

総合研究報告書

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）

検診効果の最大化に資する、職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究

研究代表者 斎藤 博 国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部部長

研究分担者（氏名：所属）

斎藤 博 : 国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部
佐川 元保 : 東北医科薬科大学医学部
青木 大輔 : 慶應義塾大学医学部産婦人科
渋谷 大助 : 宮城県対がん協会がん検診センター
西田 博 : パナソニック健康保険組合健康管理センター
松田 一夫 : 福井県健康管理協会副理事長・県民健康センター
中山 富雄 : 大阪府立成人病センターがん予防情報センター疫学予防課
笠原 善郎 : 福井県済生会病院外科
濱島 ちさと : 国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部
雑賀 公美子 : 国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部
町井 涼子 : 国立がん研究センターがん対策情報センター・がん医療支援部検診実施管理支援室

研究要旨

わが国でがん検診によるがん死亡率低減を達成するには、欧米の組織型検診に倣い、品質保証/管理(Quality assurance: QA)の手法による精度管理体制の確立が不可欠である。本研究班では、がん対策推進基本計画の全体目標（がん死亡率低減）の達成にむけ、対策型検診の精度管理体制を構築するための研究を実施した。具体的には、QAの骨子である精度管理指標の設定、指標によるモニタリングについて、各々課題を設定し検討を進めた。

精度管理の設定では、従来集団検診の体制指標だったチェックリストを改訂し、新たに個別検診用のチェックリストを作成した。新チェックリストは厚労省検討会で承認され、平成28年度以降の適用が全国に周知された。今後はこれにより、住民検診全体の検診体制が初めて把握、評価される。もう一方の指標であるプロセス指標については、都道府県別のトレンドを分析し、許容値の上方修正が妥当と結論付けた。今後の許容値改訂により、全国の検診の水準がさらに上がることが期待される。モニタリングでは、全国の精度管理状況を毎年把握した。特に市区町村用チェックリストのモニタリングは、本研究班の前身研究班を含め9回実施したが、年々回収率が増加しており（直近では96%）、チェックリストの意義について周知が進んできている。またチェックリストの遵守率も改善しており、近年の精度管理状況が向上してきている。この他、更なる精度管理を目的とし、現在特に体制が不十分な分野（精検受診率向上対策、検診機関の質向上体制、個別検診でのモニタリング体制）について、改善のための方策を検討した。更に、広い意味で対策型検診に含まれる職域がん検診について、全国健康保険協会を対象に、正確な受診率把握や精度管理の基盤構築のための検討を開始した。

本研究班の検討課題は日本で組織型検診の体制を構築するためのものであり、がん対策の成果を挙げるうえで重要である。今後研究成果を今後実際の検診事業に取り入れることにより、全国で質の高い検診が行われ、最終目的であるがん死亡率減少に資することが期待できる。

A. 研究目的

わが国のがん対策は、がん対策基本法（2007年施行）、がん対策推進基本計画（2009年～）に沿って行われている。現在は第2期がん対策推進基本計画（2012年～）に従って、がんによる死亡率

20%減少の達成に向け、有効性のあるがん検診の実施、全市町村での精度管理の実施、受診率向上が求められている。

本研究班はこのうち主に精度管理にフォーカスした研究を行っている。既に欧米では十分な精度

管理体制の下での検診（組織型検診）が行われており、英国など多くの国で乳・子宮がんの死亡率が減少している。一方、わが国では近年まで検診精度管理の手法自体が確立されておらず、質の低い検診が行われていた。今後日本でがん死亡率減少を達成するには、欧米の組織型検診のような精度管理体制が不可欠である。

組織型検診の精度管理手法は品質保証/管理（Quality assurance: QA）であり、その骨子は、①精度管理指標・評価手法の設定、②指標によるモニタリング、③精度管理評価のフィードバックを繰り返し、徐々に全体の水準を上げていくことである。

本研究班は、上記の各段階、において課題設定と検討を行い、最終的にわが国の対策型検診（職域検診も含む）の精度管理体制構築を目的としている。

B. 各研究課題の背景・方法

（以下、研究課題別に記述する）

1. 住民検診について

1-1. 精度管理指標の開発

1) 健康増進事業全体（集団検診+個別検診）の体制指標（チェックリスト）作成

健康増進事業としての住民検診には、集団検診と個別検診の2種類の検診方式がある。このうち集団検診の体制指標については、既に本研究班の前身班が作成し、厚労省から「事業評価のためのチェックリスト（以下、CL）」として公表された。このCLでは最低限の検診体制が5がん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん）について示され、都道府県版、市町村版、検診機関版の3種類がある。自治体におけるCL実施率のモニタリングにより、全国の集団検診の体制が初めて把握可能となり、現在はがん対策推進基本計画個別目標（全市町村で精度管理の実施）の進捗指標として利用されている（平成22年、同計画中間報告書）。

しかしながら、このCLは平成20年以降のがん検診指針や各学会規約の変更を反映していないこと、個別検診の体制指標として利用できないことが課題であり、今回これらの点を踏まえて新CLを作成した。特に個別検診は集団検診より格段に精度管理水準が劣る上に、その実施割合は増加し続けており、早急に体制指標による管理が必要である。

作成方法としては、先行調査（ヒアリング調査等）で抽出した個別検診に必要な要件を基に新CL案を作成し、パイロット調査（対象は4県2市内の102市区町村及び最大約700医療機関）により適切性評価を行った。その後8名のがん検診専門家により、地域医師会と医療機関の役割分担等を議論し、

最終的にCL項目を決定した。

なお今回は、市区町村版、検診機関版のみ作成し、都道府県版は今後の状況変化（がん登録等）を踏まえて来年度以降に作成することとした。

2) プロセス指標の基準値の改訂

プロセス指標^{*}は精度管理のもう一方の指標であり、前身班が都道府県別のベンチマーキングにより基準値（許容値、目標値）を設定した。この基準値は厚労省検討会を経て平成20年に公表され、全国で用いられている。

この基準値の目的はボトムアップ（水準の低い県の底上げ）であり、平成20年当時より、その後の検診水準に応じて見直すことが決定されていた。そこで今回、都道府県別のプロセス指標値の推移を5がん別に検証し、基準値改訂の是非を検討した。同時に、基準値設定の年齢上限（現行は74歳上限）を69歳（がん対策推進基本計画、受診率算定の年齢上限）に引き下げるかどうかも検討した。

^{*}要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検結果未把握率、発見率、陽性反応適中度

1-2. 全国の精度管理状況の把握

がん対策推進基本計画では、全市町村での精度管理の実施（個別目標）、及び都道府県主導による精度管理（取り組むべき施策）が掲げられている。この進捗を測るためには、市区町村や都道府県を対象とした精度管理の正確な実態把握が必要である。

そこで、国立がん研究センターがん対策情報センターと連携して全国自治体および都道府県の精度管理状況についてモニタリングと分析を行った。本研究班では調査票の作成、結果の分析・評価を担当した。

1) 市区町村の精度管理状況

全国約1700市区町村を対象に、平成28年度の健康増進法に基づく健康増進事業による検診実施体制（集団/個別検診別）を調査した。調査票は平成28年に改定されたチェックリスト^{注)}を基に作成し、各項目の回答基準を明確に記載した。平成29年度（本研究班の最終年度）に実施した全国調査について、別添1に調査の詳細を示す。

注) 「事業評価のためのチェックリスト」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（平成20年、厚労省）掲載されていたが、近年のがん検診実施状況の変化や個別検診に対応した改定が求められていた。そこで昨年本研究班が改定版を作成し、厚労省健康局長通知にて全国に周知された。

2) 都道府県協議会（生活習慣病検診等管理指導協議会）の精度管理状況

全47都道府県を対象に、平成27年度の生活習慣病検診等管理指導協議会（以下、協議会）の活動状況（県下の市区町村及び検診機関のモニタリング・フィードバック・住民への公表）と、都道府県チェックリストの実施状況を調査した。平成29年度（本研究班の最終年度）に実施した全国調査について、別添2に調査の詳細を示す。

3) プロセス指標値の年次推移

プロセス指標はがん検診の中間結果を示す指標である。大腸がん検診のプロセス指標値について、近年（2003～2013年）の推移を把握し、精度管理状況が改善しているかを検討した。プロセス指標値（要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検結果未把握率、がん発見率、陽性反応適中度）は地域保健・健康増進事業報告から集計した（全国、都道府県別、男女別）。

1-3. 更なる精度管理向上のための検討

1) 精度管理向上のバリアと解決策の検討

チェックリストで示された最低限の検診体制のうち、全国的に特に遵守状況が悪い「精検受診率向上対策」、「検診機関の質担保」について、体制整備上の課題や改善策を検討した。方法としては、上述の全国調査においてこれらの実施率が高く、また精検受診率が良好だった（精検受診率が5がん平均で90%以上）市区町村に、具体的な実施方法をヒアリングした。

さらに、ヒアリング先自治体の検診担当者数名と研究班メンバーによる検討会を開催し、今後検診精度管理を加速化させる上で必要な対策について検討した。

2) 個別検診の精度管理体制の構築

健康増進事業による住民検診には集団検診方式と個別検診方式があり、前者は既にチェックリストやプロセス指標による精度管理が進み、精度管理体制が改善しつつある。一方、個別医療機関で行う個別検診は、精度管理の枠組みがないまま、半ば診療の延長で行われ、また自治体、医師会、個別の医療機関などの役割分担が明確化されていなかった。そのため精度管理が立ち遅れ、集団検診との大きな格差が問題となっている。現在は個別検診受託医療機関のモニタリングですら不可能な地域も多く、出来るところから順次始めるしかない状況である。その中で、個別検診の精度管理に着手したいと連絡のあった4県3市と連携し、昨年までにモニタリングの準備を進めてきた。

モニタリングの事前準備、モニタリングでの課題及び解決策について事例収集を行った。

2. 職域検診について

労働安全衛生法に付加して行われるがん検診（職域がん検診）については、これまでがん対策上の位置づけは不明確で、その実態（受診率、精度管理状況）も全く把握されていなかった。しかし平成27年12月のがん対策加速化プランにおいて、今後職域検診の正確な実態把握や精度管理対策（特に精検受診率向上）は今後の重要課題として位置づけられ、早急な体制整備が求められている。そこで本研究では、職域検診の実施主体の1つである全国健康保健協会（以下、協会けんぽ）の各支部において、精度管理に必要な指標の把握を始め、精度管理の手法の開発について、可能性を検討する。

（倫理面への配慮）

本研究の主な対象は地方公共団体であり、個人への介入は行わないため、個人への不利益や危険性は生じ得ない。また研究に協力する全ての地方公共団体に対し、事前の同意、承認を得ることを前提とする。官庁統計等は所定の申請・許可を得て用いる。

C. 研究結果

1. 住民検診について

1-1. がん検診の精度管理指標の開発

1) 健康増進事業全体（集団検診+個別検診）の体制指標（チェックリスト）作成

市区町村版（約50項目）、検診機関版（約30項目）を各々5がん分作成した。これは厚労省検討会を経て、がん検診指針（平成28年2月一部改正）により全国に周知された。

各CL項目、及び新旧対照は下記のWebサイト参照。

国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス

「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」

http://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/check_list.html

CLの主な改訂点

- ①平成20～28年の、種々の制度変更の反映
 - ・がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針改正（平成25年、26年、28年）
 - ・検診関連学会の規約、マニュアル改訂（例：放射線技師や読影医の認定制度、撮影技術や機器の進歩等）
- ②従前の項目のうち、意図が分かりにくかった項目の文言修正、解説の補足
- ③個別検診体制に関する項目の追加
 - ・検診機関の定義の設定（地域医師会による集合契約であっても、実際に検診を請け負う個々の医療機関を検診機関として評価）

- ・検査の質のバラつきを抑えるため、個々の検診機関の質を点検する項目を追加（選定後の仕様書遵守状況の確認、検診機関への評価のフィードバック）
- ・精検受診率（個別検診で特に低い指標）向上に関する項目の追加
 - ・地域医師会や自治体と連携してCLを遵守し、またCLへの回答にあたっては、連携して回答することを追加

2) プロセス指標の基準値の改訂

基準値の改訂案は別添3に示す。基準値の算定手法は、従来と同じ都道府県別のベンチマーキングとし、許容値は上位70%tile下限値、目標値は上位5%tile下限値とした。従来の設定方法と異なるのは以下の2点である。

- ・現行の基準値は単年度（平成17年度）のデータを用いて算出されたが、年度によるプロセス指標値のバラツキが大きいため（特に要精検率と発見率）、今回は直近3年間（平成23～25年）のプロセス指標値の平均値を基に算出した。
- ・現行の基準値は、集団検診と個別検診の合算により算出されたが、両者のプロセス指標値には大幅な乖離があり、質の低い個別検診が健康増進事業による検診全体の基準値水準を大幅に引き下げていることが分かった。近年個別検診の実施割合は増加しており、今後個別検診への移行増加に伴いプロセス指標値がますます悪化することが想定される。従って、個別検診のレベル向上を図る目的で、今回は集団検診のみのデータを基に基準値を設定した。

1-2. 全国の精度管理状況の把握

1) 市区町村の精度管理状況

調査対象は約1700市区町村で、回答率は3年間を通じて90%を超えていた。最終年度の調査結果を別添1に示すが、要点のみ下記に示す。

チェックリストの全項目実施率は集団検診で約76%、個別検診で約65%だった。3年間を通じて、下記項目の実施率が特に低かった。

- ・受診者への説明（約50%）
- ・個別受診勧奨の実施（約50%）
- ・精検機関に対する、精検結果報告書の返却依頼（約47%）
- ・適切な仕様書による検診機関の委託（約55%）
- ・検診機関への精度管理評価のフィードバック（約28%）

2) 都道府県協議会（生活習慣病検診等管理指導協

議会)の精度管理状況

調査対象は全47都道府県で、回答率は3年間を通じて90%を超えていた。最終年度の調査結果を別添2に示すが、要点のみ下記に示す。

- ・がん部会の開催
45都道府県中、協議会（各がん部会）を開催したのは38～40県だった。
- ・部会での検討結果の公表
34～35県が、がん部会での検討結果を公表した。

3) プロセス指標値の年次推移

2003年～2013年において、大腸がん検診のプロセス指標は以下のように推移した。

- 要精検率：2011年まで約6.5%で推移し、その後わずかに上昇
- がん発見率：0.15%から0.21%に上昇
- PPV：2.2%から3.1%に上昇
- 精検受診率：58%から67%に上昇
- 精検未受診率：24%から16%に低下
- 精検未把握率：18%から17%に低下

1-3. 更なる精度管理向上のための検討

1) ヒアリング調査

精度管理が良好（対象のチェックリスト項目が遵守できており、かつ精検受診率が90%以上）だった140自治体のうち、約20自治体に対し、電話・訪問によるヒアリングを行った。ヒアリングから判明した優良事例について、以下に要点を示す。

① 精検受診率向上に関する優良事例

- ・県による要精検者の登録・追跡の一元化
県と契約した専門機関が、県内全市町村の要精検者を把握し、精検受診の有無及び精検結果を一元的に把握する（当該機関に精検結果が返信されるよう、精検結果回収ルートを統一している）。専門機関は数ヶ月ごとに精検未受診者のリストを作成し、各市町村に報告する。この報告を受けて、各市町村は精検未受診者に精検勧奨を行う。
- ・県による、精密検査機関の登録制度の整備
県とがん部会等が精検機関としての必須要件を決定し、それらの要件を満たした医療機関は、県指定の精検機関として登録される。登録は概ね3年毎の更新制で、更新時期には講習会の受講等が義務付けられる。登録要件は県により若干異なるが、「精検結果報告」は各県に共通して含まれる。各市町村は登録医療機関の中から近隣市町村の医療機関をピックアップして、要精検者に案内する。
- ・（県境に位置する市町村）県外精検施設との独自契約

県境に住む住民の利便性向上のため、県境にある市は、県外の精検機関と独自に委託契約する（契約条件の中に精検結果の報告が含まれる）。

- ・精検受診日の指定（精検施設が極めて少ない自治体のケース）
- ・（個別検診でのケース）医師による紹介状の作成

要精検者と医師が相談して精検機関を決定し、医師が紹介状を作成する。紹介料は徴収しないことを申し合わせている。

- ・精検未受診者への説得強化
半年経過しても精検を受診しない者に対し、個別に未受診理由を聞き、精検受診を勧める。また、精検未受診の場合は次年度の検診受診資格がないことも伝える（※）

※実際には、翌年受診を希望した場合は受け入れ可能である。この事例の特徴は、精検未受診では検診の意味がなくなることを住民に強く伝えている点である。

②検診機関の質担保に関する優良事例

- ・（市町村ではなく）県によるフィードバックの実施

県が全検診機関の事業評価、フィードバックを一元的に実施し、各市町村はその内容を共有している（同様のケースは数県ある）。ただし、県は各検診機関の事業評価を市町村に伝えるのみで、検診機関にフィードバックするかどうかは市町村の判断に任せている事例もあった。実際に市町村がフィードバックしたかどうかは確認されておらず、必要な情報が検診機関に伝わっていないため、この事例は不適切である。

- ・委託契約前の、検診機関用チェックリスト遵守状況の確認

事前に検診機関用チェックリストで体制を点検し、体制整備状況が良い検診機関のみと委託契約を結ぶ

- ・外部の専門機関に精度管理を委託
自治体側にマンパワーやノウハウがないため、精度管理自体を外部機関に委託している（※）。当該機関には検診業務の殆どを委託しており、2～3年で交代する自治体担当者より知識・経験が優れている。

※この場合、市町村と外部機関の情報共有が出来ていることが重要であろう。不適切な事例として、外部機関に精度管理を任せきりにしており、自治体担当者は詳細を把握していない、というケースもある。これでは万が一外部機関側の体制に問題が起きた場合にチェック機能が無いことになり、問題である。

2) 個別検診の精度管理体制の構築

連携先4県3市の状況から、医療機関のモニタ

リング開始までに検討すべき項目と、モニタリング開始後の問題点をまとめた。

①医療機関のモニタリング開始までに検討すべき項目

- ・詳細な現状把握
個別検診の実施割合、プロセス指標値、個別検診の委託形態、医療機関数、医師会の活動内容（精度管理への関与の程度）など。
 - ・関係者への丁寧な説明
チェックリストの回答者である医療機関、および回答に協力する地域医師会等に対し、精度管理やチェックリストの意義を説明し、モニタリングの重要性の周知を図り、協力を求める（説明会開催、個別訪問で説明など）。
 - ・スムーズな回答経路の設定
チェックリストには、医療機関（最終的な回答者）、医師会、市町村、外注施設が連携して回答するため、関係者間でスムーズに情報共有ができるよう、事前に回答経路を調整する。地域医師会の関与の程度は様々で、地域医師会が調査を主導する地域もあれば、マンパワー不足等の理由により協力を拒む地域もある。地域医師会の自治体内における検診への関与に関する類型を整理し、それらに共通のあるいはそれぞれの類型別の標準的な回答の仕組みを検討する必要がある。
 - ・調査票の作成
回答者の解釈のバラツキを避けるため、項目ごとに回答基準を統一した調査票を作成する。
- ### ②モニタリング開始後の問題点
- 4県3市のうち、現時点でモニタリングを終えたのは1県1市である。医療機関数は最大500施設、回答率は8割を超えていた。
 - ・精度管理に対する理解度が低い
チェックリスト調査により「格付けされるのではないか」「回答如何によっては委託対象からはずされるのではないか」と思われ、調査への協力が得られないまた外注先機関から、「会社の方針で回答できない」との理由で回答を断られる。さらに、検診機関と医師会の双方から「自施設では分らないので、他に聞いて欲しい」とのクレームが挙がる。これは自施設の精度管理上の役割を認識していないことによる。
 - ・自治体による説明のノウハウが不足
調査への協力を得るには、精度管理の重要性、チェックリストの意義、など基本的なことを医師会/医療機関に説明しなければならない。その資料作成に多大な労力が求められる。
 - ・自治体と地域医師会はお互い対等な立場で契約を交わしているものの、連携体制が構築できていない。
 - ・調査結果を具体的な改善策に繋げられない
 - ・事業評価を返すことはできても、本来行うべき

とされている「医師会と共に改善策を検討する」までは行かない。

2. 職域検診について

協会けんぽでは、一般健診については結果の把握や要精検者への受診勧奨、精検受診の有無の把握が比較的行われていたが、がん検診に関しては結果の把握は行われているものの、要精検者への受診勧奨や、プロセス指標の把握は殆ど行われていなかった。

今後協会けんぽにおけるプロセス指標把握の可能性を検討したところ、受診者数（率）、要精検率は委託医療機関から各支部に報告される健診データにより把握可能であり、精検受診率、がん発見率、陽性反適中度については加入者のレセプトデータの分析により把握可能であることが明らかとなった。

D. 考察

最近までわが国のがん検診は自治体での精度管理の手法を欠いており、検診体制の実態も不明だった。しかし本研究班の前身班（H18～20年度）において、がん検診の体制指標（CL）やプロセス指標の基準値を初めて作成し、一連の成果が厚労省がん検診指針に盛り込まれたことによって、ようやく日本でも施策としてのがん検診の精度管理が可能となった。

本研究は上記の基礎的検討に基づいて、より実効性の高い精度管理体制の構築について検討を進めたものである。

本研究の目的は、対策型検診（職域も含む）におけるQAの基盤構築であり、研究成果が国のがん対策（がん対策推進基本計画、がん対策加速化プラン）に直結する点に意義がある。

1. 住民検診について

1-1. がん検診の精度管理指標の開発

1) 健康増進事業全体（集団検診+個別検診）の体制指標（チェックリスト）作成

CLは健康増進事業に基づくがん検診の体制指標として国が唯一示している指標で、既に集団検診ではこのCLの普及が進み、実施率が改善してきている。

一方個別検診ではこれまでCLが無く、精度管理の取り組みが遅れていた。個別検診にCLを適用する上で検討すべき最大の課題は、自治体と検診機関の契約形態が複雑で関与する組織が多く、責任の所在や役割分担が曖昧な点であった。今回これらの課題について調査・検討を行い、新しいCLには、CLの直接の対象が医療機関であること、医療機関と地域医師会等が連携して体制整備することを明確に示した。今後このCLにより個別検診体制

の実態が初めて把握でき、また、地域医師会も含めた組織的な精度管理体制の構築が期待できる。

2) プロセス指標の基準値の改訂

平成20年の基準値（特に許容値）設定以降、一定の成果（精度管理が不良な地域の底上げ）は見られた。今後許容値を引き上げることにより、更に精度管理水準の向上が期待される。将来的には諸外国の組織型検診並の厳しい基準値を設定することにより、さらに死亡率減少効果の最大化が期待できる。

なお、先行研究ではチェックリスト実施率とプロセス指標値に有意な相関が示されており、今後両指標を組み合わせた評価法を開発することで、より実効性の高い精度管理が期待できる

1-2. 全国の精度管理状況の把握

1) 市区町村の精度管理状況

全て年度を通じて、受診者への説明、call-recall、精検受診率向上対策、検診機関の質担保に関する項目は実施率が低く、優先的に改善策を講じる必要がある。また個別検診については、全ての項目において集団検診より実施率が低く、今後早急に改善が必要である。

「受診者の説明」は大幅に改善しており、この要因として平成29年に国立がん研究センターと研究班が作成したリーフレット（※）の影響が考えられる。

※国立がん研究センターと本研究班が開発した、受診の意思決定を支援するためのリーフレット。検診のメリット・デメリットなど、受診者に説明すべき項目（チェックリストで規定された内容）はこのリーフレットで網羅できる。リーフレットは平成29年4月に研究班ホームページ（下記）で公表し、各自治体が自由にダウンロードして利用できるようにした。

