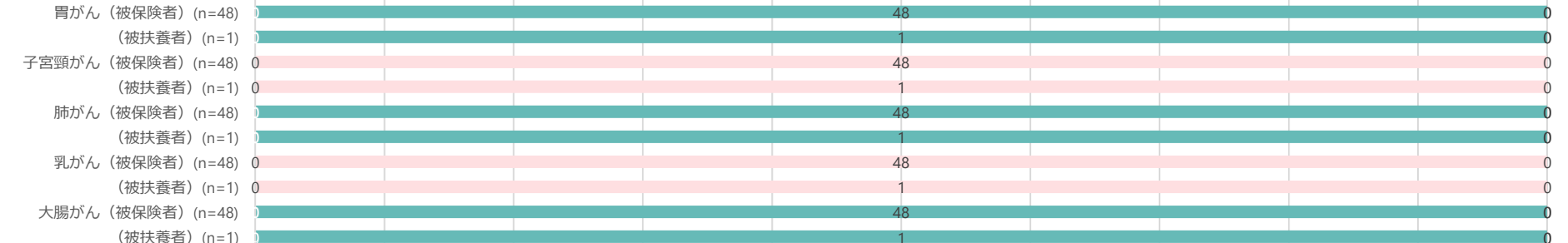
健保組合



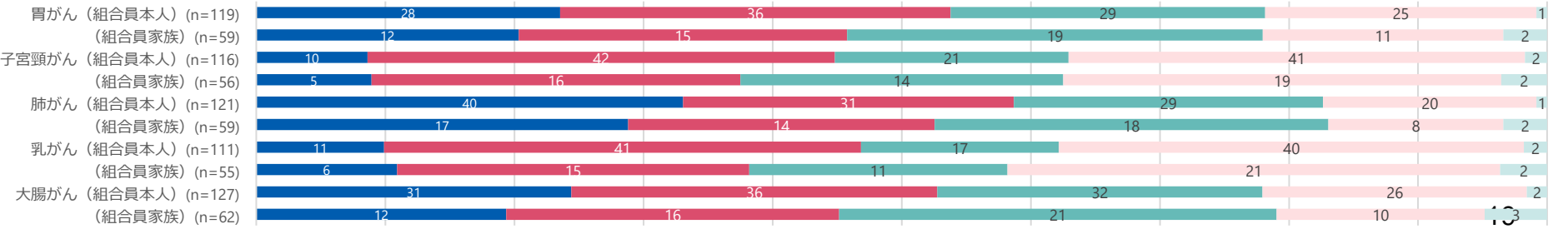
共済組合



全国健康保険協会



国保組合



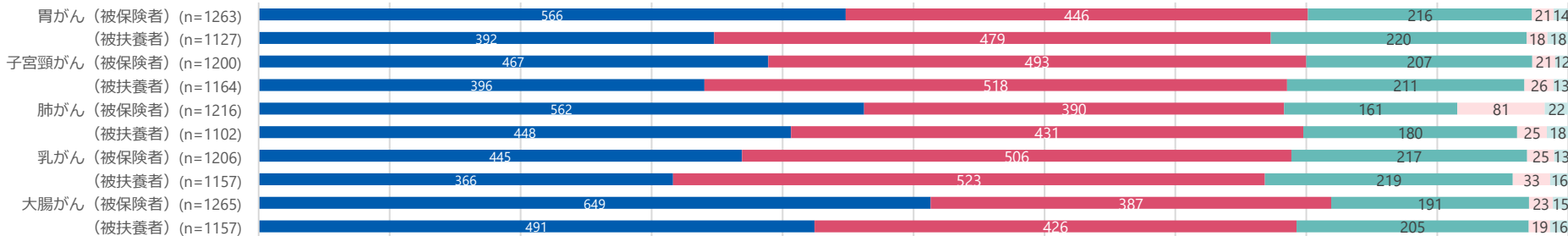
(グラフ内の数値は保険者数)

がん検診の費用負担にかかる保険者の補助（保険者種別内訳）

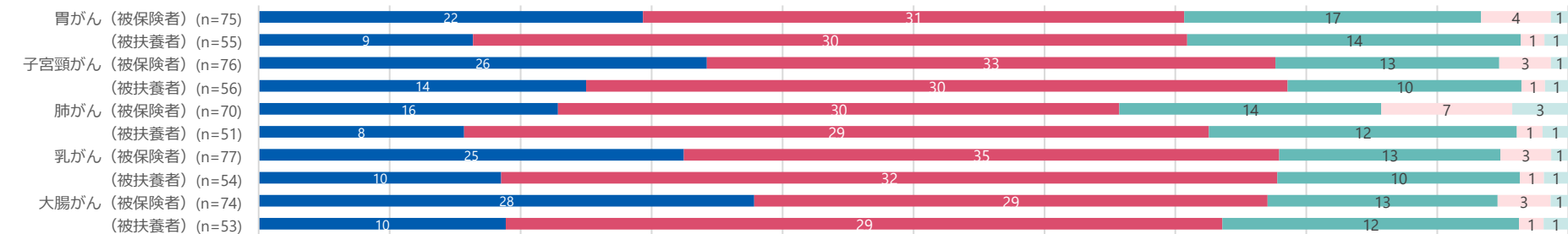
■ 全額補助 ■ 一部補助 ■ 対象者により補助の有無や補助割合が異なる ■ 補助無し ■ 無回答

