厚生労働科学研究費補助金　がん対策推進総合研究事業

職域における科学的根拠に基づくがん検診の社会実装に関する研究

令和 5～7 年度　総合研究報告書

研究代表者　　立道　昌幸

令和 8 年（2026）年　3 月

目次

Ⅰ．総合研究報告書

職域における科学的根拠に基づくがん検診の社会実装に関する研究

研究代表者　立道　昌幸 1

Ⅱ．分担研究報告書

1．コンテンツ班：動画・ホームページの作製

研究代表者　立道　昌幸 54

2．職域におけるがん検診精度管理実施のためのがん検診実施機関用チェックリスト作成研究

研究分担者　齊藤　英子・青木　大輔・森定　徹 72

3．指針に基づくがん検診の普及に向けた動画教材の開発と検証

研究協力者　酒井　洸典・研究代表者　立道　昌幸 106

4．健康保険組合と働く人に対するアンケート調査

研究分担者　須賀　万智・研究協力者　山内 貴史・島崎 崇史 114

5．産業医経験の有無が、がん検診についての「情報認知」および「認識」に及ぼす影響についての調査

研究分担者　齊藤　英子・青木　大輔・森定　徹 118

6．職域がん検診に労働者の意識実態調査

研究分担者　五十嵐　侑・森　晃爾 127

7．職域がん検診マニュアルに基づいたモデル研修プログラムの開発

研究分担者　森　晃爾・五十嵐　侑 135

8．職域保険者におけるがん検診の精度管理指標算出システムの実装に関する研究

研究分担者　小川　俊夫 139

9．労働者のがん検診受診率の推移およびがん長期生存率の職業格差

研究分担者　財津　將嘉・研究協力者　渡辺 一彦 145

10．産業医・健康保険組合がん検診担当者を対象とした「がん検診マニュアル」の普及啓発活動とその評価

研究協力者　中澤　祥子・研究代表者　立道　昌幸 161

11．職域におけるがん検診マニュアルの普及啓発に関する 研究班活動の総括調査

研究協力者　酒井　洸典・研究代表者　立道　昌幸 196

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表 207

Ⅰ．総合研究報告書

職域における科学的根拠に基づくがん検診の

社会実装に関する研究

研究代表者　　立道昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和5-7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）研究報告書

職域における科学的根拠に基づくがん検診の社会実装に関する研究

研究代表者：立道昌幸　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

研究要旨：本研究では、保険者や事業主が職域において任意でがん検診を企画・実施する際に、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を参照し、科学的根拠に基づくがん検診および適切な精度管理の実施を支援することを目的として、5 種類のがん検診に関する指針に基づく検診内容および精度管理について普及啓発を図る動画資材を作成した。さらに、これらの動画資材を活用し、保険者、事業主、産業医等を対象として、「科学的根拠に基づくがん検診」の実施および精度管理に関する研修会を実施した。

また、職域におけるがん検診は、多数のステークホルダーがそれぞれ異なる利害関係のもとで関与していることから、それぞれの制度運営上の課題を整理・抽出するとともに、その解決策についても検討を行った。検診担当者にはシナリオベースの e-learning の作製も行い、理解を深める資材を作製した。職域では健康情報取扱が重要であることからその点も動画として解説した。一連の調査の中で受診者側すなわち労働者側の意識調査も同時に実施して、普及啓発の対象は企画担当者のみならず、受診する労働者自身も対象とする必要があることが明らかとなったことから、労働者向け啓発動画も 3 種類作成し、それぞれについて効果検証を実施した。

職域では「精度管理」という用語自体を含め理解が十分でないこと、また既存マニュアルが自治体を対象として作成されており、職域特有の環境が十分考慮されていないことで、本研究では職域に則したチェックリストを新たに作成するとともに、理解と実践を容易にすることを目的として、先行する厚生労働科学研究（祖父江班）において開発された「レセプトを用いた保険者向け精度管理システム（仮称）」の社会実装に関する検証も実施した。

これらの作成した動画資材およびその解説を体系的に整理したホームページ「はたらく人のがん検診ガイド」を構築した。本ホームページには、職域におけるがん検診に関する情報を包括的に掲載し、関係者が必要な情報へ容易にアクセスできる環境を整備した。さらに、普及経路の確保を図り、ホームページ URL の一斉配信を行うことで広範な周知活動を実施した。

本研究全体の最終的な効果については、3 種類のパネル調査を用いて検証を行った。その結果、健保担当者やがん検診企画担当者の 47.5%が当該ホームページおよび動画を視聴していたことが確認された。効果として、マニュアルの存在や精度管理の必要性に関する普及啓発という当初の目的については概ね（80%以上）達成されたものの、より詳細な理解や実際の行動変容を促すためには、研修会によるインテンシブな介入が有効であることが示唆された。以上により、本研究で構築したホームページおよび動画資材によって関係者の関心喚起を図ることができ、それに研修会を組み合わせることにより、「科学的根拠に基づくがん検診」の社会実装に寄与する可能性が示唆された。

研究分担者：高橋宏和　国立研究開発法人国立がん研究センター・がん対策研究所
検診研究部検診実施管理研究室・研究員
研究分担者：佐川元保　東北医科薬科大学・医学部・客員教授
研究分担者：青木大輔　慶應義塾大学・医学部・名誉教授 / 赤坂山王メディカルセンター 院長
研究分担者：松田一夫　公益財団法人福井県健康管理協会・がん検診事業部長
研究分担者：笠原善郎　恩賜財団福井県済生会病院・病院長
研究分担者：中山富雄　国立研究開発法人国立がん研究センター・がん対策研究所検診研究部・特任部長
研究分担者：加藤勝章　公益財団法人宮城県対がん協会・がん検診センター所長
研究分担者：小川俊夫　学校法人常翔学園 摂南大学・農学部・教授
研究分担者：齊藤英子　国際医療福祉大学三 田病院・予防医学セ ンター・講師
研究分担者：森定　徹　杏林大学・医学部・産科婦人科学教室・教授
研究分担者：泉　陽子　東北大学東北メディカル・メガバンク機構・健康政策分野・教授
研究分担者：南谷優成　東京大学医学部附属病院放射線科・助教
研究分担者：深井航太　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・准教授
研究協力者：中澤祥子　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教
研究協力者：古屋佑子　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・講師

A．研究目的

平成 30 年 3 月に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表され、保険者や事業主ががん検診を任意で実施する際に、職域におけるがん検診が効果的に行われるため、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発が進められている。しかし職域におけるがん検診の受診状況調査によれば、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の認知、活用状況は十分ではなく、職域におけるがん検診の精度管理、精密検査受診率の向上に関する取組みについては、対策を講じる必要がある。

本研究では、保険者や事業主がん検診を任意で実施する際に、保険者や事業主に対して、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を反映した、5つのがん検診の検診内容と精度管理の普及啓発を図った、永続的に利活用できる動画資材を作成することを目標とする。また、作成した動画資材を用いて、保険者や事業主、産業医等を対象に、職域におけるがん検診に関する研修会を実施することを目的とする。

「職域におけるがん検診に関するマニュアル」普及版と、精度管理に関する動画を作成するとともに、その動画をまとめ、職域のがん検診を企画する場合に必要な情報の集約を目的にホームページを作成するとともにその配信ルートを確保し、配信を行った。さらに、その効果検証を行った。

B. 研究方法

1） 動画作成フロー図を作製し、それに基づき動画作成を実施 （コンテンツ班の活動）

1）動画作成フロー図を作製し、それに基づき動画作成を実施

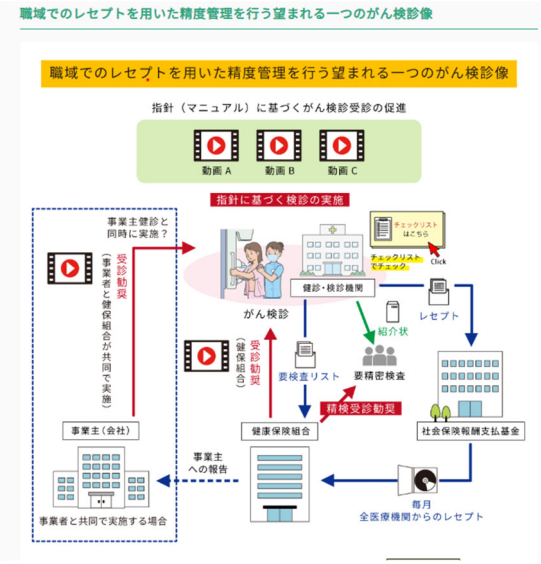
職域において望まれるがん検診像を示し、それに基づき、啓発ができるように各動画作成を行った。

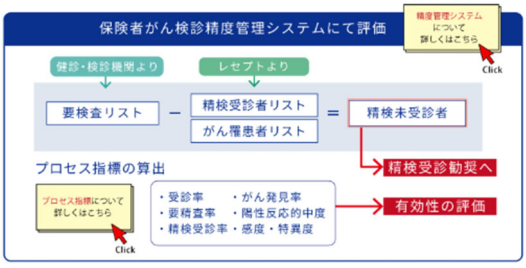
動画 A は、マニュアルが存在してそれを参考にすることが大切であるという導入動画

動画 B は、動画 A の完全版の長編動画

動画 C は、マニュアルを説明した全体動画となっている。

また、各がん検診については、その対象年齢、項目、判定医の資格要件など詳細に理解できるような内容の動画を 5 つのがん検診について作成した。





職域では、若年者に範囲を広げてがん検診をすることが多い。この点のデメリットを説明。

① 検診の利益については、基本的に死亡率減少効果を期待するものであるが、事前の調査では職域でこのワードは受け入れにくい点から表現を考慮する
② 早期復職、早期パフォーマンスの回復、QOL の確保、医療費の側面からの効果を期待することを追記
③ 福利厚生ではなく、保健事業として実施する必要性
④ がん検診を実施するのであれば、事業評価を行う必要性
⑤ プロセス指標とは何か？
⑥ 精度管理と言う言葉が一般にわかりにくいことから、事業評価するというワードに統一
⑦ 第 3 期のデータヘルス計画には、精査受診率の向上が加算・減算の項目にはいっていることからこの点を強調する。

〇職域でのがん検診の精度管理の課題について

精度管理という概念の理解が進むように、動画を作成し、チェックリストの作製（分担者齊藤参照）と動画作成を行った。

フローとして、レセプトを用いた保険者がん検診精度管理システムの利用の有無により分岐し、健保組合が精検受診勧奨を実施する際の留意点をまとめた動画Ｅを作成した。

会社で精検受診勧奨する場合の留意点に関する動画の作成

職域においてがん検診の精査勧奨をすすめる上で重要なのが、職制を関与させるかどうかである。つまり事業主の関与が得られることで、精査勧奨の効率が高くなることから、この問題について日本産業法学会の特命委員会の中で、議論され論文とした中身について、動画Ｆを作成した。

精度管理に関する動画

「精度管理」の実施について触れられているが、チェックリストも自治体を対象にしており、精度管理自体もどのように実施するべきか？の記述もなく、「精度管理」そのものは、職域では、理解しがたい内容となっている。そのため、本研究では、まずは精度管理とはどのようなものであるのかの、理解を深めることを目的に、「精度管理」について実施主体が事務職であることを念頭に、動画を作成した。

各動画については、動画のコンテキストを作成し、各専門家（分担者）から意見を募り、デルファイ式に数度その行き来をすることで、合意形成を図り内容を決定した。

なお、動画は長いと視聴する側に負担がかかることから、動画では重要な部分を解説し、詳細はホームページで補足した。

2）職域におけるがん検診精度管理実施のためのがん検診実施機関用チェックリスト作成研究（齊藤）

1．対象とするがん検診のがん種および検診手法の検討　：　職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下、職域マニュアル）に記載されているがん検診、および地域保健健康増進事業で実施が推奨され、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（以下、指針）に記載されているがん検診（以下、住民検診）を対象とし、がん種および検診手法等に基づいて、CL 作成対象とすることの妥当性を検討した。

2．CL 案の作成と検証　：方法 1 で選定したがん検診に対して、住民検診で使用されている検診機関用チェックリストおよび仕様書を基礎資料とし、以下を実施した。

（1）職域検診用のがん検診実施機関に求める精度管理項目 CL の作成

（2）上記 CL を用いた職域検診用 Web アンケートフォームの作成

（3）全国の職域がん検診実施機関を対象としたアンケート調査による使用可能性の検討および現状課題の抽出

調査対象は、健診あるいは検診を提供する医療機関で、わが国の主要な健診代行会社 3 社の契約先を重複のないよう整理したものであり、アンケート回答依頼は健診代行会社を通じて行った。

3）労働者向け指針に基づくがん検診の普及に向けた動画教材の開発と検証（酒井）

1．研究デザイン

本研究は、がん検診における偽陽性リスクを説明する3種類の短時間動画教材を介入として実施した、3群の疑似無作為化比較試験である。調査は2025年6月に日本国内のインターネット調査会社が保有するオンライン調査パネルを用いて実施した。

本研究では、動画教材の提示方法の違いが、視聴後の指針に基づくがん検診への選好に与える影響を検討した。3種類の動画は、それぞれ、説明型の動画、乳がん検診に関する事例提示型の動画、腫瘍マーカー検査に関する事例提示型の動画であり、各群の対象者は1種類の動画のみを視聴した。

2．対象者

対象者は、30歳以上60歳以下の就労者とした。除外基準は、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの既往を有する者とした。また、過去3年以内に自治体が実施する推奨に基づくがん検診を受診した者は、自治体検診が国の指針に沿った検診を提供していることを踏まえ、本研究の対象から除外した。

調査は、各動画群につき400名（男性200名女性200名）で合計1,200名の有効回答が集まるまで実施した。回答時間が5分未満または30分を超える者は、回答の妥当性に懸念がある不適切回答者として除外した。

3．割付方法および調査手順

対象者は個別に無作為化されたものではなく、3種類の動画条件ごとに別々のオンライン調査を設計した。各動画群への調査依頼は、排他的に配信し、ある動画群に招待された者が他の動画群に重複して招待されないようにした。したがって、本研究は疑似無作為化比較試験として実施した。

対象者は、調査票内で割り当てられた動画を視聴前後でがん検診に関する選好について回答し、視聴後に動画に対する評価項目に回答した。

調査中に動画を最後まで視聴しなければ次の設問に進めない設定とした。

4. 介入内容

本研究では、3種類の動画教材を作成した（図1）。いずれの動画も、がん検診には早期発見や死亡率減少につながる利益がある一方で、指針に基づかない受診では偽陽性や不要な精密検査などの不利益が生じうることを伝える構成とした。

動画Aは、説明型の動画であり、図表や数値を用いて、過剰ながん検診に伴う偽陽性リスクを論理的に説明した。具体的には、がん検診が「がんの疑いがある人を絞り込む検査」と「精密検査」の二段階で構成されること、陽性または要精密検査となった後にがんが見つからない場合を偽陽性と呼ぶこと、若年層など有病率が低い集団では偽陽性の割合が高くなりやすいことを説明した。動画時間は84秒であった。

動画Bは、若年乳がん検診の事例提示型の動画であり、30歳代の女性が乳がん検診を受け、要精密検査となった後、最終的に偽陽性であったことが判明する物語を示した。職域での健康診断結果をきっかけに不安を抱き、精密検査の予約や受診のために時間的・経済的負担を経験する内容とし、推奨年齢より若い年齢でがん検診を受けることによる不利益を伝えた。動画時間は77秒であった。

動画Cは、腫瘍マーカー検査の事例提示型の動画であり、就労中の男性が腫瘍マーカー検査を受け、複数項目で異常を指摘された結果、胃、大腸、肺などに関する複数の精密検査を受けることになる物語を示した。最終的に重大な異常は認められなかったものの、数か月にわたる検査、仕事を休む必要、心理的負担、放射線被ばくへの懸念などを経験する内容とし、推奨されていない検査項目を追加することによる不利益を伝えた。動画時間は77秒であった。



図1. 各動画のキャプション

5. 評価項目

主要評価項目は、動画視聴後に「指針で推奨されている通りのがん検診を受けたい」と回答したかどうかとした。対象者には、視聴前後で希望するがん検診の受け方について尋ね、(a) 指針で推奨されている通りのがん検診を受けたい(b) 指針で推奨されている年齢よりも若い時からがん検診を受けたい(c) 指針で推奨されている検査よりも多く、もしくは少ないがん検診を受けたい（腫瘍マーカーやPET-CTなど）(d) 指針で推奨されている間隔（1年）よりも短い、もしくは長い間隔でがん検診を受けたい(e)いかなるがん検診も受けたくない(f)わからないの選択肢を提示した。推奨年齢、検査項目、受診間隔のいずれかについて指針と異なる選好を示した場合すなわち、(b) (c) (d)いずれかを選択した場合には、指針に基づかないがん検診への選好として扱った。

副次評価項目として、動画教材に対する主観的評価を測定した。項目はこの動画は私に関係ある、明瞭で理解しやすい、受診者として必要な情報をすべて提供している、啓発資料として受け入れられる、この動画について考えたくな

い、家族や友人と話す気になる、指針に基づくがん検診を受けたいと思うの7項目について、「とてもそう思う(5点)」から「全くそう思わない(1点)」までの5件法で評価した[3]。

6. 共変量

共変量は、性別、年齢、教育歴、動画視聴前のがん検診に関する選好とした。教育歴は、大学卒業未満もしくは以上の2区分に分類した。動画視聴前のがん検診に関する選好は、主要評価項目と同じ方法で測定した。

4）健康保険組合と働く人に対するアンケート調査（須賀）

2023 年度は、「職域におけるがん検診に関するアンケート調査」をけんぽ共同健診協議会に加入する健康保険組合 59 団体と本研究班に連携機関で参加する健康保険組合 19 団体に依頼し、2023 年 12 月にインターネット上で実施した。また、「働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査」をマイボイスコム株式会社に委託し、登録モニターから健康保険組合と協会けんぽの被保険者をそれぞれ性 10 歳階級別 200 名ずつ募集し、2024 年 1 月にインターネット上で実施した。

2024 年度は、「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 1 弾をクロス・マーケティング株式会社に委託し、登録モニターから健康保険組合と協会けんぽの被保険者をそれぞれ性 10 歳階級別 200 名ずつ募集し、2024 年 1 月にインターネット上で実施した。

2025 年度は、「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 2 弾をクロス・マーケティング株式会社に委託し、登録モニターから 25～64 歳有職者を性 10 歳階級別 250 名ずつ募集し、2025 年 11 月にインターネット上で実施した。

5）産業医経験の有無が、がん検診についての「情報認知」および「認識」に及ぼす影響についての調査（齊藤）

R6 年度に実施した、産業医学推進研究会に所属する約 700 名の会員に対してメーリングリストを通じて回答を得た 150 名（2024 年 1 月～2 月、オンライン回答）のうち、産業医としての実務経験ありと回答した 147 名（産業医経験あり群）と、R7 年 8 月に産業医資格を今後取得するための講習会に参加し、アンケート参加に同意した 196 名（産業医経験なし群）の 2 群を対象として、下記項目について比較を行った。

- 属性（年齢・産業医経験の有無）
- 職域におけるがん検診に関するマニュアル（職域マニュアル）の認知と活用の有無
- 国立がん研究センターから公表されている 5 がん（胃、大腸、肺、子宮頸、乳がん）の「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」の認知と活用の有無
- 国が推奨する検診部位及び手法の認知度を公表していることへの認知
- 国が推奨しないがん検診の職域での実施に対する認識
- 国の推奨状況の認識と職域での実施に対する認識の関連性
- 「あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価するために適切である指標の認知度
- がん検診の不利益を評価する項目の認知度

6）職域がん検診に労働者の意識実態調査（森、五十嵐）

1. 職域がん検診の実態調査

職域がん検診に関わる健康保険組合、協会けんぽ、健診機関などを対象にインタビュー調査を実施した。

調査では以下の内容を聴取した。

・がん検診の実施体制

・対象者および検査項目

得られた内容を整理し、職域がん検診の実態と受診者の課題を分析した。

2. 労働者調査

1 のインタビュー調査を踏まえて、質問紙調査を作成し、全国の労働者約 3 万人を対象にオンライン調査を実施した。

調査対象および実施方法

- 対象：インターネットリサーチ会社を通じて収集した全国の労働者約 3 万人
- 方法： W2S-OhpmⅢ調査に、がん検診に関する 4 項目の質問票を追加しオンラインにて実施

調査項目（設問）とその意図

本調査で用いた 4 つの設問は、各検査段階における具体的なメリットとデメリットを数値で提示し、受診者の受診意向を評価するものである。

【設問１：がんリスク評価検査】

- 内容：「がんの発生リスクを評価する検査では、陰性の場合はがんリスクが低く、陽性の場合はがんリスクが高いと判断されます。ただし、陽性であっても必ずしもがんが存在するわけではなく、また陰性でもがんが完全に否定されるわけではありません。あなたはこの検査を受けますか？」
- 想定がん検診：がんリスク評価検査（腫瘍マーカー検査や線虫検査など、科学的根拠に乏しい検査手法を想定）
- 意図：検査結果の不確実性（偽陽性・偽陰性の可能性）を踏まえ、受診者がこの検査にどの程度信頼を寄せ、受診意向が反映されるかを評価

【設問２：乳がん検診】

- 内容:「ある検査では、1000 人受診すると 1 人の乳がんによる死亡を防ぐことができるというメリットがあります。一方で、1000 人中 70 人が精密検査対象となり、偽陽性により不要な精密検査が生じるというデメリットもあります。これらのメリットとデメリットを考えたとき、あなたはこの乳がん検診を受けたいと思いますか？」
- 想定がん検診：乳がん検診
- 意図：乳がん検診よる 1000 人に 1 人の死亡防止効果というメリットと、偽陽性による不要な全身精密検査というデメリットを具体的な数値で示し、受診者がどの程度リスクを容認し、受診意向にどのように反映されるかを評価

【設問３：前立腺がん検診】

- 内容:「ある検査では、1500 人受診すると 1 人の前立腺がんによる死亡を防ぐことができるというメリットがあります。一方で、1500 人中 120 人が精密検査対象となり、最終的に 36 人が『がんと診断』されますが、その中には進行が遅く、本来治療が不要と考えられる前立腺がんが含まれる可能性があります。これらのメリットとデメリットを考えたとき、あなたはこの前立腺がん検診を受けたいと思いますか？」
- 想定がん検診:前立腺がん検診
- 意図：前立腺がん検診による 1500 人に 1 人の死亡防止効果と、過剰診断（治療が不要なケースを含む）のリスクを具体的な数値で示し、受診者がデメリットをどの程度重視し、受診意向にどのように反映されるかを評価

【設問４：大腸がん検診の精密検査】

- 内容:「あなたは事前検査の結果、精密検査の受診を勧められました。その精密検査は身体的に負担のある検査ですが、100 人受診すると 2 人にがんが見つかり治療が必要になり、また 5 人にポリープが見つかり、切除することでがん予防が期待できます。あなたはこの精密検査を受けますか？」
- 想定がん検診:大腸がん検診
- 意図:便潜血検査による事前検査で異常が認められた場合に実施される精密検査（大腸内視鏡検査）における身体的負担と、がんや前がん状態の早期発見・予防効果という具体的なメリットを示し、受診意向にどのように反映されるかを評価精密検査を受けるかどうかを評価

データの集計と分析

各設問における「受ける／多分受ける」と回答した割合を、性別、年代、従業員規模、学歴別に集計した。各検診の受診意向を目的変数とし、性別、年齢、学歴、企業規模、年収、喫煙歴、飲酒歴、運動習慣を説明変数としてロジスティック回帰分析を行い、多変量モデルにより関連要因を検討した。

3．研修プログラム改善

これらの結果を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムの内容を見直した。

7）職域がん検診マニュアルに基づいたモデル研修プログラムの開発（森、五十嵐）

本研究は、令和 5 年度から令和 7 年度にかけて段階的に実施した。

1．研修ニーズの把握（令和 5 年度）

健康保険組合、事業場、産業保健職、健診機関など、職域がん検診に関わる組織を対象としてインタビュー調査を実施した。調査では、職域がん検診の実態や課題、意思決定の過程、教育研修に対するニーズなどについて聴取した。得られた内容を整理し、研究班会議において研修対象者や研修内容について検討した。

2．研修プログラムの開発およびモデル実施（令和 6 年度）

前年度の調査結果を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムを開発した。研修対象は、産業医、衛生管理者・産業保健看護職、健康保険組合担当者、健診機関営業担当者とした。

研修プログラムは以下の 4 要素で構成した。

1）研修の背景および目的の説明

2）研修動画を用いた知識の確認

3）シナリオを用いたグループ討論

4）職域がん検診の企画に関する考え方の整理

各研修終了後にはアンケート調査を実施し、研修内容の理解度や有用性について評価した。

3．教育コンテンツの普及（令和 7 年度）

これまでの研修で用いたシナリオや教材を基に、職域がん検診に関する e-Learning サイトを構築した。また、マニュアルの普及と職域がん検診に関する理解促進を目的として、産業保健職、健康保険組合担当者、労働衛生機関担当者などを対象としたウェビナーを開催した。ウェビナー参加者に対してアンケート調査を行い、理解度や研修内容の評価を収集した。

参考）

https://www.ohpm.jp/elearning/index.html

8）「職域保険者におけるがん検診の精度管理指標算出システムの実装に関する研究」（小川）

本研究は、（１）レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題、（２）実装化への課題解決に向けた取り組み、から構成されている。

（１）レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題は、先行研究において構築したがん検診の精度管理指標算出を可能にするシステム「保険者向けがん検診精度管理システム（仮称、以下、試用版システム）」の試用を通じて、その課題の把握を実施した。

（２）実装化への課題解決に向けた取り組みについては、試用版システムより明らかになった課題の解決に向けた取り組みについて概説した。

9）労働者のがん検診受診率の推移およびがん長期生存率の職業格差（財津）

【研究１】

１．研究デザイン

本研究は The Japan COVID-19 and Society Internet Survey Study（JACSIS）および The Japan Society and New Tobacco Internet Survey

（JASTIS）の各年のデータを用いた横断研究である。

2.　研究対象者

職種によるがん検診受診率の分析においては、2023 年（9 月・11 月）（以下、2023 年調査）と 2024～2025 年（2024 年 12 月～2025 年 1 月）（以下、2024 年調査）の JACSIS の調査に回答し、保安職とその他の職業に従事している者を除外した現役の労働者とした（表 1)。対象の年齢は、各がん検診の受診が推奨される年齢に基づき、大腸がん、肺がん、胃がんおよび乳がん検診は 40～64 歳、子宮頸がん検診は 30～64 歳とした。さらに前立腺がんについては 50～64 歳とした。その結果、2023 年調査と 2024 年調査における対象者は、大腸がん、肺がんおよび胃がん検診では同一の対象者であり、それぞれ 7,038 人(女性 2,929 人)、7,646 人（女性 3,181 人）であった。乳がん検診では、それぞれ 2,929 人、3,181 人（いずれの年も全て女性)、子宮頸がんでは 4,252 人、4,720 人であった。前立腺がんにおいては、2,348 人、2,591 人であった。職種別の対象者の年齢および性別の詳細は表 1 に示す。

労働者全体の分析においては、2023 年調査と 2024 年調査に加えて、2026 年の JASTIS 調査（以下、2026 年調査）のデータを加えた。保安職とその他の職業に従事している者を含めた現役労働者全体を対象とした（表 2)。各がん検診における対象年齢は職種による分析と同様とした。2023 年調査、2024 年調査、2026 年調査それぞれの対象者は、がん検診ごとに以下の通りである。

2023 年調査
・大腸がん・肺がん・胃がん検診：8,756 人(女性 3,731 人)
・乳がん検診：3,731 人(全て女性)
・子宮頸がん検診：5,302 人
・前立腺がん検診：2,915 人
2024 年調査
・大腸がん・肺がん・胃がん検診：9,464 人（女性 4,006 人）
・乳がん検診：4,006 人(全て女性)
・子宮頸がん検診：5,826 人
・前立腺がん検診：3,219 人
2026 年調査
・大腸がん・肺がん・胃がん検診：10,103 人（女性 4,577 人）
・乳がん検診：4,577 人(全て女性)
・子宮頸がん検診：6,751 人
・前立腺がん検診：3,257 人

また、労働者全体の分析における対象者の年齢と性別の詳細は表 2 に示す。

3．がん検診受診率

アウトカムはがん検診の受診率とした。対象とする検診は、大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、子宮頸がんおよび前立腺がん検診とし、大腸がん、肺がん、胃がん、前立腺がんについては過去 1 年間、乳がんと子宮頸がんについては過去 2 年間の受診状況を各年の調査にて収集し、分析した。

4．職種

職種によるがん検診受診率の分析においては、職種を曝露とした。最長職歴に基づき、upper non-manual 職種（専門職・管理職)、lower non-manual 職種（事務・販売・サービス）および manual 職種（製造・建設・運輸等）の 3 つに分類した。

【研究 2】

1．研究デザイン

神奈川県地域がん登録において、1992 年から 2015 年の間に初発がんと診断された 20～65 歳の患者を対象とした。登録症例 851,547 例のうち、

年齢基準外、職業情報欠損、無職・学生・専業主婦、特殊職（警察、自衛隊等）を除外し、最終的に 41,632 例を解析対象とした。

2. 全死亡およびがん特異的死亡

主要アウトカムは全死亡、副次アウトカムはがん特異的死亡とした。追跡期間は診断日から死亡または最終追跡日までとし、最大 10 年間とした。がん特異的死亡の解析では、他の原因による死亡は打ち切りとした。

3. 職種

最長職歴を、upper non-manual 職種（専門職・管理職)、lower non-manual 職種（事務・販売・サービス)、manual 職種（製造・建設・運輸等）および primary industry（農林水産業）の 4 つに分類した。

10）産業医・健康保険組合がん検診担当者を対象とした「がん検診マニュアル」の普及啓発活動とその評価（中澤）

本研究は、産業医・健保組合におけるがん検診担当者への対面、あるいはオンライン研修の実施とオンライン質問票調査からなる横断研究である。対象者は、産業医の場合には、主に医師会認定産業医講の習会受講者に対して、健保担当者については、日本の健保に現在勤務し、がん検診事業の企画・運営に関与している職員とした。健保に勤務し、本研究の勉強会を企画した紹介者を通じて研修会の案内を行い、参加希望を示した健保の担当者を募集した。研究参加への同意確認は、紹介者から対象者へ電子メールで同意説明文書を送付し、参加意思を確認する方法で行った。

評価にしては、パイロット研究を通じて、その評価項目の妥当性評価、フィージビリテイ調査を行い、最終のオンライン研修会にて　本評価検証を実施した。

産業医研修会についての資料は、当該研究のホームページに掲載している（参考資料 1)。また、健保組合への研修資料についても作成した。産業医研修会では、1 時間を単位として、健保の担当者を対象として、1 回あたり 1〜1.5 時間にて対面、オンライン講義を実施した。講義の詳細は参考資料 2 に示した。講義は、全て研究代表者の立道昌幸が実施した。パイロットとして義前後、本調査では講義後にオンライン質問票への回答を収集し、回答時にあらかじめ研究参加への同意を確認した。同意が得られなかった者および回答に欠損のあった者は解析対象から除外した。

質問票の主な項目は補足資料 3 に示した。

質問項目には、健保の種別（単一企業型健保または総合型健保)、業種、担当者の考え方に関する項目（2 項目)、マニュアル認知に関する項目、がん検診各項目に対する補助の実施状況、精度管理に関する認識、ならびにホームページ、動画、講義に対する印象を含めた。担当者の考え方に関する項目のうち、マニュアル遵守志向は、Q3「補助すべき検診項目は必要なものに限定すべきである」への回答に基づいて定義した。マニュアル認知については、「認知あり」「認知なし」の 2 群に分類した。

対象者の基本属性として、健保の種別および業種を把握した。業種の分類がその他・分類不能の場合は除外した。マニュアル認知、がん検診に対する補助の実施状況、および担当者の考え方（2 項目）との関連を検討するため、カイ二乗検定、Fisher の正確性検定、または Cochran-Mantel-Haenszel 検定を用いて p 値を算出した。さらに、講義、ホームページ、動画に対する印象については記述統計により示した。統計解析には SAS software version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) を用いた。

11）職域におけるがん検診マニュアルの普及啓発

に関する研究班活動の総括調査（酒井）

1．研究デザイン

3 種類のオンラインでのアンケート調査①ウェブサイトについての調査、②啓発動画についての調査、③精度管理についての調査を実施した。いずれもインターネット調査会社の登録モニターを対象として、対象者選定にあたって、研究参加へ同意した 20 歳以上の日本在住就労者、かつ「定期健康診断やがん検診の実施・運営、またはその案内に関わる仕事」に従事している者を特定した。また、がん検診の企画内容、予算、契約先などについて最終的な決裁権を持つ者、もしくは企画立案、サービス・業者の選定、予算案の作成など、決裁に大きく影響する提案を行う立場である者を対象とした。さらに、職場について(a)企業・事業所、(b)健康保険組合・共済組合・協会けんぽ、(c)自治体・行政機関、(d)健診機関や医療施設、(e)その他から選択を求め、その選択によって以下の調査に振り分けた。

①ウェブサイト認知調査では、(a)企業・事業所、(d)健診機関や医療施設の選択者を対象とした。

②啓発動画についての調査では、(a)企業・事業所、(b)健康保険組合・共済組合・協会けんぽの選択者を対象とした。

③健康保険組合の健診担当者を対象とした調査では、(b)健康保険組合・共済組合・協会けんぽの選択者を対象とした。この調査では、スクリーニングが厳しく、十分なサンプル数が期待できなかったため、がん対策企業アクションへの参加企業などに対して、メーリングリストを活用して機縁法による回答募集も実施した。

2．アンケートの質問項目

①ウェブサイトの認知についての調査

質問項目は、図 1 に示すウェブサイトについて、(1)知っていて、2 回以上アクセスしている(2)知っていて、1 回アクセスしたことがある(3)知っているが、アクセスはしたことがない(4)知らないから回答を求めた。ここで(1)(2)を選択した人には、ウェブサイトの主要な 4 つのコンテンツの利用経験について、すなわち、望ましい検診のあり方の記事の閲覧、検診の企画・運用についてフローチャートにそった動画視聴、５種類のがん検診の動画視聴、偽陽性の動画視聴について、あり、なし、わからないから回答を求めた。

他のウェブサイトとの認知の比較をするために、「がん対策推進企業アクション」
https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/
「がん情報サービス」
https://ganjoho.jp/public/index.html
「肝炎情報センター」
https://www.kanen.jihs.go.jp/、
「知って肝炎」https://www.kanen.org/
「検診／健診ナビ」https://gankenshin.jp/
「こころの耳」https://kokoro.mhlw.go.jp/
について(1)知っていて、2 回以上アクセスしている(2)知っていて、1 回アクセスしたことがある(3)知っているが、アクセスはしたことがない(4)知らないから回答を求めた。正確な回答を収集するためにそれぞれについて必ずウェブサイトのリンクを開かなければ回答できないように設定した。

マニュアルの主観的な認知を問う問題として、厚生労働省が 2018 年に公表した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を知っているか問い、(1)知っている(2)名前は聞いたことがあるが、内容はわからない(3)名前を聞いたこともない、から択一式で回答を求めた。

がん検診についての客観的な知識を問う問題として、推奨されているがん種、対象年齢、検査間隔について設定した。まず、指針で推奨されるがん検診に当てはまるものをすべて選択するように求めた。選択肢は(1)胃がん、(2)肺がん、(3)大腸がん、(4)子宮頸がん、(5)乳がん、(6)甲状腺

がん、(7)前立腺がん、(8)卵巣・子宮周辺のがん、(9)肝臓・腎臓・膵臓・胆のうのがん、(10)いずれも当てはまらない、として(1)から(9)はランダム順に出現させた。次に、推奨されているがん種(1)～(5)のそれぞれの推奨年齢について(i)20 歳以上(ii)30 歳以上(iii)40 歳以上(iv)50 歳以上(v)60 歳以上(vi)年齢によらずに推奨されているから回答を求めた。さらに(1)～(5)の推奨間隔について、(i)毎年(ii)2 年に 1 回(iii)3 年に 1 回(iv)上記以外からそれぞれ選択を求めた。

②啓発動画についての調査

指針に基づくがん検診を推奨する 8 分間の動画を視聴させた

https://www.youtube.com/watch?v=RyxJyweNOuQ

動画の前半では若い世代へのがん検診や腫瘍マーカー検査で偽陽性などの不利益があること、具体的にはがんの見逃し、過剰診断、偶発症について説明した。中盤では、適切ながん検診には、死亡率減少、早期発見による侵襲性の低い治療選択、早期の社会復帰のメリットがあることを解説した。メリットを最大化するために、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に基づいて企画することが重要であるとし、受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率などのプロセス指標で評価、管理することを推奨した。後半では、陽性時の精密検査の重要性を検診前から伝えておくこと、受診勧奨を見据えてデータ利用に関する同意を事前に得ておくことを提案した。正確な回答を求めるために、動画視聴が完了しない限り、次の質問に回答できないように設定した。視聴後は、主観的評価として以下の 7 項目 (a)この動画は私に関係がある(b)この動画は明瞭で理解しやすい(c)この動画は受診者として必要な情報をすべて提供している(d)この動画は啓発資料として受け入れられる(e)この動画について考えたくない(f)この動画を見たら、家族や友人と話す気になる(g)この動画を見たら、マニュアルに基づくがん検診を受けたいと思うについて「とてもそう思う」から「全くそう思わない」の 5 件法で回答を求めた。さらに、動画の中で印象的だったことを自由回答で求めた。

③精度管理についての調査

基本的な知識を問うために、精度管理の評価・モニタリングで国が収集体制の検討を求めている主要指標について、(1)対象者数(2)受診者数(3)要精検率(4)精検受診率(5)陽性反応的中度 (PPV)(6)がん発見率(7)感度(8)特異度(9)わからない(10)当てはまるものはないから当てはまると思うものを全て選択するように求めた。(1)から(8)の選択肢はランダム順に出現させた。

具体的な知識を問うために、受診率、精検受診率、偽陽性の意味として、適切なものを選択させた。受診率は、選択肢(1)社員全人数のうち検診を受けた人の割合(2)検診の対象者のうち検診を受けた人の割合(3)検診を希望した人のうち検診を受けた人の割合(4)検診の案内を送付した人のうち検診を希望した人の割合(5)検診を受けた人のうち要精密検査となった人の割合(6)わからないから回答を求めて、(2)を正解とした。精検受診率は、選択肢(1)一次検診を受けた人のうち、精密検査を受けた人の割合(2)一次検診を受けた人のうち、要精密検査となった人の割合(3)要精密検査と判定された人のうち、精密検査を受けてその結果が把握できた人の割合(4)要精密検査と判定された人のうち、がんが見つかった人の割合(5)精密検査を受けた人のうち、がん治療のために医療機関を受診した割合(6)わからないから回答を求めて、(3)を正解とした。偽陽性は、選択肢(1)実際にがんの人を検査で陰性と判定したこと(2)実際にがんでない人を検査で陽性と判定したこと(3)実際にがんの人を検査で陽性と判定したこと(4)実際にがんでない人を検査で陰性と判

定したこと(5)判定不能で再検査になったこと(6)わからないから回答を求めて、(2)を正解とした。

回答者の所属施設において、プロセス指標の把握状況を調査した。対象者数、受診者数、要精検率、精検受診率、がん発見率についてそれぞれ、把握している、把握していない、わからないの 3 つの選択肢から回答を求めた。対象者数と受診者数についてどちらも把握している場合には、受診率を把握していると解釈して、2023 年 12 月に須賀氏らを中心に本研究班で実施した調査結果とプロセス指標の把握状況を比較した。

指針に基づくがん検診のさらなる推奨に向けて、問題点を整理するために 2 つの自由回答の設問を設けた。1 つ目は、精度管理の指標を評価する上で、課題と感じていることについて回答を求めた。2 つ目は、国の推奨するマニュアルに、どこまで準ずるべきかについて回答者の意見を求めた。

3. 統計分析

各調査項目について、回答者数および割合を算出し、記述的に集計した。啓発動画に対する主観的評価は、5 件法の回答を 1 点から 5 点に数値化し、各項目の平均点を算出した。精度管理に関する調査では、楽天インサイト登録パネルによる回答と機縁法による回答を分けて集計した。また、プロセス指標の把握状況については、2023 年 12 月に研究班で実施した調査結果と比較した。自由回答は、記述内容を確認したうえで、主要な意見や課題を整理し、内容に基づいて分類した。

C．結果

1）動画コンテンツとホームページ

コンテンツの作成と動画作成

① がん検診導入に際してマニュアルに基づき実施する必要性を訴えた導入動画（動画A）

② 「職域におけるがん検診に関するマニュアル」完全版の作成 （動画B）

③ 「マニュアル」の普及版（動画C）

④ 各指針に基づくがん検診の対象年齢、検査方法、診断医の要件、判定結果、その後の対応に関する完全動画

⑤ 精検受診勧奨の留意点の動画
健保組合が精検受診勧奨する場合の注意動画（動画E）

⑥ 会社で精検受診勧奨する場合の留意点（動画F）

⑦ 社員用の啓発動画

⑧ 精度管理に関する説明動画

ならびにそれらを補完する ＨＰホームページの作成を行った。



https://seika2.med.u-tokai.ac.jp/index.html

これらの動画を掲載したＨＰの URL を以下のルートで配信を行った。

１）がん対策企業推進アクションのパートナー企業に５０００社に対して

２）全国労働者連合会加盟団体を通じて、受託企業、健保に対して

３）保険者機能推進する会の参加健保に対して

４）健診代行機関を通じて、取引のある会社、健診機関、健保組合

５）これまで研修会を実施し、参加健保に対して

この認知度に関する評価については、別途方法論を含めて研究協力者である酒井洸典から報告する。

2）職域版検診機関用のチェックリスト（齊藤）

1. CL 作成対象がん種 CL 作成が可能と考えられたがん種および検診手法は以下のとおりである。

・胃がん：バリウム検査、上部消化管内視鏡検査
・肺がん※1：胸部 X 線単純撮影
・大腸がん：便潜血検査
・子宮頸がん※2：子宮頸部擦過細胞診単独法
・乳がん：マンモグラフィー単独法

※1 肺がん検診の検査手法については、研究開始当初の R5 年度時点では、職域マニュアルおよび指針のいずれにおいても「胸部 X 線単純撮影＋喀痰細胞診」とされていたため、当初はこれを CL 作成対象とした。その後、R7 年度に指針から喀痰細胞診の記載が削除されたことを踏まえ、本研究でも「胸部 X 線単純撮影」に改編した。

※2 子宮頸がん検診では、子宮頸部擦過細胞診単独法に加え、HPV 検査単独法が R5 年度から指針に記載された。しかし、HPV 検査単独法はモデル事業的に開始されたものであり、今後大幅な変更の可能性もあったため、本検討における CL 作成対象からは除外した。

2-1. CL 案作成可能性の検討： 住民検診向けの体制を前提とした表現や、職域に適用するには意図が通じにくい表現を調整することにより、「職域検診用 がん検診実施機関に求める精度管理チェックリスト」案の作成が可能であった。

2-2. 職域のがん検診実施機関における精度管理アンケート調査結果：回答は、3,834 施設中 762 施設（19.9%）から得られた。

（1）がん検診の実施体制

・大腸がん検診提供機関 722 機関中、便潜血検査を実施している機関は 718 機関（99.6%）であり、指針外かつ職域マニュアル記載外の大腸内視鏡検査を実施している機関は 154 機関（22.7%）であった。

・乳がん検診提供機関 497 機関中、マンモグラフィーを実施している機関は 449 機関（90.3%）であり、指針外かつ職域マニュアル記載外の視触診は 191 機関（38.4%）、超音波検査は 402 機関（80.9%）で実施されていた。

・子宮頸がん検診提供機関 417 機関中、医師採取による子宮頸部細胞診を実施している機関は 417 機関（97.2%）であり、指針外かつ職域マニュアル記載外の自己採取細胞診は 33 機関（7.7%）、医師採取 HPV 検査は 210 機関（49.0%）、自己採取 HPV 検査は 10 機関（2.3%）で実施されていた。以下、指針および職域マニュアルに基づく妥当な検診方法を実施している機関を対象に集計した。

・適切な対象年齢の者に検診を提供している機関の割合は、大腸がん検診 15.9%、乳がん検診 30.1%、子宮頸がん検診 19.4%であった。

・がん種ごとの適切な検診間隔で検診を提供している機関の割合は、大腸がん検診 64.7%、乳がん検診 27.4%、子宮頸がん検診 18.5%であった。

（2）受診者への説明

・「すべての受診者」に説明している機関は、大腸がん検診 52.4%、子宮頸がん検診 57.7%、乳がん検診 55.4%であった。

（3）システムとしての精度管理

・プロセス指標の算出について、大腸がん検診では、要精検率、精検受診率を把握している機関の割合、および一切算出していない機関の割合が、それぞれ 36.0%、25.6%、62.2%であった。これに対し、乳がん検診では 50.3%、37.2%、47.4%、子宮頸がん検診では 51.3%、36.5%、46.5%であり、大腸がん検診では他の 2 がん種に比べ把握状況が不良であった。 ・プロセス指標を用いた事業評価や改善の実施については、大腸がん検診では 14.3%の機関が積極的に実施、70.2%が可能な範囲で実施と回答した。これに対し、乳がん検診では 20.3%、66.5%、子宮頸がん検診では 16.6%、70.0%であり、何らかの努力を行う姿勢

については、3 がん種で大きな差はみられなかった。

3. 汎用化のための CL 提示

上記結果を踏まえ、5 がんに対して検診実施機関が自らセルフチェックできる形式となるよう文言を整備し、CL を提示した。

3) 労働者向け指針に基づくがん検診の普及に向けた動画教材の開発と検証（酒井）

1. 対象者の基本属性

対象者の属性を表１に示す。対象者の平均年齢は48.9歳であり、年齢階級では50-60歳が647名（53.9%）と最も多かった。未婚者は521名（43.4%）であった。教育歴では、大学卒業が502名（41.8%）と最も多く、大学卒業以上の者は584名（48.7%）であった。世帯収入は400万円以下が310名（25.8%）と最も多かった。

動画視聴前のがん検診に関する選好では、指針に基づくがん検診を希望した者が565名（47.1%）で最も多かった。一方、指針とは異なるがん検診を受けたい旨の回答をした者は383名（31.9%）であった。

表 1.回答者の属性

	全員	動画 A 群	動画 B 群	動画 C 群
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
合計	1200(100)	400(100)	400(100)	400(100)
年齢				
平均（標準偏差）	48.9(7.4)	49.1(7.5)	48.3(7.8)	49.2(7.3)
30 歳代	162(13.5)	48(12.0)	65(16.2)	49(12.2)
40 歳代	391(32.6)	131(32.8)	133(33.2)	127(31.8)
50 歳以上	647(53.9)	221(55.2)	202(50.5)	224(56.0)
教育歴				
大卒以上	593(49.4)	189(47.3)	197(49.3)	207(51.8)
世帯収入（万円）				
400 未満	310(25.8)	115(28.7)	99(24.8)	96(24.0)
400 以上 600 未満	270(22.5)	90(22.5)	100(25.0)	80(20.0)
600 以上 800 未満	240(20.0)	80(20.0)	71(17.8)	89(22.2)
800 以上 1000 未満	163(13.6)	48(12.0)	58(14.5)	57(14.2)
1000 以上 1200 未満	98(8.2)	24(6.0)	32(8.0)	42(10.5)
1200 以上 1500 未満	70(5.8)	27(6.8)	26(6.5)	17(4.2)
1500 以上	49(4.1)	16(4.0)	14(3.5)	19(4.8)
がん検診の選好				
指針に基づく	565(47.1)	177(44.2)	183(45.8)	205(51.2)
指針に基づかない	383(31.9)	135(33.8)	136(34.0)	112(28.0)
受けたくない	67(5.6)	18(4.5)	25(6.2)	24(6.0)
わからない	185(15.4)	70(17.5)	56(14.0)	59(14.8)

2. 指針に基づくがん検診への選好

主要評価項目である、動画視聴後に指針に基づくがん検診を選好したかについて、多変量ロジスティック回帰分析を行った。説明型の動画Aを基準とした場合、乳がん検診に関する事例提示型の動画Bの調整オッズ比は0.89（95%信頼区間：0.59-1.32）、腫瘍マーカー検査に関する事例提示型の動画Cの調整オッズ比は0.98（95%信頼区間：0.65-1.46）であった(表2)。

表 2.主要評価項目の結果

	調整オッズ比*	95%信頼区間
動画		
A	1.00	
B	0.89	0.59 - 1.32
C	0.98	0.65 - 1.46

*性別、年齢、教育歴、視聴前のがん検診の選好で調整

3. 動画教材に対する主観的評価

動画教材に対する7項目の主観的評価を、動画群および性別ごとに比較した。動画Bについては、性別による評価の違いが認められた。動画Bは30歳代女性の乳がん検診に関する事例を扱った教材であり、「この動画は私に関係がある」という関連性の評価は、女性で3.54（95%信頼区間：3.40-3.69）に対して、男性で2.55（95%信頼区間：2.39-2.71）と低い結果であった。また、「この動画を見たら、指針に基づくがん検診を受けたいと思う」という項目も、女性で3.66（95%信頼区間：3.53-3.79）に対して男性で3.28（95%信頼区間：3.14-3.42）と低い評価であった。

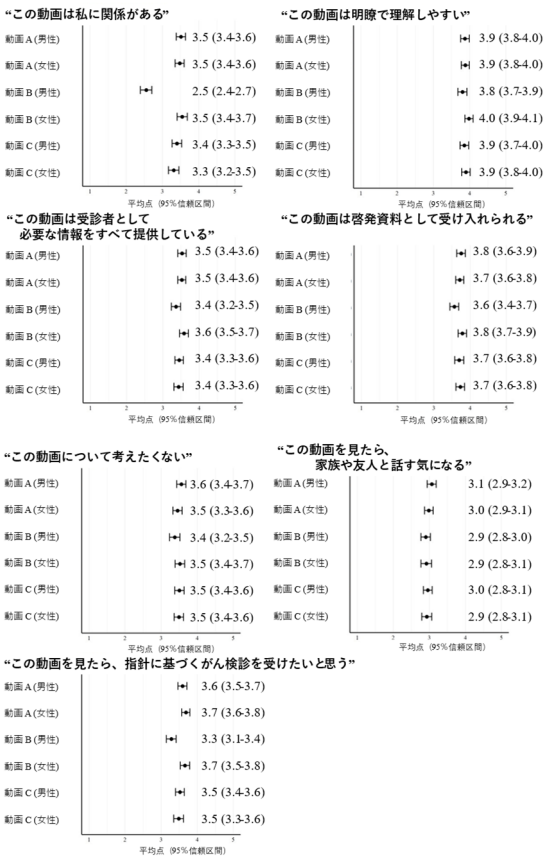


図1. 動画教材に対する主観的評価

4. 全員を対象とした視聴前後の選好比較

全対象集団の前後比較として動画視聴前後におけるがん検診に関する選好の変化を検討した。その結果、動画視聴前後で、指針に基づくがん検診への選好には統計学的に有意な変化が認められた（McNemar検定、p＝0.04）。

動画視聴前に指針とは異なるがん検診を受けたい旨の回答をしていた383名のうち、91名（23.8%）は、動画視聴後に「指針に基づいてがん検診を受けたい」へと選好が変化した。一方で、283名は指針に基づかないがん検診への選好を維持していた。動画視聴後に指針に基づく方向とは逆に変化した者も57名認められた。

5. 選好が変化した対象者の特徴

動画視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた者について、視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した者を「有効群」、選好が変化しなかった者を「不変群」、指針に基づくがん検診への選好から指針に基づかないがん検診への選好に変化した者を「逆効果群」として比較した（表3）。

有効群は91名、不変群は283名、逆効果群は57名であった。年齢、性別、教育歴、世帯収入については、3群間で統計学的に有意な差は認められなかった。一方、過去2年間に毎年大腸がん検診を受けていた者の割合は、有効群で57.1%、不変群で52.7%、逆効果群で43.9%であり、3群間で有意差が認められた（p＝0.04）。また、総回答時間の中央値は、有効群459秒、不変群464秒、逆効果群436秒であり、統計学的有意差はなかったものの、逆効果群では回答時間がやや短い傾向を認めた。

表 3. 有効群、不変群、逆効果群の特徴

	有効群	不変群	逆効果群	
	人(%)	人(%)	人(%)	p 値
人数	91(100)	283(100)	57(100)	
年齢				
平均（標準偏差）	50.0(7.1)	48.5(7.6)	48.8(7.8)	0.26
30 歳代	8(8.8)	43(15.2)	7(12.3)	0.61
40 歳代	31(34.1)	85(30.0)	17(29.8)	
50 歳以上	52(57.1)	155(54.8)	33(57.9)	
性別				
女性	49(53.8)	138(48.8)	29(50.9)	0.7
教育歴				
大卒以上	48(52.7)	152(53.7)	23(40.4)	0.18
世帯収入（万円）				0.93
400 未満	22(24.2)	66(23.3)	16(28.1)	
400 以上 600 未満	17(18.7)	56(19.8)	12(21.1)	
600 以上 800 未満	23(25.3)	52(18.4)	12(21.1)	
800 以上 1000 未満	13(14.3)	43(15.2)	6(10.5)	
1000 以上 1200 未満	6(6.6)	29(10.2)	5(8.8)	
1200 以上 1500 未満	7(7.7)	19(6.7)	4(7.0)	
1500 以上	3(3.3)	18(6.4)	2(3.5)	
大腸がん検診				0.04
過去 2 年毎年	52(57.1)	149(52.7)	25(43.9)	
過去 2 年 1 回	12(13.2)	15(5.3)	4(7.0)	
過去 2 年以前あり	4(4.4)	38(13.4)	11(19.3)	
なし	23(25.3)	76(26.9)	16(28.1)	
わからない	0(0.0)	5(1.8)	1(1.8)	
総回答時間				0.22
25%値	366	383	356	
中央値	459	464	436	
75%値	603	600	522	

4）健康保険組合と働く人に対するアンケート調査（須賀）

2023 年度「職域におけるがん検診に関するアンケート調査」の結果から、がん検診は「健康保険組合が主導し、事業所と共同で実施」するか

「健康保険組合が単独で実施」するところが大多数で、がん検診の種類や方法は「他団体のがん検診の内容を参照」するか「委託先の健診機関から提案」されたものから決定するところが多かった。5 大がん（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頚がん）はほとんどが実施していたが、マニュアルに定められたよりも低年齢を対象とするところが多かった。

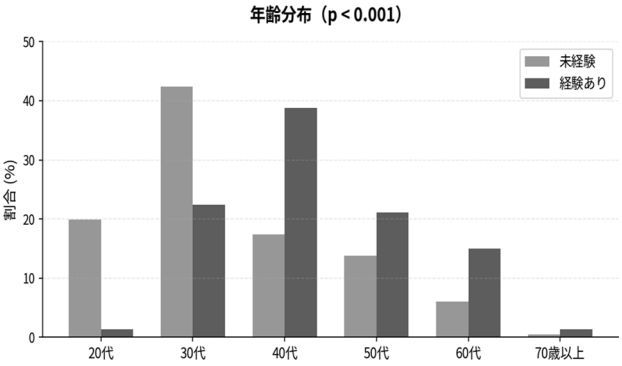
2023 年度「働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査」の結果から、がん検診の案内を受け取ったのは市町村が最も多く、健康保険組合と企業から受け取った者がそれぞれ 1 割未満、どこからも届いていないと答えた者が概ね 5 割であった。がん検診を受けない理由は費用が掛かる、次いでがん検診の案内が来なかった、面倒くさいであった。がん検診に欲しいサービスは検査費用を補助してもらえる、次いで土日祝日に受けられる、勤務時間内に受けられる、定期健康診断と同時に受けられるであった。

2024 年度「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 1 弾の結果から、がん検診の受診意図は回答者の 47%にみとめられ、過去に経験があるかどうかが極めて強く影響した。多重ロジスティック回帰分析において過去の経験と基本属性を調整しても有意な関係を認めたのは、計画的行動理論に基づく主観的規範、行動コントロール感、因果律志向性の「自律志向性」、人生観の「細く長く」、価値観の「健康」、将来目標の「内発的目標」であった。

2025 年度「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 2 弾の結果から、40-64 歳男女・25-39 歳女性はマニュアル上の対象であるにも関わらず、49%ががん検診の案内状を受け取っていないと回答し、34%が受診対象と認識していなかった。一方、25-39 歳男性はいずれのがん検診も推奨されていないが、36%が受診対象と認識し、14%は受診経験があった。多重ロジスティック回帰分析において、検診情報を見聞きしたことがある者のほうが態度、主観的規範、コントロール感が良好であり、受診意図が高かった。

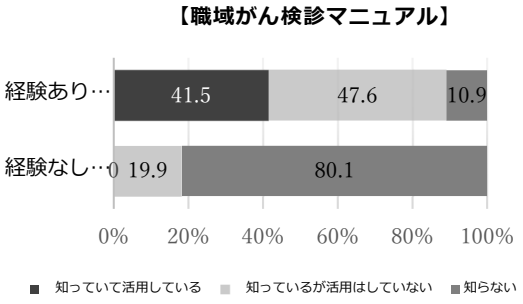
5）産業医経験の有無が、がん検診についての「情報認知」および「認識」に及ぼす影響についての調査（齊藤）

【属　性】



【職域マニュアルの認知と活用の有無】

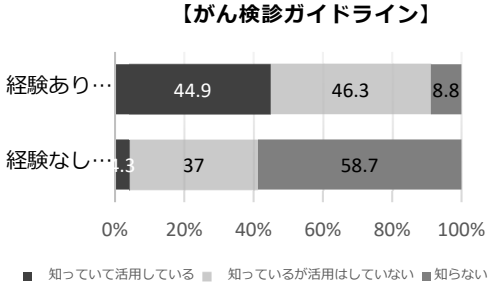
職域マニュアルの存在を少なくとも認知している者が、経験あり群では 89.1%、経験なし群では 19.9%で、経験あり群で有意に高率であった（p<0.001）。さらに活用もしていると回答した者も経験あり群で多かった。



【「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」の認知と活用】

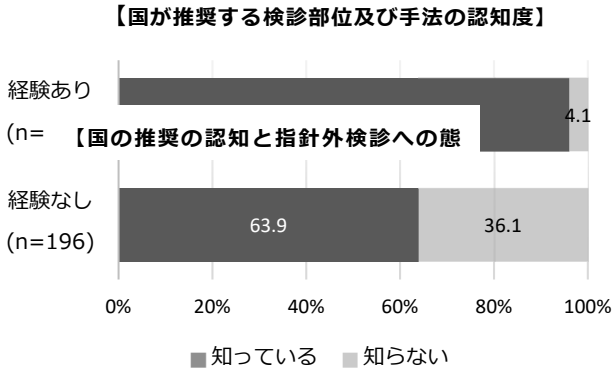
がん検診ガイドラインの認知あり（少なくとも知っている）は、経験あり群 91.2%、経験なし群

42.4%であり、経験あり群で有意に高率であった（p<0.001）。



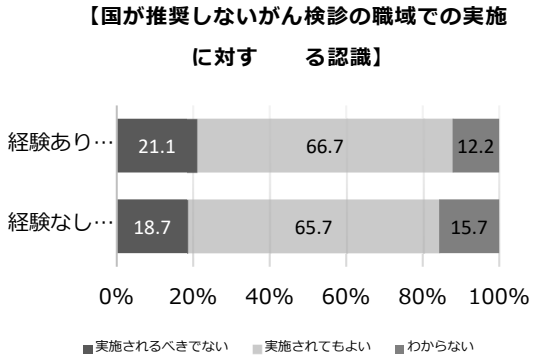
【国が推奨する検診部位及び手法の認知度】

国が科学的根拠に基づき推奨する検診部位及び手法（胃がん：胃部 X 線又は胃部内視鏡、肺がん：胸部 X 線、子宮頸がん：子宮頸部細胞診〔医師採取〕、乳がん：マンモグラフィ、大腸がん：便潜血）を認識していると回答した者は 95.9%、未経験者では 63.3%であり、認知度に有意差があった（p<0.001）。



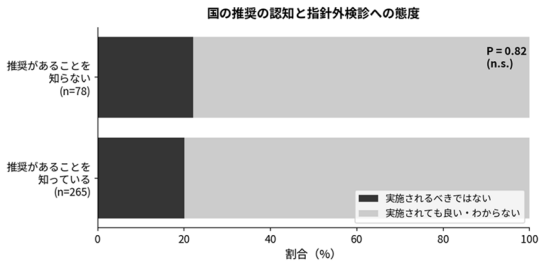
【国が推奨しないがん検診の職域での実施に対する認識】

企業や健康保険組合によって職域に関連して提供されるがん検診において、国が推奨していない検診を実施することについては、産業医経験あり群のうち 66.7%が「実施しても良い」と回答し、産業医経験なし群でも同様に容認的回答が多く、2 群間に有意差はなかった。



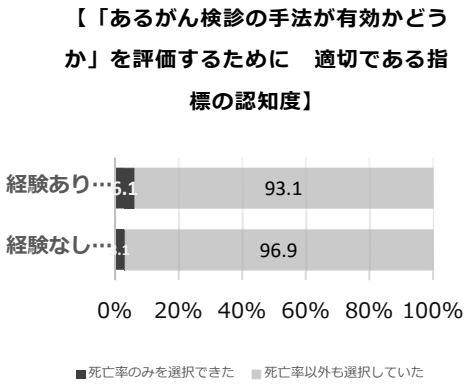
【国の推奨状況の認識と職域での実施に対する認識の関連性】

産業医経験の有無を問わず、国が推奨するがん検診と推奨していないがん検診（指針外検診）があることへの認知の有無によって、職域で国から推奨されないがん検診を実施することに対する認識を比較したところ、推奨があることを知っている群では 20.1%、知らない群では 22.1%が、国が推奨しないがん検診について「実施されるべきではない」と回答し、両群間に有意差は認められなかった。

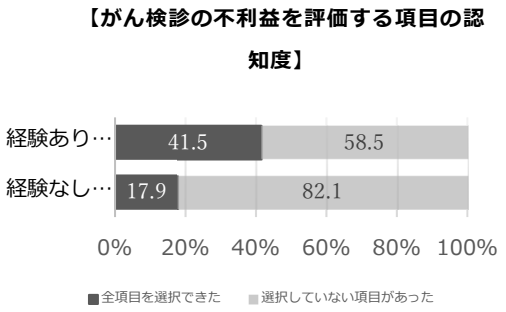


【「あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価するために適切である指標の認知度】

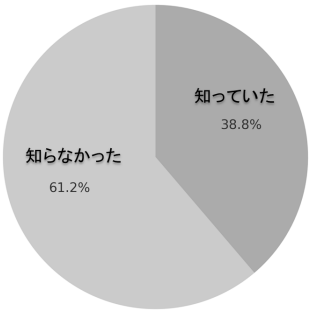
あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価する適切な指標として、死亡率のみを選択できた者は、経験あり群 9/147 例（6.1%）、経験なし群 6/196 例（3.1%）であり、両群間に有意差は認められなかった。



【がん検診の不利益を評価する項目の認知度】
がん検診の不利益について全ての項目を適切に選択できた者は、産業医経験あり群で 4 割程度に留まっていたが、産業医経験なし群ではさらに低値で、産業医経験群の方が有意に高かった（($p < 0.001$)。

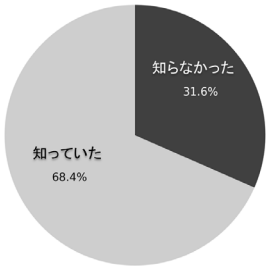


【職域におけるがん検診についての国の検討に関する認知及び意見】
国において「職域がん検診とその精度管理を企業の健康管理業務や健康保険組合の保険事業として位置付ける」検討が進められていることを「知っていた」と回答した者は 147 名中 57 名（38.3%）であった。



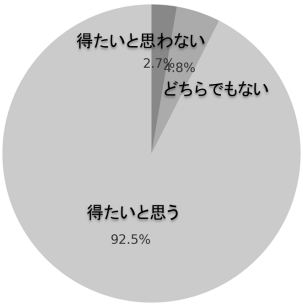
(n=147)