【リーフレットの公表先】

科学的根拠に基づくがん検診推進のページ（がん検診マネジメント）

<http://canscreen.ncc.go.jp/management/taisaku/setsumei.html>

2) 都道府県協議会（生活習慣病検診等管理指導協議会）の精度管理状況

都道府県の役割として定義される、協議会（がん部会）の開催と、協議会の検討結果の公表を行う県は近年増加傾向にある。特に検討結果の公表については、本研究班が取り組みを開始した平成23年と比較すると、現在では実施率が25ポイントも上昇している（約45%→約70%）。これは全国研修会等により協議会の活動の重要性が啓発された効果と考えられる。ただし、公表内容は県によ

って様々であり、単なる会議資料の掲載から、一定基準に満たない市町村名や検診機関を公表する県まで多様で、後者は現時点ではごく僅かである。今後は、これら協議会の活動と、県内の精度管理水準向上の関連について分析を進める。

3) プロセス指標値の年次推移

大腸がん検診のプロセス指標は概ね改善傾向にあるが、要精検率はやや増加傾向が見られ、その原因の検討も含めて注意深い観察が必要である。精検受診率は近年でも70%台であり、がん対策推進基本計画の個別目標である90%達成に向け、精検未受診、未把握を減らす更なる対策が求められる。自治体間の課題に応じた対応更に特に精検結果未把握率今後大幅な改善が必要であり、精検未受診や精検結果未把握を減らす抜本的な対策が求められる。

1-3. 更なる精度管理向上のための検討

1) 精度管理向上のバリアと解決策の検討

検診精度管理改善のバリアとなっている「精検受診率向上対策」、「検診機関の質担保」について、優良事例を収集した。他自治体がすぐに導入可能な事例もあれば、導入までに時間をかけた検討が必要な事例（県による精検結果把握の一元化、精検機関の登録制など）もある。今後各地域の実情に合わせて取り入れてもらうことで、精度管理の向上が期待できる。またこれらの解決策の有用性についても今後評価していく。

今回収集した事例は国立がん研究センターが事例集としてまとめ、全都道府県、全市区町村に配布した。

2) 個別検診の精度管理体制構築

モニタリング開始までの準備の要点、および、実際にモニタリングを開始した地域での問題点をまとめた。このうち、医師会や医療機関関係者の理解向上を支援するためのツールは今後充実させる必要があるだろう。また、現在は多くの地域で医療機関のモニタリングすら出来ていない状況であるが、今後はいかに実効性のある形でフィードバックを行うか、について検討を進めていく。

2. 職域検診について

職域検診におけるがん検診の様々な課題が明らかになった。具体的には、保険者によって対象者の定義が曖昧なことや、今回調査対象とした協会けんぽではプロセス指標（要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度）の把握体制が整備されていないことが明らかになった。しかし一方で、レセプト情報の利用と精検受診者等の定義の

明確化によって、将来的にプロセス指標値の推定が可能であることも示されたので、引き続き今後検討を進めていく。

E. 結論

死亡率減少が実現できるがん検診精度管理体制の構築のために、本研究班ではQAの各段階について検討課題を設定し検討を進めてきた。これらの検討課題は日本で組織型検診の体制を構築するためのものであり、がん対策の成果を挙げるうえで重要である。実際に、近年の住民検診における精度管理水準は改善傾向にあり、組織型検診の仕組みの導入が要因であると考えられる。今年度は更に検診の質向上を目指し、体制整備が遅れている分野について、バリアと解決策を検討した。これらの研究成果を今後実際の検診事業に取り入れることにより、全国で質の高い検診が行われ、最終目的であるがん死亡率減少に資することが期待できる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 論文発表
1. Tanaka S, Saitoh Y, Matsuda T, Igarashi M, Matsumoto T, Iwao Y, Suzuki Y, Nishida H, Watanabe T, Tamotsu Sugai T, Sugihara K, Tsuruta O, Hirata I, Hiwataishi N, Saito H, Watanabe M, Sugano K, Shimosegawa T. Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps. The Japanese Society of Gastroenterology. 2015; DOI 10.1007/s00535-014-1021-4.
2. Ohuchi N, Suzuki A, Sobue T, Kawai M, Yamamoto S, Zheng Y,F, Narikawa Shiono Y, Saito H, Kuriyama S, Tohno E, Endo T, Fukao A, Tsuji I, Yamaguchi T, Ohashi Y, Fukuda M, Ishida T, for the J-START investigator groups. Sensitivity and specificity of ultrasound and mammography screening for breast cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the Japan strategic anti-cancer randomised controlled trial (J-START). Lancet 2015;Doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00774-6.
3. Taniguchi T, Hirai K, Harada K, Ishikawa Y, Nagatsuka M, Fukuyoshi J, Arai H, Mizota Y, Yamamoto S, Saito H, & Shibuya D. The relationship between obtaining fecal occult blood test and beliefs regarding testing among Japanese. Health Psychology

- and Behavioral Medicine 2015;DOI: 10.1080/21642850.2015.1084473.
4. Ichikawa K, Sagawa M, et al. A phantom study investigating the relationship between ground-glass opacity visibility and physical detectability index in low-dose chest computed tomography. *J Appl Clin Med Pysc* 2015;16(4): 5001.
 5. Usuda K, Sagawa M, et al. Diagnostic performance of diffusion-weighted imaging for multiple hilar and mediastinal lymph nodes with FDG accumulation. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015 ; 16:6401-6406.
 6. Usuda K, Sagawa M, et al. Diffusion-weighted imaging can distinguish benign from malignant tumors and mass lesions: comparison with positron emission tomography. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16: 6469-6475.
 7. Minato H, Sagawa M, et al. Thymic lymphoid hyperplasia with multilocular thymic cysts diagnosed before the Sjögren syndrome diagnosis. *Diagnostic Pathology* 2015;10:103.
 8. Sagawa M, et al. Left pulmonary agenesis showing extraordinary chest x-ray findings. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;191:1083.
 9. Machida Y, Sagawa M, et al. Successful treatment of bronchial fistula after pulmonary lobectomy by endobronchial embolization using an endobronchial watanabe spigot. *Case Rep Pulmonol.* 2015;2015:425694.
 10. Machida Y, Sagawa M, et al. Malignant fibrous histiocytoma accompanying hemorrhage in the pleural cavity. *J Case Reports Studies* 2015;2:1-3.
 11. Sagawa M, et al. A survey about further work-up for cases with positive sputum cytology during lung cancer mass screening in Ishikawa Prefecture, Japan: a retrospective analysis about quality assurance of lung cancer screening. *Jap J Clin Oncol* 2015;45: 297-302.
 12. Iwata T, Hasegawa T, Ochiai K, Takizawa K, Umezawa S, Kuramoto H, Ohmura M, Kubushiro K, Arai H, Sakamoto M, Motoyama T, Watanabe K, Aoki D. Human Papillomavirus Test for Triage of Japanese Women With Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions. *Reprod Sci*, 2015;22(12): 1509-1515.
 13. Nishida H, Harada A, Matsumoto T, Tani T, Tatsumi Y, Nagai E, Mayumi S. Assessment of Cancer Screenings and Impact of Computer Simulation. *International Journal of Gastroenterology Disorders & Therapy* 2015;2:119. <http://dx.doi.org/10.15344/2393-8498/2015/119>.
 14. Tanaka S, Saito Y, Matsuda T, Igarashi M, Matsumoto T, Iwao Y, Suzuki Y, Nishida H, Watanabe T, Sugai T, Sugihara K, Tsuruta O, Hirata I, Hiwatashi N, Saito H, Watanabe M, Sugano K, Shinosegawa T. Evidence-based clinical practice guideline for management of colorectal polyps. *J Gastroenterol* DOI 10.1007/s00535-014-1021-4, Published online 07 January 2015(*Journal of Gastroenterology*)*J Gastroenterol* 2015;50: 252-260.
 15. Hamashima C. Have we comprehensively evaluated the effectiveness of endoscopic screening for gastric cancer? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015;16(8): 3591-3592.
 16. Hamashima C, Shabana M, Okamoto M, Osaki Y, Kishimoto T : Survival analysis of patients with interval cancer undergoing gastric cancer screening by endoscopy. *PLoS ONE*. 10(5):e0126796, 2014. (2015. 5. 29) doi: 10.1371/journal.pone.0126796
 17. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, Straif K, for the International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group: [Armstrong B, Anttila A, de Koning HJ, Smith RA, Thomas DB, Weiderpass E, Anderson BO, Badwe RA, da Silva TCF, de Bock GH, Duffy SW, Ellis I, Hamashima C, Houssami N, Kristensen V, Miller AB, Murillo R, Paci E, Patnick J, Qiao YL, Rogel A, Segnan N, Shastri SS, Solbjor M, Heyyang-Kobrunner SH, Yaffe MJ, Forman D, von Karsa Lawrence, Sankaranarayanan R] : Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *The New England Journal of Medicine*, 2015; 372(24):2353-2357. doi: 10.1056/NEJMs1504363
 18. Hamashima C, Ohta K, Kasahara Y, Katayama T, Nakayama T, Honjo S, Ohnuki K : A meta-analysis of mammographic screening with and without clinical breast examination. *Cancer Sci.* 2015; 106(7): 812-818. Doi:10.1111/cas.12693.
 19. Hamashima C, Shabana M, Okada K, Okamoto M, Osaki Y : Mortality reduction from gastric cancer by endoscopic and radiographic

- screening. *Cancer Science*. 2015; 106(12): 1744-1749 doi: 10.1111/cas.12829
20. Hamashima C. The Japanese guideline for breast cancer screening. *Jpn J Clin Oncol*. doi:10.1093/jjco/hyw008
 21. Saika K, Machii R. Five-year relative survival rate of brain and other nervous system cancer in the USA, Europe and Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2015 ; 45(3) 313-314.
 22. Machii R, Saika K. Morphological distribution of esophageal cancer from Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. *Jpn J Clin Oncol* 2015 ; 45(5) 506-507.
 23. Saika K, Matsuda T. Morphological distribution of ovarian cancer from Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. *Jpn J Clin Oncol* 2015;45:793.
 24. Matsuda T, Machii R. Morphological distribution of lung cancer from Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. *Jpn J Clin Oncol* 2015 ; 45(4) 404.
 25. Sekiguchi M, Igarashi A, Matsuda T, Matsumoto M, Sakamoto T, Nakajima T, Kakugawa Y, Yamamoto S, Saito H, Saito Y. Optimal use of colonoscopy and fecal immunochemical test for population-based colorectal cancer screening: a cost-effectiveness analysis using Japanese data. *Jpn J Clin Oncol* 2016;46(2):116-25. doi: 10.1093/jjco/hyv186.
 26. Young GPY, Senore C, Mandel JS3, Allison JE, Atkin WS, Benamouzig R, Bossuyt PM, Silva M, Guittet L, Halloran SP, Haug U, Hoff G, Itzkowitz SH, Leja M, Levin B, Meijer GA, O'Morain CA, Parry S, Rabeneck L, Rozen P, Saito H, Schoen RE, Seaman HE, Steele RJ, Sung JJ, Winawer SJ. Recommendations for a step-wise comparative approach to the evaluation of new screening tests for colorectal cancer. *Cancer* 2016;1. Doi:10.1002/cncr.29865.
 27. Hirail K, Ishikawa Y, Fukuyoshi J, Yonekura A, Harada K, Shibuya D, Yamamoto S, Mizota Y, Hamashima C, and Saito H. Tailored message interventions versus typical messages for increasing participation in colorectal cancer screening among a non-adherent population: A randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2016;16:431. DOI 10.1186/s12889-016-3069-y.
 28. Hamashima C, Hattori M, Honjo S, Kasahara Y, Katayama T, Nakai M, Nakayama T, Morita T, Ohta K, Ohnuki K, Sagawa M, Saito H, Sasaki S, Shimada T, Sobue T, Suto A .Japanese Research Group for the Development of Breast Cancer Screening Guidelines. The Japanese Guidelines for Breast Cancer Screening. *Jpn J Clin Oncol*. 2016; 46: 482-92.
 29. Sekiguchi M, Kakugawa Y, Terauchi T, Matsumoto M, Hiroshi Saito H, Muramatsu Y, Yutaka Saito Y, Matsuda T. Sensitivity of 2-[18F]fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomography for advanced colorectal neoplasms: a large-scale analysis of 7505 asymptomatic screening individuals. *J Gastroenterol* 2016; DOI 10.1007/s00535-016-1201-5.
 30. Sagawa M, et al. A different interpretation of the efficacy of the lung cancer screening in the PLCO trial. *Eur J Epidemiol* 2016;31:211-212.
 31. Motono N, Sagawa M, et al. A case of empyema and a posterior mediastinal abscess after an iliopsoas abscess secondary to Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2016;31:709-10.
 32. Sagawa M, et al. Efficacy of low-dose computed tomography screening for lung cancer: the current state of evidence of mortality reduction. *Surg Today* 2016. DOI 10.1007/s00595-016-1438-x
 33. Machida Y, Sagawa M, et al. Postoperative survival According to the Glasgow Prognostic Score in Patients with Resected Lung Adenocarcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17:4677-4680.
 34. Usuda K, Sagawa M, et al. Pulmonary Function After Lobectomy: Video -Assisted Thoracoscopic Surgery Versus Muscle-Sparing Mini -thoracotomy. *Ind J Surg* 2016, DOI:0.1007/s12262-016-1510-1.
 35. Motono N, Sagawa M, et al. Atmospheric temperature and pressure influence the onset of spontaneous pneumothorax. *Clin Respir J* 2016 doi: 10.1111/crj.12562.
 36. Usuda K, Sagawa M, et al. Diagnostic performance of whole-body diffusion-weighted imaging compared to PET-CT plus brain MRI in staging clinically resectable lung cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17:2775-80.
 37. Higashi K, Sagawa M, et al. Correlation of HIF-1 α /HIF-2 α expression with FDG uptake

- in lung adenocarcinoma. *Ann Nucl Med* 2016; 30:708-715.
38. Sagawa M, et al. A different interpretation of the efficacy of the lung cancer screening in the PLCO trial. *Eur J Epidemiol* 2016; 31: 211-212.
 39. Chiba T, kato K, Masuda T, Ohara S, Noriyuki Iwama N, Takeno-bu Shimada T and Daisuke Shibuya D: Clinicopathological features of gastric adenocarcinoma of the fundic gland (chief cell predominant type) by retrospective and prospective analyses of endoscopic findings. *Digestive Endoscopy*. 2016;28:722-730.
 40. Kinoshita FL, Ito Y, Nakayama T. Trends in Lung Cancer Incidence Rates by Histological Type in 1975-2008: A Population-Based Study in Osaka, Japan. *J Epidemiol* 2016; 26(11):579-586.
 41. International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group: [Anttila A, Armstrong B, Badwe RA, da Silva RCF, de Bock GH, de Koning HJ, Duffy SW, Ellis I, Hamashima C, Houssami N, Kristensen V, Miller AB, Murillo R, Paci E, Patnick J, Qiao YL, Rogel A, Segnan N, Shastri SS, Smith RA, Solbjor M, Thomas DB, Vainio EW, Heywang-Kobrunner SH, Yaffe MJ]. *Breast Cancer Screening—IARC Handbooks of Cancer Prevention* 2016;15.
 42. Hamashima C. Benefits and harms of endoscopic screening for gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2016; 22(28): 6385-6392.
 43. Hamashima C, Fukao A. Quality assurance manual of endoscopic screening for gastric cancer in Japanese communities. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46(11): 1053-1061.
 44. Hamashima C, Goto R. Potential capacity of endoscopic screening for gastric cancer in Japan. *Cancer Sci* 2016; 108: 101-107.
 45. Hamashima C. Overdiagnosis of gastric cancer by endoscopic screening. *World J Gastrointest Endosc* 2016; 9(2): 55-60.
 46. Machii R, Saika K. Subsite distribution of stomach cancer from Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. *Jpn J Clin Oncol* 2016 ; 46(1) 98.
 47. Saika K, Machii R. Subsite distribution of colon cancer from Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. *Jpn J Clin Oncol* 2016 ; 46(2) 190. distribution of colon cancer from Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46:190.
 48. Saika K, Matsuda T. Cancer incidence rate in Japanese in Japan and in the United States from the Cancer Incidence in Five Continents. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46:495-496.
 49. Saika K, Machii R. Incidence rate for liver cancer in Japanese in Japan and in the United States from the Cancer Incidence in Five Continents. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46:1181-1182.
 50. Chen TH, Yen AM, Fann JC, Gordon P, Chen SL, Chiu SY, Hsu CY, Chang KJ, Lee WC, Yeoh KG, Saito H, Promthet S, Hamashima C, Maidin A, Robinson F, Zhao LZ. Clarifying the debate on population-based screening for breast cancer with mammography: A systematic review of randomized controlled trials on mammography with Bayesian meta-analysis and casual model. *Medicine*. 96: 3(e5684) (2017. 1) doi: 10.1097/MD.0000000000005684.
 51. Nagata K, Takabayashi K, Yasuda T, Hirayama M, Endo S, Nozaki R, Shimada T, Kanazawa H, Fujiwara M, Shimizu N, Iwatsuki T, Iwano T, Saito H. Adverse events during CT colonography for screening, diagnosis, and preoperative staging of colorectal cancer: A Japanese National Survey. *Euro Radiol* 2017; 27(12): 4970-4978.
 52. Matsuoka M, Shimizu N, Nagata K, Saito H. Colon cancer with rapid growth in 16 months confirmed by computed tomographic colonography. *Arab J Gastroenterol*. Doi.org/10.1016/j.ajg.2017.12.001.
 53. Morisada T, Saika K, Saito E, Kono K, Saito H, Aoki D. Population-based cohort study assessing the efficacy of cervical cytology (Pap smear) and human papillomavirus (HPV) testing as modalities for cervical cancer screening. *Jpn J Clin Oncol*. 2018.3. doi:https://doi.org/10.1093/jjco/hyy025.
 54. Sagawa M, Oizumi H, Suzuki H, Uramoto H, Usuda K, Sakurada A, Chida M, Shiono S, Abe J, Hasumi T, Sato M, Sato N, Shibuya J, Deguchi H, Okada Y. A prospective five-year follow-up study after limited resection for lung cancer with ground-glass opacity. *Eur J Cardio-thorac Surg* 2018 ; 849-856.
 55. Hayasaka K, Shiono S, Matsumura Y, Yanagawa N, Suzuki H, Abe J, Sagawa M, Sakurada A, Katahira M, Takahashi S, Endoh M, Okada Y.

- Epidermal Growth Factor Receptor Mutation as a Risk Factor for Recurrence in Lung Adenocarcinoma. *Ann Thorac Surg.* 2018 Feb 24. pii: S0003-4975(18)30188-7.
56. Matsumura Y, Suzuki H, Ohira T, Shiono S, Abe J, Sagawa M, Sakurada A, Katahira M, Machida Y, Takahashi S, Okada Y. Matched-pair analysis of a multi-institutional cohort reveals that epidermal growth factor receptor mutation is not a risk factor for postoperative recurrence of lung adenocarcinoma. *Lung Cancer* 2017;114:23-30.
 57. Sagawa M, Sugawara T, Ishibashi N, Koyanagi A, Kondo T, Tabata T. Efficacy of low-dose computed tomography screening for lung cancer: the current state of evidence of mortality reduction. *Surg Today* 47:783-788, 2017.
 58. Usuda K, Maeda S, Motomo N, Tanaka M, Ueno M, Machida Y, Sagawa M, Uramoto H. Pulmonary Function After Lobectomy: Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Versus Muscle-Sparing Mini-thoracotomy. *Ind J Surg* 2017;79: 504-509.
 59. Kuji S, Watanabe R, Sato Y, Iwata T, Hirashima Y, Takekuma M, Ito I, Abe M, Nagashio R, Omae K, Aoki D, Kameya T. A new marker, insulinoma-associated protein1 (INSM1), for high-grade neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix: Analysis of 37 cases. *Gynecol Oncol* 2017; 144(2): 384-390.
 60. Morisada T, Teramoto K, Takano H, Sakamoto I, Nishio H, Iwata T, Hashi A, Katoh R, Okamoto A, Sasaki H, Nakatani E, Teramukai S, Aoki D. CITRUS, cervical cancer screening trial by randomization of HPV testing intervention for upcoming screening: Design, methods and baseline data of 18,471 women. *Cancer Epidemiol*, 2017;50(Pt A): 60-67.
 61. Nakamura K, Komatsu M, Chiwaki F, Takeda T, Kobayashi Y, Banno K, Aoki D, Yoshida T, Sasaki H. SIM21 attenuates resistance to hypoxia and tumor growth by transcriptional suppression of *HIF1A* in uterine cervical squamous cell carcinoma. *Sci Rep*, 2017;7(1): 14574.
 62. Kinoshita FL, Ito Y, Morishima T, Miyashiro I, Nakayama T. Sex differences in lung cancer survival: long-term trends using population-based cancer registry data in Osaka, Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2017; 47(9): 863-869.
 63. Hamashima C, Sasazuki S, Inoue M, Tsugane S. Receiver operating characteristic analysis of prediction for gastric cancer development using serum pepsinogen and helicobacter pylori antibody tests. *BMC Cancer* 2017;17:183. doi: 10.1186/s12885-017-3173-0.
 64. Sano H, Goto R, Hamashima C. Does lack of resources impair access to breast and cervical cancer screening in Japan? *PLoS ONE* 2017;12(7):e0180819. doi: 10.1371/journal.pone.0180819.
 65. Hamashima C, Narisawa R, Ogoshi K, Kato T, Fujita K. Optimal interval of endoscopic screening based on stage distributions of detected gastric cancers. *BMC Cancer.* 2017;17:740, doi: 10.1186/s12885-017-3710-x.
 66. Hamashima C, Sano H. Association between age factors and strategies for promoting participation in gastric and colorectal cancer screenings. *BMC Cancer.* 2018;18:345. doi: 10.1186/s12885-018-4244-6
 67. Hosono S, Terasawa T, katayama T, Sasaki S, Hoshi K, Hamashima C. Frequency of unsatisfactory cervical cytology smears in cancer screening of Japanese woman: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Science.* 2018 ; doi: 10.1111/cas.13549
 68. Hamashima C. Cancer screening guidelines and policy making: 15 years of experience in cancer screening guideline development in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2018 ; 48(3):278-286. doi: 10.1093/jjco/hyx190.
 69. Machii R and Saika K. Incidence rate for larynx cancer in Japanese in Japan and in the United States from the Cancer Incidence in Five Continents. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47:471-472.
 70. Saika K and Matsuda T. The estimates of 5-year cancer prevalence in adult population in 2012. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47:581-582.
 71. Okuyama A and Saika K. The estimates of 5-year stomach cancer prevalence in adult population in 2012. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47:777-778.
 72. Machii R and Saika K. The estimates of