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

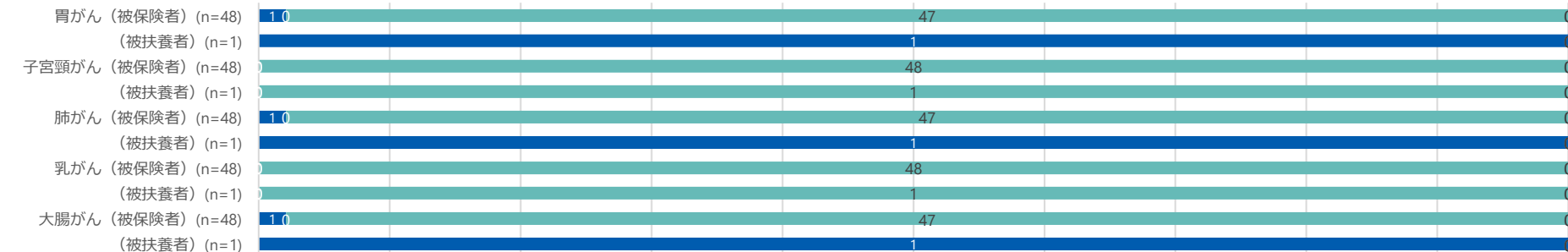
健保組合



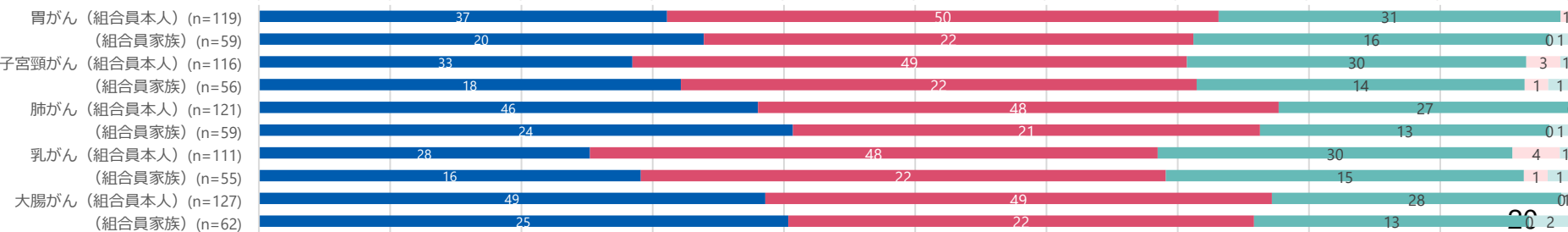
共済組合



全国健康保険協会

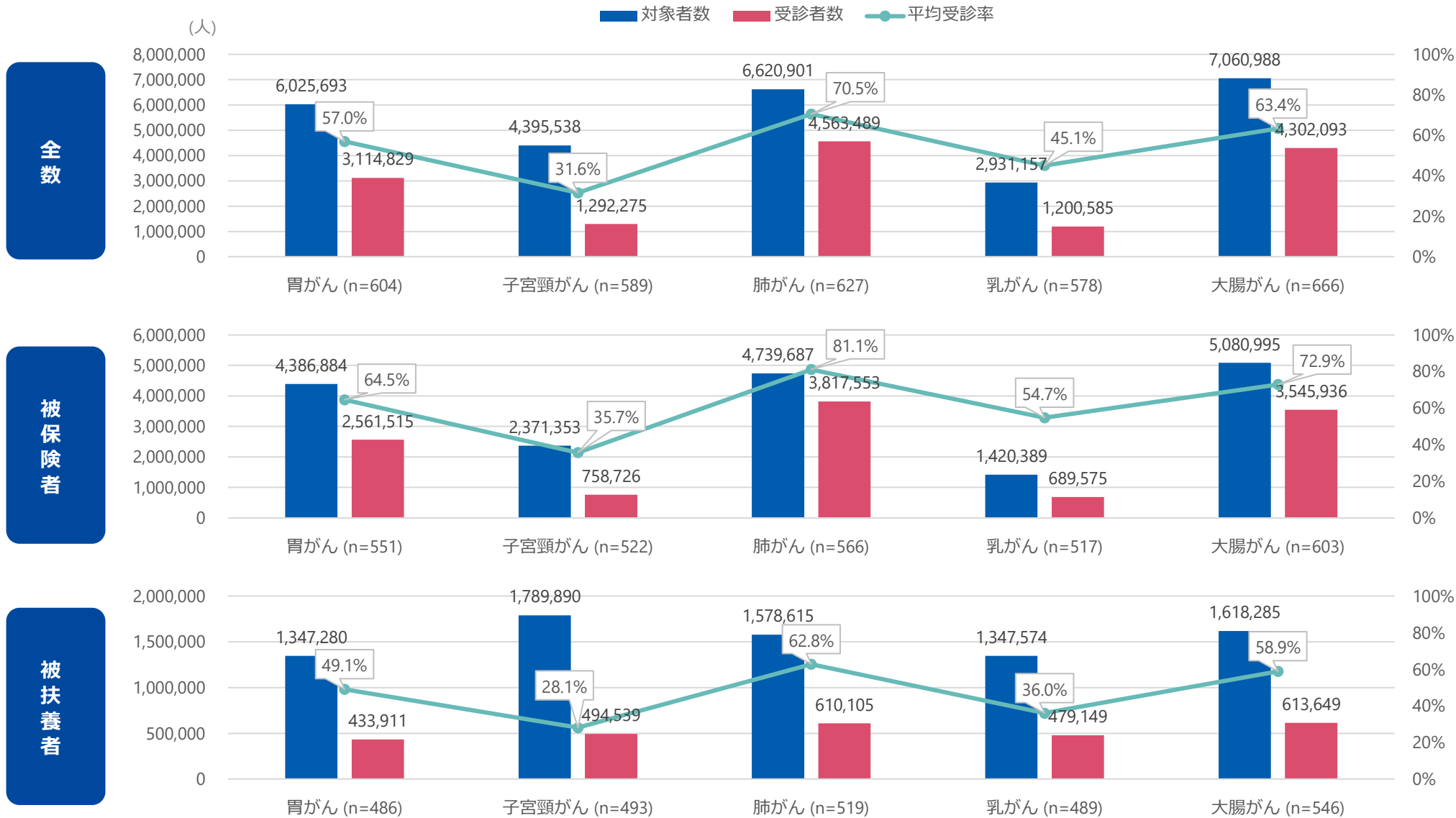


国保組合



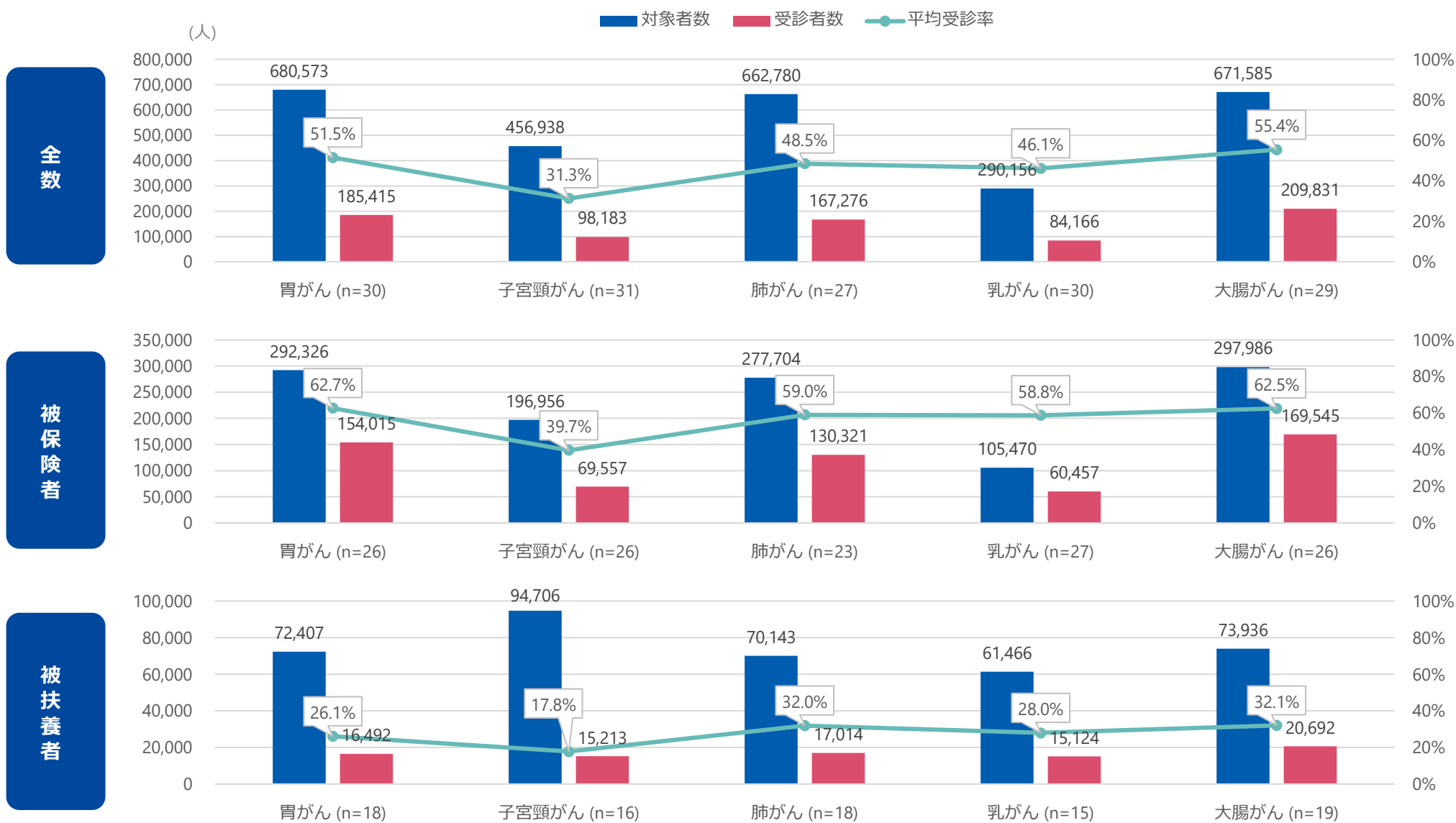
(グラフ内の数値は保険者数)