これらの者のうち、検討内容として「一部に産業医を関与させる議論がされている」を認識していた者は 68.4%であった。



(n=57)

また、「このような職域がん検診に関する情報を得たいか」との問いでは、92.5%が情報を得たいと回答した。



(n=147)

6)職域がん検診に労働者の意識実態調査（森、五十嵐）

1．職域がん検診の実態調査

インタビュー調査では、多くの組織が受診者のニーズに応える形でがん検診を実施していることが明らかとなり、結果的にマニュアル通りの運用が困難である実態が明らかとなった。

2．労働者調査

性別、年代、事業所規模、学歴別の受診意向結果を図１に示す。設問１（がんリスク評価検査）においては、男性が 67.5%、女性が 64.4%の割合で受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 59.9%、30 歳代で 62.5%、40 歳代で 65.3%、50 歳代で 66.9%、60 歳代で 72.7%、70 歳代で 80.8%となり、年齢の上昇とともに受診意向が上昇する傾向が確認された。従業員規模別では、1～49 人で 64.8%、50～999 人で 67.7%、1000 人以上で 66.7%であった。学歴別では、中学卒業で 48.6%、高校卒業で 61.8%、専門学校卒業で 62.3%、短大・高専卒業で 66.9%、大学卒業で 68.7%、大学院修了で 72.0%と、学歴が上がるほど受診意向が高まる結果となった。

設問２（乳がん検診）では、男性は 60.5%、女性は 54.4%の割合で受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 53.5%、30 歳代で 54.2%、40 歳代で 56.1%、50 歳代で 58.2%、60 歳代で 64.2%、70 歳代で 71.2%であり、こちらも年齢が上がるにつれて受診意向が上昇する傾向があった。従業員規模別では、1～49 人で 56.0%、50～999 人で 59.5%、1000 人以上で 60.1%であった。学歴別では、中学卒業が 41.6%、高校卒業が 54.6%、専門学校卒業が 53.5%、短大・高専卒業が 56.9%、大学卒業が 60.4%、大学院修了が 63.0%であった。

設問３（前立腺がん検診）においては、男性が 60.0%、女性が 53.2%の受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 53.5%、30 歳代で 53.1%、40 歳代で 55.6%、50 歳代で 57.3%、60 歳代で 62.6%、70 歳代で 69.5%であり、年齢の上昇に伴い受診意向が増加する傾向があった。従業員規模別では、1～49 人で 55.0%、50～999 人で 58.6%、1000 人以上で 59.8%であった。学歴別では、中学卒業が 42.3%、高校卒業が 53.0%、専門学校卒業が 53.2%、短大・高専卒業が 55.8%、大学卒業が 59.7%、大学院修了が 62.2%であった。

設問４（精密検査）では、男性が 66.4%、女性が 63.6%の受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 58.5%、30 歳代で 60.4%、40 歳代で 63.9%、50 歳代で 66.3%、60 歳代で 72.8%、70 歳代で 78.9%であり、特に高齢層で受診意向が顕著に高まっていた。従業員規模別では、1～49 人で 63.8%、50～999 人で 66.5%、1000 人以上で 65.9%であった。学歴別では、中学卒業が 47.6%、高校卒業が 61.1%、専門学校卒業が 61.1%、短大・高専卒業が 64.8%、大学卒業が 67.6%、大学院修了が 72.3%と、学歴の向上に伴い受診意向が上昇する傾向が明確であった。なお、全設問において、女性の受診意向は男性に比べやや低い結果となった。

図２に受診意向と関連要因の結果を示す。解析対象者 27,904 人の平均年齢は 46.6 歳（標準偏差 13.6）、性別は男性 54.9%であった。各設問に対する受診意向ありは、①がんリスク検査 66.1%、②乳がん検診 57.8%、③前立腺がん検診 56.9%、④大腸がん検診 65.1%であった。多変量解析の結果、高年齢(40 歳以上)、高学歴、既婚、大きい企業規模、高い年収では、4 種すべての検診に対して受診意向ありと正の関連を示した。性別は②③と正の関連を示した。また、喫煙歴なし、飲酒習慣少ない/なし、運動習慣ありといった良好な生活習慣要因も、4 種すべての検診に対して受診意向ありと正の関連を示した。

3．研修プログラム改善

研修プログラム改善として、これらの結果を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムの内

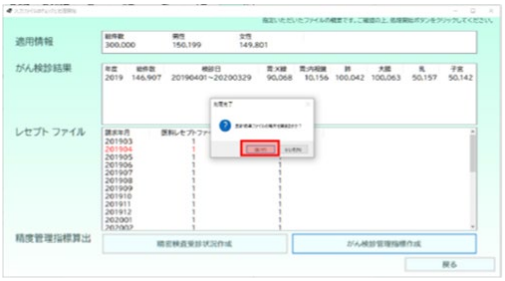
容を見直し、リスクコミュニケーションやマニュアル外検査への対応に関する内容を強化した。

7）職域がん検診マニュアルに基づいたモデル研修プログラムの開発（森、五十嵐）

C. 結果

インタビュー調査の結果、職域がん検診の内容や方針の決定は、健康保険組合の保健事業担当者、事業場の衛生管理担当者、健診機関の渉外担当者など、医療職以外の担当者が中心となって行われている場合が少なくないことが明らかとなった。また、組織の方針や企業文化、業務上の制約など、立場ごとに異なる抵抗要因が存在することが示唆された。

令和 6 年度に実施したモデル研修では、産業医研修、衛生管理者向け研修、健康保険組合担当者向け研修、健診機関営業担当者向け研修を実施した。受講後アンケートでは、理解度や有用性に関する質問項目について、9 割以上の参加者が「そう思う」または「少し思う」と回答した。



令和 7 年度に開催したウェビナーには 304 名が参加し、理解度に関する質問では 95%の参加者が「理解が深まった」と回答した。また、オンデマンド配信による受講者は 419 名であった。自由記載では、以下のような意見が寄せられた。

・検査内容の見直しを検討したいと思った
・最近よく見られるがん検診について理解が深まった
・簡便な検査が注目される一方で、偽陽性や偽陰性などの問題を十分説明する必要性を認識した
・職域ではあまり関わりのなかった分野であるが、今後の重要性が理解できた
・職場におけるがん検診の基本的な考え方を整理できた。

項目番号	タイトル	胃がん(X線)	胃がん(内視鏡)	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん	備考
A	検診受診総数	650	1,235	3,676	2,008	529	427	当該がん検診受診者数
B	陽性者数	24	47	16	138	31	14	うち 要 精密検査 判定
C	陰性者数	624	1,182	3,653	1,861	496	408	うち 陰性
D	治療中	2	6	7	9	2	5	うち 治療中
E	その他(判定不能)	0	0	0	0	0	0	うち その他(判定不能)
F	陽性者の精検受診者数	18	21	12	47	26	7	D群における「レセプト：当該がん精密検査受療判定」
G	がん患者総数	1	1	0	5	1	2	レセプト：当該がん患者判定
H	検診受診者中のがん患者総数	0	1	1	3	0	0	A群における「レセプト：当該がん患者判定」
I	真陰性者数	0	1	0	2	0	0	B群における「レセプト：当該がん患者判定」
J	陽性者の精検受診者中のがん患者数	0	1	0	1	0	0	F群における「レセプト：当該がん患者判定」
K	偽陰性者数	0	0	1	1	0	0	C群における「レセプト：当該がん患者判定」
M	偽陽性者数	24	46	16	136	31	14	B-I
N	真陰性者数	624	1,182	3,652	1,860	496	408	C-K
O	精検受診率	75.0%		75.0%	34.1%	83.9%	50.0%	F/B*100
P	要精検率	3.7%	3.8%	0.4%	6.9%	5.9%	3.3%	B/(B+C)*100
Q	がん発見率	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	H/A*100
R	陽性反応的中度	0.0%	2.1%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	H/B*100
S	陰性的中度	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	N/C*100
T	感度(真陽性率)		100.0%	0.0%	66.7%			I/(I+K)*100
U	偽陽性率	3.7%	3.7%	0.4%	6.8%	5.9%	3.3%	M/(M+N)*100
V	偽陰性率		0.0%	100.0%	33.3%			K/(I+K)*100
W	特異度(真陰性率)	96.3%	96.3%	99.6%	93.2%	94.1%	96.7%	N/(M+N)*100

8）職域保険者におけるがん検診の精度管理指標算出システムの実装に関する研究（小川）

（1）レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題

本研究で利用した「保険者向けがん検診精度管理システム」は、先行研究で開発したレセプトを用いたがん検診精度管理指標算出ロジックを活用し、厚生労働省・高齢者医療運営円滑化等補助金の「健保組合におけるがん検診精度管理算出の実用化システムを活用した精密検査受診勧奨介入事業」において構築したシステムで、本研究ではこのシステムを活用した実装化について検討した。

試用版システムは、図表 1 に示したように、分析対象のがん検診判定結果と適用データをシステムに投入し、さらに支払基金から送られてきた電算レセプトフォルダのうち、少なくとも分析対象のがん検診受診の 12 月前から 6 カ月後までを指定し実行することで、図表 2 に示したように、がん検診精度管理指標が一覧として出力されるというものである。

図表 1　保険者向けがん検診精度管理システム（仮称）入力画面

図表 2　保険者向けがん検診精度管理システム（仮称）出力結果の例

試用版システムは、上述した共同事業に参加し

た健保組合のうち約 20 組合で稼働可能であることを確認した。また、本研究においては、試用版システムの利用拡大を目的として、「保険者機能を推進する会・健診研究会」に協力いただき、研究会の参加健保に対して説明会を開催し、新たな利用組合の獲得を目指した。2024 年度時点で、8 組合前後での新規運用に向けた検討が確認されている。

2025 年度には、本システムの利用拡大を目的として、「保険者機能を推進する会・健診研究会」に協力いただき、研究会の参加健保と保険者機能を推進する会主催の「保険者フェスタ（2025 年 11 月開催）においてシステムの概要説明と活用例を紹介し、より幅広く試用の促進を試みた。

その結果として、2026 年 1 月時点で、利用希望を含め 38 組合が本システムを試用中あるいは使用に向けた準備中であった。38 組合のうち本システム試用版を受領し、実際に稼働させた健保組合は 26 組合で、精度管理指標の試算を実施した健保組合は 19 組合、また本システムを活用して精検受診勧奨を実施した健保組合は 7 組合存在することが明らかになった（図表１）。

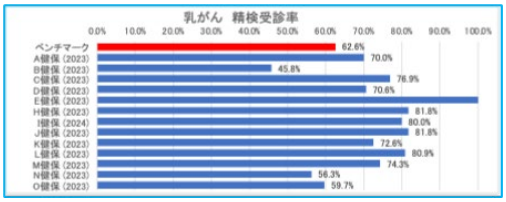
図表１　保険者がん検診精度管理システム試用健保組合数（2026 年 1 月時点）

	健保組合数
システム受領済	31
うち精度管理指標算出かつ精検受診勧奨実施	7
うち精度管理指標算出	19
うち利用準備中	5
システム利用希望・手続き中	7
合計	38

（2026年1月末時点）

精度管理指標の算出が可能であった 19 組合のうち、精度管理指標の提供が可能であった組合から受領した大腸がん検診及び乳がん検診の精検受診率を比較したところ、組合間で大きな差があることと、地域がん検診に比べて精検受診率が低い健保組合が多いことが示唆された（図表２）。

図表２　職域における精検受診率比較（乳がん及び大腸がん検診）



また、本システムを用いた精検受診勧奨を実施した健保組合のうち、精検受診勧奨の効果について検討した健保組合からの報告によると、対象の胃がん X 線、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの全てのがん種で受診勧奨により精検受診率の向上が見られ、うち最も受診勧奨の効果が大きいと推計されたのは大腸がん検診で、精検受診率は勧奨前の 27.5%から勧奨後は 37.9%に上昇したと推計され、本システムを用いた受診勧奨の効果が見られた結果となった（図表３）。

図表３　職域保険者における精検受診勧奨の効果

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
精検対象者	221	165	459	267	252
システム稼働前に自ら精検受診済	50	42	66	131	80
勧奨通知送付数	171	123	393	136	172
システム稼働後に自ら精検受診済	13	7	60	24	10
精検受診勧奨後に受診	11	10	48	20	13
精検受診済計	74	59	174	175	103
精検未受診	147	106	285	92	149
精検受診率（自ら受診、勧奨なし）	28.5%	29.7%	27.5%	58.1%	35.7%
精検受診率（受診勧奨あり含む）	33.5%	35.8%	37.9%	65.5%	40.9%
精検受診勧奨効果	5.0%	6.1%	10.5%	7.5%	5.2%

また、本システムの活用の一環として、がん治療と就労との関連について分析を実施した。詳細は、「不利益の最小化と利益の最大化が期待できる体制の構築を目指したがん検診の精度管理に関する研究」研究班令和 8 年度報告書を参照されたい。

（２）実装化への課題解決と普及に向けた取り組み

本研究で取りまとめた試用版システムの課題について、その解決と職域におけるがん検診精度管理の社会実装化に向けた現時点での取り組みは以下のとおりである。

1)がん検診判定結果の入手

がん検診判定結果が未入手の健保組合において

は、検診機関あるいは代行機関に対してがん検診判定結果の提供を打診する必要がある。その際に、一部の代行機関や検診機関では判定結果の提供を承諾しないケースも見られており、地道な交渉が必要であることが明らかになった。あるいは、厚労省などより職域がん検診の精度管理には判定結果の健保組合への提供が必須との通達が必要と考えられる。

がん検診判定結果の提供が実施されているケースの一部では、判定結果としてコード化された結果ではなく所見が提供されていることが見受けられた。試用版システムにおいては、コード化された判定結果が必要であるため、所見ではなくコード化された判定結果の入手について、今後も健診機関や代行機関と健保組合との間で交渉と授受に向けた契約などの取り組みが必要である。なお、一部の代行機関からの判定結果の提供が始まっているとの報告があり、課題解決に向けて動きつつあることを確認した。

一方で、検診機関や代行機関からがん検診判定結果の提供がなされない理由として、がん検診の結果を本人以外が入手しない方針の企業や健保組合が存在することも考えられる。これは、福利厚生制度としてのがん検診の提供に基づき、がん検診の結果の活用については、検診受診者本人の判断に委ねられるという考え方に基づいていると思われるが、がん検診によるがんの早期発見・早期治療を実現し、がん患者の両立支援の早期実現のために、がん検診の判定結果を用いた精度管理と受診勧奨が重要である。したがって、事業主や健保組合に向けて、いま一歩がん検診の精度管理の重要性について啓発活動が重要と考えられる。

検診機関や代行機関からのがん検診判定結果の入手において、データ授受のプラットフォームが存在しないことも、がん検診判定結果の入手が困難となっている理由の一つであることが明らかになった。特定健診のように決められたフォーマットの XML データでの授受の枠組みは、がん検診については現時点では整備されておらず、それぞれの健保組合と検診機関、代行機関が独自の方法でデータの授受を行なっている。その多くが csv データでのやり取りと思われるが、今後の社会実装化に向けて、データ授受のプラットフォームの構築が必要と考えられる。

2)がん検診判定結果の統一化

検診機関や代行機関でのがん検診判定結果が多様で統一されていない問題に対しては、試用版システムでは独自に判定結果の統一化を実施することにより対応している。具体的には、試用版システムを利用する健保組合において、がん検診判定を行った検診機関あるいは代行機関ごとに判定結果一覧を入手・集約して、これらの情報を統合したマスターをシステム内で構築することで、統一した判定への変換を実現した。このように、現時点ではいわば手作業でがん検診判定マスターを作成する必要があるが、試用版システムの本格的な普及と社会実装化に向けて、この点は改善の必要がある。すなわち、よりシステマティックにがん検診判定一覧の入手とシステムへの組み込みを実現するために、検診機関・代行機関との枠組みの整備が必要と考えられる。さらに、特定健康診査のような法律に基づいた枠組みを作ることで、実装化がより一層進展すると考えられ、そのために厚労省や学会などへの働きかけが必要である。

3)ロジックの精緻化

がん患者推定及びがん精密検査受診推定のロジックは、先行研究により妥当性の検討も実施されており、一定程度以上の精度での推定が可能と考えられる。しかしながら、試用版システムの利用において、いわゆる抽出漏れやエラーが報告されており、都度これらの課題を改善することで、ロジックの精緻化を実現してきた。さらに、がん精

密検査受診推定のロジックについては、厚労科研・研究班「不利益の最小化と利益の最大化が期待できる体制の構築を目指したがん検診の精度管理に関する研究」において精緻化が検討されており、今後ロジックの刷新を行う予定である。

4)事業化など試用版システムの普及に向けた検討

試用版システムの継続的な提供には、試用版システムに用いられているロジックの保守管理が必須である。また、ロジックの刷新に伴い、稼働しているシステムの刷新も必要になることから、試用版システムのメンテナンスの枠組みが必要であり、このメンテナンス機能を加味した「普及版」システムの構築が必要と考えられる。2024 年度時点で、事業者 3 社と試用版システムの実績をもとに普及版システムの構築と事業化、さらに普及版システムの継続した運用について検討中であり、今後試用版システムから普及版システムへの切り替えが期待される。

普及版システムの継続した稼働の枠組みとしては、メンテナンス枠組みが必須である。具体的には、システム運用の中核となる事務局の設置とロジックの刷新へのがん治療の専門家によるアドバイスの枠組み構築が必要と考えられる。この専門家の参加による枠組みの構築と運用については、今後の検討課題である。

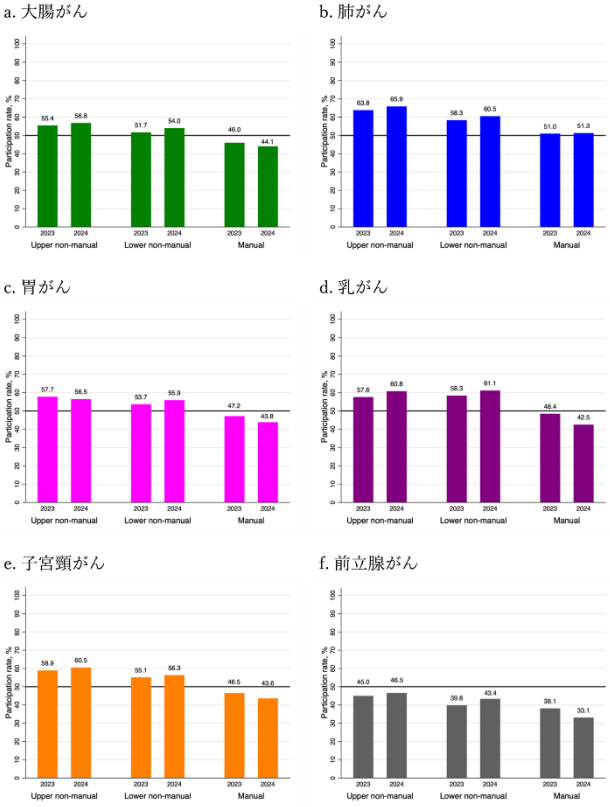
レセプトを用いたがん検診精度管理の社会実装化には、今後事業化と利用拡大を図る必要がある。利用拡大については、健保組合向けとしては、各種分析システムとがん検診精度管理システムとの統合や、基幹システムへの統合・導入など、さまざまな方法が考えられる。今後、これらの可能性について、事業者と検討する予定である。また、協会けんぽや国保など、健保組合以外の各種保険者の環境でもレセプトを用いたがん検診精度管理システムの導入が可能であることが先行研究から明らかになっていることから、健保組合以外の各種保険者へのがん検診精度管理の実装化についても、今後検討と交渉を行いたいと考えている。

9）労働者のがん検診受診率の推移およびがん長期生存率の職業格差（財津）

【研究 1 】

大腸がん、肺がん、乳がんおよび子宮頸がん検診においては、upper non-manual 職種と lower non-manual 職種においては 2023 年から 2024 年にかけて受診率が上昇した（図 1）。一方、manual 職種の受診率は、肺がん検診を除く全てのがん検診において低下した（図 1）。

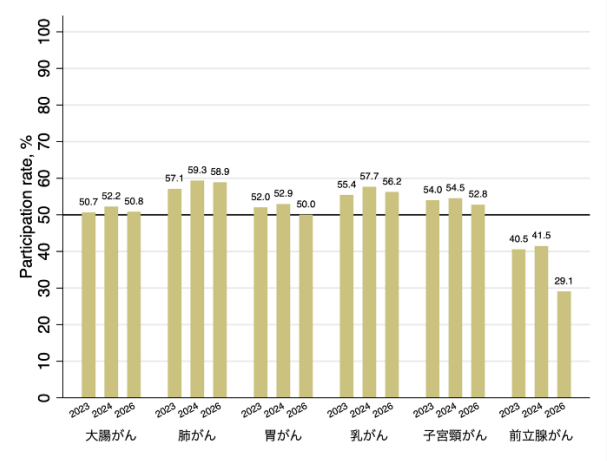
図 1　各がん検診における職種別のがん検診受診率（2023 年・2024 年）



全労働者における各種がん検診受診率は、大腸がん・肺がん・胃がん・乳がん・子宮頸がんにおいて 2023 年調査から 2024 年調査では上昇した（図 2）。一方で、前立腺がん検診の受診率は、3

年間で 40.5%→41.5%→29.1%と低下した（図 2）。

図 2　全労働者における各がん検診の受診率の推移（2023 年・2024 年・2026 年）



棒グラフ上の数値は受診率（%）を示す。

【研究 2】

10 年全生存率は 46.3%、がん特異的生存率は 52.4%であった（表 3）。職業別にみると、manual 職の予後が最も不良であり、10 年全生存率は 36.4%、がん特異的生存率は 43.5%であった（表 4）。一方、upper non-manual 職ではそれぞれ 51.5%、56.9%であり、明確な格差が認められた。この傾向は胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんなどの主要ながん種においても一貫してみられた（表 4）。

Poisson 回帰分析の結果、upper non-manual 職を基準とした場合、全死亡リスクは lower non-manual 職で 1.14 倍（95%CI 1.10–1.18）、manual 職で 1.38 倍（95%CI 1.32–1.43）、primary industry で 1.19 倍（95%CI 1.09–1.31）と有意に高かった（表 5）。同様の傾向は、がん特異的死亡においても認められた。がんステージおよび治療を調整したモデルでは、これらの格差は減弱したものの、manual 職では依然として有意な差が残存した（表 5）。

表 3 全体および主要ながん種における 10 年生存率

がん種	ICD-10	対象者，n	年齢，平均（SD）	女性, %	10 年生存率, % (95% CI)*	
					全生存率	がん特異的生存率
全がん種	C00–97, D06	41,632	54 (8)	33.7	46.3 (45.8 – 46.8)	52.4 (51.9–52.9)
がん種別						
胃がん	C16	8,465	55 (8)	23.7	50.2 (49.1 – 51.2)	57.0 (56.0–58.1)
肺がん	C33, 34	5,752	56 (7)	22.1	18.9 (17.9 – 19.9)	21.9 (20.9–23.1)
大腸がん	C18–20	7,733	55 (8)	29.4	56.9 (55.8 – 58.0)	64.1 (63.0–65.1)
乳がん	C50	6,697	49 (8)	100.0	78.2 (77.2 – 79.2)	80.0 (79.0–80.9)

* 生存率はカプランマイヤー法を用いて解析した。

略語: ICD-10, 国際疾病分類第 10 版; CI, 信頼区間; SD, 標準偏差.

表 4　最長職業別の背景特性およびアウトカム

変数	最長職種			
	Upper non-manual	Lower non-manual	Manual	Primary industry
全体				
対象者数, n	8,541	19,848	12,342	901
女性, n (%)	**2,945 (35%)**	**9,642 (49%)**	**1,257 (10%)**	**199 (22%)**
平均年齢 (SD)	**54 (9)**	**54 (8)**	**56 (8)**	**58 (7)**
診断年 (SD)	**1998 (5)**	**1998 (4)**	**1997 (4)**	**1997 (4)**
10年OS, %	**51.5**	**50.6**	**36.4**	**39.0**
10年CSS, %	**56.9**	**56.2**	**43.5**	**45.3**
予後関連因子, n†	922	1621	957	43
進行期, n (%)	**579 (63%)**	**1,017 (63%)**	**710 (74%)**	**26 (61%)**
治癒, n (%)	**902 (98%)**	**1,572 (97%)**	**906 (95%)**	**43 (100%)**
胃がん				
対象者数, n	1,623	3,735	2,887	220
女性, n (%)	**386 (24%)**	**1,417 (38%)**	**167 (6%)**	**34 (16%)**
平均年齢 (SD)	**55 (8)**	**54 (8)**	**56 (7)**	**59 (6)**
診断年 (SD)	**1997 (4)**	**1997 (4)**	**1997 (4)**	**1997 (4)**
10年OS, %	**54.7**	**52.4**	**45.2**	**44.1**
10年CSS, %	**60.4**	**58.6**	**53.5**	**50.3**
予後関連因子, n†	138	275	157	12
進行期, n (%)	**81 (56%)**	**141 (51%)**	**108 (69%)**	**6 (50%)**
治癒, n (%)	137 (99%)	274 (99%)	152 (97%)	12 (100%)
肺がん				
対象者数, n	1,000	2,430	2,187	135
女性, n (%)	**231 (23%)**	**887 (37%)**	**142 (7%)**	**11 (8%)**
平均年齢 (SD)	**55 (9)**	**56 (8)**	**57 (7)**	**59 (6)**
診断年 (SD)	**1998 (5)**	**1998 (4)**	**1998 (4)**	**1997 (4)**
10年OS, %	**21.9**	**21.0**	**15.8**	**9.6**
10年CSS, %	**25.6**	**23.7**	**18.7**	**14.8**
予後関連因子, n†	147	307	298	9
進行期, n (%)	111 (76%)	229 (75%)	244 (82%)	8 (89%)
治癒, n (%)	143 (97%)	284 (93%)	276 (93%)	9 (100%)
大腸がん				
対象者数, n	1,719	3,705	2,150	159
女性, n (%)	**455 (27%)**	**1,572 (42%)**	**190 (9%)**	**54 (34%)**
平均年齢 (SD)	**54 (8)**	**55 (7)**	**56 (7)**	**58 (8)**
診断年 (SD)	**1998 (5)**	**1998 (4)**	**1998 (4)**	**1997 (4)**
10年OS, %	**58.9**	**58.6**	**52.5**	**54.7**
10年CSS, %	**65.4**	**65.5**	**60.7**	**60.4**
予後関連因子, n†	181	331	222	9
進行期, n (%)	130 (72%)	248 (75%)	166 (75%)	7 (78%)
治癒, n (%)	180 (99%)	327 (99%)	216 (97%)	9 (100%)
乳がん				
対象者数, n	1,501	4,546	575	75
女性, n (%)	1,501 (100%)	4,546 (100%)	575 (100%)	75 (100%)
平均年齢 (SD)	**48 (9)**	**49 (8)**	**51 (7)**	**54 (8)**
診断年 (SD)	**1999 (5)**	**1997 (4)**	**1998 (4)**	**1998 (3)**
10年OS, %	**80.4**	**77.8**	**74.8**	**81.3**
10年CSS, %	**82.3**	**79.7**	**76.3**	**81.3**
予後関連因子, n†	232	399	44	4
進行期, n (%)	112 (48%)	198 (50%)	21 (48%)	2 (50%)
治癒, n (%)	232 (100%)	398 (99%)	44 (100%)	4 (100%)

†予後関連因子：進行期（がんステージ：TNM分類 StageIII–IV）および治療（手術、化学療法、放射線療法のいずれか）

略語：OS, overall survival（全生存）; CSS, cancer-specific survival（がん特異的生存）; SD, 標準偏差.

太字は分散分析、カイ二乗検定、またはログランク検定で $P < 0.05$ を示す。

表 5　全死亡およびがん特異的死亡における死亡率比と 95%信頼区間

Longest-held occupation	死亡率比（95% 信頼区間）							
	10 年全死亡				10 年がん特異的死亡			
	死亡数	Model 1†	死亡数	Model 2‡	死亡数	Model 1†	死亡数	Model 2‡
全がん種		n=41,632		n=3,543		n=41,632		n=3,543
Upper non-manual	4,145	Reference	395	Reference	3,603	Reference	330	Reference
Lower non-manual	9,813	**1.14 (1.10 – 1.18)**	684	1.02 (0.90 – 1.16)	8,495	**1.12 (1.08 – 1.17)**	577	1.03 (0.90 – 1.18)
Manual	7,844	**1.38 (1.32– 1.43)**	571	**1.34 (1.17 – 1.53)**	6,741	**1.37 (1.31 – 1.42)**	487	**1.37 (1.19 – 1.58)**
Primary industry	550	**1.19 (1.09 – 1.31)**	23	1.45 (0.95 – 2.22)	481	**1.22 (1.11 – 1.34)**	20	**1.57 (1.00 – 2.48)**
胃がん		n=8,465		n=582		n=8,465		n=582
Upper non-manual	735	Reference	62	Reference	635	Reference	48	Reference
Lower non-manual	1,779	**1.10 (1.01 – 1.20)**	107	1.12 (0.81 – 1.54)	1,516	1.07 (0.98 – 1.18)	88	1.25 (0.87 – 1.80)
Manual	1,583	**1.33 (1.22 – 1.45)**	74	1.12 (0.79 – 1.60)	1,308	**1.29 (1.17 – 1.42)**	65	1.38 (0.93 – 2.05)
Primary industry	123	**1.33 (1.10 – 1.61)**	4	0.98 (0.35 – 2.70)	108	**1.41 (1.15 – 1.73)**	4	1.47 (0.53 – 4.12)
肺がん		n=5,752		n=761		n=5,752		n=761
Upper non-manual	781	Reference	102	Reference	726	Reference	90	Reference
Lower non-manual	1,921	**1.13 (1.04 – 1.23)**	211	1.01 (0.80– 1.29)	1,813	**1.15 (1.06 – 1.26)**	193	1.05 (0.81 – 1.35)
Manual	1,842	**1.21 (1.11 – 1.32)**	230	1.05 (0.83 – 1.34)	1,720	**1.22 (1.12 – 1.33)**	210	1.10 (0.85 – 1.42)
Primary industry	122	**1.24 (1.03 – 1.51)**	8	1.14 (0.55 – 2.35)	110	1.22 (0.99 – 1.49)	7	1.13 (0.52– 2.45)
大腸がん		n=7,733		n=743		n=7,733		n=743
Upper non-manual	706	Reference	67	Reference	582	Reference	57	Reference
Lower non-manual	1,534	1.05 (0.96 – 1.15)	130	1.02 (0.76 – 1.37)	1,247	1.03 (0.93 – 1.14)	103	0.95 (0.68 – 1.31)
Manual	1,021	**1.16 (1.06– 1.28)**	109	1.36 (0.99 – 1.87)	818	**1.15 (1.03 – 1.28)**	77	1.11 (0.78 – 1.58)
Primary industry	72	1.04 (0.81 – 1.32)	8	**3.11 (1.49 – 6.52)**	62	1.10 (0.85 – 1.43)	6	**2.63 (1.13 – 6.14)**
乳がん（女性）		n=6,697		n=679		n=6,697		n=679
Upper non-manual	294	Reference	44	Reference	264	Reference	39	Reference
Lower non-manual	1,008	1.09 (0.96 – 1.24)	76	0.89 (0.61 – 1.30)	918	1.11 (0.97 – 1.27)	68	0.90 (0.61 – 1.35)
Manual	145	**1.24 (1.02 – 1.52)**	12	1.32 (0.70 – 2.51)	136	**1.32 (1.07 – 1.62)**	12	1.51 (0.79 – 2.89)
Primary industry	14	0.86 (0.50 – 1.48)	0	–	14	1.00 (0.58 – 1.71)	0	–

10）産業医・健康保険組合がん検診担当者を対象とした「がん検診マニュアル」の普及啓発活動とその評価（中澤）

健保への研修会の開催

1．城北地区方面会健保研修会（約 90 健保）（7 月 3 日）オンライン

2．けんぽ共同研修会（8 月 4 日）約 50 健保：オンライン

3．城内地区方面健保研修会（10 月 23 日）（約 50 健保）対面

4．横浜市健康経営ウエブセミナー（2 月 13 日）約 121 健保　オンライン

2）評価結果

1．産業医については、現在産業医業務の実施歴、嘱託、専属による属性等の背景によりマニュアルの認知度が異なることから、本研修会では、研修会の参加背景の影響因子が大きいことから別の分担者が詳細に検討していることから本研究では効果判定は実施しなかった。産業医の実務歴がない医師についての認知率は 1%程度とほぼ認知されていなかった。

2．健保担当者へのパイロット調査

本調査を合計した集計値を表す。最終的に 113 名（パイロット調査 94 名、本調査での同意 19 名）を解析対象とした。参加者の基本属性を表 1 に示す。マニュアルを認知していた者は 49 名（43.4%）であった。マニュアル認知群においては、精度管理についても認知している者が 69.4%を占めていたのに対し、マニュアル非認知群では精度管理を認知している者は 10.9%にとどまっていた。

表 1　研究対象者一覧（113 名）

	マニュアル	
業種	非認知群	認知群
人数	64 (56.6%)	49 (43.4%)
建設業	5 (7.8%)	2 (4.1%)
製造業	25 (39.1%)	21 (42.9%)
電気・ガス・熱供給・水道業	2 (3.1%)	0
情報通信業	5 (7.8%)	2 (4.1%)
運輸業・郵便業	4 (6.3%)	4 (8.2%)
卸売業・小売業	4 (6.3%)	11 (22.4%)
金融業・保険業	4 (6.3%)	1 (2.0%)
不動産業・物品賃貸業	3 (4.7%)	0
学術研究・専門・技術サービス	2 (3.1%)	2 (4.1%)
宿泊業・飲食サービス業	0	1 (2.0%)
生活関連サービス業・娯楽業	0	1 (2.0%)
教育・学習支援業	0	0
医療・福祉	4 (6.3%)	1 (2.0%)
複合サービス事業	2 (3.1%)	1 (2.0%)

マニュアル認知と精度管理認知の関係

	マニュアル	
精度管理	非認知群	認知群
認知していない	57 (89.1%)	15 (30.6%)
認知している	7 (10.9%)	34 (69.4%)

P<0.001

表 2-1, 表 2-2 には、マニュアル認知の有無と、ロジスティック回帰モデルにおける健保担当者の考えに関する記述統計を示す。2 項目の質問において、マニュアル認知群と非認知群の間に有意な差は認められなかった。なお、設問 Q19 については複数回答が可能であったため、複数の選択肢を回答した者が一部に認められた。

表 2-1 マニュアル認知の有無と健康組合担当者の考え(Q3)の関係

Cochrane-Mantel-Haenszel 検定

	マニュアル	
Q3	非認知	認知
1補助する検査は、医学的知識に基づき必要な項目に限る	53 (83%)	21 (94%)
2なるべくサービスとして多くの項目を補助すべきである	10 (16%)	14 (4%)
3自治体のがん検診でがん検診を受けて、がん検診を補助することは必要ない	1 (1.6%)	14 (2%)

表 2−2　マニュアル認知の有無と健康組合担当者の考え(Q18:多肢選択)の関係

a)　カイ二乗検定

b)　フィッシャーの正確検定

	マニュアル		p
	非認知	**認知**	
1 指針通りのがん検診を実施しようと思う			
思わない	21 (32.8%)	15 (30.6%)	0.81 [a)]
思う	43 (67.2%)	34 (69.4%)	
2 指針通りのがん検診を行うことは難しい			
難しくない	44 (68.8%)	38 (77.6%)	0.30 [b)]
難しい	20 (31.3%)	11 (22.4%)	
3 指針で推奨されている検査よりも多い種類のがん検診を実施すべき			
実施すべきでない	59 (92.2%)	46 (93.9%)	0.27 [b)]
実施すべき	5	3	
4 指針で推奨されている間隔よりも短い/長い間隔でがん検診を実施するべき			
実施すべきでない	59 (92.2%)	47 (95.9%)	0.23 [b)]
実施すべき	5 (7.8%)	2 (4.1%)	

がん検診に対する補助の状況とマニュアル認知との関連を**表 3** に示す。HPV 検査を除き、各種がん検診の約 80～90％において何らかの補助（全額または一部）が行われていた。内視鏡検査（胃内視鏡、ファイバースコープ検査）については、マニュアル認知群の方が非認知群に比べて有意に補助されている割合が高く、全額または一部補助の合計割合は、認知群で 87％、非認知群で 70％であった。

表３　がん検診に対する補助の状況とマニュアル認知との関連

	マニュアル		
項目	非認知群	認知群	p値
胃：バリウムX線			0.83
全額補助	34 (53.1%)	27 (55.1%)	
一部補助	23 (35.9%)	17 (34.7%)	
補助なし	7 (10.9%)	5 (10.2%)	
胃：内視鏡検査			0.04※
全額補助	12 (18.8%)	15 (30.6%)	
一部補助	33 (51.6%)	27 (55.1%)	
補助なし	19 (29.7%)	7 (14.3%)	
肺：胸部X線・喀痰検査			0.37
全額補助	32 (50.0%)	32 (65.3%)	
一部補助	25 (39.1%)	10 (20.4%)	
補助なし	7 (10.9%)	7 (14.3%)	
大腸：便潜血検査			0.17
全額補助	37 (57.8%)	36 (73.5%)	
一部補助	21 (32.8%)	9 (18.4%)	
補助なし	6 (9.4%)	4 (8.2%)	
大腸：大腸内視鏡検査			0.34
全額補助	4 (6.3%)	6 (12.2%)	
一部補助	21 (32.8%)	16 (32.7%)	
補助なし	39 (60.9%)	27 (55.1%)	
子宮頸：細胞診			0.23
全額補助	30 (46.9%)	28 (57.1%)	-
一部補助	29 (45.3%)	19 (38.8%)	-
補助なし	5 (7.8%)	2 (4.1%)	-
子宮頸：HPV検査			0.11
全額補助	13 (20.3%)	10 (20.4%)	-
一部補助	21 (32.8%)	4 (8.2%)	-
補助なし	30 (46.9%)	35 (71.4%)	-
乳：マンモグラフィ			0.64
全額補助	30 (46.9%)	27 (55.1%)	-
一部補助	32 (50.0%)	19 (38.8%)	-
補助なし	2 (3.1%)	3 (6.1%)	-
乳：乳房超音波検査			0.99
全額補助	29 (45.3%)	25 (51.0%)	
一部補助	32 (50.0%)	19 (38.8%)	
補助なし	3 (4.7%)	5 (10.2%)	

表 4-1,表 4-2 には、講演もしくは動画およびホームページに対する印象に関する記述統計を示す。講義受講後および動画視聴後、それぞれ約 80%および約 70%の参加者が、マニュアルに基づいたがん検診を実施する意向があると回答した。

表 4-1 講演に対する印象(Q18)

Q18 今回の講演について、あなたが感じたこと:この講演を見たら、指針に基づくがん検診を実施しようと思う

	マニュアルの認知	
	非認知	認知
とてもそう思う	17 (26.6%)	19 (38.8%)
ややそう思う	34 (53.1%)	21 (42.9%)
どちらともいえない	13 (20.3%)	9 (18.4%)
あまりそう思わない	0(0%)	0(0%)
全くそう思わない	0(0%)	0(0%)
合計	64	49

表 4 -2　動画およびホームページに対する印象(Q21)

(Q21)講演で紹介したホームページと動画について：この動画を見たら、指針に基づくがん検診を実施しようと思う

	マニュアルの認知	
	非認知	認知
とてもそう思う	13 (20.3%)	21 (42.9%)
ややそう思う	31 (48.4%)	14 (28.6%)
どちらともいえない	20 (31.3%)	14 (28.6%)
あまりそう思わない	0(0%)	0(0%)
全くそう思わない	0(0%)	0(0%)
合計	64	49

11）職域におけるがん検診マニュアルの普及啓発に関する研究班活動の総括調査（酒井）

３つの調査について回答者の属性を表１に示す。調査①は794人、調査②は500人、調査③は楽天インサイト登録パネルで94人、機縁法によって42人から回答を得た。パネルでの回答者は男性の割合が70％以上を占めた。年齢層は50歳代が最も多い年齢構成であり、検診への最終的な決裁権を持つ人が回答者の約半数を占めていた。

表 1. 回答者の属性

		調査① パネル		調査② パネル	
		人	%	人	%
合計		794	100.0	500	100.0
性別	女性	232	29.2	108	21.6
年齢	平均	47.7		51.1	
	20 歳代	60	7.6	15	3.0
	30 歳代	135	17.0	62	12.4
	40 歳代	220	27.7	116	23.2
	50 歳代	257	32.4	202	40.4
	60 歳代	122	15.4	105	21.0
役割	最終的な決裁権をもつ	429	54.0	244	48.8
	決裁に提案をする	365	46.0	256	51.2
職場	企業・事業所	704	88.7	428	85.6
	健康保険組合・共済組合・協会けんぽ	0	0.0	72	14.4
	健診機関や医療施設	90	11.3	0	0.0

		調査③ パネル		機縁法	
		人	%	人	%
合計		94	100.0	42	100.0
性別	女性	25	26.6	24	57.1
年齢	平均	44.6		-	
	20 歳代	12	12.8	0	0.0
	30 歳代	20	21.3	0	0.0
	40 歳代	27	28.7	10	23.8
	50 歳代	27	28.7	16	38.1
	60 歳代	8	8.5	16	38.1
役割	最終的な決裁権をもつ	40	42.6	16	38.1
	決裁に提案をする	54	57.4	26	61.9
職場	企業・事業所	0	0.0	0	0.0
	健康保険組合・共済組合・協会けんぽ	94	100.0	42	100.0
	健診機関や医療施設	0	0.0	0	0.0

2. 各調査の回答

①ウェブサイトの認知についての調査

ウェブサイトの認知度について図2に示す。「はたらく人のがん検診ガイド」を知っていてアクセスしたことがある人は、377人（47.5%）であった。職域で利用される代表的なウェブサイトの中では、最も多く認知されていた。

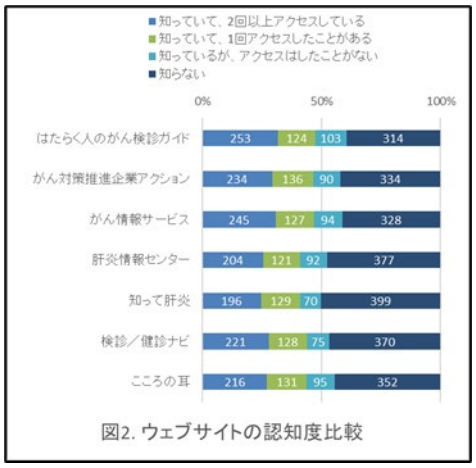


図2. ウェブサイトの認知度比較

アクセス経験のある人における「はたらく人のがん検診ガイド」のサイト内コンテンツの利用経験についての結果を図３に示す。利用者の80%以上がウェブサイト内の主要なコンテンツを利用した経験を有していた。「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を知っていると回答したのは300人（37.8%）、名前は聞いたことがあるが、内容はわからないと回答したのは、241人（30.4%）であった。

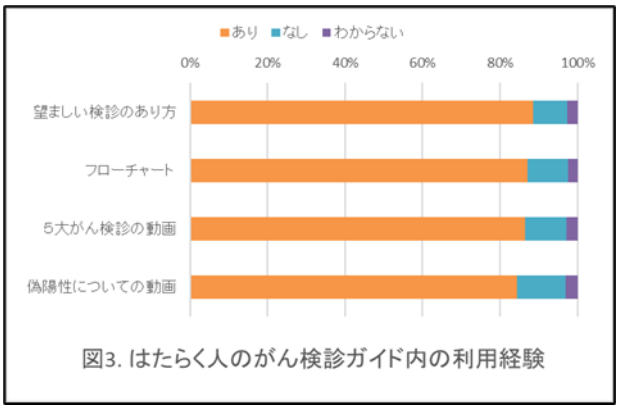


図3. はたらく人のがん検診ガイド内の利用経験

マニュアルに基づく５大がんについての回答結果を図４に示す。胃がんが522人（65.7%）、大腸がんが514人（64.7%）選択された。がん5種類（胃、大腸、肺、乳、子宮頸）を選択し、かつ他の選択肢を選ばなかった人（完全正答者）は、50人（6.3%）であった。

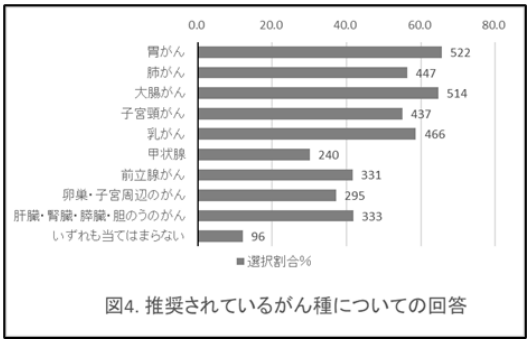


図4. 推奨されているがん種についての回答

マニュアルに基づくがん検診の推奨年齢についての回答を図５に示す。子宮頸がんで20歳以上を選択した人は275人（34.6%）であった。40歳以上を選択した人は、胃がん335人（42.2%）、肺がん324人（40.8%）、大腸がん358人（45.1%）、乳がん219人（27.6%）であった。50歳以上を選択した人は胃がんで78人（9.8%）であった。乳がんでは、20歳以上もしくは30歳以上を選択した人は369人（46.5%）であった。いずれのがん種でも20%以上の人が年齢によらずに推奨されていると認識していた。

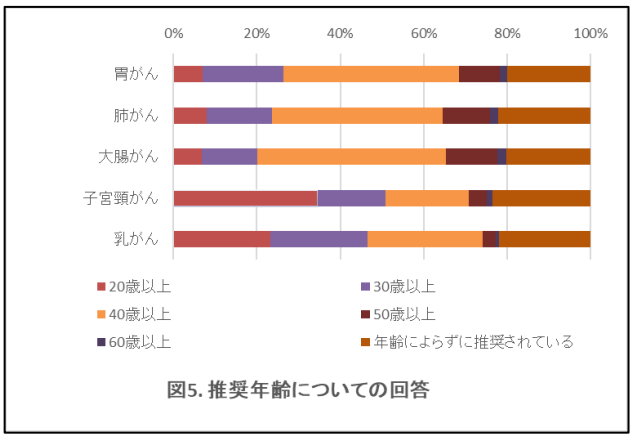


図5. 推奨年齢についての回答

マニュアルに基づく検診の推奨間隔についての回答を図６に示す。胃部内視鏡検査で2年に1回を選択した人は251人（31.6%）、胃部X線検査で毎年を選択した人は557人（70.2%）であった。2年に1回を選択した人は子宮頸がんにおいて192人（24.2%）乳がんにおいて205人（25.8%）であった。半数以上の回答者が推奨間隔を毎年と認識していた。

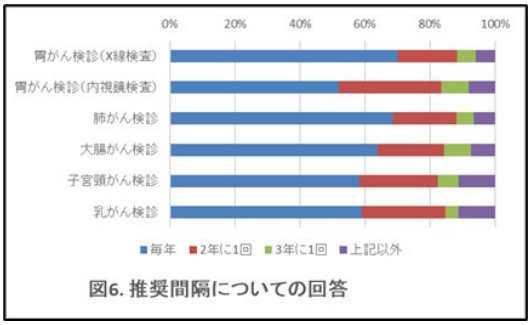


図6. 推奨間隔についての回答

②啓発動画についての調査

主観的な評価についての結果を図７に示す。「とてもそう思う」、「ややそう思う」と肯定的な回答者は「私に関係がある」で362人（72.4%）、「明瞭で理解しやすい」で383人（76.6%）であったが、「家族や友人と話す気になる」で259人（51.8%）であった。

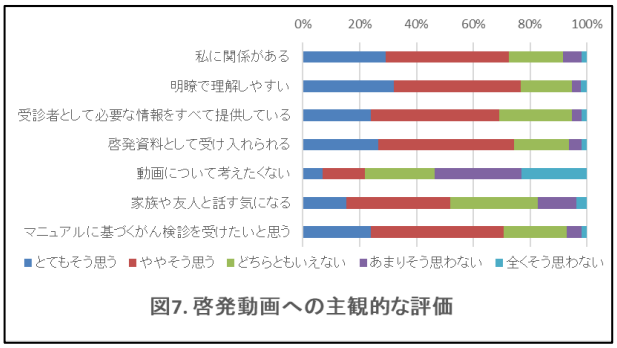


図7. 啓発動画への主観的な評価

各項目の平均値を表2に示す。私に関係がある3.91点、明瞭で理解しやすい4.01点、家族や友人と話す気になる3.46点であった。

表2. 主観的な評価に対する回答の平均点

項目	平均点*
私に関係がある	3.91
明瞭で理解しやすい	4.01
受診者として必要な情報をすべて提供している	3.86
啓発資料として受け入れられる	3.93
動画について考えたくない(点数反転)	3.48
家族や友人と話す気になる	3.46
マニュアルに基づくがん検診を受けたいと思う	3.85

*1点から5点で高いほど良いことを意味する

動画について印象に残ったこととして、自由回答には「精検が大切だということ」「偽陽性のことが気になりました。不安になっちゃうなぁと。」「偶発的事象」「図解が分かりやすい」

「若年層のがん検診があまり重要でないこと。がん検診のメリットとデメリット」などが記述された。頻出語をワードクラウドで表現したものを図8に示す。頻出語として、受ける、検査、デメリット、偽陽性、受診、長い、精密、過剰、精検などが可視化された。

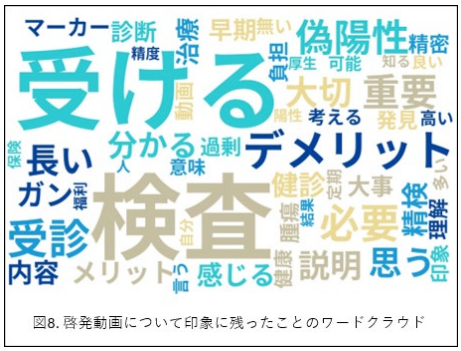


図8. 啓発動画について印象に残ったことのワードクラウド

③精度管理についての調査

精度管理のプロセス指標についての回答結果をパネルと機縁法の回収方法に分けて図9に示す。対象者数、受診者数、要精検率、精検受診率について、機縁法調査で60～80%程度が選択し、陽性反応的中度（PPV）、がん発見率においては、30－40%程度が選択した。パネル調査では、上記５つの指標についての選択率は30%程度であった。5つを選択して、それ以外の選択肢を選ばなかった人はパネル調査では1人（1.1%）機縁法調査では7人（16.7%）であった。受診率、精検受診率、偽陽性の意味についての正解者は、パネル調査において、受診率で46人（48.9%）、精検受診率で42人（44.7%）、偽陽性で45人（47.9%）であった。機縁法調査における正解者は、受診率で41人（97.6%）、精検受診率で31人（73.8%）、偽陽性で39人（92.9%）であった。

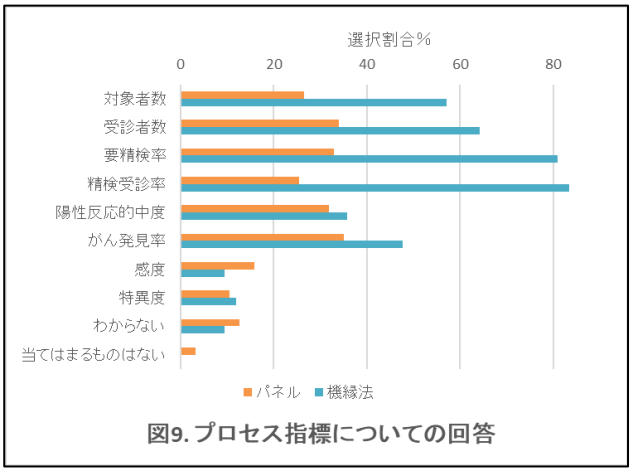


図9. プロセス指標についての回答

回答者の所属施設におけるプロセス指標の把握状況について表3に結果を示す。研究班発足当初の2023年の調査では機縁法によって、30施設の協会けんぽ・健康保険組合の健診担当者より回答を得ていた。本調査での機縁法での調査結果と比較すると、受診率の把握状況は76.7%から90.5%に増加した。要精検率の把握状況は50.0%から61.9%に増加した。精検受診率とがん発見率の把握はそれぞれ46.7%から45.2%、26.7%から21.4%へとなった。

表3. プロセス指標の把握状況

	2026年3月調査				2023年12月調査	
	パネル		機縁法		機縁法	
以下の指標を把握している	人	%	人	%	人	%
対象者数	58	61.7	38	90.5		
受診者数	43	45.7	40	95.2		
受診率	41	43.6	38	90.5	23	76.7
要精検率	45	47.9	26	61.9	15	50.0
精検受診率	38	40.4	19	45.2	14	46.7
がん発見率	37	39.4	9	21.4	8	26.7
回答者の合計	94	100	42	100	30	100

精度管理の指標を評価する上での課題として自由回答の内容を表4にまとめた。回答では、「プライバシーのことなのでなかなか立ち入って聞くことができない」「病院から詳しい検査結果が届くところもあれば、受診したことしかわからないことがあるためがん把握が難しい」「本人の提出がないとわからないこと」「そこまで人数がおらず評価に至らない」などを認めた。職域におけるがん検診のプロセス指標を把

握するうえでは、要精検者のその後を追跡する仕組みが十分に整っていないことが大きな課題として挙げられた。健保組合として精密検査の受診状況を確認しようとしても、精密検査は保険診療として実施されるため、検診結果とのつながりを把握しにくい。また、レセプトを用いた確認には時間と手間がかかり、精密検査を受けたかどうかは分かっても、その結果やがん発見の有無まで把握することは難しいという意見がみられた。さらに、健診機関によって判定基準や結果の表記方法が異なるため、要精検者数や要精検率を統一的に集計しにくいことも課題であった。検診結果や精密検査結果は個人情報にあたるため、本人の同意なしに詳細を把握することが難しく、どこまで受診勧奨を行うべきか迷うという声もあった。加えて、データを整理し、受診率や精検受診率を算出するための人員、時間、費用が不足していることも、実務上の障壁となっていた。

表4. プロセス指標を把握する上での課題

課題領域	内容
追跡体制	要精検者の精密検査受診状況や結果を把握できない
データ連携	健保、事業主、健診機関、医療機関の情報共有が不十分
標準化	判定基準や結果フォーマットが健診機関ごとに異なる
個人情報	本人同意やプライバシー保護の観点から情報収集が難しい
レセプト活用	レセプト突合は可能だが、手間・遅れ・解釈の限界がある
リソース	人員、時間、コスト、専門職が不足している
受診者対応	精検受診や結果報告が本人任せになっている
理解度	プロセス指標や精度管理の意義が十分に浸透していない

国の推奨するマニュアルにどこまで準ずるべきかについて、自由回答の意見を表5にまとめた。全面的または原則として準拠すべきという意見が多くみられた。多くの回答者は、マニュアルを科学的根拠に基づく基準として捉えており、職域でがん検診を実施する場合にも、これを基本方針とする必要があると考えていた。一方で、完全にマニュアルどおりに運用することには、受診間隔の管理、人員や費用の不足、既存の福利厚生との調整、受診者本人の希望への対応など、実務上の制約があることも指摘された。マニュアルを基本としつつ、本人への十分な説明、職域の実情、健保財政、運用可能性を踏まえて、実行可能な範囲で準拠すべきであるという考え方があった。また、指針外の検査については、利益だけでなく不利益を説明したうえで本人が希望する場合には認めてもよいとする意見がある一方、科学的根拠の乏しい検査を安易に提供すべきではないという慎重な意見もみられた。一部には、高頻度で多種類のがん検診を良いものであると誤解した立場に立った回答を認めた。

表5. マニュアル準拠への意見

立場	自由回答の概要	解釈
全面的に準拠すべき	「全て準ずるべき」「必ず準ずるべき」「マニュアル通りに実施すべき」	国のマニュアルを科学的根拠に基づく基準として強く重視しており、職域がん検診も原則として例外なく従うべきだという立場
原則として準拠すべき	「基本的には準じるべき」「できる限り沿うべき」「国の指針に沿って実施すべき」	最も多くみられた立場であり、マニュアルを基本方針としながら、現場の状況に応じた運用上の調整はあり得る
準拠を基本としつつ、本人希望に応じて柔軟に対応すべき	推奨年齢外や毎年受診であっても、本人が希望する場合には実施してよい	マニュアルの重要性は認めつつ、受診者本人の不安、家族歴、価値観、希望を考慮し、十分な説明を前提に柔軟な選択を認める立場
準拠を基本としつつ、職域の実情に合わせて調整すべき	受診間隔の管理、人員、費用、事務負担、健保財政などの理由から、完全準拠は難しい	マニュアルに従うべきという考えは共有されているが、職域では運用体制やリソースに制約があるため、実行可能な範囲で準拠すべきという立場
マニュアルを参考にしつつ、最終判断は健保・事業主・本人に委ねるべき	国の推奨は参考にするが、最終的な方針は事業主や健保で決めるべき、雇用主と雇用者で決めるべき	国のマニュアルを絶対的な基準とはせず、各組織の方針、予算、対象者のニーズに応じて判断すべきという立場
マニュアル以上の検査も容認されるべき	予算に余裕があれば対象年齢外や追加検査を実施してもよい、福利厚生として補助してよい	マニュアルを最低限の基準または参考基準と捉え、受診者の希望や企業の福利厚生として、より広い検査機会を提供することを肯定する立場
準拠には慎重・懐疑的	国が責任を負わないなら準じる必要はない、マニュアル至上主義には疑問がある	マニュアルの意義を否定しているわけではないが、現場への責任や負担が十分に考慮されないまま準拠だけを求めることには批判的な立場

判断できない・理解が十分でない	「わからない」「質問に違和感がある」	マニュアルの存在や内容について、前提となる知識や情報が不足している

D．考察

1）動画作成コンテンツ班

①がん検診企画者用動画作成について

「職域におけるがん検診に関するマニュアル」は、職域での指針に基づくがん検診の実施と精度管理を求めている。この点を簡潔に述べることである、特に課題となるのは、対象が若年者からの実施と女性の検診における頻度の問題（毎年）である。この課題の中に、検診はサービスであるという根強い思考がある。

職域におけるがん検診の企画・運用にあたっての現状の課題とその解決に資する情報提供手段としての動画を用いた点である。がん検診に関する専門的知識を有しない非医療職の企画担当者が理解しやすい形で、がん検診の意義、制度的背景、精度管理の必要性を短時間で伝えるための構成と配慮を行った。この導入動画において、興味を引き立てるように内容をコミカルにするなど、マーケテイングの専門家と協議して作成した。この２分弱の動画には、ほぼ必要とされるメーセージが含まれている。

また、マニュアルに関係した詳細に説明した動画を作成し、企画者に充分背景から伝わるように作成した。

職域でがん検診を企画・実施する主体の多くは健康保険組合であり、その担当者の多くは非医療職である。そのため、医療職にとっても十分に理解されていない「がん検診の利益・不利益」「過剰診断の問題」「精度管理」などの概念を正確に伝えるには、緻密なコミュニケーション技法が必要であり、伝達手段の工夫が求められた。

本動画の目的は以下の通りである：

･職域でがん検診を導入・運用する担当者に対して、がん検診の本質的な目的と評価方法を正しく伝える。

･検診について企画し補助することで終了ではなく、その後については、検診機関に丸投げするのではなく、検診全体の運用が効果的になっているのかを管理するまでの責務があること、すなわち精度管理の概念の理解を促す。

･精度管理や事業評価の意義を理解してもらい、継続的かつ質の高い検診実施を促す。

･健保組合がデータ活用やフォローアップを適切に実施できるよう、動機づけと実践的な支援を行う。

非医療職への専門知識の伝達

がん検診の目的が「死亡率の減少」であることは科学的に明確である一方、職域では「死亡率減少効果」という表現に対して心理的な抵抗感がある。そのため、使用する用語には配慮が必要である。

また、過剰診断や検診精度の問題、フォローアップの意義など、職域の企画者が即座に理解しにくい専門的内容が多いため、平易な表現と図解的な説明が求められる。職域では若年者へのがん検診の適応することが問題であるので、偽陽性のデメリットを強調することとした。

任意実施に伴う目的の多様化

法的義務のない職域がん検診においては、「早期復職」「パフォーマンスの早期回復」「医療費の軽減」といった職場側の利益も重要な実施動機となる。そのため、これらの目的を肯定的に位置づけ、検診導入の合理性を示す必要がある。

「精度管理」という用語が「検査精度（検体分析精度)」と誤解されることが多く、事業主や健保組合が介入すべき内容として認識されていない。実際には、精度管理とは「がん検診という介入プログラムの効果性を維持・評価する」活動であり、事業評価の一環であることを理解してもらう必要がある。

職域では検診の「実施」自体が目的化しており、要精検者の受診やがん発見に至るプロセスが十分

に追跡されていない。むしろ、要精検者の精検受診後については、医療機関からの情報提供が必要であることから、個人情報保護の観点から入手が困難な状況である。重要な評価指標である「要精検受診率」が軽視されており、「やりっぱなし検診」への懸念が高まっている。

動画構成のポイント

非医療職にも理解しやすい用語・図解の活用

検診の目的（死亡率減少）を柔らかく説明しつつ、企業側にとっての利点（復職支援・医療費削減）を明確化、精度管理を「事業評価」として再定義し、その意義と手段を簡潔に紹介した。

データ活用の重要性と、そのための電子的管理の課題と対策に言及した。重要な評価指標である「要精検受診率」についてフォーカスした。

精検勧奨動画ＥＦについて

がん検診において効果を高める重要な指標が精検受診率であり、その指標を高めるためには精検受診勧奨が重要である。従って本動画では、職域でのがん検診の主な主体である健保組合と事業者においての精検勧奨に関する推進と注意動画Ｅ、Ｆを作成した。

＜健康保険組合（以下健保）が実施する場合の注意点＞

多くのがん検診は健保が主体となっているため、健保組合からの精検勧奨が主体となる。この場合の注意点は、多くが安全衛生法に基づく定期健康診断と同時に受診する場合が多いことから、がん検診の結果が健保に共有され健保から精検受診勧奨が行われる点を受診者に周知しておく必要がある。この場合の情報共有に関する課題は、検診機関から健保組合への情報提供が第三者提供になるかどうかである。実施主体が健保であれば、健康保険組合に向けて厚労省が提供している Q&A においては第３者提供にはならず、HP 等でその取得と利用目的を記せばよいとの記述がある。しかし実運用上では労働者が検診の主体が事業主か健保組合であるかの理解は乏しいこと、健保組合の情報管理に関する説明文を全ての労働者が把握していることはないので、検診予約時に検診機関または中間業者において、健保組合に情報提供される同意がなされることが受診者にとっても不信感を与えないため、本動画や解説では同意を必要と解説している。

受診者への十分な周知がないと突然健保から受診勧奨が行われた場合に、自分の検診結果がどこまで伝わっているのか不安に思うことから、事前の周知が必要であり、特に組合健保では会社の衛生委員会等でこの課題について周知方法を検討しておく必要がある。

なお、本動画作成フローについては、2 つの目的でフローが異なる。

健保組合として、個別の精検受診勧奨を行うことを主眼とする場合、とデータヘルス計画の中で精検受診率向上が必要となっていることから、精検受診率を算出することを目的とするがあり、精検受診率を算出した結果で個別の精検受診勧奨を考慮するパターンである。

＜事業者が受診勧奨する場合＞

事業者ががん検診結果を入手する場合には、法定外項目となることから注意が必要である。特に、要精検＝がん疑いという理解から、この結果が上司や人事に知られることで不利益な人事が行われるという不安をもつ。一方で会社側も法定外の健康情報を持つことで安全配慮義務が拡大されるのではないかという不安をもっているのでこの点で両者が不安となり、進まない現状がある。従ってこの点の留意的を解説した。なおこの問題については、昨年度泉分担者が論文として公開しているので、その内容を動画化したものである。