- 5-year uterus cancer prevalence in adult population in 2012. Jpn J Clin Oncol 2017; 47:1103-1104.
73. Mikami M, Shida M, Shibata T, Katabuchi H, Kigawa J, Aoki D, Yaegashi N. Impact of institutional accreditation by the Japan Society of Gynecologic Oncology on the treatment and survival of women with cervical cancer. J Gynecol Oncol 2018; 29(2) :e23.
 74. Saika K and Matsuda T. Cancer incidence rates in the world from the Cancer Incidence in Five Continents XI. Jpn J Clin Oncol 2018; 48:98-99
 75. Machii R, Saika K, Kasuya K, Takahashi H, Saito H. Trends in the quality assurance process indicators for Japanese colorectal cancer screening during 2003-13. Jpn J Clin Oncol. 2018;48(4) :329-334. doi: 10.1093/jjco/hyy022.
 76. Saika K, Machii R. Incidence rate for prostate cancer in Japanese in Japan and in the United States from the Cancer Incidence in Five Continents. Jpn J Clin Oncol 2016 Nov;46(11):1074. No abstract available.
 77. Machii R, Saika K. Colon cancer incidence rates in the world from the Cancer Incidence in Five Continents XI. Jpn J Clin Oncol. 2018 Apr 1;48(4) :402-403
 78. 斎藤 博. 大腸がん検診のあり方—最近のエビデンスを踏まえて、診療と治療 2015 ; 103(2) : 173-178.
 79. 奥山絢子, 東 尚弘, 斎藤 博, 雑賀公美子, 町井涼子, 松田和子, 若尾文彦. がんの早期発見分野におけるがん対策進捗管理指標と進捗状況、癌の臨床 2015 ; 61(2) : 155-161.
 80. 斎藤 博. がん対策としての大腸がん検診の現状と問題点、消化器内視鏡 2015 ; 27(4) : 589-594.
 81. 斎藤 博, 高橋則晃, 町井涼子. 検診で死亡率を下げる方策を探る、医学のあゆみ、2015 ; 253(10) : 977-983
 82. 斎藤 博, 雑賀公美子, 町井涼子, 高橋則晃. 産婦人科必読 乳がん予防と検診 Up to date 【乳がんの疫学と予防】 検診による死亡率低下の重要性、臨床婦人科産科 2015 ; 69(6) : 498-503.
 83. 佐川元保, 他. 現行肺がん検診の喀痰細胞診対象者基準の改訂、金医大雑誌 2015 ; 40: 44-46.
 84. 佐川元保, 他. CT 検診の過剰診断 (Overdiagnosis) —特にPatz論文に関する考察—、CT検診 2015 ; 22: 9-14.
 85. 田中洋史, 佐川元保, 他. 非高危険群を対象とした低線量肺がんCT検診の無作為化比較試験—日本発の低線量CT 検診のエビデンス創出を目指して—、CT検診 2015 ; 22: 3-8.
 86. 佐川元保, 他. 低線量CTによる肺がん検診の現状と展望、呼吸 2015 ; 34:127-132.
 87. 島田剛延, 相澤宏樹, 西野善一, 渋谷大助, 他. 免疫2日法を用いた大腸がん逐年検診における中間期癌、日本消化器がん検診学会雑誌、2015 ; 53(4) : 484-495.
 88. 加藤勝章, 千葉隆士, 島田剛延, 渋谷大助. 胃X線検診の限界と展望—対策型検診の立場から、胃と腸 2015 ; 50(8) : 1008-10205.
 89. 服部昌和, 藤田 学, 井尾浩一, 宗本義則, 松田一夫. 地域がん登録を利用した大腸がん検診の精度管理と中間期がんの臨床病理学的検討、日消がん検診誌 2015 ; 53(3) : 389-398.
 90. 田中正樹, 松田一夫. 胃がん検診後の内視鏡精検における偽陰性例の検討、日消がん検診誌 2015 ; 53(5) : 579-588.
 91. 宗本義則, 松田一夫. 個別検診の現状とあるべき姿—福井県における大腸がん個別検診における精度管理—、日消がん検診誌 2015 ; 53(5) : 622-631.
 92. 松田一夫. 有効ながん検診の推進～大腸がん検診を例にとって～、機器・試薬2015;38(4) : 370-375.
 93. 松田一夫. 日本におけるがん検診の現状、医学のあゆみ 2015;254(9) : 603-608.
 94. 松田一夫. 日本におけるがん検診の現状と課題、検査と技術 2016; 44(9) : 812-813.
 95. 松田一夫. 便潜血検査による大腸がん検診の現状と課題～新しいスクリーニング法への期待を含めて～、総合健診 2016; 43(5) : 59-64.
 96. 伊藤ゆり, 中山富雄. 肺がん生存率の国際比較. 肺癌 2015;55(4) : 266-272.
 97. 中山富雄. 肺癌検診の動向—地域保健・健康増進事業報告を用いた分析— 肺癌 2015;55(4) : 277-282.
 98. 佐藤雅美, 柴光年, 斎藤泰紀, 佐藤之俊, 渋谷潔, 土田敬明, 中山富雄, 宝来 威, 池田徳彦, 河原 栄, 三浦弘之, 中嶋隆太郎, 田口明美, 矢羽田一信, 島垣二佳子, 神尾淳子, 長尾 緑, 三宅真司, 下川幸広, 田中良太, 遠藤千頭. 日本肺癌学会・日本臨床細胞学会2学会合同委員会報告：肺がん検診における喀痰細胞診の診断一致性と標準化. 肺癌 2015;55(6) : 859-865.
 99. 笠原善郎. 第25回日本乳癌検診学会学術総会ワークショップ4「全国集計報告とプロセス指標設定について」数値目標決定方法の検討と具体的な数値目標の提案、日乳癌検診学会誌 2015. 24(3) : 451.

100. 笠原善郎. 第25回日本乳癌検診学会学術総会シンポジウム2「過剰診断について考える」26年間の福井県癌登録の推移から見た乳癌検診の過剰診断について、日乳癌検診学会誌 2015; 24(3) : 424.
101. 雑賀公美子、祖父江友孝. がんの基礎研究がもたらしたもの 1) がんの疫学—がんの予後改善の軌跡. 日本内科学会雑誌 2015 ; 104 : 417-425.
102. 雑賀公美子、西本 寛. I. 胃癌診療に必要な基礎知識 1. 胃癌罹患率, 死亡率の動向—日本と海外の比較. 臨牀消化器内科 6月増刊号 胃癌の診療 (Clinical Gastroenterology) 2015 ; 30 : 15-19.
103. 雑賀公美子. 肺がん死亡と罹患の動向. 肺癌 2015 ; 55 : 261-265.
104. 雑賀公美子、祖父江友孝. 疾患別からみた生活習慣とがん 肺がん. 成人病と生活習慣病 (The Journal of Adult Diseases) 特集 生活習慣とがん 2015 ; 45 : 1227-1230
105. 雑賀公美子、松田智大、柴田亜希子、斎藤博. がん登録データと検診データの照合による精度管理方法の検討. JACR Monograph 2015 ; 21 : 150-156.
106. 斎藤 博. がん検診でどの程度がん死亡率を減らせるか、信頼性と限界. 内科 (ア) 2016 ; 118 (3) : 371-374.
107. 斎藤 博、粕谷加代子. 消化器がんのスクリーニング、メディチーナ 2016 ; 53 (10) : 1577-1581.
108. 佐川元保、他. 肺がん検診の手引き. In: 肺癌取扱い規約 (改訂第8版). ed. 日本肺癌学会、金原出版、2016 ; pp187-209.
109. 本野 望、佐川元保、他. ポリドカノールの粘膜内注入が著効した気管支断端瘻の1例、気管支学 2016; 38: 319-323.
110. 本野 望、佐川元保、他. 肺葉切除への耐術能を有さない臨床病期IA期の非小細胞肺癌に対する治療戦略、肺癌 2016 ; 56: 183-188.
111. 樋浦 徹、佐川元保、他. 肺癌検診の現状と展望. 新潟がんセ医誌 2016; 55: 12-17.
112. 佐川元保、他. 「肺がん検診の手引き」2016年改訂に関して: 肺がん検診委員会報告、肺癌 2017; 57: 2-7.
113. 佐川元保、他. 最近の肺がんCT検診の有効性評価研究: 国内外でのエビデンスの現況と今後の方向性、CT検診 2016; 23: 7-12.
114. 山上亘、青木大輔. 改訂FIGO進行期分類の導入と患者登録. 臨床腫瘍プラクティス 2016; 12 (2) : 125-132.
115. 森定 徹、青木大輔、齊藤英子. HPV併用検診の有効性検証、産科と婦人科 2016; 83 (10) : 1135-1141.
116. 田中京子、仲村 勝、森定 徹、岩田 卓、青木大輔. 早期子宮頸癌に対する機能温存手術としての腹式広汎性子宮頸部摘出術、産婦人科の実際 2016; 65 (11) : 1547-1550.
117. 田中京子、仲村 勝、森定 徹、岩田 卓、青木大輔. 子宮頸がん、HORMONE FRONTIER IN GYNECOLOGY 2016; 23 (4) : 37-39.
118. 加藤勝章、千葉隆士、島田剛延、渋谷大助. 胃X線検診のための読影判定区分と胃炎・萎縮診断成績、日本消化器がん検診学会雑誌 2016、54(4) : 539-547, 2016.
119. 三浦和美、加藤勝章、千葉隆士、中川知恵、斎藤千晴、佐々木政子、島田剛延、渋谷大助. 宮城県対がん協会における胃X線検診後のバリウム排泄管理対策の新たな取り組み、日本消化器がん検診学会雑誌 2016 ; 54(6) : 1075-1081.
120. 斎藤 博、金岡 繁、島田剛延、鈴木康元、須田健夫、永田浩一、西田 博、西村元一、野崎良一、樋渡信夫、松浦邦彦、松田一夫、松田尚久、山口和也. 精密検査の手法として大腸CT検査の位置づけおよび必要条件と課題. 日本消化器がん検診学会雑誌 2016; 54 (3) : 425-441.
121. 西田 博. がん検診とエビデンス、そして新たな診断技術、日本消化器がん検診学会誌 2016 ; 54(1) : 8-17.
122. 濱 秀聡、田淵貴大、伊藤ゆり、福島若葉、松永一朗、宮代 勲、中山富雄. 喫煙習慣と肺および胃、大腸がん検診受診の関連. 日本公衆衛生雑誌 2016 ; 63 (3) : 126-134.
123. 濱 秀聡、田淵貴大、伊藤ゆり、福島若葉、松永一朗、宮代勲、中山富雄. 喫煙習と肺および胃、大腸がん検診受診の関連. 日本公衆衛生雑誌 2016; 63(3) : 126-134.
124. 笠原善郎、大貫幸二、辻 一郎、鯉淵幸生、坂佳奈子、古川順康、増岡秀次、村田陽子、森田孝子、山川 卓、吉田雅行、雷 哲明. これまでの全国集計データの分析と未把握率から見た精度管理指標の提案、日乳癌検診学会誌 2016. 25(1) : 51-56.
125. 笠原善郎、大田浩司、田中文恵、他. 26年間の福井県がん登録の推移から見た乳癌検診の効果—検診の過剰診断の可能性について、日乳癌検診学会誌 2016; 25(3) : 239-243
126. 笠原善郎、大貫幸二、辻一郎、他. これまでの全国集計データの分析と未把握率から見た精度管理指標の提案、日乳癌検診学会誌 2016; 25(1) : 51-56.
127. 斎藤 博、雑賀公美子. がんの早期発見と過剰診断、腫瘍内科 2017 ; 19 (2) : 191-196.

128. 齋藤 博、町井涼子、雑賀公美子. がん死亡率低減に資するためのがん検診の課題と対策、公衆衛生 2017 ; 81 (3) : 221-227.
129. 永田浩一、高林 健、遠藤俊吾、金澤 英紀、安田貴明、松本啓志、歌野健一、平山眞章、松田尚久、齋藤 博. 大腸がんの CT 診断. 消化器・肝臓内科 2017; 1:132-9.
130. 永田浩一、遠藤俊吾、平山眞章、金澤 英紀、高林 健、安田貴明、松本啓志、歌野健一、松田尚久、齋藤 博. エビデンスに基づいた大腸 CT 検査の位置づけ. 日消がん検診誌 2017; 55: 175-83.
131. 和田幸司、永田浩一、伊山 篤、丸山 健、高橋美紀、野村美由紀、滝口昇吾、金澤英紀、高林 健、安田貴明、松本 啓志、松岡正樹、松田尚久、齋藤 博. 大腸 CT 検査における腸管前処置 PEG-C 法と MP-C 法の 比較試験. 日消がん検診誌 2017; 55:349-58.
132. 永田浩一、齋藤 博. 大腸癌検診. 消化器内視鏡 2017;29(8): 1462-6.
133. 永田浩一、松岡正樹、松田尚久、齋藤 博. 大腸 CT・大腸 MR (CT/MRcolonography) 検査による大腸癌スクリーニング. 先端医療シリーズ 49 消化器疾患の最新医療. in press.
134. 佐川元保、菅原崇史、石橋直也、三友 英紀、小柳 彰、近藤 丘、田畑俊治. 肺がん検診の現状と今後、呼吸器内科 2017;2:56-62.
135. 佐川元保、高橋里美、菅野 通、中山富雄、西井研治、田中洋史、佐藤雅美、桶谷 薫、小林 健、小林弘明、佐藤 功、木部佳紀、江口研二、名和 健、齋藤 博、濱島ちさと、薄田勝男、田中幸子、武内健一、祖父江友孝. 肺がんの予防と検診：タバコ対策とCT検診を中心に、CT検診 2017;24:11-14.
136. 佐川元保、中山富雄、芦澤和人、遠藤千頭、小林 健、佐藤雅美、澁谷 潔、祖父江友孝、西井研治、原田眞雄、前田寿美子、丸山雄一郎、三浦弘之、村田喜代史. 「肺がん検診の手引き」2016 年改訂に関して：肺がん検診委員会報告、肺癌 2017;57:2-7.
137. 前田寿美子、丸山雄一郎、村田喜代史、小林健、芦澤和人、中山富雄、遠藤千頭、佐藤雅美、澁谷 潔、祖父江 友孝、西井研治、原田眞雄、三浦弘之、佐川元保. デジタル撮影とモニタ診断時代の胸部 X 線検査による肺がん検診の精度管理—とくに画質担保に向けて—、肺癌 2017;57:65-68.
138. 渋谷大助、他. 日本消化器がん検診学会 胃がん検診精度管理委員会・胃 X 線検診の読影基準に関する研究会 (編). 胃 X 線検診のための読影判定区分アトラス. 南江堂、2017.
139. 中山富雄. 肺がん検診での過剰診断. 日本がん検診・診断学会誌、2018 ;25(2) : 134-136.
140. 笠原善郎. 高濃度乳房問題に関する現状と課題 - 「対策型乳がん検診における「高濃度乳房」問題の対応に関する提言」について-. 乳癌の臨床 2017 ; 32(4) : 5-12.
141. 笠原善郎. 対策型乳がん検診における高濃度乳房問題の動向. INNERNVISION 2017;32(8):5-7.
142. 笠原善郎. 対策型乳がん検診における「高濃度乳房」問題の対応に関する提言. 日本乳がん検診学会誌 2017;http://www.jabcs.jp/pages/dbwg.html
2. 学会発表
1. 齋藤 博. 消化器がん検診の科学的根拠と展望について、第 53 回日本消化器がん検診学会東北地方会、講演、2015. 7. 11、福島.
2. 齋藤 博. がん検診の有効性評価はどのように行うか. 第 54 回日本消化器がん検診学会総会、特別講演、2015. 6. 5、大阪.
3. 齋藤 博. がん検診の利益・不利益と精度管理のあり方、第 23 回日本がん検診・診断学会、第 24 回日本婦人科がん検診学会合同学術集会、基調講演、日本がん検診・診断学会、日本婦人科がん検診学会、2015. 8. 21、札幌.
4. 齋藤 博. 大腸がん検診—世界の動向、JDDW2015 第 23 回日本紹介関連学会週間第 53 回日本消化器がん検診学会、特別講演、日本消化器がん検診学会、2015. 10. 8、東京.
5. 齋藤 博. 青森県では大腸がんと胃がんの検診が重要です、日本消化器病学会東北支部第 69 回市民公開講座、講演、日本消化器病学会、2015. 10. 17、青森.
6. 齋藤 博. J-START はどのように行われたか—大規模 RCT の企画 運営、集計の経験—、第 25 回日本乳癌学会学術総会、特別企画座長、日本乳癌学会、2015. 10. 30、茨城.
7. 齋藤 博. 検診は胃がんで亡くなるリスクを減らします、胃がん—ここまで進んだ胃がん診断—、第 19 回日本医学会公開フォーラム、講演、日本医学会、2015. 12. 26、東京.
8. 齋藤 博. Current status and practical issues in Japan. FOBT: how many samples and How frequent intervals? (2 題) 韓国消化器病学会腸管主要研究グループ会議 2016. 2. 4, Seoul.
9. Sagawa M, The J ECS Study Group. Mini Symposium 15. 04: Screening in Japan - The J ECS Study. 15th World Conference on Lung Cancer. 2015, 9, Denver.
10. Sagawa M. Identify the level of implementation and planning for CT screening comprehensive programs across the globe: Japan. IASLC Strategic Screening

Advisory Committee (SSAC) CT Screening Workshop 2015. 2015, 9, Denver.

11. 桶谷 薫、佐川元保、他. 非-軽喫煙者に対する低線量胸部CTと胸部X線による肺がん検診無作為化比較試験、第56回日本肺癌学会学術集会、2015. 11、横浜.
12. 本野 望、佐川元保、他. 標準手術への耐術能を有しないCstage IA 非小細胞肺癌に対する治療：消極的縮小手術あるいは定位放射線治療？、第56回日本肺癌学会学術総会、2015. 11、横浜.
13. 薄田勝男、佐川元保、他. MR 拡散強調画像による縦隔腫瘍の評価。特に胸腺上皮性腫瘍の鑑別の有用性について、第56回日本肺癌学会学術集会、2015. 11、横浜.
14. 薄田勝男、佐川元保、他. 悪性胸膜中皮腫に対するMR 拡散強調画像による画像診断の有用性、第32回日本呼吸器外科学会総会、2015. 5、高松.
15. 雑賀公美子、青木大輔、齊藤英子、森定 徹、斎藤 博. 子宮頸がん検診に関与する医師や細胞検査士における精度管理のとりえ方、第74回日本公衆衛生学会総会、2015. 11、長崎.
16. 西尾 浩、岩田 卓、野村秀高、高野浩邦、森定 徹、竹島信宏、佐々木寛、青木大輔. 子宮頸がん検診における従来法細胞診と液状化検体細胞診の診断性能比較研究、第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会）、2015. 6. 松江.
17. 青木大輔. 子宮頸がん検診と精度管理、平成27年度第2回子宮頸がん検診従事者講習会、2015. 11、東京.
18. 渋谷大助. 教育講演「新しい胃X線読影判定区分について」、第53回日本消化器がん検診学会東北地方会、2015. 7. 11、福島.
19. 西田 博. がん検診とエビデンス、そして新たな診断技術、第54回日本消化器がん検診学会総会会長講演、2015. 6. 5、大阪.
20. 関田佳子、松本貴弘、原田明子、谷 知子、辰巳嘉英、西田 博. 抱き枕を使用した上部内視鏡検査における安定感および苦痛の検討、第54回日本消化器がん検診学会総会一般演題、2015. 6. 5、大阪.
21. 木村顕璽、松本貴弘、仲居恵莉、鹿園貴子、杉本 勇、北野富彦、大西康雄、田中庸千、原田明子、谷 知子、辰巳嘉英、西田 博. 当センターでの胃X線検査におけるH. pylori感染診断の検討、第54回日本消化器がん検診学会総会、一般演題、2015. 6. 5. 大阪.
22. 松本貴弘、原田明子、谷 知子、辰巳嘉英、西田 博. 当職域における大腸内視鏡検査の精度管理項目、第54回日本消化器がん検診学会総会附置研究会1 大腸がん検診精度管理検討研究会、2015. 6. 6. 大阪.
23. 松田一夫. パネルディスカッション2「大腸がん検診 新たなモダリティとその位置付け」<基調講演>便潜血検査による大腸がん検診の現状と課題、第54回日本消化器がん検診学会総会、2015. 6. 5、大阪.
24. 井上元気、服部昌和、藤田 学、井尾浩一、宗本義則、松田一夫. 大腸がん集団検診偽陰性例の月別動向の検討、第54回日本消化器がん検診学会総会、2015. 6. 5、大阪.
25. 宗本義則、松田一夫. シンポジウム「消化器がん検診をみつめるーわが県の強み、弱みー」<基調講演>福井県における消化器がん検診の特徴ー大腸がん検診をもとにー、第45回日本消化器がん検診学会東海北陸地方会・東海北陸消化器がん検診の会、2015. 11、福井.
26. 濱 秀聡、伊藤ゆり、田淵貴大、中山富雄. がん検診実施体制の整備は精度管理指標にどのような影響を及ぼすか？ 第74回日本公衆衛生学会総会、2015. 11. 05、長崎市.
27. 中山富雄、濱 秀聡、伊藤ゆり、厚海明香、政岡 望、池宮城賀恵子. 肺がん検診判定基準の変更に伴う精度管理指標の変化について、第56回日本肺癌学会総会、2015. 11. 28、横浜市.
28. Hamashima C, Kim Y, Choi KS. Comparison of guidelines and management for gastric cancer screening between Korea and Japan. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 20th Annual International Meeting. 2015;Philadelphia, USA.
29. 濱島ちさと. 「胃内視鏡検診の有効性評価と実効性」、第89回日本消化器内視鏡学会総会 附置研究会 第3回上部消化管内視鏡検診の科学的検証と標準化に関する研究会 モーニングセミナー、2015. 5. 31、名古屋.
30. Hamashima C. Breast cancer screening systems in Asian countries. International Cancer Screening Network Meeting 2015. 2015. 6. 2. Rotterdam, Netherlands.
31. Hamashima C. Basic concept of cancer screening. Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging 2015. 2015. 6. 8. Baltimore, USA.
32. Hamashima C, Kim Y, Choi KS. Comparison of guidelines and management for breast cancer screening between Korea and Japan. Health Technology Assessment International 12th Annual Meeting 2015. 2015. 6. 15-16. Oslo, Norway.
33. Hamashima C, Goto R, Kato H. Willingness to pay for HPV testing as cervical cancer screening. International Health Economics

- Association 11th World Congress. 2015. 7. 14. Milan, Italy.
34. Hamashima C. Submission Oversupply of CT and MRI equipment, but undersupply of mammography equipment in Japan. Preventing Overdiagnosis Conference. 2015. 9. 1-3. Bethesda, USA.
 35. 雑賀公美子, 松田智大, 柴田亜希子, 斎藤博. がん登録データと検診データの照合による精度管理方法の検討、地域がん登録全国協議会 第24回学術集会、2015. 6. 群馬.
 36. 町井涼子, 雑賀公美子, 斎藤博. 個別検診のがん検診精度管理指標の作成にむけた取り組み、第74回日本公衆衛生学会総会、2015. 11. 長崎.
 37. Saito H. Colorectal cancer screening past, present and the future. Precancerous Lesions and Conditions of the Gastrointestinal Tract Session 6: Early detection (Screening and surveillance). Speakers. The 5th International Forum (第5回国際交流フォーラム) . 2016. 4. 22. 東京.
 38. 斎藤博. がん検診の精度管理の考え方、第57回日本臨床細胞学会総会、要望講演、2016. 5. 28、横浜.
 39. 斎藤博. 大腸CT検査の大腸がん検診における精密検査法としての位置づけー、日本消化器がん検診学会大腸がん検診精度管理委員会報告、パネルディスカッション、第55回日本消化器がん検診学会総会、2016. 6. 10、鹿児島.
 40. 斎藤博. がんの早期発見 Overdiagnosis、第24回日本乳癌学会学術総会、ワークショップ3 基調講演、第24回日本乳癌学会学術総会、2016. 6. 17、東京.
 41. 斎藤博. ガイドライン改定のポイントと全国的な対策、第16回日本実地医家消化器内視鏡研究会、講演、日本実地医家消化器内視鏡研究会(日本消化器内視鏡学会)、2016. 6. 19、東京.
 42. 斎藤博. 検診の有効性評価と精度管理、第24回日本がん検診・診断学会総会、パネルディスカッション講演、第24回日本がん検診・診断学会、2016. 9. 17、東京.
 43. 斎藤博. Non-invasive screening tests Colorectal cancer—are we using them to their full potential?、WEO ミーティング2016 ランチョンセミナー座長、WEO. 2016. 11. 2、神戸.
 44. 佐川元保. 特別講演：世界と日本の肺がんCT検診のエビデンスと今後の動向ー有効性評価を中心にー、第23回日本CT検診学会学術集会、2016. 2、柏.
 45. 高橋里美, 佐川元保, 他. 低線量CTによる肺がん検診は有効か?—JECs Study Group—、第57回日本肺癌学会学術集会、2016. 12、福岡.
 46. 前田寿美子, 佐川元保, 他. CCDカメラ方式による肺がん個別検診の問題解決に向けた本学会集団検診委員会の取り組み、第57回日本肺癌学会学術集会、2016. 12. 福岡.
 47. 名和健, 佐川元保, 他. 茨城県日立市における低線量CT検診・X線検診受診者のコホート研究、第57回日本肺癌学会学術集会、2016. 12、福岡.
 48. 石橋直也, 佐川元保, 他. すりガラス陰影を呈した肺子宮内膜症の1切除例、第57回日本肺癌学会学術集会、2016. 12、福岡.
 49. 本野望, 佐川元保, 他. 浸潤性肺腺癌におけるSolid成分の予後因子としての有用性の検討、第33回日本呼吸器外科学会総会、2016. 5、京都.
 50. 薄田勝男, 佐川元保, 他. 肺癌切除例におけるPET-CTのSUVmax・MR拡散強調画像のADCの臨床病理学意義および予後に与える影響の解析、第33回日本呼吸器外科学会総会、2016. 5、京都.
 51. 町田雄一郎, 佐川元保, 他. 肺腺癌浸潤部における腫瘍関連マクロファージ Tumor Associated Macrophage (TAM) の検討、第33回日本呼吸器外科学会総会、2016. 5、京都.
 52. 前田寿美子, 佐川元保, 他. 新規 endoglin 遺伝子変異が同定された遺伝性出血性末梢血管拡張症の一例、第33回日本呼吸器外科学会総会、2016. 5、京都.
 53. 青木大輔. 子宮頸がん検診と精度管理、第6回がん検診・組織診細胞診従事者講習会、2016. 3、群馬.
 54. 山上亘, 青木大輔, 永瀬智, 渡部洋, 片渕秀隆. 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会婦人科悪性腫瘍登録事業データベースを用いた頸癌・体がん・卵巣がんの治療動向の推移および今後の登録事業への課題—婦人科がん治療ガイドライン導入による変化も含めて—：JSOG 婦人科腫瘍登録の問題点と可能性、第68回日本産科婦人科学会学術講演会、2016. 4、東京.
 55. 飯島朋子, 岩田卓, 宮内安澄, 菅裕佳子, 西尾浩, 仲村勝, 森定徹, 田中京子, 田中守, 青木大輔. CIN3 に対する治療として蒸散術を適用することは妥当か、第68回日本産科婦人科学会学術講演会、2016. 4、東京.
 56. Miyauchi A, Iwata T, Morisada T, Iijima T, Suga Y, Nishio H, Nakamura M, Tanaka K, Aoki D. Accuracy of initial postoperative cytology and high risk HPV (HRHPV) test for detection of recurrence of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) after