がん検診の対象者・受診者数（健保組合）



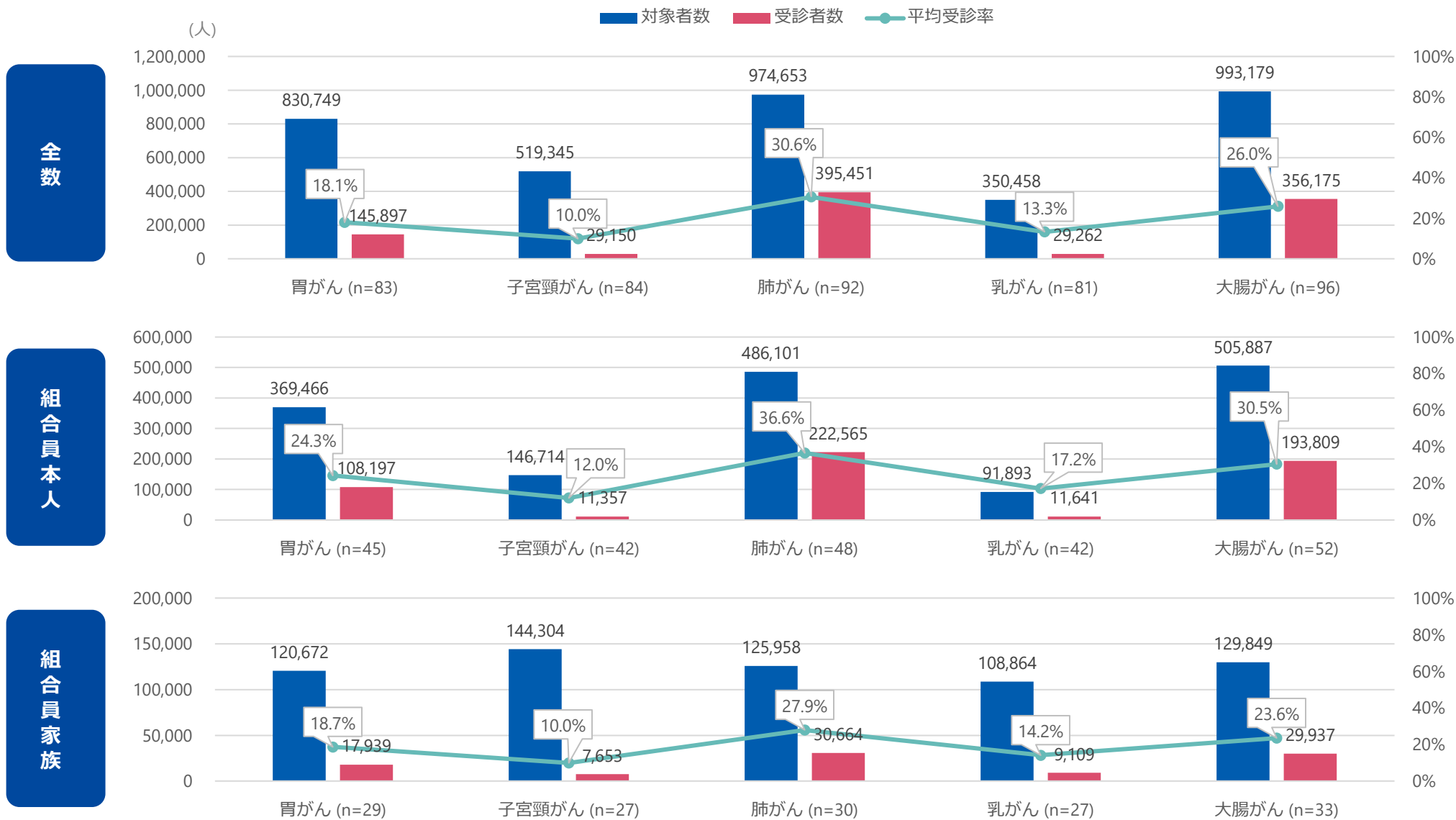
・ がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数・受診者数いずれも回答している保険者のみを集計対象とする
 ・ がん種別ごとに定義と異なる方法で集計した（と備考欄で申告している）保険者は除外。また、がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数がゼロの保険者は除外。