2）職域検診機関用のチェックリスト（齊藤）

検診実施機関用の CL を職域検診向けに改編することは十分に可能であった。また一部、書き換

えが困難な項目があり、それらは今回の CL 案から削除している。書き換え困難な項目として、住民検診における「都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか」がある。書き換え困難な理由は、職域では検診実施機関の精度管理を評価・指導する体制自体が存在しないことであり、これは職域の精度管理体制の根源的な課題の 1 つである。また、職域では住民検診において実施主体である市区町村を評価・指導する「都道府県」に相当する役割を担うものもないことから、これらは今後わが国で職域での精度管理を整備していく上で整備が必要である。

アンケート調査の回答率が 19.9%に留まった理由として、対象施設には、がん検診を実施していない施設も含まれていた可能性がある。また、回答方法を Web に限定したことから、操作に不慣れな施設から回答が得られなかった可能性や、回答義務を伴わない任意回答であったことの影響も考えられる。このように回答数は限定的であったが、有効回答が得られた施設については、いずれの施設も設問に回答しており、今後このような形式で精度管理調査を実施することは十分可能と考えられた。今後、職域において契約先機関の評価を目的として回答を求める体制が構築されれば、回答率の向上も期待される。

さらに、今回の経験から、委託元用の CL についても住民検診での「市区町村用 CL」を元にして整備できる可能性があると考えられたことから、文言を職域用に整理した委託元用 CL 案を準備している（別添 PDF）。今後は検診機関用 CL と同様にフィージビリティ確認を行い、実装に向ける作業も必要と考えられた。

3）指針に基づくがん検診の普及に向けた動画教材の開発と検証（酒井）

1．本研究の主要な知見

本研究では、職域におけるがん検診の適正化に資する情報提供の有効性と効果的な活用方法を検討した。主要解析では、動画の間で、指針に基づくがん検診への選好に差は認められなかった。動画に対する主観的評価では、乳がん検診を題材にした動画では男性の視聴者では、女性視聴者よりも低く評価された。また、全員を分析対象とした動画視聴の前後比較では、指針に基づくがん検診への選好に有意な変化が認められた。視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた者のうち、23.8%が視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した。

2．動画間で効果に差が認められなかった理由

ナラティブ・トランスポーテーション理論に基づき、具体的な人物の物語を用いた事例提示型の動画は、説明型の動画よりも視聴者の関心や感情的関与を高め、指針に基づくがん検診への選好を促すと考えた[4]。しかし、主要解析では、事例提示型の動画Ｂおよび動画Ｃは、説明型の動画Ａと比較して有意な効果を示さなかった。この理由として、第一に介入強度が十分でなかった可能性がある。短時間の動画を 1 回視聴するだけでは、すでに形成されている受診選好を変えるには不十分であった可能性がある。第二に、動画視聴前の時点で、すでに 47.1%の対象者が指針に基づくがん検診を受けたいと回答していたことから、天井効果により、動画間の差が検出されにくかった可能性も考えられる。

3．対象者の特性に応じた教材設計の重要性

動画Ｂへの評価は、男性では女性よりも低かった。動画Ｂは、30 歳代女性が乳がん検診を受け、偽陽性を経験する内容であった。そのため、男性にとっては、自分ごととして捉えにくかった可能性がある。この結果は、がん検診に関する教育教材では、単に医学的に正確な情報を提供するだけでなく、視聴者がその情報を自分に関係するもの

として受け止められるかが重要であることを示している。乳がん検診に関する教材は女性にとっては有用であっても、男性には関連性が低く受け止められる可能性がある。一方、腫瘍マーカー検査や PET/CT 検査など、性別を問わず追加検査として選択されやすい検査を扱う教材は、より広い対象者に適用しやすい可能性がある。

職域で動画教材を活用する際には、全従業員に同一の教材を一律に提示するだけでなく、対象者の属性に応じて教材を選択することが望ましい。たとえば、女性従業員には乳がん検診に関する偽陽性リスクを扱う教材を、男女を問わず幅広い従業員には腫瘍マーカー検査や過剰検査に関する教材を提示するなど、対象者に合わせた情報提供が有効である可能性がある。

4. がん検診への選好は変化しにくい

動画視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた 383 名のうち、動画視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した者は23.8%であった。これは、短時間動画によってがん検診への選好は容易には変化しないことを示している。この背景には、がん検診に対する一般的な認識が影響している可能性がある。多くの人にとって、がん検診は「早く受けるほどよい」「多くの検査を受けるほど安心である」と理解されやすい。検診で異常が見つからなかった場合にも、「受けて安心できた」「健康管理をしている」という肯定的な経験として受け止められやすい[5]。また、職域では、企業が福利厚生として検診項目を充実させることが、従業員への支援として肯定的なことと考えられている。一方で、偽陽性や過剰診断、不要な精密検査といった不利益は、受診者にとって実感しにくい。指針に基づかないがん検診の不利益を伝える教育は、単に「偽陽性があります」と説明するだけでは十分ではなく、受診者が自分自身の意思決定として理解できる形で繰り返し提供する必要がある。

5. 定期的に検診を受けている人への有効性

動画視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した「有効群」において、過去 2 年間に毎年大腸がん検診を受けていた者の割合が高かった。この結果は、日頃からがん検診を受けている者ほど、偽陽性リスクに関する情報を自分の問題として受け止めやすく、指針に基づくがん検診への選好に変化しやすい可能性を示している。がん検診に無関心な者よりも、すでに検診を受けている者を対象に動画を発信する方が、国の指針に基づいた適切な受診を促す上で効果的であると考えられる。任意型検診やオプション検査を選択する場面では、偽陽性や不要な精密検査のリスクを事前に説明することにより、受診者が過剰な検査を選択することを防ぐ一助となる可能性がある。

6. 指針に基づくがん検診普及への示唆

指針に基づくがん検診の普及に向けて、受診者側への情報提供方法を検討した。職域におけるがん検診では、企業、健康保険組合、健診機関、産業保健スタッフなど複数の主体が関与する。そのため、指針に基づくがん検診を普及させるには、受診者が「なぜ指針に基づく検診が望ましいのか」を理解できる教育資材に加えて、意思決定を支える様々な制度設計が必要となるだろう。

本研究で作成した動画教材は、短時間で視聴でき、オンラインで配信可能である。そのため、職場での周知や健診案内時の補助教材として活用しやすいという利点がある。偽陽性という専門的な概念を図表や具体的な事例を通じて伝えることで受診者ががん検診の不利益を理解するきっかけとなりうる。

本研究の結果からは、短時間動画を 1 回視聴させるだけで、指針に基づかないがん検診への選好を変えることは限界があることも示された。動画教材は単独で完結する介入としてではなく、職場でのがん検診案内、産業保健スタッフによる説明、健診機関からの情報提供、企業の検診制度設計と

組み合わせて活用することが望ましい。具体的には、検診申込画面や案内文書に動画へのリンクを掲載する、オプション検査を選択する前に偽陽性リスクに関する説明を提示する、産業医・保健師による健康教育の導入教材として使用するといった実装方法が考えられる。

4）健康保険組合と働く人に対するアンケート調査（須賀）

健康保険組合に対するアンケート調査において、職域におけるがん検診の実施主体は健康保険組合であり、事業所とのコラボレーションは多くなかった。マニュアルの存在は認知されており、マニュアルに準拠すべきとの理解は得られていたが、マニュアルどおりに実施しているところはわずかであった。保険者と事業者に向けて本来あるべきがん検診を促す啓発活動を根気よく継続していく必要がある。

働く人に対するアンケート調査において、受診対象年齢であってもがん検診の案内を受け取っていないと答えた者が多数存在したことから、がん検診の案内を確実に届けることがまず解決すべき課題である。がん検診に関する情報発信を強化し、検診情報とのタッチポイントを増やすこと、そして、がん検診は受けるべきものだという規範意識を職場全体で高める活動を展開することが望まれる。

5）産業医経験の有無が、がん検診についての「情報認知」および「認識」に及ぼす影響についての調査（齊藤）

本調査の対象のうち、産業医経験ありの者は、比較的経験が豊富で産業医活動に関心を抱いていると考えられる集団であり、1000 人以上の事業所の担当、及び 1000 人未満の中小規模の事業所を担当する産業医の両者を含む。一方、産業医経験なしの者は、産業医学に関する知識をこれから得ようとする者である。がん検診に関する知識については、産業医経験者の約 9 割が職域マニュアル及びがん検診ガイドラインの存在を認知し、そのうち約半数が実際に活用しており、産業医経験なしの者よりそれらの存在を認識している割合が高いことが示唆された。また、国が推奨するがん検診と推奨しないがん検診があることについても経験者の方が、認知度が高かったにも関わらず、国が推奨していないがん検診の実施を職域で実施することの容認率は約 66.7%と高く、産業医経験なしの者の 63.3%と差がないという結果であった。産業医経験あり、なしにかかわらず国の推奨外検診の職域での実施容認が高かった一因として、「有効性評価指標がん特異的死亡率減少のみである」という認識が両者に浸透しておらず、検診方法を選択する際に、死亡率減少効果の有無を念頭におくことができなかったり、がん発見率、感度・特異度、罹患率といった適切でない項目を判断根拠にしてしまう場合があることが考えられた。そしてまた「がん検診の不利益」として全ての項目を選択できたものが産業医経験ありでも 4 割程度に留まっていることも、意思決定に影響している可能性があり、今回の解析では、産業医経験の有無に関わらず、わが国の医師への教育体制では、がん検診の実施の可否判断の際に前提となる情報が不足している状況の影響が推察される。これらの知識浸透の不十分な状況は、約 20 年前に報告された、消化器がんの検診にかかわる医師を対象とした調査結果と傾向が一致し、本調査集団特有ではない。今日でもわが国では医師に対するがん検診に関する系統的知識獲得機会が依然として十分に提供されていないことから、少なくとも企業のがん検診の在り方に助言を行う立場になりうる産業医に対しては、がん検診の在り方について系統だった情報提供体制を確立することが望まれ、それは産業医資格を既に有する者、これから得る者の両者に対して求められることが示唆された。

また、厚生労働省などの国の、職域でのがん検診に対する議論には産業医自身が興味を持ち、情報を得たいと考えている者が多いという結果であったので、がん検診に対する系統的情報提供と共に、国の職域がん検診についての情報が産業医に届きやすくなる情報提供手段の工夫も必要と考えられた。

6）職域がん検診に労働者の意識実態調査（森、五十嵐）

本研究は、日本の労働者を対象とした全国規模のデータを用い、がん検診の受診意向に関連する要因を明らかにした点に特徴がある。解析の結果、年齢、学歴、婚姻状況、企業規模、年収などの社会経済的要因が、いずれのがん検診に対しても受診意向と正の関連を示した。また、喫煙歴がない、飲酒習慣が少ない、運動習慣があるといった健康的な生活習慣も受診意向と関連していた。これらの結果は、健康意識が高く社会経済的資源を多く有する層ほど予防的医療行動に積極的であるという、これまでの研究結果と整合的であると考えられる。

一方で、本研究では、一般にヘルスリテラシーが高いと考えられる高学歴層や高所得層においても、科学的根拠が十分に確立していないがんリスク検査に対する受診意向が高い傾向が認められた。この結果は、受診者が検査の不利益やエビデンスの不確実性を十分に考慮せず、「早期発見」や「安心感」といった便益を重視して意思決定している可能性を示唆している。すなわち、ヘルスリテラシーが高いと想定される層であっても、検診のメリットとデメリットをバランスよく評価した意思決定が必ずしも行われているとは限らないことが明らかとなった。また、良好な生活習慣を有する労働者ほど受診意向が高い傾向が認められたことから、健康意識の高い層が予防的医療行動をより積極的に選択している可能性が示唆された。

一方で、このような傾向は、健康行動における社会的格差を拡大させる可能性も指摘されており、職域におけるがん検診の普及を検討する際には、受診意向が低い層へのアプローチも重要な課題となると考えられる。さらに、本研究の結果は、職域において科学的根拠が十分でない検査が導入される背景の一端を示している可能性がある。すなわち、企業や健診機関が労働者のニーズに応える形で新しい検査を導入する場合、受診者側の高い受診意向がその普及を後押ししている可能性がある。こうした状況においては、単に検診機会を提供するだけでなく、検査のメリットとデメリット、科学的根拠の程度について適切に説明するリスクコミュニケーションが重要である。

以上の結果から、職域がん検診の適切な実施を推進するためには、受診者の意思決定の特徴を理解したうえで、科学的根拠に基づく情報提供を行うことが重要であると考えられる。また、企業や保険者、産業保健職が受診者に対して適切な情報提供を行うための教育や研修を充実させることも必要である。

7）職域がん検診マニュアルに基づいたモデル研修プログラムの開発（森、五十嵐）

本研究により、職域におけるがん検診の意思決定は必ずしも医療職が中心となって行われているわけではなく、健康保険組合や企業の担当者など、非医療職が重要な役割を担っている実態が明らかとなった。そのため、医学的知識を提供するだけでなく、意思決定の場面を想定した実践的な研修が重要であると考えられる。

本研究で開発した研修プログラムでは、シナリオやロールプレイを用いたグループ討論を取り入れることで、実際の業務場面を想定しながら学習できる構成とした。その結果、参加者の多くが研修内容への理解を深めたと回答しており、実践的な研修方法の有効性が示唆された。

また、e-Learningやウェビナーを活用することで、多くの関係者に教育機会を提供できる可能性が示された。職域がん検診の質を向上させるためには、継続的な教育機会の提供と、関係者が学習しやすい環境の整備が重要であると考えられる。

8）職域保険者におけるがん検診の精度管理指標算出システムの実装に関する研究（小川）

本研究では、レセプトを用いたがん検診精度管理の健保組合への実装化の取り組みについて、先行研究で構築された試用版システムを利用して検討を実施した。その結果として、上述した課題が明らかになり、その課題解決に向けた検討を進めている。いずれの課題も現時点では解決可能と考えられ、事業化・実用化が目前に迫っていると考えられる。

さらに、試用版システムを用いたがん精検受診勧奨とその効果について、2024 年度及び 2025 年度の日本公衆衛生学会及び日本産業衛生学会にて報告済みであり、このシステムを活用することで、職域がん検診の精度管理指標を算出するだけではなくがん検診全体の精度向上に試用版・普及版システムが寄与できると考えられる。また、単に稼働の確認だけではなく、本システムを用いた精検受診勧奨を実施し、成果が見られた健保組合も出てきており、本システムの普及に大きく前進したと考えられる。今後、本システムの社会実装化に向けて、本研究で明らかにしたような成功事例を集積して公開し、健保組合や事業主にとってがん検診精度管理が必要で有用であることを幅広く情報提供することが必要と考えられる。

本システムの社会実装化に向けた課題については、がん検診判定結果の提供が一部の代行機関で新規に実施されるようになるなど、前向きな動きは見えるもののいまだに十分ではなく、今後も上述した成功事例の公開や各ステークホルダーへの働きかけなどにより、精度管理の社会実装に向けた更なる活動が必要と考えられる。

今後、レセプトを用いたがん検診精度管理の実用化により、様々な保険者においてがん検診の実態把握と精度管理が簡便にできるようになると期待される。本研究で検討した職域がん検診精度管理の取り組みは、保険者による活用のみならず、今後のわが国のがん政策立案に資する貴重な資料になりうると考えられる。

9）労働者のがん検診受診率の推移およびがん長期生存率の職業格差（財津）

本研究は、日本の現役労働者のがん検診受診率の推移および就労世代におけるがん生存率の職業格差を明らかにした。職域全体として、がん検診受診率は増加傾向であり、前立腺がん検診受診率は 2026 年調査では特に低下が目立った。一方で、職種に注目すると、manual職種のがん検診受診率は低いことが示され、予後も不良であることが示された。

がん検診の種類を問わず、manual職種においてがん検診受診率が低いことから、検診内容や、身体的負荷の違いが受診行動に与える影響は比較的少ない可能性が示唆された。建設業、機械加工業の従事者は、管理的職業従事者と比較し、がん検診受診率が低いことが報告されている[2]。また、学歴や収入といった社会経済的要因は、がん検診受診に影響を与える可能性が指摘されている[3,4]。Manual 職種における労働者は、長時間労働、不規則なシフト、身体的に高負荷な労働環境により、他の職種と比較してがん検診を受ける上での制限が生じうる。また、仕事に関連したストレスや、うつ病を経験する場合もあり[5,6]、これらが医療を受ける意欲やがん検診受診への意欲を低下させる可能性がある。これらに対処するには、manual職種が抱える職場環境と職業特性を理

解し、がん検診へのアクセスを容易にする対策が必要と考えられる。

既存のエビデンスに基づくと、より高い社会経済的地位の職種に就くがん患者のほうが生存率は良く、職業による予後格差の約 3 分の 1 には、初発がんステージの差違により説明可能であるとされる[1]。本研究はそれを就労年齢層に限定し、10 年というより長期の追跡で確認した点に意義がある。従来の 5 年生存率に加え、10 年生存率などの長期予後の評価が、就労年齢の延長を背景として重要となる。管理職や専門職従事者と比較して、生産工程・輸送・建設・採掘従事者などのほうが、進行したがんステージで発見される割合が多く、結果としてがんの予後が悪くなっている可能性がある。したがって、労働者の長期的な予後を考えた場合、がん検診における早期のがん検出は、こられのがん予後格差を是正することに貢献できる可能性があるため、職種による受診率の格差の解消も重要であると考えられる。

本研究の限界として、第一に、転職を評価できなかったため、一般化可能性における限界がある。第 2 に、JACSIS/JASTIS 調査についてはインターネット調査に回答できる認知能力と技能を持つ個人に限定されていたと考えられることから、選択バイアスが生じ高学歴者や健康意識の高い集団が有利になる可能性があった。したがって、調査結果は、がん検診の全体的な受診率を過大評価している可能性があり、manual 職種の実際の受診率はさらに低い可能性がある。第 3 に、がん検診受診率の分析においては、横断記述分析であり、他の交絡要因は考慮されていないため受診率については解釈に注意が必要である。しかしながら、毎年繰り返しの全国調査により、現役労働者のがん検診受診状況を経年的に把握することが可能であった。

10）産業医・健康保険組合がん検診担当者を対象とした「がん検診マニュアル」の普及啓発活動とその評価(中澤)

回産業医と健保がん検診企画担当者を対象として研修会を実施し、本研究報告では、健保担当者に対するがん検診に対する認識および視点を明らかにした。本調査におけるマニュアルの認知率は 43.4％であり、2022 年に実施された先行調査（健保以外の関係者を含めて約 10％）と比較して高い割合であった(3)。そもそも全体的に認知が高くなったのか？意識が高い健保が集まったのか？については両者が考えられるが、前者の調査時も比較的意識の高い健保の集団であったことで、これまでの活動によりマニュアルの認知度が向上した可能性は否定できない。

マニュアルの認知有無による比較では、胃がん検診における内視鏡検査（胃内視鏡、ファイバースコープ検査）への補助を除き、マニュアルの認知の差により各種がん検診への補助状況に有意な差は認められなかった。また、動画視聴後には、参加者の約 70％がマニュアルに基づいたがん検診を実施したいと回答しており、これらの知見は、職域におけるがん検診の適正実施を推進する上で正しい知識を分かりやすく情報提供することによって、普及する可能性を示す結果であると考えられる。

先行研究では、職域において対象年齢より若い年代からがん検診を実施するという「過剰検診」の実施率が高いことが示されているが、事業主と健保担当者を含めた解析であったため、どの関係者が過剰検診を必要と考えていたのかは明らかではなかった [3]。本研究では、マニュアル遵守に関する担当者の考えについては、マニュアル認知の有無にかかわらず有意な差は認められなかった。この点は、日本に根強く浸透している「検診はサービス」「検診には不利益がない考え方」「検診の対象範囲を狭めることは、サービス低下に繋が

る」といった考え方が根底に占めることと思われます。従って、この件については単なる一方向性の研修では限界があると考えられた。

一方、精度管理に対する認知率は、マニュアル認知群において有意に高かった。がんの精度管理は他国でも実施されており(4)、例えば大腸がんに関して、Kaminski らは、腺腫検出率の向上が中間期大腸がんおよび死亡リスクの低下と関連していることを報告している(5)。乳がん検診については、Raucher らが米国におけるマンモグラフィ実施施設の品質評価の不十分さを指摘したが(6)、米国では乳がん検診の質を確保することを目的としたマンモグラフィ品質基準法（Mammography Quality Standards Act）が 1992 年に制定され、2024 年に改正が行われている(7)。

胃がん検診における内視鏡検査の費用補助の割合は、マニュアル認知群において非認知群よりも高かった。バリウムによる胃 X 線検査では、高濃度バリウムの誤嚥などの有害事象が報告されていることから、マニュアル認知群で内視鏡検査を重要視したのかもしれない(8)。一方で、本研究では、大腸内視鏡検査および乳房超音波検査に対する補助実施率は、マニュアル認知群と非認知群の間で有意な差を認めなかった。これら 2 つの検査は、現状のマニュアルにおいては対策型検診として推奨されていない検査である(1)。大腸がん検診については、米国予防医学専門委員会（USPSTF）がシグモイドスコピーおよび全大腸内視鏡検査を推奨しているが(9)、日本のマニュアルでは、全大腸内視鏡検査に関する無作為化比較試験の結果が十分に報告されていないことから(10, 11)、対策型検診としては推奨されていない。乳がん検診としての乳房超音波検査については、J-START study などの研究結果報告もみられており(12)、その結果により職域におけるがん検診のマニュアルの update が待たれる状況である。

本研究の強みとして、第一に、参加者が紹介者を通じて募集されており、健保の担当者であることが担保されている点が挙げられる。第二に、対象集団に対するカバー率である。2024 年時点で健保数は 1,378 組合であり(13)、本研究では 113 名が参加し、約 8%をカバーしている。１つの健保から複数の担当者が講義に参加した可能性はあるものの、一定の代表性を有すると考えられる。

一方で、いくつかの限界も存在する。第一に、任意参加による調査であるため、がん検診に関心の高い者が回答しやすいという選択バイアスの可能性がある。また、本研究の対象の 87%は単一企業健保であり、単一企業健保を設立できる大企業の取り組みが主に反映されている可能性がある。がん検診を含む健康施策において、中小企業と大企業の間に健康格差が存在することが先行研究により示されている(14-16)。第二に、本調査は自己記入式質問票による自己申告であるため、想起バイアスや社会的望ましさバイアスの影響を否定できない。第三に、本研究は横断研究であり、因果関係を推論することはできない。今後は、講義や動画、ホームページ等の介入効果を検証する介入研究が必要である。

11）職域におけるがん検診マニュアルの普及啓発に関する研究班活動の総括調査

1．本研究の主要な知見

我々は、研究班での普及啓発活動を総括するに際して、３つのオンライン調査を実施した。

①ウェブサイトの認知についての調査でわかったことウェブサイトはがん検診に関わる人の約半数にアクセスされており、他の労働安全衛生に関するウェブサイトと同等かそれ以上に認知されていた。マニュアルについて、主観的な評価では、多くの回答者が認識していると回答していたものの、客観的な理解は乏しかった。マニュアルに基づくがん種について正解できた人は 6%であり、推奨

年齢も正解率は 40%程度、20 歳以上などの若年齢での推奨や年齢によらず推奨されていると回答者の 40%程度が誤解していた。推奨間隔についても多くの検査で毎年受けることが推奨されていると認識されていた。

②啓発動画についての調査でわかったこと

研究班で作成したマニュアルの解説動画は関連性や明瞭性について肯定的な評価を得た。一方で、周囲に動画について話すという波及はあまり期待されなかった。印象に残ったこととして、精密検査の受診の重要性が記述された。また、偽陽性などのデメリットが印象に残り、一部の視聴者には、8 分の動画は長いと評価された。

③精度管理についての調査でわかったこと

プロセス指標についての知識はパネル回答者よりも機縁法での回答者に正しく理解されていた。受診率、精検受診率、偽陽性の意味を正しく理解していた人もパネル回答者よりも機縁法での回答者に多く認めた。回答者の施設におけるプロセス指標の把握状況について、2023 年の研究班発足当初よりも、受診率と要精検率の算出状況は増加していた。一方で、精検受診率やがん発見率の把握状況は、増加していなかった。精度管理の評価を実施するためには、評価可能な規模でのがん検診の推進や、プライバシー保護、情報共有の仕組みづくりなどがあげられた。国の推奨マニュアルへの準拠には、科学的根拠を重視しつつも、受診者個人の意向を踏まえる立場が多数であった。

研究班が作成したウェブサイトは、公開から数か月で、他の労働安全衛生についてのウェブサイトと同等の認知を得ることができた。研究班では、ウェブサイトを 2026 年 2 月に公開し、がん対策企業アクションなどのメーリングリストを活用して周知を行った。その成果もあって、本研究班でのウェブサイトの認知度の向上につながったことが予想される。今後は、この認知度を維持しつつ、ウェブサイトのコンテンツが実際に活用され、職域における指針に基づくがん検診の実施につながるよう、サイト運用を進めていく必要がある。

回答者の知識習得についての主観的な認識と客観的な理解には乖離があった。がん検診のマニュアルについて知っていると回答していても、多くの人はマニュアルに基づくがん検診の推奨間隔、検査方法について、正しく回答できなかった。この背景として、オンライン調査による社会規範バイアスが影響している可能性がある。回答者は、健康診断の担当者で決裁権もしくは意見を述べる立場にある仕事についているため、マニュアルを認識していることが期待されている。規範によって主観的に認識していると回答したものの、客観的な知識を問われると正確に回答できないという状況になったと考えられる。そのため、客観的な知識への理解状況を参考に、議論していくべきであると考えられる。マニュアルに基づくがん検診について完全に正解できた人（胃、大腸、肺、乳、子宮頸を選択して、他を選択しなかった人）が 6%に留まっていたことを踏まえて、検診担当者の知識普及のための対策を検討するべきである。

啓発動画は、視聴時間が長いという感想をもたれながらも、概ね肯定的に評価された。この調査とは別に研究班で実施した研究では、受診者にマニュアルに基づくがん検診の受診を推奨する 90 秒程度の動画でも、同様の主観的な評価について回答を求めた[2]。先行研究では、関連性 2.5～3.6 点、明瞭性 3.8～4.0 点と本研究で使用した比較的長時間の動画でも同等の評価を得ることができた。文字を中心とした情報伝達媒体であるマニュアルを、伝える際に多少長い説明になってしまったとしてもアニメーション動画として説明することで、より伝達しやすくできることが期待される。今後は、ウェブサイトを通じて、企業や健康保険組合の担当者に広く視聴されるように繰り返し発信していきたい。

精度管理についての把握状況は、研究班発足当初の 2023 年から終了時の 2026 年にかけて改善傾向にあった。同じ機縁法であっても、回答集団が異なることに注意しなければならないが、3 年間で受診率の把握状況は 76.7%から 90.5%に増加し、要精検率の把握状況は 50.0%から 61.9%に増加した。回答者は、研究班で開催した講演会などの視聴者やその他の啓発に関する情報を得ていた集団であり、教育や啓発を受けることによって、精度管理の重要性を理解し、実践につなげたことが推察される。一方で、プロセス指標の把握については、課題が残っていることもわかった。精密検査の受診状況や結果の把握が必要となる精検受診率やがん発見率についての把握状況は、改善が見られていない。職域検診では精検受診率の把握や受診勧奨が課題であり、組織的な追跡体制の整備が重要であることが以前から指摘されている[3]。プロセス指標を把握する上での課題について自由回答であげられたように、情報管理やプライバシー保護が課題となっている。これらのプロセス指標が把握され、がん検診の推進に役立てられるよう、従業員、事業主、健康保険組合、医療機関との連携によって、円滑な情報共有の仕組みをつくる必要がある。

E． 結論

本研究では、職域にて実施されているがん検診について、その現状と課題を整理し、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を普及するために、3 種類の説明動画と各がん検診の詳細な内容、精度管理に関する内容、精度管理に関する問題点やプロセス指標を算出する方法等についての内容を盛り込んだ動画を作成、その補完としてホームページ「職域がん検診ガイド」を作成して普及啓発を図った。この HP については、普及ルートを確保して配信した結果検診企画担当者の約 50%にはリーチでき、他のどのサイトよりも認知されている結果となった。しかし、一方で内容の正確な理解については、動画や HP のみでは限界があり、研修会が非常に効果的であった。しかし理解が行動変容に繋がったか？については、当研究班での限界であることから今後の研究課題である。

当研究班では、現状での課題を整理し、全ての職域に関するがん検診を企画する上での情報をこの HP に集約した。当 HP の評価が高いことから、今後この HP を順次 update しながら普及啓発に活用することが望ましいと考えられた。ただし、特に精度管理については現状の事業主や健保組合の自助努力のみでは達成しえないことから、行政的の政策的支援が必要であると考えられた。

F． 政策提言および実務活動

講演会・研修会活動

1. 南谷優成 荒川区/城北ヤクルト販売株式会社 心と体の健康フェスタ 「おとなのがん講座」 2023/4/15
2. 南谷優成 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座 ブラザー健康保険組合 「がん教育セミナー」2023/7/6、7/20
3. 南谷優成 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座 株式会社テクノ中部 「がん教育セミナー」2024/10/22
4. 南谷優成 がん対策推進企業アクション統括セミナー 令和 5 年度企業アクション調査報告 2024/3/1
5. 南谷優成 一般社団法人 保険者機能を推進する会 健診事業のあり方研究会 「がん検診 -その受診率向上に向けた取り組み- ＋ 社会におけるがん教育」2024/9/13
6. 南谷優成 がん対策推進企業アクション統括セミナー 令和 6 年度企業アクション調査報告 2025/3/7
7. 南谷優成 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座 株式会社森永乳業

「がん教育セミナー」2025/3/11

8. 南谷優成 足立区/城北ヤクルト販売株式会社 心と体の健康フェスタ　2025/5/17
9. 南谷優成　厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座　株式会社ヤクルト湘南化粧品工場 「がん教育セミナー」2026/1/16
10. 南谷優成　2026/1/28 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座　田辺ファーマ株式会社 「がん教育セミナー」
11. 南谷優成 エレクタ株式会社　がん教育ワークショップ　「がんを正しく知る、職場から広げる 企業におけるがん教育と検診の意義」2026/1/23
12. 立道昌幸　城北地区方面会健保研修会（約 90 健保）（7 月 3 日）オンライン
13. 立道昌幸　けんぽ共同研修会（8 月 4 日）約 50 健保：オンライン
14. 立道昌幸　城内地区方面健保研修会（10 月 23 日）（約 50 健保）対面
15. 立道昌幸　横浜市健康経営ウエブセミナー（2 月 13 日）約 121 健保　オンライン
16. 立道昌幸　慈恵医大医師会研修会(5 月 25 日)700 名
17. 立道昌幸　横浜市医師会研修会（9月 15 日）100 名
18. 立道昌幸　埼玉県大宮市医師会研修会（10 月 19 日）　200 名
19. 立道昌幸　福岡県研修会（11 月 30）200 名
20. 立道昌幸　東北大学研修会（12 月 13 日）200 名
21. 立道昌幸　東京大学医師会（12 月 21 日）産業医研修会　220 名
22. 立道昌幸　神奈川産業保健総合支援センター約 40 名
23. 立道昌幸　産業医大研修会（12 月 9 日、2 月 20 日）750 名（筑波）
24. 立道昌幸　産業医学実践研修（2 月 28 日）産業医　50 名（東京）
25. 松田一夫　鯖江市愛育会　あいあい鯖江“家族ぐるみの生活習慣病予防・がん予防
26. 松田一夫　～いつまでも元気で長生きするために～"　約 50 名 鯖 江 市 愛 育 会 会 員 2025 年 5 月 18 日
27. 松田一夫　福井県越前市 越前市生涯学習センター"「えちぜん市民大学」家族ぐるみの生活習慣病とがん予防　2025 年 6 月 9 日
28. 松田一夫　～健康診断結果の見方とがん検診の正しい受け方～"約 30 名　越 前 市 民　" 福井県坂井健康　福祉センター"Web にて" 「令和 7 年度坂井地区　がん講演会」2025 年 10 月 27 日
29. 松田一夫　職場でのがん検診の正しい受け方" 約 30 名　"旅館の経営者、2025/10/27
30. 県・市のがん検診担当者"　結核予防会 Web にて"「結核予防会全国支部事務局長研修会」
31. 松田一夫　がんは決して他人事ではない～その予防，正しい　2026 年 1 月 30 日
32. がん検診をすべての人に～"約 50 名　"結核予防会全国支部事務局長、他"　日本対がん協会 Web にて"「第 46 回保健師・看護師研修会」
33. 松田一夫　日本の大腸癌死亡率を諸外国並みに減少させるには，何が必要か？"　約 180 名　"日本対がん協会支部の　保健師・看護師、他"
34. 齊藤英子：「がん検診の受診率をめぐる話題と子宮頸がん検診での課題」、第 34 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 シンポジウム 1 、2025/10/4
35. 齊藤英子：「HPV 検査単独法マニュアルを改めて読み解く」、第 34 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 共催セミナー、
36. 2025/10/4
37. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京科学

大学医師会産業医研修会、2025/8/15

38. 齊藤英子：日本における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入、第 67 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・Asian Society of Gynecologic 2025 (ASGO) ランチョンセミナー、2025/7/18
39. 齊藤英子：TOKYO #女子けんこう部 子宮頸がん検診普及イベント、東京都健康推進課子宮頸がん検診普及啓発事業、2024/12/28
40. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/9/2, Web 開催.
41. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, Web 開催.
42. 齊藤英子：女性労働者の健康管理, 日本医師会認定 東京都医師会・東京医科歯科大学医師会産業医研修会、2024/8/20, 東京.
43. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 名古屋.
44. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 福岡.
45. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京医科歯科大学医師会 産業医研修会、2023/08/14、東京
46. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、日本医師会認定 東京都医師会・中央区医師会産業医研修会、2023/7/2、東京
47. 笠原 善郎 乳がん検診に関する最近の話題 令和 5 年度 東京都がん検診従事者講習会 2024 年 1-3 月 Web
48. 笠原 善郎 令和 6 年度 東京都がん検診従事者講習会 2025 年 1-3 月 Web 乳がん検診最近の話題：J-START、ブレスト・アウェアネス、乳がん検診学会全国集計について
49. 笠原 善郎 令和 7 年度 東京都がん検診従事者講習会 2026 年 1-3 月 Web 乳がん検診に関する最近の話題：組織型検診に向けて
50. 笠原 善郎 オムロン 2024 年度健康経営・コラボヘルス企画 働く女性の健康応援セミナー 乳がんの早期発見から治療、最近のトレンド情報について Web 2025 年 1 月 29 日 2025 年 2 月 6 日
51. 高橋宏和　沖縄県令和 7 年度がん検診充実強化促進事業（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」 の一部改正について）2026 年 1 月 29 日
52. 高橋宏和　三重県がん検診推進セミナー（がん検診の企画・精度管理のポイント）2025 年 12 月 24 日
53. 高橋宏和　インサイツセミナー（がん検診受診率向上に向けた最新動向と実践事例～地域と職域をつなぐがん検診情報の新たなかたち～）2025 年 12 月 17 日
54. 高橋宏和　保険者フェスタ 2025 東京（がん検診の質を守るしくみ）
55. 高橋宏和　保険者マネジメントリーダー塾 東京（がん対策と両立支援）2025 年 11 月 20 日
56. 高橋宏和　健診事業のあり方研究会講演 東京（胃がん検診およびチェックリストについて）2025 年 10 月 17 日
57. 高橋宏和　PwC 健康保険組合 オンライン Wellbeing セミナー Web（がん検診の効果と限界）2025 年 10 月 10 日
58. 高橋宏和　健診事業のあり方研究会講演 東京（がん検診の精度管理）2025 年 6 月 6 日
59. 高橋宏和　沖縄県令和 6 年度がん検診充実強化促進事業（対策型検診における HPV 検査単独法の導入と精度管理について）2025 年 1

月 31 日

60. 高橋宏和　東京都医師会令和 6 年度 がん検診受託機関講習会（がん検診事業のあり方について）2025 年 1 月 25 日
61. 高橋宏和 20241115 健診事業のあり方研究会講演 Web（科学的根拠に基づく検診-子宮頸がん検診における HPV 検査について-）
62. 高橋宏和　保険者マネジメントリーダー塾 2024 講演　東京（がん対策と両立支援）2024 年 11 月 8 日
63. 高橋宏和　健診事業のあり方研究会講演 Web（がん検診の精度管理）2024 年 6 月 14 日
64. 高橋宏和　沖縄県講演 Web（対策型検診の意義について）2024 年 2 月 15 日
65. 高橋宏和　女性の健康研究会講演　東京（女性のがん検診において保険者に期待すること）2023 年 12 月 22 日
66. 高橋宏和　いきいきライフセミナー　兵庫県予防医学協会（大腸がんは予防できるか　-がん検診の適切な受け方-）2023 年 9 月 9 日
67. 中山富雄　アリルジュ　職域検診担当者オンライン研修会『2040 年問題を見据えた職域健康診断』、35 名、2026 年 2 月 27 日、
68. 中山富雄　兵庫県県民健康講座、『よく知ろう、がん検診のいいこと、悪いこと』、兵庫県医師会館、250 名　2026 年 2 月 10 日
69. 中山富雄　オンコロライブ、『がん検診はいつ受けるべき』、オンライン講演会、200 名 2025 年 11 月 19 日
70. 中山富雄　福岡県がん征圧の集い、『知らないと損、がんと健康診断』、事業所検診担当者、明治安田ホール福岡、200 名　2025 年 9 月 20 日
71. 中山富雄　NHK きょうの健康『がん検診で命を守る最新ガイド』５つのがん検診メリット・デメリット　大腸がん・胃がん・肺がん検診　女性のがん検診　乳がん・子宮頸がん 2025 年 9 月 1-3 日
72. 中山富雄　がんノートオンライン、『がん検診って何』、がんサバイバー/がん家族、オンライン講座、120 名　2025 年 8 月 14 日
73. 中山富雄　日本対がん協会看護師向け研修会、『がん検診事業のあり方について』、オンライン研修会、50 名　2025 年 3 月 11 日
74. 中山富雄　小金井市市民公開講座、『がん検診の正しい知識』、小金井東センター公民館、40 名　2025 年 1/31
75. 中山富雄　神戸製鋼健康講演会、『がんの予防と検診、正しく知ろう』、株式会社神戸製鋼本社ビル、300 名

G. 学会発表

1. 森定 徹　他　HPV 検査単独検診を見据えた際の HPV 検査・細胞診の役割/ /2023/日本婦人科がん検診学会 総会・学術講演会(第 32 回)/2023 年 10 月
2. 森定 徹/アルゴリズムを含めたがん検診プログラムの精度管理/ 2023/日本臨床細胞学会総会 秋期大会(第 62 回)/2023 年 11 月
3. 森定 徹 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入について ～現状と課題～/ /2024/日本産科婦人科学会 学術講演会（第 76 回）/2024 年 4 月
4. 森定 徹　わが国の子宮頸がん検診の状況と現在の課題/ /2024/日本がん検診・診断学会総会（第 32 回）/2024 年 9 月
5. 森定 徹 HPV 検査による子宮頸がん検診/ /日本がん検診・診断学会総会（第 33 回）/2025 年 9 月
6. 森定 徹 HPV 検査を用いた子宮頸がん検診/ /日本癌治療学会学術集会(第 63 回)/
7. 佐川元保．教育講演 12：日本における肺がん検診の現状と展望．第 48 回日本

8. 呼吸器内視鏡学会学術集会、2025.6.12. 仙台
9. 佐川元保、中山富雄、小林　健、西井研治、田中洋史、芦澤和人、目時弘
10. 仁、桜田　晃、for The JECS Study Group. JECS Study におけるプロトコールの変遷と全登録例の背景因子．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
11. 須藤恵美、小原愛美、佐藤倫広、目時弘仁、宮澤仁、高橋則晃、中山富雄、
12. 佐川元保．肺がん検診受診後における身体的・精神的 QOL 変化の検討．検診手法・検診結果・精密検査診断状況との関連性．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
13. 丸山雄一郎、芦澤和人、小林　健、鐘撞一郎、森谷浩史、中山富雄、佐川元保．非/軽喫煙者対象の肺がん CT 検診比較試験（JECS 研究）における E 判定（肺がんを疑う）の CT 所見．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
14. 桜田　晃、坂本周三、佐川元保、齋藤泰紀．低線量 CT による対策型肺がん検診にむけての読影医業務量の検討．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
15. 佐川元保、中山富雄、小林　健、西井研治、田中洋史、芦澤和人、目時弘仁、桜田　晃、for The JECS Study Group．非／軽喫煙者に対する低線量胸部 CT による肺がん検診の有効性評価のための無作為化比較試験（JECS Study）：プロトコールの変遷、リクルート、背景因子について．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
16. 須藤恵美、小原愛美、佐藤倫広、目時弘仁、宮澤仁、高橋則晃、中山富雄、佐川元保．肺がん検診が受診者の身体的・精神的 QOL に与える影響：JECS Study における検診モダリティ別の検討．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
17. 芦澤和人、小林　健、鐘撞一郎、丸山雄一郎、森谷浩史、中山富雄、佐川元保．非/軽喫煙者対象の肺がん CT 検診比較試験（JECS 研究）における E 判定（肺がんを疑う）の CT 所見．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
18. 白井真里、坂本周三、佐藤亜希子、肥田泰三、野津田泰嗣、佐川元保、桜田晃、羽隅　透、齋藤泰紀．肺癌検診における癌発見以前の画像を用いた AI 有用性の検討．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
19. 佐川元保．教育講演 10　「肺がん検診ガイドライン 2022 年版」への改訂　CT　検診を中心に．第 64 回日本人間ドック学会学術大会．2023．9．1．高崎.
20. 佐川元保、石橋直也、菅原崇史、佐々木高信、野々村遼、大島 穣、新井川弘道．肺がん検診ガイドライン 2022 における LSCT の扱い．第 27 回日本ＣＴ検診学会学術集会，2024．2/7．北九州.
21. 佐川元保．肺がん検診の現状と課題：低線量 CT 検診を中心に．がん征圧全国大会 2024．2024．9．12．さいたま.
22. 佐川元保．肺がん検診ガイドライン 2022 への改訂　ーその背景と解説ー．第 64 回日本肺癌学会学術集会．2023．11．2．千葉.
23. 宮澤　仁、小原愛美、須藤恵美、中山富雄、佐川元保．JECS Study 研究におけるコンタミネーションに関する基礎的調査：個別アンケートからの検討．第 27 回日本ＣＴ検診学会学術集会，2024．2/8．北九州.
24. 坂本周三、肥田泰三, 佐藤亜希子, 加藤剛, 菅野通, 八重柏政宏, 高橋里美, 桜田晃, 野津田泰嗣, 佐川元保, 岡田克典, 渡辺彰, 齋藤泰紀．当法人における
25. 胸部 X 線画像の症例集を利用した CAD の精

度評価．第 64 回日本肺癌学会学術集会、2023.11.2、千葉

26. 齊藤英子・e-learning によるがん検診の仕組みの理解と集計データ解析による精度管理の評価の実践・第 84 回日本公衆衛生学会総会・2025 年 10 月
27. Eiko Aoki, Kumiko Saika, Tohru Morisada, Daisuke Aoki・EVALUATION OF JAPAN'S IMPLEMENTATION OF HPV PRIMARY SCREENING USING EU RECOMMENDED LISTS・The 37th International Papillomavirus Conference・Oct.2025
28. 横山良仁,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔・HPV 陽性＋細胞診 NILM の経過：文献レビュー・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
29. 佐野弘子,齊藤英子・地域住民検診における子宮頸がん検診で、細胞診判定に占める ASC-US の割合が増加すると精密検査受診が低下するか？・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
30. 齊藤英子・わが国の子宮頸がん検診の「受診」における課題 ー今こそ all Japan での取り組みをー・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
31. 齊藤英子・アカデミックセッション「婦人科がん」① がん予防を志向したときの婦人科がんの特徴・第 33 回日本がん検診・診断学会総会・2025 年 9 月
32. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,青木大輔・自治体と職域におけるがん検診の情報共有の可能性についての検討のためのヒアリング・第 33 回日本がん検診・診断学会総会・2025 年 9 月
33. Eiko Saitoh Aoki・Municipality-Level Correlation of Screening follow-up Rates Between Cervical Cancer Screening and Other Cancer Screenings in Japan・ Asian Society of Gynecologic Oncology・Jul. 2025
34. 齊藤英子,森定徹,青木大輔・わが国の子宮頸がん検診では、HPV 検査単独法と細胞診単独法の精度管理レベルにギャップが生じている・第 77 回日本産科婦人科学会学術講演会・2025 年 5 月
35. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・Systematic Review of Candidate Algorithms for implementing of HPV Testing in Japan’s Population-Based Cervical Cancer Screening・Asian Society of Gynecologic Oncology (ASGO) 2024 Meeting・Nove.2024
36. 佐野弘子,齊藤英子,永吉陽子,上田 和,進 伸幸,相田真介・当院における子宮頸部細胞診 ASC-H 判定の妥当性の検討 - 生検結果の追跡 -・第 63 回日本臨床細胞学会秋期大会・2024 年 11 月
37. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・One of the Best Uses of the Checklist in Cervical Cancer Screening・The 36th International Papillomavirus Conference・Nove.2024
38. 齊藤英子,雑賀公美子・子宮頸がん検診における HPV 検査単独法のアルゴリズム【報告１】・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024 年 10 月
39. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子・職域がん検診実施施設での精度管理実施状況調査の実施可能性に関する検討・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024 年 10 月
40. 齊藤英子,雑賀公美子,Misha Coleman,Hannah Saunders,Marion Saville・精度管理向上の理念を含有する自己採取 HPV 検査提供のあり方 ーオーストラ

リアのストラテジーから－・第 33 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会・2024 年 10 月

41. 岡田結生子,齊藤英子,雜賀公美子,森定徹,青木大輔,高橋宏和・住民検診と職域検診のがん検診精度管理状況の違い克服へ－職域検診用「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用)」の作成－・第 32 回日本がん検診・診断学会総会・2024 年 9 月
42. 齊藤英子・月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効率的手法の検討・第 65 回日本人間ドック学会・予防医療学会学術大会・2024 年 9 月
43. 齊藤英子, 雜賀公美子, 斎藤博, 松坂方士・住民検診での都道府県別精検受診率の比較－子宮頸がん検診と乳がん検診－公表データを用いた分析・第 66 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2024 年 7 月
44. 齊藤英子・HPV 検査単独法による子宮頸がん検診-さまざまな委託元へのがん検診提供を念頭においた場合の留意点-・第 76 回日本産科婦人科学会学術講演会・2024 年 4 月
45. 齊藤英子,雜賀公美子,森定徹,中山富雄,青木大輔・「HPV 単独検診による子宮頸がん検診導入」について・第 31 回日本 CT 検診学会学術集会・2024 年 3 月
46. 富田圭祐,齊藤英子,五十嵐歩惟,磯前有香,永吉陽子,上田和,桂研一郎・当院での子宮頸がん検診における要精検者の精検受診率向上のためのシームレス勧奨・第 38 回日本女性医学学会学術集会・2023 年 12 月
47. 河野可奈子,雜賀公美子,齊藤英子,森定 徹,青木大輔・HPV 検査の有用性を検証するコホート研究における初回検診後のアルゴリズム遵守状況・第 62 回日本臨床細胞学会秋期大会・2023 年 11 月
48. 齊藤英子・がん検診の評価指標の「可視化プロジェクト」−精検受診率について− ・第 82 回公衆衛生学会総会・2023 年 10 月
49. 齊藤英子,雜賀公美子,森定徹,河野可奈子,中山富雄,高橋宏和,青木大輔・日本の現状は子宮頸がん検診で HPV 検査の結果が細胞診の判定に影響する可能性がある・第 32 回日本婦人科がん検診学会・総会・2023 年 10 月
50. 小田瑞恵,齊藤英子,佐々木寛・子宮頸がん検診における HPV 検査の役割 ―HPV 検査導入に向けたアルゴリズムの試案―・第32回日本婦人科がん検診学会・総会・2023 年 10 月
51. 齊藤英子・福島原発事故での産業医学的支援実現の際の経験　―手に負えない場合の対応について―・第41回産業医科大学学会・産業医科大学国際センターシンポジウム・2023 年 10 月
52. 齊藤英子・職域がん検診はどう変わるか、変えていくか？職域におけるがん検診に関するマニュアルに基づく検診実施機関の精度管理・第 64 回日本人間ドック学会学術大会・2023 年 9 月
53. 磯前有香,齊藤英子,五十嵐歩惟,桂研一郎・子宮頸がん検診要精検者における確実な精検受診実現のためのワンストップ勧奨・第 64 回日本人間ドック学会学術大会・2023 年 9 月
54. 進伸幸,齊藤英子,富田圭祐,永吉陽子,上田和,渋井亮介,岡田智志,片岡史夫,永松健・若年子宮体癌症例に対する高用量黄体ホルモン療法の治療成績・第 65 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023 年 7 月
55. 齊藤英子,雜賀公美子,高橋宏和,森定徹 青木大輔・地域保健・健康増進事業データから見た子宮頸がん検診の精密検査についての課題・第 65 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023 年 7 月
56. 岡田結生子,齊藤英子,雜賀公美子,森定徹,青木大輔,高橋宏和・がん検診実施施設におけ

る住民検診と職域検診との精度管理状況の違い克服に向けての取り組み・第 31 回日本がん検診・診断学会総会・2023 年 6 月

57. 河野可奈子,雑賀公美子,齊藤英子,森定徹,青木大輔・住民検診における子宮頸がんを含む子宮頸部異常の発見率の特徴・第 64 回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023 年 6 月
58. 齊藤英子,木口一成,小田瑞恵,植田政嗣佐々木寛・検診機関用チェックリスト調査から見える子宮頸がん検診での細胞診精度管理の課題・第 64 回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023 年 6 月
59. 齊藤英子,小田瑞恵,木口一成,佐々木寛,青木大輔・検診機関における検診委託元別の子宮頸がん検診の精度管理状況―チェックリスト充足率からの検討―・第75回日本産科婦人科学会学術講演会・2023 年 5 月
60. Eiko SAITOH AOKI, Kumiko SAIKA, Daisuke AOKI・Current Status and Challenges for of Cervical Cancer Screening in Japan・35th International Papillomavirus Conference・April,2023
61. 須賀万智. 職域におけるがん検診の実施方法とマニュアルの活用実態. 第 61 回日本医療・病院管理学会(2024)
62. 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. 働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査. 第 83 回日本公衆衛生学会(2024)
63. Suka M, Shimazaki T, Yamauchi T, Yanagisawa H. Psychographic determinants of r response to health promotion materials. MEDINFO 2025 (2025)
64. 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. がん検診の受診意図を高める働きかけとは～働く人の健康意識に関するアンケート調査. 第 84 回日本公衆衛生学会(2025)
65. 五十嵐侑、増田眞子、田中優大、小田上公法、永田智久、立道昌幸、森晃爾.日本の労働者におけるがん検診に対する受診意向とその関連要因：W2S-Ohpm StudyⅢ 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会 ポスター発表
66. 木下 智香子、平山 奈都美、桑原 佳子、大野 寿弥子、小川 俊夫、祖父江 友孝. レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨. 第 97 回日本産業衛生学会総会（2024 年 5 月 25 日、広島県広島市・広島国際会議場）
67. 木下 智香子、小川 俊夫. レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨. 第 83 回日本公衆衛生学会総会（2024 年 10 月 31 日、北海道札幌市・札幌コンベンションセンター）
68. 小川俊夫. 就労とがん治療の両立への職域がん検診の影響に関する一考察. 第 98 回日本産業衛生学会総会（2025 年 5 月 15 日、宮城県仙台市・仙台国際センター）
69. 小川俊夫、深井航太、古屋佑子、立道昌幸. がん治療と就労の両立に与える影響に関する一考察. 第 84 回日本公衆衛生学会総会（2025 年 10 月 29 日、静岡県静岡市・静岡県コンベンションアーツセンターグランシップ）
70. Takahashi H, Machii R. Current challenges of cancer screening in Japanese workplaces. International Cancer Screening Network 2025 (20250618) Aarhus
71. Takahashi H, Machii R. Effect of COVID-19 for cancer screening and cancer treatment in Japan. 20th International Congress On Infectious Diseases 2024（20241203）Cape Town
72. Impact of COVID-19 for cancer screening and cancer treatment in Japan. International Asian Cancer and Chronic

Disease Screening Network (IACCS) 2023（20231216）Tokyo

73. Takahashi H, Machii R. Impact of COVID-19 for cancer screening and cancer treatment in Japan. International Cancer Screening Network 2023 (20230620) Turin
74. 高橋宏和. 組織型検診の実現に向けた課題と解決策 第 35 回日本乳癌検診学会学術総会ワークショップ座長（20251128）高知
75. 男澤詩保里、戸津玲、竹本覚、高橋宏和. 大腸がん検診における健保組合と自治体の精度管理体制の比較. 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会　ポスター（20251127）徳島
76. 町井涼子、高橋宏和、中山富雄. COVID-19 流行による対策型がん検診受診率の低下は回復したのか？ 第 84 回日本公衆衛生学会総会ポスター（20251030）静岡
77. 高橋宏和. リスク層別化がん検診の障壁と可能性. 第 34 回日本乳癌検診学会学術総会　シンポジウム（20241129）高崎
78. 華井明子、街勝憲、清陽一、梅沢淳、金原理恵子、小手森綾香、齋藤英子、逸見治、堀芽久美、高橋宏和. 感染拡大特定警戒地域における BMI と身体活動の変化匿名特定健診データによる検討. 第 83 回公衆衛生学会総会口演評価のためのチェックリスト」による（20241030）札幌
79. 岩佐詩織、渡邊哲也、小手森綾香、金原里恵子、中舘美佐子、石原淳子、齋藤英子、堀芽久美、街勝憲、華井明子、逸見治、清水陽一、高橋宏和. 新型コロナウイルス感染症の流行後に生じた日本人の食料支出の経年変化. 第 83 回公衆衛生学会総会　ポスター（20241030）札幌
80. 男澤詩保里、岩本和雄、戸津玲、高橋宏和. 職域におけるがん検診の精度管理チャートの開発. 第 34 回日本産業衛生学会全国協議会ポスター（20241004）木更津
81. 高橋宏和. 乳がん検診のプロセス指標目標値改正について. 第 32 回日本がん検診・診断学会総会　口演トピックス（20240928）東京
82. 高橋宏和、竹田亮平. 介護 DB オープンデータを用いた直近 4 か年の介護認定新規申請者数の動向. 第 6 回日本在宅医療連合学会大会ポスター（20240722）幕張
83. 高橋宏和. ポストコロナ時代のがん検診戦略. 第 63 回日本消化器がん検診学会総会 教育講演（20240608）名古屋
84. 藤谷幹浩、川嶋啓揮、高橋宏和. 先進的手法を用いた消化器がん検診の可能性. 第 63 回日本消化器がん検診学会総会 特別企画シンポジウム座長（20240607）名古屋
85. 高橋宏和. がん検診事業の現状と方向性. 第 33 回日本乳癌検診学会学術総会　シンポジウム（20231125）福岡
86. 笠原 善郎、安藝 史典、宇佐美 伸、大村 東生、隈 浩司、白岩 美咲、高橋 宏和、辻 一郎、角田 博子、中嶋 啓雄、増田 裕行、森田 孝子、山口美樹、山口由美. 第 13 回乳癌検診学会全国集計報告 2020 年度版（292 施設）事業評価の観点から日本乳癌検診学会全国集計委員会 第 33 回日本乳癌検診学会 学術総会 2023.11.24 福岡市
87. 笠原善郎、加藤久美子 シンポジウム 2：多職種がささせるブレストアウェアネスの推進と課題.「ブレスト・アウェアネス」誰が広げる、その考え方と実践 第 35 回日本乳癌検診学会 学術総会 2025.11.28 高知市
88. 中山富雄．HPV 検査単独法を対策型検診として行う意味合い．会長企画　婦人科がん検診～次のステージへ～HPV 検査単独法について．第 66 回日本臨床細胞学会総会、2025/6/29、口演、東京
89. 中山富雄．がん検診精度管理の方向性ー組織

型検診を目指してー．シンポジウム 1 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診　～検診プログラムの精度管理について～．第 64 回日本臨床細胞学会秋期大会、2025/11/29、口演、広島

90. 中山富雄．肺がん検診のこれまでとこれから．肺がん検診セミナー2025　基調講演．第 66 回日本肺癌学会学術集会、2025/11/8、口演、東京
91. 中山富雄．低線量 CT 肺がん検診の対策型導入への道筋：他臓器検診から見えてくる新たながん検診の課題への対処．特別企画　対策型低線量 CT 肺がん検診を成功させるために：その基礎と実践．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、2026/2/13、口演、神奈川
92. 小林　望、山地大樹、中山富雄．「血漿中アミノ酸濃度に基づく大腸がんスクリーニング検査精度に関する前向きコホート研究」ワークショップⅠ上部消化管がん検診の現状と革新的未来．第 63 回日本消化器がん検診学会総会　2024/6/7、口演、名古屋
93. 細野覚代、濱島ちさと、中山富雄．利益不利益バランスによるがん検診の対象年齢設定．シンポジウム 38　科学的根拠に基づく大腸がん検診の効率的運用　第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/30、口演、札幌市
94. 榎本建志、細野覚代、三村麻子、宮澤　仁、町井涼子、山崎恭子、八巻知香子、中山富雄．「患者･市民パネル」におけるリスク層別化がん剣士の受容可能性等に関する質的研究．、第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/31、ポスター、札幌市
95. 宮澤　仁、細野覚代、中山富雄．LDCT 肺がん検診導入に対する受容可能性調査－対象外となる非／軽喫煙者の回答－．第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/31、ポスター、札幌市
96. 難波俊文、細野覚代、町井涼子、中山富雄．対策型検診への HPV 検査導入において求められる情報提供とは：混合研究法による検討．第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/31、口演、札幌市
97. 中山富雄．がん対策推進基本計画からみたがん検診の精度管理．肺がん検診読影セミナー2023、第 64 回日本肺癌学会学術集会　2023 年 11 月 4 日、口演、千葉
98. 中山富雄．低線量 CT 検診を日本で実装するためのロードマップ．ワークショップ 3　低線量 CT による肺癌検診ーガイドライン改訂と対策型検診への導入について．第 64 回日本肺癌学会学術集会．2023 年 11 月 2 日　口演、千葉
99. 中山富雄．　がん検診とは何か？国家的プログラムの要件．　第 32 回日本婦人科がん検診学会総会．　シンポジウム 1　2023 年 10 月 14 日、口演、東京
100. 中山富雄．子宮頸がん検診に関する最近の動向ー海外と日本ー　第 64 回日本臨床細胞学会春季大会　要望講演 4　2023 年 6 月 11 日、口演、名古屋
101. Tomio Nakayama. Prostate Cancer Screening Pitfalis From an Epidmiologist's Perspective. Symposium. How to avoid over-staging and over-treatment of prostate cancer?. 第 110 回日本泌尿器科学会総会．2023 年 4 月 29 日、口演、神戸

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

小川俊夫．指標算出装置、指標算出方法、およびプログラム（特願 2022-083546)、2022 年 5 月 23 日提出 2．実用新案登録

3．その他

なし

Ⅱ．総合分担研究報告書

1．コンテンツ班：動画・ホームページの作製

研究代表者　　立道　昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和5‐7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

職域における科学的根拠に基づくがん検診の社会実装に関する研究

コンテンツ班：動画・ホームページの作製

研究代表者：立道昌幸　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

研究要旨：保険者や事業主が職域において任意でがん検診を企画・実施する際に、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を参照し、科学的根拠に基づくがん検診および適切な精度管理の実施を支援することを目的として、がん検診専門家により 5 種類のマニュアルに基づくがん検診内容および精度管理について普及啓発を図る動画資材を作成した。さらに、これらの動画資材を活用し、保険者、事業主、産業医等を対象として、「科学的根拠に基づくがん検診」の実施および精度管理に関する普及啓発を目的とした研修会を実施した。また、職域のがん検診に関与する各ステークホルダーに対しての課題点を抽出して解決策を検討した。

本研究班は、コンテンツ作成班として「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に関して、導入偏、完全解説、簡易解説動画、5 つのがん検診の詳細な検診に関する対象者、検査内容、判定、精密検査までの一連の内容、精度管理の解説と実施方法、労働者に対する動画作成、産業医に対する啓発資料作成を行い、事業主、健保組合のがん検診担当者、産業医等への啓発活動を実施した。動画は時間が長くなると視聴してもらえなくなることから必要事項のみにとどめ、それらを補完することを目的としてホームページ（HP）「はたらく人のがん検診ガイド」を作成し、全ての情報を集約した。さらに、確保した普及ルートを用いて HP の URL を全国に配信し普及を図るとともに、その効果検証も併せて行った（別途分担報告書を参照）。また、各分担者がそれぞれの立場によりがん検診に関与するステークホルダーに対して研修会を行い、啓発活動を実施した。

研究分担者：高橋宏和　国立研究開発法人国立がん研究センター・がん対策研究所
検診研究部検診実施管理研究室・研究員
研究分担者：佐川元保　東北医科薬科大学・医学部・客員教授
研究分担者：青木大輔　慶應義塾大学・医学部・名誉教授 / 赤坂山王メディカルセンター 院長
研究分担者：松田一夫　公益財団法人福井県健康管理協会・がん検診事業部長
研究分担者：笠原善郎　恩賜財団福井県済生会病院　病院長
研究分担者：中山富雄　国立研究開発法人国立がん研究センター・がん対策研究所検診研究部
特任部長
研究分担者：加藤勝章　公益財団法人宮城県対がん協会・がん検診センター所長
研究分担者：小川俊夫　学校法人常翔学園 摂南大学・農学部・教授
研究分担者：齊藤英子　国際医療福祉大学三 田病院・予防医学セ ンター・講師
研究分担者：森定　徹　杏林大学・医学部・産科婦人科学教室・教授
研究分担者：泉　陽子　東北大学東北メディカル・メガバンク機構・健康政策分野・教授
研究分担者：南谷優成　東京大学医学部附属病院放射線科・助教

研究分担者：深井航太　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・准教授
研究協力者：中澤祥子　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教
研究協力者：古屋佑子　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・講師

A．研究目的

平成 30 年 3 月に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表され、保険者や事業主ががん検診を任意で実施する際に、職域におけるがん検診が効果的に行われるために、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発が進められている。しかし職域におけるがん検診の受診状況調査によれば、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の認知、活用状況は十分ではなく、職域におけるがん検診の精度管理、精密検査受診率の向上に関する取組みについては、対策を講じる必要がある。

コンテンツ作成班では、保険者や事業主がん検診を任意で実施する際に、保険者や事業主に対して、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を反映した、5つのがん検診の検診内容と精度管理の普及啓発を図った、永続的に利活用できる動画資材を作成することを目標とした。また、作成した動画資材を用いて、保険者や事業主、産業医等を対象に、職域におけるがん検診に関する研修会を実施することを目的とした。

「職域におけるがん検診に関するマニュアル」導入、完全、簡易版の3つの普及版と、精度管理に関する動画を作成するとともに、その動画をまとめ、職域のがん検診を企画する場合に必要な情報の集約を目的としてホームページを作成し、確保した普及ルートを用いて配信を行った。

B. 研究方法

1) 動画作成フロー図を作製し、それに基づき動画作成を実施

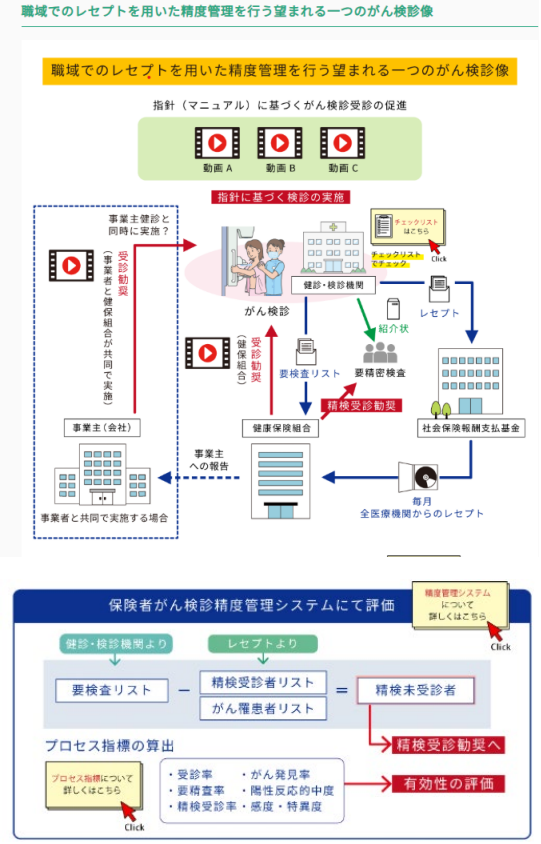
職域において望まれるがん検診像を示し、それに基づき啓発ができるように各動画作成を行った。