- cervical laser vaporization. 第 68 回日本産科婦人科学会学術講演会 2016. 4、東京.
57. Kuji S, Watanabe R, Nagashio R, Iwata T, Aoki D, Kameya T: Immunohistochemical evaluation of high grade neuroendocrine carcinoma of uterine cervix. The 19th International Congress of Cytology (ICC2016), May, 2016, Yokohama Japan
 58. 飯島朋子、岩田卓、佐伯直彦、宮内安澄、仲村勝、林 茂徳、森定徹、田中京子、川井田みほ、亀山香織、柗 元巖、青木大輔. HPV 陰性子宮頸部腺癌の臨床病理学的特徴と診断上の問題点、第 131 回関東連合産科婦人科学会総会・学術集会、2016. 6、東京.
 59. 青木大輔. 教育講演：子宮頸がん検診の精度管理の考え方、第 35 回東京都臨床細胞学会総会・学術集会、2016. 7、東京.
 60. 青木大輔. 特別講演：子宮頸がん検診の課題と HPV 検査の有効性評価、第 307 回青森県臨床産科婦人科医会、2016. 7、弘前.
 61. 田中京子、青木大輔. シンポジウム：広汎性子宮頸部摘出術、第 58 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2016. 7、米子.
 62. 飯島朋子、岩田 卓、赤羽智子、齋藤深雪、佐伯直彦、宮内安澄、西尾 浩、仲村 勝、林 茂徳、森定 徹、田中京子、川井田みほ、亀山香織、柗元 巖、青木大輔. HPV 陰性子宮頸部腺癌の臨床病理学的特徴、第 58 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2016. 7、米子.
 63. 春日義史、宮越 敬、西尾 浩、秋葉洋平、大谷利光、福武麻里絵、池ノ上 学、佐藤 卓、仲村 勝、落合大吾、松本 直、森定 徹、岩田卓、田中京子、浜谷敏生、藤井多久磨、久慈直昭、田中守、青木大輔. 当院における腹式広汎性子宮頸部摘出術施行例の術後妊娠分娩経過に関する検討、第 58 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2016. 7、米子.
 64. 久慈志保、渡邊麗子、長塩 亮、阿部将人、岩田 卓、伊藤以知郎、佐藤雄一、平嶋泰之、青木大輔、亀谷徹. 高異型度子宮頸部神経内分泌腫瘍の免疫組織学的検討、第 58 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2016. 7、米子.
 65. 藤井多久磨、柗元 巖、岩田 卓、青木大輔. Estimation of HPV genotype attribution using cervical exfoliated cells for monitoring the efficacy of HPV vaccines. 第 75 回日本癌学会学術総会、2016. 10、横浜.
 66. 飯島朋子、岩田 卓、佐伯直彦、宮内安澄、仲村 勝、林 茂徳、森定 徹、田中京子、青木大輔. ワークショップ：術前診断が CIN3 であった症例の子宮頸部円錐切除術の検討～蒸散術の適応拡大に向けて～、第 54 回日本癌治療学会学術集会)、2016. 10 米子.
 67. 青木大輔. 特別講演：子宮頸がん検診の精度管理の考え方、第 25 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会、2016. 11、東京.
 68. 森定徹、雑賀公美子、齊藤英子、齋藤 博、青木大輔. シンポジウム：子宮頸がん検診手法としての細胞診と HPV 検査の有用性に関する研究、第 25 回日本婦人科がん検診学会総会、学術講演会、2016. 11、東京.
 69. 青木大輔：子宮頸がん検診のあり方の今後の話題。平成 28 年度 第 2 回がん検診受託機関講習会、2016. 12、東京.
 70. 青木大輔. 子宮頸がん検診における精度管理～市町、検診機関、精密検査機関の連携～. 子宮がん検診関係者研修会、2016. 12、尾道.
 71. 加藤勝章、千葉隆士、渋谷大助. 対策型胃がん検診から見た Helicobacter pylori 除菌後胃癌対と課題、第 54 回日本消化器がん検診学会大会、日本消化器がん検診学会雑誌、54(Suppl):933, Sep, 2016. 11、神戸.
 72. 千葉隆士、加藤勝章、島田剛延、渋谷大助. 「胃 X 線検診のための読影判定区分」を用いた検診発見胃癌の読影精度の解析の試み、第 55 回日本消化器がん検診学会総会、日本消化器がん検診学会雑誌、54(3):114, May, 2016. 5. 鹿児島.
 73. 加藤勝章、千葉隆士、島田剛延、渋谷大助. 対策型胃 X 線検診と胃がんリスク評価、第 55 回日本消化器がん検診学会総会、日本消化器がん検診学会雑誌、54(3):110、2016. 6、鹿児島.
 74. 島田剛延、千葉隆士、加藤勝章、渋谷大助. 当施設の要精検率に対する考え方と設定方法について、第 55 回日本消化器がん検診学会総会、日本消化器がん検診学会雑誌、54(3):104、May, 2016. 6、鹿児島.
 75. 西田 博. がん検診の現状と今後の展望について、日本消化器がん検診学会近畿支部第 25 回保健衛生研修会、2016. 2. 5、兵庫.
 76. 西田 博. 正しい知識を持とう！大腸がんとうがん検診、河内長野市民講演会、2016. 10、長野.
 77. 西田 博. 大腸がん検診の最新の知見－Technology Innovation と有効性評価の限界－、第 19 回京都北部平成内視鏡研究会 2016. 8、神戸.
 78. 西田博. 追加発言、大腸 CT 実践トレーニングコース、第 45 回日本消化器がん検診学会近畿地方会、2016. 8、神戸.
 79. 松田一夫. シンポジウム 3 「大腸がん検診のあり方：便潜血検査のピットフォールと新たなスクリーニング方法」＜基調講演＞便潜血検査による大腸がん検診の現状と課題～新しいスクリーニング法への期待を含めて～、日本総合健診医学会第 44 回大会、2016. 1、東京.

80. 松田一夫. 大腸がん検診における中間期がんの割合から適切な要精検率を考える, 第55回日本消化器がん検診学会総会 附置研究会1 大腸がん検診精度管理研究会「大腸がん検診プロセス指標目標値の設定方法について—適切な要精検率をめざして—」、2016. 6、鹿児島島.
81. 服部昌和、井尾浩一、藤田学、宗本義則、松田一夫. 大腸がん検診中間期がんの生物学的悪性度の解析、2016. 6、鹿児島島.
82. 中山富雄、伊藤ゆり、福井敬祐、森島敏隆、中田佳世、田淵貴大、宮代勲、里村征紀、田中修. 疫学データを活用したがん対策立案と進捗管理 疫学データを活用したがん検診への取組. 第75回日本公衆衛生学会総会抄録集 ;90, 2016, 大阪
83. 笠原善郎. 第26回日本乳癌検診学会学術総会乳癌検診学会全国集計委員会のこれまでの活動と今後の課題、日本乳癌検診学会誌 2016:25(3)、386.
84. 笠原善郎、堀田幸次郎、木村雅代. 第24回日本乳癌学会学術総会視触診陽性・マンモグラフィ陰性乳癌の臨床病理学的特徴について、第24回日本乳癌学会学術総会プログラム抄録集、2016. 260.
85. Hamashima C. Factors influencing participation of primary physicians in endoscopic screening programs for gastric cancer. 9th Annual Meeting of the Cancer and Primary Care Research International Network. 2016. 4. Boston, USA.
86. Hamashima C. Emerging HTA lessons from old and new. Health Technology Assessment International 2016 Annual Meeting Tokyo. 2016. 5. Tokyo, Japan
87. Hamashima C. Current and future use of HTA under Japanese health care system. Health Technology Assessment International 2016 Annual Meeting Tokyo. 2016. 5. Tokyo, Japan.
88. Hamashima C. Mortality reduction from gastric cancer by endoscopic and radiographic screening. Health Technology Assessment International 2016 Annual Meeting Tokyo. 2016. 5. Tokyo, Japan.
89. Hamashima C, Goto R. Capacity for endoscopic screening for gastric cancer in Japan. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 7th Asia-Pacific Conference. 2016. 9. Singapore.
90. Hamashima C. Overdiagnosis on endoscopic screening for gastric cancer in Japan. Preventive Overdiagnosis Conference 2016. 2016. 9. Barcelona, Spain.
91. Hamashima C. Quality assurance of evidence-based gastric cancer screening in Japanese communities. Guidelines International Network Conference 2015. 2016. 9. Philadelphia, U. S. A.
92. Hamashima C. National breast cancer screening program in Korea and Japan. Cochrane Colloquium Seoul. 2016. 10. Seoul, Korea.
93. Hamashima C, Narisawa R, Ogoshi K. Comparison of mortality reduction from gastric cancer among different screening programs. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 19th Annual European Congress. 2016. 11. Vienna, Austria.
94. Hamashima C, Goto R, Ikeda S, Igarashi A, Shiroya T, Fukuda T. Productivity loss cancer patients in Japan. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 19th Annual European Congress. 2016. 11. Vienna, Austria.
95. 町井涼子、雑賀公美子、他. 対策型検診のがん検診精度管理向上に関する研究. 第75回日本公衆衛生学会総会. 2016. 10. 大阪.
96. 町井涼子、雑賀公美子、他. 大腸がん検診チェックリストの妥当性について. 第24回JDDW2016(日本消化器関連学会集會). 2016. 11. 神戸.
97. 町井涼子、雑賀公美子、他. 対策型検診のがん検診精度管理向上に関する研究. 第75回日本公衆衛生学会総会. 2016. 10. 大阪.
98. 斎藤 博. 胃内視鏡検診の課題と今後のあり方、パネルディスカッション、司会、第93回日本消化器内視鏡学会総会、2017. 5. 11、大阪.
99. 斎藤 博. 大腸がんの疫学的トレンドと検診、日本大腸肛門病学会 第26回教育セミナー、講演、日本大腸肛門病学会、2017. 5. 21、東京.
100. 斎藤 博. 大腸がん検診の受診率・精検受診率向上作の新たな展開、シンポジウム2「大腸CT検査の任意型検診および診断検査の陽性率、内視鏡受診率、および陽性的中率からみた内視鏡検査受診率向上の可能性の検討」、講演、第56回日本消化器がん検診学会総会、2017. 6. 23、つくば.
101. 斎藤 博. 大腸がん検診入門、第77回日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会、教育講演、第77回日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会、2017. 8. 26、横浜.
102. 斎藤 博. 大腸がん検診における新しいモデルティをめぐって、ワークショップ司会、第55回日本消化器がん検診学会大会、

2017. 10. 12、福岡.
103. Saito H. Population-based colorectal cancer screening in Japan. 10th International Asian Conference on Cancer Screening (IACCS), Taipei, Taiwan. 2017. 10. 21、台湾
 104. 斎藤 博、科学的根拠に基づくがん検診の実施をいかにして推進するか、シンポジウム 11、座長、第 76 回日本公衆衛生学会総会、2017. 10-31、鹿児島.
 105. 斎藤 博、総論—利益不利益、シンポジウム、乳がん検診を総合的に理解する、講演、第 27 回日本乳癌検診学会学術総会、2017. 11. 10、徳島.
 106. 佐川元保、他. 低線量 CT 肺がん検診の有効性評価：これまでの研究と JECS Study、第 24 回日本 C T 検診学会総会、2017. 2、徳島.
 107. Nawa T, Nakagawa T, Ichimura H, Mizoue T, Fukui K, Nakayama T, Sagawa M. Population based cohort study to evaluate lung cancer screening using low dose CT in Hitachi City. 18th World Conference on Lung Cancer, 2017, 10, Yokohama.
 108. Kato H, Oizumi H, Sagawa M, Suzuki H, Sakurada A, Chida M, Uramoto H, Shiono S, Abe J, Hasumi T, Nakamura Y, Sato N, Shibuya J, Deguchi H, Oura H, Matsumura Y, Minowa M, Ota S, Okada Y. Limited resection for small-sized non-small cell lung cancer with ground glass opacities: a Japan North-East Thoracic Surgical Study Group (JNETS) phase II study. 25th Meeting of the European Society of Thoracic Surgeons, 2017, 5, Innsbruck, Austria.
 109. 佐川元保、中山富雄、芦澤和人、遠藤 千頭、小林 健、佐藤雅美、澁谷 潔、祖父江友孝、竹中大祐、西井研治、原田眞雄、前田寿美子、丸山雄一郎、三浦弘之、三友英紀、村田喜代史。肺がん検診セミナー終了にあたって。第 32 回肺がん検診セミナー、第 57 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 110. 佐川元保。死亡率の地域差を考える—検診政策と肺がん死亡率の地域差の関連—、第 57 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 111. 三友英紀、中山富雄、芦澤和人、遠藤 千頭、小林 健、佐藤雅美、澁谷 潔、祖父江友孝、竹中大祐、西井研治、原田眞雄、前田寿美子、丸山雄一郎、三浦弘之、村田喜代史、佐川元保。「読影医充足の未来予測に関する全国アンケート調査」の報告、第 32 回肺がん検診セミナー、第 57 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 112. 小林弘明、滝沢昌也、大森淳子、手賀 大助、中山富雄、西井研治、佐藤雅美、桶谷 薫、田中洋史、高橋里美、小林 健、佐藤 功、田中幸子、武内健一、木田 勲、金子昌弘、坂尾幸則、宮本 彰、山上孝司、佐川元保。非・軽喫煙者に対する低線量 CT 肺がん検診の無作為化比較試験—JECS Study—、第 58 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 113. 名和 健、清水 圭、山本祐介、市村 秀夫、遠藤勝幸、林原賢治、中山富雄、佐川元保。茨城県日立市における低線量 CT 検診の有効性を評価するコホート研究、第 58 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 114. 石橋直也、小柳 彰、三友英紀、菅原 崇史、田畑俊治、佐川元保、近藤 丘。混合型小細胞肺癌の 1 切除例、第 58 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 115. 塩野知志、松村勇輝、鈴木弘行、佐川元保、高橋里美、阿部二郎、町田雄一郎、早坂一希、桜田 晃、岡田克典。肺腺癌術後補助化学療法の実現と成績、第 58 回日本肺癌学会学術集会、2017. 10、横浜.
 116. Nakamura K, Komatsu M, Chiwaki F, Kobayashi Y, Banno K, Iijima M, Takeda T, Tominaga E, Sasaki H, Tanaka M, Aoki D: Knockdown of SIM2 enhances radio-resistance and tumor growth by inducing HIF1A in cervical squamous cell carcinoma. The 25th Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG) (Hong Kong), 15-18 June 2017 (6/16)
 117. 森定 徹、齊藤英子、仲村 勝、岩田 卓、田中京子、田中 守、青木大輔。子宮頸がん検診の検診手法としての細胞診と HPV 検査の有用性を評価するコホート研究：初年度登録状況と結果の把握について、第 69 回日本産科婦人科学会学術講演会、2017. 4. 13~16、広島.
 118. Nakamura K, Komatsu M, Chiwaki F, Kobayashi Y, Banno K, Iijima M, Takeda T, Tominaga E, Sasaki H, Tanaka M, Aoki D: Blockade of aurora kinase induces addiction to the EGFR pathway and enhances the sensitivity of an EGFR inhibitor in cervical squamous cell carcinoma. 第 69 回日本産科婦人科学会学術講演会、2017. 4. 13~16、広島.
 119. Miyauchi A, Iwata T, Saiki N, Iijima T, Suga Y, Nishio H, Nakamura M, Hayashi S, Morisada T, Tanaka K, Tanaka M, Aoki D: Utility of cytology and HR-HPV test for detection of recurrence of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) lesions after cervical laser vaporization. 第 69 回日本産科婦人科学会学術講演会、2017. 4. 13~16、広島.
 120. 森定 徹、寺本勝寛、高野浩邦、佐々木 寛、

- 青木大輔. 日本臨床細胞学会臨床試験ワーキンググループからの報告：検診手法としてのHPV検査の有用性(ランダム化比較試験の進捗報告)、第58回日本臨床細胞学会総会(春期大会)、2017.5.26~28、大阪。
121. 青木大輔. 子宮頸がん検診の精度管理の要点、平成29年度がん予防教育指導者研修会、2017.7.14、静岡
122. 森定 徹、寺本勝寛、高野浩邦、岩田 卓、端晶彦、岡本愛光、佐々木 寛、原田智佳子、山内崇司、中谷英仁、手良向 聡、青木大輔. 共同企画課題：日本婦人科がん検診学会：HPV、LBCスメア併用検診の有用性について 分担課題：一般住民を対象とした子宮頸がん検診における液状化検体細胞診と HPV 検査との併用法の有用性を評価するランダム化比較研究—CITRUS study—、第59回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2017.7.27~29、熊本。
123. 佐伯直彦、岩田 卓、飯島朋子、宮内安澄、菅裕佳子、平尾薫丸、仲村 勝、林 茂徳、森定 徹、田中京子、柗元 巖、香川昌紀、谷口智憲、青木大輔. 子宮頸癌における転写因子HOXD9の悪性形質への関与と分子生物学的機序の解明、第59回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2017.7.27~29、熊本。
124. 飯島朋子、田中京子、佐伯直彦、宮内安澄、仲村 勝、森定 徹、岩田 卓、青木大輔. 子宮頸部円錐切除術を施行した上皮内腺癌(AIS)42例の検討. 第59回日本婦人科腫瘍学会学術講演会、2017.7.27~29、熊本。
125. 久慈志保、渡邊麗子、岩田 卓、吉岡恵美、笠松由佳、角 暢浩、田中 晶、安部正和、高橋伸卓、武隈宗孝、平嶋泰之、青木大輔、伊藤伊知郎、亀谷 徹. 根治手術を行った子宮頸部高異型度神経内分泌腫瘍FIGO I、II期28例の臨床病理学的検討、第59回日本婦人科腫瘍学会・学術講演会、2017.7.27~29、熊本。
126. 森定 徹、雑賀公美子、齊藤英子、河野可奈子、齋藤 博、青木大輔. シンポジウム課題：HPV検査の展開 分担課題：子宮頸がん検診手法としての HPV 検査の有用性を検証するコホート研究—進捗報告—、第26回日本婦人科がん検診学会総会・学術集会、2017.9.2~3、仙台。
127. 青木大輔. 子宮頸がん検診の精度管理の考え方、平成29年度第1回子宮頸がん検診従事者講習会(東京都生活習慣病従事者講習会)、2017.9.5、東京。
128. 雑賀公美子、河野可奈子、青木大輔、齊藤英子、森定 徹、齋藤 博. 健康増進事業における子宮頸がん検診のプロセス指標の年次推移、第26回日本婦人科がん検診学会総会学術集会、2017.9.2~3、仙台。
129. 河野可奈子、雑賀公美子、青木大輔、齊藤英子、森定 徹、齋藤 博. HPV 検査を導入した自治体における子宮頸がん検診の精度管理の現状報告、第26回日本婦人科がん検診学会総会・学術集会、2017.9.2~3、仙台。
130. 齊藤英子、雑賀公美子、河野可奈子、森定 徹、齋藤 博、青木大輔. 子宮頸がん検診における HPV 検査の有用性に関する各無作為化割付試験のアルゴリズムの比較、第26回日本婦人科がん検診学会総会・学術集会、2017.9.2~3、仙台。
131. 青木大輔. ヒトパピローマウイルス感染と子宮頸がん、日本医学会公開フォーラム 感染症とがん—感染症対策でがんを予防しよう—、2017.10.14、東京。
132. 青木大輔. 特別講演：子宮頸がん検診の精度管理の考え方、第43回広島県臨床細胞学会総会、2018.1.13、広島。
133. 青木大輔. 特別講演：子宮頸がん検診の精度管理の考え方、第43回和歌山臨床細胞学会、2018.2.3、和歌山。
134. 青木大輔. 特別講演：子宮頸がん検診の課題と HPV 検査の有効性評価、玉川・世田谷区産婦人科医会合同学術講演会、2018.3.8、東京。
135. 千葉隆士、加藤勝章、島田剛延、渋谷大助. 他部位チェックで発見された読影判定区分カテゴリー3b胃癌の解析、第56回日本消化器がん検診学会総会、2017.6、つくば. 日本消化器がん検診学会雑誌、2017;55(3):482。
136. 千葉隆士、加藤勝章、島田剛延、渋谷大助. 「胃X線検診の読影判定区分」を用いた検診発見胃癌の読影精度の検討、第56回日本消化器がん検診学会総会2017.6、つくば. 日本消化器がん検診学会雑誌、55(3):504. 2017。
137. 西田博. がん検診の長所と短所—受ける前に理解していただきたいポイント—、京都府立医科大学大学院医学研究科・京都大学大学院医学研究科 がんプロフェッショナル養成プラン府民公開講座「専門医によるがん検診およびがん診療の最前線」、2017.1、京都
138. 松田一夫. 便潜血検査による大腸がん検診の利益と不利益 ～現状と課題を含めて～第25回日本がん検診・診断学会総会パネルディスカッション「各種がん検診の精度管理と今後への課題—特に過剰診断・過剰治療について」、2017.8、広島. 日がん検診断会誌2017;25(1):37(抄録)
139. 笠原善郎. 『対策型乳がん検診における「高濃度乳房」問題の対応に関する提言』の解説とその後の動向・課題について、第27回日本乳癌検診学会総会、2017.11.10、徳島市. 日本乳癌検診学会誌2017;26(3):3262。