がん検診の対象者・受診者数（共済組合）



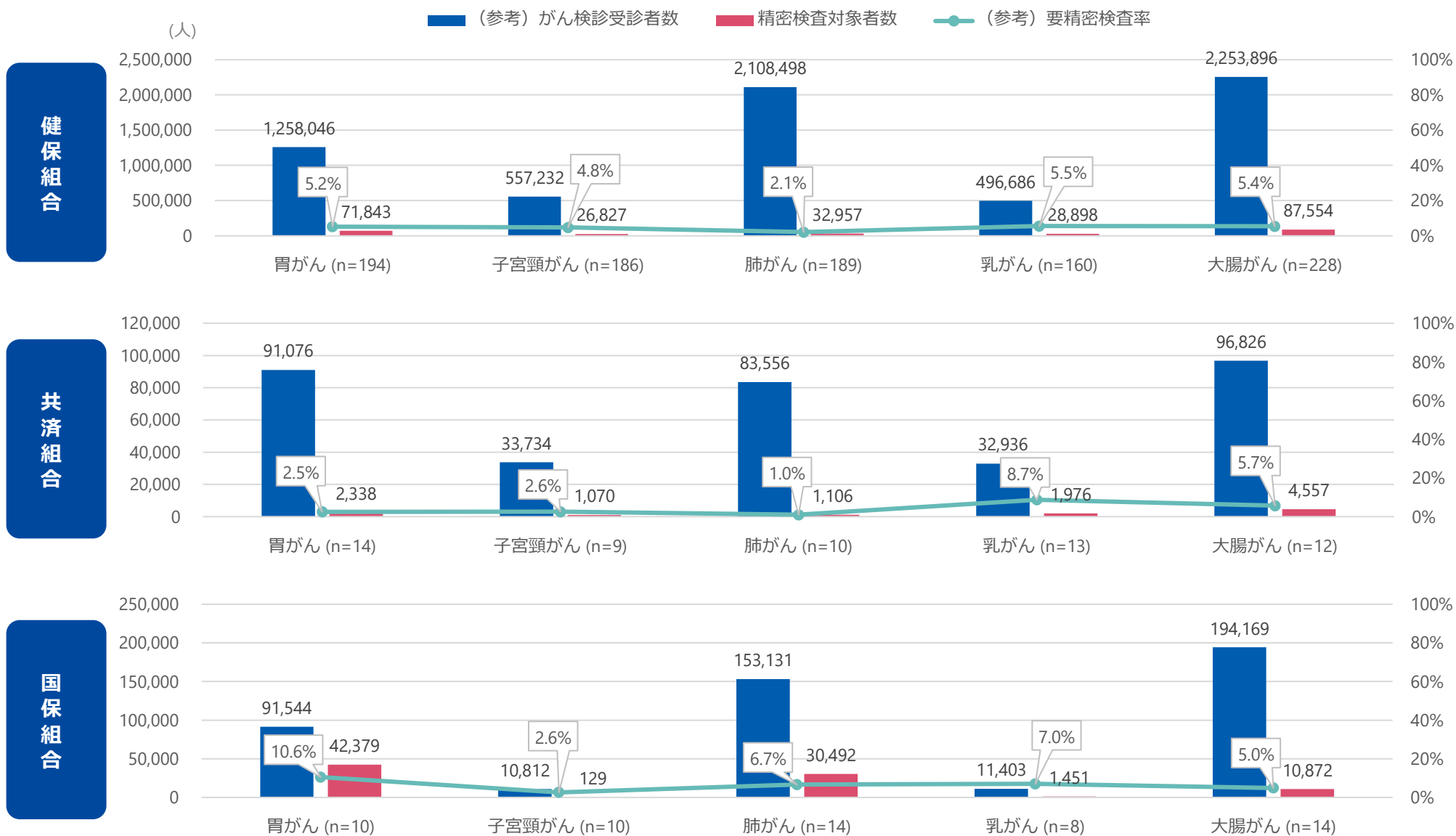
・ がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数・受診者数いずれも回答している保険者のみを集計対象とする
 ・ がん種別ごとに定義と異なる方法で集計した（と備考欄で申告している）保険者は除外。また、がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数がゼロの保険者は除外。