動画 A は、マニュアルが存在してそれを参考にすることが大切であるという導入動画

動画 B は、動画 A の完全版の長編動画

動画 C は、マニュアルを説明した全体動画となっている。

また、各がん検診については、その対象年齢、項目、判定医の資格要件などを詳細に理解できるよう、5 つのがん検診それぞれに対応した動画を作成した。



職域では、若年者に範囲を広げてがん検診をすることが多い。この点のデメリットを説明。

① 検診の利益については、基本的に死亡率減少効果を期待するものであるが、事前の調査において、職域ではこのワードは受け入れにくいことが示されたため、表現を考慮する

② 早期復職、早期パフォーマンスの回復、QOL の確保、医療費の側面からの効果を期待することを追記
③ 福利厚生ではなく、保健事業として実施する必要性
④ がん検診を実施するのであれば、事業評価を行う必要性
⑤ プロセス指標とは何か？
⑥ 精度管理と言う言葉が一般的にわかりにくいことから、事業評価するというワードに統一
⑦ 第 3 期データヘルス計画には、精査受診率の向上が加算・減算の項目に入っていることからこの点を強調する

職域でのがん検診の精度管理の課題について

精度管理という概念の理解が進むように動画を作成し、チェックリストの作製（分担者齊藤参照）と動画作成を行った。

フローとしては、レセプトを用いた保険者がん検診精度管理システムの利用の有無により分岐し、健保組合が精検受診勧奨を実施する際の留意点をまとめた動画Ｅを作成した。

会社で精検受診勧奨する場合の留意点に関する動画の作成

職域においてがん検診の精査勧奨をすすめる上で重要なのが、職制を関与させるかどうかである。つまり事業主の関与が得られることで、精査勧奨の効率が高くなることから、この問題について日本産業保健法学会の特命委員会の中で議論され論文とした内容について、動画Ｆを作成した。

精度管理に関する動画

「精度管理」の実施について触れられているが、チェックリストも自治体を対象にしており、精度管理自体もどのように実施するべきか？の記述もなく、「精度管理」そのものは、職域では理解しがたい内容となっている。そのため、本研究ではまずは精度管理とはどのようなものであるのかの理解を深めることを目的に、「精度管理」について実施主体が事務職であることを念頭に、動画を作成した。

動画の作成

動画のコンテキストを作成し、各専門家（分担者）から意見を募り、デルファイ式に数度その行き来をすることで、合意形成を図り内容を決定した。

なお、動画は長いと視聴する側に負担がかかることから、動画では重要な部分を解説し、詳細はホームページで補足した。

Ｃ．結果

１）コンテンツの作成と動画作成

① がん検診導入に際してマニュアルに基づき実施する必要性を訴えた導入動画（動画Ａ）
② 「職域におけるがん検診に関するマニュアル」完全版の作成 （動画Ｂ）
③ 「マニュアル」の普及版（動画Ｃ）
④ 各指針に基づくがん検診の対象年齢、検査方法、診断医の要件、判定結果、その後の対応に関する完全動画
⑤ 精検受診勧奨の留意点の動画
健保組合が精検受診勧奨する場合の注意動画（動画Ｅ）
⑥ 会社で精検受診勧奨する場合の留意点（動画Ｆ）
⑦ 社員用の啓発動画
⑧ 精度管理に関する説明動画
ならびにそれらを補完するＨＰの作成を行った。



https://seika2.med.u-tokai.ac.jp/index.html





　これらの動画を掲載したＨＰの URL を以下のルートで配信を行った。

１）がん対策企業推進アクションのパートナー企業に５０００社に対して

２）全国労働者連合会加盟団体を通じて、受託企業、健保に対して

３）保険者機能推進する会の参加健保に対して

４）健診代行機関を通じて、取引のある会社、健診機関、健保組合

５）これまで実施した研修会へ参加した健保に対する認知度に関する評価については、別途方法論を含めて研究協力者である酒井洸典から報告する。













D．考察

①がん検診企画者用動画作成について

「職域におけるがん検診に関するマニュアル」では、職域での指針に基づくがん検診の実施と精度管理が求められている。しかし、特に課題となるのは、がん検診の開始年齢を若年者から実施している点（過剰検診）と女性の検診における頻度の問題（毎年）である。この課題の中には、検診はサービスであるという根強い思考がある。

そこで、職域におけるがん検診の企画・運用にあたっての現状の課題とその解決に資する情報提供手段として動画を用いた。がん検診に関する専門的知識を有しない非医療職の企画担当者が理解しやすい形で、がん検診の意義、制度的背景、精度管理の必要性を短時間で伝えるための構成と配慮を行った。この導入動画において、興味を引き立てるように内容をコミカルにするなど、マーケテイングの専門家と協議して作成した。この２分弱の動画には、ほぼ必要とされるメーセージが含まれている。

また、マニュアルに関係した内容を詳細に説明した動画を作成し、企画者に充分背景から伝わるように作成した。

職域でがん検診を企画・実施する主体の多くは健康保険組合であり、その担当者の多くは非医療職である。そのため、医療職にとっても十分に理

解されていない「がん検診の利益・不利益」「過剰診断の問題」「精度管理」などの概念を正確に伝えるには、緻密なコミュニケーション技法が必要であり、伝達手段の工夫が求められた。

本動画の目的は以下の通りである：

- 職域でがん検診を導入・運用する担当者に対して、がん検診の本質的な目的と評価方法を正しく伝える。
- 検診について企画し補助することで終了ではなく、その後については、検診機関に丸投げするのではなく、検診全体の運用が効果的になっているのかを管理するまでの責務があること、すなわち精度管理の概念の理解を促す。
- 精度管理や事業評価の意義を理解してもらい、継続的かつ質の高い検診実施を促す。
- 健保組合がデータ活用やフォローアップを適切に実施できるよう、動機づけと実践的な支援を行う。

非医療職への専門知識の伝達

がん検診の目的が「死亡率の減少」であることは科学的に明確である一方、職域では「死亡率減少効果」という表現に対して心理的な抵抗感がある。そのため、使用する用語には配慮が必要である。

また、過剰診断や検診精度の問題、フォローアップの意義など、職域の企画者が即座に理解しにくい専門的内容が多いため、平易な表現と図解的な説明が求められる。職域では若年者へのがん検診の適応が問題であることから、偽陽性のデメリットを強調することとした。

任意実施に伴う目的の多様化

法的義務のない職域がん検診においては、「早期復職」「パフォーマンスの早期回復」「医療費の軽減」といった職場側の利益も重要な実施動機となる。そのため、これらの目的を肯定的に位置づけ、検診導入の合理性を示す必要がある。

「精度管理」という用語が「検査精度（検体分析精度)」と誤解されることが多く、事業主や健保組合が介入すべき内容として認識されていない。実際には、精度管理とは「がん検診という介入プログラムの効果性を維持・評価する」活動であり、事業評価の一環であることを理解してもらう必要がある。

職域では検診の「実施」自体が目的化しており、要精検者の受診やがん発見に至るプロセスが十分に追跡されていない。むしろ、要精検者の精検受診後については、医療機関からの情報提供が必要であることから、個人情報保護の観点から入手が困難な状況である。重要な評価指標である「要精検受診率」が軽視されており、「やりっぱなし検診」への懸念が高まっている。

動画構成のポイント

非医療職にも理解しやすい用語・図解の活用

検診の目的（死亡率減少）を柔らかく説明しつつ、企業側にとっての利点（復職支援・医療費削減）を明確化し、精度管理を「事業評価」として再定義し、その意義と手段を簡潔に紹介した。

データ活用の重要性と、そのための電子的管理の課題と対策に言及した。重要な評価指標である「要精検受診率」についてフォーカスした。

精検勧奨動画ＥＦについて

がん検診において効果を高める重要な指標が精検受診率であり、その指標を高めるためには精検受診勧奨が重要である。従って本動画では、職域でのがん検診の主な主体である健保組合と事業者においての精検勧奨に関する推進と注意動画Ｅ、Ｆを作成した。

＜健康保険組合（以下健保）が実施する場合の注意点＞

多くのがん検診は健保が主体となっているため、

健保組合からの精検勧奨が主体となる。この場合の注意点は、多くが安全衛生法に基づく定期健康診断と同時に受診する場合が多いことから、がん検診の結果が健保に共有され健保から精検受診勧奨が行われる点を受診者に周知しておく必要がある。この場合の情報共有に関する課題は、検診機関から健保組合への情報提供が第三者提供になるかどうかである。実施主体が健保であれば、健康保険組合に向けて厚労省が提供している Q&A においては第三者提供にはならず、HP 等でその取得と利用目的を記せばよいとの記述がある。しかし実運用上では労働者が検診の主体が事業主か健保組合であるかの理解は乏しいこと、健保組合の情報管理に関する説明文を全ての労働者が把握していることはないので、検診予約時に検診機関または中間業者によって、健保組合に情報提供される同意がなされることが受診者にとっても不信感を与えないため、本動画や解説では同意を必要と解説している。

受診者への十分な周知がないと突然健保から受診勧奨が行われた場合に、自分の検診結果がどこまで伝わっているのか不安に思うことから、事前の周知が必要であり、特に組合健保では会社の衛生委員会等でこの課題について周知方法を検討しておく必要がある。

なお、本動画作成フローについては、2 つの目的でフローが異なる。

健保組合として、個別の精検受診勧奨を行うことを主眼とする場合、とデータヘルス計画の中で精検受診率向上が必要となっていることから、精検受診率を算出することを目的とする場合があり、精検受診率を算出した結果で個別の精検受診勧奨を考慮するパターンである。

＜事業者が受診勧奨する場合＞

事業者ががん検診結果を入手する場合には、法定外項目となることから注意が必要である。特に、要精検＝がん疑いという理解から、この結果が上司や人事に知られることで不利益な人事が行われるという不安をもつ。一方で会社側も法定外の健康情報を持つことで安全配慮義務が拡大されるのではないかという不安をもっているのでこの点で両者が不安となり、進まない現状がある。従ってこの点の留意的を解説した。なおこの問題については、昨年度泉分担者が論文として公開しているので、その内容を動画化したものである。

E． 結論

マニュアルについては、指針に基づくがん検診項目と対象年齢に関する理解が必須となる。また、職域ではなじみのない精度管理の概念とその具体的手法の解説動画を作成し、これら全てを補完するためにホームページを作成することで職域のがん検診に関する全ての情報サイトを完成させ、普及させた。

F． 政策提言および実務活動

1. 南谷優成 荒川区/城北ヤクルト販売株式会社 心と体の健康フェスタ 「おとなのがん講座」 2023/4/15
2. 南谷優成 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座 ブラザー健康保険組合 「がん教育セミナー」2023/7/6、7/20
3. 南谷優成 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座 株式会社テクノ中部 「がん教育セミナー」2024/10/22
4. 南谷優成 がん対策推進企業アクション統括セミナー 令和 5 年度企業アクション調査報告 2024/3/1
5. 南谷優成 一般社団法人 保険者機能を推進する会 健診事業のあり方研究会 「がん検診 -その受診率向上に向けた取り組み- ＋ 社会におけるがん教育」2024/9/13
6. 南谷優成 がん対策推進企業アクション統括

セミナー　令和 6 年度企業アクション調査報告　2025/3/7

7. 南谷優成　厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座　株式会社森永乳業「がん教育セミナー」2025/3/11
8. 南谷優成 足立区/城北ヤクルト販売株式会社 心と体の健康フェスタ　2025/5/17
9. 南谷優成　厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座　株式会社ヤクルト湘南化粧品工場 「がん教育セミナー」2026/1/16
10. 南谷優成　2026/1/28 厚生労働省委託事業がん対策推進アクション出張講座　田辺ファーマ株式会社 「がん教育セミナー」
11. 南谷優成 エレクタ株式会社　がん教育ワークショップ　「がんを正しく知る、職場から広げる 企業におけるがん教育と検診の意義」2026/1/23
12. 立道昌幸　城北地区方面会健保研修会（約 90 健保）（7 月 3 日）オンライン
13. 立道昌幸　けんぽ共同研修会（8 月 4 日）約 50 健保：オンライン
14. 立道昌幸　城内地区方面健保研修会（10 月 23 日）（約 50 健保）対面
15. 立道昌幸　横浜市健康経営ウエブセミナー（2 月 13 日）約 121 健保　オンライン
16. 立道昌幸　慈恵医大医師会研修会(5 月 25 日)700 名
17. 立道昌幸　横浜市医師会研修会（9月 15 日）100 名
18. 立道昌幸　埼玉県大宮市医師会研修会（10 月 19 日）　200 名
19. 立道昌幸　福岡県研修会（11 月 30）200 名
20. 立道昌幸　東北大学研修会（12 月 13 日）200 名
21. 立道昌幸　東京大学医師会（12 月 21 日）産業医研修会　220 名
22. 立道昌幸　神奈川産業保健総合支援センター約 40 名
23. 立道昌幸　産業医大研修会（12 月 9 日、2 月 20 日）750 名（筑波）
24. 立道昌幸　産業医学実践研修（2 月 28 日）産業医　50 名（東京）
25. 松田一夫　鯖江市愛育会　　あいあい鯖江　　″家族ぐるみの生活習慣病予防・がん予防
26. 松田一夫～いつまでも元気で長生きするために～″　　約 50 名 鯖 江 市 愛 育 会 会 員 2025 年 5 月 18 日
27. 松田一夫　福井県越前市 越前市生涯学習センター″「えちぜん市民大学」家族ぐるみの生活習慣病とがん予防　2025 年 6 月 9 日
28. 松田一夫　～健康診断結果の見方とがん検診の正しい受け方～″約 30 名　　越 前 市 民　″福井県坂井健康　福祉センター″Web にて″「令和 7 年度坂井地区　がん講演会」2025 年 10 月 27 日
29. 松田一夫　職場でのがん検診の正しい受け方″ 約 30 名　″旅館の経営者、2025/10/27
30. 県・市のがん検診担当者″ 結核予防会 Web にて″「結核予防会全国支部事務局長研修会」
31. 松田一夫　がんは決して他人事ではない～その予防，正しい　2026 年 1 月 30 日
32. がん検診をすべての人に～″約 50 名　″結核予防会全国支部事務局長、他″　日本対がん協会 Web にて″「第 46 回保健師・看護師研修会」
33. 松田一夫　日本の大腸癌死亡率を諸外国並みに減少させるには，何が必要か？″ 約 180 名　″日本対がん協会支部の　保健師・看護師、他″
34. 齊藤英子：「がん検診の受診率をめぐる話題と子宮頸がん検診での課題」、第 34 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 シンポジウム 1 、2025/10/4

35. 齊藤英子：「HPV 検査単独法マニュアルを改めて読み解く」、第 34 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 共催セミナー、
36. 2025/10/4
37. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京科学大学医師会産業医研修会、2025/8/15
38. 齊藤英子：日本における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入、第 67 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・Asian Society of Gynecologic 2025 (ASGO) ランチョンセミナー、2025/7/18
39. 齊藤英子：TOKYO #女子けんこう部 子宮頸がん検診普及イベント、東京都健康推進課子宮頸がん検診普及啓発事業、2024/12/28
40. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/9/2, Web 開催.
41. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, Web 開催.
42. 齊藤英子：女性労働者の健康管理, 日本医師会認定 東京都医師会・東京医科歯科大学医師会産業医研修会、2024/8/20, 東京.
43. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 名古屋.
44. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 福岡.
45. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京医科歯科大学医師会 産業医研修会、2023/08/14、東京
46. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、日本医師会認定 東京都医師会・中央区医師会産業医研修会、2023/7/2、東京
47. 笠原 善郎 乳がん検診に関する最近の話題 令和 5 年度 東京都がん検診従事者講習会 2024 年 1-3 月 Web
48. 笠原 善郎 令和 6 年度 東京都がん検診従事者講習会 2025 年 1-3 月 Web 乳がん検診最近の話題：J-START、ブレスト・アウェアネス、乳がん検診学会全国集計について
49. 笠原 善郎 令和 7 年度 東京都がん検診従事者講習会 2026 年 1-3 月 Web 乳がん検診に関する最近の話題：組織型検診に向けて
50. 笠原 善郎 オムロン 2024 年度健康経営・コラボヘルス企画 働く女性の健康応援セミナー 乳がんの早期発見から治療、最近のトレンド情報について Web 2025 年 1 月 29 日 2025 年 2 月 6 日
51. 高橋宏和　沖縄県令和 7 年度がん検診充実強化促進事業（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」 の一部改正について）2026 年 1 月 29 日
52. 高橋宏和　三重県がん検診推進セミナー（がん検診の企画・精度管理のポイント）2025 年 12 月 24 日
53. 高橋宏和　インサイツセミナー（がん検診受診率向上に向けた最新動向と実践事例～地域と職域をつなぐがん検診情報の新たなかたち～）2025 年 12 月 17 日
54. 高橋宏和　保険者フェスタ 2025 東京（がん検診の質を守るしくみ）
55. 高橋宏和　保険者マネジメントリーダー塾東京（がん対策と両立支援）2025 年 11 月 20 日
56. 高橋宏和　健診事業のあり方研究会講演 東京（胃がん検診およびチェックリストについて）2025 年 10 月 17 日
57. 高橋宏和　PwC 健康保険組合 オンライン Wellbeing セミナー Web（がん検診の効果と限界）2025 年 10 月 10 日

58. 高橋宏和　健診事業のあり方研究会講演 東京（がん検診の精度管理）2025 年 6 月 6 日
59. 高橋宏和　沖縄県令和 6 年度がん検診充実強化促進事業（対策型検診における HPV 検査単独法の導入と精度管理について）2025 年 1 月 31 日
60. 高橋宏和　東京都医師会令和 6 年度 がん検診受託機関講習会（がん検診事業のあり方について）2025 年 1 月 25 日
61. 高橋宏和 20241115 健診事業のあり方研究会講演 Web（科学的根拠に基づく検診-子宮頸がん検診における HPV 検査について-）
62. 高橋宏和　保険者マネジメントリーダー塾 2024 講演　東京（がん対策と両立支援）2024 年 11 月 8 日
63. 高橋宏和　健診事業のあり方研究会講演 Web（がん検診の精度管理）2024 年 6 月 14 日
64. 高橋宏和　沖縄県講演 Web（対策型検診の意義について）2024 年 2 月 15 日
65. 高橋宏和　女性の健康研究会講演　東京（女性のがん検診において保険者に期待すること）2023 年 12 月 22 日
66. 高橋宏和　いきいきライフセミナー　兵庫県予防医学協会（大腸がんは予防できるか　-がん検診の適切な受け方-）2023 年 9 月 9 日
67. 中山富雄　アリルジュ　職域検診担当者オンライン研修会『2040 年問題を見据えた職域健康診断』、35 名、2026 年 2 月 27 日、
68. 中山富雄　、兵庫県県民健康講座、『よく知ろう、がん検診のいいこと、悪いこと』、兵庫県医師会館、250 名　2026 年 2 月 10 日
69. 中山富雄　、オンコロライブ、『がん検診はいつ受けるべき』、オンライン講演会、200 名　2025 年 11 月 19 日
70. 中山富雄　福岡県がん征圧の集い、『知らないと損、がんと健康診断』、事業所検診担当者、明治安田ホール福岡、200 名　2025 年 9 月 20 日
71. 中山富雄　NHK きょうの健康『がん検診で命を守る最新ガイド』５つのがん検診メリット・デメリット　大腸がん・胃がん・肺がん検診　女性のがん検診　乳がん・子宮頸がん 2025 年 9 月 1-3 日
72. 中山富雄　がんノートオンライン、『がん検診って何』、がんサバイバー/がん家族、オンライン講座、120 名　2025 年 8 月 14 日
73. 中山富雄　日本対がん協会看護師向け研修会、『がん検診事業のあり方について』、オンライン研修会、50 名　2025 年 3 月 11 日
74. 中山富雄　、小金井市市民公開講座、『がん検診の正しい知識』、小金井東センター公民館、40 名　2025 年 1/31
75. 中山富雄　神戸製鋼健康講演会、『がんの予防と検診、正しく知ろう』、株式会社神戸製鋼本社ビル、300 名

G　学会発表

1. 森定 徹　他　HPV 検査単独検診を見据えた際の HPV 検査・細胞診の役割/ /2023/日本婦人科がん検診学会 総会・学術講演会(第 32 回)/2023 年 10 月
2. 森定 徹/アルゴリズムを含めたがん検診プログラムの精度管理/ 2023/日本臨床細胞学会総会 秋期大会(第 62 回)/2023 年 11 月
3. 森定 徹 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入について ～現状と課題～/ /2024/日本産科婦人科学会 学術講演会（第 76 回）/2024 年 4 月
4. 森定 徹　わが国の子宮頸がん検診の状況と現在の課題/ /2024/日本がん検診・診断学会総会（第 32 回）/2024 年 9 月
5. 森定 徹 HPV 検査による子宮頸がん検診/ /日本がん検診・診断学会総会（第 33 回）/2025 年 9 月
6. 森定 徹 HPV 検査を用いた子宮頸がん検診/ /日本癌治療学会学術集会(第 63 回)/
7. 佐川元保．教育講演 12：日本における肺がん検診の現状と展望．第 48 回日本
8. 呼吸器内視鏡学会学術集会、2025.6.12. 仙台
9. 佐川元保、中山富雄、小林　健、西井研治、田中洋史、芦澤和人、目時弘
10. 仁、桜田　晃、for The JECS Study Group. JECS Study におけるプロトコールの変遷と全登録例の背景因子．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
11. 須藤恵美、小原愛美、佐藤倫広、目時弘仁、宮澤仁、高橋則晃、中山富雄、
12. 佐川元保．肺がん検診受診後における身体的・精神的 QOL 変化の検討．検診手法・検診結果・精密検査診断状況との関連性．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
13. 丸山雄一郎、芦澤和人、小林　健、鐘撞一郎、森谷浩史、中山富雄、佐川元保．非/軽喫煙者対象の肺がん CT 検診比較試験（JECS 研究）における E 判定（肺がんを疑う）の CT 所見．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
14. 桜田　晃、坂本周三、佐川元保、齋藤泰紀．低線量 CT による対策型肺がん検診にむけての読影医業務量の検討．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、横浜、2026.2.13
15. 佐川元保、中山富雄、小林　健、西井研治、田中洋史、芦澤和人、目時弘仁、桜田　晃、for The JECS Study Group．非／軽喫煙者に対する低線量胸部 CT による肺がん検診の有効性評価のための無作為化比較試験（JECS Study）：プロトコールの変遷、リクルート、背景因子について．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
16. 須藤恵美、小原愛美、佐藤倫広、目時弘仁、宮澤仁、高橋則晃、中山富雄、佐川元保．肺がん検診が受診者の身体的・精神的 QOL に与える影響：JECS Study における検診モダリティ別の検討．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
17. 芦澤和人、小林　健、鐘撞一郎、丸山雄一郎、森谷浩史、中山富雄、佐川元保．非/軽喫煙者対象の肺がん CT 検診比較試験（JECS 研究）における E 判定（肺がんを疑う）の CT 所見．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
18. 白井真里、坂本周三、佐藤亜希子、肥田泰三、野津田泰嗣、佐川元保、桜田晃、羽隅　透、齋藤泰紀．肺癌検診における癌発見以前の画像を用いた AI 有用性の検討．第 66 回日本肺癌学会学術集会、東京、2025.11.6
19. 佐川元保．教育講演 10　「肺がん検診ガイドライン 2022 年版」への改訂　CT　検診を中心に．第 64 回日本人間ドック学会学術大

会．2023．9．1．高崎.

20. 佐川元保、石橋直也、菅原崇史、佐々木高信、野々村遼、大島 穣、新井川弘道．肺がん検診ガイドライン 2022 における LSCT の扱い．第 27 回日本ＣＴ検診学会学術集会，2024．2/7．北九州.
21. 佐川元保．肺がん検診の現状と課題：低線量 CT 検診を中心に．がん征圧全国大会 2024．2024．9．12．さいたま.
22. 佐川元保．肺がん検診ガイドライン 2022 への改訂　ーその背景と解説ー．第 64 回日本肺癌学会学術集会．2023．11．2．千葉.
23. 宮澤　仁、小原愛美、須藤恵美、中山富雄、佐川元保．JECS Study 研究におけるコンタミネーションに関する基礎的調査：個別アンケートからの検討．第 27 回日本ＣＴ検診学会学術集会，2024．2/8．北九州.
24. 坂本周三、肥田泰三, 佐藤亜希子, 加藤剛, 菅野通, 八重柏政宏, 高橋里美, 桜田晃, 野津田泰嗣, 佐川元保, 岡田克典, 渡辺彰, 齋藤泰紀．当法人における
25. 胸部 X 線画像の症例集を利用した CAD の精度評価．第 64 回日本肺癌学会学術集会、2023.11.2、千葉
26. 齊藤英子・e-learning によるがん検診の仕組みの理解と集計データ解析による精度管理の評価の実践・第 84 回日本公衆衛生学会総会・2025 年 10 月
27. Eiko Aoki, Kumiko Saika, Tohru Morisada, Daisuke Aoki・EVALUATION OF JAPAN'S IMPLEMENTATION OF HPV PRIMARY SCREENING USING EU RECOMMENDED LISTS・The 37th International Papillomavirus Conference・Oct.2025
28. 横山良仁,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔・HPV 陽性＋細胞診 NILM の経過：文献レビュー・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
29. 佐野弘子,齊藤英子・地域住民検診における子宮頸がん検診で、細胞診判定に占める ASC-US の割合が増加すると精密検査受診が低下するか？・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
30. 齊藤英子・わが国の子宮頸がん検診の「受診」における課題 ー今こそ all Japan での取り組みをー・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
31. 齊藤英子・アカデミックセッション「婦人科がん」① がん予防を志向したときの婦人科がんの特徴・第 33 回日本がん検診・診断学会総会・2025 年 9 月
32. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,青木大輔・自治体と職域におけるがん検診の情報共有の可能性についての検討のためのヒアリング・第 33 回日本がん検診・診断学会総会・2025 年 9 月
33. Eiko Saitoh Aoki・Municipality-Level Correlation of Screening follow-up Rates Between Cervical Cancer Screening and Other Cancer Screenings in Japan・ Asian Society of Gynecologic Oncology・Jul. 2025
34. 齊藤英子,森定徹,青木大輔・わが国の子宮頸がん検診では、HPV 検査単独法と細胞診単独法の精度管理レベルにギャップが生じている・第 77 回日本産科婦人科学会学術講演会・2025 年 5 月
35. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・Systematic Review of Candidate Algorithms for implementing of HPV Testing in Japan’s Population-Based Cervical Cancer Screening・Asian Society of Gynecologic Oncology (ASGO) 2024 Meeting・Nove.2024

36. 佐野弘子,齊藤英子,永吉陽子,上田 和,進 伸幸,相田真介・当院における子宮頸部細胞診 ASC-H 判定の妥当性の検討 - 生検結果の追跡 -・第 63 回日本臨床細胞学会秋期大会・2024 年 11 月
37. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・One of the Best Uses of the Checklist in Cervical Cancer Screening・The 36th International Papillomavirus Conference・Nove.2024
38. 齊藤英子,雑賀公美子・子宮頸がん検診における HPV 検査単独法のアルゴリズム【報告１】・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024 年 10 月
39. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子・職域がん検診実施施設での精度管理実施状況調査の実施可能性に関する検討・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024 年 10 月
40. 齊藤英子,雑賀公美子,Misha Coleman,Hannah Saunders,Marion Saville・精度管理向上の理念を含有する自己採取 HPV 検査提供のあり方 －オーストラリアのストラテジーから－・第 33 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会・2024 年 10 月
41. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔,高橋宏和・住民検診と職域検診のがん検診精度管理状況の違い克服へ－職域検診用「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用）」の作成－・第 32 回日本がん検診・診断学会総会・2024 年 9 月
42. 齊藤英子・月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効率的手法の検討・第 65 回日本人間ドック学会・予防医療学会学術大会・2024 年 9 月
43. 齊藤英子,雑賀公美子,斎藤博,松坂方士・住民検診での都道府県別精検受診率の比較－子宮頸がん検診と乳がん検診－公表データを用いた分析・第 66 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2024 年 7 月
44. 齊藤英子・HPV 検査単独法による子宮頸がん検診-さまざまな委託元へのがん検診提供を念頭においた場合の留意点-・第 76 回日本産科婦人科学会学術講演会・2024 年 4 月
45. 齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,中山富雄,青木大輔・「HPV 単独検診による子宮頸がん検診導入」について・第 31 回日本 CT 検診学会学術集会・2024 年 3 月
46. 富田圭祐,齊藤英子,五十嵐歩惟,磯前有香,永吉陽子,上田和,桂研一郎・当院での子宮頸がん検診における要精検者の精検受診率向上のためのシームレス勧奨・第 38 回日本女性医学学会学術集会・2023 年 12 月
47. 河野可奈子,雑賀公美子,齊藤英子,森定 徹,青木大輔・HPV 検査の有用性を検証するコホート研究における初回検診後のアルゴリズム遵守状況・第 62 回日本臨床細胞学会秋期大会・2023 年 11 月
48. 齊藤英子・がん検診の評価指標の「可視化プロジェクト」−精検受診率について− ・第 82 回公衆衛生学会総会・2023 年 10 月
49. 齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,河野可奈子,中山富雄,高橋宏和,青木大輔・日本の現状は子宮頸がん検診で HPV 検査の結果が細胞診の判定に影響する可能性がある・第 32 回日本婦人科がん検診学会・総会・2023 年 10 月
50. 小田瑞恵,齊藤英子,佐々木寛・子宮頸がん検診における HPV 検査の役割 —HPV 検査導入に向けたアルゴリズムの試案—・第32回日本婦人科がん検診学会・総会・2023 年 10 月
51. 齊藤英子・福島原発事故での産業医学的支援実現の際の経験 —手に負えない場合の対応について—・第41回産業医科大学学会・産業医科大学国際センターシンポジウム・2023

年 10 月

52. 齊藤英子・職域がん検診はどう変わるか、変えていくか？職域におけるがん検診に関するマニュアルに基づく検診実施機関の精度管理・第 64 回日本人間ドック学会学術大会・2023 年 9 月
53. 磯前有香,齊藤英子,五十嵐歩惟,桂研一郎・子宮頸がん検診要精検者における確実な精検受診実現のためのワンストップ勧奨・第 64 回日本人間ドック学会学術大会・2023 年 9 月
54. 進伸幸,齊藤英子,富田圭祐,永吉陽子,上田和,渋井亮介,岡田智志,片岡史夫,永松健・若年子宮体癌症例に対する高用量黄体ホルモン療法の治療成績・第 65 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023 年 7 月
55. 齊藤英子,雑賀公美子,高橋宏和,森定徹 青木大輔・地域保健・健康増進事業データから見た子宮頸がん検診の精密検査についての課題・第 65 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023 年 7 月
56. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔,高橋宏和・がん検診実施施設における住民検診と職域検診との精度管理状況の違い克服に向けての取り組み・第 31 回日本がん検診・診断学会総会・2023 年 6 月
57. 河野可奈子,雑賀公美子,齊藤英子,森定徹,青木大輔・住民検診における子宮頸がんを含む子宮頸部異常の発見率の特徴・第 64 回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023 年 6 月
58. 齊藤英子,木口一成,小田瑞恵,植田政嗣佐々木寛・検診機関用チェックリスト調査から見える子宮頸がん検診での細胞診精度管理の課題・第 64 回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023 年 6 月
59. 齊藤英子,小田瑞恵,木口一成,佐々木寛,青木大輔・検診機関における検診委託元別の子宮頸がん検診の精度管理状況―チェックリスト充足率からの検討―・第 75 回日本産科婦人科学会学術講演会・2023 年 5 月
60. Eiko SAITOH AOKI, Kumiko SAIKA, Daisuke AOKI・Current Status and Challenges for of Cervical Cancer Screening in Japan・35th International Papillomavirus Conference・April,2023
61. 須賀万智. 職域におけるがん検診の実施方法とマニュアルの活用実態. 第 61 回日本医療・病院管理学会(2024)
62. 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. 働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査. 第 83 回日本公衆衛生学会(2024)
63. Suka M, Shimazaki T, Yamauchi T, Yanagisawa H. Psychographic determinants of r response to health promotion materials. MEDINFO 2025 (2025)
64. 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. がん検診の受診意図を高める働きかけとは～働く人の健康意識に関するアンケート調査. 第 84 回日本公衆衛生学会(2025)
65. 五十嵐侑、増田眞子、田中優大、小田上公法、永田智久、立道昌幸、森晃爾.日本の労働者におけるがん検診に対する受診意向とその関連要因：W2S-Ohpm StudyⅢ 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会 ポスター発表
66. 木下 智香子、平山 奈都美、桑原 佳子、大野 寿弥子、小川 俊夫、祖父江 友孝. レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨. 第 97 回日本産業衛生学会総会（2024 年 5 月 25 日、広島県広島市・広島国際会議場）
67. 木下 智香子、小川 俊夫. レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨. 第 83 回日本公衆衛生学会総会（2024 年 10 月 31 日、北海道札幌市・札幌コンベンションセンター）

68. 小川俊夫. 就労とがん治療の両立への職域がん検診の影響に関する一考察. 第 98 回日本産業衛生学会総会（2025 年 5 月 15 日、宮城県仙台市・仙台国際センター）
69. 小川俊夫、深井航太、古屋佑子、立道昌幸. がん治療と就労の両立に与える影響に関する一考察. 第 84 回日本公衆衛生学会総会（2025 年 10 月 29 日、静岡県静岡市・静岡県コンベンションアーツセンターグランシップ）
70. Takahashi H, Machii R. Current challenges of cancer screening in Japanese workplaces. International Cancer Screening Network 2025 (20250618) Aarhus
71. Takahashi H, Machii R. Effect of COVID-19 for cancer screening and cancer treatment in Japan. 20th International Congress On Infectious Diseases 2024（20241203）Cape Town
72. Impact of COVID-19 for cancer screening and cancer treatment in Japan. International Asian Cancer and Chronic Disease Screening Network (IACCS) 2023（20231216）Tokyo
73. Takahashi H, Machii R. Impact of COVID-19 for cancer screening and cancer treatment in Japan. International Cancer Screening Network 2023 (20230620) Turin
74. 高橋宏和. 組織型検診の実現に向けた課題と解決策 第 35 回日本乳癌検診学会学術総会ワークショップ座長（20251128）高知
75. 男澤詩保里、戸津玲、竹本覚、高橋宏和. 大腸がん検診における健保組合と自治体の精度管理体制の比較. 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会　ポスター（20251127）徳島
76. 町井涼子、高橋宏和、中山富雄. COVID-19 流行による対策型がん検診受診率の低下は回復したのか？ 第 84 回日本公衆衛生学会総会ポスター（20251030）静岡
77. 高橋宏和. リスク層別化がん検診の障壁と可能性. 第 34 回日本乳癌検診学会学術総会　シンポジウム（20241129）高崎
78. 華井明子、街勝憲、清陽一、梅沢淳、金原理恵子、小手森綾香、齋藤英子、逸見治、堀芽久美、高橋宏和. 感染拡大特定警戒地域における BMI と身体活動の変化匿名特定健診データによる検討. 第 83 回公衆衛生学会総会口演評価のためのチェックリスト」による（20241030）札幌
79. 岩佐詩織、渡邊哲也、小手森綾香、金原里恵子、中舘美佐子、石原淳子、齋藤英子、堀芽久美、街勝憲、華井明子、逸見治、清水陽一、高橋宏和. 新型コロナウイルス感染症の流行後に生じた日本人の食料支出の経年変化. 第 83 回公衆衛生学会総会　ポスター（20241030）札幌
80. 男澤詩保里、岩本和雄、戸津玲、高橋宏和. 職域におけるがん検診の精度管理チャートの開発. 第 34 回日本産業衛生学会全国協議会ポスター（20241004）木更津
81. 高橋宏和. 乳がん検診のプロセス指標目標値改正について. 第 32 回日本がん検診・診断学会総会　口演トピックス（20240928）東京
82. 高橋宏和、竹田亮平. 介護 DB オープンデータを用いた直近 4 か年の介護認定新規申請者数の動向. 第 6 回日本在宅医療連合学会大会ポスター（20240722）幕張
83. 高橋宏和. ポストコロナ時代のがん検診戦略. 第 63 回日本消化器がん検診学会総会 教育講演（20240608）名古屋
84. 藤谷幹浩、川嶋啓揮、高橋宏和. 先進的手法を用いた消化器がん検診の可能性. 第 63 回日本消化器がん検診学会総会 特別企画シンポジウム座長（20240607）名古屋

85. 高橋宏和. がん検診事業の現状と方向性. 第 33 回日本乳癌検診学会学術総会　シンポジウム（20231125）福岡
86. 笠原 善郎、安藝 史典、宇佐美 伸、大村 東生、隈 浩司、白岩 美咲、高橋 宏和、辻 一郎、角田 博子、中嶋 啓雄、増田 裕行、森田 孝子、山口美樹、山口由美. 第 13 回乳癌検診学会全国集計報告 2020 年度版（292 施設）事業評価の観点から日本乳癌検診学会全国集計委員会 第 33 回日本乳癌検診学会 学術総会 2023.11.24 福岡市
87. 笠原善郎、加藤久美子 シンポジウム 2：多職種がささせるブレストアウェアネスの推進と課題.「ブレスト・アウェアネス」誰が広げる、その考え方と実践 第 35 回日本乳癌検診学会 学術総会 2025.11.28 高知市
88. 中山富雄．HPV 検査単独法を対策型検診として行う意味合い．会長企画　婦人科がん検診～次のステージへ～HPV 検査単独法について．第 66 回日本臨床細胞学会総会、2025/6/29、口演、東京
89. 中山富雄．がん検診精度管理の方向性ー組織型検診を目指してー．シンポジウム 1 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診　～検診プログラムの精度管理について～．第 64 回日本臨床細胞学会秋期大会、2025/11/29、口演、広島
90. 中山富雄．肺がん検診のこれまでとこれから．肺がん検診セミナー2025　基調講演．第 66 回日本肺癌学会学術集会、2025/11/8、口演、東京
91. 中山富雄．低線量 CT 肺がん検診の対策型導入への道筋：他臓器検診から見えてくる新たながん検診の課題への対処．特別企画　対策型低線量 CT 肺がん検診を成功させるために：その基礎と実践．第 33 回日本 CT 検診学会学術集会、2026/2/13、口演、神奈川
92. 小林　望、山地大樹、中山富雄.「血漿中アミノ酸濃度に基づく大腸がんスクリーニング検査精度に関する前向きコホート研究」ワークショップ I 上部消化管がん検診の現状と革新的未来．第 63 回日本消化器がん検診学会総会　2024/6/7、口演、名古屋
93. 細野覚代、濱島ちさと、中山富雄．利益不利益バランスによるがん検診の対象年齢設定．シンポジウム 38　科学的根拠に基づく大腸がん検診の効率的運用　第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/30、口演、札幌市
94. 榎本建志、細野覚代、三村麻子、宮澤　仁、町井涼子、山崎恭子、八巻知香子、中山富雄.「患者･市民パネル」におけるリスク層別化がん剣士の受容可能性等に関する質的研究.、第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/31、ポスター、札幌市
95. 宮澤　仁、細野覚代、中山富雄．LDCT 肺がん検診導入に対する受容可能性調査－対象外となる非／軽喫煙者の回答－．第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/31、ポスター、札幌市
96. 難波俊文、細野覚代、町井涼子、中山富雄．対策型検診への HPV 検査導入において求められる情報提供とは：混合研究法による検討．第 83 回日本公衆衛生学会　2024/10/31、口演、札幌市
97. 中山富雄．がん対策推進基本計画からみたがん検診の精度管理．肺がん検診読影セミナー2023、第 64 回日本肺癌学会学術集会　2023 年 11 月 4 日、口演、千葉
98. 中山富雄．低線量 CT 検診を日本で実装するためのロードマップ．ワークショップ 3　低線量 CT による肺癌検診ーガイドライン改訂と対策型検診への導入について．第 64 回日本肺癌学会学術集会．2023 年 11 月 2 日　口演、千葉

99. 中山富雄. がん検診とは何か？国家的プログラムの要件. 第 32 回日本婦人科がん検診学会総会. シンポジウム 1　2023 年 10 月 14 日、口演、東京
100. 中山富雄. 子宮頸がん検診に関する最近の動向ー海外と日本ー　第 64 回日本臨床細胞学会春季大会　要望講演 4　2023 年 6 月 11 日、口演、名古屋
101. Tomio Nakayama. Prostate Cancer Screening Pitfalis From an Epidmiologist's Perspective. Symposium. How to avoid over-staging and over-treatment of prostate cancer?. 第 110 回日本泌尿器科学会総会. 2023 年 4 月 29 日、口演、神戸

G．知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

総合分担研究報告書

2. 職域におけるがん検診精度管理実施のためのがん検診実施機関用チェックリスト作成研究

研究分担者　　齊藤　英子

国際医療福祉大学三田病院予防医学センター　講師

研究分担者　　青木　大輔

国際医療福祉大学大学院 教授／赤坂山王メディカルセンター 院長

研究分担者　　森定　徹

杏林大学医学部 産婦人科学教室　教授

令和5－7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

職域におけるがん検診精度管理実施のためのがん検診実施機関用チェックリスト作成研究

研究分担者　齊藤 英子　国際医療福祉大学三田病院 予防医学センター
青木 大輔　国際医療福祉大学大学院 教授／赤坂山王メディカルセンター 院長
森定 徹　杏林大学医学部 産婦人科学教室　教授

研究協力者　雜賀公美子　佐久医療センター / 国立がん研究センター
川島　恵美　滋賀医科大学 NCD 疫学研究センター
岡田結生子　慶応義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

研究要旨：職域におけるがん検診の精度管理向上を目的として、検診実施機関用チェックリスト（CL）案を作成し、その実用可能性を検討した。まず、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」および「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき、職域での検診実施機関用 CL として掲載すべきがん種と検診手法を検討した。その結果に基づき、胃・肺・大腸・子宮頸・乳の 5 がんを対象に、住民検診用 CL を基礎として職域向け CL に改編した。作成した CL のフィージビリティ確認と、検診実施機関での職域向けの精度管理状況を把握するために、全国の健診・検診実施機関 3,834 施設を対象に Web 調査を行い、762 施設（19.9%）から回答を得た。得られた回答は概ね欠損なく回答されており、十分に使用に耐えることが確認できた。また、多くの施設で推奨される検診方法が実施されていた一方、推奨外手法も実施されていたり、対象年齢や検診間隔の不遵守、受診者への説明不足、プロセス指標の把握・活用不足などの課題があることが明らかになった。住民検診用 CL の大部分は文言修正により職域でも活用可能であり、検診実施機関が自ら点検できるセルフチェック形式として整備し公開した。今後は本 CL の普及を進めるとともに、委託元を含めた精度管理の評価・指導体制の整備が必要である。

A．研究目的

職域におけるがん検診の精度管理向上の一環として、当該がん検診の委託を受ける検診実施機関が使用できる「検診実施機関用チェックリスト（CL）案」を作成することを目的とした。

B．研究方法

1. 対象とするがん検診のがん種および検診手法の検討：職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下、職域マニュアル）に記載されているがん検診、および地域保健健康増進事業で実施が推奨され、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（以下、指針）に記載されているがん検診（以下、住民検診）を対象とし、がん種および検診手法等に基づいて、CL 作成対象とすることの妥当性を検討した。

2. CL 案の作成と検証：方法 1 で選定したがん検診に対して、住民検診で使用されている検診機関用チェックリストおよび仕様書を基礎資料とし、以下を実施した。（1）職域検診用のがん検診実施機関に求める精度管理項目 CL の作成（2）上記 CL を用いた職域検診用 Web アンケートフォームの作成（3）全国の職域　がん検診実施機関を対象としたアンケート調査による使用可能性の検討および現状課題の抽出

調査対象は、健診あるいは検診を提供する医療機関で、わが国の主要な健診代行会社 3 社の契約先を重複のないよう整理したものであり、アンケート回答依頼は健診代行会社を通じて行った。

C．研究結果

1. CL 作成対象がん種 CL 作成が可能と考えられたがん種および検診手法は以下のとおりであ

る。

- 胃がん：バリウム検査、上部消化管内視鏡検査
- 肺がん※1：胸部 X 線単純撮影
- 大腸がん：便潜血検査
- 子宮頸がん※2：子宮頸部擦過細胞診単独法
- 乳がん：マンモグラフィー単独法

※1 肺がん検診の検査手法については、研究開始当初の R5 年度時点では、職域マニュアルおよび指針のいずれにおいても「胸部 X 線単純撮影＋喀痰細胞診」とされていたため、当初はこれを CL 作成対象とした。その後、R7 年度に指針から喀痰細胞診の記載が削除されたことを踏まえ、本研究でも「胸部 X 線単純撮影」に改編した。

※2 子宮頸がん検診では、子宮頸部擦過細胞診単独法に加え、HPV 検査単独法が R5 年度から指針に記載された。しかし、HPV 検査単独法はモデル事業的に開始されたものであり、今後大幅な変更の可能性もあったため、本検討における CL 作成対象からは除外した。

2-1. CL 案作成可能性の検討： 住民検診向けの体制を前提とした表現や、職域に適用するには意図が通じにくい表現を調整することにより、「職域検診用 がん検診実施機関に求める精度管理チェックリスト」案の作成が可能であった。

2-2. 職域のがん検診実施機関における精度管理アンケート調査結果： 回答は、3,834 施設中 762 施設（19.9%）から得られた。

(1) がん検診の実施体制

- 大腸がん検診提供機関 722 機関中、便潜血検査を実施している機関は 718 機関(99.6%)であり、指針外かつ職域マニュアル記載外の大腸内視鏡検査を実施している機関は 154 機関（22.7%）であった。
- 乳がん検診提供機関 497 機関中、マンモグラフィーを実施している機関は 449 機関（90.3%）であり、指針外かつ職域マニュアル記載外の視触診は 191 機関（38.4%）、超音波検査は 402 機関（80.9%）で実施されていた。
- 子宮頸がん検診提供機関 430 機関中、医師採取による子宮頸部細胞診を実施している機関は 418 機関（97.2%）であり、指針外かつ職域マニュアル記載外の自己採取細胞診は 33 機関（7.7%）、医師採取 HPV 検査は 210 機関（49.0%）、自己採取 HPV 検査は 10 機関（2.3%）で実施されていた。 以下、指針および職域マニュアルに基づく妥当な検診方法を実施している機関を対象に集計した。
- 適切な対象年齢の者に検診を提供している機関の割合は、大腸がん検診 15.9%、乳がん検診 30.1%、子宮頸がん検診 19.4%であった。
- がん種ごとの適切な検診間隔で検診を提供している機関の割合は、大腸がん検診 64.7%、乳がん検診 27.4%、子宮頸がん検診 18.5%であった。

(2) 受診者への説明

- 「すべての受診者」に説明している機関は、大腸がん検診 52.4％、子宮頸がん検診 57.7%、乳がん検診 55.4%であった。

(3) システムとしての精度管理

- プロセス指標の算出について、大腸がん検診では、要精検率、精検受診率を把握している機関の割合、および一切算出していない機関の割合が、それぞれ 36.0%、25.6%、62.2%であった。 これに対し、乳がん検診では 50.3%、37.2%、47.4%、子宮頸がん検診では 51.3%、36.5%、46.5%であり、大腸がん検診では他の 2 がん種に比べ把握状況が不良であった。 ・プロセス指標を用いた事業評価や改善の実施については、大腸がん検診では 14.3%の機関が積極的に実施、70.2%が可能な範囲で実施と回答した。これに対し、乳がん検診では 20.3%、66.5%、子宮頸がん検診では 16.6%、70.0%であり、何らかの努力を行う姿勢については、3 がん種で大きな差はみられなかった。

3. 汎用化のための CL 提示

上記結果を踏まえ、5 がんに対して検診実施機関が自らセルフチェックできる形式となるよう文言を整備し、CL を提示した（別添 PDF）。

D．考察

検診実施機関用の CL を職域検診向けに改編することは十分に可能であった。また一部、書き換えが困難な項目があり、それらは今回の CL 案から削除している。書き換え困難な項目として、住民検診における「都道府県の生活習慣病検診等

管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか」がある。書き換え困難な理由は、職域では検診実施機関の精度管理を評価・指導する体制自体が存在しないことであり、これは職域の精度管理体制の根源的な課題の 1 つである。また、職域では住民検診において実施主体である市区町村を評価・指導する「都道府県」に相当する役割を担うものもないことから、これらは今後わが国で職域での精度管理を整備していく上で整備が必要である。

アンケート調査の回答率が 19.9%に留まった理由として、対象施設には、がん検診を実施していない施設も含まれていた可能性がある。また、回答方法を Web に限定したことから、操作に不慣れな施設から回答が得られなかった可能性や、回答義務を伴わない任意回答であったことの影響も考えられる。このように回答数は限定的であったが、有効回答が得られた施設については、いずれの施設も設問に回答しており、課題抽出も可能であった。今後このような形式で精度管理調査を実施することは十分可能と考えられ、職域において契約先機関の評価を目的として回答を求める体制が構築されれば、回答率の向上も期待される。

さらに、今回の経験から、委託元用の CL についても住民検診での「市区町村用 CL」を元にして整備できる可能性があると考えられたことから、文言を職域用に整理した委託元用 CL 案を準備している（別添 PDF）。今後は検診機関用 CL と同様にフィージビリティ確認を行い、実装に向ける作業も必要と考えられた。

E．結論

職域におけるがん検診の精度管理を目的とした、がん検診実施機関用 CL の作成は可能であり、フィージビリティも期待できる。今後は、その普及を進めるとともに、委託元用の CL の整備を行い、さらに両者の CL 結果を踏まえて評価を担う体制整備も必要と考えられる。

G．研究発表

１．論文発表

1. 岡田結生子,雜賀公美子,立道昌幸, 岡村智教,齊藤英子：職域におけるがん検診～職域検診版「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」案の作成～、産業衛生学雑誌、68巻2号、66-77, 2026年3月
2. 岡田結生子,齊藤英子,雜賀公美子,岡村智教,立道昌幸：職域検診と住民検診におけるがん検診精度管理の格差是正に向けて―住民検診の検診実施機関要チェックリストは職域検診でも活用できるのか―、日本がん検診・診断学会誌、33巻3号、56-64、2026年3月
3. 齊藤英子, 岡田結生子, 雜賀公美子：組織型検診の実現に向けた検診情報の標準化と集約化の検討―自治体・健康保険組合へのインタビュー調査に基づく提言―、日本がん検診・診断学会誌、33巻3号、46-55、2026年3月
4. 磯前有香,齊藤英子,前田由衣,丸山裕実,齋藤香絵,五十嵐歩惟,小菅里美,奈良千帆,大金志穂乃, 吉田紀子,花岡尚海,桂研一郎：月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効果的手法の検討、日本人間ドック・予防医療学会誌、40巻4号,129-133、2025年12月
5. 齊藤英子,雜賀公美子,町井涼子：HPV検査単独法検診について受診者へ伝えるべきこと、産科と婦人科、92巻11号、1247-1252、2025年11月
6. 齊藤英子,青木大輔：細胞診を用いた子宮頸がん検診の課題、内科総合誌、42巻9号、1383-1389、2025年8月
7. 佐野弘子,齊藤英子,上田和,永吉陽子,進伸幸,相田真介：当院での子宮頸部細胞診ASC-H判定症例の検討―組織診診断結果と照合して―、日本臨床細胞学会誌、64巻4号、175-181、2025年7月
8. 磯前有香,齊藤英子,五十嵐歩惟,桂研一郎、健診施設におけるがん検診での確実な精検受診実現のためのシームレス勧奨の効果 －子宮頸がん検診要精検者を例に－、日本人間ドック予防医療学会誌、39 巻 4 号、598-602、2024 年
9. 岡田結生子,雜賀公美子,高橋宏和,青木大輔,森定 徹,齊藤英子、がん検診実施施設における住民検診と職域検診の精度管理状況の違いを克服するための取り組み －子宮頸がん検診を例に－、日本がん検診診断学会誌、31 巻 3 号、35-41、2024 年
10. 齊藤英子,雜賀公美子,小田瑞恵,木口一成,植松孝悦,佐々木寛,青木大輔・検診機関における検診委託元別のがん検診精度管理状況 －乳がん検診での検討－、日本がん検診診断学会誌、30 巻 3 号、45-54、2023 年
11. Eiko Saitoh Aoki, Kumiko Saika, Kazushige Kiguchi, Tohru Morisada,

Daisuke Aoki・Validation of HPV triage in cytology-based cervical cancer screening for ASC-US cases using Japanese data・J Gynecol Oncol・2023・34(2):e14(10.3802/jgo.2023.34.e14)

12. Toshio Ogawa, Hirokazu Takahashi, Hiroshi Saito, Motoyasu Sagawa, Daisuke Aoki, Kazuo Matsuda, Tomio Nakayama, Yoshio Kasahara, Katsuaki Kato,Eiko Saitoh, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Norie Sawada, Yasushi Matsumura, Tomotaka Sobue・Novel Algorithm for the Estimation of Cancer Incidence Using Claims Data in Japan:A Feasibility Study・JCO Glob Oncol・2023・9:e2200222(doi:10.1200/GO.22.00222)

2. 学会発表

1. 齊藤英子・e-learningによるがん検診の仕組みの理解と集計データ解析による精度管理の評価の実践・第84回日本公衆衛生学会総会・2025年10月
2. Eiko Aoki, Kumiko Saika, Tohru Morisada, Daisuke Aoki・EVALUATION OF JAPAN'S IMPLEMENTATION OF HPV PRIMARY SCREENING USING EU RECOMMENDED LISTS・The 37th International Papillomavirus Conference・Oct.2025
3. 横山良仁,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔・HPV陽性＋細胞診NILMの経過：文献レビュー・第34回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025年10月
4. 佐野弘子,齊藤英子・地域住民検診における子宮頸がん検診で、細胞診判定に占めるASC-USの割合が増加すると精密検査受診が低下するか？・第34回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025年10月
5. 齊藤英子・わが国の子宮頸がん検診の「受診」における課題 ー今こそall Japanでの取り組みをー・第34回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025年10月
6. 齊藤英子・アカデミックセッション「婦人科がん」① がん予防を志向したときの婦人科がんの特徴・第33回日本がん検診・診断学会総会・2025年9月
7. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,青木大輔・自治体と職域におけるがん検診の情報共有の可能性についての検討のためのヒアリング・第33回日本がん検診・診断学会総会・2025年9月
8. Eiko Saitoh Aoki・Municipality-Level Correlation of Screening follow-up Rates Between Cervical Cancer Screening and Other Cancer Screenings in Japan・ Asian Society of Gynecologic Oncology・Jul. 2025
9. 齊藤英子,森定徹,青木大輔・わが国の子宮頸がん検診では、HPV検査単独法と細胞診単独法の精度管理レベルにギャップが生じている・第77回日本産科婦人科学会学術講演会・2025年5月
10. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・Systematic Review of Candidate Algorithms for implementing of HPV Testing in Japan's Population-Based Cervical Cancer Screening・Asian Society of Gynecologic Oncology (ASGO) 2024 Meeting・Nove.2024
11. 佐野弘子,齊藤英子,永吉陽子,上田 和,進伸幸,相田真介・当院における子宮頸部細胞診ASC-H判定の妥当性の検討 - 生検結果の追跡 -・第63回日本臨床細胞学会秋期大会・2024年11月
12. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・One of the Best Uses of the Checklist in Cervical Cancer Screening・The 36th International Papillomavirus Conference・Nove.2024
13. 齊藤英子,雑賀公美子・子宮頸がん検診における HPV 検査単独法のアルゴリズム【報告1】・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024年10月
14. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子・職域がん検診実施施設での精度管理実施状況調査の実施可能性に関する検討・第83回日本公衆衛生学会総会・2024年10月
15. 齊藤英子, 雑賀公美子,Misha Coleman,Hannah Saunders,Marion Saville・精度管理向上の理念を含有する自己採取 HPV 検査提供のあり方 ーオーストラリアのストラテジーからー・第33回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会・2024年10月
16. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔,高橋宏和・住民検診と職域検診のがん検診精度管理状況の違い克服へー

職域検診用「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用）」の作成ー・第 32 回日本がん検診・診断学会総会・2024 年 9 月

17. 齊藤英子・月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効率的手法の検討・第 65 回日本人間ドック学会・予防医療学会学術大会・2024 年 9 月
18. 齊藤英子,雑賀公美子,斎藤博,松坂方士・住民検診での都道府県別精検受診率の比較ー子宮頸がん検診と乳がん検診ー公表データを用いた分析・第 66 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2024 年 7 月
19. 齊藤英子・HPV 検査単独法による子宮頸がん検診-さまざまな委託元へのがん検診提供を念頭においた場合の留意点-・第 76 回日本産科婦人科学会学術講演会・2024 年 4 月
20. 齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,中山富雄,青木大輔・「HPV 単独検診による子宮頸がん検診導入」について・第 31 回日本 CT 検診学会学術集会・2024 年 3 月
21. 富田圭祐,齊藤英子,五十嵐歩惟,磯前有香,永吉陽子,上田和,桂研一郎・当院での子宮頸がん検診における要精検者の精検受診率向上のためのシームレス勧奨・第 38 回日本女性医学学会学術集会・2023 年 12 月
22. 河野可奈子,雑賀公美子,齊藤英子,森定 徹,青木大輔・HPV 検査の有用性を検証するコホート研究における初回検診後のアルゴリズム遵守状況・第 62 回日本臨床細胞学会秋期大会・2023 年 11 月
23. 齊藤英子・がん検診の評価指標の「可視化プロジェクト」−精検受診率について− ・第 82 回公衆衛生学会総会・2023 年 10 月
24. 齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,河野可奈子,中山富雄,高橋宏和,青木大輔・日本の現状は子宮頸がん検診で HPV 検査の結果が細胞診の判定に影響する可能性がある・第 32 回日本婦人科がん検診学会・総会・2023 年 10 月
25. 小田瑞恵,齊藤英子,佐々木寛・子宮頸がん検診における HPV 検査の役割 —HPV 検査導入に向けたアルゴリズムの試案—・第 32 回日本婦人科がん検診学会・総会・2023 年 10 月
26. 齊藤英子・福島原発事故での産業医学的支援実現の際の経験 —手に負えない場合の対応について—・第 41 回産業医科大学学会・産業医科大学国際センターシンポジウム・2023 年 10 月
27. 齊藤英子・職域がん検診はどう変わるか、変えていくか？職域におけるがん検診に関するマニュアルに基づく検診実施機関の精度管理・第 64 回日本人間ドック学会学術大会・2023 年 9 月
28. 磯前有香,齊藤英子,五十嵐歩惟,桂研一郎・子宮頸がん検診要精検者における確実な精検受診実現のためのワンストップ勧奨・第 64 回日本人間ドック学会学術大会・2023 年 9 月
29. 進伸幸,齊藤英子,富田圭祐,永吉陽子,上田和,渋井亮介,岡田智志,片岡史夫,永松健・若年子宮体癌症例に対する高用量黄体ホルモン療法の治療成績・第 65 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023 年 7 月
30. 齊藤英子,雑賀公美子,高橋宏和,森定徹,青木大輔・地域保健・健康増進事業データから見た子宮頸がん検診の精密検査についての課題・第 65 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023 年 7 月
31. 岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,森定徹,青木大輔,高橋宏和・がん検診実施施設における住民検診と職域検診との精度管理状況の違い克服に向けての取り組み・第 31 回日本がん検診・診断学会総会・2023 年 6 月
32. 河野可奈子,雑賀公美子,齊藤英子,森定徹,青木大輔・住民検診における子宮頸がんを含む子宮頸部異常の発見率の特徴・第 64 回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023 年 6 月
33. 齊藤英子,木口一成,小田瑞恵,植田政嗣佐々木寛・検診機関用チェックリスト調査から見える子宮頸がん検診での細胞診精度管理の課題・第 64 回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023 年 6 月
34. 齊藤英子,小田瑞恵,木口一成,佐々木寛,青木大輔・検診機関における検診委託元別の子宮頸がん検診の精度管理状況—チェックリスト充足率からの検討—・第 75 回日本産科婦人科学会学術講演会・2023 年 5 月
35. Eiko SAITOH AOKI, Kumiko SAIKA, Daisuke AOKI・Current Status and Challenges for of Cervical Cancer Screening in Japan・35th International Papillomavirus Conference・April,2023

3．その他

講演会・研究会・公開講座

1. 齊藤英子：「がん検診の受診率をめぐる話題と子宮頸がん検診での課題」、第 34 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 シンポジウム 1 、2025/10/4
2. 齊藤英子：「HPV 検査単独法マニュアルを改めて読み解く」、第 34 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 共催セミナー
   2025/10/4
3. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京科学大学医師会産業医研修会、2025/8/15
4. 齊藤英子：日本における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入、第 67 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・Asian Society of Gynecologic 2025 (ASGO) ランチョンセミナー、2025/7/18
5. 齊藤英子：TOKYO #女子けんこう部 子宮頸がん検診普及イベント、東京都健康推進課 子宮頸がん検診普及啓発事業、2024/12/28
6. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/9/2, Web 開催.
7. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, Web 開催.
8. 齊藤英子：女性労働者の健康管理, 日本医師会認定 東京都医師会・東京医科歯科大学医師会産業医研修会、2024/8/20, 東京.
9. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 名古屋.
10. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 福岡.
11. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京医科歯科大学医師会 産業医研修会、2023/08/14、東京
12. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、日本医師会認定 東京都医師会・中央区医師会産業医研修会、2023/7/2、東京

＜職域検診版＞胃がん検診のためのチェックリスト（保険者・事業者等用）

2026 年 3 月作成

解説：

① このチェックリストにおける「検診実施機関」は、委託形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診実施機関（医療機関）を指す※。

※ 胃内視鏡検診の検診実施機関には、胃内視鏡検査を行う検査機関と、検査後のダブルチェック※※を行う読影機関がある。

※※ ダブルチェック

・検査を担当した内視鏡検査医以外の読影医が胃内視鏡検査結果（生検病理診断結果を含む）を点検することである。

・読影機関が検査機関と異なる場合は、委託元（保険者・事業者等）等が指定した読影医または読影機関に、胃内視鏡検査結果（内視鏡所見レポート、生検を実施した場合は生検病理診断レポートなど）を提出する。

・検査機関が自施設内でダブルチェックを行う場合、胃内視鏡検査を行う医師がダブルチェックに携わってもよいが、自身が検査した画像のダブルチェックを行ってはならない。

② 検診方法別（胃部エックス線検査または胃内視鏡検査）に実施状況を把握すること。

③ 保険者・事業者等が単独で実施できない項目については、関係機関（検診実施機関、健診業務委託事業者等）と連携して行うこと。また保険者・事業者等はその実施状況を把握すること。

④ ■の項目は、現在の職域におけるがん検診においては実施が困難な項目である。

1. 検診対象者の情報管理	
□	**(1)** 対象者全員の氏名を記載した名簿※を作成している ※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
□	(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っている ※ 広報紙などの配布は不適切である。 受診票を配布する場合でも個人名を記載しない配布は不適切である
□	(3) 対象者数を把握している
2. 検診受診者の情報管理	
□	(1) 受診者個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成している
□	(2) 受診者個人別の過去 5 年間の受診歴を記録している
3. 対象者への説明、及び要精検者への説明	
□	(1) 受診勧奨時に、「検診実施機関用チェックリスト 1.対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布している※ ※保険者・事業者等が配布していない場合： 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診実施機関が配布している場合も可とする
□	(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）の一覧を提示している※ ※保険者・事業者等が提示していない場合： 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診実施機関が提示している場合も可とする
4. 受診者数・受診率の集計	