140. 笠原善郎. 対策型乳がん検診における「高濃度乳房」問題の対応に関する動向について、第27回日本乳癌画像研究会、2017.2.7、三島
141. Hamashima C. Japanese experience of gastric cancer screening. Korea International Gastric Cancer Week 2017. 2017.3. Busan, Korea.
142. Hamashima C. Quality assurance of evidence-based gastric cancer screening in Japanese communities. The Cancer and Primary Care Research International Network. 2017.4.19 Edinburgh, England
143. Hamashima C. Oversupply of CT and MRI equipment, but undersupply of mammography equipment in Japan. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 22nd Annual International Meeting. 2017.5.23. Boston, USA
144. Hamashima C., Goto R. Potential capacity of endoscopic screening for gastric cancer in Japan. International Cancer Screening Network 2017. 2017.6.20. Bethesda, USA
145. Hamashima C., Shabana M, Osaki Y, Okada K. Mortality reduction from gastric cancer by endoscopic screening: 6-years follow-up of a population-based cohort study. International Cancer Screening Network 2017. 2017.6.20. Bethesda, USA
146. Hamashima C., Narisawa R. Overdiagnosis on endoscopic screening for gastric cancer in Japan. International Cancer Screening Network 2017. 2017.6.20.) Bethesda, USA.
147. Hamashima C. Potential capacity of endoscopic screening for gastric cancer in Japan. 12th World Congress of the International Health Economics Association. 2017.7.7-11. Boston, USA
148. Hamashima C. Rapid dissemination of H. pylori eradication for chronic gastritis among asymptomatic people. 5th International Preventing Overdiagnosis Conference. 2017.8.17 Quebec, Canada.
149. Hamashima C. The policy of HPV Vaccine in Japan. HPV Vaccine and Cervical Cancer Prevention Control Forum. 2017.9.9 Tainan, Taiwan.
150. Hamashima C. ROC analysis of prediction for gastric cancer development using serum pepsinogen and Helicobacter pylori antibody tests. 2017 Global Evidence Summit. 2017.9.13-16, Cape Town, South Africa
151. Hamashima C. Mortality reduction from gastric cancer by endoscopic screening based on a population-based cohort study. 2017 Global Evidence Summit. 2017.9.13-16, Cape Town, South Africa
152. Hamashima C. Screening Strategies for NCDs in Japan: New screening system for gastric cancer screening. 2017 Global Health Forum in Taiwan. 2017.10.22.), Taipei, Taiwan
153. Hamashima C. Optimal interval of endoscopic screening based on stage distribution of detected gastric cancer. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 20th Annual European Congress. 2017.11.6., Glasgow, Scotland
154. 濱島ちさと. Gastric cancer screening: Current issues and future perspective、教育講演3「胃癌の予防と検診：現状と展望」、第90回日本胃癌学会総会2018.3.8、東京
155. 高橋宏和、乳がん検診の展望について、第27回日本乳癌検診学会学術総会シンポジウム、2017.11、徳島
156. Saika K. Utility of cancer registry data I - Quality control of cancer screening. The 21st International Epidemiological Association (IEA) World Congress of Epidemiology (WCE2017), Aug, 2017 ; 19-21. Saitama, Japan.
157. 町井涼子、粕谷加代子、雑賀公美子、高橋宏和、斎藤 博. 市区町村における直近のがん検診精度管理体制について、鹿児島公衆衛生学会、2017.11、鹿児島
158. 粕谷加代子、町井涼子、雑賀公美子、高橋宏和、斎藤 博. 都道府県主導による、がん検診精度管理について、鹿児島公衆衛生学会、2017.11、鹿児島。
159. 雑賀公美子、粕谷加代子、町井涼子、高橋宏和、斎藤 博. 自治体のがん検診アセスメント実施状況、鹿児島公衆衛生学会、2017.11、鹿児島。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

平成 30 年 3 月 23 日

平成 29 年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」
結果報告書

国立研究開発法人 国立がん研究センター
がん対策情報センターがん医療支援部検診実施管理支援室

1. 調査の背景

平成 19 年 6 月にがん対策推進基本計画が閣議決定され、がんの早期発見のため「すべての市町村における精度管理・事業評価の実施」が個別目標として掲げられました。この時に精度管理・事業評価の指標として「事業評価のためのチェックリスト」^{注1)}が作成され、厚生労働省健康局長通知によって全国に周知されました。平成 29 年 10 月に閣議決定されたがん対策推進基本計画（第 3 期）では、全体目標のひとつに「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が設定され、がん検診の精度管理についての項目も新たに追加されています。

国立がん研究センター及び厚生労働省研究班は、平成 21 年度から「事業評価のためのチェックリスト」の実施状況を継続的に調査しており、今年度は 9 回目の調査を実施しました。

注 1) がん検診に携わる検診機関・市区町村・都道府県が実施するべき最低限の項目が纏められたリスト。厚生労働省がん検診検討会にて項目内容が検討され、厚労省報告書「今後の我が国におけるがん検診の事業評価の在り方について」（平成 20 年 3 月）に掲載されました。なお、同チェックリストは平成 28 年 4 月に改定されました。

参照：国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス

http://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/check_list.html

2. 調査の目的

「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」項目の実施状況により、検診体制の実態や、今後重点的に強化すべき体制面の課題を把握しました。

3. 調査対象、調査内容

平成 29 年度及び平成 27 年度に、健康増進事業に基づくがん検診（集団検診/個別検診、胃がん/大腸がん/肺がん/乳がん/子宮頸がん）を、指針^{注2)}に沿った検査法で行った市区町村を対象としました。

調査内容は、チェックリスト項目、及びチェックリスト以外に当センターが独自に追加した項目の遵守状況です。調査内容は「平成 29 年度に実施した検診の体制（調査 1）」と、「平成 27 年度に実施した検診結果の集計状況（調査 2）」^{注3)}に分かれています。

注 2) 厚生労働省健康局長通知「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」

注 3) 平成 29 年度がん検診事業担当者（本調査の回答者）は、平成 29 年 6 月に「平成 28 年度地域保健・健康増進事業報告（平成 27 年度の検診結果を報告）」を行うため、必然的に平成 27 年度分の検診データを把握できます。その検診データをどの程度詳細に集計したか（例えば受診歴別に集計したか、など）を、調査 2 で把握します。

4. 調査方法

4-1 調査票

チェックリストに基づいて、独自に回答基準を設定した調査票（電子ファイル）を作成しました^{注4}。

各項目への回答は、○（確実に実施した）、×（実施しなかった。回答時点では未実施で、その後も実施予定はない）、△（実施予定。回答時点では未実施だが、確実な実施予定がある）の3択としました。

注4) 胃がん検診（エックス線検査）、胃がん検診（内視鏡検査）、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診の6種

4-2 調査票の送付、回収、調査期間

調査票は都道府県を通じてメールにて送付し、回答の回収は国立がん研究センターのwebサイト「自治体のためのがん検診精度管理支援のページ」より行いました。調査期間は平成29年12月4日～平成30年2月28日としました^{注5}。

注5) 平成29年12月以前に調査開始を希望した都道府県については、各県の希望に沿って調査期間を設定しました。さらに、△の回答があった項目については、平成30年1月9日～2月28日に再調査を行い、最終回答を得ました。なお、最終の回答提出期限の時点でも△の項目については、△を最終回答としました。

4-3 回答の集計方法

全項目、各項目について全国の実施率を以下の方法で集計しました。実施率は、確実に実施したことだけを評価した実施率（実施予定含まず）と、実施予定も含む実施率（実施予定含む）の2種類です。

・全項目の実施率（%）：

「実施した（または実施予定）」と回答した数 / (集計対象の市区町村数^{注6} × チェックリスト項目数) × 100

・各項目の実施率（%）：

「実施した（または実施予定）」と回答した数 / 集計対象の市区町村数^{注6} × 100

注6) 集計対象の市区町村は「対象年度に検診を実施していた市区町村」です。

5. 調査結果

5-1 回収状況（別添1参照）

調査対象1737市区町村（平成29年度の全市区町村数）のうち、1673市区町村から回答を得ました（回収率96.3%）。別添1に、調査への回答数、回収率、および全項目実施率とその集計対象市区町村数（全項目に回答した市区町村数）を示します。

5-2 実施率（別添2、別添3参照）

別添2には集団検診、別添3には個別検診の、全項目と各項目の実施率を示します。実施

率は、調査終了時点において当該項目を確実に実施したことだけを評価した実施率（実施予定含まず）と、回答時点では未実施だが、確実な実施予定があると回答した場合も評価に含む実施率（実施予定を含む）の2種類を示します。

以下、主な調査項目について実施率（実施予定含まず）の特徴を簡単にまとめます。なお、胃がん内視鏡検診は平成28年度から導入されましたが、多くの自治体でまだ開始されておらず、本調査の集計対象市区町村数も少ないため（集団検診：63市区町村、個別検診：446市区町村）現状では解釈が難しく、下記のまとめからは省略します。

5-2-1 集団検診での実施率（別添2参照）

全項目の実施率は、部位による違いはほとんどありませんでした（75.5%～76.0%）。また、項目別の実施率は部位により若干異なりますが、高い項目と低い項目の傾向は概ね共通でした。

[受診率向上体制（問1-1～問1-2-1）]

- ・ 対象者全員の氏名を記載した名簿を作成した（93.5～93.7%）
- ・ 対象者全員に個別に受診勧奨を行った（50.3～52.5%）
- ・ 未受診者全員に対し、個人毎に再勧奨を行った（8.8～9.5%）

[受診者への説明（問3-1）]

- ・ 受診者に対し、検診の有効性と限界、精検受診の必要性等を説明した（50.6～56.4%）

[データの記録管理体制（問2-1、問2-2、問4-4、問5-2、問5-3、問5-4、問5-5）]

- ・ 個人別の受診台帳を作成した（92.3～93.5%）
- ・ 過去5年間の受診歴（90.2～92.1%）や精検方法/精検結果（81.2～82.8%）等を記録している
- ・ 検診（精検）機関に対し、地域保健・健康増進事業報告の項目を網羅できるような報告を求めた（92.5～96.6%）
- ・ 検診（精検）機関からの報告書が地域保健・健康増進事業報告を網羅していない場合、当該機関に改善を求めた（89.7～94.6%）

[精検受診率向上体制（問3-2、問3-2-1、問4-2、問4-3、問4-5、問4-6）]

- ・ 要精検者に受診可能な精検機関名の一覧を提示した（55.9～62.5%）
- ・ 上記の精検機関には、予め精検結果の報告を求めた（45.9～48.8%）
- ・ 精検（治療）結果が不明の者については、本人もしくは精検機関への照会により結果を確認した（88.7～89.4%）
- ・ 個人毎の精検（治療）結果を市区町村、検診機関、精検機関が共有した（78.3～82.0%）
- ・ 精検未受診と未把握を正確な定義により分類し、精検未受診者を特定した（85.0～85.4%）
- ・ 精検未受診者に受診勧奨を行った（87.4～87.6%）

[検診機関の質の担保（問6-1～問6-2-3）]

- ・ 委託検診機関の選定時に仕様書を取り交わし（68.4～71.4%）、その仕様書に必要最低限の精度管理項目^{注7)}が記載されていた（51.2～56.2%）
- ・ 検診終了後に、仕様書内容が遵守されたかを確認した（35.1～37.0%）
- ・ 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックし（27.7～28.3%）、具体的には、検診機関用チェックリストの遵守状況のフィードバック（23.9～24.6%）、プロセス指標値のフィードバック（19.6～20.8%）を実施した
- ・ 課題のある検診機関に改善策をフィードバックした（18.2～19.1%）

注7) 厚労省報告書「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8参照

[各精度指標の集計（問7-1以降）]

精度指標の集計は①単純把握、②性・年齢5歳階級別集計、③検診機関別集計^{注8)}、④検診受診歴別集計が求められています。全指標共通で①の実施率が最も高く、次いで②、③、④の順に低下していました。

- ・ 受診率：①96.3～97.5%、②91.5～92.3%、③86.0～87.1%、④80.1～80.9%
- ・ 要精検率：①94.5～95.7%、②88.7～89.8%、③83.8～85.0%、④76.4～77.3%
- ・ 精検受診率：①93.1～94.3%、②86.9～88.2%、③82.5～83.8%、④75.3%～76.1%
- ・ がん発見率：①90.8～91.6%、②84.8～85.4%、③80.5～81.3%、④74.0～74.4%
- ・ 陽性反応適中度：①75.8～77.5%、②69.7～70.7%、③67.9～68.8%、④62.7～63.3%

注8) 検診機関の定義は医師会単位ではなく、実際に検診を実施する個々の医療機関

5-2-2 個別検診での実施率（別添3参照）

個別検診の全項目実施率は61.6%（肺がん）～66.2%（子宮頸がん）で、集団検診と比べて個別検診の実施率が低く、9.3～13.9ポイント下回っていました。実施率が高い項目と低い項目の傾向については集団検診と概ね共通でした。なお、集団検診と個別検診の体制で差異が生じにくい項目（対象者名簿の作成、対象者数の把握、受診台帳の作成、地域保健・健康増進事業報告の実施）については、実施率の乖離は僅かでした。

以下、集団検診より特に実施率が低かった項目を示します。

- ・ 受診者に検診の有効性と限界、精検受診の必要性を説明した（問3-1）：集団（50.6～56.4%）、個別（31.4～37.0%）
- ・ 要精検者に受診可能な精検機関名の一覧を提示した（問3-2）：集団（55.9～62.5%）、個別（34.7～47.4%）
- ・ 個人毎の精密検査（治療）結果を市区町村、検診機関、精検機関が共有した（問4-3）：集団（78.3～82.0%）、個別（58.8～64.2%）
- ・ 仕様書に必要最低限の精度管理項目を記載した（問6-1-1）：集団（51.1～56.2%）、個別（31.9～40.5%）
- ・ 検診終了後に、仕様書内容が遵守されたかを確認した（問6-1-2）：集団（35.1～37.0%）、

個別（13.6～21.2%）

- ・プロセス指標値※を検診機関別に集計した

※例えば要精検率（問 9-1-2）：集団（83.8～85.0%）、個別（56.9～63.2%）

5-3 実施率（実施予定を含む）（別添 2、別添 3 参照）

多くの項目で実施率（実施予定含まず）と大きく変わりませんでした。

比較的实施予定の自治体の割合が高かった項目は、集団検診では、精検未受診者への受診勧奨（問 4-6）、検診終了後の仕様書遵守の確認（問 6-1-2）検診機関へのフィードバック（問 6-2）、検診機関へのチェックリスト遵守状況のフィードバック（問 6-2-1）でした。個別検診では、精検未受診者の特定（問 4-5）、精検未受診者への受診勧奨（問 4-6）、検診終了後の仕様書遵守の確認（問 6-1-2）などでした。これらの項目は年度を超えて行われることも多く、調査期間内には開始が間に合わなかったことが考えられます。

6. まとめ（今後の課題）

本調査の結果より、集団・個別検診共に今後の重点課題として、受診者への説明（検診の有効性や限界、精検受診の必要性など）、個別受診勧奨・再勧奨（call-recall）、精検受診率向上のための体制整備、検診機関の質向上が挙げられます。特に個別検診では、精検受診率向上のための体制整備と検診機関の質向上は最も重要な課題と言えます。現時点ではまだ集団検診よりチェックリスト実施率は低い傾向にあり、個別検診を担う地域医師会とどう連携するかも含め、体制作りを急ぐ必要があります。

最後に、調査の回収率は 96.3%と昨年度より更に高くなっており、これはチェックリストの周知が進んできていることを示します。ご回答いただいた市区町村のご担当者、および調査の遂行や回収率向上にご尽力いただいた都道府県のご担当者の皆さまに、厚く御礼申し上げます。

別添1 平成29年度 市区町村チェックリスト調査 都道府県別回収状況・全項目実施率

都道府県名	市区町村数	回答数	回収率 (%)	実施率 (%)	全項目実施率(○)・全項目実施率集計対象 ^{注)}											
					胃 (エックス線)		胃 (内視鏡)		大腸		肺		乳		子宮頸	
					集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %	集計対象 %
全国	1737	1673	96.3	集計対象 %	1599 76.0	587 63.6	63 46.3	446 50.5	1528 75.6	834 64.0	1541 75.5	569 61.6	1533 75.7	1298 65.8	1416 75.5	1460 66.2
北海道	179	176	98.3	集計対象 %	174 61.2	94 51.5	11 35.9	34 40.7	174 61.0	112 49.5	171 60.5	94 49.4	170 61.1	152 49.5	171 61.5	153 49.7
青森県	40	40	100	集計対象 %	40 78.3	20 62.5	0	0	40 78.3	24 63.5	40 78.6	15 64.8	40 77.6	25 64.2	40 77.1	29 67.2
岩手県	33	28	84.8	集計対象 %	28 74.4	2 58.7	0	1 52.6	27 73.0	4 66.3	28 72.4	3 60.1	28 71.9	7 67.0	26 73.0	12 73.9
宮城県	35	35	100	集計対象 %	35 96.2	2 90.4	0	1 78.9	32 96.8	5 92.7	35 95.7	3 90.2	26 96.8	13 93.4	21 96.3	27 93.1
秋田県	25	25	100	集計対象 %	25 71.5	5 41.2	0	0	25 71.6	6 44.6	25 73.2	4 39.7	25 71.6	20 60.5	25 72.6	22 62.2
山形県	35	35	100	集計対象 %	35 82.2	4 55.3	6 33.3	1 42.1	35 83.2	5 50.0	35 81.3	4 55.4	35 82.3	18 64.1	35 81.7	21 64.1
福島県	59	39	66.1	集計対象 %	39 69.5	20 51.7	0	28 51.1	37 70.7	19 52.7	39 69.9	17 49.7	34 71.5	30 56.3	34 73.1	35 59.0
茨城県	44	44	100	集計対象 %	44 82.6	5 75.4	0	5 42.1	44 82.7	6 75.6	44 82.5	3 75.8	43 81.9	41 71.2	41 82.5	44 78.2
栃木県	25	25	100	集計対象 %	25 87.5	4 53.4	1 5.3	3 47.4	25 87.9	8 63.7	25 88.0	5 63.1	25 89.0	18 63.7	25 88.9	22 68.3
群馬県	35	35	100	集計対象 %	35 87.7	8 72.4	0	12 56.6	34 84.3	12 72.1	35 87.0	2 71.6	35 88.2	25 72.3	35 89.1	30 73.2
埼玉県	63	62	98.4	集計対象 %	54 69.8	20 57.6	0	26 39.7	40 68.5	46 62.0	51 69.5	28 59.7	58 70.2	53 60.5	34 70.3	61 60.8
千葉県	54	53	98.1	集計対象 %	52 77.8	13 74.0	0	7 59.4	44 74.6	21 68.0	49 78.1	15 69.8	48 76.5	34 66.5	48 75.8	45 62.9
東京都	62	58	93.5	集計対象 %	44 56.1	17 50.9	4 23.7	9 34.5	30 54.6	45 49.9	36 54.1	20 50.4	29 53.9	46 52.5	14 47.5	52 51.9
神奈川県	33	33	100	集計対象 %	28 56.5	14 54.9	0	9 44.4	27 56.4	22 54.2	24 56.9	24 51.9	32 57.3	31 53.4	29 55.5	33 52.3
新潟県	30	30	100	集計対象 %	30 95.3	1 75.0	0	2 68.4	29 96.0	4 87.5	30 96.1	0	29 95.0	11 86.8	27 96.2	23 88.8
富山県	15	15	100	集計対象 %	15 62.2	13 52.2	1 47.4	14 47.4	15 62.4	12 51.4	15 58.0	8 46.8	15 61.7	14 47.0	15 62.4	15 51.3
石川県	19	19	100	集計対象 %	18 90.2	3 86.5	0	9 64.9	19 89.9	8 84.9	19 90.2	6 85.3	19 92.9	18 84.3	19 89.8	19 82.5
福井県	17	17	100	集計対象 %	17 98.9	17 98.4	0	16 95.4	17 97.1	17 96.6	17 98.8	17 98.4	17 98.0	17 97.5	17 99.0	17 98.6
山梨県	27	27	100	集計対象 %	27 65.6	13 58.0	7 46.6	11 41.1	27 65.3	14 60.6	27 65.1	14 60.9	27 64.0	20 59.5	14 59.9	25 55.5
長野県	77	69	89.6	集計対象 %	59 80.6	3 67.9	3 45.6	13 46.2	63 78.9	17 66.3	40 79.3	7 54.6	62 78.9	48 65.9	57 76.9	56 64.1
岐阜県	42	42	100	集計対象 %	40 81.5	11 78.1	3 59.6	4 52.6	36 80.9	15 78.7	39 81.1	10 74.9	39 81.0	25 80.1	26 81.1	37 75.8
静岡県	35	35	100	集計対象 %	33 68.5	19 59.3	0	13 49.0	28 69.4	23 60.1	31 69.8	16 57.0	29 66.5	30 62.5	25 63.9	34 60.3
愛知県	54	53	98.1	集計対象 %	41 66.9	43 63.6	0	20 44.5	38 67.0	44 63.5	42 66.2	40 63.7	43 66.6	49 62.9	39 65.7	51 61.1
三重県	29	29	100	集計対象 %	28 68.7	17 56.7	2 60.5	19 45.4	26 68.0	21 53.9	29 69.2	15 51.1	29 69.3	29 53.6	29 69.2	29 52.4
滋賀県	19	19	100	集計対象 %	19 86.0	4 82.7	0	1 63.2	15 86.5	10 83.5	14 87.1	3 83.7	16 86.7	19 83.4	14 85.1	19 81.8
京都府	26	25	96.2	集計対象 %	24 76.7	1 82.7	0	2 52.6	20 75.2	14 75.7	25 74.7	0	20 76.0	16 74.3	13 65.7	24 67.7
大阪府	43	42	97.7	集計対象 %	38 86.2	19 77.1	0	5 57.9	38 85.4	39 78.6	40 84.4	23 78.3	39 86.0	39 82.1	35 85.8	41 80.4
兵庫県	41	40	97.6	集計対象 %	38 72.7	14 58.0	3 56.1	7 39.8	40 71.6	18 61.1	39 71.7	17 61.5	32 72.7	33 62.6	27 72.0	36 61.4
奈良県	39	39	100	集計対象 %	38 82.8	12 82.1	0	21 61.9	36 82.0	23 79.8	38 81.9	6 85.0	33 82.5	33 80.5	32 81.8	36 78.3
和歌山県	30	30	100	集計対象 %	30 84.0	23 75.7	1 84.2	21 52.1	30 84.2	22 75.5	30 84.1	19 73.8	30 84.7	28 77.1	30 87.5	30 77.6
鳥取県	19	15	78.9	集計対象 %	15 78.5	10 69.0	0	13 61.5	14 78.0	13 71.4	15 79.0	11 70.9	15 78.8	14 71.7	15 75.1	15 69.8
島根県	19	19	100	集計対象 %	19 94.1	2 80.8	0	3 49.1	15 92.9	7 82.1	18 93.9	4 83.3	18 94.7	14 83.8	18 94.4	17 81.1
岡山県	27	27	100	集計対象 %	26 85.7	12 79.5	0	14 57.1	27 86.1	11 80.6	27 86.1	7 79.0	27 86.1	22 80.5	27 85.8	22 81.2
広島県	23	23	100	集計対象 %	23 69.1	17 57.8	0	13 40.9	23 69.2	19 54.9	23 69.1	18 55.3	23 68.8	23 52.1	23 68.1	23 52.5
山口県	19	19	100	集計対象 %	19 65.4	15 56.5	0	10 52.6	19 66.0	14 56.6	19 64.4	10 54.3	16 65.6	19 57.1	17 65.7	19 58.9
徳島県	24	24	100	集計対象 %	24 85.3	10 86.3	0	6 54.4	21 86.3	16 84.9	24 86.4	5 85.1	22 86.8	24 84.6	24 85.6	24 83.9
香川県	17	17	100	集計対象 %	16 93.8	9 87.6	4 69.7	8 71.7	14 94.9	8 84.6	17 93.5	4 84.8	17 93.9	14 87.4	17 93.9	13 87.0
愛媛県	20	20	100	集計対象 %	20 88.4	1 80.8	0	1 63.2	20 88.4	2 80.8	20 88.1	1 74.5	20 88.5	10 84.7	20 89.0	12 79.1
高知県	30	30	100	集計対象 %	29 80.0	2 63.5	0	4 47.4	30 79.0	3 68.6	30 80.0	4 66.7	27 80.5	20 76.2	29 79.3	23 72.8
福岡県	60	59	98.3	集計対象 %	59 65.9	7 64.8	1 26.3	8 46.1	56 66.1	24 55.8	56 66.2	11 57.9	58 65.2	45 50.6	58 65.8	47 52.8
佐賀県	20	20	100	集計対象 %	20 95.4	2 94.2	0	4 67.1	20 95.3	3 95.5	20 95.3	3 94.8	19 94.9	10 94.0	19 95.4	17 95.0
長崎県	21	17	81	集計対象 %	17 67.9	11 58.6	0	9 42.1	16 66.8	12 58.8	17 64.8	11 56.5	16 67.6	16 57.7	16 67.2	16 56.4
熊本県	45	44	97.8	集計対象 %	44 79.6	14 59.2	7 58.6	11 37.8	43 80.5	20 62.3	44 78.9	14 60.1	43 79.7	37 70.6	44 77.8	40 70.3
大分県	18	14	77.8	集計対象 %	14 69.2	7 73.1	4 63.2	5 57.9	14 68.0	10 65.2	14 69.0	10 65.5	14 67.6	11 61.3	14 68.6	14 55.8
宮崎県	26	26	100	集計対象 %	25 93.5	9 84.8	2 63.2	7 50.4	26 92.2	11 77.8	26 91.0	0	24 88.6	20 86.5	25 93.7	23 85.1
鹿児島県	43	42	97.7	集計対象 %	42 91.1	2 79.8	1 0.0	1 52.6	41 87.1	8 82.0	41 91.1	2 82.4	38 91.3	26 77.9	41 91.4	27 77.1
沖縄県	41	38	92.7	集計対象 %	34 56.7	16 49.9	2 31.6	15 38.6	38 54.9	17 50.9	38 54.9	16 51.2	29 52.2	31 49.6	35 51.2	30 49.0