がん検診の対象者・受診者数（参考：国保組合）



・ がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数・受診者数いずれも回答している保険者のみを集計対象とする
 ・ がん種別ごとに定義と異なる方法で集計した（と備考欄で申告している）保険者は除外。また、がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数がゼロの保険者は除外。

がん検診の要精密検査対象者数（保険者種別内訳）



・ がん検診の結果から要精密検査となった者を把握している保険者のうち、がん種別ごとに対象者数・受診者数・精密検査受診者数いずれも記載している保険者のみを集計対象とする
 ・ 要精密検査率は、集計対象の保険者およびそのがん種別ごとにおいて、精密検査対象者数をがん検診受診者数で除した値の単純平均。なお、100%を上回った保険者は除外。

第37回がん検診のあり方に関する検討会

資料5

令和5年1月30日（月）

今後のがん検診の受診率向上に資する方策について

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業

- がん検診受診率向上に効果の大きい個別の受診勧奨・再勧奨を実施するとともに、子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度対象者にクーポン券を配布する。また、精密検査未受診者に対する受診再勧奨にも取り組む。

事業の概要

1. 個別の受診勧奨・再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診について、郵送や電話などによる個別の受診勧奨・再勧奨を行う（注）とともに、かかりつけ医を通じた個別の受診勧奨・再勧奨にも取り組む。

注）個別受診勧奨・再勧奨の対象と受診間隔

子宮頸がん検診：20～69歳の女性 2年に1回

乳がん検診：40～69歳の女性 2年に1回

胃がん検診：50～69歳の男女 2年に1回

（胃部エックス線検査は40歳以上も可 年1回）

肺がん検診：40～69歳の男女 年1回

大腸がん検診：40～69歳の男女 年1回



2. 子宮頸がん検診・乳がん検診のクーポン券などの配布

子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度の受診対象者（子宮頸がん検診：20歳、乳がん検診：40歳）に対して、クーポン券と検診手帳を配付する。

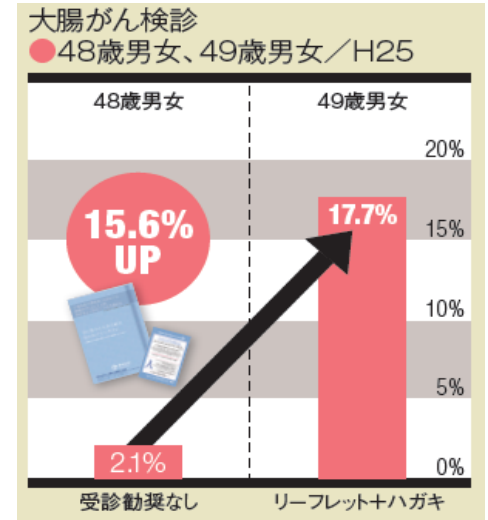
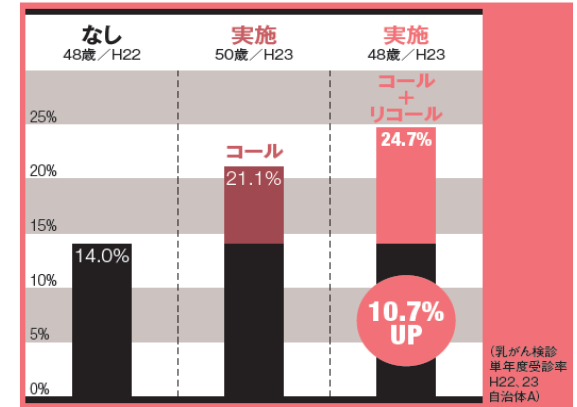
3. 精密検査未受診者に対する受診再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診の精密検査未受診者に対して、郵送や電話などによる個別の受診再勧奨を行う。