解説: 受診率は検診対象者数に占める検診受診者の割合（受診者数÷対象者数）である	
□	(1) 受診者数・受診率を集計している（全体）
□	(2) 受診者数・受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
	(3) 受診者数を集計している（検診実施機関別）[注1]
□	(4) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計している（過去の検診受診歴別）[注2]
5. 要精検率の集計[注3]	
解説: 要精検率は検診受診者に占めるがん検診で要精検[注3]となった者の割合（要精検者数÷受診者数）である	
□	(1) 要精検率を集計している（全体）[注3]
□	(2) 要精検率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注3]
□	(3) 要精検率を集計している（検診実施機関別）[注1,3]
□	(4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計している（過去の検診受診歴別）[注2,3]
6. 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	
解説: 精密検査方法、精密検査（治療）結果の把握方法としては、精密検査実施機関（医療機関）からの報告※、本人からの報告※※、レセプトからの把握[注4]等の手法がある ※精密検査実施機関（医療機関）から確認する場合は、内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果等を把握する。 また、職域におけるがん検診においては、医療機関から保険者・事業者等が受診者の精密検査結果を収集することに対しては受診者本人の同意を取得する必要がある ※※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある	
□	(1) 精密検査方法を把握している
□	(2) 精密検査（治療）結果として胃がんを把握している
□	(3) 精密検査（治療）結果として胃がんのうちの早期がん※を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。
□	(4) 精密検査（治療）結果として早期胃がんのうちの粘膜内がん※を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内にとどまるもの。
■	(5) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、保険者・事業者等、検診実施機関（医療機関）※、精密検査機関が共有している ※職域におけるがん検診においては、検診実施機関（医療機関）に精密検査結果を共有することは、受診者本人の同意がない限り困難である
□	(6) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録している
□	(7) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注5]に従って区別し、精密検査未受診者を特定している
□	(8) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っている
7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計	

解説: ① 精検受診率は要請検者[注3]に占める精密検査受診者[注5]の割合（精密検査受診者数÷要精検者数） ② がん発見率は受診者に占める胃がん発見者の割合（胃がん発見者数÷受診者数） ③ 早期がん割合はがん発見者に占める早期胃がん者※の割合（早期胃がん者÷胃がん発見者数） ※がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。 ④ 陽性反応適中度は、要精検者[注3]に占める胃がん発見者の割合（胃がん発見者数÷要精検者数[注3]）	
□	(1) 精検受診率を集計している（全体）[注5]
□	(2) 精検受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注5]
□	(3) 精検受診率を集計している（検診実施機関別）[注1,5]
□	(4) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計している（過去の検診受診歴別）[注2,5]
□	(5) 精検未受診率と未把握率を定義[注5]に従って区別して集計している
□	(6) 胃がん発見率を集計している（全体）
□	(7) 胃がん発見率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(8) 胃がん発見率を集計している（検診実施機関別）[注1]
□	(9) 胃がん発見率を集計している（過去の検診受診歴別）[注2]
□	(10) 早期の胃がん割合（胃がん発見数に対する早期胃がん数）を集計している（全体）
□	(11) 早期の胃がん割合を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(12) 早期の胃がん割合を集計している（検診実施機関別）[注1]
□	(13) 早期の胃がん割合を集計している（過去の検診受診歴別）[注2]
□	(14) 早期胃がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計している
□	(15) 陽性反応適中度を集計している（全体）
□	(16) 陽性反応適中度を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(17) 陽性反応適中度を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(18) 陽性反応適中度を集計している（過去の検診受診歴別）[注2]
8. 地域保健・健康増進事業報告	
解説: ここでの「地域保健・健康増進事業報告」[注6]は、 自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。 職域におけるがん検診では同様の全国レベルでのがん検診の事業報告ははないが、 事業報告が求められる場合には、これらの項目の実施が必要となるため、記載する。	
■	(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告[注6]）を行っている
□	(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告[注6]の全項目を計上できるよう、委託先（検診実施機関（医療機関）、健診業務委託事業者等）に報告を求めている
□	(3) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告[注6]を網羅できていない場合、改善を求める体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
□	(4) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告[注6]の全項目を計上できるよう、「6. 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」の解説に記載したような手法で

	把握する体制を有している
□	(5) 把握している精密検査結果の内容が地域保健・健康増進事業報告[注6]の全項目を網羅できていない場合、改善できる体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
9. 胃部エックス線検診の精度管理評価と体制改善	
解説： 下記項目の「仕様書」とは、保険者・事業者等との契約時に検診実施機関が保険者・事業者等に提出する書類のことである。仕様書の形式でなくとも保険者・事業者等のがん検診実施要綱等でもよい	
□	(1) 委託先検診実施機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定している※ ※ 仕様書の代わりに、保険者・事業者等のがん検診実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
□	(2) 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」[注7]を満たしている
□	(3) 検診事業終了後に、委託先検診実施機関（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ている
10. 胃内視鏡検診の精度管理評価と体制改善	
□	(1) 管轄下全体の胃内視鏡検診を統括し、精度管理実施体制の中心組織となる胃内視鏡検診運営委員会を設置している。もしくは外部※に委託している ※ 都道府県の胃がん部会などに設置された当該委員会、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）
□	(2) 胃内視鏡検診運営委員会により設定された胃内視鏡検診の実施要件※が、実施要項等として保険者・事業者等に提示されている ※ 対象者の定義、検査業務の実施手順、読影方法、検査機関と読影機関の適格要件、検査医と読影医の資格要件、受診者への結果通知や指導の方法、偶発症対策、事業評価の検討と関係者への改善指導など。なお、これらの要件の内容は、日本消化器がん検診学会「対策型検診のための胃内視鏡マニュアル 2024 改訂第 2 版（概要版）」に準拠すること
□	(3) 検査実施機関と読影機関、及び当該機関で業務に携わる検査医と読影医は、胃内視鏡検診運営委員会の適格性審査を経て選定されている
□	(4) (3)の適格性審査と選定は、仕様書（もしくは実施要綱）の内容に基づいて行われている※ ※ 胃内視鏡検診運営委員会が示す資格要件を仕様書の代わりとして、その遵守を選定条件としてもよい
□	(5) 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」[注7]を満たしている
□	(6) 胃内視鏡検診運営委員会が選定した検査機関※及び読影機関※と委託契約を結んでいる ※ 当該機関で業務に携わる検査医や読影医は、胃内視鏡検診運営委員会から認証されていることが前提である。また、読影医については個人として認証し、ダブルチェックを委託する場合もある
□	(7) 検診事業終了後に、委託先の検査機関と読影機関で、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ている
11. 胃がん検診（胃部エックス線検診・胃内視鏡検診共通）の精度管理評価と体制改善	
□	(1) 検診事業終了後に保険者・事業者等全体の精度管理評価と体制改善を行っている

□	(2) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている（自己点検）
□	(3) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、保険者・事業者等全体の課題を抽出している
□	(4) 抽出した課題について改善策を検討している。もしくは、胃内視鏡検診運営委員会等から改善策のフィードバックを受けている
□	(5) 改善策の実行に努めている
□	(6) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）の精度管理評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(7) 委託先検診実施機関（医療機関）毎に「検診実施機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(8) 委託先検診実施機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っている[注3]
□	(9) 「検診実施機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診実施機関（医療機関）毎の課題を抽出している
□	(10) 課題のある検診実施機関（医療機関）について、改善策を検討している
□	(11) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしている※ ※ 胃内視鏡検診運営委員会や健診業務委託事業者等が直接検診実施機関（医療機関）にフィードバックし、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(12) 「検診実施機関用チェックリスト」の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	(13) プロセス指標値の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている[注1]
□	(14) 課題のある検診実施機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼している

注 1 胃内視鏡検診では、本項目の対象は検査実施機関とする（読影の委託先が複数にわたる場合、読影機関ではプロセス指標の集計ができないため）。

注 2 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかの受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注 3 要精検の定義

胃部エックス線検査の結果、要精検とされた者。もしくは胃内視鏡検査で同時生検を実施した者、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックにより再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と判定された者。問診結果のみでは要精検としない。

注 4 職域における精密検査の受診に関する情報を保険者が把握する方法については、厚生労働省「後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A」において「本人又は医療機関等から、精密検査の受診日、受診した医療機関名、結果等について提供をうけること。保険者がレセプトを用いて精密検査を受診したと確認できる場合には、精検受診率の分子に計上して差し支えない。」旨が示されている。最新版は下記を参照。

厚生労働省 保険局 国民健康保険課、「第 4 期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A（2025 年度以降支援金）」、Q31（精密検査受診率の算定方法）

https://www.mhlw.go.jp/content/001309673.pdf

注 5 精検受診、未受診、未把握の定義

① 精検受診 ：精密検査実施機関（医療機関）より精密検査結果の報告があったもの、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの※、もしくはレセプトから精密検査に該当する検査を受診したことが確認できたもの。

② 精検未受診：要精検者が精密検査実施機関（医療機関）に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査実施機関（医療機関）で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたことしか確認できないもの。

③ 精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告[注 6]」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

なお、胃内視鏡検診では下記の整理とする。

① 精検受診 ：以下のいずれかに該当する者。

・生検部位や目的に関わらず検診時に同時生検を行ったすべての者。

・同時生検を行わなかった者のうち、ダブルチェックにより再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と判定され、精密検査を受診した者※。

※精密検査実施機関（医療機関）より精密検査結果の報告があったもの、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの、もしくはレセプトから精密検査に該当する検査を受診したことが確認できたもの。

② 精検未受診：同時生検未実施で、ダブルチェックにより再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と判定されたが、精密検査を受けなかったことが判明している者、及び精密検査として不適切な検査が行われた者（胃内視鏡検査以外の方法でのみ精密検査が行われた者。例えばペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみなど）。

③ 精検未把握：同時生検未実施で、ダブルチェックにより再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と判定されたが、精密検査の受診の有無が不明な者、及び（精密検査を受診したとしても）結果が正確に報告されない者。

精密検査受診者のうち、検査結果が胃がん疑いのある者、または精密検査が継続中で検査結果が確定していない者については、「地域保健・健康増進事業報告[注 6]」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。例えば以下の者が該当する。

・生検結果が Group2（indefinite for neoplasia、胃がんを否定できず）と診断され経過観察を予定している。

・同時生検受診者のうち、病理組織診断の結果が不明な者（未報告を含む）。

・同時生検受診者のうち、ダブルチェックにより再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と判定されたが、胃内視鏡検査を受診していない、あるいは受診の有無がわからない者。

注 6「地域保健・健康増進事業報告」は、自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。最新版は下記を参照。

厚生労働省、統計情報、地域保健・健康増進事業報告

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html

注 7「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、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェック

リスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、3.「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

＜職域検診版＞大腸がん検診のためのチェックリスト（保険者・事業者等用）

2026 年 3 月作成

解説：
① このチェックリストにおける「検診実施機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診実施機関（医療機関）を指す。
② 保険者・事業者等が単独で実施できない項目については、関係機関（検診実施機関、健診業務委託事業者等）と連携して行うこと。また保険者・事業者等はその実施状況を把握すること。
③ ■の項目は、現在の職域におけるがん検診においては実施が困難な項目である。

1. 検診対象者の情報管理	
□	(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を作成している ※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
□	(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っている ※ 広報紙などの配布は不適切である。 受診票を配布する場合でも個人名を記載しない配布は不適切である
□	(3) 対象者数を把握している
2. 検診受診者の情報管理	
□	(1) 受診者個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成している
□	(2) 受診者個人別の過去 5 年間の受診歴を記録している
3. 対象者への説明、及び要精検者への説明	
□	(1) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診実施機関用チェックリスト 1.対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布している※ ※保険者・事業者等が配布していない場合： 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診実施機関が配布している場合も可とする
□	(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）の一覧を提示している※ ※保険者・事業者等が提示していない場合： 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診実施機関が提示している場合も可とする
4. 受診者数・受診率の集計	
解説： 受診率は検診対象者数に占める検診受診者の割合（受診者数÷対象者数）である	
□	(1) 受診者数・受診率を集計している（全体）
□	(2) 受診者数・受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(3) 受診者数※をに集計している（検診実施機関別） ※受診率は検診実施機関別の対象者数が不明であるため集計できない
□	(4) 受診者数を集計している（過去の検診受診歴別）[注 1]
5. 要精検率の集計	

解説： 要精検率は検診受診者に占めるがん検診で要精検[注2]となった者の割合（要精検者数÷受診者数）である	
□	(1) 要精検率を集計している（全体）[注2]
□	(2) 要精検率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注2]
□	(3) 要精検率を集計している（検診実施機関別）[注2]
□	(4) 要精検率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,2]
6. 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	
解説： 精密検査方法、精密検査（治療）結果の把握方法としては、精密検査実施機関（医療機関）からの報告※、本人からの報告※※、レセプトからの把握[注3]等の手法がある ※精密検査実施機関（医療機関）から確認する場合は、内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果等を把握する。 また、職域におけるがん検診においては、医療機関から保険者・事業者等が受診者の精密検査結果を収集することに対しては受診者本人の同意を取得する必要がある ※※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある	
□	(1) 精密検査方法を把握している
□	(2) 精密検査（治療）結果として大腸がんを把握している
□	(3) 精密検査（治療）結果として大腸がんのうちの早期がん※を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。
□	(4) 精密検査（治療）結果として早期大腸がんのうちの粘膜内がん※を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内にとどまるもの。
□	(5) 精密検査（治療）結果として大腸腺腫（ポリープ）を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。
□	(6) 精密検査（治療）結果として大腸がんのうちの大腸腺腫（ポリープ）の大きさ※を把握している ※ 最大の大腸腺腫（ポリープ）の大きさが 10mm 以上であったかどうか
■	(7) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、保険者・事業者等、検診実施機関（医療機関）※、精密検査機関が共有している ※職域におけるがん検診においては、検診実施機関（医療機関）に精密検査結果を共有することは、受診者本人の同意がない限り困難である
□	(8) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録している
□	(9) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注4]に従って区別し、精密検査未受診者を特定している
□	(10) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っている
7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計	
解説： ① 精検受診率は要請検者[注2]に占める精密検査受診者[注4]の割合（精密検査受診者数÷要精検者数） ② がん発見率は受診者に占める大腸がん発見者の割合（大腸がん発見者数÷受診者数）	

	③ 早期がん割合はがん発見者に占める早期大腸がん者※の割合 （早期大腸がん者÷大腸がん発見者数） ※がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。 ④ 陽性反応適中度は、要精検者[注2]に占める大腸がん発見者の割合 （大腸がん発見者数÷要精検者数[注2]）
□	(1) 精検受診率を集計している[注4]
□	(2) 精検受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注4]
□	(3) 精検受診率を集計している（検診実施機関別）[注4]
□	(4) 精検受診率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,4]
□	(5) 精検未受診率と未把握率を定義[注4]に従って区別して集計している
□	(6) 大腸がん発見率を集計している（全体）
□	(7) 大腸がん発見率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(8) 大腸がん発見率を集計している（検診実施機関別）
□	(9) 大腸がん発見率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(10) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計している（全体）
□	(11) 早期の大腸がん割合を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(12) 早期の大腸がん割合を集計している（検診実施機関別）
□	(13) 早期の大腸がん割合を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(14) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計している
□	(15) 陽性反応適中度を集計している（全体）
□	(16) 陽性反応適中度を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(17) 陽性反応適中度を集計している（検診実施機関別）
□	(18) 陽性反応適中度を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
8. 地域保健・健康増進事業報告	
解説： ここでの「地域保健・健康増進事業報告」[注5]は、 自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。 職域におけるがん検診では同様の全国レベルでのがん検診の事業報告ははないが、 事業報告が求められる場合には、これらの項目の実施が必要となるため、記載する。	
■	(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告[注5]）を行っている
□	(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、委託先（検診実施機関（医療機関）、健診業務委託事業者等）に報告を求めている
□	(3) 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、改善を求める体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
□	(4) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、「6. 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」の解説に記載したような手法で把握する体制を有している

□	(5) 把握している精密検査結果の内容が地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を網羅できていない場合、改善できる体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
9. 精度管理評価と体制改善	
解説: 下記項目の「仕様書」とは、保険者・事業者等との契約時に検診実施機関が保険者・事業者等に提出する書類のことである。仕様書の形式でなくとも保険者・事業者等のがん検診実施要綱等でもよい	
□	(1) 委託先検診実施機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定している※ ※ 仕様書の代わりに、保険者・事業者等の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
□	(2) 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」[注6]を満たしている
□	(3) 検診終了後に、委託先検診実施機関（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ている
□	(4) 検診事業終了後に保険者・事業者等全体の精度管理評価と体制改善を行っている
□	(5) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている（自己点検）
□	(6) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、保険者・事業者等全体の課題を抽出している
□	(7) 抽出した課題について改善策を検討している。 もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けている
□	(8) 改善策の実行に努めている
□	(9) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）の精度管理評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(10) 委託先検診実施実施機関（医療機関）毎に「検診実施機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(11) 委託先検診実施機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っている
□	(12) 「検診実施機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診実施機関（医療機関）毎の課題を抽出している
□	(13) 課題のある検診実施機関（医療機関）について、改善策を検討している
□	(14) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしている※ ※健診業務委託事業者等が直接検診実施機関（医療機関）にフィードバックし、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(15) 「検診実施機関用チェックリスト」の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	(16) プロセス指標値の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている

□	(17) 課題のある検診実施機関(医療機関)に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼している

注 1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す。

注 2 要精検の定義

便潜血検査の結果、要精検とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注 3 職域における精密検査の受診に関する情報を保険者が把握する方法については、厚生労働省「後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A」において「本人又は医療機関等から、精密検査の受診日、受診した医療機関名、結果等について提供をうけること。保険者がレセプトを用いて精密検査を受診したと確認できる場合には、精検受診率の分子に計上して差し支えない。」旨が示されている。最新版は下記を参照。

厚生労働省 保険局 国民健康保険課、「第 4 期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A(2025 年度以降支援金)」、Q31(精密検査受診率の算定方法)

https://www.mhlw.go.jp/content/001309673.pdf

注 4 精検受診、未受診、未把握の定義

① 精検受診 :精密検査実施機関(医療機関)より精密検査結果の報告があったもの、受診者が詳細(精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て)を申告したもの※、もしくはレセプトから精密検査に該当する検査を受診したことが確認できたもの。

② 精検未受診:要精検者が精密検査実施機関(医療機関)に行かなかったことが判明しているもの(受診者本人の申告及び精密検査実施機関(医療機関)で受診の事実が確認されないもの)、及び精密検査として不適切な検査(便潜血検査の再検のみ等)が行われたことしか確認できないもの。

③ 精検未把握:精密検査受診の有無が分からないもの、及び(精密検査を受診したとしても)精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告[注 5]」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注 5 「地域保健・健康増進事業報告」は、自治体が前年度のがん検診事業(地域保健・健康増進事業)の実績を国へ報告する統計調査である。最新版は下記を参照。

厚生労働省、統計情報、地域保健・健康増進事業報告

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html

注 6 「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、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報(がん検診)、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、3.「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

＜職域検診版＞大腸がん検診のためのチェックリスト（保険者・事業者等用）

2026 年 3 月作成

解説:

① このチェックリストにおける「検診実施機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診実施機関（医療機関）を指す。

② 保険者・事業者等が単独で実施できない項目については、関係機関（検診実施機関、健診業務委託事業者等）と連携して行うこと。また保険者・事業者等はその実施状況を把握すること。

③ ■の項目は、現在の職域におけるがん検診においては実施が困難な項目である。

1. 検診対象者の情報管理	
□	**(1)** 対象者全員の氏名を記載した名簿※を作成している ※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
□	(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っている ※ 広報紙などの配布は不適切である。 受診票を配布する場合でも個人名を記載しない配布は不適切である
□	(3) 対象者数を把握している
2. 検診受診者の情報管理	
□	(1) 受診者個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成している
□	(2) 受診者個人別の過去 5 年間の受診歴を記録している
3. 対象者への説明、及び要精検者への説明	
□	(1) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診実施機関用チェックリスト 1.対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布している※ ※保険者・事業者等が配布していない場合: 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診実施機関が配布している場合も可とする
□	(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）の一覧を提示している※ ※保険者・事業者等が提示していない場合: 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診実施機関が提示している場合も可とする
4. 受診者数・受診率の集計	
解説: 受診率は検診対象者数に占める検診受診者の割合（受診者数÷対象者数）である	
□	(1) 受診者数・受診率を集計している（全体）
□	(2) 受診者数・受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(3) 受診者数※をに集計している（検診実施機関別） ※受診率は検診実施機関別の対象者数が不明であるため集計できない
□	(4) 受診者数を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
5. 要精検率の集計	

解説： 要精検率は検診受診者に占めるがん検診で要精検[注2]となった者の割合（要精検者数÷受診者数）である	
□	(1) 要精検率を集計している（全体）[注2]
□	(2) 要精検率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注2]
□	(3) 要精検率を集計している（検診実施機関別）[注2]
□	(4) 要精検率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,2]
6. 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	
解説： 精密検査方法、精密検査（治療）結果の把握方法としては、精密検査実施機関（医療機関）からの報告※、本人からの報告※※、レセプトからの把握[注3]等の手法がある ※精密検査実施機関（医療機関）から確認する場合は、内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果等を把握する。 また、職域におけるがん検診においては、医療機関から保険者・事業者等が受診者の精密検査結果を収集することに対しては受診者本人の同意を取得する必要がある ※※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある	
□	(1) 精密検査方法を把握している
□	(2) 精密検査（治療）結果として大腸がんを把握している
□	(3) 精密検査（治療）結果として大腸がんのうちの早期がん※を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。
□	(4) 精密検査（治療）結果として早期大腸がんのうちの粘膜内がん※を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内にとどまるもの。
□	(5) 精密検査（治療）結果として大腸腺腫（ポリープ）を把握している ※ がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。
□	(6) 精密検査（治療）結果として大腸がんのうちの大腸腺腫（ポリープ）の大きさ※を把握している ※ 最大の大腸腺腫（ポリープ）の大きさが 10mm 以上であったかどうか
■	(7) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、保険者・事業者等、検診実施機関（医療機関）※、精密検査機関が共有している ※職域におけるがん検診においては、検診実施機関（医療機関）に精密検査結果を共有することは、受診者本人の同意がない限り困難である
□	(8) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録している
□	(9) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注4]に従って区別し、精密検査未受診者を特定している
□	(10) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っている
7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計	
解説： ① 精検受診率は要請検者[注2]に占める精密検査受診者[注4]の割合（精密検査受診者数÷要精検者数） ② がん発見率は受診者に占める大腸がん発見者の割合（大腸がん発見者数÷受診者数）	

	③ 早期がん割合はがん発見者に占める早期大腸がん者※の割合 （早期大腸がん者÷大腸がん発見者数） ※がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層にとどまるもの。リンパ節転移の有無は問わない。 ④ 陽性反応適中度は、要精検者[注2]に占める大腸がん発見者の割合 （大腸がん発見者数÷要精検者数[注2]）
□	(1) 精検受診率を集計している[注4]
□	(2) 精検受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注4]
□	(3) 精検受診率を集計している（検診実施機関別）[注4]
□	(4) 精検受診率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,4]
□	(5) 精検未受診率と未把握率を定義[注4]に従って区別して集計している
□	(6) 大腸がん発見率を集計している（全体）
□	(7) 大腸がん発見率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(8) 大腸がん発見率を集計している（検診実施機関別）
□	(9) 大腸がん発見率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(10) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計している（全体）
□	(11) 早期の大腸がん割合を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(12) 早期の大腸がん割合を集計している（検診実施機関別）
□	(13) 早期の大腸がん割合を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(14) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計している
□	(15) 陽性反応適中度を集計している（全体）
□	(16) 陽性反応適中度を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(17) 陽性反応適中度を集計している（検診実施機関別）
□	(18) 陽性反応適中度を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
8. 地域保健・健康増進事業報告	
解説： ここでの「地域保健・健康増進事業報告」[注5]は、 自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。 職域におけるがん検診では同様の全国レベルでのがん検診の事業報告ははないが、 事業報告が求められる場合には、これらの項目の実施が必要となるため、記載する。	
■	(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告[注5]）を行っている
□	(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、委託先（検診実施機関（医療機関）、健診業務委託事業者等）に報告を求めている
□	(3) 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、改善を求める体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
□	(4) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、「6. 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」の解説に記載したような手法で把握する体制を有している

□	(5) 把握している精密検査結果の内容が地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を網羅できていない場合、改善できる体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
9. 精度管理評価と体制改善	
解説: 下記項目の「仕様書」とは、保険者・事業者等との契約時に検診実施機関が保険者・事業者等に提出する書類のことである。仕様書の形式でなくとも保険者・事業者等のがん検診実施要綱等でもよい	
□	(1) 委託先検診実施機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定している※ ※ 仕様書の代わりに、保険者・事業者等の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
□	(2) 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」[注6]を満たしている
□	(3) 検診終了後に、委託先検診実施機関（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ている
□	(4) 検診事業終了後に保険者・事業者等全体の精度管理評価と体制改善を行っている
□	(5) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている（自己点検）
□	(6) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、保険者・事業者等全体の課題を抽出している
□	(7) 抽出した課題について改善策を検討している。 もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けている
□	(8) 改善策の実行に努めている
□	(9) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）の精度管理評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(10) 委託先検診実施実施機関（医療機関）毎に「検診実施機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(11) 委託先検診実施機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っている
□	(12) 「検診実施機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診実施機関（医療機関）毎の課題を抽出している
□	(13) 課題のある検診実施機関（医療機関）について、改善策を検討している
□	(14) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしている※ ※健診業務委託事業者等が直接検診実施機関（医療機関）にフィードバックし、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(15) 「検診実施機関用チェックリスト」の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	(16) プロセス指標値の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている

□	(17) 課題のある検診実施機関(医療機関)に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼している

注 1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す。

注 2 要精検の定義

便潜血検査の結果、要精検とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注 3 職域における精密検査の受診に関する情報を保険者が把握する方法については、厚生労働省「後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A」において「本人又は医療機関等から、精密検査の受診日、受診した医療機関名、結果等について提供をうけること。保険者がレセプトを用いて精密検査を受診したと確認できる場合には、精検受診率の分子に計上して差し支えない。」旨が示されている。最新版は下記を参照。

厚生労働省 保険局 国民健康保険課、「第 4 期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A(2025 年度以降支援金)」、Q31(精密検査受診率の算定方法)

https://www.mhlw.go.jp/content/001309673.pdf

注 4 精検受診、未受診、未把握の定義

① 精検受診 :精密検査実施機関(医療機関)より精密検査結果の報告があったもの、受診者が詳細(精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て)を申告したもの※、もしくはレセプトから精密検査に該当する検査を受診したことが確認できたもの。

② 精検未受診:要精検者が精密検査実施機関(医療機関)に行かなかったことが判明しているもの(受診者本人の申告及び精密検査実施機関(医療機関)で受診の事実が確認されないもの)、及び精密検査として不適切な検査(便潜血検査の再検のみ等)が行われたことしか確認できないもの。

③ 精検未把握:精密検査受診の有無が分からないもの、及び(精密検査を受診したとしても)精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告[注 5]」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注 5 「地域保健・健康増進事業報告」は、自治体が前年度のがん検診事業(地域保健・健康増進事業)の実績を国へ報告する統計調査である。最新版は下記を参照。

厚生労働省、統計情報、地域保健・健康増進事業報告

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html

注 6 「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、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報(がん検診)、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、3.「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

＜職域検診版＞子宮頸がん検診のためのチェックリスト（保険者・事業者等用）

2026 年 3 月作成

解説:

① このチェックリストにおける「検診実施機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診実施機関（医療機関）を指す。

② 保険者・事業者等が単独で実施できない項目については、関係機関（検診実施機関、健診業務委託事業者等）と連携して行うこと。また保険者・事業者等はその実施状況を把握すること。

③ ■の項目は、現在の職域におけるがん検診においては実施が困難な項目である。

1. 検診対象者の情報管理	
□	(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を作成している ※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
□	(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っている ※ 広報紙などの配布は不適切である。 受診票を配布する場合でも個人名を記載しない配布は不適切である
□	(3) 対象者数を把握している
2. 検診受診者の情報管理	
□	(1) 受診者個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成している
□	(2) 受診者個人別の過去 5 年間の受診歴を記録している
3. 対象者への説明、及び要精検者への説明	
□	(1) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診実施機関用チェックリスト 1.対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布している※ ※保険者・事業者等が配布していない場合: 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診実施機関が配布している場合も可とする
□	(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）の一覧を提示している※ ※保険者・事業者等が提示していない場合: 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診実施機関が提示している場合も可とする
4. 受診者数・受診率の集計	
解説: 受診率は検診対象者数に占める検診受診者の割合（受診者数÷対象者数）である	
□	(1) 受診者数・受診率を集計している（全体）
□	(2) 受診者数・受診率を集計している（年齢 5 歳階級別）
□	(3) 受診者数を集計している（検診実施機関別）
□	(4) 受診者数を集計している（過去の検診受診歴別）[注 1]
5. 要精検率の集計	
解説:	

要精検率は検診受診者に占めるがん検診で要精検[注2]となった者の割合（要精検者数÷受診者数）である	
□	(1) 要精検率を集計している（全体）[注2]
□	(2) 要精検率を集計している（年齢 5 歳階級別）[注2]
□	(3) 要精検率を集計している（検診実施機関別）[注2]
□	(4) 要精検率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,2]
6. 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	
解説： 精密検査方法、精密検査（治療）結果の把握方法としては、精密検査実施機関（医療機関）からの報告※、本人からの報告※※、レセプトからの把握[注3]等の手法がある ※精密検査実施機関（医療機関）から確認する場合は、精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断結果や診療進行期等を把握する。 また、職域におけるがん検診においては、医療機関から保険者・事業者等が受診者の精密検査結果を収集することに対しては受診者本人の同意を取得する必要がある ※※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある	
□	(1) 精密検査方法を把握している
□	(2) 精密検査（治療）結果として子宮頸がんを把握している
□	(3) 精密検査（治療）結果として子宮頸がんのうちの進行度がⅠA 期のがんを把握している
□	(4) 精密検査（治療）結果として上皮内腺がん（AIS）を把握している
□	(5) 精密検査（治療）結果として子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）を把握している
□	(6) 精密検査（治療）結果として子宮頸部上皮内腫瘍 2（CIN2）を把握している
□	(7) 精密検査（治療）結果として子宮頸部上皮内腫瘍 1（CIN1）を把握している
■	(8) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、保険者・事業者等、検診実施機関（医療機関）※、精密検査機関が共有している ※職域におけるがん検診においては、検診実施機関（医療機関）に精密検査結果を共有することは、受診者本人の同意がない限り困難である
□	(9) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録している
□	(10) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注4]に従って区別し、精密検査未受診者を特定している
□	(11) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っている
7. 精検受診率、CIN3 以上発見率、上皮内病変（CIN1-3, AIS）の数、進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合、CIN3 以上の陽性反応適中度の集計	
解説： ① 精検受診率は要請検者[注2]に占める精密検査受診者[注4]の割合（精密検査受診者数÷要精検者数） ② CIN3 以上発見率は受診者に占める子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）、および子宮頸浸潤がん発見者の割合（CIN3 以上の発見者数÷受診者数） ③ 上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部上皮内腫瘍 1-3（CIN1/CIN2/CIN3）のいずれかの区分に含まれるものを指す。	

	上皮内病変の数の集計とは、これら 4 区分に分けてすべて集計すること ④ 進行度がＩＡ期の子宮頸がんの割合は、子宮頸がん発見者に占める進行度がＩＡ期の子宮頸がんの割合（進行度がＩＡ期の子宮頸がん者数÷子宮頸がん発見者数） ⑤ CIN3 以上の陽性反応適中度は、要精検者[注2]に占める CIN3 以上発見者の割合（CIN3 以上発見者数÷要精検者数[注2]）
□	(1) 精検受診率を集計している[注4]
□	(2) 精検受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注4]
□	(3) 精検受診率を集計している（検診実施機関別）[注4]
□	(4) 精検受診率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,4]
□	(5) 精検未受診率と未把握率を定義[注4]に従って区別して集計している
□	(6) CIN3 以上発見率を集計している（全体）
□	(7) CIN3 以上発見率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(8) CIN3 以上発見率を集計している（検診実施機関別）
□	(9) CIN3 以上発見率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(10) 上皮内病変（CIN1-3, AIS）の数を集計している（全体）
□	(11) 上皮内病変（CIN1-3, AIS）の数を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(12) 上皮内病変（CIN1-3, AIS）の数を集計している（検診実施機関別）
□	(13) 上皮内病変（CIN1-3, AIS）の数を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(14) 進行度がＩＡ期の子宮頸がんの割合を集計している（全体）
□	(15) 進行度がＩＡ期の子宮頸がんの割合を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(16) 進行度がＩＡ期の子宮頸がんの割合を集計している（検診実施機関別）
□	(17) 進行度がＩＡ期の子宮頸がんの割合を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(18) CIN3 以上の陽性反応適中度を集計している（全体）
□	(19) CIN3 以上の陽性反応適中度を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(20) CIN3 以上の陽性反応適中度を集計している（検診実施機関別）
□	(21) CIN3 以上の陽性反応適中度を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
8. 地域保健・健康増進事業報告	
解説： ここでの「地域保健・健康増進事業報告」[注5]は、 自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。 職域におけるがん検診では同様の全国レベルでのがん検診の事業報告ははないが、 事業報告が求められる場合には、これらの項目の実施が必要となるため、記載する。	
■	(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告[注5]）を行っている
□	(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、委託先（検診実施機関（医療機関）、健診業務委託事業者等）に報告を求めている
□	(3) 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、改善できる体制を有している※

	※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
□	(4) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、「6. 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」の解説に記載したような手法で把握する体制を有している
□	(5) 把握している精密検査結果の内容が地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を網羅できていない場合、改善できる体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
9. 精度管理評価と体制改善	
解説: 下記項目の「仕様書」とは、保険者・事業者等との契約時に検診実施機関が保険者・事業者等に提出する書類のことである。仕様書の形式でなくとも保険者・事業者等のがん検診実施要綱等でもよい	
□	(1) 委託先検診実施機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定している※ ※ 仕様書の代わりに、保険者・事業者等の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
□	(2) 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」[注6]を満たしている
□	(3) 検診終了後に、委託先検診実施機関（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ている
□	(4) 検診事業終了後に保険者・事業者等全体の精度管理評価と体制改善を行っている
□	(5) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている（自己点検）
□	(6) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、保険者・事業者等全体の課題を抽出している
□	(7) 抽出した課題について改善策を検討している。 もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けている
□	(8) 改善策の実行に努めている
□	(9) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）の精度管理評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(10) 委託先検診実施実施機関（医療機関）毎に「検診実施機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、 評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(11) 委託先検診実施機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っている
□	(12) 「検診実施機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診実施機関（医療機関）毎の課題を抽出している
□	(13) 課題のある検診実施機関（医療機関）について、改善策を検討している
□	(14) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別に

	フィードバックしている※ ※健診業務委託事業者等が直接検診実施機関（医療機関）にフィードバックし、 その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	（15）「検診実施機関用チェックリスト」の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	（16）プロセス指標値の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	（17）課題のある検診実施機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼している

注 1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 5 年間に HPV 検査の受診歴がなく、かつ過去 3 年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注 2 要精検の定義

細胞診の結果が NILM（陰性）以外、及び判定不能とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注 3 職域における精密検査の受診に関する情報を保険者が把握する方法については、厚生労働省「後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A」において「本人又は医療機関等から、精密検査の受診日、受診した医療機関名、結果等について提供をうけること。保険者がレセプトを用いて精密検査を受診したと確認できる場合には、精検受診率の分子に計上して差し支えない。」旨が示されている。最新版は下記を参照。

厚生労働省 保険局 国民健康保険課、「第 4 期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A（2025 年度以降支援金）」、Q31（精密検査受診率の算定方法）

https://www.mhlw.go.jp/content/001309673.pdf

注 4 精検受診、未受診、未把握の定義

① 精検受診 ：精密検査実施機関（医療機関）より精密検査結果の報告があったもの、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの※、もしくはレセプトから精密検査に該当する検査を受診したことが確認できたもの。

② 精検未受診：要精検者が精密検査実施機関（医療機関）に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査実施機関（医療機関）で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたことしか確認できないもの。

③ 精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告[注 5]」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注 5「地域保健・健康増進事業報告」は、自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。最新版は下記を参照。

厚生労働省、統計情報、地域保健・健康増進事業報告

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html

注 6「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、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、3.「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

＜職域検診版＞乳がん検診のためのチェックリスト（保険者・事業者等用）

2026 年 3 月作成

解説:

① このチェックリストにおける「検診実施機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診実施機関（医療機関）を指す。

② 保険者・事業者等が単独で実施できない項目については、関係機関（検診実施機関、健診業務委託事業者等）と連携して行うこと。また保険者・事業者等はその実施状況を把握すること。

③ ■の項目は、現在の職域におけるがん検診においては実施が困難な項目である。

1. 検診対象者の情報管理	
□	(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を作成している ※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
□	(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っている ※ 広報紙などの配布は不適切である。 受診票を配布する場合でも個人名を記載しない配布は不適切である
□	(3) 対象者数を把握している
2. 検診受診者の情報管理	
□	(1) 受診者個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成している
□	(2) 受診者個人別の過去 5 年間の受診歴を記録している
3. 対象者への説明、及び要精検者への説明	
□	(1) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診実施機関用チェックリスト 1.対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布している※ ※保険者・事業者等が配布していない場合: 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診実施機関が配布している場合も可とする
□	(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）の一覧を提示している※ ※保険者・事業者等が提示していない場合: 保険者・事業者等があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診実施機関が提示している場合も可とする
4. 受診者数・受診率の集計	
解説: 受診率は検診対象者数に占める検診受診者の割合（受診者数÷対象者数）である	
□	(1) 受診者数・受診率を集計している（全体）
□	(2) 受診者数・受診率を集計している（年齢 5 歳階級別）
□	(3) 受診者数を集計している（検診機関別）
□	(4) 受診者数を集計している（過去の検診受診歴別）[注 1]
5. 要精検率の集計	
解説:	

要精検率は検診受診者に占めるがん検診で要精検[注2]となった者の割合（要精検者数÷受診者数）である	
□	(1) 要精検率を集計している（全体）[注2]
□	(2) 要精検率を集計している（年齢 5 歳階級別）[注2]
□	(3) 要精検率を集計している（検診実施機関別）[注2]
□	(4) 要精検率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,2]
6. 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	
解説： 精密検査方法、精密検査（治療）結果の把握方法としては、精密検査実施機関（医療機関）からの報告※、本人からの報告※※、レセプトからの把握[注3]等の手法がある ※精密検査実施機関（医療機関）から確認する場合は、内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果等を把握する。 また、職域におけるがん検診においては、医療機関から保険者・事業者等が受診者の精密検査結果を収集することに対しては受診者本人の同意を取得する必要がある ※※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある	
□	(1) 精密検査方法を把握している
□	(2) 精密検査（治療）結果として乳がんを把握している
□	(3) 精密検査（治療）結果として乳がんのうちの早期がん※を把握している ※ 腫瘤の大きさが触診上 2 センチ以下で、転移を思わせるリンパ節を触れず、遠隔転移をみとめないもの、または非浸潤がんであったもの。
□	(4) 精密検査（治療）結果として早期乳がんのうちの非浸潤がん※を把握している ※ がんが発生した乳管の中に留まるもの。
■	(5) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、保険者・事業者等、検診実施機関（医療機関）※、精密検査機関が共有している ※職域におけるがん検診においては、検診実施機関（医療機関）に精密検査結果を共有することは、受診者本人の同意がない限り困難である
□	(6) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録している
□	(7) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注4]に従って区別し、精密検査未受診者を特定している
□	(8) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っている
7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計	
解説： ① 精検受診率は要請検者[注2]に占める精密検査受診者[注4]の割合（精密検査受診者数÷要精検者数） ② がん発見率は受診者に占める乳がん発見者の割合（乳がん発見者数÷受診者数） ③ 早期がん割合はがん発見者に占める早期乳がん者※の割合（早期乳がん者÷乳がん発見者数） ※腫瘤の大きさが触診上 2 センチ以下で、転移を思わせるリンパ節を触れず、遠隔転移をみとめないもの、または非浸潤がんであったもの。 ④ 陽性反応適中度は、要精検者[注2]に占める乳がん発見者の割合（乳がん発見者数÷要精検者数[注2]）	

□	**(1) 精検受診率を集計している[注4]**
□	(2) 精検受診率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）[注4]
□	(3) 精検受診率を集計している（検診実施機関別）[注4]
□	(4) 精検受診率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1,4]
□	(5) 精検未受診率と未把握率を定義[注4]に従って区別して集計している
□	(6) 乳がん発見率を集計している（全体）
□	(7) 乳がん発見率を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(8) 乳がん発見率を集計している（検診実施機関別）
□	(9) 乳がん発見率を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(10) 早期の乳がん割合（乳がん発見数に対する早期がん数）を集計している（全体）
□	(11) 早期の乳がん割合を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(12) 早期の乳がん割合を集計している（検診実施機関別）
□	(13) 早期の乳がん割合を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
□	(14) 早期乳がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計している
□	(15) 陽性反応適中度を集計している（全体）
□	(16) 陽性反応適中度を集計している（性別・年齢 5 歳階級別）
□	(17) 陽性反応適中度を集計している（検診実施機関別）
□	(18) 陽性反応適中度を集計している（過去の検診受診歴別）[注1]
8. 地域保健・健康増進事業報告	
解説： ここでの「地域保健・健康増進事業報告」[注5]は、 自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。 職域におけるがん検診では同様の全国レベルでのがん検診の事業報告ははないが、 事業報告が求められる場合には、これらの項目の実施が必要となるため、記載する。	
■	(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告[注5]）を行っている
□	(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、委託先（検診実施機関（医療機関）、健診業務委託事業者等）に報告を求めている
□	(3) 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、改善を求める体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
□	(4) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を計上できるよう、「6. 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」の解説に記載したような手法で把握する体制を有している
□	(5) 把握している精密検査結果の内容が地域保健・健康増進事業報告[注5]の全項目を網羅できていない場合、改善できる体制を有している※ ※体制を有していても、実際に網羅できていない場合に改善をもとめていない場合は不可とする
9. 精度管理評価と体制改善	

解説: 下記項目の「仕様書」とは、保険者・事業者等との契約時に検診実施機関が保険者・事業者等に提出する書類のことである。仕様書の形式でなくとも保険者・事業者等のがん検診実施要綱等でもよい	
□	(1) 委託先検診実施機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定している※ ※ 仕様書の代わりに、保険者・事業者等の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
□	(2) 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」[注6]を満たしている
□	(3) 検診終了後に、委託先検診実施機関（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ている
□	(4) 検診事業終了後に保険者・事業者等全体の精度管理評価と体制改善を行っている
□	(5) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている（自己点検）
□	(6) 「保険者・事業者等用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、保険者・事業者等全体の課題を抽出している
□	(7) 抽出した課題について改善策を検討している。 もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けている
□	(8) 改善策の実行に努めている
□	(9) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）の精度管理評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(10) 委託先検診実施実施機関（医療機関）毎に「検診実施機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っている※ ※委託先検診実施機関の評価を、ノウハウを持つ団体（検診を専門としている検診実施機関等）に委託し、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(11) 委託先検診実施機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っている
□	(12) 「検診実施機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診実施機関（医療機関）毎の課題を抽出している
□	(13) 課題のある検診実施機関（医療機関）について、改善策を検討している
□	(14) 検診事業終了後に委託先検診実施機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしている※ ※健診業務委託事業者等が直接検診実施機関（医療機関）にフィードバックし、その結果を保険者・事業者等が共有している場合は可とする
□	(15) 「検診実施機関用チェックリスト」の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	(16) プロセス指標値の評価を検診実施機関に個別にフィードバックしている
□	(17) 課題のある検診実施機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼している

注 1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注 2 要精検の定義

マンモグラフィ検査の結果がカテゴリ 3 以上、及び判定不能とされた者（ただし判定不能のうち、

視触診等マンモグラフィ以外の検査により精密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注 3 職域における精密検査の受診に関する情報を保険者が把握する方法については、厚生労働省「後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A」において「本人又は医療機関等から、精密検査の受診日、受診した医療機関名、結果等について提供をうけること。保険者がレセプトを用いて精密検査を受診したと確認できる場合には、精検受診率の分子に計上して差し支えない。」旨が示されている。最新版は下記を参照。

厚生労働省 保険局 国民健康保険課、「第 4 期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関する Q&A（2025 年度以降支援金）」、Q31（精密検査受診率の算定方法）

https://www.mhlw.go.jp/content/001309673.pdf

注 4 精検受診、未受診、未把握の定義

① 精検受診 ：精密検査実施機関（医療機関）より精密検査結果の報告があったもの、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの※、もしくはレセプトから精密検査に該当する検査を受診したことが確認できたもの。

② 精検未受診：要精検者が精密検査実施機関（医療機関）に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査実施機関（医療機関）で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたことしか確認できないもの。

③ 精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告[注 5]」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注 5 「地域保健・健康増進事業報告」は、自治体が前年度のがん検診事業（地域保健・健康増進事業）の実績を国へ報告する統計調査である。最新版は下記を参照。

厚生労働省、統計情報、地域保健・健康増進事業報告

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html

注 6 「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、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、3.「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

総合分担研究報告書

3. 指針に基づくがん検診の普及に向けた動画教材の開発と検証

研究協力者　　酒井　洸典

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教

研究代表者　　立道　昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和5 - 7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

指針に基づくがん検診の普及に向けた動画教材の開発と検証

研究分担者：立道　昌幸　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授
○研究協力者：酒井　洸典　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教
研究協力者：深井　航太　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　准教授
研究協力者：古屋　佑子　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　講師
研究協力者：中澤　祥子　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教

研究要旨：がん検診は早期発見・早期治療につながる施策である一方、推奨より若い年齢での受診、推奨されていない検査項目の追加、推奨間隔より短い受診といった指針に基づかない検診では、偽陽性や不要な精密検査、心理的・時間的・経済的負担が生じる。職域では、福利厚生の一環として多様ながん検診が提供されることがあるため、受診者に合理的な選択が求められる。研究班では、受診者に指針に基づくがん検診を推奨するために、偽陽性リスクを図表や数値で説明する動画、推奨年齢より若い年齢で乳がん検診を受け偽陽性となった女性の事例を示す動画、推奨されていない腫瘍マーカー検査を受けた後に複数の精密検査が必要となった男性の事例を示す動画の3種類を作成した。本研究では、これらの動画の効果比較を目的に30～60歳の就労者1,200名を対象に、各動画400名ずつを割り付ける3群の疑似無作為化比較試験を実施した。その結果、動画の間で指針に基づくがん検診への選好変化に統計学的有意差は認められなかった。副次評価項目として、動画に対する主観的な評価を実施したところ、乳がん検診に関する事例動画では、男性視聴者において評価が低く、対象者の性別に応じた教材設計の重要性が示唆された。また、全員を対象とした前後比較検定では指針に基づくがん検診への有意な変化を認めた。動画教材は、いずれも指針に基づくがん検診への理解を促す補助的な教育資材として有用となりうる。短時間・単回視聴の動画のみで受診者の選好を大きく変えることには限界があり、活用にあたっては健診案内、検診申込時の情報提供、産業保健スタッフによる説明などの制度設計と組み合わせることが勧められる。

A. 研究目的

がん検診は、がんを早期に発見し、早期治療につなげることにより、がん死亡の減少を目指す重要な公衆衛生施策である。一方で、がん検診は利益のみを有するものではなく、偽陽性、過剰診断、過剰治療、精密検査に伴う身体的・心理的・経済的負担などの不利益も伴う。特に、推奨年齢より若い年齢での受診、推奨されていない検査項目の追加、推奨間隔より短い間隔での受診など、科学的根拠に基づく指針から外れたがん検診では、利益よりも不利益が大きくなる可能性がある。

厚生労働省は、2018年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表し、職域においても科学的根拠に基づいたがん検診が実施されることを推進している。しかし、職域では福利厚生や健康経営の一環として、推奨年齢よりも若年でのがん検診や腫瘍マーカー検査等が提供されることがあり、受診者に対して、がん検診の利益だけでなく不利益も含めた適切な情報提供を行うことが課題となっている。既存のがん検診に関する教育的介入の多くは、受診率の向上を目的としており、指針に基づかないがん検診の不利益、とくに偽陽性リスクについて注意喚起する方法については十分に明らかになっていない。

そこで研究班では、指針に基づくがん検診の普及啓発を目指して動画教材を作成した。動画では、指針に基づくがん検診の利益に加えて、指針に基づかないがん検診によって生じうる偽

陽性、心理的負担、時間的・経済的負担、不要な精密検査等の不利益を伝え、受診者の適切な意思決定を支援することを意図して作成した。教材は、動画Ａ:偽陽性リスクを図表や数値を用いて説明する動画、動画Ｂ:推奨年齢より若い年齢で乳がん検診を受け偽陽性となった女性の事例を示す動画、動画Ｃ:推奨されていない腫瘍マーカー検査を受けた後に複数の精密検査が必要となった男性の事例を示す動画の3種類を作成した。

本研究では、動画の視聴が、受診者の指針に基づくがん検診への選考にどのように影響するかを明らかにすることを目的とした。本研究により、職域におけるがん検診の適正化に向けて、偽陽性を含むがん検診の不利益をどのように伝えることが、受診者の指針に基づく意思決定を促すうえで有用であるかについて基礎的知見を得ることを目指した。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、がん検診における偽陽性リスクを説明する3種類の短時間動画教材を介入として実施した、3群の疑似無作為化比較試験である。調査は2025年6月に日本国内のインターネット調査会社が保有するオンライン調査パネルを用いて実施した。

本研究では、動画教材の提示方法の違いが、視聴後の指針に基づくがん検診への選好に与える影響を検討した。3種類の動画は、それぞれ、説明型の動画、乳がん検診に関する事例提示型の動画、腫瘍マーカー検査に関する事例提示型の動画であり、各群の対象者は1種類の動画のみを視聴した。

2. 対象者

対象者は、30歳以上60歳以下の就労者とした。除外基準は、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの既往を有する者とした。また、過去3年以内に自治体が実施する推奨に基づくがん検診を受診した者は、自治体検診が国の指針に沿った検診を提供していることを踏まえ、本研究の対象から除外した。

調査は、各動画群につき400名（男性200名女性200名）で合計1,200名の有効回答が集まるまで実施した。回答時間が5分未満または30分を超える者は、回答の妥当性に懸念がある不適切回答者として除外した。

3. 割付方法および調査手順

対象者は個別に無作為化されたものではなく、3種類の動画条件ごとに別々のオンライン調査を設計した。各動画群への調査依頼は、排他的に配信し、ある動画群に招待された者が他の動画群に重複して招待されないようにした。したがって、本研究は疑似無作為化比較試験として実施した。

対象者は、調査票内で割り当てられた動画を視聴前後でがん検診に関する選好について回答し、視聴後に動画に対する評価項目に回答した。調査中に動画を最後まで視聴しなければ次の設問に進めない設定とした。

4. 介入内容

本研究では、3種類の動画教材を作成した（図1）。いずれの動画も、がん検診には早期発見や死亡率減少につながる利益がある一方で、指針に基づかない受診では偽陽性や不要な精密検査などの不利益が生じうることを伝える構成とした。

動画Ａは、説明型の動画であり、図表や数値を用いて、過剰ながん検診に伴う偽陽性リスクを論理的に説明した。具体的には、がん検診が「がんの疑いがある人を絞り込む検査」と「精密検査」の二段階で構成されること、陽性または要精密検査となった後にがんが見つからない場合を偽陽性と呼ぶこと、若年層など有病率が低い集団では偽陽性の割合が高くなりやすいことを説明した。動画時間は84秒であった。

動画Ｂは、若年乳がん検診の事例提示型の動画であり、30歳代の女性が乳がん検診を受け、要精密検査となった後、最終的に偽陽性であったことが判明する物語を示した。職域での健康診断結果をきっかけに不安を抱き、精密検査の予約や受診のために時間的・経済的負担を経験する内容とし、推奨年齢より若い年齢でがん検診を受けることによる不利益を伝えた。動画時間は77秒であった。

動画Ｃは、腫瘍マーカー検査の事例提示型の動画であり、就労中の男性が腫瘍マーカー検査を受け、複数項目で異常を指摘された結果、胃、大腸、肺などに関する複数の精密検査を受けることになる物語を示した。最終的に重大な異常は認められなかったものの、数か月にわたる検査、仕事を休む必要、心理的負担、放射線被ば

くへの懸念などを経験する内容とし、推奨されていない検査項目を追加することによる不利益を伝えた。動画時間は77秒であった。



図1. 各動画のキャプション

5. 評価項目

主要評価項目は、動画視聴後に「指針で推奨されている通りのがん検診を受けたい」と回答したかどうかとした。対象者には、視聴前後で希望するがん検診の受け方について尋ね、(a) 指針で推奨されている通りのがん検診を受けたい(b) 指針で推奨されている年齢よりも若い時からがん検診を受けたい(c) 指針で推奨されている検査よりも多く、もしくは少ないがん検診を受けたい（腫瘍マーカーやPET-CTなど）(d) 指針で推奨されている間隔（1年）よりも短い、もしくは長い間隔でがん検診を受けたい(e)いかなるがん検診も受けたくない(f)わからないの選択肢を提示した。推奨年齢、検査項目、受診間隔のいずれかについて指針と異なる選好を示した場合すなわち、(b) (c) (d)いずれかを選択した場合には、指針に基づかないがん検診への選好として扱った。

副次評価項目として、動画教材に対する主観的評価を測定した。項目はこの動画は私に関係ある、明瞭で理解しやすい、受診者として必要な情報をすべて提供している、啓発資料として受け入れられる、この動画について考えたくない、家族や友人と話す気になる、指針に基づくがん検診を受けたいと思うの7項目について、「とてもそう思う(5点)」から「全くそう思わない(1点)」までの5件法で評価した[3]。

6. 共変量

共変量は、性別、年齢、教育歴、動画視聴前のがん検診に関する選好とした。教育歴は、大学卒業未満もしくは以上の2区分に分類した。動画視聴前のがん検診に関する選好は、主要評価項目と同じ方法で測定した。

7. 統計解析

まず、年齢、教育歴、世帯収入、動画視聴前のがん検診に関する選好について、全体および動画群別に記述統計を算出した。主要評価項目については、動画視聴後に指針に基づくがん検診を選好した場合を1、それ以外を0とする二値変数として扱った。動画Aを基準として、動画Bおよび動画Cにおける指針に基づくがん検診への選好の調整オッズ比および95%信頼区間を多変量ロジスティック回帰分析により推定した。モデルには、性別、年齢、教育歴、動画視聴前のがん検診に関する選好を共変量として投入した。

副次評価項目については、動画群および性別ごとに平均値と95%信頼区間を算出した。さらに、事前に規定した主要解析とは別に、動画視聴前後におけるがん検診に関する選好の変化をMcNemar検定により評価した。加えて、動画視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた者のうち、視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した者を「有効群」、選好が変化しなかった者を「不変群」、視聴後に指針に基づかない方向へ変化した者を「逆効果群」として分類し、各群の属性を比較した。連続変数にはWelchの一元配置分散分析、カテゴリ変数にはカイ二乗検定を用いた。有意水準は両側5%とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、東海大学医学部臨床研究審査委員会の承認を得て実施した(24R099)。対象者には、調査開始前に研究の目的、調査内容、参加が任意であること、途中で回答を中止できること、中止しても不利益が生じないことを説明し、同意を得たうえで調査を実施した。

C. 研究結果

1. 対象者の基本属性

対象者の属性を表１に示す。対象者の平均年齢は48.9歳であり、年齢階級では50-60歳が647名（53.9％）と最も多かった。未婚者は521名（43.4％）であった。教育歴では、大学卒業が502名（41.8％）と最も多く、大学卒業以上の者

は584名（48.7%）であった。世帯収入は400万円以下が310名（25.8%）と最も多かった。

動画視聴前のがん検診に関する選好では、指針に基づくがん検診を希望した者が565名（47.1%）で最も多かった。一方、指針とは異なるがん検診を受けたい旨の回答をした者は383名（31.9%）であった。

表 1. 回答者の属性

	全員	動画 A 群	動画 B 群	動画 C 群
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
合計	1200(100)	400(100)	400(100)	400(100)
年齢				
平均（標準偏差）	48.9(7.4)	49.1(7.5)	48.3(7.8)	49.2(7.3)
30 歳代	162(13.5)	48(12.0)	65(16.2)	49(12.2)
40 歳代	391(32.6)	131(32.8)	133(33.2)	127(31.8)
50 歳以上	647(53.9)	221(55.2)	202(50.5)	224(56.0)
教育歴				
大卒以上	593(49.4)	189(47.3)	197(49.3)	207(51.8)
世帯収入（万円）				
400 未満	310(25.8)	115(28.7)	99(24.8)	96(24.0)
400 以上 600 未満	270(22.5)	90(22.5)	100(25.0)	80(20.0)
600 以上 800 未満	240(20.0)	80(20.0)	71(17.8)	89(22.2)
800 以上 1000 未満	163(13.6)	48(12.0)	58(14.5)	57(14.2)
1000 以上 1200 未満	98(8.2)	24(6.0)	32(8.0)	42(10.5)
1200 以上 1500 未満	70(5.8)	27(6.8)	26(6.5)	17(4.2)
1500 以上	49(4.1)	16(4.0)	14(3.5)	19(4.8)
がん検診の選好				
指針に基づく	565(47.1)	177(44.2)	183(45.8)	205(51.2)
指針に基づかない	383(31.9)	135(33.8)	136(34.0)	112(28.0)
受けたくない	67(5.6)	18(4.5)	25(6.2)	24(6.0)
わからない	185(15.4)	70(17.5)	56(14.0)	59(14.8)

2. 指針に基づくがん検診への選好

主要評価項目である、動画視聴後に指針に基づくがん検診を選好したかについて、多変量ロジスティック回帰分析を行った。説明型の動画Aを基準とした場合、乳がん検診に関する事例提示型の動画Bの調整オッズ比は0.89（95%信頼区間：0.59-1.32）、腫瘍マーカー検査に関する事例提示型の動画Cの調整オッズ比は0.98（95%信頼区間：0.65-1.46）であった(表2)。

表 2. 主要評価項目の結果

	調整オッズ比*	95%信頼区間
動画		
A	1.00	
B	0.89	0.59 - 1.32
C	0.98	0.65 - 1.46

*性別、年齢、教育歴、視聴前のがん検診の選好で調整

3. 動画教材に対する主観的評価

動画教材に対する7項目の主観的評価を、動画群および性別ごとに比較した。動画Bについては、性別による評価の違いが認められた。動画Bは30歳代女性の乳がん検診に関する事例を扱った教材であり、「この動画は私に関係がある」という関連性の評価は、女性で3.54（95%信頼区間：3.40-3.69）に対して、男性で2.55（95%信頼区間：2.39-2.71）と低い結果であった。また、「この動画を見たら、指針に基づくがん検診を受けたいと思う」という項目も、女性で3.66（95%信頼区間：3.53-3.79）に対して男性で3.28（95%信頼区間：3.14-3.42）と低い評価であった。

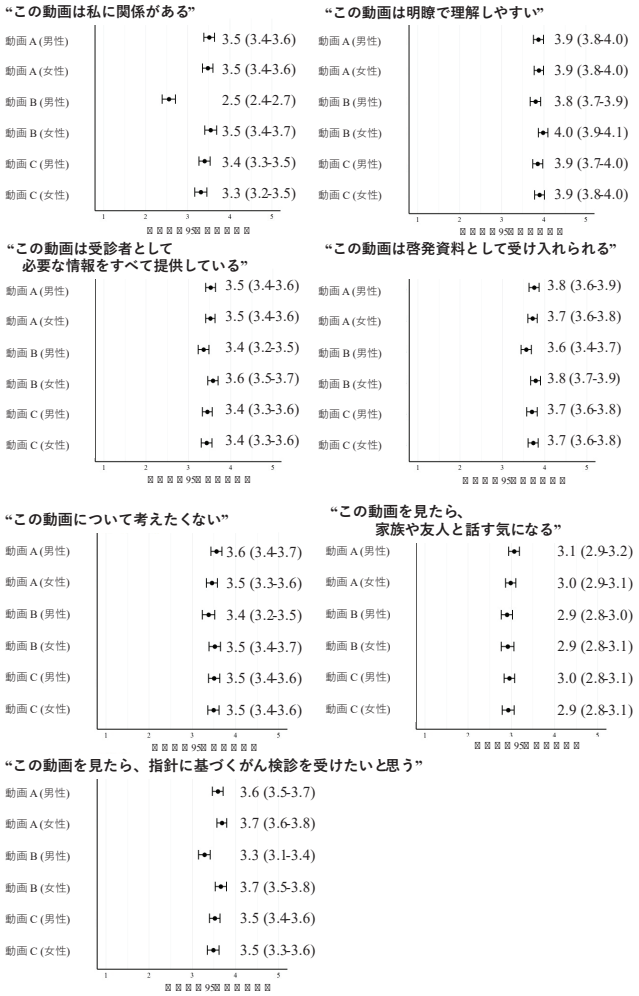


図1. 動画教材に対する主観的評価

4. 全員を対象とした視聴前後の選好比較

全対象集団の前後比較として動画視聴前後におけるがん検診に関する選好の変化を検討した。その結果、動画視聴前後で、指針に基づくがん検診への選好には統計学的に有意な変化が認められた（McNemar検定、p＝0.04）。

動画視聴前に指針とは異なるがん検診を受けたい旨の回答をしていた383名のうち、91名（23.8%）は、動画視聴後に「指針に基づいてがん検診を受けたい」へと選好が変化した。一方で、283名は指針に基づかないがん検診への選好を維持していた。動画視聴後に指針に基づく方向とは逆に変化した者も57名認められた。

5. 選好が変化した対象者の特徴

動画視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた者について、視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した者を「有効群」、選好が変化しなかった者を「不変群」、指針に基づくがん検診への選好から指針に基づかないがん検診への選好に変化した者を「逆効果群」として比較した（表3）。

有効群は91名、不変群は283名、逆効果群は57名であった。年齢、性別、教育歴、世帯収入については、3群間で統計学的に有意な差は認められなかった。一方、過去2年間に毎年大腸がん検診を受けていた者の割合は、有効群で57.1%、不変群で52.7%、逆効果群で43.9%であり、3群間で有意差が認められた（p＝0.04）。また、総回答時間の中央値は、有効群459秒、不変群464秒、逆効果群436秒であり、統計学的有意差はなかったものの、逆効果群では回答時間がやや短い傾向を認めた。

表3. 有効群、不変群、逆効果群の特徴

	有効群	不変群	逆効果群	
	人(%)	人(%)	人(%)	p 値
人数	91(100)	283(100)	57(100)	
年齢				
平均（標準偏差）	50.0(7.1)	48.5(7.6)	48.8(7.8)	0.26
30 歳代	8(8.8)	43(15.2)	7(12.3)	0.61
40 歳代	31(34.1)	85(30.0)	17(29.8)	
50 歳以上	52(57.1)	155(54.8)	33(57.9)	
性別				
女性	49(53.8)	138(48.8)	29(50.9)	0.7
教育歴				
大卒以上	48(52.7)	152(53.7)	23(40.4)	0.18
世帯収入（万円）				0.93
400 未満	22(24.2)	66(23.3)	16(28.1)	
400 以上 600 未満	17(18.7)	56(19.8)	12(21.1)	
600 以上 800 未満	23(25.3)	52(18.4)	12(21.1)	
800 以上 1000 未満	13(14.3)	43(15.2)	6(10.5)	
1000 以上 1200 未満	6(6.6)	29(10.2)	5(8.8)	
1200 以上 1500 未満	7(7.7)	19(6.7)	4(7.0)	
1500 以上	3(3.3)	18(6.4)	2(3.5)	
大腸がん検診				0.04
過去 2 年毎年	52(57.1)	149(52.7)	25(43.9)	
過去 2 年 1 回	12(13.2)	15(5.3)	4(7.0)	
過去 2 年以前あり	4(4.4)	38(13.4)	11(19.3)	
なし	23(25.3)	76(26.9)	16(28.1)	
わからない	0(0.0)	5(1.8)	1(1.8)	
総回答時間				0.22
25%値	366	383	356	
中央値	459	464	436	
75%値	603	600	522	

D. 考察

1. 本研究の主要な知見

本研究では、職域におけるがん検診の適正化に資する情報提供の有効性と効果的な活用方法を検討した。主要解析では、動画の間で、指針に基づくがん検診への選好に差は認められなかった。動画に対する主観的評価では、乳がん検診を題材にした動画では男性の視聴者では、女性視聴者よりも低く評価された。また、全員を分析対象とした動画視聴の前後比較では、指針に基づくがん検診への選好に有意な変化が認められた。視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた者のうち、23.8%が視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した。

2. 動画間で効果に差が認められなかった理由

ナラティブ・トランスポーテーション理論に基づき、具体的な人物の物語を用いた事例提示型の動画は、説明型の動画よりも視聴者の関心や感情的関与を高め、指針に基づくがん検診への選好を促すと考えた[4]。しかし、主要解析では、事例提示型の動画Ｂおよび動画Ｃは、説明型の動画Ａと比較して有意な効果を示さなかった。この理由として、第一に介入強度が十分でなかった可能性がある。短時間の動画を1回視聴するだけでは、すでに形成されている受診選好を変えるには不十分であった可能性がある。第二に、動画視聴前の時点で、すでに47.1%の対象者が指針に基づくがん検診を受けたいと回答していたことから、天井効果により、動画間の差が検出されにくかった可能性も考えられる。

3. 対象者の特性に応じた教材設計の重要性

動画Ｂへの評価は、男性では女性よりも低かった。動画Ｂは、30歳代女性が乳がん検診を受け、偽陽性を経験する内容であった。そのため、男性にとっては、自分ごととして捉えにくかった可能性がある。この結果は、がん検診に関する教育教材では、単に医学的に正確な情報を提供するだけでなく、視聴者がその情報を自分に関係するものとして受け止められるかが重要であることを示している。乳がん検診に関する教材は女性にとっては有用であっても、男性には関連性が低く受け止められる可能性がある。一方、腫瘍マーカー検査やPET/CT検査など、性別を問わず追加検査として選択されやすい検査を扱う教材は、より広い対象者に適用しやすい可能性がある。

職域で動画教材を活用する際には、全従業員に同一の教材を一律に提示するだけでなく、対象者の属性に応じて教材を選択することが望ましい。たとえば、女性従業員には乳がん検診に関する偽陽性リスクを扱う教材を、男女を問わず幅広い従業員には腫瘍マーカー検査や過剰検査に関する教材を提示するなど、対象者に合わせた情報提供が有効である可能性がある。

4. がん検診への選好は変化しにくい

動画視聴前に指針に基づかないがん検診を希望していた383名のうち、動画視聴後に指針に基

づくがん検診への選好に変化した者は23.8%であった。これは、短時間動画によってがん検診への選好は容易には変化しないことを示している。この背景には、がん検診に対する一般的な認識が影響している可能性がある。多くの人にとって、がん検診は「早く受けるほどよい」「多くの検査を受けるほど安心である」と理解されやすい。検診で異常が見つからなかった場合にも、「受けて安心できた」「健康管理をしている」という肯定的な経験として受け止められやすい[5]。また、職域では、企業が福利厚生として検診項目を充実させることが、従業員への支援として肯定的なことと考えられている。一方で、偽陽性や過剰診断、不要な精密検査といった不利益は、受診者にとって実感しにくい。指針に基づかないがん検診の不利益を伝える教育は、単に「偽陽性があります」と説明するだけでは十分ではなく、受診者が自分自身の意思決定として理解できる形で繰り返し提供する必要がある。

5. 定期的に検診を受けている人への有効性

動画視聴後に指針に基づくがん検診への選好に変化した「有効群」において、過去2年間に毎年大腸がん検診を受けていた者の割合が高かった。この結果は、日頃からがん検診を受けている者ほど、偽陽性リスクに関する情報を自分の問題として受け止めやすく、指針に基づくがん検診への選好に変化しやすい可能性を示している。がん検診に無関心な者よりも、すでに検診を受けている者を対象に動画を発信する方が、国の指針に基づいた適切な受診を促す上で効果的であると考えられる。任意型検診やオプション検査を選択する場面では、偽陽性や不要な精密検査のリスクを事前に説明することにより、受診者が過剰な検査を選択することを防ぐ一助となる可能性がある。

6. 指針に基づくがん検診普及への示唆

指針に基づくがん検診の普及に向けて、受診者側への情報提供方法を検討した。職域におけるがん検診では、企業、健康保険組合、健診機関、産業保健スタッフなど複数の主体が関与する。そのため、指針に基づくがん検診を普及させるには、受診者が「なぜ指針に基づく検診が望ましいのか」を理解できる教育資材に加えて、意思決定を支える様々な制度設計が必要となるだろう。

本研究で作成した動画教材は、短時間で視聴でき、オンラインで配信可能である。そのため、職場での周知や健診案内時の補助教材として活用しやすいという利点がある。偽陽性という専門的な概念を図表や具体的な事例を通じて伝えることで受診者ががん検診の不利益を理解するきっかけとなりうる。

本研究の結果からは、短時間動画を1回視聴させるだけで、指針に基づかないがん検診への選好を変えることは限界があることも示された。動画教材は単独で完結する介入としてではなく、職場でのがん検診案内、産業保健スタッフによる説明、健診機関からの情報提供、企業の検診制度設計と組み合わせて活用することが望ましい。具体的には、検診申込画面や案内文書に動画へのリンクを掲載する、オプション検査を選択する前に偽陽性リスクに関する説明を提示する、産業医・保健師による健康教育の導入教材として使用するといった実装方法が考えられる。

E. 結論

本研究では、職域におけるがん検診の適正化に向けて、指針に基づくがん検診を推奨する3種類の動画教材（説明型の動画、乳がん検診に関する事例提示型の動画、腫瘍マーカー検査に関する事例提示型の動画）を作成し、その有効性を検討した。その結果、その有効性に統計学的に有意な差は認められなかった。全員を対象とした前後比較では、視聴後に指針に基づくがん検診への選好へと有意に変化した。がん検診の不利益を伝える動画教材は、受診者の意思決定を支援し、指針に基づくがん検診への理解を促す補助的な教育資材として活用できる可能性が示された。ただし、短時間の動画を1回視聴するだけでは、がん検診への選好を変えることには限界があった。動画教材を単独で用いるのではなく、健診案内、検診申込時の情報提供、産業保健スタッフによる説明、企業や健康保険組合の検診制度設計と組み合わせて活用することが重要である。

今後は、対象者の性別、年齢、検診歴、関心度、職場で提供される検診内容に応じて情報提供を最適化し、がん検診の利益と不利益をわかりやすく伝える教育方法をさらに検討する必要がある。本研究の成果は、職域において、受診率の向上のみならず、科学的根拠に基づく適切ながん検診の実施を推進するための教育における基礎資料となる。

引用文献

［1］厚生労働省．職域におけるがん検診に関するマニュアル．2018年3月URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204422.pdf

[2] Minamitani M, Tatemichi M, Mukai T, Katano A, Ohira S, Nakagawa K. Adherence to national guidelines for colorectal, breast, and cervical cancer screenings in Japanese workplaces: a survey-based classification of enterprises' practices into "overscreening," "underscreening," and "guideline-adherence screening" BMC Public Health. 2024;24(1):2223. doi:10.1186/s12889-024-19775-1

[3] Correia D, Kokole D, Rehm J, et al. Effect of alcohol health warning labels on knowledge related to the ill effects of alcohol on cancer risk and their public perceptions in 14 European countries: an online survey experiment. Lancet Public Health. 2024;9(7):e470-e480. doi:10.1016/S2468-2667(24)00102-6

[4] Green MC, Fitzgerald K. Transportation theory applied to health and risk messaging. In: Oxford Research Encyclopedia of Communication. Oxford University Press; 2017. doi:10.1093/acrefore/9780190228613.013.261

[5] Kramer BS, Croswell JM. Cancer screening: the clash of science and intuition. Annu Rev Med. 2009;60(1):125-137. doi:10.1146/annurev.med.60.101107.134802

F. 政策提言および実務活動

＜政策提言＞

なし

＜研究活動に関連した実務活動＞

G. 研究発表

1. 発表論文

Sakai K, Furuya Y, Nakazawa S, Fukai K, Sano K, Tatemichi M. Effectiveness of educational videos in encouraging preferences for guideline-based cancer screening in japan: Three-arm pseudorandomized controlled trial. J Med Internet Res. 2026 Feb 12;28:e82322.