注) 全項目実施率(実施予定含まず)は下記方法で算出した
 全項目実施率(○) (%) = 「○(実施した)」と回答した数 / (集計対象の市区町村数 × チェックリスト項目数) × 100
 (集計対象の市区町村)
 全項目: 平成29年度年度及び平成27年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村

別添2 平成29年度 チェックリスト実施率^{注1} (集団検診)

単位 %

	胃がん (エックス線)		胃がん (内視鏡)		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		
	実施率 (O)	実施率 (O+Δ)	実施率 (O)	実施率 (O+Δ)	実施率 (O)	実施率 (O+Δ)	実施率 (O)	実施率 (O+Δ)	実施率 (O)	実施率 (O+Δ)	実施率 (O)	実施率 (O+Δ)	
全項目^{注2}	76.0	77.5	46.3	48.5	75.6	77.1	75.5	77.1	75.7	77.3	75.5	77.0	
調査1 平成29年度の検診実施体制について^{注2}													
1. 検診対象者の情報管理													
問1-1	対象者全員の氏名を記載した名簿を、住民台帳などに基づいて作成しましたか	93.6	93.9	79.4	81.0	93.6	93.9	93.5	93.8	93.7	93.9	93.5	93.7
問1-2	対象者全員に、個別に受診勧奨を行いましたか	50.3	50.5	49.2	49.2	51.3	51.5	51.0	51.2	51.6	51.7	52.5	52.7
* 問1-2-1	受診勧奨を行った住民のうち未受診者全員に対し、再度の受診勧奨を個人毎(手紙・電話・訪問等)に行いましたか	9.1	9.4	4.8	6.3	9.0	9.3	8.8	9.1	9.2	9.6	9.5	9.8
問1-3	対象者数(推計でも可)を把握しましたか	94.9	95.9	81.0	81.0	94.8	95.7	94.8	95.8	95.1	96.0	95.0	95.9
2. 受診者の情報管理													
問2-1	個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しましたか	93.5	94.6	81.0	81.0	92.6	94.0	92.3	93.7	93.2	94.9	92.4	94.1
問2-2	過去5年間の受診歴を記録していますか	91.9	92.0	-	-	91.1	91.2	90.2	90.2	92.1	92.2	91.1	91.2
3. 受診者への説明、及び要精検者への説明													
問3-1	受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しましたか	53.6	53.7	34.9	34.9	53.5	53.6	50.6	50.8	54.6	54.9	56.4	56.6
問3-2	要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)の一覧を提示しましたか	57.2	57.6	36.5	36.5	60.9	61.2	58.1	58.4	62.5	63.2	55.9	56.3
問3-2-1	上記【問3-2】の一覧に掲載したすべての精密検査機関には、あらかじめ精密検査結果の報告を依頼しましたか	46.7	46.8	30.2	30.2	48.8	49.0	47.6	47.7	48.7	49.2	45.9	45.9
4. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨													
問4-1	精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を把握しましたか	95.8	96.6	76.2	77.8	95.6	96.6	95.4	96.3	95.4	96.7	95.4	96.7
問4-2	精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者については、本人もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しましたか	89.4	92.7	71.4	73.0	89.1	92.8	88.7	92.3	89.3	93.1	89.3	92.9
問4-3	個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しましたか	80.6	82.2	68.3	69.8	78.3	80.3	79.9	81.6	81.9	83.9	82.0	84.0
問4-4	過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録していますか	82.8	83.1	-	-	81.6	81.9	81.2	81.4	82.7	83.0	81.7	82.0
問4-5	精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義に従って区別し、精密検査未受診者を特定しましたか	85.1	88.7	71.4	74.6	85.0	88.9	85.1	88.7	85.4	89.3	85.3	89.1
問4-6	精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行いましたか	87.6	94.1	74.6	81.0	87.6	94.6	87.4	94.0	87.6	94.6	87.6	95.1
5. 地域保健・健康増進事業報告													
問5-1	がん検診結果や精密検査結果の最終報告(平成27年度地域保健・健康増進事業報告)を行いましたか	99.6	99.7	-	-	99.4	99.5	99.4	99.6	99.5	99.6	99.3	99.4
問5-2	がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めましたか	96.6	97.9	-	-	95.8	97.1	95.9	97.2	96.6	97.9	96.1	97.5
問5-3	がん検診の結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めましたか	94.6	95.6	-	-	93.7	94.9	93.6	95.0	94.4	95.5	93.9	95.2
問5-4	精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めましたか	93.5	94.9	-	-	92.5	94.1	92.9	94.5	93.7	95.0	93.1	94.6
問5-5	精密検査結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めましたか	90.7	91.9	-	-	89.7	91.1	90.2	91.7	90.7	91.9	90.3	91.7
6. 検診機関(医療機関)の質の担保													
問6-1	委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しましたか	71.4	71.5	47.6	47.6	68.4	68.5	70.6	70.7	71.0	71.1	71.3	71.5
問6-1-1	仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を満たしていましたか	54.7	54.8	38.1	38.1	51.2	51.4	53.1	53.2	54.8	55.0	56.2	56.4
問6-1-2	検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しましたか	36.0	42.0	22.2	27.0	35.3	40.9	35.1	41.0	35.1	41.2	37.0	42.8
問6-2	検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしましたか	28.2	35.3	7.9	12.7	27.7	34.5	27.9	35.1	28.1	35.3	28.3	35.3
問6-2-1	「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしましたか	24.2	30.8	4.8	9.5	24.2	30.6	24.0	30.6	23.9	30.6	24.6	31.1
問6-2-2	検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしましたか	20.2	24.2	3.2	7.9	19.6	23.5	19.8	24.0	20.0	23.9	20.8	24.5
問6-2-3	上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしましたか	18.6	22.4	1.6	7.9	18.2	22.0	18.4	22.2	18.3	22.1	19.1	22.7
調査2 平成27年度の検診実施状況について^{注2}													
7. 受診率の集計													
問7-1	受診率を集計しましたか	97.5	98.0	-	-	96.6	97.1	97.4	97.9	96.6	97.2	96.3	96.9
問7-1-1	受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	92.3	93.2	-	-	91.6	92.6	92.1	93.0	91.8	92.7	91.5	92.4
問7-1-2	受診率を検診機関別に集計しましたか	87.1	88.3	-	-	86.2	87.2	87.0	88.1	86.0	87.1	86.0	87.1
問7-1-3	受診率を検診受診歴別に集計しましたか	80.2	81.1	-	-	80.1	81.0	80.9	81.7	80.3	81.1	80.7	81.6
8. 肺がん検診(高危険群に対する喀痰細胞診)の集計													
** 問8-1	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しましたか	-	-	-	-	-	-	77.2	77.7	-	-	-	-
** 問8-1-1	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	74.8	75.4	-	-	-	-
** 問8-1-2	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診機関別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	71.3	72.0	-	-	-	-
** 問8-1-3	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診受診歴別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	68.2	68.9	-	-	-	-

	胃がん (エックス線)		胃がん (内視鏡)		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)
9.要精検率の集計												
問9-1	95.7	96.5	-	-	95.3	96.1	95.0	95.9	95.2	96.0	94.5	95.5
問9-1-1	89.8	90.6	-	-	89.3	90.3	89.4	90.3	89.6	90.4	88.7	89.7
問9-1-2	85.0	86.4	-	-	84.3	85.6	84.3	85.7	84.4	85.7	83.8	85.2
問9-1-3	77.1	78.1	-	-	77.2	78.1	77.3	78.2	77.2	78.1	76.4	77.5
10.精検受診率・未受診率の集計												
問10-1	94.3	95.2	-	-	94.0	94.9	93.9	94.7	94.2	95.0	93.1	94.1
問10-1-1	88.0	88.9	-	-	87.7	88.6	87.9	88.7	88.2	89.0	86.9	88.0
問10-1-2	83.8	85.2	-	-	83.1	84.3	83.3	84.6	83.5	84.8	82.5	83.9
問10-1-3	75.8	76.6	-	-	76.0	76.7	76.1	76.8	76.0	76.7	75.3	76.2
問10-2	85.9	87.0	-	-	85.5	86.5	85.6	86.6	85.7	86.6	84.6	85.7
11.がん発見率の集計												
問11-1	91.6	92.7	-	-	90.9	92.0	91.0	92.2	91.1	92.2	90.8	92.0
問11-1-1	85.4	86.4	-	-	84.9	85.9	85.0	86.1	85.3	86.4	84.8	85.9
問11-1-2	81.3	82.9	-	-	80.7	82.0	80.5	82.0	81.2	82.6	80.7	82.2
問11-1-3	74.1	75.2	-	-	74.0	75.1	74.2	75.4	74.2	75.3	74.4	75.5
問11-1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	77.5	78.2	-	-
12.陽性反応適中度の集計												
問12-1	77.5	78.6	-	-	76.6	77.8	76.7	77.9	76.7	77.8	75.8	76.7
問12-1-1	70.7	71.7	-	-	70.0	71.1	70.3	71.3	70.4	71.4	69.7	70.5
問12-1-2	68.8	70.2	-	-	68.1	69.4	68.0	69.5	68.7	70.2	67.9	69.2
問12-1-3	63.1	64.3	-	-	62.7	63.9	63.1	64.3	63.3	64.5	63.0	64.2
問12-1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	65.6	66.5	-	-
13.早期がん割合(肺がん・臨床病期1期までの割合)の集計												
問13-1	80.2	81.2	-	-	79.8	80.7	78.5	79.5	79.3	80.2	-	-
問13-1-1	77.6	78.6	-	-	77.3	78.4	76.1	77.2	76.7	77.7	-	-
問13-1-2	73.2	74.7	-	-	73.0	74.3	71.7	73.1	72.4	73.6	-	-
問13-1-3	67.7	68.8	-	-	67.6	68.6	67.0	68.1	66.8	67.8	-	-
問13-1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	70.1	70.9	-	-
14.【胃がん、大腸がん、乳がん】粘膜内がん、非浸潤がんの集計												
問14-1	75.4	76.1	-	-	74.7	75.4	-	-	75.1	75.8	-	-
15.【子宮頸がん】上皮内病変(CINなど)数、微小浸潤がん割合の集計												
問15-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81.1	81.6
問15-1-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78.9	79.5
問15-1-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72.8	73.7
問15-1-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70.4	71.3
問15-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75.1	75.7
問15-2-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.4	74.1
問15-2-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68.7	69.6
問15-2-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66.3	67.2

* 本調査で独自に追加した項目

** 全項目実施率には含まない(喀痰細胞診を実施していない市区町村があるため)

注1 実施率(○) : 集計対象市区町村のうち、「○(実施した)」と回答した市区町村の割合

実施率(○+△) : 集計対象市区町村のうち、「○(実施した)」および「△(実施予定)」と回答した市区町村の割合

注2 集計対象の市区町村について、下記方法で実施率を算出した(実施予定率も同様)

実施率(○) (%) = 「○(実施した)」と回答した数 / (集計対象の市区町村数 × チェックリスト項目数) × 100

実施率(○+△) (%) = 「○(実施した)」および「△(実施予定)」と回答した数 / (集計対象の市区町村数 × チェックリスト項目数) × 100

(集計対象の市区町村)

全項目: 平成29年度年度及び平成27年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村

調査1: 平成29年度年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村

調査2: 平成27年度年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村

別添3 平成29年度 チェックリスト実施率^{注1}(個別検診)

単位 %

	胃がん (エックス線)		胃がん (内視鏡)		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		
	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	
全項目^{注2}	63.6	65.2	50.5	54.0	64.0	65.6	61.6	63.4	65.8	67.4	66.2	67.7	
調査1 平成29年度の検診実施体制について^{注2}													
1. 検診対象者の情報管理													
問1-1	対象者全員の氏名を記載した名簿を、住民台帳などに基づいて作成しましたか	92.2	92.4	93.7	93.7	93.0	93.2	92.7	93.0	94.0	94.3	93.8	94.0
問1-2	対象者全員に、個別に受診勧奨を行いましたか	45.2	45.2	51.3	51.3	43.2	43.2	43.6	43.6	50.0	50.1	50.0	50.2
* 問1-2-1	受診勧奨を行った住民のうち未受診者全員に対し、再度の受診勧奨を個人毎(手紙・電話・訪問等)に行いましたか	4.4	4.6	4.9	5.6	4.3	4.5	3.9	4.1	10.9	11.3	9.7	10.2
問1-3	対象者数(推計でも可)を把握しましたか	93.0	93.8	93.0	93.5	93.4	94.2	92.3	93.3	93.8	94.6	93.5	94.3
2. 受診者の情報管理													
問2-1	個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しましたか	91.8	93.3	93.3	94.2	92.6	93.9	92.3	93.6	92.6	93.8	92.6	94.0
問2-2	過去5年間の受診歴を記録していますか	86.7	86.7	-	-	87.4	87.4	85.2	85.2	89.1	89.2	89.8	89.9
3. 受診者への説明、及び要精検者への説明													
問3-1	受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しましたか	33.1	33.9	36.8	37.2	35.1	35.6	31.4	32.1	36.8	37.1	37.0	37.3
問3-2	要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)の一覧を提示しましたか	34.7	35.7	36.3	37.7	41.8	42.6	35.0	35.8	47.4	48.4	41.9	42.6
問3-2-1	上記【問3-2】の一覧に掲載したすべての精密検査機関には、あらかじめ精密検査結果の報告を依頼しましたか	28.2	28.4	31.2	31.2	34.0	34.4	28.5	28.7	38.5	38.8	34.9	35.1
4. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨													
問4-1	精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を把握しましたか	85.6	87.2	86.3	88.3	86.3	88.2	85.5	86.8	87.3	89.7	87.6	89.8
問4-2	精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者については、本人もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しましたか	79.6	83.4	79.8	84.3	80.2	84.1	78.7	82.7	81.9	86.4	82.2	86.9
問4-3	個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しましたか	58.8	60.9	63.9	67.5	59.6	61.9	59.6	61.4	63.5	65.9	64.2	66.7
問4-4	過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録していますか	74.2	74.5	-	-	76.3	77.0	72.6	73.1	76.9	77.5	77.1	77.7
問4-5	精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義に従って区別し、精密検査未受診者を特定しましたか	77.5	82.1	75.8	82.5	77.7	82.3	77.0	81.6	78.5	83.3	78.9	83.8
問4-6	精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行いましたか	72.7	81.1	68.8	79.6	74.1	82.8	71.0	78.8	76.4	84.7	76.7	85.0
5. 地域保健・健康増進事業報告													
問5-1	がん検診結果や精密検査結果の最終報告(平成27年度地域保健・健康増進事業報告)を行いましたか	97.9	98.1	-	-	98.2	98.3	98.7	98.9	98.7	98.8	98.7	98.9
問5-2	がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めましたか	89.7	91.8	-	-	90.1	92.3	90.2	92.2	90.6	92.5	91.5	93.2
問5-3	がん検診の結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めましたか	86.5	87.6	-	-	87.0	88.2	86.3	87.6	87.1	88.6	88.2	89.5
問5-4	精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めましたか	84.3	86.2	-	-	85.0	87.1	84.9	86.8	85.2	86.8	86.8	88.2
問5-5	精密検査結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めましたか	79.4	80.8	-	-	80.3	81.9	79.6	81.3	81.3	83.0	82.6	84.2
6. 検診機関(医療機関)の質の担保													
問6-1	委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しましたか	55.5	55.5	61.0	61.2	57.1	57.4	55.9	55.9	57.8	57.8	59.0	59.0
問6-1-1	仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を満たしていましたか	33.4	33.4	39.0	39.5	33.3	33.6	31.9	31.9	38.4	38.5	40.5	40.6
問6-1-2	検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しましたか	13.6	20.1	15.0	24.7	16.8	23.1	15.0	21.0	19.9	25.8	21.2	27.3
問6-2	検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしましたか	11.7	15.8	11.7	19.3	13.0	17.8	13.7	17.8	13.8	18.5	14.0	18.5
問6-2-1	「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしましたか	7.6	10.5	7.8	13.9	8.8	12.7	8.6	11.6	9.7	13.3	10.8	14.4
問6-2-2	検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしましたか	8.2	11.3	8.5	14.3	9.1	12.4	9.3	12.1	9.4	12.9	10.2	13.8
問6-2-3	上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしましたか	6.7	9.5	6.7	12.6	7.7	11.2	7.3	10.1	8.2	11.7	8.9	12.5
調査2 平成27年度の検診実施状況について^{注2}													
7. 受診率の集計													
問7-1	受診率を集計しましたか	92.7	93.0	-	-	92.6	92.8	92.3	92.9	92.8	93.6	93.1	93.9
問7-1-1	受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	85.8	86.8	-	-	86.0	86.7	84.0	85.2	87.0	88.1	87.3	88.4
問7-1-2	受診率を検診機関別に集計しましたか	64.2	65.8	-	-	63.7	65.0	61.9	64.0	66.9	68.7	65.9	67.6
問7-1-3	受診率を検診受診歴別に集計しましたか	70.2	71.0	-	-	70.6	71.4	67.8	68.9	73.2	74.3	74.1	75.3
8. 肺がん検診(高危険群に対する喀痰細胞診)の集計													
** 問8-1	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しましたか	-	-	-	-	-	-	60.3	60.9	-	-	-	-
** 問8-1-1	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	57.6	58.3	-	-	-	-
** 問8-1-2	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診機関別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	42.4	43.9	-	-	-	-
** 問8-1-3	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診受診歴別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	50.0	51.1	-	-	-	-

	胃がん (エックス線)		胃がん (内視鏡)		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)	実施率 (○)	実施率 (○+△)
9.要精検率の集計												
問9-1	91.0	92.0	-	-	89.9	90.6	88.2	89.2	90.1	91.1	90.2	91.3
問9-1-1	82.3	83.0	-	-	82.4	83.0	80.0	80.7	83.5	84.5	83.9	85.0
問9-1-2	59.8	62.2	-	-	59.3	61.1	56.9	59.5	63.2	65.2	61.7	63.8
問9-1-3	65.0	65.8	-	-	65.0	65.9	62.3	63.3	68.7	70.1	69.9	71.5
10.精検受診率・未受診率の集計												
問10-1	87.7	88.5	-	-	87.5	88.1	84.0	84.9	87.3	88.2	87.4	88.4
問10-1-1	79.5	80.2	-	-	79.6	80.3	75.7	76.3	80.6	81.7	81.2	82.2
問10-1-2	57.0	59.5	-	-	56.6	58.6	53.9	56.7	61.4	63.5	60.3	62.3
問10-1-3	63.0	63.8	-	-	63.2	64.1	59.3	60.3	67.1	68.3	68.3	69.7
問10-2	77.8	78.8	-	-	76.5	77.4	72.7	73.7	77.6	78.9	78.4	79.6
11.がん発見率の集計												
問11-1	84.0	85.2	-	-	83.0	83.9	80.0	81.4	83.9	85.0	84.4	85.6
問11-1-1	75.5	76.5	-	-	74.7	75.5	71.7	72.9	77.2	78.3	78.3	79.4
問11-1-2	54.8	57.0	-	-	53.4	55.1	50.6	53.0	59.2	61.0	58.0	60.0
問11-1-3	60.2	61.5	-	-	59.8	61.1	56.0	57.7	64.7	66.0	66.4	67.9
問11-1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	69.4	70.3	-	-
12.陽性反応適中度の集計												
問12-1	67.5	68.8	-	-	66.7	67.8	62.4	64.3	69.0	70.3	69.8	71.2
問12-1-1	58.7	60.0	-	-	58.2	59.4	54.4	56.2	62.0	63.2	63.0	64.3
問12-1-2	45.8	48.0	-	-	44.8	46.6	41.4	44.0	50.3	52.1	49.4	51.4
問12-1-3	48.2	49.7	-	-	48.5	50.0	44.5	46.6	53.6	54.9	55.1	56.6
問12-1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	57.3	58.4	-	-
13.早期がん割合(肺がん:臨床病期Ⅰ期までの割合)の集計												
問13-1	68.8	69.8	-	-	67.6	68.5	64.3	65.6	66.7	67.7	-	-
問13-1-1	65.5	66.8	-	-	64.6	65.6	60.3	61.9	63.9	65.0	-	-
問13-1-2	47.8	49.5	-	-	47.1	48.5	43.5	45.4	50.1	51.5	-	-
問13-1-3	54.0	55.3	-	-	54.3	55.7	49.9	51.8	55.9	57.0	-	-
問13-1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	58.1	58.9	-	-
14.【胃がん、大腸がん、乳がん】粘膜内がん、非浸潤がんの集計												
問14-1	60.8	61.7	-	-	62.2	62.8	-	-	62.5	63.5	-	-
15.【子宮頸がん】上皮内病変(CINなど)数、微小浸潤がん割合の集計												
問15-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72.8	73.4
問15-1-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70.5	71.1
問15-1-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51.2	52.3
問15-1-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61.7	62.5
問15-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66.4	67.1
問15-2-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64.6	65.3
問15-2-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48.4	49.3
問15-2-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57.3	58.1

* 本調査で独自に追加した項目
** 全項目実施率には含まない(喀痰細胞診を実施していない市区町村があるため)

注1 実施率(○) : 集計対象市区町村のうち、「○(実施した)」と回答した市区町村の割合
実施率(○+△) : 集計対象市区町村のうち、「○(実施した)」および「△(実施予定)」と回答した市区町村の割合

注2 集計対象の市区町村について、下記方法で実施率を算出した(実施予定率も同様)
実施率(○)(%) = 「○(実施した)」と回答した数 / (集計対象の市区町村数 × チェックリスト項目数) × 100
実施率(○+△)(%) = 「○(実施した)」および「△(実施予定)」と回答した数 / (集計対象の市区町村数 × チェックリスト項目数) × 100

(集計対象の市区町村)
全項目: 平成29年度年度及び平成27年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村
調査1: 平成29年度年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村
調査2: 平成27年度年度に当該内容の検診を「実施した」と回答した市区町村

平成 28 年度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＜調査結果＞

1. 背景・目的

がん検診を効果的に行うには適切な精度管理がきわめて重要^{注)}です。住民検診の精度管理においては、都道府県主導で生活習慣病検診等管理指導協議会（以下、協議会）等を活用して行うことが求められています。そこで、各都道府県の精度管理に関する取り組みを把握するため、「事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」^{※1}の遵守状況や、がん部会の活動状況について調査を行いました^{※2}。