実施主体：市区町村

補助率：1/2

（受診勧奨の効果の事例）



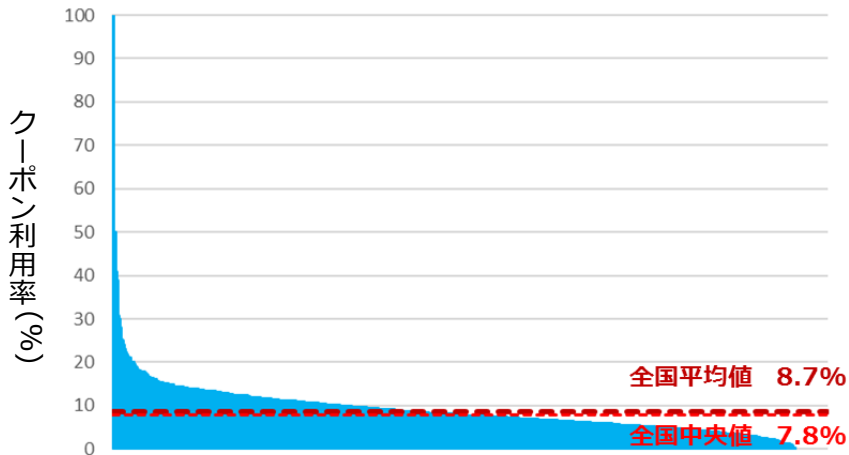
※がん検診受診率向上施策ハンドブック（厚生労働省）より

がんの早期発見・がんによる死亡者の減少

子宮頸がん検診・乳がん検診のクーポン券利用状況（再掲）

○ クーポン券の利用率は特に子宮頸がん検診で低い状況。

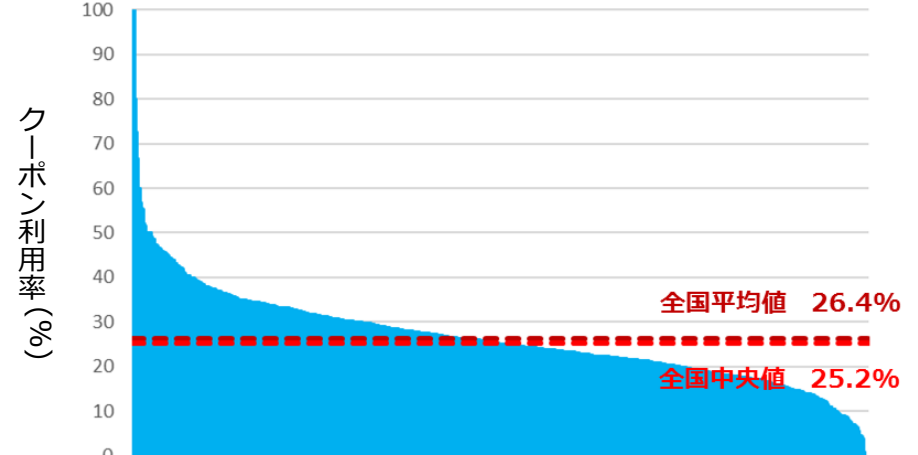
(1) 子宮頸がん



全国の1,037市区町村（降順）

利用率	市区町村数
0.0-5.0%	233
5.0-10.0%	467
10.0-15.0%	255
15.0-20.0%	51
20.0-25.0%	15
25.0-50.0%	12
50.0-100.0%	4
計	1037

(2) 乳がん



全国の1,072市区町村（降順）

利用率	市区町村数
0.0-5.0%	14
5.0-10.0%	31
10.0-15.0%	69
15.0-20.0%	155
20.0-25.0%	250
25.0-50.0%	526
50.0-100.0%	27
計	1072

※少なくともいずれかのクーポン事業に参加した市区町村は**63.1% (1,077/1,706)** 令和2年度報告

現状と課題（再掲）

- 子宮頸がんの罹患は、20歳代で上昇するため、この年齢層での子宮頸がん検診受診率の向上は重要な課題である。
- 他方、子宮頸がん検診のクーポン券利用率は全国平均で10%を下回っている状況。この原因としては、主に以下の可能性が考えられる。
 - ① 子宮頸がんの受診率が20～25歳で最も低いことが示す通り、クーポン券を配布された20歳の方ががん検診の必要性等について十分な理解がない可能性。
 - ② 居住地と住民票が異なる等の理由により、クーポン券が本人の手元に速やかに届いておらず、利用の機会を逃している可能性。
- クーポン券を初年度対象者に送付する意図は、子宮頸がん検診への啓発を含み、初回のみならず、その後も継続してがん検診を定期的に受診していただくよう受診行動の変容を促すことである。そのため、クーポン券の利用率を高めることは、将来的ながん検診受診率の向上にもつながる。
- こうしたことから、特に子宮頸がん検診について、クーポン券の利用率向上を含めた、クーポン券の効果を高める方策について検討する必要がある。

- 子宮頸がん検診の初年度の受診対象者である20歳では、自身が子宮頸がん罹患するリスクや、子宮頸がん検診について知識が不足している者が多いのではないかと。
- 10歳代後半、特に高校生や大学生等への教育や啓発が重要である。
- 子宮頸がんに関する知識等について、若い世代（10歳代後半～30歳代）の実態調査を行ってはどうか。
- 若い世代には、SNSを通じた啓発が有効ではないかと。
- 成人式の際に、がん検診の受診を勧奨し、クーポン券や受診券を手渡してはどうか。
- 職域等において実施されている検診にも子宮頸がん検診を追加し、自治体検診以外の提供機会を増やせるとよいのではないかと。
- 自治体と大学等が連携する仕組みを推進すべきではないかと。
- クーポン券が届いても受診しなかった者を対象に、未受診の理由等を調査してはどうか。

今後のがん検診の推進策の検討の視点（再掲）

- 普及啓発・教育に関して、自治体における好事例について更なる情報収集を行い、本検討会として効果的と思われる取組例を周知してはどうか。特に20歳代への啓発について、クーポンの利用率向上にも繋がる好事例が求められる。
- 普及啓発・教育を勧めるに当たって、自治体にとってどのような点が障壁となっているのか。
- 市町村（特別区を含む）が実施するがん検診を受診する際に、受診対象者にとってどのような点が障壁となっているのか。
- 職域での受診機会を増やすことは、20～30歳代の受診率向上に繋がるか。
- クーポン券のあり方を見直す場合、精度管理を担保しながら受診率を向上させるためには、どのような仕組み（例えば自治体と大学等との連携、自治体を越えて受診できる体制づくり）を検討すべきか。

今後のがん検診の推進策の検討の視点を踏まえた調査

- 普及啓発・教育に関して、クーポンの利用率向上にも繋がる好事例と思われる取組例を周知するために、市町村（特別区を含む。以下同じ）における好事例について、令和4年度「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」の実施状況等の報告において情報収集を行った。
- 令和4年度「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」の実施状況等の報告において、「SNSを活用した啓発」、「イベント等での啓発例」、「学校と連携した啓発例」、「その他の取組例」に分けて、具体的な市町村の取組例を紹介する。

SNSを活用した市町村の取組例まとめ - 1

Facebook、Instagram、Twitter、LINE、YouTube

- 市町村のFacebook、Instagram、Twitter、LINEへのがん検診の実施内容を掲載。YouTubeでのがん検診受診勧奨動画の公開。
- Twitterを活用したがん検診に関連するイベントPR。集団検診、予約受付状況の周知。再勧奨の通知。新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えに対する内容の配信。
- Facebook及びTwitter双方で、乳がん検診啓発の記事記載、受診勧奨。Facebook及びLINE双方で、がん検診全般について情報発信、受診勧奨。
- LINE配信により、市ホームページ（HP）へのアクセス準備。公式LINE及び広報誌を用いて啓発。集団検診のPRを実施、子宮頸がん・乳がんに関するコラムの配信と、検診予約開始前の受診勧奨。予約の空き状況を配信。受診勧奨と再勧奨を実施。クーポン券の利用期限等を周知。