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

総合分担研究報告書

4. 健康保険組合と働く人に対するアンケート調査

研究分担者　　須賀　万智

東京慈恵会医科大学　環境保健医学講座　教授

研究協力者　　山内　貴史

東京慈恵会医科大学　環境保健医学講座　准教授

研究協力者　　島崎　崇史

東京慈恵会医科大学　環境保健医学講座　講師

令和5 - 7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

健康保険組合と働く人に対するアンケート調査

研究分担者　須賀 万智　東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座 教授
研究協力者　山内 貴史　東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座 准教授
研究協力者　島崎 崇史　東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座 講師

研究要旨
【目的】働く人にがん検診を正しく受けてもらう方策を探るため、健康保険組合と働く人に対するアンケート調査を実施した。
【方法】2023年度は健康保険組合を対象に「職域におけるがん検診に関するアンケート調査」、働く人を対象に「働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査」を実施した。さらに、2024、2025年度は「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第1弾、第2弾を実施した。
【結果】健康保険組合に対するアンケート調査において、職域におけるがん検診の実施主体は健康保険組合であり、事業所とのコラボレーションは多くなかった。マニュアルの存在は認知されており、マニュアルに準拠すべきとの理解は得られていたが、マニュアルどおりに実施しているところはわずかであった。働く人に対するアンケート調査において、受診対象年齢であってもがん検診の案内を受け取っていないと答えた者が多数存在した。検診情報を見聞きしたことがある者のほうが態度、主観的規範、コントロール感が良好であり、受診意図が高かった。
【結論】働く人にがん検診を正しく受けてもらうには、保険者と事業者に対するマニュアル遵守の啓発、受診対象者に対する検診受診案内の徹底、がん検診に関する情報発信の強化に引き続き根気よく取り組むことが重要である。

A. 研究目的

職域におけるがん検診は、保険者や事業者が任意で提供するか、人間ドックの一部として実施される。一般健康診断と違い、法的根拠が無いため、働く人が義務として受けるものではない。しかし、早期発見により疾病負担を最小限に抑えるため、職域・地域いずれかでがん検診を受けるように促すことは重要である。

がん検診は利益と不利益のバランスに基づき対象年齢と受診間隔が定められ、『職域におけるがん検診に関するマニュアル』[1]として公表されている。しかし、職域におけるがん検診は、国が推奨するがん検診[2]とは異なり、比較的若年から提供されることが少なくない。

本研究では、働く人にがん検診を正しく受けてもらう方策を探るため、健康保険組合と働く人に対するアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

2023 年度は、「職域におけるがん検診に関するアンケート調査」をけんぽ共同健診協議会に加入する健康保険組合 59 団体と本研究班に連携機関で参加する健康保険組合 19 団体に依頼し、2023 年 12 月にインターネット上で実施した。また、「働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査」をマイボイスコム株式会社に委託し、登録モニターから健康保険組合と協会けんぽの被保険者をそれぞれ性 10 歳階級別 200 名ずつ募集し、2024 年 1 月にインターネット上で実施した。

2024 年度は、「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 1 弾をクロス・マーケティング株式会社に委託し、登録モニターから健康保険組合と協会けんぽの被保険者をそれぞれ性 10 歳階級別 200 名ずつ募集し、2024 年 1 月にインターネット上で実施した。

2025 年度は、「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 2 弾をクロス・マーケティング株式会社に委託し、登録モニターから 25～64 歳有職者を性 10 歳階級別 250 名ずつ募集し、2025 年 11 月にインターネット上で実施した。

(倫理面への配慮)

本研究は東京慈恵会医科大学の倫理委員会の審査承認（35-209(11838)、36-261(12373)、35-281(11912)、37-304(12948)）を受けて行われた。

C. 研究結果

2023 年度「職域におけるがん検診に関するアンケート調査」の結果から、がん検診は「健康保険組合が主導し、事業所と共同で実施」するか「健康保険組合が単独で実施」するところが大多数で、がん検診の種類や方法は「他団体のがん検診の内容を参照」するか「委託先の健診機関から提案」されたものから決定するところが多かった。5 大がん（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頚がん）はほとんどが実施していたが、マニュアルに定められたよりも低年齢を対象とするところが多かった。

2023 年度「働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査」の結果から、がん検診の案内を受け取ったのは市町村が最も多く、健康保険組合と企業から受け取った者がそれぞれ 1 割未満、どこからも届いていないと答えた者が概ね 5 割であった。がん検診を受けない理由は費用が掛かる、次いでがん検診の案内が来なかった、面倒くさいであった。がん検診に欲しいサービスは検査費用を補助してもらえる、次いで土日祝日に受けられる、勤務時間内に受けられる、定期健康診断と同時に受けられるであった。

2024 年度「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 1 弾の結果から、がん検診の受診意図は回答者の 47%にみとめられ、過去に経験があるかどうかが極めて強く影響した。多重ロジスティック回帰分析において過去の経験と基本属性を調整しても有意な関係を認めたのは、計画的行動理論に基づく主観的規範、行動コントロール感、因果律志向性の「自律志向性」、人生観の「細く長く」、価値観の「健康」、将来目標の「内発的目標」であった。

2025 年度「働く人の健康意識に関するアンケート調査」第 2 弾の結果から、40-64 歳男女・25-39 歳女性はマニュアル上の対象であるにも関わらず、49%ががん検診の案内状を受け取っていないと回答し、34%が受診対象と認識していなかった。一方、25-39 歳男性はいずれのがん検診も推奨されていないが、36%が受診対象と認識し、14%は受診経験があった。多重ロジスティック回帰分析において、検診情報を見聞きしたことがある者のほうが態度、主観的規範、コントロール感が良好であり、受診意図が高かった。

D. 考察

健康保険組合に対するアンケート調査において、職域におけるがん検診の実施主体は健康保険組合であり、事業所とのコラボレーションは多くなかった。マニュアルの存在は認知されており、マニュアルに準拠すべきとの理解は得られていたが、マニュアルどおりに実施しているところはわずかであった。保険者と事業者に向けて本来あるべきがん検診を促す啓発活動を根気よく継続していく必要がある。

働く人に対するアンケート調査において、受診対象年齢であってもがん検診の案内を受け取っていないと答えた者が多数存在したことから、がん検診の案内を確実に届けることがまず解決すべき課題である。がん検診に関する情報発信を強化し、検診情報とのタッチポイントを増やすこと、そして、がん検診は受けるべきものだという規範意識を職場全体で高める活動を展開することが望まれる。

E. 結論

働く人にがん検診を正しく受けてもらうには、保険者と事業者に対するマニュアル遵守の啓発、受診対象者に対する検診受診案内の徹底、がん検診に関する情報発信の強化に引き続き根気よく取り組むことが重要である。

参考文献

1. 厚生労働省. 職域におけるがん検診に関するマニュアル. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000200734.html （2025 年 12 月 1 日アクセス）
2. 厚生労働省. がん検診. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html （2025 年 12 月 1 日アクセス）

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 須賀万智. 職域におけるがん検診の実施方法とマニュアルの活用実態. 第 61 回日本医療・病院管理学会(2024)
2. 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. 働く人を対象としたがん検診に関するアンケート調査. 第 83 回日本公衆衛生学会(2024)
3. Suka M, Shimazaki T, Yamauchi T, Yanagisawa H. Psychographic determinants of response to health promotion materials. MEDINFO 2025 (2025)

4. 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. がん検診の受診意図を高める働きかけとは～働く人の健康意識に関するアンケート調査. 第 84 回日本公衆衛生学会(2025)

H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

総合分担研究報告書

５．産業医経験の有無が、がん検診についての「情報認知」および「認識」に及ぼす影響についての調査

研究分担者　　齊藤　英子

国際医療福祉大学三田病院予防医学センター　講師

研究分担者　　青木　大輔

国際医療福祉大学大学院 教授／赤坂山王メディカルセンター 院長

研究分担者　　森定　徹

杏林大学医学部　産婦人科学教室　教授

令和5 - 7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

産業医経験の有無が、がん検診についての「情報認知」および「認識」に及ぼす影響についての調査

研究分担者　齊藤 英子　国際医療福祉大学三田病院 予防医学センター
青木 大輔　国際医療福祉大学大学院 教授／赤坂山王メディカルセンター 院長
森定 徹　杏林大学医学部 産婦人科学教室　教授

研究協力者　雜賀公美子　佐久医療センター / 国立がん研究センター
川島　恵美　滋賀医科大学 NCD 疫学研究センター
岡田結生子　慶応義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

研究要旨
職域に関連して提供されるがん検診の内容、対象などはそれを提供する健康保険組合などの個々の判断に委ねられる部分が大きく、産業医の助言がそれに影響する可能性がある。そこで本研究では、産業医経験の有無が、がん検診に関する情報認知および認識に及ぼす影響を検討した。産業医経験あり 147 名、経験なし 196 名を対象に質問票調査を行い、2 群比較を実施した。また、産業医の実務経験のある者に対しては、職域におけるがん検診についての国の検討に関する認知についてもアンケートに加えた。その結果、産業医経験者では、職域マニュアルや国立がん研究センター公表の有効性評価に基づく各種がん検診ガイドラインの認知・活用率、ならびに国が推奨する検診部位・手法に関する認知度が高かった。一方、国が推奨しないがん検診であっても実施を容認する率は両群とも高く、有意差を認めなかった。この背景には、産業医経験者であっても有効性評価指標や検診の不利益の意味するところについて体系的な理解・体得が十分でないことが関与している可能性がある。したがって、わが国では産業医経験者および今後産業医となる者の双方に対し、がん検診に関する体系的教育の実施が求められる。また、産業医経験者では、職域におけるがん検診について国が検討を行っていることを認知している割合は 6 割程度と低かった一方、全体の 9 割以上の者が情報を得たいと回答しており、がん検診の在り方について系統だった情報提供体制を確立することが望まれる。

A. 研究目的

職域でのがん検診については、当該職場を担当する産業医の意見やアドバイスが影響を与える可能性も念頭におく必要がある。しかしながら、産業医ががん検診についてどの程度の知識を有しているか、どのような検診提供体制を妥当と判断しているか等について、現時点での情報は十分ではない。そこで、産業医ががん検診に関与したりアドバイスをする際に最低限知っておく必要のある知識、またがん検診提供に対する認識を、産業医経験を有する集団と、全く産業医経験がない医師集団とを比較することによって明らかにすることを目的とした。さらに、産業医経験者が職域におけるがん検診についての国の検討に関する認知しているかについても明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

R6 年度に実施した、産業医学推進研究会に所属する約 700 名の会員に対してメーリングリストを通じて回答を得た 150 名（2024 年 1 月～2 月、オンライン回答）のうち、産業医としての実務経験ありと回答した 147 名（産業医経験あり群）と、R7 年 8 月に産業医資格を今後取得するための講習会に参加し、アンケート参加に同意した 196 名（産業医経験なし群）の 2 群を対象として、下記項目について比較を行った。

- 属性（年齢・産業医経験の有無）
- 職域におけるがん検診に関するマニュアル（職域マニュアル）の認知と活用の有無

国立がん研究センターから公表されている 5 がん（胃、大腸、肺、子宮頸、乳がん）の「有効

性評価に基づくがん検診ガイドライン」の認知と活用の有無

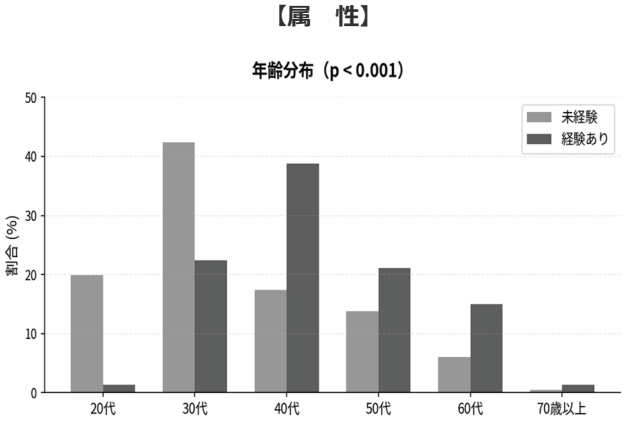
- 国が推奨する検診部位及び手法の認知度を公表していることへの認知
- 国が推奨しないがん検診の職域での実施に対する認識
- 国の推奨状況の認識と職域での実施に対する認識の関連性
- 「あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価するために適切である指標の認知度
- がん検診の不利益を評価する項目の認知度

なお、名義変数の比較には Fisher の正確確率検定を用いた。
（倫理面への配慮）特になし

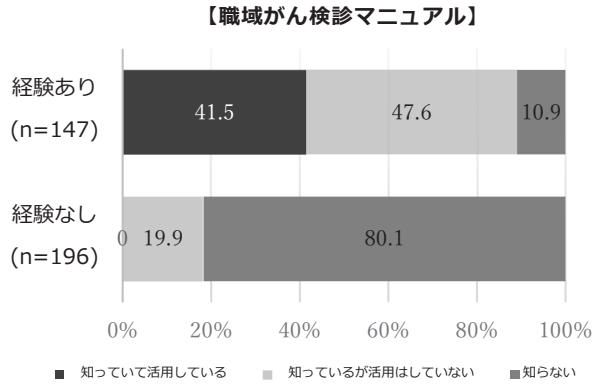
また産業医経験者に対しては職域におけるがん検診についての国の検討に関する認知についてもアンケート項目に加え集計した。

C．研究結果

【属性】
産業医経験あり群の方がやや年齢が高かった。

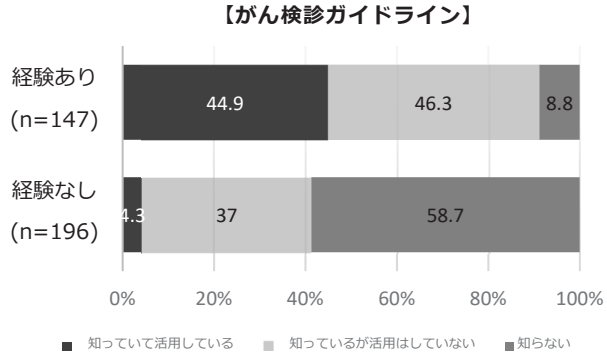


【職域マニュアルの認知と活用の有無】
職域マニュアルの存在を少なくとも認知している者が、経験あり群では 89.1%、経験なし群では 19.9%で、経験あり群で有意に高率であった（p<0.001）。
さらに活用もしていると回答した者も経験あり群で多かった。



【「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」の認知と活用】

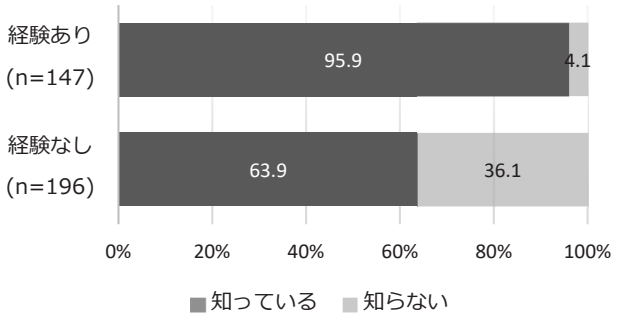
がん検診ガイドラインの認知あり（少なくとも知っている）は、経験あり群 91.2%、経験なし群 42.4%であり、経験あり群で有意に高率であった（p<0.001）。



【国が推奨する検診部位及び手法の認知度】
国が科学的根拠に基づき推奨する検診部位及び手法（胃がん：胃部 X 線又は胃部内視鏡、肺がん：胸部 X 線、子宮頸がん：子宮頸部細胞診〔医師採取〕、乳がん：マンモグラフィ、大腸がん：便潜血）を認識していると回答した者は 95.9%、未経験者では 63.3%であり、認知度に有意差があった（p<0.001）。

【国の推奨の認知と指針外検診への態度】

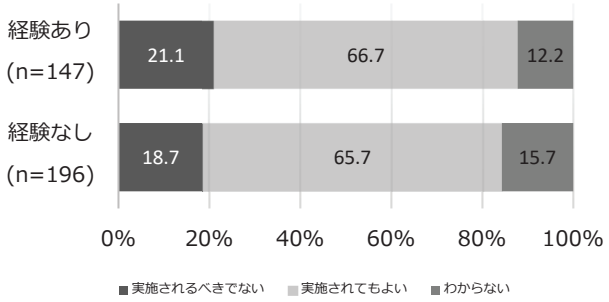
【国が推奨する検診部位及び手法の認知度】



【国が推奨しないがん検診の職域での実施に対する認識】

企業や健康保険組合によって職域に関連して提供されるがん検診において、国が推奨していない検診を実施することについては、産業医経験あり群のうち 66.7%が「実施しても良い」と回答し、産業医経験なし群でも同様に容認的回答が多く、2 群間に有意差はなかった。

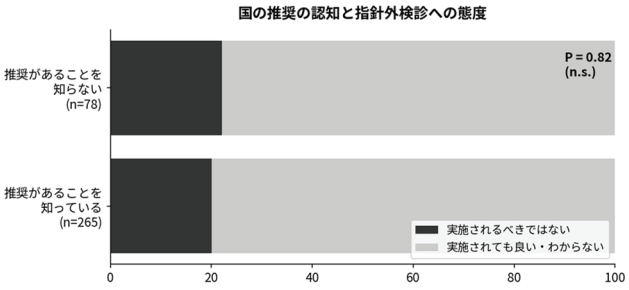
【国が推奨しないがん検診の職域での実施に対する認識】



【国の推奨状況の認識と職域での実施に対する認識の関連性】

産業医経験の有無を問わず、国が推奨するがん検診と推奨していないがん検診（指針外検診）があることへの認知の有無によって、職域で国から推奨されないがん検診を実施することに対する認識を比較したところ、推奨があることを知っている群では 20.1%、知らない群では 22.1%が、国が推奨しないがん検診について「実施されるべきではない」と回答し、両群間に有意差は認められなかった。

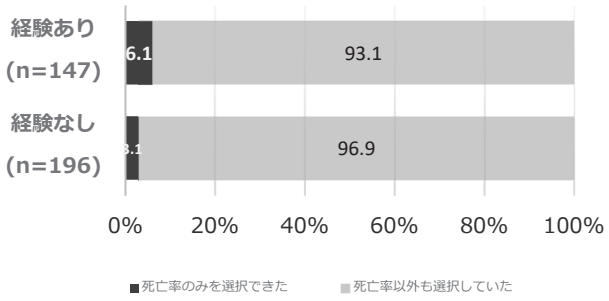
国の推奨の認知と指針外検診への態度



【「あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価するために適切である指標の認知度】

あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価する適切な指標として、死亡率のみを選択できた者は、経験あり群 9/147 例（6.1%）、経験なし群 6/196 例（3.1%）であり、両群間に有意差は認められなかった。

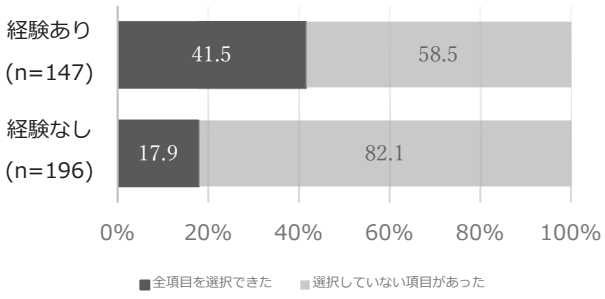
【「あるがん検診の手法が有効かどうか」を評価するために　適切である指標の認知度】



【がん検診の不利益を評価する項目の認知度】

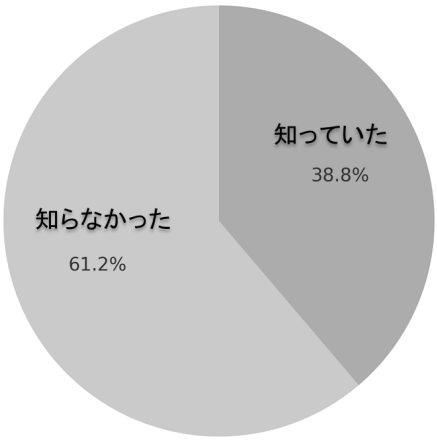
がん検診の不利益について全ての項目を適切に選択できた者は、産業医経験あり群で 4 割程度に留まっていたが、産業医経験なし群ではさらに低値で、産業医経験群の方が有意に高かった（$p < 0.001$）。

【がん検診の不利益を評価する項目の認知度】



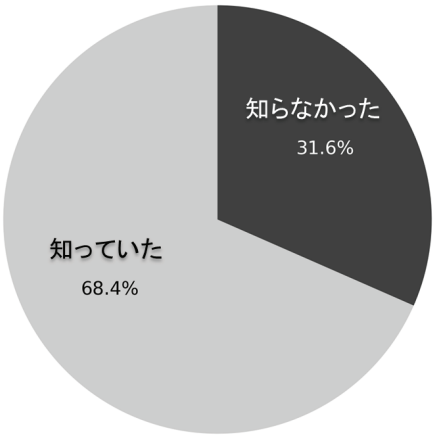
【職域におけるがん検診についての国の検討に関する認知及び意見】

国において「職域がん検診とその精度管理を企業の健康管理業務や健康保険組合の保険事業として位置付ける」検討が進められていることを「知っていた」と回答した者は 147 名中 57 名（38.3%）であった。



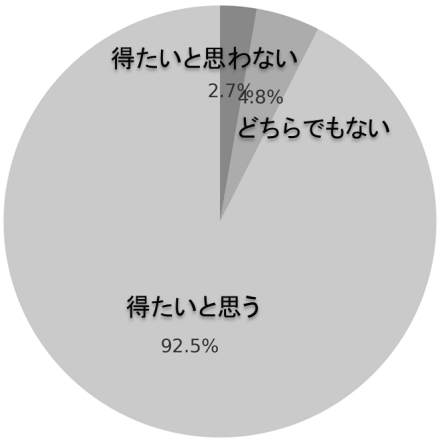
(n=147)

これらの者のうち、検討内容として「一部に産業医を関与させる議論がされている」を認識していた者は 68.4%であった。



(n=57)

また、「このような職域がん検診に関する情報を得たいか」との問いでは、92.5%が情報を得たいと回答した。



(n=147)

D．考察

本調査の対象のうち、産業医経験ありの者は、比較的経験が豊富で産業医活動に関心を抱いていると考えられる集団であり、1000 人以上の事業所の担当、及び 1000 人未満の中小規模の事業所を担当する産業医の両者を含む。一方、産業医経験なしの者は、産業医学に関する知識をこれから得ようとする者である。

がん検診に関する知識については、産業医経験者の約 9 割が職域マニュアル及びがん検診ガイドラインの存在を認知し、そのうち約半数が実際に活用しており、産業医経験なしの者よりそれらの存在を認識している割合が高いことが示唆された。また、国が推奨するがん検診と推奨しないがん検診があることについても経験者の方が、認知度が高かったにも関わらず、国が推奨していないがん検診の実施を職域で実施することの容認率は約 66.7%と高く、産業医経験なしの者の 63.3%と差がないという結果であった。産業医経験あり、なしにかかわらず国の推奨外検診の職域での実施容認が高かった一因として、「有効性評価指標ががん特異的死亡率減少のみである」という認識が両者に浸透しておらず、検診方法を選択する際に、死亡率減少効果の有無を念頭におくことができなかったり、がん発見率、感度・特異度、罹患率といった適切でない項目を判断根拠にしてしまう場合があることが考えられた。そしてまた「がん検診の不利益」として全ての項目を選択できたものが産業医経験ありでも 4 割程度に留まっていることも、意思決定に影響している可能性があり、今回の解析では、産業医経験の有無に関わらず、わが国の医師への教育体制では、がん検診の実施の可否判断の際に前提となる情報が

不足している状況の影響が推察される。これらの知識浸透の不十分な状況は、約 20 年前に報告された、消化器がんの検診にかかわる医師を対象とした調査結果と傾向が一致し、本調査集団特有ではない。今日でもわが国では医師に対するがん検診に関する系統的知識獲得機会が依然として十分に提供されていないことから、少なくとも企業のがん検診の在り方に助言を行う立場になりうる産業医に対しては、がん検診の在り方について系統だった情報提供体制を確立することが望まれ、それは産業医資格を既に有する者、これから得る者の両者に対して求められることが示唆された。

また、厚生労働省などの国の、職域でのがん検診に対する議論には産業医自身が興味を持ち、情報を得たいと考えている者が多いという結果であったので、がん検診に対する系統的情報提供と共に、国の職域がん検診についての情報が産業医に届きやすくなる情報提供手段の工夫も必要と考えられた。

G．研究発表

１．論文発表

1. 岡田結生子, 雜賀公美子, 立道昌幸, 岡村智教, 齊藤英子：職域におけるがん検診 ～職域検診版「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」案の作成～、産業衛生学雑誌、68巻2号、66-77, 2026年3月
2. 岡田結生子, 齊藤英子, 雜賀公美子, 岡村智教, 立道昌幸：職域検診と住民検診におけるがん検診精度管理の格差是正に向けて―住民検診の検診実施機関要チェックリストは職域検診でも活用できるのか―、日本がん検診・診断学会誌、33巻3号、56-64、2026年3月
3. 齊藤英子, 岡田結生子, 雜賀公美子：組織型検診の実現に向けた検診情報の標準化と集約化の検討―自治体・健康保険組合へのインタビュー調査に基づく提言―、日本がん検診・診断学会誌、33巻3号、46-55、2026年3月
4. 磯前有香, 齊藤英子, 前田由衣, 丸山裕実, 齋藤香絵, 五十嵐歩惟, 小菅里美, 奈良千帆, 大金志穂乃, 吉田紀子, 花岡尚海, 桂研 一郎：月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効果的手法の検討、日本人間ドック・予防医療学会誌、40巻4号, 129-133、2025年12月
5. 齊藤英子, 雜賀公美子, 町井涼子：HPV検査単独法検診について受診者へ伝えるべきこと、産科と婦人科、92巻11号、1247-1252、2025年11月
6. 齊藤英子, 青木大輔：細胞診を用いた子宮頸がん検診の課題、内科総合誌、42巻9号、1383-1389、2025年8月
7. 佐野弘子, 齊藤英子, 上田和, 永吉陽子, 進伸幸, 相田真介：当院での子宮頸部細胞診ASC-H判定症例の検討―組織診診断結果と照合して―、日本臨床細胞学会誌、64巻4号、175-181、2025年7月
8. 磯前有香, 齊藤英子, 五十嵐歩惟, 桂研一郎・健診施設におけるがん検診での確実な精検受診実現のためのシームレス勧奨の効果 －子宮頸がん検診要精検者を例に－・日本人間ドック予防医療学会誌・2024 年・39 巻 4 号（598-602）
9. 岡田結生子, 雜賀公美子, 高橋宏和, 青木大輔, 森定 徹, 齊藤英子・がん検診実施施設における住民検診と職域検診の精度管理状況の違いを克服するための取り組み －子宮頸がん検診を例に－・日本がん検診診断学会誌・2024 年・31 巻 3 号(35-41)
10. 齊藤英子, 雜賀公美子, 小田瑞恵, 木口一成, 植松孝悦, 佐々木寛, 青木大輔・検診機関における検診委託元別のがん検診精度管理状況 －乳がん検診での検討－・日本がん検診診断学会誌・2023 年・30 巻 3 号(45-54)
11. Eiko Saitoh Aoki, Kumiko Saika, Kazushige Kiguchi, Tohru Morisada, Daisuke Aoki・Validation of HPV triage in cytology-based cervical cancer screening for ASC-US cases using Japanese data・J Gynecol Oncol・2023・34(2): e14(10.3802/jgo.2023.34.e14)
12. Toshio Ogawa, Hirokazu Takahashi, Hiroshi Saito, Motoyasu Sagawa, Daisuke Aoki, Kazuo Matsuda, Tomio Nakayama, Yoshio Kasahara, Katsuaki Kato,Eiko Saitoh, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Norie Sawada, Yasushi Matsumura, Tomotaka Sobue・Novel Algorithm for the Estimation of Cancer Incidence Using Claims Data in Japan:A Feasibility Study・JCO Glob Oncol・2023.9:e2200222(doi:10.1200/GO.22.00222)

２．学会発表

1. 齊藤英子・e-learning によるがん検診の仕組みの理解と集計データ解析による精度管理の評価の実践・第 84 回日本公衆衛生学会総会・2025 年 10 月

2. Eiko Aoki, Kumiko Saika, Tohru Morisada, Daisuke Aoki・EVALUATION OF JAPAN'S IMPLEMENTATION OF HPV PRIMARY SCREENING USING EU RECOMMENDED LISTS・The 37th International Papillomavirus Conference・Oct.2025
3. 横山良仁, 齊藤英子, 雑賀公美子, 森定徹, 青木大輔・HPV 陽性＋細胞診 NILM の経過：文献レビュー・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
4. 佐野弘子, 齊藤英子・地域住民検診における子宮頸がん検診で、細胞診判定に占める ASC-US の割合が増加すると精密検査受診が低下するか？・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
5. 齊藤英子・わが国の子宮頸がん検診の「受診」における課題 ー今こそ all Japan での取り組みをー・第 34 回日本婦人科がん検診学会総会学術講演会・2025 年 10 月
6. 齊藤英子・アカデミックセッション「婦人科がん」① がん予防を志向したときの婦人科がんの特徴・第 33 回日本がん検診・診断学会総会・2025 年 9 月
7. 岡田結生子, 齊藤英子, 雑賀公美子, 青木大輔・自治体と職域におけるがん検診の情報共有の可能性についての検討のためのヒアリング・第 33 回日本がん検診・診断学会総会・2025 年 9 月
8. Eiko Saitoh Aoki・Municipality-Level Correlation of Screening follow-up Rates Between Cervical Cancer Screening and Other Cancer Screenings in Japan・ Asian Society of Gynecologic Oncology・Jul. 2025
9. 齊藤英子, 森定徹, 青木大輔・わが国の子宮頸がん検診では、HPV 検査単独法と細胞診単独法の精度管理レベルにギャップが生じている・第 77 回日本産科婦人科学会学術講演会・2025 年 5 月
10. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・Systematic Review of Candidate Algorithms for implementing of HPV Testing in Japan's Population-Based Cervical Cancer Screening・Asian Society of Gynecologic Oncology (ASGO) 2024 Meeting・Nove.2024
11. 佐野弘子, 齊藤英子, 永吉陽子, 上田 和, 進 伸幸, 相田真介・当院における子宮頸部細胞診 ASC-H 判定の妥当性の検討 －生検結果の追跡 －・第 63 回日本臨床細胞学会秋期大会・2024 年 11 月
12. Eiko Saitoh Aoki, Tohru Morisada, Kumiko Saika, Daisuke Aoki・One of the Best Uses of the Checklist in Cervical Cancer Screening・The 36th International Papillomavirus Conference・Nove.2024
13. 齊藤英子, 雑賀公美子・子宮頸がん検診における HPV 検査単独法のアルゴリズム【報告１】・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024 年 10 月
14. 岡田結生子, 齊藤英子, 雑賀公美子・職域がん検診実施施設での精度管理実施状況調査の実施可能性に関する検討・第 83 回日本公衆衛生学会総会・2024 年 10 月
15. 齊藤英子, 雑賀公美子, Misha Coleman, Hannah Saunders, Marion Saville・精度管理向上の理念を含有する自己採取 HPV 検査提供のあり方 ーオーストラリアのストラテジーからー・第 33 回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会・2024 年 10 月
16. 岡田結生子, 齊藤英子, 雑賀公美子, 森定徹, 青木大輔, 高橋宏和・住民検診と職域検診のがん検診精度管理状況の違い克服へー職域検診用「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用）」の作成ー・第 32 回日本がん検診・診断学会総会・2024 年 9 月
17. 齊藤英子・月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効率的手法の検討・第 65 回日本人間ドック学会・予防医療学会学術大会・2024 年 9 月
18. 齊藤英子, 雑賀公美子, 斎藤博, 松坂方士・住民検診での都道府県別精検受診率の比較ー子宮頸がん検診と乳がん検診ー公表データを用いた分析・第 66 回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2024 年 7 月
19. 齊藤英子・HPV 検査単独法による子宮頸がん検診-さまざまな委託元へのがん検診提供を念頭においた場合の留意点-・第 76 回日本産科婦人科学会学術講演会・2024 年 4 月
20. 齊藤英子, 雑賀公美子, 森定徹, 中山富雄, 青木大輔・「HPV 単独検診による子宮頸がん検診導入」について・第 31 回日本 CT 検診学会学術集会・2024 年 3 月
21. 富田圭祐, 齊藤英子, 五十嵐歩惟, 磯前有香, 永吉陽子, 上田和, 桂研一郎・当院での

子宮頸がん検診における要精検者の精検受診率向上のためのシームレス勧奨・第38回日本女性医学学会学術集会・2023年12月

22. 河野可奈子, 雑賀公美子, 齊藤英子, 森定徹, 青木大輔・HPV 検査の有用性を検証するコホート研究における初回検診後のアルゴリズム遵守状況・第62回日本臨床細胞学会秋期大会・2023年11月
23. 齊藤英子・がん検診の評価指標の「可視化プロジェクト」−精検受診率について− ・第82回公衆衛生学会総会・2023年10月
24. 齊藤英子, 雑賀公美子, 森定徹, 河野可奈子, 中山富雄, 高橋宏和, 青木大輔・日本の現状は子宮頸がん検診で HPV 検査の結果が細胞診の判定に影響する可能性がある・第32回日本婦人科がん検診学会・総会・2023年10月
25. 小田瑞恵, 齊藤英子, 佐々木寛・子宮頸がん検診における HPV 検査の役割 ―HPV 検査導入に向けたアルゴリズムの試案―・第32回日本婦人科がん検診学会・総会・2023年10月
26. 齊藤英子・福島原発事故での産業医学的支援実現の際の経験　―手に負えない場合の対応について―・第41回産業医科大学学会・産業医科大学国際センターシンポジウム・2023年10月
27. 齊藤英子・職域がん検診はどう変わるか、変えていくか？職域におけるがん検診に関するマニュアルに基づく検診実施機関の精度管理・第64回日本人間ドック学会学術大会・2023年9月
28. 磯前有香, 齊藤英子, 五十嵐歩惟, 桂研一郎・子宮頸がん検診要精検者における確実な精検受診実現のためのワンストップ勧奨・第64回日本人間ドック学会学術大会・2023年9月
29. 進伸幸, 齊藤英子, 富田圭祐, 永吉陽子, 上田和, 渋井亮介, 岡田智志, 片岡史夫, 永松健・若年子宮体癌症例に対する高用量黄体ホルモン療法の治療成績・第65回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023年7月
30. 齊藤英子, 雑賀公美子, 高橋宏和, 森定徹, 青木大輔・地域保健・健康増進事業データから見た子宮頸がん検診の精密検査についての課題・第65回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・2023年7月
31. 岡田結生子, 齊藤英子, 雑賀公美子, 森定徹, 青木大輔, 高橋宏和・がん検診実施施設における住民検診と職域検診との精度管理状況の違い克服に向けての取り組み・第31回日本がん検診・診断学会総会・2023年6月
32. 河野可奈子, 雑賀公美子, 齊藤英子, 森定徹, 青木大輔・住民検診における子宮頸がんを含む子宮頸部異常の発見率の特徴・第64回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023年6月
33. 齊藤英子, 木口一成, 小田瑞恵, 植田政嗣, 佐々木寛・検診機関用チェックリスト調査から見える子宮頸がん検診での細胞診精度管理の課題・第64回日本臨床細胞学会総会春期大会・2023年6月
34. 齊藤英子, 小田瑞恵, 木口一成, 佐々木寛, 青木大輔・検診機関における検診委託元別の子宮頸がん検診の精度管理状況―チェックリスト充足率からの検討―・第75回日本産科婦人科学会学術講演会・2023年5月
35. Eiko SAITOH AOKI, Kumiko SAIKA, Daisuke AOKI・Current Status and Challenges for of Cervical Cancer Screening in Japan・35th International Papillomavirus Conference・April,2023

3．その他

講演会・研究会・公開講座

1. 齊藤英子：「がん検診の受診率をめぐる話題と子宮頸がん検診での課題」、第34回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 シンポジウム１ 、2025/10/4
2. 齊藤英子:「HPV 検査単独法マニュアルを改めて読み解く」、第34回日本婦人科がん検診学会総会・学術講演会 共催セミナー、
   2025/10/4
3. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京科学大学医師会産業医研修会、2025/8/15
4. 齊藤英子：日本における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入、第67回日本婦人科腫瘍学会学術講演会・Asian Society of Gynecologic 2025 (ASGO) ランチョンセミナー、2025/7/18
5. 齊藤英子：TOKYO #女子けんこう部 子宮頸がん検診普及イベント、東京都健康推進課 子宮頸がん検診普及啓発事業、2024/12/28
6. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた

精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/9/2, Web 開催.

7. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, Web 開催.
8. 齊藤英子：女性労働者の健康管理, 日本医師会認定 東京都医師会・東京医科歯科大学医師会産業医研修会、2024/8/20, 東京.
9. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 名古屋.
10. 齊藤英子：HPV 検査単独法導入に向けた精度管理、厚生労働省 HPV 検査単独法導入に向けた精度管理支援事業、2024/8/30, 福岡.
11. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、東京医科歯科大学医師会 産業医研修会、2023/08/14、東京
12. 齊藤英子：女性労働者の健康管理、日本医師会認定 東京都医師会・中央区医師会産業医研修会、2023/7/2、東京

総合分担研究報告書

6. 職域がん検診に労働者の意識実態調査

研究分担者　　五十嵐　侑

産業医科大学産業医実務研修センター　助教

研究分担者　　森　晃爾

産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学　教授

令和 5 - 7 年度　厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
（総合）分担研究報告書

職域がん検診に労働者の意識実態調査

研究分担者：
五十嵐侑　産業医科大学産業医実務研修センター助教
森　晃爾　産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学教授

研究要旨
【目的】日本では、がん検診の受診率が他の先進国と比較して低く、また科学的根拠に基づかない検診の実施や精度管理の不十分さが課題とされている。これらの課題を改善するため、平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表されたが、職域における認知度や活用状況は十分とはいえない。本研究では、職域がん検診に関する実態と課題、労働者の受診意向を明らかにし、その結果を踏まえて職域がん検診に関する教育研修の改善に資する知見を得ることを目的とした。
【方法】令和 5 年度には、健康保険組合、協会けんぽ、健診機関など職域がん検診に関わる組織を対象にインタビュー調査を実施し、がん検診の実施体制、対象者および検査項目などについて実態と課題を整理した。令和 6 年度には、全国の労働者約 3 万人を対象としてオンライン調査を実施し、がんリスク評価検査、乳がん検診、前立腺がん検診、大腸がん精密検査について、メリットとデメリットを数値で提示した上で受診意向を調査した。さらに令和 7 年度には、これらの調査結果を踏まえて職域がん検診に関する研修プログラムの内容を見直した。
【結果】インタビュー調査では、多くの組織が受診者のニーズに応える形でがん検診を実施していることが明らかとなり、結果的にマニュアル通りの運用が困難である実態が明らかとなった。労働者調査では、メリットとデメリットを提示した場合でも受診意向は全体として高い傾向が認められ、特に年齢や学歴が高い層で受診意向が高い結果となった。また、偽陽性や過剰診断などの不利益を提示しても受診意向は大きく低下せず、受診者は早期発見や安心感を重視して意思決定している可能性が示唆された。
【結論】職域がん検診の適切な実施には、組織側の制度的課題への対応とともに、受診者の意思決定の特徴を踏まえた教育やリスクコミュニケーションが重要である。本研究では、組織の実態および労働者の受診意向を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムの改善を行った。今後、これらの教育内容を普及させることにより、科学的根拠に基づく職域がん検診の推進が期待される。

研究協力者：山本彩加　産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学修練医
増田眞子　産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学修練医

A．目的

日本では、がん検診の受診率が他の先進国と比較して低く、また科学的根拠に基づかない検診の実施や精度管理の不十分さが課題とされている。これらの課題を改善するため、平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表された。しかし、職域における認知度や活用状況は十分とはいえない。

職域がん検診では、健康保険組合、事業場、健診機関など複数の主体が関与するため、実施体制や責任の所在が複雑であり、マニュアルに基づいた適切な検診体制を整備することが容易ではない。また、検診を実際に受診する労働者が、がん検診のメリットとデメリットをどのように認識し、受診を判断しているかについても十分に明らかになっていない。

そこで本研究では、職域がん検診に関わる組織の実態と課題、および労働者のがん検診に対する受診意向を明らかにし、その結果を踏まえて職域がん検診に関する教育研修の改善を図ることを目的とした。

B．方法

1．職域がん検診の実態調査

職域がん検診に関わる健康保険組合、協会けんぽ、健診機関などを対象にインタビュー調査を実施した。

調査では以下の内容を聴取した。

・がん検診の実施体制

・対象者および検査項目

得られた内容を整理し、職域がん検診の実態と受診者の課題を分析した。

2．労働者調査

1 のインタビュー調査を踏まえて、質問紙調査を作成し、全国の労働者約 3 万人を対象にオンライン調査を実施した。

調査対象および実施方法

- 対象：インターネットリサーチ会社を通じて収集した全国の労働者約 3 万人
- 方法： W2S-OhpmⅢ調査に、がん検診に関する 4 項目の質問票を追加しオンラインにて実施

詳細は、W2s-Ohpm 研究プロトコルを参照[1]

調査項目（設問）とその意図

本調査で用いた 4 つの設問は、各検査段階における具体的なメリットとデメリットを数値で提示し、受診者の受診意向を評価するものである。

【設問１：がんリスク評価検査】

- 内容：「がんの発生リスクを評価する検査では、陰性の場合はがんリスクが低く、陽性の場合はがんリスクが高いと判断されます。ただし、陽性であっても必ずしもがんが存在するわけではなく、また陰性でもがんが完全に否定されるわけではありません。あなたはこの検査を受けますか？」
- 想定がん検診：がんリスク評価検査（腫瘍マーカー検査や線虫検査など、科学的根拠に乏しい検査手法を想定）
- 意図：検査結果の不確実性（偽陽性・偽陰性の可能性）を踏まえ、受診者がこの検査にどの程度信頼を寄せ、受診意向が反映されるかを評価

【設問２：乳がん検診】

- 内容:「ある検査では、1000 人受診すると 1 人の乳がんによる死亡を防ぐことができるというメリットがあります。一方で、1000 人中 70 人が精密検査対象となり、偽陽性により不要な精密検査が生じるというデメリットもあります。これらのメリットとデメリットを考えたとき、あなたはこの乳がん検診を受けたいと思いますか？」
- 想定がん検診：乳がん検診
- 意図：乳がん検診よる 1000 人に 1 人の死亡防止効果というメリットと、偽陽性による不要な全身精密検査というデメリットを具体的な数値で示し、受診者がどの程度リスクを容認し、受診意向にどのように反映されるかを評価

【設問３：前立腺がん検診】

- 内容:「ある検査では、1500 人受診すると 1 人の前立腺がんによる死亡を防ぐことができるというメリットがあります。一方で、1500 人中 120 人が精密検査対象となり、最終的に 36 人が『がんと診断』されますが、その中には進行が遅く、本来治療が不要と考えられる前立腺がんが含まれる可能性があります。これらのメリットとデメリットを考えたとき、あなたはこの前立腺がん検診を受けたいと思いますか？」
- 想定がん検診:前立腺がん検診
- 意図：前立腺がん検診による 1500 人に 1 人の死亡防止効果と、過剰診断（治療が不要なケースを含む）のリスクを具体的な数値で示し、受診者がデメリットをどの程度重視し、受診意向にどのように反映されるかを評価

【設問４：大腸がん検診の精密検査】

- 内容:「あなたは事前検査の結果、精密検査の受診を勧められました。その精密検査は身体的に負担のある検査ですが、100 人受診すると 2 人にがんが見つかり治療が必要になり、また 5 人にポリープが見つかり、切除することでがん予防が期待できます。あなたはこの精密検査を受けますか？」
- 想定がん検診:大腸がん検診
- 意図:便潜血検査による事前検査で異常が認められた場合に実施される精密検査（大腸内視鏡検査）における身体的負担と、がんや前がん状態の早期発見・予防効果という具体的なメリットを示し、受診意向にどのように反映されるかを評価精密検査を受けるかどうかを評価

<u>データの集計と分析</u>

各設問における「受ける／多分受ける」と回答した割合を、性別、年代、従業員規模、学歴別に集計した。各検診の受診意向を目的変数とし、性別、年齢、学歴、企業規模、年収、喫煙歴、飲酒歴、運動習慣を説明変数としてロジスティック回帰分析を行い、多変量モデルにより関連要因を検討

した。

3．研修プログラム改善

これらの結果を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムの内容を見直した。

C．結果

1．職域がん検診の実態調査

インタビュー調査では、多くの組織が受診者のニーズに応える形でがん検診を実施していることが明らかとなり、結果的にマニュアル通りの運用が困難である実態が明らかとなった。

2．労働者調査

性別、年代、事業所規模、学歴別の受診意向結果を図１に示す。設問１（がんリスク評価検査）においては、男性が 67.5%、女性が 64.4%の割合で受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 59.9%、30 歳代で 62.5%、40 歳代で 65.3%、50 歳代で 66.9%、60 歳代で 72.7%、70 歳代で 80.8%となり、年齢の上昇とともに受診意向が上昇する傾向が確認された。従業員規模別では、1～49 人で 64.8%、50～999 人で 67.7%、1000 人以上で 66.7%であった。学歴別では、中学卒業で 48.6%、高校卒業で 61.8%、専門学校卒業で 62.3%、短大・高専卒業で 66.9%、大学卒業で 68.7%、大学院修了で 72.0%と、学歴が上がるほど受診意向が高まる結果となった。

設問２（乳がん検診）では、男性は 60.5%、女性は 54.4%の割合で受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 53.5%、30 歳代で 54.2%、40 歳代で 56.1%、50 歳代で 58.2%、60 歳代で 64.2%、70 歳代で 71.2%であり、こちらも年齢が上がるにつれて受診意向が上昇する傾向があった。従業員規模別では、1～49 人で 56.0%、50～999 人で 59.5%、1000 人以上で 60.1%であった。学歴別では、中学卒業が 41.6%、高校卒業が 54.6%、専門学校卒業が 53.5%、短大・高専卒業が 56.9%、大学卒業が 60.4%、大学院修了が 63.0%であった。

設問３（前立腺がん検診）においては、男性が 60.0%、女性が 53.2%の受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 53.5%、30 歳代で 53.1%、40 歳代で 55.6%、50 歳代で 57.3%、60 歳代で 62.6%、70 歳代で 69.5%であり、年齢の上昇に伴い受診意向が増加する傾向があった。従業員規模別では、1～49 人で 55.0%、50～999 人で 58.6%、1000 人以上で 59.8%であった。学歴別では、中学卒業が 42.3%、高校卒業が 53.0%、専門学校卒業が 53.2%、短大・高専卒業が 55.8%、大学卒業が 59.7%、大学院修了が 62.2%であった。

設問４（精密検査）では、男性が 66.4%、女性が 63.6%の受診意向を示した。年齢別では、18～29 歳で 58.5%、30 歳代で 60.4%、40 歳代で 63.9%、50 歳代で 66.3%、60 歳代で 72.8%、70 歳代で 78.9%であり、特に高齢層で受診意向が顕著に高まっていた。従業員規模別では、1～49 人で 63.8%、50～999 人で 66.5%、1000 人以上で 65.9%であった。学歴別では、中学卒業が 47.6%、高校卒業が 61.1%、専門学校卒業が 61.1%、短大・高専卒業が 64.8%、大学卒業が

67.6%、大学院修了が 72.3%と、学歴の向上に伴い受診意向が上昇する傾向が明確であった。なお、全設問において、女性の受診意向は男性に比べやや低い結果となった。

図２に受診意向と関連要因の結果を示す。解析対象者 27,904 人の平均年齢は 46.6 歳（標準偏差 13.6)、性別は男性 54.9%であった。各設問に対する受診意向ありは、①がんリスク検査 66.1%、②乳がん検診 57.8%、③前立腺がん検診 56.9%、④大腸がん検診 65.1%であった。多変量解析の結果、高年齢(40 歳以上)、高学歴、既婚、大きい企業規模、高い年収では、4 種すべての検診に対して受診意向ありと正の関連を示した。性別は②③と正の関連を示した。また、喫煙歴なし、飲酒習慣少ない/なし、運動習慣ありといった良好な生活習慣要因も、4 種すべての検診に対して受診意向ありと正の関連を示した。

3. 研修プログラム改善

研修プログラム改善として、これらの結果を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムの内容を見直し、リスクコミュニケーションやマニュアル外検査への対応に関する内容を強化した。

D．考察

本研究は、日本の労働者を対象とした全国規模のデータを用い、がん検診の受診意向に関連する要因を明らかにした点に特徴がある。解析の結果、年齢、学歴、婚姻状況、企業規模、年収などの社会経済的要因が、いずれのがん検診に対しても受診意向と正の関連を示した。また、喫煙歴がない、飲酒習慣が少ない、運動習慣があるといった健康的な生活習慣も受診意向と関連していた。これらの結果は、健康意識が高く社会経済的資源を多く有する層ほど予防的医療行動に積極的であるという、これまでの研究結果と整合的であると考えられる。

一方で、本研究では、一般にヘルスリテラシーが高いと考えられる高学歴層や高所得層においても、科学的根拠が十分に確立していないがんリスク検査に対する受診意向が高い傾向が認められた。この結果は、受診者が検査の不利益やエビデンスの不確実性を十分に考慮せず、「早期発見」や「安心感」といった便益を重視して意思決定している可能性を示唆している。すなわち、ヘルスリテラシーが高いと想定される層であっても、検診のメリットとデメリットをバランスよく評価した意思決定が必ずしも行われているとは限らないことが明らかとなった。

また、良好な生活習慣を有する労働者ほど受診意向が高い傾向が認められたことから、健康意識の高い層が予防的医療行動をより積極的に選択している可能性が示唆された。一方で、このような傾向は、健康行動における社会的格差を拡大させる可能性も指摘されており、職域におけるがん検診の普及を検討する際には、受診意向が低い層へのアプローチも重要な課題となると考えられる。

さらに、本研究の結果は、職域において科学的根拠が十分でない検査が導入される背景の一端を示している可能性がある。すなわち、企業や健診機関が労働者のニーズに応える形で新しい検査を導入する場合、受診者側の高い受診意向がその普及を後押ししている可能性がある。こうした状況においては、単に検診機会を提供するだけでなく、検査のメリットとデメリット、科学

的根拠の程度について適切に説明するリスクコミュニケーションが重要である。

以上の結果から、職域がん検診の適切な実施を推進するためには、受診者の意思決定の特徴を理解したうえで、科学的根拠に基づく情報提供を行うことが重要であると考えられる。また、企業や保険者、産業保健職が受診者に対して適切な情報提供を行うための教育や研修を充実させることも必要である。

E．結論

本研究では、日本の労働者約 3 万人を対象とした全国規模の調査により、がん検診の受診意向に関連する要因を明らかにした。その結果、年齢、学歴、婚姻状況、企業規模、年収などの社会経済的要因や、良好な生活習慣が受診意向と正の関連を示した。一方で、ヘルスリテラシーが高いと考えられる層においても、科学的根拠が十分でないがんリスク検査に対する受診意向が高い傾向が認められ、検診の便益と不利益が必ずしもバランスよく評価されていない可能性が示唆された。

これらの結果は、職域におけるがん検診の企画や実施において、受診者の意思決定の特徴を踏まえたリスクコミュニケーションの重要性を示している。今後、科学的根拠に基づく職域がん検診の推進のためには、受診者への適切な情報提供とともに、企業、保険者、産業保健職など関係者に対する教育・研修の充実を図ることが重要である。

F．引用・参考文献

[1] Nagata T, Odagami K, Nagata M, Adi NP, Mori K.
Protocol of a study to benchmark occupational health and safety in Japan: W2S-Ohpm study.
Front Public Health. 2023;11:1191882.