※1 「事業評価のためのチェックリスト」は平成 20 年に厚生労働省の「がん検診に関する検討会」及び「がん検診事業の評価に関する委員会」において、都道府県が遵守すべき精度管理の要点がまとめられたものです。

※2 本調査は平成 23 年度から開始し、今回は 6 回目にあたります。調査票の作成及び調査結果の分析については、平成 29 年度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）「検診効果の最大化に資する、職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究」班（研究代表者 斎藤博）の協力を受けました。

注) 精度管理の重要性について

がん検診は、有効性（がん死亡率減少効果）がある検診を前提に、精度管理により質を高く維持することで初めて成果につながります。これは海外で死亡率減少を実現している国で示されており、精度管理体制の水準の高低によって、検診の成果（死亡率減少）があがるかどうかが決まります。

また検診には必ず不利益（検査による合併症、偽陰性、偽陽性など）が存在します。精度管理は不利益を極力抑え、最小化するためのシステムとしても不可欠です。このシステムがないと、検診規模が拡大するにつれ不利益が増大して利益を上回ってしまい、検診の成果が期待できないだけでなく、住民に不利益のみを与える可能性もあります。

精度管理の手法は平成 20 年に厚生労働省から公表（下記ホームページ参照）されました。都道府県が行う精度管理の要点は、市区町村や検診施設間の質のバラつきを抑え、どの地域の住民に対しても同等の質の高い検診を提供することです。

ホームページ「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ <マネジメント>」参照
<http://canscreen.ncc.go.jp/management/index.html>

2. 調査方法

1) 調査対象、調査期間

調査対象は全都道府県、および、各都道府県の胃がん部会、大腸がん部会、肺がん部会、乳がん部会、子宮がん部会としました。調査への回答は、各都道府県のがん検診担当課宛に依頼しました。調査期間は平成 29 年 1～8 月としました。

2) 回答方法

調査への回答は平成 28 年度に実施された内容（実績）に基づき、各項目についてそれぞれ○（回答期間内に実施した）、△（回答期間中には実施していないが、平成 29 年 8 月末日以降に確実な実施予定はある）、×（未実施かつ今後も実施予定が無い）の選択肢から回答を得ました。本調査では、原則回答が○の場合に各項目を「実施した」としました（△は含まない）。

3) 調査内容

平成 28 年度に実施した精度管理の取り組みについて、以下の項目で伺いました。

◆ 調査 1 精度管理指標の把握状況に関する調査（集団検診、個別検診）

調査 1 では、「事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」の項目^{※3}をもとに、平成 28 年度に精度管理指標を把握しているか、またどの程度詳細に把握しているかについて伺いました^{※4}。

※3 がん検診の現場では検診技術の発展、学会規約の改訂、全国がん登録の開始など、さまざまな変化があり、現状にはそぐわないチェックリスト項目は調査から除外しました。

※4 地域保健・健康増進事業報告の提出時期の関係で、本調査の期間中に行政担当者が把握可能な最新の確定データは平成 26 年度のものであります。従って本調査では、平成 26 年度のデータを把握しているかについて伺いました。ただし、一部の都道府県は従来から 3 年前（あるいは 1 年前）のプロセス指標を把握しており、本調査ではその場合も○（実施した）としました。

◆ 調査 2 事業評価の実施状況に関する調査（集団検診、個別検診）

調査 2 では、平成 28 年度に都道府県として事業評価を実施したか、また、がん部会としての事業評価を実施したかを伺いました。

4) 結果の評価方法（集団検診）

集団検診における精度管理の取り組みについて、調査 1、調査 2 を基に以下の評価を行いました。なお、個別検診については来年度以降に評価します。

◆ 都道府県用チェックリスト（60～64 項目）の遵守状況

調査 1、調査 2 のうち「事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」に該当する項目[※]

⁵の遵守状況により、以下A～Eの5段階で評価しました。

＜遵守状況の評価基準＞	A：×の項目数が0
	B：×の項目数が1-17
	C：×の項目数が18-35
	D：×の項目数が36以上
	E：無回答

※5 6ページの右端欄が●の項目

◆ 協議会（がん部会）の活動状況

調査2のうち、がん部会の活動状況により、以下A～Eの5段階で評価しました。

＜がん部会における活動状況の評価基準＞
1. がん部会開催の有無
2. がん部会の検討結果公表の有無
3. (2. で公表を行っている場合) がん部会が公表すべき項目 ^{※6} のうち、公表されなかった数(×の数)。ただし、がん部会の検討結果が公表準備中の都道府県は評価保留とする。未回答の項目は×として集計する。
A：1. がん部会開催済、2. がん部会の検討結果公表済、3. ×の項目数が0
B：1. がん部会開催済、2. がん部会の検討結果公表済、3. ×の項目数が1-3
C：1. がん部会開催済、2. がん部会の検討結果公表済、3. ×の項目数が4-6
D：1. がん部会開催済、2. がん部会の検討結果公表済、3. ×の項目数が7以上 もしくは2. がん部会の検討結果未公表（今後も公表の予定がない）
E：無回答、がん部会未開催（今後も開催の予定がない）
※6 調査2では、がん部会が公表すべき項目として、以下の9項目を設定した
・市区町村のチェックリスト遵守状況（市区町村名入りが必須）
・検診機関のチェックリスト遵守状況（検診機関名入りが必須）
・市区町村のがん検診プロセス指標（市区町村名入りが必須）
・検診機関のがん検診プロセス指標（検診機関名入りが必須）
・チェックリスト遵守状況が要改善の市区町村名と、改善指導の内容
・チェックリスト遵守状況が要改善の検診機関名と、改善指導の内容
・精検受診率が要改善の市区町村名と、改善指導の内容
・精検受診率が要改善の検診機関名と、改善指導の内容
・都道府県のチェックリスト遵守状況

3. 結果

45 都道府県から回答を得ました。調査結果及び評価結果の概要を以下に示します。
また結果の一覧表は 6 ページ以降に示します。

1) 調査結果の概要

各項目の実施状況は概ね 5 がん共通で、集団検診が個別検診を上回っていました。
以下、実施状況が比較的良好な項目（目安として実施率が 5 がん共通で 80%以上）、更に改善を要する項目（目安として実施率が 5 がん共通で 30%以下）、集団/個別検診で実施状況が大きく異なる項目（目安として個別検診の実施率が集団検診より 20 ポイント以上低い項目）について、該当項目を示します。

◆ 調査 1 精度管理指標の把握状況に関する調査

① 集団/個別検診共に実施状況が良い項目（実施率 80%以上の項目）

- ・受診者数、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度の単純把握、市区町村別集計

＜該当項目＞ 1 (2)、1 (2-2)、2 (1)、2 (1-2)、3 (1)、3 (1-2)、4 (1)、4 (1-2)、
4 (6)、4 (6-2)

② 集団/個別検診の乖離が特に大きい項目（個別検診での実施率が、集団検診より 20 ポイント以上上下回っていた項目）

- ・要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度の検診機関別集計

＜該当項目＞ 2 (1-3)、3 (1-3)、4 (1-3)、4 (6-3)

③ 集団/個別検診共に実施していない都道府県が多く、改善を要する項目（実施率 30%以下の項目）

- ・発見がんの追跡調査　＜該当項目＞ 4 (7)、4 (7-1)、4 (7-2)
- ・偽陰性例の把握　　＜該当項目＞ 5 (1)、5 (2)、5 (3)

◆ 調査 2 事業評価の実施状況に関する調査

① 集団/個別検診共に実施状況が良い項目（実施率 80%以上の項目）

- ・がん部会の設置、がん部会の開催、プロセス指標値の検討

＜該当項目＞ 7 (1)、7 (3)、8 (2)

② 集団/個別検診の乖離が特に大きい項目（個別検診での実施率が、集団検診より 20 ポイント以上上下回っていた項目）

- ・検診機関チェックリストの遵守状況の把握・検討（都道府県として実施、がん部会主導で実施）

＜該当項目＞ 8 (1-2)、8 (1-2a)

③ 集団/個別検診共に実施していない都道府県が多く、改善を要する項目（実施率30%以下の項目）

- ・精度管理に問題のある市区町村、検診機関の抽出、改善策の検討、助言・指導の実施
＜該当項目＞ 8 (2-3)、8 (3)、8 (4)、9 (2-2)、9 (2-4)
- ・事業評価結果の情報公開
＜該当項目＞ 10 (1-2a)、10 (1-4)、10 (1-4a)、10 (1-5)、10 (1-6)、10 (1-7)、
10 (1-8)
- ・がん部会主導による事業評価全般
＜該当項目＞ 10 (1-2b)、10 (1-4b)、10 (1-5a)、10 (1-6a)、10 (1-7a)、10 (1-8a)、
10 (1-9a)

2) 評価結果の概要

都道府県用チェックリストの遵守状況、及び協議会（がん部会）の活動状況共に、「C」評価以下の都道府県は17～20県あり、当該都道府県には改善に向けて努力していただくよう文書で依頼しました。

平成28年度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
調査結果及び評価結果一覧

1-1. 調査1 精度管理指標の把握状況に関する調査（平成28年度実施体制）

※ ●事業評価のためのチェックリスト（単位：％）

	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		※
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	
回答数：45都道府県(肺がん個別検診実施は43都道府県) 肺がん検診では、全項目で「胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者」別に把握・集計できていれば○とする											
1. 受診者の把握											
(1) 平成28年度の対象者数（推計を含む）を把握しましたか （胃がん検診では、胃部内視鏡/胃エックス線検査両方の対象者数を把握した場合のみ○とする）	73.3	64.4	75.6	64.4	75.6	62.8	75.6	64.4	75.6	66.7	●
(2) 平成26年度の受診者数を把握しましたか	100	91.1	100	91.1	95.6	86.0	100	91.1	100	93.3	●
(2-1) 平成26年度の受診者数（率）を性別・年齢階級別に集計しましたか	86.7	82.2	86.7	82.2	84.4	79.1	86.7	82.2	86.7	84.4	●
(2-2) 平成26年度の受診者数（率）を市区町村別に集計しましたか	100	91.1	100	91.1	95.6	86.0	100	91.1	100	93.3	●
(2-3) 平成26年度の受診者数を検診機関別に集計しましたか	44.4	24.4	42.2	20.0	44.4	25.6	44.4	24.4	44.4	22.2	●
(2-4) 平成26年度の受診者数を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか	66.7	62.2	64.4	60.0	64.4	58.1	66.7	62.2	66.7	62.2	●
2. 要精検率の把握											
肺がん検診では、全項目で「胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者」別に把握・集計できていれば○とする											
(1) 平成26年度の要精検率を把握しましたか	100	91.1	100	91.1	95.6	86.0	100	91.1	100	93.3	●
(1-1) 平成26年度の要精検率を性別・年齢階級別に集計しましたか	86.7	82.2	86.7	82.2	84.4	79.1	86.7	82.2	86.7	82.2	●
(1-2) 平成26年度の要精検率を市区町村別に集計しましたか	100	91.1	100	91.1	95.6	86.0	100	91.1	100	91.1	●
(1-3) 平成26年度の要精検率を検診機関別に集計しましたか	42.2	20.0	42.2	20.0	42.2	20.9	42.2	22.2	42.2	20.0	●
(1-4) 平成26年度の要精検率を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか	57.8	55.6	55.6	53.3	55.6	51.2	57.8	55.6	57.8	53.3	●
3. 精検受診率の把握											
肺がん検診では、全項目で「胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者」別に把握・集計できていれば○とする											
(1) 平成26年度の精検受診率を把握しましたか	100	91.1	100	91.1	93.3	83.7	100	91.1	100	93.3	●
(1-1) 平成26年度の精検受診率を性別・年齢階級別に集計しましたか	86.7	82.2	86.7	82.2	84.4	79.1	86.7	82.2	86.7	84.4	●
(1-2) 平成26年度の精検受診率を市区町村別に集計しましたか	100	91.1	100	91.1	93.3	83.7	100	91.1	100	93.3	●
(1-3) 平成26年度の精検受診率を検診機関別に集計しましたか	42.2	22.2	40.0	20.0	42.2	20.9	42.2	22.2	42.2	22.2	●
(1-4) 平成26年度の精検受診率を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか	57.8	55.6	55.6	53.3	55.6	51.2	57.8	55.6	57.8	57.8	●
(2) 平成26年度の精検未把握率を把握しましたか	84.4	75.6	84.4	75.6	82.2	72.1	84.4	75.6	84.4	77.8	●
解説：未把握は、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）精検結果が正確に分からないもの全て											
4. 精密検査結果の把握											
肺がん検診では、全項目で「胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者」別に把握・集計できていれば○とする											
(1) 平成26年度のがん発見率を把握しましたか	100	91.1	100	91.1	93.3	83.7	100	91.1	100	93.3	●
(1-1) 平成26年度のがん発見率を性別・年齢階級別に集計しましたか	86.7	82.2	86.7	82.2	84.4	79.1	86.7	82.2	86.7	82.2	●
(1-2) 平成26年度のがん発見率を市区町村別に集計しましたか	100	91.1	100	91.1	93.3	83.7	100	91.1	100	93.3	●
(1-3) 平成26年度のがん発見率を検診機関別に集計しましたか	42.2	20.0	40.0	17.8	42.2	20.9	42.2	22.2	42.2	20.0	●
(1-4) 平成26年度のがん発見率を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか	60.0	57.8	57.8	55.6	57.8	53.5	60.0	57.8	62.2	60.0	●
(1-5) 平成26年度のがん発見率を検診方法別（マンモグラフィ単独/視触診・マンモグラフィ併用）に集計しましたか							75.6	68.9			●

	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		※
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	
回答数: 45都道府県(肺がん個別検診実施は43都道府県) (2) 平成26年度の原発がんに対する早期がん割合を把握しましたか 解説: 肺がんでは、臨床病期 I 期がん割合、乳がんでは臨床病期 I 期までのがん割合	84.4	80.0	84.4	80.0	82.2	76.7	84.4	80.0			●
(2-1) 平成26年度の早期がん割合を性別・年齢階級別に集計しましたか	73.3	68.9	75.6	71.1	73.3	67.4	77.8	73.3			●
(2-2) 平成26年度の早期がん割合を市区町村別に集計しましたか	77.8	73.3	80.0	75.6	75.6	69.8	80.0	75.6			●
(2-3) 平成26年度の早期がん割合を検診機関別に集計しましたか	33.3	17.8	31.1	15.6	33.3	18.6	31.1	17.8			●
(2-4) 平成26年度の早期がん割合を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか	55.6	53.3	53.3	51.1	55.6	51.2	60.0	57.8			●
(2-5) 平成26年度の早期がん割合を検診方法別(マンモグラフィ単独/視触診・マンモグラフィ併用)に集計しましたか							68.9	62.2			●
(3) 平成26年度の粘膜内がん(胃がん、大腸がん)・非浸潤がん(乳がん)を区別しましたか	80.0	73.3	80.0	73.3			77.8	71.1			●
(4) (子宮頸がん検診)平成26年度の上皮内病変(CINなど)数を区分毎に集計しましたか 解説: 病変は①~④の区分毎に分けて集計すること ① CIN3または上皮内腺がん(AIS)の数 ② CIN2の数 ③ CIN1の数 ④ 腺異形成の数									71.1	66.7	●
(4-1) (子宮頸がん検診)平成26年度の上皮内病変(CINなど)数を年齢階級別に集計しましたか									73.3	68.9	●
(4-2) (子宮頸がん検診)平成26年度の上皮内病変(CINなど)数を市区町村別に集計しましたか									75.6	71.1	●
(4-3) (子宮頸がん検診)平成26年度の上皮内病変(CINなど)数を検診機関別に集計しましたか									28.9	15.6	●
(4-4) (子宮頸がん検診)平成26年度の上皮内病変(CINなど)数を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか									51.1	48.9	●
(5) (子宮頸がん検診)平成26年度の発見がんに対する微小浸潤がん割合を把握しましたか 解説: 微小浸潤がんは病期 Ia1及び Ia2期のもの									71.1	66.7	●
(5-1) (子宮頸がん検診)平成26年度の微小浸潤がん割合を年齢階級別に集計しましたか									71.1	66.7	●
(5-2) (子宮頸がん検診)平成26年度の微小浸潤がん割合を市区町村別に集計しましたか									68.9	64.4	●
(5-3) (子宮頸がん検診)平成26年度の微小浸潤がん割合を検診機関別に集計しましたか									26.7	17.8	●
(5-4) (子宮頸がん検診)平成26年度の微小浸潤がん割合を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか									51.1	48.9	●
(6) 平成26年度の陽性反応適中度を把握しましたか	100	91.1	100	91.1	93.3	83.7	100	91.1	100	93.3	●
(6-1) 平成26年度の陽性反応適中度を性別・年齢階級別に集計しましたか	86.7	82.2	86.7	82.2	84.4	79.1	86.7	82.2	86.7	84.4	●
(6-2) 平成26年度の陽性反応適中度を市区町村別に集計しましたか	100	91.1	100	91.1	93.3	83.7	100	91.1	100	93.3	●
(6-3) 平成26年度の陽性反応適中度を検診機関別に集計しましたか	42.2	20.0	40.0	17.8	42.2	20.9	42.2	20.0	42.2	20.0	●
(6-4) 平成26年度の陽性反応適中度を検診受診歴別 ^{注1)} に集計しましたか	57.8	55.6	55.6	53.3	55.6	51.2	57.8	55.6	57.8	57.8	●
(6-5) 平成26年度の陽性反応適中度を検診方法別(マンモグラフィ単独/視触診・マンモグラフィ併用)に集計しましたか							73.3	71.1			●
(7) 平成26年度の発見がんについて追跡調査を実施しましたか	26.7	24.4	26.7	24.4	26.7	23.3	26.7	24.4	24.4	22.2	●
(7-1) 平成26年度の発見がんの追跡所見・病理所見について把握しましたか	24.4	22.2	24.4	22.2	24.4	20.9	24.4	22.2	22.2	20.0	●
(7-2) 平成26年度の発見がんの予後調査(生存率・死亡率の分析など)を実施しましたか 解説: この項目は、現在のがん部会の体制では容易でない都道府県も多いが、がん検診の精度管理という点から言えば本来は必要である	6.7	6.7	6.7	6.7	8.9	7.0	6.7	6.7	6.7	6.7	●

回答数: 45都道府県		胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	※
5. 偽陰性例（がん）の把握 検診の実施年度は問いません							
以下の項目は、現在のがん部会の体制では容易でない都道府県が多いが、がん検診の精度管理という点から言えば本来は必要である							
(1)	（受診者の追跡調査や地域がん登録等により）検診受診後の偽陰性例を把握しましたか	4.4	4.4	4.4	2.2	2.2	●
解説： 検診受診時には陰性であったが、その後次回の検診までに、検診以外で発見されたがん（基本的には1年未満に発見された胃がん・大腸がん・肺がん、2年未満に発見された乳がん・子宮頸がん）							
(2)	偽陰性例の把握のために、地域がん登録のデータを活用しましたか	0	0	0	0	0	●
(3)	検診受診後1年以上経過してから発見された胃がん・大腸がん・肺がん、2年以上経過してから発見された乳がん、子宮頸がんを把握しましたか	2.2	2.2	4.4	2.2	2.2	●
解説： 住民検診受診後、規定された次回の検診（基本的には、胃・大腸・肺がん検診は1年後、乳・子宮頸がん検診は2年後）を受けずに、検診以外で発見されたがん							
6. 不利益の調査 検診の実施年度は問いません							
以下4項目は次のような方法によって把握が可能である							
<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」の「偶発症の有無別人数」欄に全ての市区町村のデータを集計している 主要な医療機関（検診や、精密検査を担当する機関）に、検診対象者の検査・治療における偶発症を報告してもらうための依頼文書^{注2)}を送付し、その後報告されたものを集計している 							
(1)	検診受診後6ヶ月（1年）以内の死亡者を把握しましたか	42.2	42.2	42.2	42.2	42.2	●
解説： 検査あるいは治療での偶発症によるもの。ただし、原疾患の悪化によるものは除く							
(2)	精密検査による偶発症を把握しましたか	51.1	51.1	51.1	51.1	51.1	●
(2-1)	消化管穿孔例（胃がん）、腸管穿孔例（大腸がん）、精密検査に伴う気胸や感染症（肺がん）、治療が必要な中等度以上の出血例（乳がん・子宮頸がん）を把握しましたか	31.1	33.3	31.1	31.1	31.1	●
(2-2)	その他の重要な偶発症を把握しましたか	33.3	35.6	33.3	33.3	33.3	●
解説： 入院治療を要するもの（例：前投薬起因性ショック、輸血や手術を要する程度の消化管出血、腹膜炎（胃がん、大腸がん）、経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血（肺がん）、検査後の骨盤内感染症（子宮頸がん）、穿刺吸引細胞診や針生検による感染症（乳がん）等）							

注1) 初回受診者及び非初回受診者等の受診歴別：初回受診者の定義は、過去3年に受診歴がない者（胃がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がん）、前年に受診歴がない者（肺がん）

注2) 依頼文書の雛型は「自治体のためのがん検診精度管理支援のページ」<http://nxc.jp/nccscr-commu/>に掲載しています

【注意事項】

- 平成28年度に実施された内容（実績）に基づき、回答期間内に実施した場合は○、平成29年8月末日以降に確実な実施予定があるものは△、未実施かつ今後も実施予定が無い場合は×と回答していただくようお願いしましたが、本調査結果では○の実施率のみ集計しています。
- 市区町村別、検診機関別等の設問では、全ての市区町村あるいは検診機関で実施している場合にのみ○とご回答いただきました。なお、本調査における検診機関とは、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指します。
- 胃がん検診については、胃内視鏡検査/胃部エックス線検査で共に体制を満たしている場合にのみ○と回答していただきました。（都道府県全体で胃部エックス線検査のみ実施している場合は、胃部エックス線検査の実施体制について回答をお願いします。）
- プロセス指標の集計に関する設問では、今年度調査に限り、検診方式（集団、個別検診）別に集計していなくても全体（集団+個別）の値を集計している場合には集団検診を○、個別検診を×と回答していただきました。

【本調査の対象年度について】

平成28年度のがん検診ご担当者把握可能な最新年度を想定し、下記を対象としました。

- 平成28年度の検診対象者
- 平成26年度の検診のプロセス指標^{※※}

※※ 各都道府県の方針により、平成25年度のデータ（最新の地域保健・健康増進事業報告の公表値）や平成27年度のデータを集計・評価している場合もあり、本調査ではこの場合も可としています。

1-2. 調査2 事業評価の実施状況に関する調査（平成28年度活動状況）

※ ●事業評価のためのチェックリスト（単位：％）

回答数：45都道府県		胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	※
7. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営（平成28年度実施体制）							
(1)	がん部会は、保健所、医師会、がん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等の、がん検診に係わる専門家によって構成されていますか	95.6	95.6	95.6	95.6	95.6	●
解説：全ての関係者が揃っているのが望ましいが、少なくとも医師会の参加が無い場合は×とする							
(2)	がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について、検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っていましたか	75.6	73.3	75.6	75.6	75.6	●
(3)	平成28年度のがん部会を開催しましたか	88.9	84.4	86.7	84.4	86.7	●
(4)	年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しましたか	84.4	73.3	80.0	75.6	80.0	●
解説：生活習慣病検診等管理指導協議会から委託を受けて外部の機関(例：対がん協会支部など)が行っている場合は○とする							