SNSとの連携、ホームページ、メール、アプリ等

- 市HPとコミュニティラジオに予約空き状況を掲載。LINEとdボタンで受診勧奨を実施。HP・ケーブルテレビ・母子手帳アプリの活用。市の公式SNSで、20歳からの検診受診について勧奨。ピンクリボン月間にFacebook・Instagramに投稿。がん検診全体受診率向上の取り組みとしてSNSで日程を周知。
- 市からの配信メール、安全安心メール、検診車の日程をイベントメールで広報。受診勧奨メールの一斉送信。メールマガジンで受診勧奨。予約受付開始や予約枠の空き情報などお知らせし、受診啓発。
- Twitter・市HP・市独自サイト。市独自ポイント事業アプリで配信。

イベント等での啓発例

取組例

- ピンクリボン月間による、動物園内での周知啓発、市施設のライトアップ企画、イベント。ピンクリボン週間を設け、公共機関に展示コーナーをつくり、乳がん普及啓発や検診の受診勧奨を実施。10月ピンクリボン運動時に、受診案内、啓発グッズ等の配布。ピンクリボンまつりへの参加、広報誌へのコメント掲載。女性の健康週間に広報掲載、図書館等での資料配布。成人式式典会場にピンクリボンツリーを設置。
- 集団健診等、保健事業実施の際に案内。女性の健康週間に併せて、女性のがん検診啓発を実施。献血や乳幼児健診等でチラシを配布した。乳幼児健診でのポスター掲示。乳幼児健診等の保護者に検診の案内チラシを配布。市民公開講座にて、市民へ検診について説明を行った。1歳6か月児健診や育児相談会にて受診勧奨パンフレットを配布。
- ショッピングモールでの検診を実施、パネル展示・啓発物品の配布。ショッピングモールで働く従業員に対してがん検診に関する周知及び健康相談ショッピングセンターでのがん検診時にチラシ・ティッシュ・セルフチェックキット配布、ポスター掲示。
- 乳がん検診時に受診勧奨し、受診者にDVDで啓発。3歳児健診時に母親に対して受診勧奨リーフレットを配布。健康教室事業などで会場にパンフレット配布。図書館と連携した健診普及イベント、図書館と保健センターコラボ事業で複合施設での啓発実施。
- 新型コロナワクチン集団接種会場でのがん検診啓発チラシを配布。
- 検診に関する情報発信（県及び企業との連携によるイベント）。健康マイレージ、企業と連携した受診勧奨。健康教育等の機会に啓発。チャレンジオープンガバナンスに参加し、来客者に対して、触診モデルによる疑似体験やがんに対する正しい知識の啓発実施。

学校と連携した啓発例

取組例

- 乳がん・子宮頸がん予防キャラバンにおける講座。がん予防教室での講話を実施。がん予防教育においてクーポン利用を啓発。看護学生に対してがん検診に関するリーフレット配布。出張講座で、生徒に対し、子宮頸がん検診の啓発活動を実施。看護学生へクーポン事業の説明と利用勧奨。各保健センターが学校と連携し、保護者へのがん検診啓発を実施。女性がん集団検診のPRのための子ども便を配布。
- 小中学生に対するがん教育において、20歳に子宮頸がん検診の無料クーポンが届くことを伝え、検診受診勧奨を実施。小中学校児童の保護者向けにチラシを配布。市内の公立学校にリーフレットを配布し、児童から保護者に渡してもらう取組を実施。夏休み前に中学生の保護者向けにがん検診のチラシを配布。小中学校の保護者と職員に啓発チラシを配布。中学校でがんに関する教育を実施。
- 高校生を対象とした保健講話で啓発、高校の健康教育時に21歳でクーポンを配布することを周知。高校生のライフプラン講座において啓発。
- 市内の大学、短大、高専、専門学校等への子宮頸がん検診の普及啓発ポスターを掲示。市内の大学・専門学校、市近郊の大学へポスターやリーフレットを送付。集団検診会場の大学でポスターを掲示し、学生、教職員に対して受診勧奨。市内大学におけるポスターの掲示等による、がん検診受診の促進。市内近郊7大学に子宮頸がんポスター・チラシ・ノベルティの送付。県立大学に子宮頸がんパンフレットの設置。
- 市内の大学で検診を実施するとともに、大学から学生へSNSで周知を実施。市内の大学に依頼し、対象の学生に周知。地元大学の講義の一部で啓発。大学での健康教育。大学内へのウェットティッシュ設置、ポスター掲示、チラシの配布。県立看護学校の学生と共に無料ハガキの作成、同看護学校の講義で子宮頸がん検診の周知と受診勧奨。市内の大学での啓発、また学生が成人式や文化祭で渡す子宮頸がん検診の啓発ちらしを作成。