G．学会・論文発表

五十嵐侑、増田眞子、田中優大、小田上公法、永田智久、立道昌幸、森晃爾. 日本の労働者におけるがん検診に対する受診意向とその関連要因：W2S-Ohpm StudyⅢ 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会 ポスター発表

図 1. 性別、年代、事業所規模、学歴別の受診意向

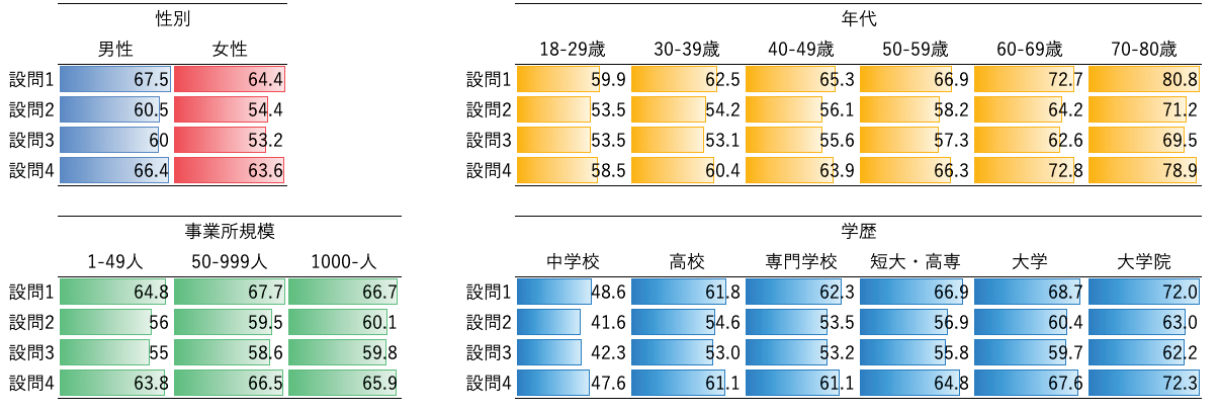


図 2. がん検診受診意向との関連要因

		設問①	設問②	設問③	設問④
受診意向あり		66.10%	57.80%	56.90%	65.10%
性別（Ref = 女性）	男性	1.00 (0.95–1.05)	1.15 (1.09–1.21)	1.18 (1.12–1.24)	0.98 (0.93–1.03)
年代（Ref = ~29歳）	30～39歳	1.05 (0.97–1.15)	0.97 (0.89–1.05)	0.93 (0.86–1.01)	1.03 (0.95–1.12)
	40～49歳	1.24 (1.14–1.34)	1.07 (0.99–1.16)	1.06 (0.98–1.14)	1.25 (1.15–1.35)
	50~59歳	1.34 (1.23–1.46)	1.17 (1.08–1.27)	1.14 (1.05–1.23)	1.41 (1.30–1.53)
	60～69歳	1.80 (1.64–1.97)	1.52 (1.39–1.66)	1.43 (1.31–1.56)	1.94 (1.77–2.12)
	70～	2.99 (2.47–3.62)	2.17 (1.84–2.57)	2.02 (1.71–2.39)	2.84 (2.36–3.42)
教育歴（Ref = 中高卒）	短大・専門	1.34 (1.09–1.65)	1.44 (1.16–1.78)	1.28 (1.04–1.58)	1.36 (1.11–1.68)
	大学卒	1.51 (1.22–1.86)	1.51 (1.22–1.86)	1.40 (1.14–1.73)	1.49 (1.21–1.84)
	大学院卒	1.71 (1.39–2.11)	1.69 (1.37–2.08)	1.54 (1.25–1.90)	1.76 (1.43–2.16)
婚姻歴（Ref = 未婚）	既婚	1.26 (1.19–1.33)	1.23 (1.17–1.30)	1.19 (1.13–1.26)	1.24 (1.17–1.31)
企業規模（Ref = 100人未満）	100–999人	1.21 (1.14–1.29)	1.18 (1.12–1.25)	1.16 (1.09–1.23)	1.19 (1.12–1.26)
	1000人以上	1.34 (1.26–1.43)	1.26 (1.18–1.34)	1.26 (1.19–1.34)	1.30 (1.22–1.38)
年収（Ref = 750万未満）	750-899万円	1.24 (1.17–1.33)	1.24 (1.16–1.31)	1.21 (1.14–1.29)	1.24 (1.17–1.32)
	950-1099万円	1.41 (1.30–1.53)	1.32 (1.22–1.43)	1.29 (1.19–1.40)	1.37 (1.27–1.49)
	1100万円以上	1.52 (1.36–1.71)	1.48 (1.37–1.61)	1.46 (1.35–1.58)	1.47 (1.36–1.60)
喫煙歴（Ref = 喫煙）	非喫煙	1.09 (1.02–1.16)	1.09 (1.03–1.16)	1.05 (0.99–1.12)	1.09 (1.02–1.16)
飲酒歴（Ref = 週3日以上）	ときどき（週1~2未満）	1.31 (1.24–1.39)	1.22 (1.15–1.29)	1.21 (1.15–1.28)	1.27 (1.20–1.34)
	飲まない	1.28 (1.20–1.37)	1.22 (1.15–1.30)	1.22 (1.14–1.30)	1.23 (1.15–1.31)
運動習慣（Ref = なし）	あり	1.20 (1.13–1.27)	1.20 (1.14–1.27)	1.22 (1.16–1.29)	1.19 (1.12–1.26)

総合分担研究報告書

7. 職域がん検診マニュアルに基づいた
モデル研修プログラムの開発

研究分担者　　森　晃爾

産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学　教授

研究分担者　　五十嵐　侑

産業医科大学産業医実務研修センター　助教

令和 5 - 7 年度　厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
（総合）分担研究報告書

職域がん検診マニュアルに基づいたモデル研修プログラムの開発

研究分担者：
森　晃爾　　産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学教授
五十嵐侑　　産業医科大学　産業医実務研修センター助教

研究要旨
【目的】日本では、がん検診の受診率が他の先進国と比較して低く、科学的根拠に基づかない検診の実施や精度管理の不足が課題とされている。これらの課題に対応するため、平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表されたが、職域における認知度や活用状況は十分とはいえない。本研究では、職域における科学的根拠に基づくがん検診の社会実装を目的として、職域がん検診に関わる関係者を対象とした教育研修のニーズ把握、研修プログラムの開発および教育コンテンツの普及を実施し、その有効性を検討した。
【方法】令和 5 年度には、健康保険組合、事業場、健診機関などの関係者に対するインタビュー調査を実施し、職域がん検診に関する教育研修ニーズを把握した。令和 6 年度には、その結果を基に、産業医、衛生管理者・産業保健看護職、健康保険組合担当者、健診機関営業担当者を対象としたモデル研修プログラムを開発し、研修会においてモデル実施を行った。研修は、背景説明、研修動画による知識確認、シナリオを用いたグループ討論、職域がん検診の企画に関する考え方の整理の 4 要素で構成した。受講後にはアンケート調査を実施し、理解度や有用性を評価した。令和 7 年度には、これまでの研修で用いた教材やシナリオを基に e-Learning サイトを構築するとともに、職域がん検診に関する理解促進を目的としたウェビナーを開催した。
【結果】インタビュー調査の結果、職域がん検診の内容や方針の決定は、健康保険組合の保健事業担当者、事業場の衛生管理担当者、健診機関の渉外担当者など、医療職以外の担当者によって行われる場合が少なくないことが明らかとなった。また、組織や立場ごとに異なる抵抗要因が存在することから、実務場面を想定した実践的な研修の必要性が示唆された。モデル研修の受講後アンケートでは、理解度や有用性に関する項目で 9 割以上の参加者が肯定的に回答した。令和 7 年度に実施したウェビナーには 304 名が参加し、理解度に関する質問では 95%が理解が深まったと回答した。オンデマンド配信では 419 名が受講した。
【結論】職域におけるがん検診の質の向上のためには、医療保険者や事業場においてがん検診の企画に関わる担当者への教育研修が重要である。本研究では、意思決定場面を想定したシナリオ型研修を開発し、e-Learning およびウェビナーを通じて普及を図った。立場ごとの課題や抵抗要因を踏まえた実践的研修は、職域がん検診の適切な実施を支援する教育手法として有用である可能性が示された。

研究協力者：　山本彩加　産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学修練医
増田眞子　産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学修練医

A．目的

日本では、がん検診の受診率が他の先進国と比較して低く、科学的根拠に基づかない検診の実施や精度管理の不十分さが課題とされている。これらの課題に対応するため、平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表された。しかし、職域における認知度や活用状況は十分とはいえず、適切ながん検診が必ずしも実施されていない実態がある。

職域がん検診では、健康保険組合の保健事業担当者、事業場の健康・衛生管理担当者、健診機関の渉外担当者など、医療職以外の担当者が意思決定に関わることが多く、医学的観点に基づいた検診内容の検討が十分に行われない場合がある。また、企業の経営判断や従業員の要望など、様々な要因が検診内容の決定に影響することも指摘されている。

このような状況を改善するためには、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の理解を促進し、職域がん検診に関わる関係者に対する教育研修を充実させることが重要である。しかし、これまで職域がん検診に関する体系的な教育研修の取り組みは十分ではなく、研修ニーズや効果的な研修方法についての知見も限られている。

そこで本研究では、職域における科学的根拠に基づくがん検診の社会実装を目的として、職域がん検診に関わる関係者を対象とした教育研修について、①研修ニーズの把握、②研修プログラムの開発およびモデル実施、③教育コンテンツの普及の 3 段階で検討を行った。

B．方法

本研究は、令和 5 年度から令和 7 年度にかけて段階的に実施した。

1．研修ニーズの把握（令和 5 年度）

健康保険組合、事業場、産業保健職、健診機関など、職域がん検診に関わる組織を対象としてインタビュー調査を実施した。調査では、職域がん検診の実態や課題、意思決定の過程、教育研修に対するニーズなどについて聴取した。得られた内容を整理し、研究班会議において研修対象者や研修内容について検討した。

2．研修プログラムの開発およびモデル実施（令和 6 年度）

前年度の調査結果を踏まえ、職域がん検診に関する研修プログラムを開発した。研修対象は、産業医、衛生管理者・産業保健看護職、健康保険組合担当者、健診機関営業担当者とした。
研修プログラムは以下の 4 要素で構成した。

1）研修の背景および目的の説明
2）研修動画を用いた知識の確認
3）シナリオを用いたグループ討論
4）職域がん検診の企画に関する考え方の整理

各研修終了後にはアンケート調査を実施し、研修内容の理解度や有用性について評価した。

3．教育コンテンツの普及（令和 7 年度）

これまでの研修で用いたシナリオや教材を基に、職域がん検診に関する e-Learning サイトを構築した。また、マニュアルの普及と職域がん検診に関する理解促進を目的として、産業保健職、健康保険組合担当者、労働衛生機関担当者などを対象としたウェビナーを開催した。ウェビナー参加者に対してアンケート調査を行い、理解度や研修内容の評価を収集した。
参考）
https://www.ohpm.jp/elearning/index.html

C．結果

インタビュー調査の結果、職域がん検診の内容や方針の決定は、健康保険組合の保健事業担

当者、事業場の衛生管理担当者、健診機関の渉外担当者など、医療職以外の担当者が中心となって行われている場合が少なくないことが明らかとなった。また、組織の方針や企業文化、業務上の制約など、立場ごとに異なる抵抗要因が存在することが示唆された。

令和6年度に実施したモデル研修では、産業医研修、衛生管理者向け研修、健康保険組合担当者向け研修、健診機関営業担当者向け研修を実施した。受講後アンケートでは、理解度や有用性に関する質問項目について、9 割以上の参加者が「そう思う」または「少し思う」と回答した。

令和7年度に開催したウェビナーには304名が参加し、理解度に関する質問では 95%の参加者が「理解が深まった」と回答した。また、オンデマンド配信による受講者は 419 名であった。自由記載では、以下のような意見が寄せられた。

・検査内容の見直しを検討したいと思った
・最近よく見られるがん検診について理解が深まった
・簡便な検査が注目される一方で、偽陽性や偽陰性などの問題を十分説明する必要性を認識した
・職域ではあまり関わりのなかった分野であるが、今後の重要性が理解できた
・職場におけるがん検診の基本的な考え方を整理できた。

D. 考察

本研究により、職域におけるがん検診の意思決定は必ずしも医療職が中心となって行われているわけではなく、健康保険組合や企業の担当者など、非医療職が重要な役割を担っている実態が明らかとなった。そのため、医学的知識を提供するだけでなく、意思決定の場面を想定した実践的な研修が重要であると考えられる。

本研究で開発した研修プログラムでは、シナリオやロールプレイを用いたグループ討論を取り入れることで、実際の業務場面を想定しながら学習できる構成とした。その結果、参加者の多くが研修内容への理解を深めたと回答しており、実践的な研修方法の有効性が示唆された。

また、e-Learning やウェビナーを活用することで、多くの関係者に教育機会を提供できる可能性が示された。職域がん検診の質を向上させるためには、継続的な教育機会の提供と、関係者が学習しやすい環境の整備が重要であると考えられる。

E. 結論

職域におけるがん検診の質の向上のためには、医療保険者や事業場においてがん検診の企画に関わる担当者に対する教育研修が重要である。本研究では、研修ニーズの把握、研修プログラムの開発、e-Learning およびウェビナーによる普及を通じて、職域がん検診に関する教育体制の基盤を構築した。

立場ごとの課題や抵抗要因を考慮した実践的な研修は、職域がん検診の適切な実施を支援する教育手法として有用である可能性が示された。今後は、これらの教育コンテンツを活用し、継続的な教育機会の提供を行うことにより、マニュアルの普及と職域がん検診の質の向上を図ることが重要である。

F. 引用・参考文献

なし

G. 学会・論文発表

なし

総合分担研究報告書

8. 職域保険者におけるがん検診の精度管理指標算出システムの実装に関する研究

研究分担者　　小川　俊夫

摂南大学農学部食品栄養学科公衆衛生学教室　教授

研究代表者　　立道　昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和5 - 7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

（総合）分担研究報告書

「職域保険者におけるがん検診の精度管理指標算出システムの実装に関する研究」

研究分担者
小川俊夫　摂南大学農学部食品栄養学科公衆衛生学教室 教授

要旨
本研究は、レセプトを用いたがん検診の精度管理を実装化するための取り組みの現状と課題、課題解決に向けて取りまとめることを目的とし、レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題について取りまとめたうえで、実装化への課題解決に向けた取り組みについて取りまとめた。先行研究で開発された「保険者向けがん検診精度管理システム（試用版システム）」は、すでに複数の健保組合での実装化と活用の検討が進んでいるものの、がん検診判定結果の受領や統一化などの課題が明らかになった。本研究で明らかになった課題解決に向けた取り組みはすでに実施されており、試用版システムの利用健保組合の拡大、課題の一部の解決に向けた動きなどが見られた。今後、さらに社会実装化に向けて、試用版システムから普及版システムへの刷新、運用のための枠組みについての検討が必要である。

A. 研究目的

本研究は、保険者や事業主ががん検診を実施する際に、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を反映し、５つのがん検診の検診内容と精度管理の普及啓発を目的にした動画資材を普及させ、又保険者や事業主、産業医等を対象に、がん検診に関する研修会を実施することによって周知することを目的として実施している研究の一環で、レセプトを用いたがん検診の精度管理を実装化するための取り組みの現状と課題、課題解決に向けた取り組みについて取りまとめることを目的として実施する。

B. 研究方法

本研究は、（１）レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題、（２）実装化への課題解決に向けた取り組み、から構成されている。

（１）レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題は、先行研究において構築したがん検診の精度管理指標算出を可能にするシステム「保険者向けがん検診精度管理システム（仮称、以下、試用版システム）」の試用を通じて、その課題の把握を実施した。

（２）実装化への課題解決に向けた取り組みについては、試用版システムより明らかになった課題の解決に向けた取り組みについて概説した。

（倫理面への配慮）

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守し、解析対象者の特定が不可能であるデータおよび集計結果のみを用いた。

C. 結果

（１）レセプトを用いたがん検診精度管理指標の健保組合への実装化の現状と課題

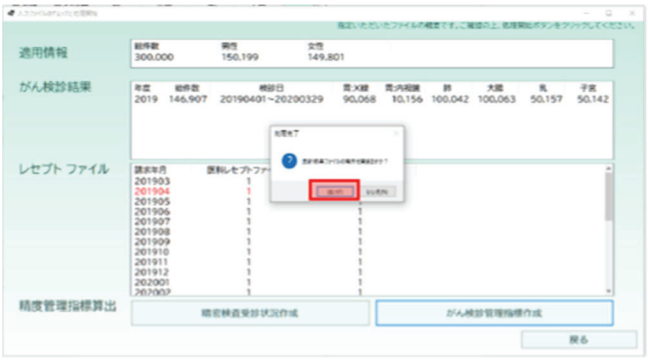
本研究で利用した「保険者向けがん検診精度管理システム」は、先行研究で開発したレセプトを用いたがん検診精度管理指標算出ロジックを活用し、厚生労働省・高齢者医療運営円滑化等補助金の「健保組合におけるがん検診精度管理算出の実用化システムを活用した精密検査受診勧奨介入事業」において構築したシステムで、本研究ではこのシステムを活用した実装化について検討した。

試用版システムは、図表１に示したように、分析対象のがん検診判定結果と適用データをシステムに投入し、さらに支払基金から送られてきた電算レセプトフォルダのうち、少なくとも分析対象のがん検診受診の 12 月前から 6 カ月後までを指定し実行することで、図表２に示したように、がん検診精度管理指標が一覧として出力されるというものである。

試用版システムは、上述した共同事業に参加した健保組合のうち約20組合で稼働可能であることを確認した。また、本研究においては、試用版システムの利用拡大を目的として、「保険者機能を推進する会・健診研究会」に協力いただき、研究会の参加健保に対して説明会を開催し、新たな利用組合の獲得を目指した。2024年度時点で、8組合前後での新規運用に向けた検討が確認されている。

2025年度には、本システムの利用拡大を目的として、「保険者機能を推進する会・健診研究会」に協力いただき、研究会の参加健保と保険者機能を推進する会主催の「保険者フェスタ（2025年11月開催）においてシステムの概要説明と活用例を紹介し、より幅広く試用の促進を試みた。

その結果として、2026年1月時点で、利用希望を含め38組合が本システムを試用中あるいは使用に向けた準備中であった。38組合のうち本システム試用版を受領し、実際に稼働させた健保組合は26組合で、精度管理指標の試算を実施した健保組合は19組合、また本システムを活用して精検受診勧奨を実施した健保組合は7組合



図表１　保険者向けがん検診精度管理システム（仮称）入力画面

項目番号	タイトル	胃がん(X線)	胃がん(内視鏡)	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん	備考
A	検診受診総数	650	1,235	3,676	2,008	529	427	当該がん検診受診者数
B	陽性者数	24	47	16	138	31	14	うち 要 精密検査 判定
C	陰性者数	624	1,182	3,653	1,861	496	408	うち 陰性
D	治療中	2	6	7	9	2	5	うち 治療中
E	その他(判定不能)	0	0	0	0	0	0	うち その他(判定不能)
F	陽性者の精検受診者数	18	21	12	47	26	7	B群における「レセプト：当該がん精密検査受療判定」
G	がん患者総数	1	1	0	5	1	2	レセプト：当該がん患者判定
H	検診受診者中のがん患者総数	0	1	1	3	0	0	A群における「レセプト：当該がん患者判定」
I	真陽性者数	0	1	0	2	0	0	B群における「レセプト：当該がん患者判定」
J	陽性者の精検受診者中のがん患者数	0	1	0	1	0	0	F群における「レセプト：当該がん患者判定」
K	偽陰性者数	0	0	1	1	0	0	C群における「レセプト：当該がん患者判定」
M	偽陽性者数	24	46	16	136	31	14	B-I
N	真陰性者数	624	1,182	3,652	1,860	496	408	C-K
O	精検受診率	75.0%		75.0%	34.1%	83.9%	50.0%	F/B*100
P	要精検率	3.7%	3.8%	0.4%	6.9%	5.9%	3.3%	B/(B+C)*100
Q	がん発見率	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	I/A*100
R	陽性反応的中度	0.0%	2.1%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	I/B*100
S	陰性的中度	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	N/C*100
T	感度(真陽性率)		100.0%	0.0%	66.7%			I/(I+K)*100
U	偽陽性率	3.7%	3.7%	0.4%	6.8%	5.9%	3.3%	M/(M+N)*100
V	偽陰性率		0.0%	100.0%	33.3%			K/(I+K)*100
W	特異度(真陰性率)	96.3%	96.3%	99.6%	93.2%	94.1%	96.7%	N/(M+N)*100

図表２　保険者向けがん検診精度管理システム（仮称）出力結果の例

存在することが明らかになった（図表１）。

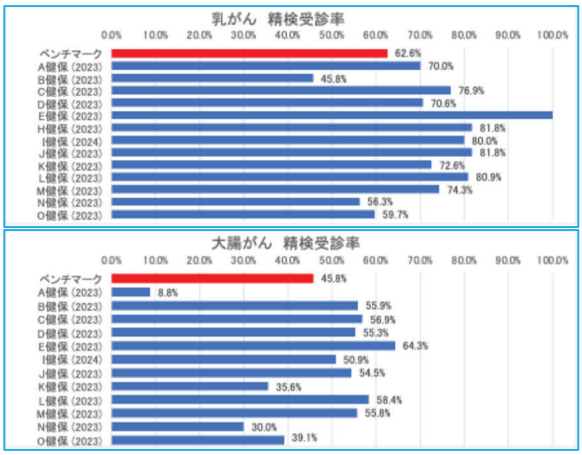
図表１　保険者がん検診精度管理システム試用健保組合数（2026 年 1 月時点）

	健保組合数
システム受領済	31
うち精度管理指標算出かつ精検受診勧奨実施	7
うち精度管理指標算出	19
うち利用準備中	5
システム利用希望・手続き中	7
合計	38

（2026年1月末時点）

精度管理指標の算出が可能であった 19 組合のうち、精度管理指標の提供が可能であった組合から受領した大腸がん検診及び乳がん検診の精検受診率を比較したところ、組合間で大きな差があることと、地域がん検診に比べて精検受診率が低い健保組合が多いことが示唆された（図表２）。

図表２　職域における精検受診率比較（乳がん及び大腸がん検診）



また、本システムを用いた精検受診勧奨を実施した健保組合のうち、精検受診勧奨の効果について検討した健保組合からの報告によると、対象の胃がん X 線、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの全てのがん種で受診勧奨により精検受診率の向上が見られ、うち最も受診勧奨の効果が大きいと推計されたのは大腸がん検診で、精検受診率は勧奨前の 27.5％から勧奨後は 37.9%に上昇したと推計され、本システムを用いた受診勧奨の効果が見られた結果となった（図表３）。

図表３　職域保険者における精検受診勧奨の効果

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
精検対象者	221	165	459	267	252
システム稼働前に自ら精検受診済	50	42	66	131	80
勧奨通知送付数	171	123	393	136	172
システム稼働後に自ら精検受診済	13	7	60	24	10
精検受診勧奨後に受診	11	10	48	20	13
精検受診済計	74	59	174	175	103
精検未受診	147	106	285	92	149
精検受診率（自ら受診、勧奨なし）	28.5%	29.7%	27.5%	58.1%	35.7%
精検受診率（受診勧奨あり含む）	33.5%	35.8%	37.9%	65.5%	40.9%
精検受診勧奨効果	5.0%	6.1%	10.5%	7.5%	5.2%

また、本システムの活用の一環として、がん治療と就労との関連について分析を実施した。詳細は、「不利益の最小化と利益の最大化が期待できる体制の構築を目指したがん検診の精度管理に関する研究」研究班令和 8 年度報告書を参照されたい。

（２）実装化への課題解決と普及に向けた取り組み

本研究で取りまとめた試用版システムの課題について、その解決と職域におけるがん検診精度管理の社会実装化に向けた現時点での取り組みは以下のとおりである。

1)　がん検診判定結果の入手

がん検診判定結果が未入手の健保組合においては、検診機関あるいは代行機関に対してがん検診判定結果の提供を打診する必要がある。その際に、一部の代行機関や検診機関では判定結果の提供を承諾しないケースも見られており、地道な交渉が必要であることが明らかになった。あるいは、厚労省などより職域がん検診の精度管理には判定結果の健保組合への提供が必須との通達が必要と考えられる。

がん検診判定結果の提供が実施されているケースの一部では、判定結果としてコード化された結果ではなく所見が提供されていることが見受けられた。試用版システムにおいては、コード化された判定結果が必要であるため、所見ではなくコード化された判定結果の入手について、今後も健診機関や代行機関と健保組合との間で交渉と授受に向けた契約などの取り組みが必要である。なお、一部の代行機関からの判定結果の提供が始まっているとの報告があり、課題解決に向けて動きつつあることを確認した。

一方で、検診機関や代行機関からがん検診判定結果の提供がなされない理由として、がん検診の結果を本人以外が入手しない方針の企業や健保組合が存在することも考えられる。これは、福利厚生制度としてのがん検診の提供に基づき、がん検診の結果の活用については、検診受診者本人の判断に委ねられるという考え方に基づいていると思われるが、がん検診によるがんの早期発見・早期治療を実現し、がん患者の両立支援

の早期実現のために、がん検診の判定結果を用いた精度管理と受診勧奨が重要である。したがって、事業主や健保組合に向けて、いま一歩がん検診の精度管理の重要性について啓発活動が重要と考えられる。

検診機関や代行機関からのがん検診判定結果の入手において、データ授受のプラットフォームが存在しないことも、がん検診判定結果の入手が困難となっている理由の一つであることが明らかになった。特定健診のように決められたフォーマットの XML データでの授受の枠組みは、がん検診については現時点では整備されておらず、それぞれの健保組合と検診機関、代行機関が独自の方法でデータの授受を行なっている。その多くが csv データでのやり取りと思われるが、今後の社会実装化に向けて、データ授受のプラットフォームの構築が必要と考えられる。

2) がん検診判定結果の統一化

検診機関や代行機関でのがん検診判定結果が多様で統一されていない問題に対しては、試用版システムでは独自に判定結果の統一化を実施することにより対応している。具体的には、試用版システムを利用する健保組合において、がん検診判定を行った検診機関あるいは代行機関ごとに判定結果一覧を入手・集約して、これらの情報を統合したマスターをシステム内で構築することで、統一した判定への変換を実現した。このように、現時点ではいわば手作業でがん検診判定マスターを作成する必要があるが、試用版システムの本格的な普及と社会実装化に向けて、この点は改善の必要がある。すなわち、よりシステマティックにがん検診判定一覧の入手とシステムへの組み込みを実現するために、検診機関・代行機関との枠組みの整備が必要と考えられる。さらに、特定健康診査のような法律に基づいた枠組みを作ることで、実装化がより一層進展すると考えられ、そのために厚労省や学会などへの働きかけが必要である。

3) ロジックの精緻化

がん患者推定及びがん精密検査受診推定のロジックは、先行研究により妥当性の検討も実施されており、一定程度以上の精度での推定が可能と考えられる。しかしながら、試用版システムの利用において、いわゆる抽出漏れやエラーが報告されており、都度これらの課題を改善することで、ロジックの精緻化を実現してきた。さらに、がん精密検査受診推定のロジックについては、厚労科研・研究班「不利益の最小化と利益の最大化が期待できる体制の構築を目指したがん検診の精度管理に関する研究」において精緻化が検討されており、今後ロジックの刷新を行う予定である。

4) 事業化など試用版システムの普及に向けた検討

試用版システムの継続的な提供には、試用版システムに用いられているロジックの保守管理が必須である。また、ロジックの刷新に伴い、稼働しているシステムの刷新も必要になることから、試用版システムのメンテナンスの枠組みが必要であり、このメンテナンス機能を加味した「普及版」システムの構築が必要と考えられる。2024 年度時点で、事業者 3 社と試用版システムの実績をもとに普及版システムの構築と事業化、さらに普及版システムの継続した運用について検討中であり、今後試用版システムから普及版システムへの切り替えが期待される。

普及版システムの継続した稼働の枠組みとしては、メンテナンス枠組みが必須である。具体的には、システム運用の中核となる事務局の設置とロジックの刷新へのがん治療の専門家によるアドバイスの枠組み構築が必要と考えられる。この専門家の参加による枠組みの構築と運用については、今後の検討課題である。

レセプトを用いたがん検診精度管理の社会実装化には、今後事業化と利用拡大を図る必要がある。利用拡大については、健保組合向けとしては、各種分析システムとがん検診精度管理システムとの統合や、基幹システムへの統合・導入など、さまざまな方法が考えられる。今後、これらの可能性について、事業者と検討する予定である。また、協会けんぽや国保など、健保組合以外の各種保険者の環境でもレセプトを用いたがん検診精度管理システムの導入が可能であることが先行研究から明らかになっていることから、健保組合以外の各種保険者へのがん検診精度管理の実装化についても、今後検討と交渉を行いたいと考えている。

D. 考察および結論

本研究では、レセプトを用いたがん検診精度管理の健保組合への実装化の取り組みについて、先行研究で構築された試用版システムを利用して検討を実施した。その結果として、上述した課題が明らかになり、その課題解決に向けた検討を進めている。いずれの課題も現時点では解決可能と考えられ、事業化・実用化が目前に迫っていると考えられる。

さらに、試用版システムを用いたがん精検受診勧奨とその効果について、2024 年度及び 2025 年度の日本公衆衛生学会及び日本産業衛生学会にて報告済みであり、このシステムを活用することで、職域がん検診の精度管理指標を算出するだけではなくがん検診全体の精度向上に試用版・普及版システムが寄与できると考えられる。また、単に稼働の確認だけではなく、本システムを用いた精検受診勧奨を実施し、成果が見られた健保組合も出てきており、本システムの普及に大きく前進したと考えられる。今後、本システムの社会実装化に向けて、本研究で明らかにしたような成功事例を集積して公開し、健保組合や事業主にとってがん検診精度管理が必要で有用であることを幅広く情報提供することが必要と考えられる。

本システムの社会実装化に向けた課題については、がん検診判定結果の提供が一部の代行機関で新規に実施されるようになるなど、前向きな動きは見えるもののいまだに十分ではなく、今後も上述した成功事例の公開や各ステークホルダーへの働きかけなどにより、精度管理の社会実装に向けた更なる活動が必要と考えられる。

今後、レセプトを用いたがん検診精度管理の実用化により、様々な保険者においてがん検診の実態把握と精度管理が簡便にできるようになると期待される。本研究で検討した職域がん検診精度管理の取り組みは、保険者による活用のみならず、今後のわが国のがん政策立案に資する貴重な資料になりうると考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

Ogawa T et al. Novel Algorithm for the Estimation of Cancer Incidence Using Claims Data in Japan: A Feasibility Study. JCO Global Oncology. 2023 :9, e2200222 (https://doi.org/10.1200/GO.22.00222).

2. 学会発表

木下 智香子、平山 奈都美、桑原 佳子、大野 寿弥子、小川 俊夫、祖父江 友孝. レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨. 第 97 回日本産業衛生学会総会（2024 年 5 月 25 日、広島県広島市・広島国際会議場）

木下 智香子、小川 俊夫. レセプトを活用した職域がん検診の精密検査受診勧奨. 第 83 回日本公衆衛生学会総会（2024 年 10 月 31 日、北海道札幌市・札幌コンベンションセンター）

小川俊夫. 就労とがん治療の両立への職域がん検診の影響に関する一考察. 第 98 回日本産業衛生学会総会（2025 年 5 月 15 日、宮城県仙台市・仙台国際センター）

小川俊夫、深井航太、古屋佑子、立道昌幸. がん治療と就労の両立に与える影響に関する一考察. 第 84 回日本公衆衛生学会総会（2025 年 10 月 29 日、静岡県静岡市・静岡県コンベンションアーツセンターグランシップ）

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

小川俊夫. 指標算出装置、指標算出方法、およびプログラム（特願 2022-083546）、2022 年 5 月 23 日提出.

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

総合分担研究報告書

9. 労働者のがん検診受診率の推移およびがん長期生存率の職業格差

研究分担者　　財津　將嘉

産業医科大学高年齢労働者産業保健研究センター　教授

研究協力者　　渡辺 一彦

産業医科大学高年齢労働者産業保健研究センター　助教

令和 5 - 7 年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

労働者のがん検診受診率の推移およびがん長期生存率の職業格差

研究分担者　財津 將嘉　産業医科大学 高年齢労働者産業保健研究センター
研究協力者　渡辺 一彦　産業医科大学 高年齢労働者産業保健研究センター

研究要旨
【目的】労働者における職種別のがん検診受診状況と年次推移、及びがん患者の長期生存における職業階層間の格差を明らかにすることを目的とした。
【方法】JACSIS/JASTIS 研究データを取得した。職種による分析は 2023 年と 2024（〜2025）年の JACSIS 調査に回答し、性、年齢、職業およびがん検診受診に関する情報があり、保安職・その他の職業を除く者を対象とした。全労働者における受診率の推移については 2026 年の JASTIS 調査に回答の得られた者を追加し現役労働者全体を対象に分析した。がん検診は、大腸、肺、胃、乳、子宮頸および前立腺がん検診を対象とした。対象年齢は大腸、肺、胃および乳がん検診は 40〜64 歳、子宮頸がん検診は 30〜64 歳、前立腺がんは 50〜64 歳とした。アウトカムをがん検診受診率とし、大腸、肺、胃および前立腺がん検診では過去 1 年間、乳がんと子宮頸がん検診では過去 2 年間の受診状況とした。職業は upper non-manual、lower non-manual および manual 職に分け、カイ二乗検定を行った。がん患者の長期生存については神奈川県がん登録を用いて 1992〜2015 年に診断された 20〜65 歳のがん患者 41,632 人を対象とし、最大 10 年間を追跡した。最長職歴を upper non-manual、lower non-manual、manual および primary industry 職に分類し全死亡率比を Poisson 回帰分析により推定した。
【結果】2023 年と比較して 2024（〜2025）年は全てのがん検診受診率が上昇した一方、manual 職では肺がんを除く全てのがん検診において受診率が低下した。さらに、全労働者を対象とした 3 年間の推移では、前立腺がん検診の受診率は 2026 年に顕著に低下した（40.5%→41.5%→29.1%）。がん患者の長期生存について、upper nonmanual 職と比較して、manual 職の全死亡率比は 1.38 と上昇していた。ステージおよび治療を調整すると格差は減弱したが、manual 職では有意差が残存した。
【結論】職域全体として、がん検診受診率は増加、前立腺がん検診受診率は低下している。一方で、manual 職のがん検診受診率は低下し長期生存率も不良であるため、今後のハイリスクアプローチが重要課題である。

A. 研究目的

がんは日本における主要な死因の 1 つであり、2022 年に約 38.6 万人（22.3 万人の男性と 16.3 万人の女性）が、がんで亡くなり、2020 年には日本の新たながん患者数が男性では 53.5 万人、女性では 41.0 万人と推定されている。

日本では健康保険制度が導入されているにもかかわらず、職種によりがん患者の予後が異なり、その予後格差の一部は診断時のがんステージにより媒介されうることが示唆されている[1]。したがって、労働者に科学的根拠に基づくがん検診受診を勧奨し、あらゆる職種において早期のがん検出が可能となることは、職域を含めた公衆衛生上の重要な課題である。また、社会経済的要因、と

りわけ職業階層による健康格差の存在が指摘されているが、就労世代における長期的ながん予後の検討は十分ではない。

そこで本研究は、まず現役労働者におけるがん検診の受診率が、職種により異なるかどうかを複数年のパネルデータを用いて明らかにすることを目的とした。さらに、就労年齢層におけるがん患者の長期生存率について、職業階層別の格差を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、関連する法律および機関のガイドラインを遵守し、研究倫理審査については、産業医科大学倫理委員会で承認された（研究番号 R4-054)。

【研究１】

１．研究デザイン

本研究は The Japan COVID-19 and Society Internet Survey Study（JACSIS）および The Japan Society and New Tobacco Internet Survey（JASTIS）の各年のデータを用いた横断研究である。

2. 研究対象者

職種によるがん検診受診率の分析においては、2023 年（9 月・11 月）（以下、2023 年調査）と 2024〜2025 年（2024 年 12 月〜2025 年 1 月）（以下、2024 年調査）の JACSIS の調査に回答し、保安職とその他の職業に従事している者を除外した現役の労働者とした（表 1)。対象の年齢は、各がん検診の受診が推奨される年齢に基づき、大腸がん、肺がん、胃がんおよび乳がん検診は 40〜64 歳、子宮頸がん検診は 30〜64 歳とした。さらに前立腺がんについては 50〜64 歳とした。その結果、2023 年調査と 2024 年調査における対象者は、大腸がん、肺がんおよび胃がん検診では同一の対象者であり、それぞれ 7,038 人(女性 2,929 人)、7,646 人（女性 3,181 人）であった。乳がん検診では、それぞれ 2,929 人、3,181 人（いずれの年も全て女性)、子宮頸がんでは 4,252 人、4,720 人であった。前立腺がんにおいては、2,348 人、2,591 人であった。職種別の対象者の年齢および性別の詳細は表 1 に示す。

労働者全体の分析においては、2023 年調査と 2024 年調査に加えて、2026 年の JASTIS 調査（以下、2026 年調査）のデータを加えた。保安職とその他の職業に従事している者を含めた現役労働者全体を対象とした（表 2)。各がん検診における対象年齢は職種による分析と同様とした。2023 年調査、2024 年調査、2026 年調査それぞれの対象者は、がん検診ごとに以下の通りである。

2023 年調査

・大腸がん・肺がん・胃がん検診：8,756 人(女性 3,731 人)

・乳がん検診：3,731 人(全て女性)

・子宮頸がん検診：5,302 人

・前立腺がん検診：2,915 人

2024 年調査

・大腸がん・肺がん・胃がん検診：9,464 人（女性 4,006 人)

・乳がん検診：4,006 人(全て女性)

・子宮頸がん検診：5,826 人

・前立腺がん検診：3,219 人

2026 年調査

・大腸がん・肺がん・胃がん検診：10,103 人（女性 4,577 人)

・乳がん検診：4,577 人(全て女性)

・子宮頸がん検診：6,751 人

・前立腺がん検診：3,257 人

また、労働者全体の分析における対象者の年齢と性別の詳細は表 2 に示す。

3. がん検診受診率

アウトカムはがん検診の受診率とした。対象とする検診は、大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、子宮頸がんおよび前立腺がん検診とし、大腸がん、肺がん、胃がん、前立腺がんについては過去 1 年間、乳がんと子宮頸がんについては過去 2 年間の受診状況を各年の調査にて収集し、分析した。

4．職種

職種によるがん検診受診率の分析においては、職種を曝露とした。最長職歴に基づき、upper non-manual 職種（専門職・管理職)、lower non-manual 職種（事務・販売・サービス）および manual 職種（製造・建設・運輸等）の 3 つに分類した。

5．統計解析

2023 年調査と 2024 年調査のがん検診受診率を職種ごと記述分析した。同様に、3 年分のデータを用いて、がん検診ごとに全労働者の受診率を記述した。全労働者における分析では、保安職およびその他の職業に従事する者も含めて解析した。統計解析には STATA/SE 17.0（StataCorp LLC, College Station, TX）を用いた。

【研究 2】

1．研究デザイン

神奈川県地域がん登録において、1992 年から 2015 年の間に初発がんと診断された 20〜65 歳の患者を対象とした。登録症例 851,547 例のうち、年齢基準外、職業情報欠損、無職・学生・専業主婦、特殊職（警察、自衛隊等）を除外し、最終的に 41,632 例を解析対象とした。

2．全死亡およびがん特異的死亡

主要アウトカムは全死亡、副次アウトカムはがん特異的死亡とした。追跡期間は診断日から死亡または最終追跡日までとし、最大 10 年間とした。がん特異的死亡の解析では、他の原因による死亡は打ち切りとした。

3．職種

最長職歴を、upper non-manual 職種（専門職・管理職)、lower non-manual 職種（事務・販売・サービス)、manual 職種（製造・建設・運輸等）および primary industry（農林水産業）の 4 つに分類した。

4．統計解析

Kaplan–Meier 法により 10 年生存率を推定した。また、Poisson 回帰モデルを用いて死亡率比および 95%信頼区間を算出し、年齢、性別、診断年を調整した。さらに、がんステージおよび治療（手術、化学療法、放射線療法）を追加調整し、職業格差の説明要因として評価した。統計解析には STATA/SE 17.0（StataCorp LLC, College Station, TX）を用い、有意水準は両側 5%とした。

C. 研究結果

【研究 1】

大腸がん、肺がん、乳がんおよび子宮頸がん検診においては、upper non-manual 職種と lower non-manual 職種においては 2023 年から 2024 年にかけて受診率が上昇した（図 1)。一方、manual 職種の受診率は、肺がん検診を除く全てのがん検診において低下した（図 1)。

全労働者における各種がん検診受診率は、大腸がん・肺がん・胃がん・乳がん・子宮頸がんにおいて 2023 年調査から 2024 年調査では上昇した（図 2)。一方で、前立腺がん検診の受診率は、3 年間で 40.5%→41.5%→29.1%と低下した（図 2)。

【研究 2】

10 年全生存率は 46.3%、がん特異的生存率は 52.4%であった（表 3)。職業別にみると、manual 職の予後が最も不良であり、10 年全生存率は 36.4%、がん特異的生存率は 43.5%であった（表 4)。一方、upper non-manual 職ではそれぞれ

51.5%、56.9%であり、明確な格差が認められた。この傾向は胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんなどの主要ながん種においても一貫してみられた（表 4）。

Poisson 回帰分析の結果、upper non-manual 職を基準とした場合、全死亡リスクは lower non-manual 職で 1.14 倍（95%CI 1.10–1.18）、manual 職で 1.38 倍（95%CI 1.32–1.43）、primary industry で 1.19 倍（95%CI 1.09–1.31）と有意に高かった（表 5）。同様の傾向は、がん特異的死亡においても認められた。がんステージおよび治療を調整したモデルでは、これらの格差は減弱したものの、manual 職では依然として有意な差が残存した（表 5）。

D. 考察

本研究は、日本の現役労働者のがん検診受診率の推移および就労世代におけるがん生存率の職業格差を明らかにした。職域全体として、がん検診受診率は増加傾向であり、前立腺がん検診受診率は 2026 年調査では特に低下が目立った。一方で、職種に注目すると、manual 職種のがん検診受診率は低いことが示され、予後も不良であることが示された。

がん検診の種類を問わず、manual 職種においてがん検診受診率が低いことから、検診内容や、身体的負荷の違いが受診行動に与える影響は比較的少ない可能性が示唆された。建設業、機械加工業の従事者は、管理的職業従事者と比較し、がん検診受診率が低いことが報告されている[2]。また、学歴や収入といった社会経済的要因は、がん検診受診に影響を与える可能性が指摘されている[3,4]。Manual 職種における労働者は、長時間労働、不規則なシフト、身体的に高負荷な労働環境により、他の職種と比較してがん検診を受ける上での制限が生じうる。また、仕事に関連したストレスや、うつ病を経験する場合もあり[5,6]、これらが医療を受ける意欲やがん検診受診への意欲を低下させる可能性がある。これらに対処するには、manual 職種が抱える職場環境と職業特性を理解し、がん検診へのアクセスを容易にする対策が必要と考えられる。

既存のエビデンスに基づくと、より高い社会経済的地位の職種に就くがん患者のほうが生存率は良く、職業による予後格差の約 3 分の 1 には、初発がんステージの差違により説明可能であるとされる[1]。本研究はそれを就労年齢層に限定し、10 年というより長期の追跡で確認した点に意義がある。従来の 5 年生存率に加え、10 年生存率などの長期予後の評価が、就労年齢の延長を背景として重要となる。管理職や専門職従事者と比較して、生産工程・輸送・建設・採掘従事者などのほうが、進行したがんステージで発見される割合が多く、結果としてがんの予後が悪くなっている可能性がある。したがって、労働者の長期的な予後を考えた場合、がん検診における早期のがん検出は、こられのがん予後格差を是正することに貢献できる可能性があるため、職種による受診率の格差の解消も重要であると考えられる。

本研究の限界として、第一に、転職を評価できなかったため、一般化可能性における限界がある。第 2 に、JACSIS/JASTIS 調査についてはインターネット調査に回答できる認知能力と技能を持つ個人に限定されていたと考えられることから、選択バイアスが生じ高学歴者や健康意識の高い集団が有利になる可能性があった。したがって、調査結果は、がん検診の全体的な受診率を過大評価している可能性があり、manual 職種の実際の受診率はさらに低い可能性がある。第 3 に、がん検診受診率の分析においては、横断記述分析であり、他の交絡要因は考慮されていないため受診率については解釈に注意が必要である。しかしながら、毎年繰り返しの全国調査により、現役労働者のがん検診受診状況を経年的に把握することが可能であった。

E. 結論

現役労働者における大腸がん、肺がん、胃がん、乳がんおよび子宮頸がん検診の受診率は上昇中であり、前立腺がん検診の受診率は低下した。しかしながら、職種別にみると manual 職種の受診率は他の職種と比較し低く、長期予後も不良であった。職域においては、現在進んでいる推奨されるがん検診についてのポピュレーションアプローチに加えて、manual 職種をターゲットとしたハイリスクアプローチも今後の重要課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

Watanabe K, Tabuchi T, Zaitsu M. Occupational disparities in common cancer screening participation among workers: a nationwide cross-sectional study in Japan. J Occup Health. 2025;67(1):uiaf046.

Watanabe K, Kawachi I, Zaitsu M. Occupational Disparities in Cancer Survival Among the Working Population in Japan: 10-Year Survival Analysis Using the Kanagawa Cancer Registry. Cancer Med. 2025;14(13):e71020.

Watanabe K, Iizuka S, Kobayashi T, Tsushima S, Hirohashi S, Yoshimi T, Zaitsu M. Daily walking habits can mitigate age-related decline in static balance: a longitudinal study among aircraft assemblers. Sci Rep. 2025;15(1):2207.

Tsushima S, Watanabe K, Hirohashi S, Yoshimi T, Fujino Y, Tabuchi T, Zaitsu M. Occupational fall incidence associated with heated tobacco product use and lifestyle behaviors in Japan. Sci Rep. 2025;15(1):20035.

Zaitsu M, Watanabe K, Nagayoshi M, Ikezaki H, Furukawa T, Kato Y, Koyanagi YN, Michihata N, Koriyama C, Suzuki S, Matsui D, Kuriki K, Takashima N, Ishizu M, Kageyama I, Tamura T, Wakai K, Matsuo K; Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort (J-MICC) Study. Educational disparities in mortality mediated by modifiable behavioral factors: Findings from the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study. Public Health. 2026;252:106142.

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

文献

1) Zaitsu M, Kobayashi Y, Myagmar-Ochir E, Takeuchi T, Kobashi G, Kawachi I. Occupational disparities in survival from common cancers in Japan: Analysis of Kanagawa cancer registry. Cancer Epidemiol. 2022;77:102115.
2) Peters CE, Villeneuve PJ, Parent MÉ. Occupation as a predictor of prostate cancer screening behaviour in Canada. J Med Screen. 2020;27(4):215-222.
3) Okui T. An analysis of health inequalities depending on educational level using nationally representative survey data in Japan, 2019. BMC Public Health. 2021;21(1):2242.

4) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T, et al. Socioeconomic status and cancer screening in Japanese males: large inequality in middle-aged and urban residents. Environ Health Prev Med. 2007;12(2):90–96.
5) Kawakami N, Haratani T, Araki S. Effects of perceived job stress on depressive symptoms in blue-collar workers of an electrical factory in Japan. Scand J Work Environ Health 1992;18(3):195-200.
6) Choi SH, Terrell JE, Pohl JM et al. Factors associated with sleep quality among operating engineers. J Community Health 2013;38(3):597-602.

表 1　職種別の分析におけるがん検診別の対象者の年齢と性別

がん検診	職種	調査年	対象者, n	平均年齢（標準偏差）	女性, n（%）
大腸がん 肺がん 胃がん	Upper non-manual	2023	1,874	51.2 (7.3)	587 (31.3%)
	Upper non-manual	2024〜2025	2,088	51.0 (7.1)	645 (30.9%)
	Lower non-manual	2023	4,093	51.1 (7.0)	2,086 (51.0%)
	Lower non-manual	2024〜2025	4,371	51.0 (7.1)	2,223 (50.9%)
	Manual	2023	1,071	50.9 (6.7)	256 (23.9%)
	Manual	2024〜2025	1,187	51.0 (6.8)	313 (26.4%)
乳がん	Upper non-manual	2023	587	50.7 (7.2)	587 (100%)
	Upper non-manual	2024〜2025	645	50.2 (6.9)	645 (100%)
	Lower non-manual	2023	2,086	50.9 (6.9)	2,086 (100%)
	Lower non-manual	2024〜2025	2,223	50.7 (6.8)	2,223 (100%)
	Manual	2023	256	51.3 (6.6)	256 (100%)
	Manual	2024〜2025	313	51.3 (6.8)	313 (100%)
子宮頸がん	Upper non-manual	2023	937	44.5 (10.0)	937 (100%)
	Upper non-manual	2024〜2025	1,053	44.0 (9.6)	1,053 (100%)
	Lower non-manual	2023	2,975	46.1 (9.6)	2,975 (100%)
	Lower non-manual	2024〜2025	3,254	45.5 (9.7)	3,254 (100%)
	Manual	2023	340	47.3 (9.1)	340 (100%)
	Manual	2024〜2025	413	47.3 (9.4)	413 (100%)
前立腺がん	Upper non-manual	2023	729	56.9 (4.4)	0
	Upper non-manual	2024〜2025	825	56.5 (4.3)	0
	Lower non-manual	2023	1,170	56.4 (4.4)	0
	Lower non-manual	2024〜2025	1,273	56.6 (4.4)	0
	Manual	2023	441	56.0 (4.2)	0
	Manual	2024〜2025	493	56.1 (4.3)	0

表 2　全対象者の分析におけるがん検診別の対象者の年齢と性別

がん検診	調査年	対象者, n	平均年齢 (標準偏差)	女性, n (%)
大腸がん 肺がん 胃がん	2023	8,756	51.3 (7.1)	3,731 (42.6%)
	2024～2025	9,464	51.3 (7.0)	4,006 (42.3%)
	2026	10,103	51.5 (7.1)	4,577 (45.3%)
乳がん	2023	3,731	50.1 (7.0)	3,731 (100%)
	2024～2025	4,006	50.9 (6.9)	4,006 (100%)
	2026	4,577	51.3 (7.0)	4,577 (100%)
子宮頸がん	2023	5,826	45.7 (9.8)	5,826 (100%)
	2024～2025	1,053	44.0 (9.6)	1,053 (100%)
	2026	6,751	45.8 (9.9)	6,751 (100%)
前立腺がん	2023	2,915	56.6 (4.4)	0
	2024～2025	3,219	56.6 (4.4)	0
	2026	3,257	56.6 (4.3)	0

表 3 全体および主要がん種における 10 年生存率

がん種	ICD-10	対象者, n	年齢, 平均 (SD)	女性, %	10 年生存率, % (95% CI)*	
					全生存率	がん特異的生存率
全がん種	C00–97, D06	41,632	54 (8)	33.7	46.3 (45.8–46.8)	52.4 (51.9–52.9)
がん種別						
胃がん	C16	8,465	55 (8)	23.7	50.2 (49.1–51.2)	57.0 (56.0–58.1)
肺がん	C33, 34	5,752	56 (7)	22.1	18.9 (17.9–19.9)	21.9 (20.9–23.1)
大腸がん	C18–20	7,733	55 (8)	29.4	56.9 (55.8–58.0)	64.1 (63.0–65.1)
乳がん	C50	6,697	49 (8)	100.0	78.2 (77.2–79.2)	80.0 (79.0–80.9)

* 生存率はカプランマイヤー法を用いて解析した。

略語: ICD-10, 国際疾病分類第 10 版; CI, 信頼区間; SD, 標準偏差.

表 4　最長職業別の背景特性およびアウトカム

変数	最長職種			
	Upper non-manual	Lower non-manual	Manual	Primary industry
全体				
対象者数, n	8,541	19,848	12,342	901
女性, n (%)	**2,945 (35%)**	**9,642 (49%)**	**1,257 (10%)**	**199 (22%)**
平均年齢 (SD)	**54 (9)**	**54 (8)**	**56 (8)**	**58 (7)**
診断年 (SD)	**1998 (5)**	**1998 (4)**	**1997 (4)**	**1997 (4)**
10 年 OS, %	**51.5**	**50.6**	**36.4**	**39.0**
10 年 CSS, %	**56.9**	**56.2**	**43.5**	**45.3**
予後関連因子, n†	922	1621	957	43
進行期, n (%)	**579 (63%)**	**1,017 (63%)**	**710 (74%)**	**26 (61%)**
治療, n (%)	**902 (98%)**	**1,572 (97%)**	**906 (95%)**	**43 (100%)**
胃がん				
対象者数, n	1,623	3,735	2,887	220
女性, n (%)	**386 (24%)**	**1,417 (38%)**	**167 (6%)**	**34 (16%)**
平均年齢 (SD)	**55 (8)**	**54 (8)**	**56 (7)**	**59 (6)**
診断年 (SD)	**1997 (4)**	**1997 (4)**	**1997 (4)**	**1997 (4)**
10 年 OS, %	**54.7**	**52.4**	**45.2**	**44.1**
10 年 CSS, %	**60.4**	**58.6**	**53.5**	**50.3**
予後関連因子, n†	138	275	157	12
進行期, n (%)	**81 (56%)**	**141 (51%)**	**108 (69%)**	**6 (50%)**
治療, n (%)	137 (99%)	274 (99%)	152 (97%)	12 (100%)
肺がん				
対象者数, n	1,000	2,430	2,187	135
女性, n (%)	**231 (23%)**	**887 (37%)**	**142 (7%)**	**11 (8%)**
平均年齢 (SD)	**55 (9)**	**56 (8)**	**57 (7)**	**59 (6)**
診断年 (SD)	**1998 (5)**	**1998 (4)**	**1998 (4)**	**1997 (4)**
10 年 OS, %	**21.9**	**21.0**	**15.8**	**9.6**
10 年 CSS, %	**25.6**	**23.7**	**18.7**	**14.8**
予後関連因子, n†	147	307	298	9
進行期, n (%)	111 (76%)	229 (75%)	244 (82%)	8 (89%)
治療, n (%)	143 (97%)	284 (93%)	276 (93%)	9 (100%)
大腸がん				
対象者数, n	1,719	3,705	2,150	159
女性, n (%)	**455 (27%)**	**1,572 (42%)**	**190 (9%)**	**54 (34%)**
平均年齢 (SD)	**54 (8)**	**55 (7)**	**56 (7)**	**58 (8)**
診断年 (SD)	**1998 (5)**	**1998 (4)**	**1998 (4)**	**1997 (4)**
10 年 OS, %	**58.9**	**58.6**	**52.5**	**54.7**

10 年 CSS, %	**65.4**	**65.5**	**60.7**	**60.4**
予後関連因子, n†	181	331	222	9
進行期, n (%)	130 (72%)	248 (75%)	166 (75%)	7 (78%)
治療, n (%)	180 (99%)	327 (99%)	216 (97%)	9 (100%)
乳がん				
対象者数, n	1,501	4,546	575	75
女性, n (%)	1,501 (100%)	4,546 (100%)	575 (100%)	75 (100%)
平均年齢 (SD)	**48 (9)**	**49 (8)**	**51 (7)**	**54 (8)**
診断年 (SD)	**1999 (5)**	**1997 (4)**	**1998 (4)**	**1998 (3)**
10 年 OS, %	**80.4**	**77.8**	**74.8**	**81.3**
10 年 CSS, %	**82.3**	**79.7**	**76.3**	**81.3**
予後関連因子, n†	232	399	44	4
進行期, n (%)	112 (48%)	198 (50%)	21 (48%)	2 (50%)
治療, n (%)	232 (100%)	398 (99%)	44 (100%)	4 (100%)

†予後関連因子：進行期（がんステージ：TNM 分類 Stage III–IV）および治療（手術、化学療法、放射線療法のいずれか）

略語：OS, overall survival（全生存）; CSS, cancer-specific survival（がん特異的生存）; SD, 標準偏差.

太字は分散分析、カイ二乗検定、またはログランク検定で $P < 0.05$ を示す。

表 5　全死亡およびがん特異的死亡における死亡率比と 95%信頼区間

Longest-held occupation	死亡率比 (95% 信頼区間)							
	10 年全死亡				10 年がん特異的死亡			
	死亡数	Model 1†	死亡数	Model 2‡	死亡数	Model 1†	死亡数	Model 2‡
全がん種		n=41,632		n=3,543		n=41,632		n=3,543
Upper non-manual	4,145	Reference	395	Reference	3,603	Reference	330	Reference
Lower non-manual	9,813	**1.14 (1.10–1.18)**	684	1.02 (0.90–1.16)	8,495	**1.12 (1.08–1.17)**	577	1.03 (0.90–1.18)
Manual	7,844	**1.38 (1.32–1.43)**	571	**1.34 (1.17–1.53)**	6,741	**1.37 (1.31–1.42)**	487	**1.37 (1.19–1.58)**
Primary industry	550	**1.19 (1.09–1.31)**	23	1.45 (0.95–2.22)	481	**1.22 (1.11–1.34)**	20	**1.57 (1.00–2.48)**
胃がん		n=8,465		n=582		n=8,465		n=582
Upper non-manual	735	Reference	62	Reference	635	Reference	48	Reference
Lower non-manual	1,779	**1.10 (1.01–1.20)**	107	1.12 (0.81–1.54)	1,516	1.07 (0.98–1.18)	88	1.25 (0.87–1.80)
Manual	1,583	**1.33 (1.22–1.45)**	74	1.12 (0.79–1.60)	1,308	**1.29 (1.17–1.42)**	65	1.38 (0.93–2.05)
Primary industry	123	**1.33 (1.10–1.61)**	4	0.98 (0.35–2.70)	108	**1.41 (1.15–1.73)**	4	1.47 (0.53–4.12)
肺がん		n=5,752		n=761		n=5,752		n=761
Upper non-manual	781	Reference	102	Reference	726	Reference	90	Reference
Lower non-manual	1,921	**1.13 (1.04–1.23)**	211	1.01 (0.80–1.29)	1,813	**1.15 (1.06–1.26)**	193	1.05 (0.81–1.35)
Manual	1,842	**1.21 (1.11–1.32)**	230	1.05 (0.83–1.34)	1,720	**1.22 (1.12–1.33)**	210	1.10 (0.85–1.42)
Primary industry	122	**1.24 (1.03–1.51)**	8	1.14 (0.55–2.35)	110	1.22 (0.99–1.49)	7	1.13 (0.52–2.45)
大腸がん		n=7,733		n=743		n=7,733		n=743
Upper non-manual	706	Reference	67	Reference	582	Reference	57	Reference
Lower non-manual	1,534	1.05 (0.96–1.15)	130	1.02 (0.76–1.37)	1,247	1.03 (0.93–1.14)	103	0.95 (0.68–1.31)
Manual	1,021	**1.16 (1.06–1.28)**	109	1.36 (0.99–1.87)	818	**1.15 (1.03–1.28)**	77	1.11 (0.78–1.58)

Primary industry	72	1.04（0.81–1.32）	8	**3.11（1.49–6.52）**	62	1.10（0.85–1.43）	6	**2.63（1.13–6.14）**
乳がん（女性）		n=6,697		n=679		n=6,697		n=679
Upper non-manual	294	Reference	44	Reference	264	Reference	39	Reference
Lower non-manual	1,008	1.09（0.96–1.24）	76	0.89（0.61–1.30）	918	1.11（0.97–1.27）	68	0.90（0.61–1.35）
Manual	145	**1.24（1.02–1.52）**	12	1.32（0.70–2.51）	136	**1.32（1.07–1.62）**	12	1.51（0.79–2.89）
Primary industry	14	0.86（0.50–1.48）	0	–	14	1.00（0.58–1.71）	0	–

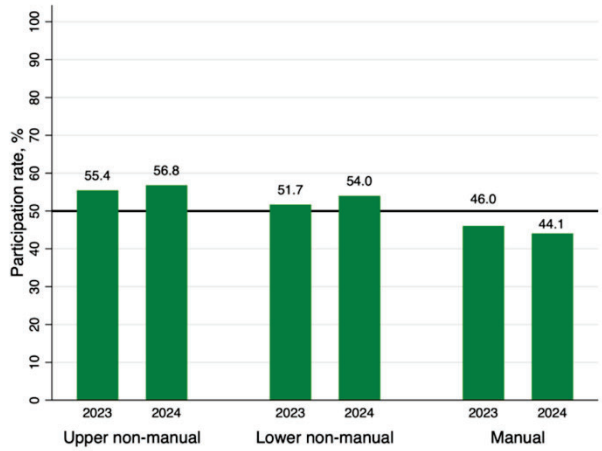
† ポアソン回帰分析により交絡因子（年齢、性別、診断年）を調整。

‡ 交絡因子に加えて、予後関連因子（がんステージと治療）を調整。

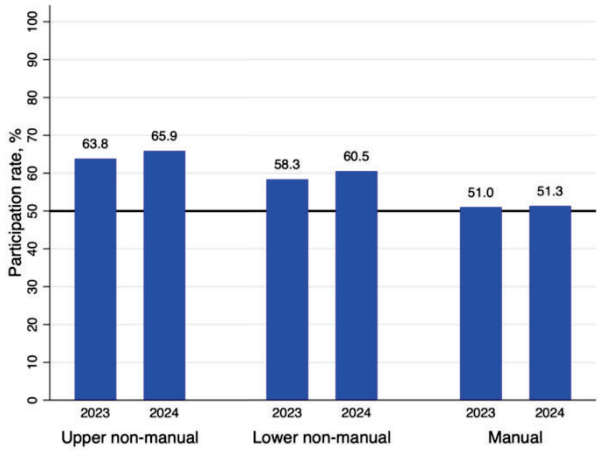
太字は P<0.05 を示す。

図 1　各がん検診における職種別のがん検診受診率（2023 年・2024 年）

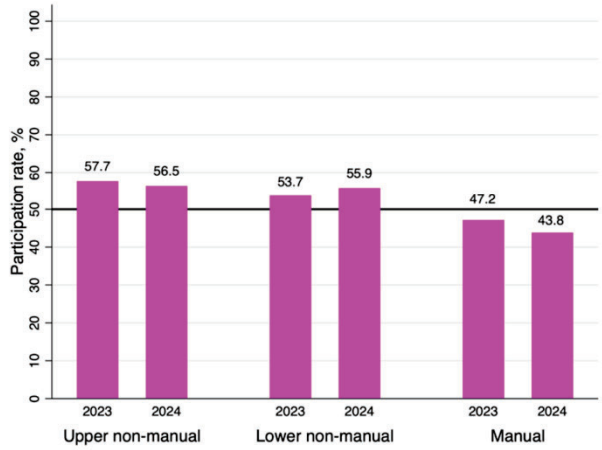
a. 大腸がん



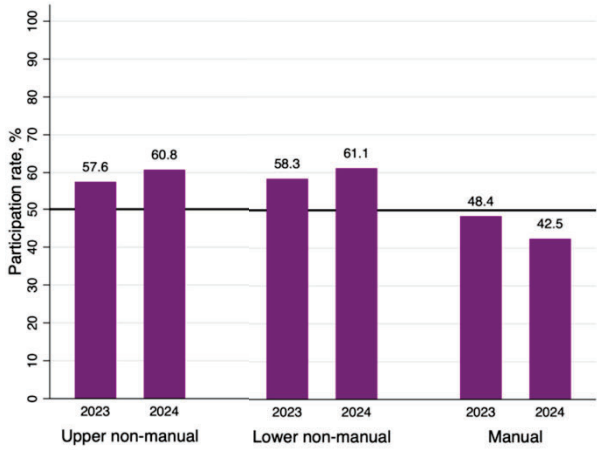
b. 肺がん



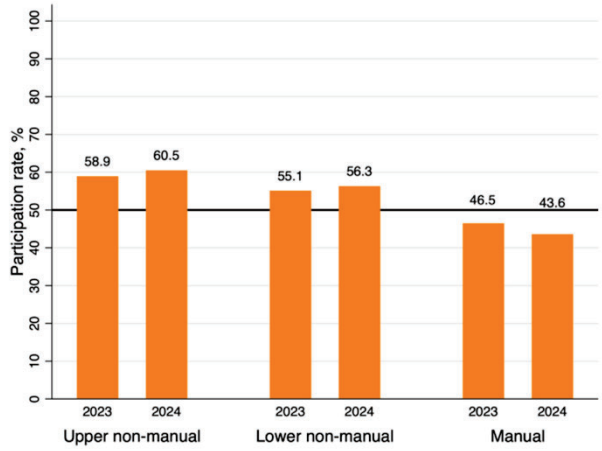
c. 胃がん



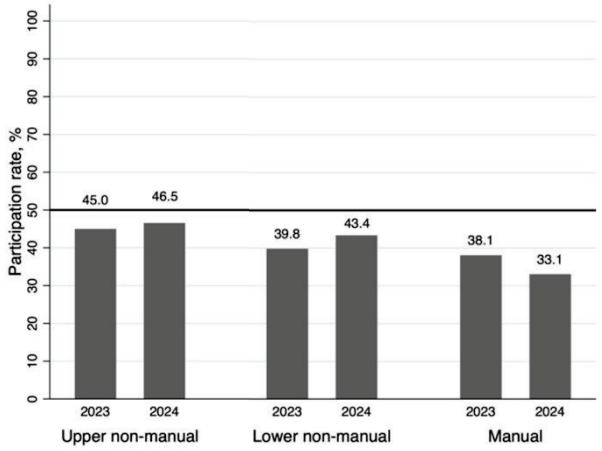
d. 乳がん



e. 子宮頸がん

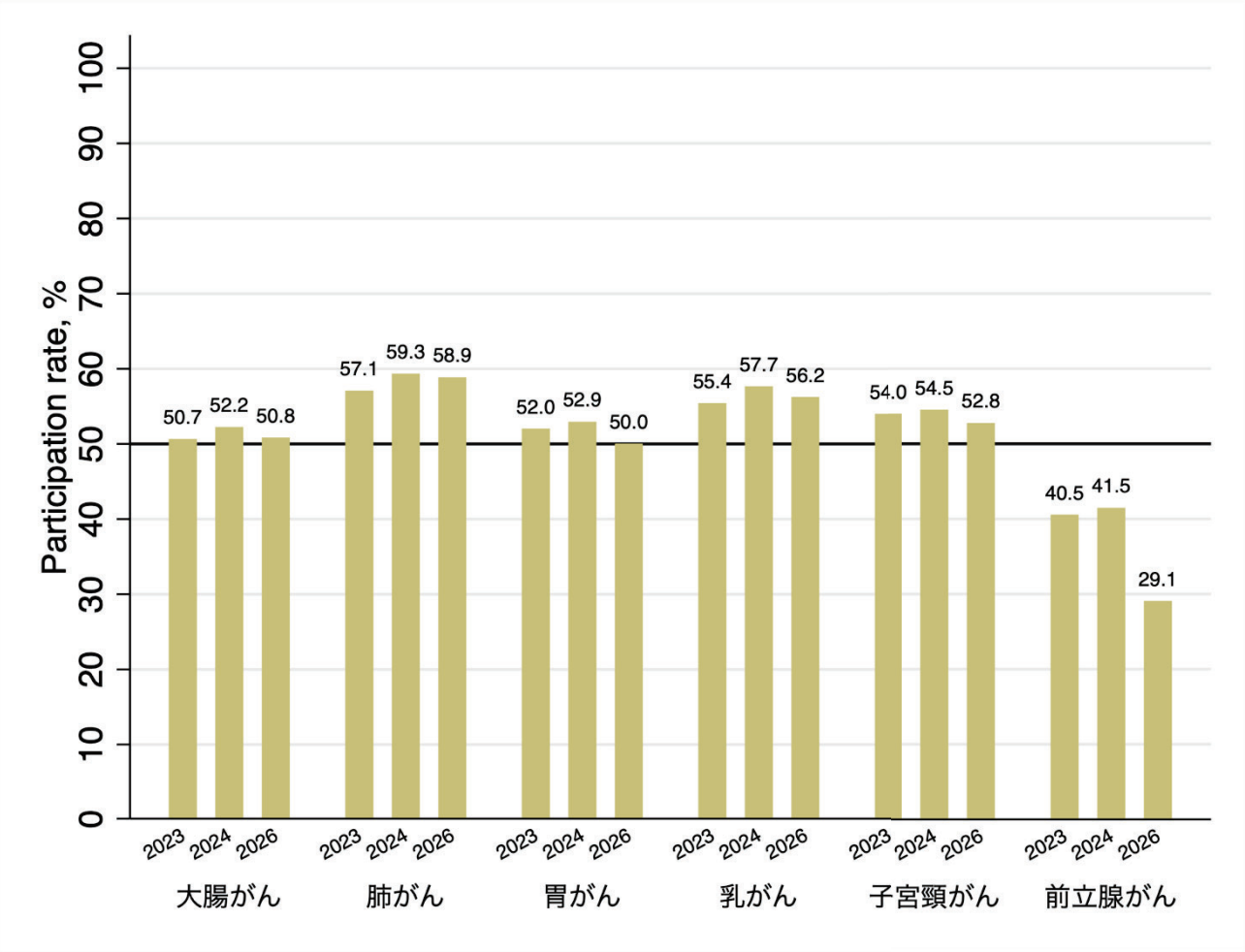


f. 前立腺がん



棒グラフ上の数値は受診率（%）を示す。

図 2　全労働者における各がん検診の受診率の推移（2023 年・2024 年・2026 年）



棒グラフ上の数値は受診率（%）を示す。

総合分担研究報告書

10. 産業医・健康保険組合がん検診担当者を対象とした「がん検診マニュアル」の普及啓発活動とその評価

研究協力者　　中澤　祥子

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教

研究代表者　　立道　昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和 5 - 7 年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