※ ●事業評価のためのチェックリスト（単位：％）

回答数：45都道府県(肺がん個別検診実施は43都道府県)		胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		※
		集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	
8. 事業評価に関する検討（平成28年度実施体制）												
(1)	チェックリスト（平成28年度検診分）に基づく検討を実施しましたか	80.0	77.8	80.0	77.8	80.0	79.1	80.0	77.8	80.0	77.8	●
	(1a) (1)はがん部会として実施しましたか	64.4	57.8	60.0	55.6	62.2	55.8	60.0	55.6	62.2	55.6	
(1-1)	個々の市区町村のチェックリスト（平成28年度検診分）について把握・検討しましたか	77.8	77.8	75.6	75.6	75.6	76.7	75.6	75.6	75.6	75.6	●
	(1-1a) (1-1)はがん部会として実施しましたか	60.0	53.3	55.6	51.1	57.8	53.5	55.6	51.1	57.8	51.1	
(1-2)	個々の検診機関のチェックリスト（平成28年度検診分）について把握・検討しましたか	51.1	24.4	51.1	24.4	51.1	25.6	51.1	26.7	51.1	26.7	●
	(1-2a) (1-2)はがん部会として実施しましたか	46.7	17.8	44.4	17.8	46.7	18.6	44.4	20.0	46.7	20.0	
(1-3)	都道府県のチェックリスト（平成28年度検診分）について、把握・検討しましたか	62.2	60.0	62.2	60.0	62.2	60.5	62.2	60.0	62.2	60.0	
	(1-3a) (1-3)はがん部会として実施しましたか	40.0	37.8	40.0	37.8	40.0	37.2	40.0	37.8	40.0	37.8	
(2)	要精検率等のプロセス指標（平成26年度検診分）に基づく検討を実施しましたか	88.9	86.7	88.9	86.7	88.9	88.4	88.9	86.7	88.9	86.7	●
	(2a) (2)はがん部会として実施しましたか	80.0	75.6	77.8	73.3	77.8	74.4	77.8	73.3	80.0	75.6	
(2-1)	プロセス指標（平成26年度検診分）について、全国数値との比較や、各市区町村間、検診機関間でのばらつきの確認等の検証を実施しましたか	84.4	80.0	84.4	80.0	82.2	79.1	84.4	80.0	84.4	80.0	●
	(2-1a) (2-1)はがん部会として実施しましたか	73.3	68.9	71.1	66.7	71.1	67.4	71.1	66.7	73.3	68.9	
(2-1-1)	市区町村のプロセス指標（平成26年度検診分）について、各市区町村間でのばらつきの確認等の検証を実施しましたか	84.4	77.8	84.4	77.8	82.2	76.7	84.4	77.8	84.4	77.8	
	(2-1-1a) (2-1-1)はがん部会として実施しましたか	73.3	66.7	71.1	64.4	71.1	65.1	71.1	64.4	73.3	66.7	
(2-1-2)	検診機関のプロセス指標（平成26年度検診分）について、各検診機関間でのばらつきの確認等の検証を実施しましたか	46.7	28.9	46.7	28.9	46.7	27.9	46.7	28.9	46.7	28.9	
	(2-1-2a) (2-1-2)はがん部会として実施しましたか	40.0	22.2	37.8	20.0	40.0	20.9	37.8	20.0	40.0	22.2	
(2-2)	プロセス指標（平成26年度検診分）において問題が認められた市区町村から、聞き取り調査等を実施しましたか ^{注3)}	62.2	57.8	60.0	55.6	60.0	55.8	57.8	53.3	60.0	55.6	●
(2-3)	プロセス指標（平成26年度検診分）において問題が認められた検診機関から、聞き取り調査等を実施しましたか ^{注3)}	20.0	13.3	20.0	13.3	20.0	14.0	20.0	13.3	20.0	13.3	●
(3)	チェックリスト（平成28年度検診分）やプロセス指標（平成26年度検診分）において問題が認められた検診機関に対して、実地による調査・指導等を実施しましたか ^{注3)}	17.8	11.1	17.8	11.1	17.8	11.6	17.8	11.1	17.8	11.1	●
解説：聞き取り調査だけで十分改善が期待できる場合には、(十分な改善が期待できない場合に実地調査・指導を行う体制ができていれば)実際に実地調査・指導を行ってなくても○とする												
(4)	実地調査等により不適正な検診機関が認められた場合には、市区町村に対して委託先の変更を助言するなど、適切に対応しましたか ^{注3)}	11.1	8.9	11.1	8.9	11.1	9.3	11.1	8.9	11.1	8.9	●

	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		※
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	
回答数: 45都道府県(肺がん個別検診実施は43都道府県)											
9. 事業評価の結果に基づく指導・助言 (平成28年度実施体制)											
(1) 事業評価の結果に基づき、指導・助言等を実施しましたか	73.3	60.0	75.6	62.2	73.3	60.5	73.3	60.0	75.6	62.2	●
(1-1) 事業評価の結果を報告書に取りまとめ、市区町村や検診機関に配布しましたか	66.7	53.3	66.7	53.3	66.7	53.5	66.7	53.3	66.7	53.3	●
(1-2) 事業評価の結果について、市区町村や検診機関に対する説明会を開催しましたか	42.2	33.3	42.2	33.3	42.2	32.6	42.2	33.3	44.4	35.6	●
(2) 事業評価の結果に基づき、市区町村や検診機関に対して個別の指導・助言を実施しましたか ^{注3)}	60.0	55.6	62.2	57.8	62.2	60.5	62.2	55.6	62.2	55.6	●
(2-1) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の市区町村への指導、助言を実施しましたか ^{注3)}	35.6	33.3	35.6	33.3	35.6	34.9	35.6	33.3	35.6	33.3	
(2-2) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の検診機関への指導、助言を実施しましたか ^{注3)}	13.3	4.4	13.3	4.4	15.6	4.7	15.6	4.4	15.6	4.4	
解説: 個別検診受託医療機関に関しては、市区町村を介して検診機関に指導が行われていれば○とする(市区町村の指導内容を必ず確認すること)											
(2-3) 精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の市区町村への指導、助言を実施しましたか ^{注3)}	48.9	46.7	51.1	48.9	51.1	48.8	51.1	48.9	53.3	48.9	
(2-4) 精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の検診機関への指導、助言を実施しましたか ^{注3)}	13.3	11.1	15.6	11.1	13.3	11.6	13.3	11.1	17.8	11.1	
解説: 個別検診受託医療機関に関しては、市区町村を介して検診機関に指導が行われていれば○とする(市区町村の指導内容を必ず確認すること)											
10. 事業評価の結果の公表 (平成28年度実施体制)											
(1) 何らかの事業評価の結果を、個別の市区町村や検診機関の状況も含めてホームページで公表しましたか	77.8	68.9	77.8	68.9	75.6	69.8	77.8	68.9	77.8	68.9	●
解説: 協議会や、都道府県内部での検討の議事録や、事業評価のために使用した資料の一部など、何らかの内容が公表されていれば○とする											
(1a) 上記(1) はがん部会として公表しましたか	53.3	44.4	53.3	44.4	51.1	44.2	53.3	44.4	53.3	44.4	
(1-1) 市区町村のチェックリスト遵守状況をホームページで公表しましたか(市区町村名は必須です)	48.9	42.2	48.9	42.2	46.7	41.9	48.9	42.2	48.9	42.2	
(1-1a) 上記(1-1) はがん部会として公表しましたか	31.1	24.4	31.1	24.4	28.9	23.3	31.1	24.4	31.1	24.4	
(1-2) 検診機関のチェックリスト遵守状況をホームページで公表しましたか(検診機関名の有無は問いません)	40.0	17.8	40.0	17.8	37.8	18.6	40.0	20.0	40.0	20.0	
(1-2a) 上記(1-2) は全ての検診機関名を付けて公表しましたか	28.9	8.9	26.7	8.9	26.7	9.3	28.9	8.9	28.9	8.9	
(1-2b) 上記(1-2) はがん部会として、検診機関名を付けて公表しましたか	22.2	6.7	20.0	6.7	20.0	7.0	22.2	6.7	22.2	6.7	
(1-3) 市区町村のプロセス指標数値をホームページで公表しましたか(市区町村名は必須です)	68.9	60.0	68.9	60.0	66.7	60.5	68.9	60.0	68.9	60.0	
(1-3a) 上記(1-3) はがん部会として公表しましたか	46.7	37.8	46.7	37.8	44.4	37.2	46.7	37.8	46.7	37.8	
(1-4) 検診機関のプロセス指標数値をホームページで公表しましたか(検診機関名の有無は問いません)	13.3	11.1	13.3	11.1	11.1	11.6	13.3	11.1	13.3	11.1	
(1-4a) 上記(1-4) は全ての検診機関名を付けて公表しましたか	11.1	8.9	11.1	8.9	8.9	9.3	11.1	8.9	11.1	8.9	
(1-4b) 上記(1-4) はがん部会として、検診機関名を付けて公表しましたか	11.1	8.9	11.1	8.9	8.9	9.3	11.1	8.9	11.1	8.9	
(1-5) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の市区町村に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか ^{注3)} (指導先の市区町村名は必須です)	22.2	20.0	22.2	20.0	22.2	20.9	22.2	20.0	22.2	20.0	
(1-5a) 上記(1-5) はがん部会として公表しましたか	17.8	15.6	17.8	15.6	17.8	16.3	17.8	15.6	17.8	15.6	
(1-6) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の検診機関に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか ^{注3)} (指導先の検診機関名は必須です)	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	9.3	8.9	8.9	8.9	8.9	
(1-6a) 上記(1-6) はがん部会として公表しましたか	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	7.0	6.7	6.7	6.7	6.7	

※ ●事業評価のためのチェックリスト (単位: %)

	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん		※
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	
回答数: 45都道府県(肺がん個別検診実施は43都道府県)											
(1-7)	精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の市区町村に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか ^{注3)} (指導先の市区町村名は必須です)										
(1-7a)	上記(1-7)はがん部会として公表しましたか										
(1-8)	精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の検診機関に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか ^{注3)} (指導先の検診機関名は必須です)										
(1-8a)	上記(1-8)はがん部会として公表しましたか										
(1-9)	都道府県チェックリストの遵守状況をホームページで公表しましたか										
(1-9a)	上記(1-9)はがん部会として公表しましたか										

注3) 指導対象の市区町村、検診機関がなかったため公表しなかった場合は「対象なし」とご回答ください。(「対象なし」は上記の実施率集計には含まれません。)

【注意事項】

- ・平成28年度に実施された内容(実績)に基づき、回答期間内に実施した場合は○、平成29年8月末日以降に確実な実施予定があるものは△、未実施かつ今後も実施予定が無い場合は×と回答していただくようお願いしましたが、本調査結果では○の実施率のみ集計しています。
- ・市区町村別、検診機関別等の設問では、全ての市区町村あるいは検診機関で実施している場合にのみ○とご回答いただきました。なお、本調査における検診機関とは、実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指します。
- ・胃がん検診については、胃内視鏡検査/胃部エックス線検査で共に体制を満たしている場合にのみ○と回答していただきました。(都道府県全体で胃部エックス線検査のみ実施している場合は、胃部エックス線検査の実施体制について回答をお願いします。)

【本調査の対象年度について】

平成28年度のがん検診ご担当者が把握可能な最新年度を想定し、下記を対象としました。

- ・平成28年度の検診体制(市区町村や検診機関のチェックリスト遵守状況)
- ・平成26年度の検診のプロセス指標^{※※}

※※ 各都道府県の方針により、平成25年度のデータ(最新の地域保健・健康増進事業報告の公表値)や平成27年度のデータを集計・評価している場合もあり、本調査ではこの場合も可としています。

2-2. 都道府県別の結果及び評価結果一覧 (大腸がん検診・集団検診)

都道府県名	都道府県用チェックリストの遵守状況		大腸がん部会の活動状況 (○:実施済 △:今後実施予定はある ×:実施しない -:評価対象なし注1) ; :回答なし)										がん部会の活動評価			
	×の項目数 (0:1項目中)	チェックリストの評価	がん部会が公表した内容注2)													
			大腸がん部会の開催	がん部会による評価結果公表注2)	市区町村チェックリスト遵守状況	検診機関チェックリスト遵守状況	市区町村のプロセス指標	検診機関のプロセス指標	改善指導(市区町村チェックリストが要改善)クリスタが要改善	改善指導(検診機関チェックリストが要改善)	改善指導(精検受診率70%未満の市区町村)	改善指導(精検受診率70%未満の検診機関)		都道府県チェックリスト遵守状況		
北海道	23	C	○	△	△	△	×	×	×	×	×	×	×	△	△	公表準備中
青森県	24	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
岩手県	30	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
宮城県	16	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
秋田県	16	B	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	B
山形県	22	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
福島県	18	C	○	○	△	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	C
茨城県	10	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
栃木県	22	C	○	○	○	○	-	-	-	-	-	-	-	○	○	A
群馬県	8	B	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
埼玉県	18	C	△	△	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
千葉県	13	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	B
東京都	29	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
神奈川県	21	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	D
新潟県	9	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	B
富山県	16	B	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	開催準備中
石川県	10	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	B
福井県	3	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	A
山梨県	17	B	○	○	○	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	C
長野県	11	B	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
岐阜県	15	B	○	○	○	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
静岡県	46	D	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	E
愛知県	37	D	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
三重県	24	C	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	公表準備中
滋賀県	4	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
京都府	8	B	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	開催準備中
大阪府	14	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
兵庫県	47	D	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	E
奈良県	36	D	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	E
和歌山県	23	C	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	E
鳥取県	14	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	D
島根県	19	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	C
岡山県	27	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	B
広島県	17	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
山口県	14	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
徳島県	未提出	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	E
香川県	20	C	○	△	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	公表準備中
愛媛県	18	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
高知県	32	C	○	△	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	公表準備中
福岡県	32	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D
佐賀県	15	B	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	C
長崎県	24	C	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	C
熊本県	22	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	B
大分県	未提出	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	E
宮崎県	24	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	C
鹿児島県	12	B	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	B
沖縄県	21	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	D

注1) 指導対象の市区町村、検診機関がなかったため「-」としています。

注2) 本調査では、がん部会として、管轄下の精度管理状況などの程度公表されているかを示します。

がん部会としてではなく、都道府県が主体的に公表されている場合は、都道府県用チェックリストの遵守状況に反映されています。

2-4. 都道府県別の結果及び評価結果一覧（乳がん検診・集団検診）

都道府県名	都道府県用チェックリストの遵守状況		がん部会の活動状況										がん部会の活動評価	
	チェックリストの評価		がん部会が公表した内容 ^{注2)}											
	×の項目数 (0:1項目中)	都道府県用チェックリストの遵守状況	乳がん部会の開催	がん部会による評価結果公表 ^{注2)}	市区町村 チェックリスト 遵守状況	検診機関 チェックリスト 遵守状況	市区町村の プロセス指標	検診機関の プロセス指標	改善指導 (市区町村が要改善) クリストが要改善)	改善指導 (検診機関が要改善) クリストが要改善)	改善指導 (精検受診率80%未満の市区町村)	改善指導 (精検受診率80%未満の検診機関)		都道府県 チェックリスト 遵守状況
北海道	23	C	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
青森県	24	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
岩手県	30	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
宮城県	16	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
秋田県	16	B	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△
山形県	25	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
福島県	19	C	○	○	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×
茨城県	10	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
栃木県	22	C	○	○	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-
群馬県	8	B	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
埼玉県	21	C	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
千葉県	13	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東京都	32	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
神奈川県	24	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
新潟県	12	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
富山県	16	B	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
石川県	10	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福井県	3	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
山梨県	17	B	○	○	○	△	○	×	×	×	×	×	×	×
長野県	11	B	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
岐阜県	17	B	○	○	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×
静岡県	48	D	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
愛知県	36	D	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
三重県	24	C	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
滋賀県	4	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
京都府	8	B	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
大阪府	14	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
兵庫県	50	D	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
奈良県	39	D	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
和歌山県	10	B	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
鳥取県	15	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
島根県	20	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
岡山県	27	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
広島県	20	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
山口県	14	B	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
徳島県	未提出	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
香川県	24	C	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
愛媛県	18	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
高知県	33	C	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
福岡県	35	C	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
佐賀県	15	B	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
長崎県	24	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
熊本県	23	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大分県	未提出	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
宮崎県	24	C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
鹿児島県	12	B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
沖縄県	21	C	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

注1) 指図対象の市区町村、検診機関がなかったため「-」としています。

注2) 本調査では、がん部会として、管轄下の精度管理状況をどの程度公表されているかを示します。

がん部会としてではなく、都道府県が主体的に公表されている場合は「×」としています。(都道府県による公表の有無は、都道府県用チェックリストの遵守状況に反映されています)

2-5. 都道府県別の結果及び評価結果一覧（子宮頸がん検診・集団検診）

都道府県名	都道府県用チェックリストの遵守状況		子宮がん部会の活動状況（○：実施済 △：今後実施予定はある ×：実施しない -：評価対象なし ^{注1）} ；回答なし）										がん部会の活動評価	
	チェックリストの評価		がん部会が公表した内容 ^{注2）}											
	×の項目数 (0:1項目中)	がん部会による 評価結果公表 ^{注2)}	子宮がん部会の 開催	がん部会による 評価結果公表 ^{注2)}	市区町村 チェックリスト 遵守状況	検診機関 チェックリスト 遵守状況	市区町村の プロセス指標	検診機関の プロセス指標	改善指導 (市区町村が改善) クリストが要改善)	改善指導 (検診機関が改善) クリストが要改善)	改善指導 (精検受診率70%未満の市区町村)	改善指導 (精検受診率70%未満の検診機関)		都道府県 チェックリスト 遵守状況
北海道	27	△	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
青森県	25	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
岩手県	37	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
宮城県	17	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
秋田県	18	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△
山形県	22	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
福島県	18	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
茨城県	14	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
栃木県	22	○	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-	-	-
群馬県	8	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
埼玉県	20	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
千葉県	14	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東京都	32	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
神奈川県	21	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
新潟県	9	○	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-	-	-
富山県	18	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
石川県	10	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福井県	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
山梨県	17	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△
長野県	11	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
岐阜県	16	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
静岡県	48	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
愛知県	41	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
三重県	25	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
滋賀県	4	○	×	×	×	×	×	-	-	-	-	-	-	-
京都府	10	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
大阪府	15	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
兵庫県	50	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
奈良県	41	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
和歌山県	10	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
鳥取県	19	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
島根県	25	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
岡山県	31	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
広島県	18	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
山口県	15	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
徳島県	未提出	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
香川県	25	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
愛媛県	19	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
高知県	35	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
福岡県	35	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
佐賀県	15	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
長崎県	26	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
熊本県	24	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大分県	未提出	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
宮崎県	23	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
鹿児島県	12	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
沖縄県	27	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

注1) 指通対象の市区町村、検診機関がなかったため「-」としています。

注2) 本調査では、がん部会として、管轄下の精度管理状況をどの程度公表されているかを示します。

がん部会としてではなく、都道府県が主体的に公表されている場合は×としています。(都道府県による公表の有無は、都道府県用チェックリストの遵守状況に反映されています)

3-1. 都道府県別の総合評価（胃がん検診・集団検診）

赤枠内は要改善の都道府県を示す

		調査2 胃がん部会の開催状況、および精度管理評価結果の公表状況												合計		
		部会開催済										開催準備中			開催予定なし	
		公表状況				公表準備中										
		A	B	C	D							E				
調査1 都道府県用 チェックリスト の遵守状況	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
	B	1	福井	5	秋田・千葉・新潟・石川・鹿児島	2	山梨・佐賀	11	宮城・茨城・群馬・長野・岐阜・滋賀・大阪・和歌山・鳥取・広島・山口	-	-	2	富山・京都	-	-	21
	C	1	栃木	2	岡山・熊本	5	福島・島根・愛媛・長崎・宮崎	8	青森・岩手・山形・東京・神奈川県・奈良・福岡・沖縄	4	北海道・三重・香川・高知	1	埼玉	-	-	21
	D	-	-	-	-	-	-	1	愛知	-	-	-	-	2	静岡・兵庫	3
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	徳島・大分	2
合計	2		7		7		20		4		3		4		47	

3-2. 都道府県別の総合評価（大腸がん検診・集団検診）

赤枠内は要改善の都道府県を示す

		調査2 大腸がん部会の開催状況、および精度管理評価結果の公表状況												合計		
		部会開催済										開催準備中			開催予定なし	
		公表状況				公表準備中										
		A	B	C	D							E				
調査1 都道府県用 チェックリスト の遵守状況	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
	B	1	福井	5	秋田・千葉・新潟・石川・鹿児島	2	山梨・佐賀	10	宮城・茨城・群馬・長野・岐阜・滋賀・大阪・鳥取・広島・山口	-	-	2	富山・京都	-	-	20
	C	1	栃木	2	岡山・熊本	4	福島・島根・長崎・宮崎	8	青森・岩手・山形・東京・神奈川県・愛媛・福岡・沖縄	4	北海道・三重・香川・高知	1	埼玉	1	和歌山	21
	D	-	-	-	-	-	-	1	愛知	-	-	-	-	3	静岡・兵庫・奈良	4
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	徳島・大分	2
合計	2		7		6		19		4		3		6		47	

3-3. 都道府県別の総合評価（肺がん検診・集団検診）

赤枠内は要改善の都道府県を示す

		調査2 肺がん部会の開催状況、および精度管理評価結果の公表状況												合計		
		部会開催済										開催準備中			開催予定なし	
		公表状況				公表準備中		E								
		A	B	C	D					E						
調査1 都道府県用 チェックリスト の遵守状況	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0		
	B	1	福井	4	千葉・新潟・石川・鹿児島	3	福島・山梨・佐賀	11	宮城・茨城・群馬・長野・岐阜・滋賀・大阪・和歌山・鳥取・広島・山口	1	秋田	2	富山・京都	-	-	22
	C	1	栃木	2	岡山・熊本	3	島根・長崎・宮崎	7	青森・岩手・山形・東京・愛媛・福岡・沖縄	4	北海道・三重・香川・高知	1	埼玉	-	-	18
	D	-	-	-	-	-	-	2	神奈川・愛知	-	-	-	-	3	静岡・兵庫・奈良	5
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	徳島・大分	2
合計	2		6		6		20		5		3		5		47	

3-4. 都道府県別の総合評価（乳がん検診・集団検診）

赤枠内は要改善の都道府県を示す

		調査2 乳がん部会の開催状況、および精度管理評価結果の公表状況												合計		
		部会開催済										開催準備中			開催予定なし	
		公表状況				公表準備中		E								
		A	B	C	D					E						
調査1 都道府県用 チェックリスト の遵守状況	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0		
	B	1	福井	5	秋田・千葉・新潟・石川・鹿児島	2	山梨・佐賀	9	宮城・茨城・群馬・長野・岐阜・滋賀・大阪・鳥取・山口	-	-	2	富山・京都	1	和歌山	20
	C	1	栃木	2	岡山・熊本	4	福島・島根・長崎・宮崎	9	青森・岩手・山形・東京・神奈川・広島・愛媛・福岡・沖縄	4	北海道・三重・香川・高知	1	埼玉	-	-	21
	D	-	-	-	-	-	-	1	愛知	-	-	-	-	3	静岡・兵庫・奈良	4
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	徳島・大分	2
合計	2		7		6		19		4		3		6		47	

3-5. 都道府県別の総合評価（子宮頸がん検診・集団検診）

赤枠内は要改善の都道府県を示す

		調査2 子宮がん部会の開催状況、および精度管理評価結果の公表状況												合計		
		部会開催済						開催準備中		開催予定なし						
		公表状況				公表準備中							E			
		A	B	C	D											
調査1 都道府県用 チェックリストの 遵守状況	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0		
	B	1	福井	4	千葉・新潟・石川・鹿児島	2	山梨・佐賀	9	宮城・茨城・群馬・長野・岐阜・滋賀・大阪・和歌山・山口	-	-	1	京都	-	-	17
	C	1	栃木	3	秋田・岡山・熊本	4	福島・島根・長崎・宮崎	9	青森・山形・東京・神奈川・鳥取・広島・愛媛・福岡・沖縄	4	北海道・三重・香川・高知	2	埼玉・富山	-	-	23
	D	-	-	-	-	-	-	2	岩手・愛知	-	-	-	-	3	静岡・兵庫・奈良	5
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	徳島・大分	2
	合計	2		7		6		20		4		3		5		47