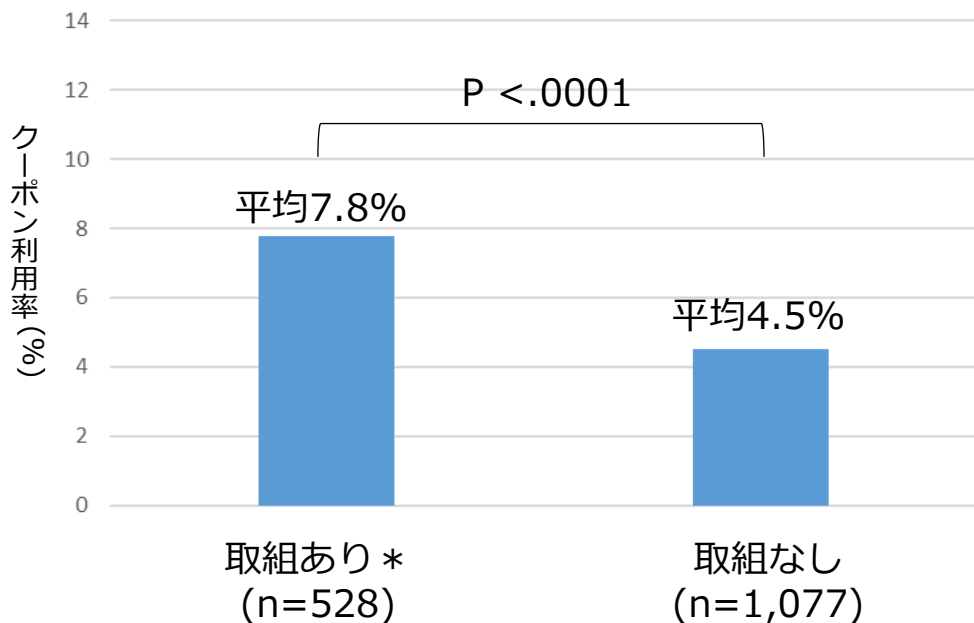
その他の取組例

取組例

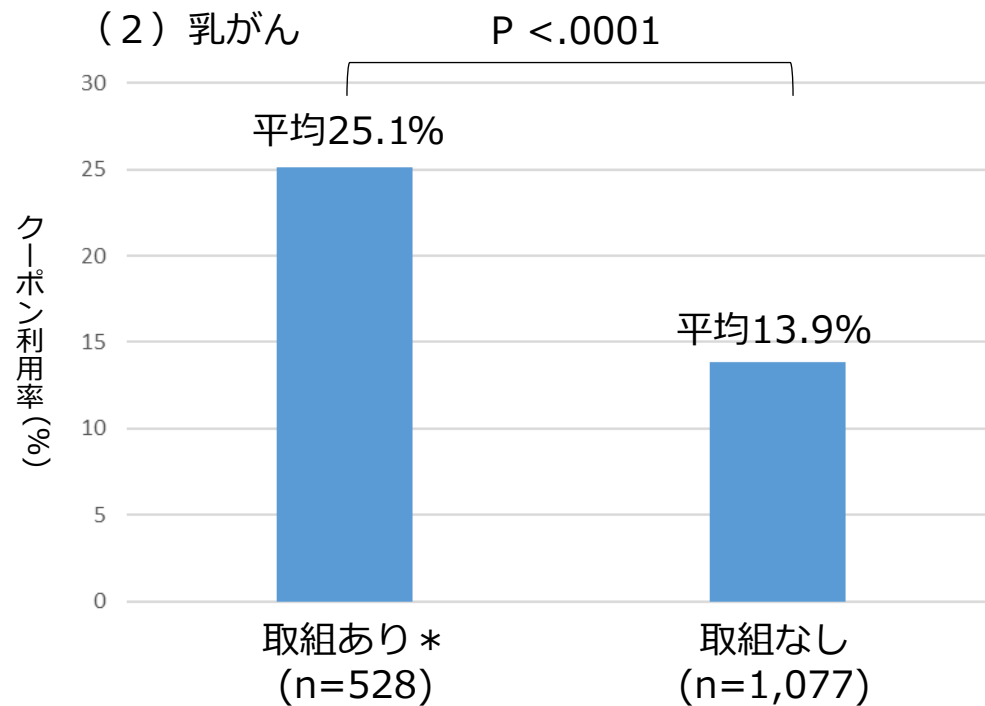
- 防災無線と広報を使い、検診実施当日にはスピーカー付き公用車で周知啓発。町の電光掲示板で周知啓発。
- 休日検診や追加検診の案内を個別送付。
- 広報、行政テレビ、コミュニティラジオによる子宮頸がん検診の案内。地域のケーブルテレビに出演。防災行政無線により検診案内。
- 各地区公民館等で受診勧奨のポスターを掲示。
- がんの講演をYouTube配信。
- クーポン券に関する専用相談ダイヤルを設置し、クーポン未利用者に対して10月にクーポン券と併せた再勧奨の通知を発送。
- 大学の夏季休暇を含んだ8月～11月を子宮頸がん検診受診期間に設定。学生の夏休みの帰省時に合わせて、子宮頸がんクーポン券を送付。
- 村独自の健康ポイント制度による子宮頸がん検診受診勧奨。
- 市町村間相互乗入れ制度の実施。
- 転入者にクーポンに関するチラシを配布、ポスターを掲示、クーポン券利用について広報紙に掲載。
- バスマスク、デジタルサイネージ、看護学生への啓発。女性がん集団検診の時期と重なったため、集団検診PRを兼ねて庁内のパネル展示、デジタルサイネージ、新聞での告知、町内放送、のぼり旗を利用。
- 民間事業者と連携し、子宮頸がん検診（無料クーポン券）に関する啓発カードの配布を実施。市ウェブサイトの子宮頸がん検診無料クーポン券実施について掲載。

工夫した取組の実施状況とクーポン券利用率の関連性

(1) 子宮頸がん



(2) 乳がん



* 「取組あり」としたのは、「SNSを活用した取組」、「イベント等での啓発」、「学校と連携した取組」、「その他の取組」のいずれか1つに、具体的な取組例を報告した市区町村数を指す。

単純に「取組あり」とした市区町村のクーポン券利用率と、特に取組を報告していない市区町村のクーポン券利用率を対応のない検定（両側）で比較した。

上記の取組は令和3年度報告を利用し、クーポン券利用率は令和2年度に報告されたクーポン券利用率（非公表）の情報を利用したため、それぞれの情報に1年の差がある。

今後のがん検診の推進策の検討の視点

- 市町村における取組を経年的に追跡する必要があるか。また、普及啓発・教育に関して、市町村における好事例を紹介したが、実態把握としてさらに調査できることはないか。
- 現行の事業をより有効に実施するためには、より効果的に考える観点から普及啓発・教育において、どのような工夫が必要か。
- 市町村におけるSNS等の利用等、がん検診受診率が特に低い若年者に正しく確実に情報を伝えるためには、どのような工夫が必要か。また、市町村におけるがん検診の受診勧奨について、民間業者との連携（産官連携、SIB*等）についてどのように考えるか。

*Social Impact Bond, SIB: ソーシャル・インパクト・ボンド。成果連動型民間委託契約方式（Pay For Success, PFS）事業のうち、事業に係る資金調達を金融機関等の資金提供者から行い、その返済等を成果に連動した地方公共団体からの支払額等に応じて行うもの。