産業医・健康保険組合がん検診担当者を対象とした「がん検診マニュアル」の普及啓発活動とその評価

研究代表者　立道　昌幸（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・教授）
研究協力者　○中澤　祥子（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教）
深井　航太（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・准教授）
古屋　佑子（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・講師）
酒井　洸典（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教）

研究要旨
2018 年に厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」（以下マニュアル）を公表したが、職域のがん検診は、主として福利厚生の一環として実施されておりマニュアルに必ずしも準拠していないことが課題として指摘されている。本研究に先立ち調査した 2022 年調査ではマニュアル準拠率は約 1 割にとどまることが示されている。本研究では、産業医・健康保険組合（以下健保）のがん検診担当者を対象に、昨年度まで作成した動画およびホームページを利用して「マニュアル」の普及啓発活動を行い、その効果検証を行った。本研究では、マニュアルの認知の現状を再評価し、マニュアルの認知とがん検診補助や担当者の考え方との関連、ならびに研修会に対する受け止めを明らかにすることを目的とした。産業医に関しては、産業医研修会の機会を利用したが、産業医は、実務経験がなく当該研修会には資格の更新のみを目的に参加する者、現在産業医実務実績があるが、嘱託と専属ではがん検診への関わりが全く異なることから、産業医への調査については背景別の調査が必要なことから別途企画した。本報告書は、健保には勉強会、講演会を実施し、評価についてはパイロット調査および本調査を合わせ、113 健保を解析対象とした。今年度の対象者（健保）については「マニュアル」を認知していた者は 43.4%であり、「精度管理」の用語の認知率はマニュアル認知群で有意に高かった。講義および動画視聴後には、それぞれ約 80%、約 70%の参加者が「マニュアル」に基づいたがん検診項目を実施する意向を示した。以上より、健保担当者への情報提供はマニュアル理解促進に有用である可能性が示唆された。ただし、通常がん検診の開始年齢を若年者から実施している点（過剰検診）に関しては、マニュアル順守については課題との認識であった。

A．研究目的

厚生労働省は 2018 年に基本国のがん検診に関する指針に基づき「職域におけるがん検診に関するマニュアル」（以下「マニュアル」）(1)を公表したが、その背景には、わが国のがん検診受診率は低く、OECD 諸国と比較して必ずしも高くない現状がある(2)。それ以上に、職域におけるがん検診は福利厚生の一環として提供されることが多く、必ずしも「マニュアル」に準拠した形で実施されていない点、科学的根拠が不明な検診、さらには開始年齢、頻度が若年者で高頻度（以下過剰検診）の状態であることが懸念されている。実際に、

2022 年に実施された調査では、企業および健保における「マニュアル」準拠率は約 1 割にとどまることが示された。(3)。

健保は職域におけるがん検診の企画・運営に重要な役割を担っており、その適正化に向けた介入は重要な課題である。また、職場にいる医療職である産業医におけるマニュアルの認知度は低く、本研究では、健保担当者を対象に、マニュアルに準拠したがん検診の考え方を伝える講義を実施し、併せてホームページおよび動画教材を紹介した。その上で、①2022 年調査と比較したマニュアル認知度および過剰検診実施状況の変化、②マニュアル認知とマニュアル準拠検診実施との関連、③講義、ホームページ、動画に対する受け止めを明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

本研究は、産業医・健保組合におけるがん検診担当者への対面、あるいはオンライン研修の実施とオンライン質問票調査からなる横断研究である。対象者は、産業医の場合には、主に医師会認定産業医講の習会受講者に対して、健保担当者については、日本の健保に現在勤務し、がん検診事業の企画・運営に関与している職員とした。健保に勤務し、本研究の勉強会を企画した紹介者を通じて研修会の案内を行い、参加希望を示した健保の担当者を募集した。研究参加への同意確認は、紹介者から対象者へ電子メールで同意説明文書を送付し、参加意思を確認する方法で行った。

評価にしては、パイロット研究を通じて、その評価項目の妥当性評価、フィージビリテイ調査を行い、最終のオンライン研修会にて　本評価検証を実施した。

産業医研修会についての資料は、当該研究のホームページに掲載している（参考資料 1）。また、健保組合への研修資料についても作成した。産業医研修会では、1 時間を単位として、健保の担当者を対象として、1 回あたり 1～1.5 時間にて対面、オンライン講義を実施した。講義の詳細は参考資料 2 に示した。講義は、全て研究代表者の立道昌幸が実施した。パイロットとして義前後、本調査では講義後にオンライン質問票への回答を収集し、回答時にあらかじめ研究参加への同意を確認した。同意が得られなかった者および回答に欠損のあった者は解析対象から除外した。

質問票の主な項目は補足資料 3 に示した。

質問項目には、健保の種別（単一企業型健保または総合型健保）、業種、担当者の考え方に関する項目（2 項目）、マニュアル認知に関する項目、がん検診各項目に対する補助の実施状況、精度管理に関する認識、ならびにホームページ、動画、講義に対する印象を含めた。担当者の考え方に関する項目のうち、マニュアル遵守志向は、Q3「補助すべき検診項目は必要なものに限定すべきである」への回答に基づいて定義した。マニュアル認知については、「認知あり」「認知なし」の 2 群に分類した。

対象者の基本属性として、健保の種別および業種を把握した。業種の分類がその他・分類不能の場合は除外した。マニュアル認知、がん検診に対する補助の実施状況、および担当者の考え方（2 項目）との関連を検討するため、カイ二乗検定、Fisher の正確性検定、または Cochran-Mantel-Haenszel 検定を用いて p 値を算出した。さらに、講義、ホームページ、動画に対する印象については記述統計により示した。統計解析には SAS software version 9.4（SAS Institute, Cary, NC, USA）を用いた。

C．結果

健保への研修会の開催

1．城北地区方面会健保研修会（約 90 健保）（7 月 3 日）オンライン

2．けんぽ共同研修会（8 月 4 日）約 50 健保：オンライン

3．城内地区方面健保研修会（10 月 23 日）（約 50

健保）対面
4．横浜市健康経営ウエブセミナー（2 月 13 日）
約 121 健保　オンライン

2）評価結果
1．産業医については、現在産業医業務の実施歴、嘱託、専属による属性等の背景によりマニュアルの認知度が異なることから、本研修会では、研修会の参加背景の影響因子が大きいことから別の分担者が詳細に検討していることから本研究では効果判定は実施しなかった。産業医の実務歴がない医師についての認知率は 1%程度とほぼ認知されていなかった。

2．健保担当者へのパイロット調査
本調査を合計した集計値を表す。最終的に 113 名（パイロット調査 94 名、本調査での同意 19 名）を解析対象とした。参加者の基本属性を表 1 に示す。マニュアルを認知していた者は 49 名（43.4%）であった。マニュアル認知群においては、精度管理についても認知している者が 69.4%を占めていたのに対し、マニュアル非認知群では精度管理を認知している者は 10.9%にとどまっていた。

表 1　研究対象者一覧（113 名）

	マニュアル	
業種	非認知群	認知群
人数	64 (56.6%)	49 (43.4%)
建設業	5 (7.8%)	2 (4.1%)
製造業	25 (39.1%)	21 (42.9%)
電気・ガス・熱供給・水道業	2 (3.1%)	0
情報通信業	5 (7.8%)	2 (4.1%)
運輸業・郵便業	4 (6.3%)	4 (8.2%)
卸売業・小売業	4 (6.3%)	11 (22.4%)
金融業・保険業	4 (6.3%)	1 (2.0%)
不動産業・物品賃貸業	3 (4.7%)	0
学術研究・専門・技術サービス	2 (3.1%)	2 (4.1%)
宿泊業・飲食サービス業	0	1 (2.0%)
生活関連サービス業・娯楽業	0	1 (2.0%)
教育・学習支援業	0	0
医療・福祉	4 (6.3%)	1 (2.0%)
複合サービス事業	2 (3.1%)	1 (2.0%)

マニュアル認知と精度管理認知の関係

	マニュアル	
精度管理	非認知群	認知群
認知していない	57 (89.1%)	15 (30.6%)
認知している	7 (10.9%)	34 (69.4%)

P<0.001

表 2-1, 表 2-2 には、マニュアル認知の有無と、ロジスティック回帰モデルにおける健保担当者の考えに関する記述統計を示す。2 項目の質問において、マニュアル認知群と非認知群の間に有意な差は認められなかった。なお、設問 Q19 については複数回答が可能であったため、複数の選択肢を回答した者が一部に認められた。

表 2-1 マニュアル認知の有無と健康組合担当者の考え(Q3)の関係

Cochrane-Mantel-Haenszel 検定

	マニュアル	
Q3	非認知	認知
1補助する検査は、医学的知識に基づき必要な項目に限る	53 (83%)	21 (94%)
2なるべくサービスとして多くの項目を補助すべきである	10 (16%)	14 (4%)
3自治体のがん検診でがん検診を受けて、がん検診を補助することは必要ない	1 (1.6%)	14 (2%)

表 2−2 マニュアル認知の有無と健康組合担当者の考え(Q18:多肢選択)の関係

a) カイ二乗検定

b) フィッシャーの正確検定

	マニュアル		
	非認知	認知	p
1 指針通りのがん検診を実施しようと思う			
思わない	21 (32.8%)	15 (30.6%)	0.81 [a)]
思う	43 (67.2%)	34 (69.4%)	
2 指針通りのがん検診を行うことは難しい			
難しくない	44 (68.8%)	38 (77.6%)	0.30 [b)]
難しい	20 (31.3%)	11 (22.4%)	
3 指針で推奨されている検査よりも多い種類のがん検診を実施すべき			
実施すべきでない	59 (92.2%)	46 (93.9%)	0.27 [b)]
実施すべき	5	3	
4 指針で推奨されている間隔よりも短い/長い間隔でがん検診を実施するべき			
実施すべきでない	59 (92.2%)	47 (95.9%)	0.23 [b)]
実施すべき	5 (7.8%)	2 (4.1%)	

がん検診に対する補助の状況とマニュアル認知との関連を**表 3** に示す。HPV 検査を除き、各種がん検診の約 80〜90%において何らかの補助（全額または一部）が行われていた。内視鏡検査（胃内視鏡、ファイバースコープ検査）については、マニュアル認知群の方が非認知群に比べて有意に補助されている割合が高く、全額または一部補助の合計割合は、認知群で 87%、非認知群で 70%であった。

表 3 がん検診に対する補助の状況とマニュアル認知との関連

	マニュアル		
項目	非認知群	認知群	p値
胃：バリウムX線			0.83
全額補助	34 (53.1%)	27 (55.1%)	
一部補助	23 (35.9%)	17 (34.7%)	
補助なし	7 (10.9%)	5 (10.2%)	
胃：内視鏡検査			0.04※
全額補助	12 (18.8%)	15 (30.6%)	
一部補助	33 (51.6%)	27 (55.1%)	
補助なし	19 (29.7%)	7 (14.3%)	
肺：胸部X線・喀痰検査			0.37
全額補助	32 (50.0%)	32 (65.3%)	
一部補助	25 (39.1%)	10 (20.4%)	
補助なし	7 (10.9%)	7 (14.3%)	
大腸：便潜血検査			0.17
全額補助	37 (57.8%)	36 (73.5%)	
一部補助	21 (32.8%)	9 (18.4%)	
補助なし	6 (9.4%)	4 (8.2%)	
大腸：大腸内視鏡検査			0.34
全額補助	4 (6.3%)	6 (12.2%)	
一部補助	21 (32.8%)	16 (32.7%)	
補助なし	39 (60.9%)	27 (55.1%)	
子宮頸：細胞診			0.23
全額補助	30 (46.9%)	28 (57.1%)	-
一部補助	29 (45.3%)	19 (38.8%)	-
補助なし	5 (7.8%)	2 (4.1%)	-
子宮頸：HPV検査			0.11
全額補助	13 (20.3%)	10 (20.4%)	-
一部補助	21 (32.8%)	4 (8.2%)	-
補助なし	30 (46.9%)	35 (71.4%)	-
乳：マンモグラフィ			0.64
全額補助	30 (46.9%)	27 (55.1%)	-
一部補助	32 (50.0%)	19 (38.8%)	-
補助なし	2 (3.1%)	3 (6.1%)	-
乳：乳房超音波検査			0.99
全額補助	29 (45.3%)	25 (51.0%)	
一部補助	32 (50.0%)	19 (38.8%)	
補助なし	3 (4.7%)	5 (10.2%)	

表 4-1,表 4-2 には、講演もしくは動画およびホームページに対する印象に関する記述統計を示す。講義受講後および動画視聴後、それぞれ約 80%および約 70%の参加者が、マニュアルに基づいたがん検診を実施する意向があると回答した。

表 4-1 講演に対する印象(Q18)

Q18 今回の講演について、あなたが感じたこと: この講演を見たら、指針に基づくがん検診を実施しようと思う

	マニュアルの認知	
	非認知	認知
とてもそう思う	17 (26.6%)	19 (38.8%)
ややそう思う	34 (53.1%)	21 (42.9%)
どちらともいえない	13 (20.3%)	9 (18.4%)
あまりそう思わない	0(0%)	0(0%)
全くそう思わない	0(0%)	0(0%)
合計	64	49

表 4 -2 動画およびホームページに対する印象(Q21)

(Q21)講演で紹介したホームページと動画について : この動画を見たら、指針に基づくがん検診を実施しようと思う

	マニュアルの認知	
	非認知	認知
とてもそう思う	13 (20.3%)	21 (42.9%)
ややそう思う	31 (48.4%)	14 (28.6%)
どちらともいえない	20 (31.3%)	14 (28.6%)
あまりそう思わない	0(0%)	0(0%)
全くそう思わない	0(0%)	0(0%)
合計	64	49

D．考察

今回産業医と健保がん検診企画担当者を対象として研修会を実施し、本研究報告では、健保担当者に対するがん検診に対する認識および視点を明らかにした。本調査におけるマニュアルの認知率は 43.4%であり、2022 年に実施された先行調査（健保以外の関係者を含めて約 10%）と比較して高い割合であった(3)。そもそも全体的に認知が高くなったのか？意識が高い健保が集まったのか？については両者が考えられるが、前者の調査時も比較的意識の高い健保の集団であったことで、これまでの活動によりマニュアルの認知度が向上した可能性は否定できない。

マニュアルの認知有無による比較では、胃がん検診における内視鏡検査（胃内視鏡、ファイバースコープ検査）への補助を除き、マニュアルの認知の差により各種がん検診への補助状況に有意な差は認められなかった。また、動画視聴後には、参加者の約 70%がマニュアルに基づいたがん検診を実施したいと回答しており、これらの知見は、職域におけるがん検診の適正実施を推進する上で正しい知識を分かりやすく情報提供することによって、普及する可能性を示す結果であると考えられる。

先行研究では、職域において対象年齢より若い年代からがん検診を実施するという「過剰検診」の実施率が高いことが示されているが、事業主と健保担当者を含めた解析であったため、どの関係者が過剰検診を必要と考えていたのかは明らかではなかった [3)]。本研究では、マニュアル遵守に関する担当者の考えについては、マニュアル認知の有無にかかわらず有意な差は認められなかった。この点は、日本に根強く浸透している「検診はサービス」「検診には不利益がない考え方」「検診の対象範囲を狭めることは、サービス低下に繋がる」といった考え方が根底に占めることと思われます。従って、この件については単なる一方向性の研修では限界があると考えられた。

一方、精度管理に対する認知率は、マニュアル認知群において有意に高かった。がんの精度管理は他国でも実施されており(4)、例えば大腸がんに関して、Kaminski らは、腺腫検出率の向上が中間期大腸がんおよび死亡リスクの低下と関連していることを報告している(5)。乳がん検診については、Raucher らが米国におけるマンモグラフィ実施施設の品質評価の不十分さを指摘したが(6)、米国では乳がん検診の質を確保することを目的としたマンモグラフィ品質基準法（Mammography Quality Standards Act）が 1992 年に制定され、2024 年に改正が行われている(7)。

胃がん検診における内視鏡検査の費用補助の割合は、マニュアル認知群において非認知群よりも高かった。バリウムによる胃 X 線検査では、高濃度バリウムの誤嚥などの有害事象が報告されていることから、マニュアル認知群で内視鏡検査を重

要視したのかもしれない(8)。一方で、本研究では、大腸内視鏡検査および乳房超音波検査に対する補助実施率は、マニュアル認知群と非認知群の間で有意な差を認めなかった。これら 2 つの検査は、現状のマニュアルにおいては対策型検診として推奨されていない検査である(1)。大腸がん検診については、米国予防医学専門委員会（USPSTF）がシグモイドスコピーおよび全大腸内視鏡検査を推奨しているが(9)、日本のマニュアルでは、全大腸内視鏡検査に関する無作為化比較試験の結果が十分に報告されていないことから(10, 11)、対策型検診としては推奨されていない。乳がん検診としての乳房超音波検査については、J-START study などの研究結果報告もみられており(12)、その結果により職域におけるがん検診のマニュアルの update が待たれる状況である。

本研究の強みとして、第一に、参加者が紹介者を通じて募集されており、健保の担当者であることが担保されている点が挙げられる。第二に、対象集団に対するカバー率である。2024 年時点で健保数は 1,378 組合であり(13)、本研究では 113 名が参加し、約 8%をカバーしている。１つの健保から複数の担当者が講義に参加した可能性はあるものの、一定の代表性を有すると考えられる。

一方で、いくつかの限界も存在する。第一に、任意参加による調査であるため、がん検診に関心の高い者が回答しやすいという選択バイアスの可能性がある。また、本研究の対象の 87%は単一企業健保であり、単一企業健保を設立できる大企業の取り組みが主に反映されている可能性がある。がん検診を含む健康施策において、中小企業と大企業の間に健康格差が存在することが先行研究により示されている(14-16)。第二に、本調査は自己記入式質問票による自己申告であるため、想起バイアスや社会的望ましさバイアスの影響を否定できない。第三に、本研究は横断研究であり、因果関係を推論することはできない。今後は、講義や動画、ホームページ等の介入効果を検証する介入研究が必要である。

E．結論

本研究では、産業医研修会と健保の代表者を対象として、マニュアルに関する研修会を実施して、マニュアルの普及啓発を実施した。講義および動画・ホームページに対する印象は良好であり、それぞれ約 80%および約 70%が前向きに評価していた。今後、健保におけるマニュアル遵守型のがん検診を推進するため、さらなる研究が求められる。

F．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

3．その他

産業医研修は以下のとおり実施した。人数は定員人数。

1，慈恵医大医師会研修会(5 月 25 日)700 名

2．横浜市医師会研修会（9 月 15 日）100 名

3. 埼玉県大宮市医師会研修会（10 月 19 日） 200 名

4．福岡県研修会（11 月 30）200 名

5．東北大学研修会（12 月 13 日）200 名

6 東京大学医師会(12 月 21 日)産業医研修会 220 名

7．神奈川産業保健総合支援センター約 40 名

8．産業医大研修会（12 月 9 日、2 月 20 日）750 名（筑波）

9．産業医学実践研修（2 月 28 日）産業医 50 名（東京）

G．知的所有権の取得状況

1．特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

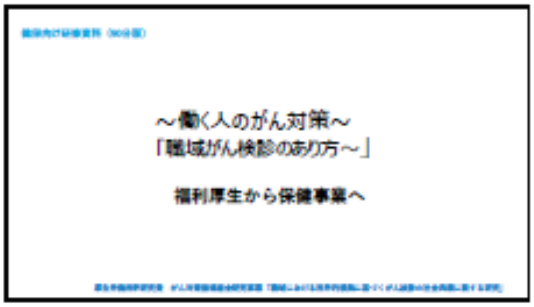
なし

H. 引用文献

1. 厚生労働省. 職域におけるがん検診に関するマニュアル. 2018.
2. OECD. OECD Health Statistics 2024 2024 [Available from: https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html.
3. Minamitani M, Tatemichi M, Mukai T, Katano A, Ohira S, Nakagawa K. Adherence to national guidelines for colorectal, breast, and cervical cancer screenings in Japanese workplaces: a survey-based classification of enterprises' practices into "overscreening," "underscreening," and "guideline-adherence screening". BMC Public Health. 2024;24(1):2223.
4. Bronzwaer MES, Depla A, van Lelyveld N, Spanier BWM, Oosterhout YH, van Leerdam ME, et al. Quality assurance of colonoscopy within the Dutch national colorectal cancer screening program. Gastrointest Endosc. 2019;89(1):1-13.
5. Kaminski MF, Wieszczy P, Rupinski M, Wojciechowska U, Didkowska J, Kraszewska E, et al. Increased Rate of Adenoma Detection Associates With Reduced Risk of Colorectal Cancer and Death. Gastroenterology. 2017;153(1):98-105.
6. Rauscher GH, Murphy AM, Orsi JM, Dupuy DM, Grabler PM, Weldon CB. Beyond the mammography quality standards act: measuring the quality of breast cancer screening programs. AJR Am J Roentgenol. 2014;202(1):145-51.
7. Food and Drug Administration. Important Information: Final Rule to Amend the Mammography Quality Standards Act (MQSA) [Available from: https://www.fda.gov/radiation-emitting-products/mammography-quality-standards-act-mqsa-and-mqsa-program/important-information-final-rule-amend-mammography-quality-standards-act-mqsa.
8. 国立がん研究センター胃がん検診文献レビュー委員会. 胃がん検診エビデンスレポート. 2015.
9. U. S. Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(19):1965-77.
10. 国立がん研究センター大腸がん検診エビデンスレポート 文献レビュー委員会. 大腸がん検診エビデンスレポート 2023 年度. 2024.
11. Tanaka K, Sobue T, Zha L, Kitamura T, Sawada N, Iwasaki M, et al. Effectiveness of Screening Using Fecal Occult Blood Testing and Colonoscopy on the Risk of Colorectal Cancer: The Japan Public Health Center-based Prospective Study. J Epidemiol. 2023;33(2):91-100.
12. Harada-Shoji N, Suzuki A, Ishida T, Yamamoto S, Kanemura S, Yamaguchi T, et al. Cumulative incidence of advanced breast cancer in women aged 40-49 years in the Japan Strategic Anti-cancer Randomised Trial (J-START) of adjunctive ultrasonography: a prespecified secondary analysis. Lancet. 2026;407(10530):784-93.
13. 健保連合会. 健保連健保の現勢（令和 7 年 3 月末現在）. 2025.

https://www.kenporen.com/toukei_data/pdf/chosa_r07_kumiaisuchi_03_01.pdf.
14. Minamitani M, Tatemichi M, Mukai T, Katano A, Nakagawa K. Effect of employers' concerns about cancer countermeasures on the implementation of cancer screening and support for balancing cancer treatment and work in small and medium-sized Japanese enterprises. J Occup Health. 2022;64(1):e12352.
15. Tsai R, Alterman T, Grosch JW, Luckhaupt SE. Availability of and Participation in Workplace Health Promotion Programs by Sociodemographic, Occupation, and Work Organization Characteristics in US Workers. Am J Health Promot. 2019;33(7):1028-38.
16. Ishimaru T, Nagata M, Hino A, Yamashita S, Tateishi S, Tsuji M, et al. Workplace measures against COVID-19 during the winter third wave in Japan: Company size-based differences. J Occup Health. 2021;63(1):e12224.

補足資料１　講演会の内容について（一部抜粋）



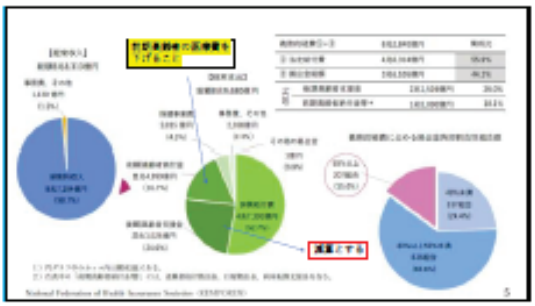
1



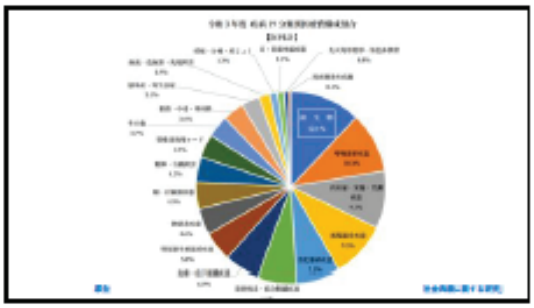
2



3



4



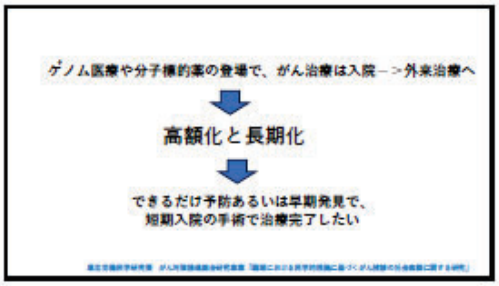
5



6


令和３年度 医療費及び構成比
入院治療の約３倍
医科入院等
医療費（円）
構成割合（%）
疾病分類（入院外）【計】
2,727,028,803,400
(100)
11 疾患（入院外）【計】
268,548,396,020
9.8
胃の悪性新生物
14,754,889,980
0.5
結腸の悪性新生物
14,398,745,450
0.5
直腸の悪性新生物
7,145,739,160
0.3
肝・肝内胆管の悪性新生物
6,298,680,100
0.2
気管・肺の悪性新生物
22,479,149,540
0.8
乳房の悪性新生物
43,179,139,020
1.7
子宮の悪性新生物
6,198,853,780
0.2
悪性リンパ腫
7,835,115,380
0.3
白血病
16,364,820,320
0.6
その他の悪性新生物
73,176,203,140
2.7
良性新生物
44,725,364,810
1.6

7


ゲノム医療や分子標的薬の登場で、がん治療は入院 -> 外来治療へ
高額化と長期化
できるだけ予防あるいは早期発見で、
短期入院の手術で治療完了したい

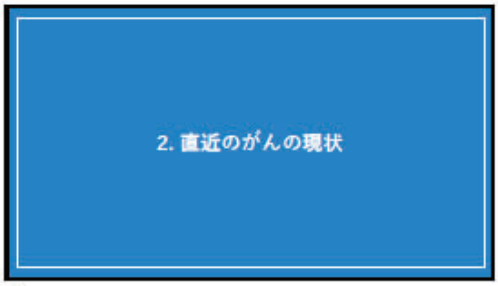
8


2024～2026年度（第８期前半）の後期高齢者支援金の加算・減算制度

9


総合評価指標（大項目５）
がん検診・歯科健診等の実施状況

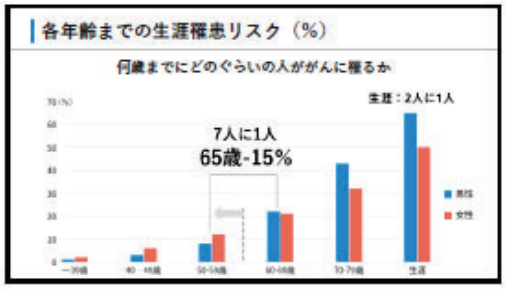
10


2. 直近のがんの現状

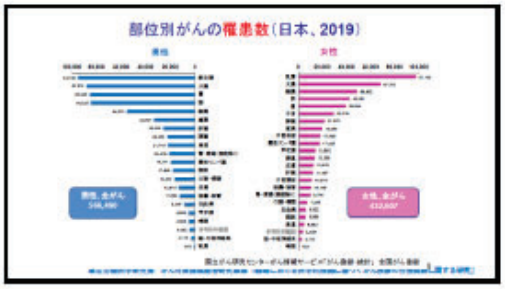
11


がん罹患の統計
性別・年齢別がん罹患者数
がん患者の約3人に1人は就労可能年齢で罹患している
2014年総新年令罹患者数：867,408人
20-64歳：234,812人　全体の27.1%
20-69歳：350,092人　全体の41.4%

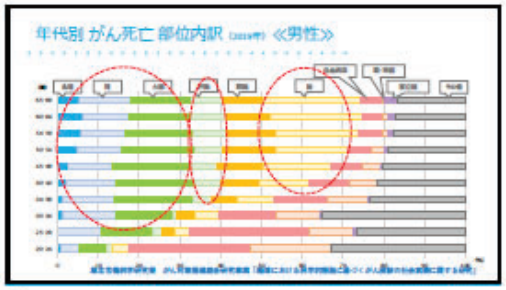
12



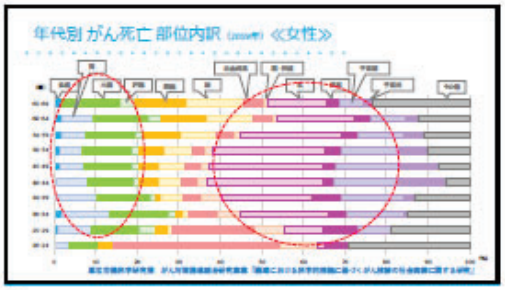
13



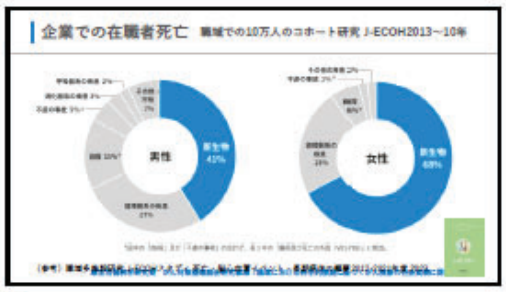
14



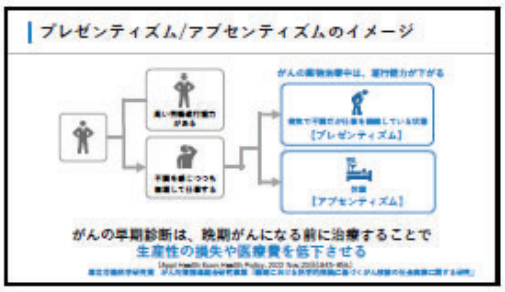
15



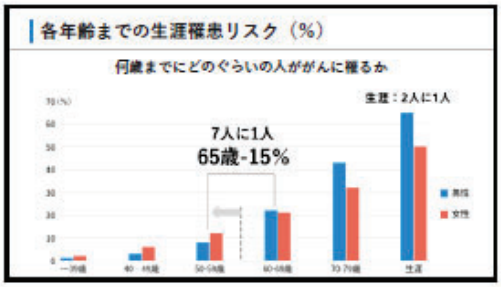
16



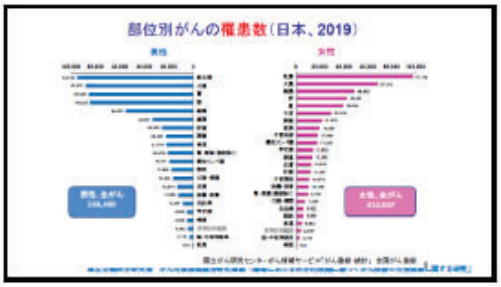
17



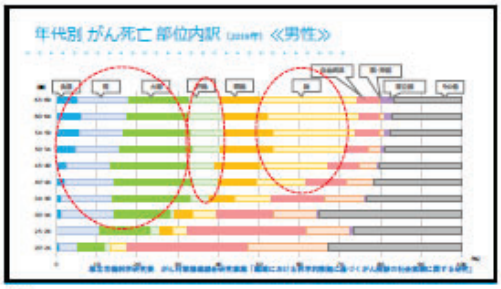
18



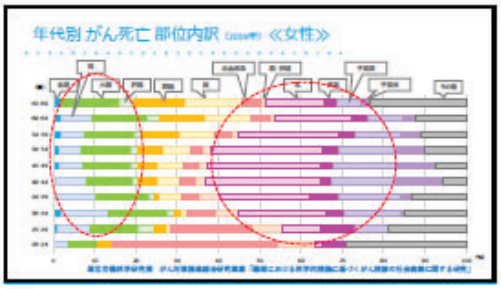
13



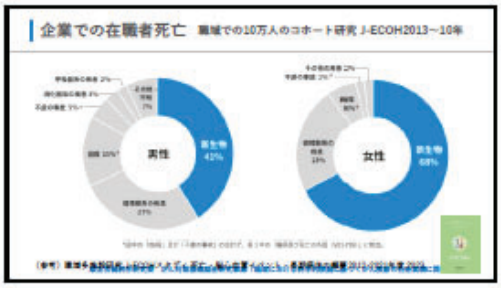
14



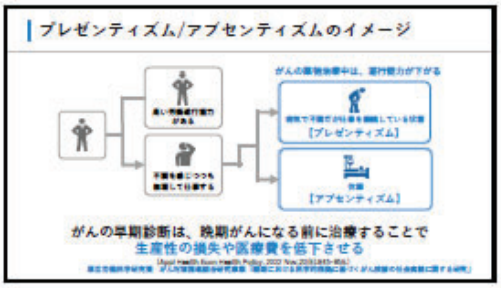
15



16



17



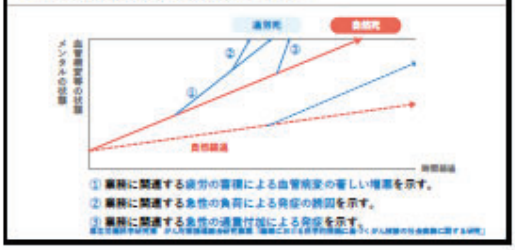
18

脳・心臓疾患は労災認定の疾患に指定



19

過重労働による過労死の発症の過程



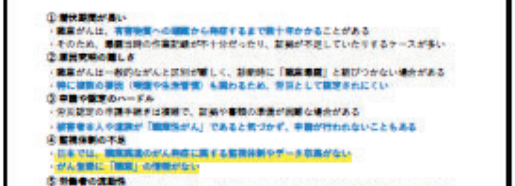
20

職業がんにおける業務関連性評価



21

業務関連性について、がんは過小評価されている



22

がん種によっては 業務関連疾患である可能性について の知見集積

23

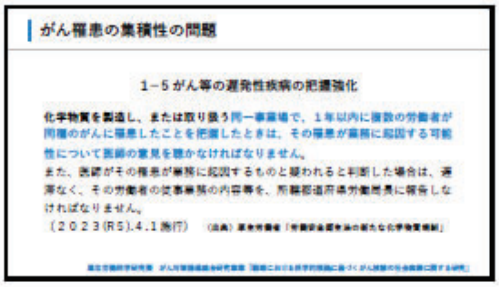
夜勤労働者



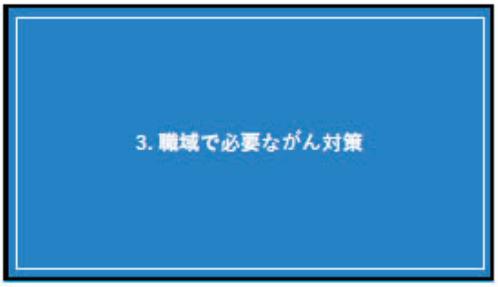
24



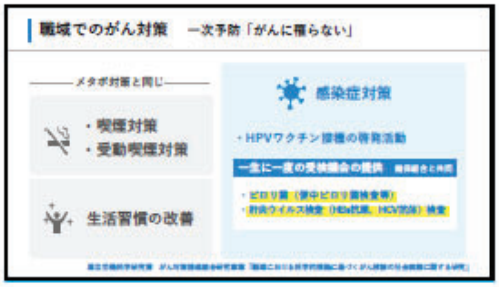
25



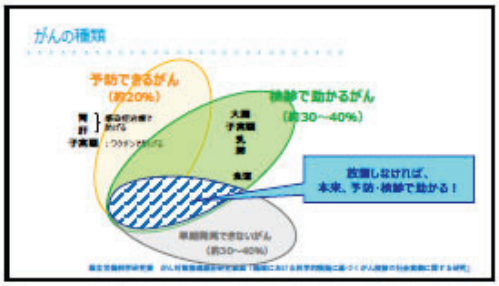
26



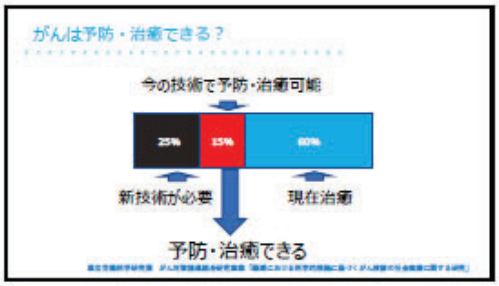
27



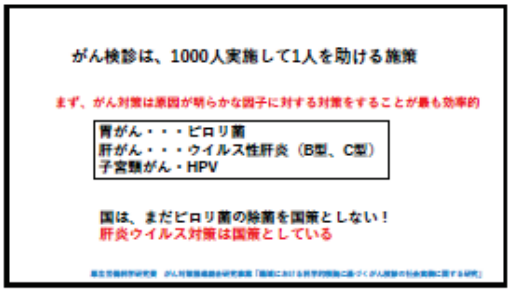
28



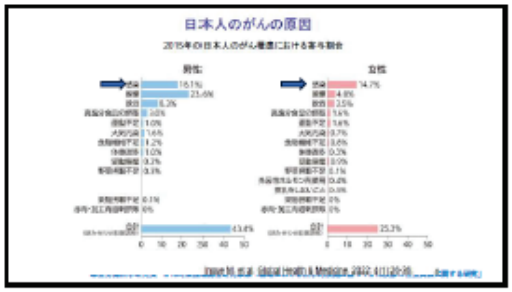
29



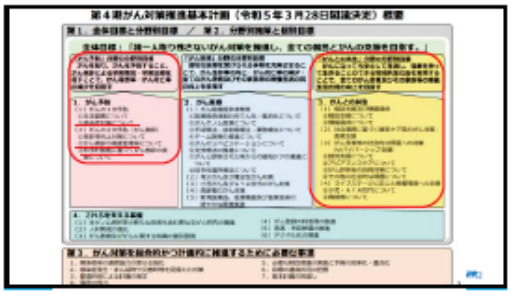
30



31



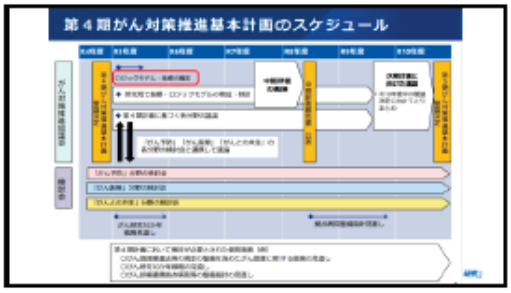
32



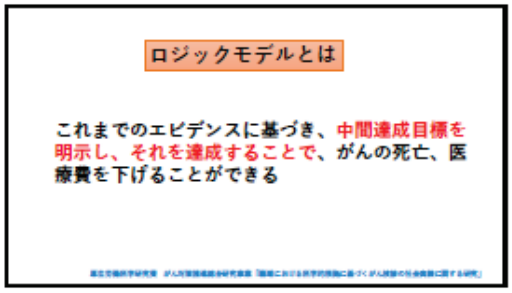
33



34



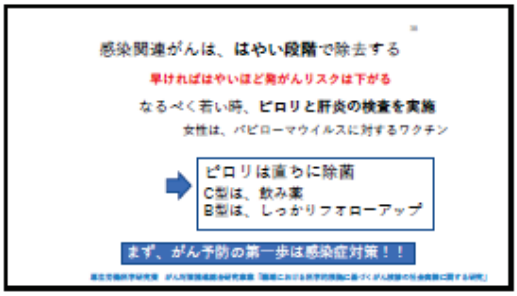
35



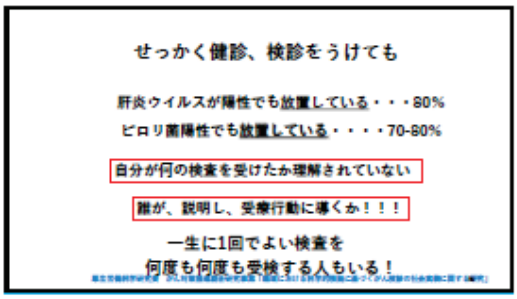
36



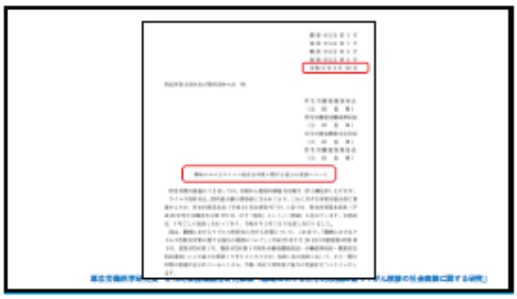
37



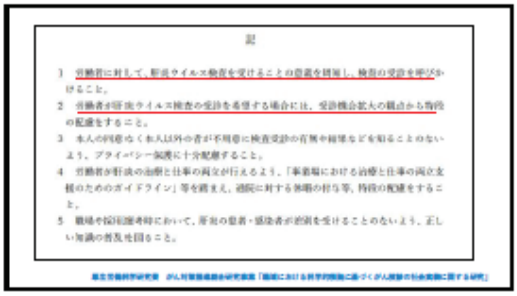
38



39



40



41



42



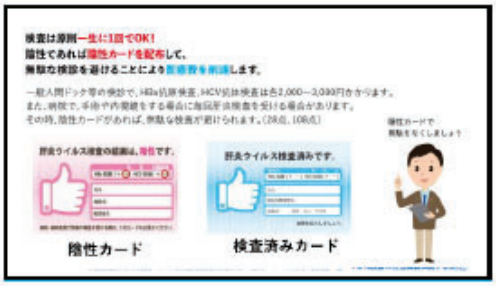
43



44



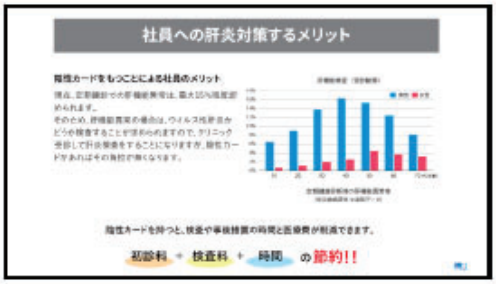
45



46



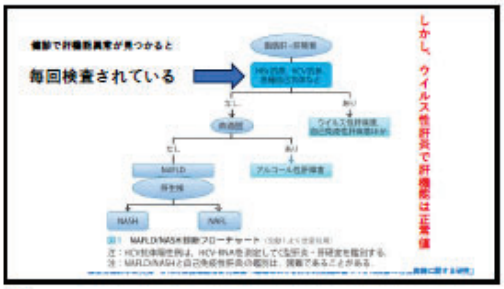
47



48



49



50



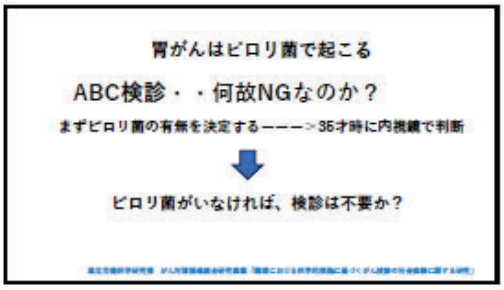
51



52



53



54

4．科学的根拠に基づくがん検診

55

日本に一般に広がっている大きな誤解

56

健康への福利厚生には、多くは、検診の追加が検討される

検診をすることは、社員への健康サービスであると思われている

↓

検診への金銭的補助が中心

↓

検診の機会の場の提供が主な目的

↓

しかし、これでは医療費削減も個人の利益も与えることができない

57

検診とは、検査をするだけでなくて
一連の医療が伴います

検診で検査陽性となった場合

↓

精密検査が必要

↓

異常なし（偽陽性）

↓

無駄な精密検査を受診した
費用・時間の損
不安感

異常有り

↓

治療法の選択

治療の必要性の有無？
嘘口した治療法があるか？

58

2019年

OECD
公衆衛生白書：日本



(1)日本の健康診査が、他のOECD諸外国と比較して非常に多く、集団の健康と費用軽減の両面の観点から、それらの効果及び必要性について検証が必要であること

(2)「人間ドック」などの法定外の健康診査について、対象範囲や頻度等に関する規制などの質の保証の仕組みがないこと、が指摘されている。

先進国から？？の目で見られている

59

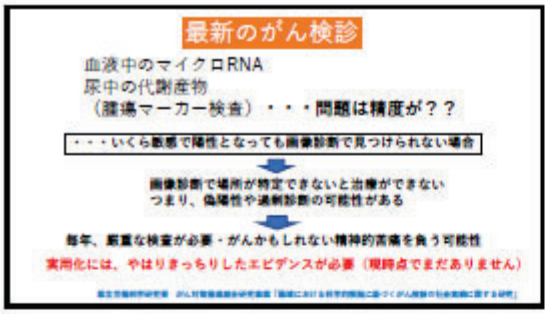
職域での企画者＝健保組合が主体
正しいがん検診とは何か？が不明

○様々ながん検診の宣伝効果

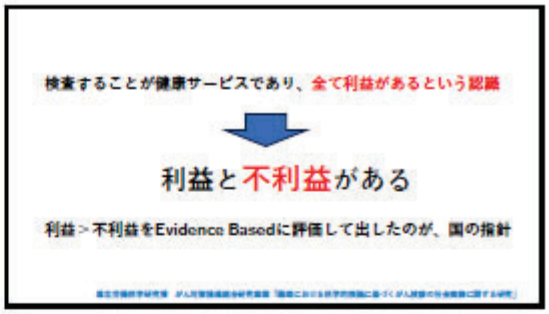
腫瘍マーカー
PET-CT
がん検診機関からの推奨
自己採取HPV検査、、、

血液一滴、尿一滴でがんのリスクが分かる。。。。

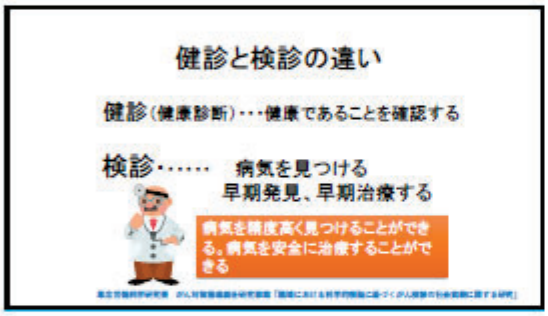
60



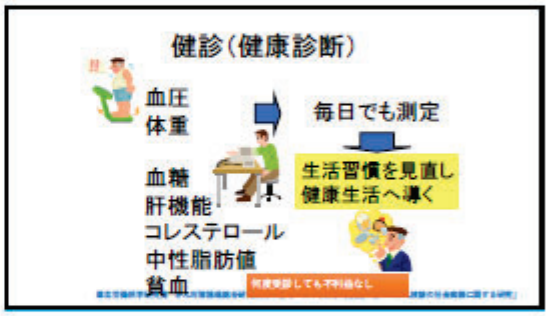
61



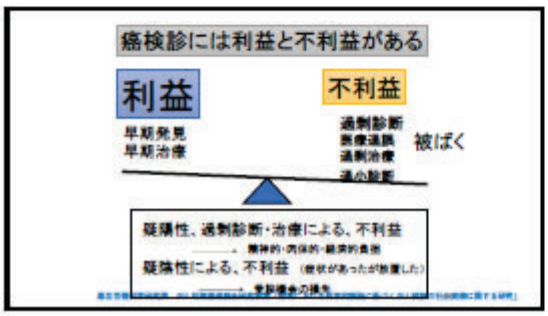
62



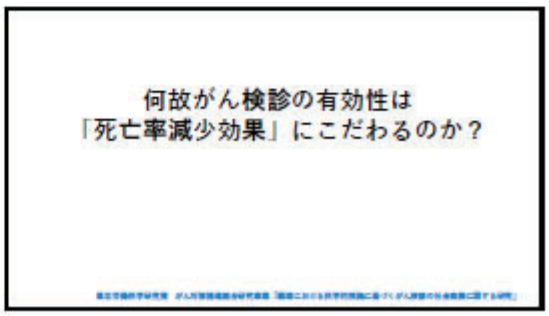
63



64



65



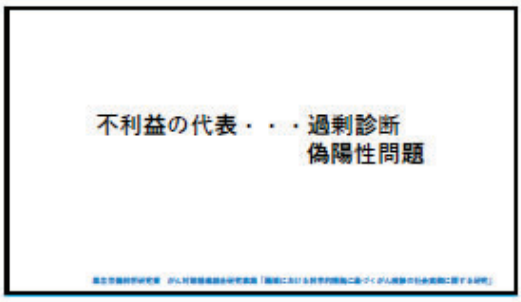
66



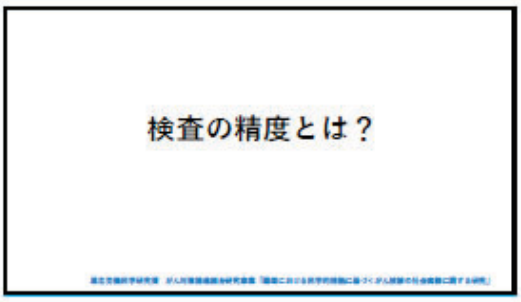
67



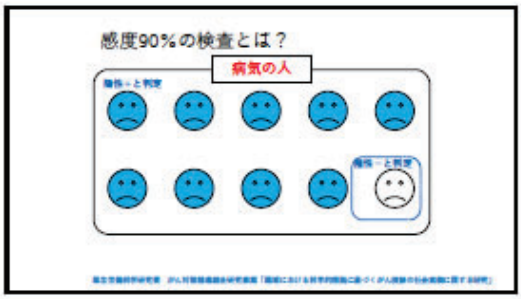
68



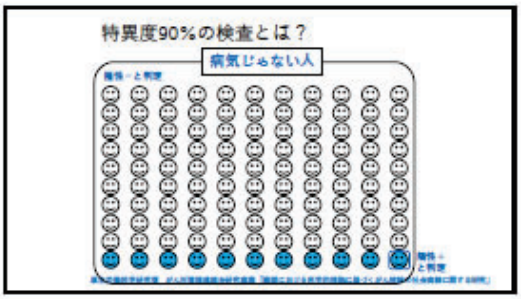
69



70



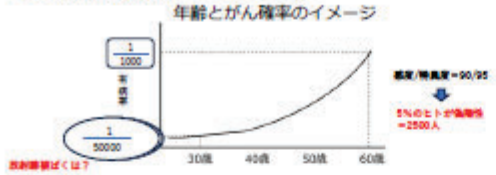
71



72

例えば50才以上に推奨されている胃がん検診を若年者（30才）ががん検診を受診すると・・・

年齢とがん確率のイメージ



感度/特異度＝90/95

5%のヒトが偽陽性
＝2500人

反射陽性ばくは？

30歳を対象にすると

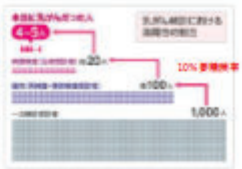
がんを救う1人のために二万人に検査を行うの事がある

偽陽性（検査では陽性になるが、精密検査でがんと診断されないこと）が多くなります。

73

偽陽性の問題・・・精神的・経済的・肉体的負担

乳がん、肺がん、、、、、超音波、胸CT,PET-CTなど



74

精密検査で異常がない！と言われてほっとしますが、、、

偽陽性の不利益が低く見積もられている

無駄な検診をした場合には、

会社を休み、医療機関受診するという経済的負担をかける

結果的に無駄な医療費を上げたことになる

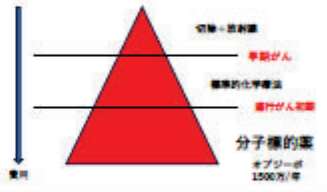
精密検査が侵襲的であると、医療過誤のリスクとなる可能性

もし、がんなどの重篤な疾患であれば、
不安、悲しみ、睡眠障害、フラストレーションなどの心理的影響を与えた。

医療に対して負荷をかけた

75

がんの医療費をどのように下げるか



死亡率減少効果があるということは、治療すべきがんが早期発見されて治療されているということ

76

がん検診のジレンマ

助かるためには、微小・早期ながんを見つけたい

微小ながんは悪性度の区別がつきにくい

微小ながんを見つけるためには、より感度の高い検査が必要

過剰診療の可能性

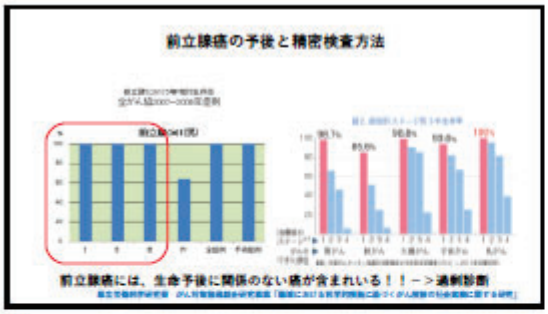
偽陽性の可能性

77

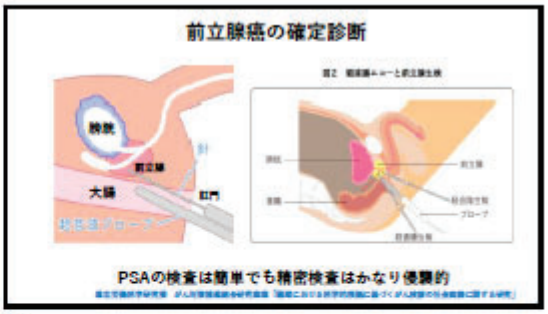
なぜ、PSA検診には異論があるのか？



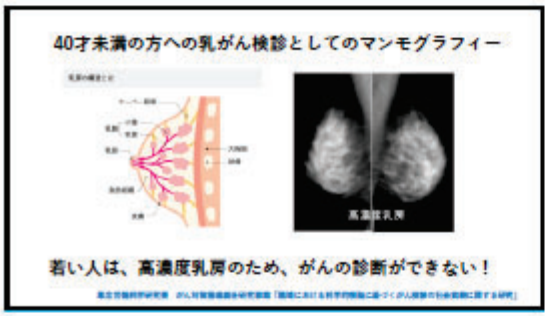
78



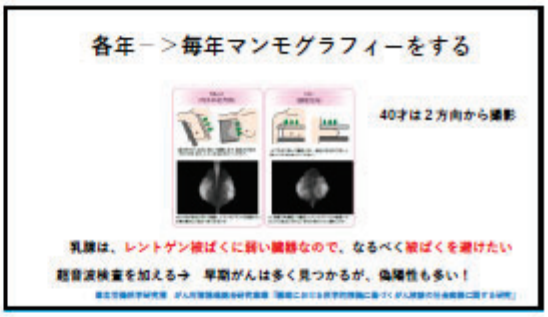
79



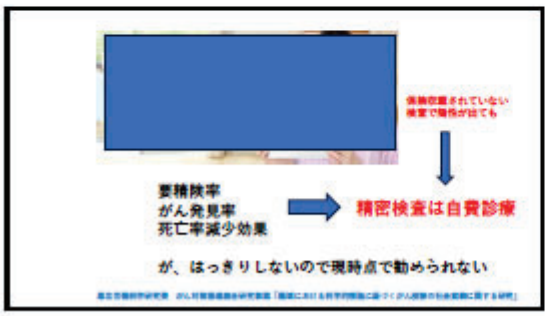
80



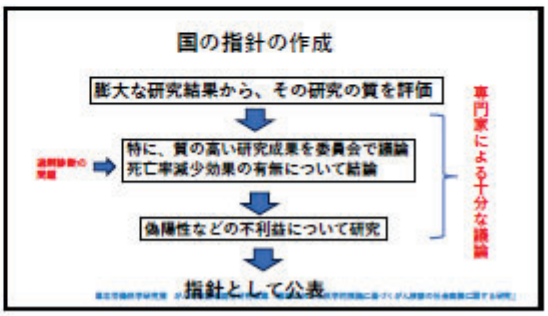
81



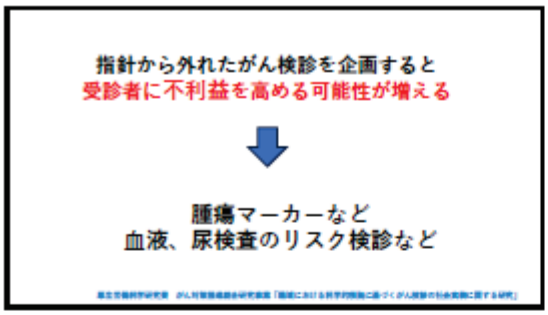
82



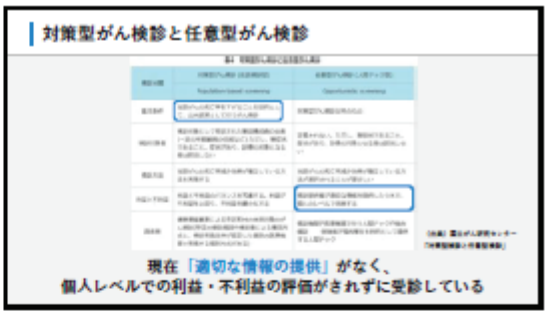
83



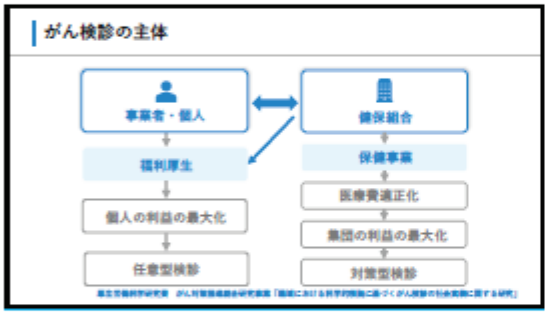
84



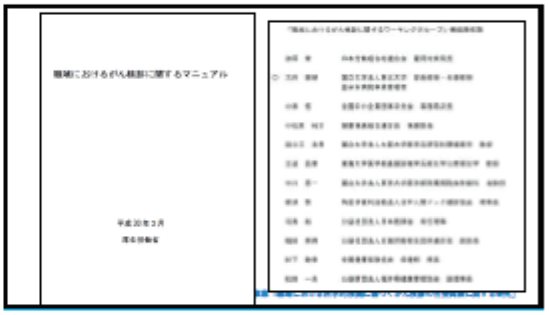
85



86



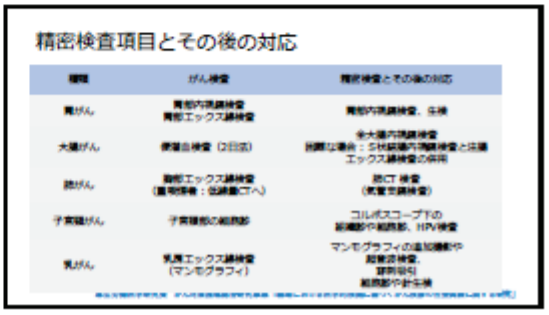
87



88



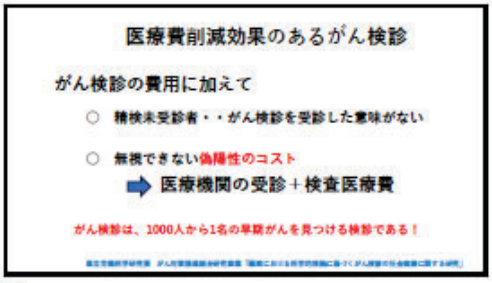
89



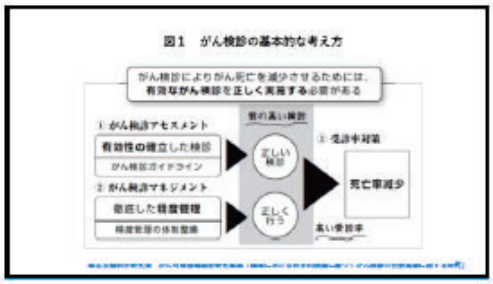
90



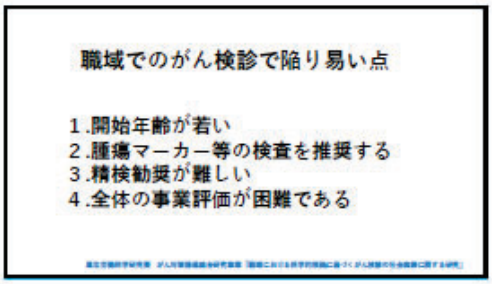
91



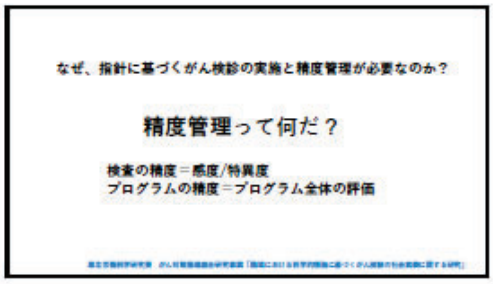
92



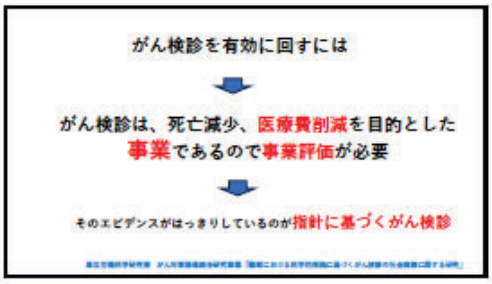
93



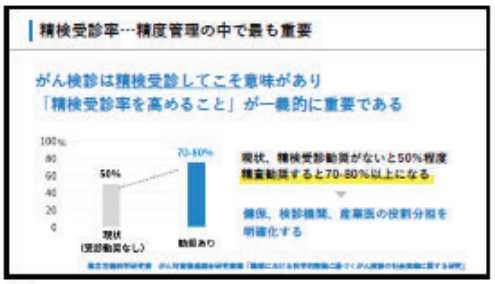
94



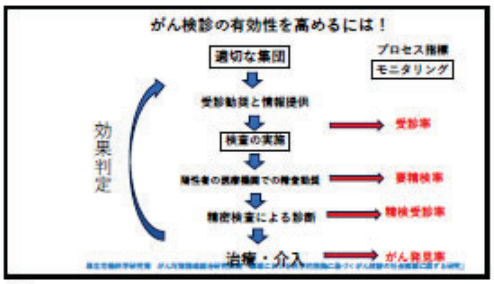
95



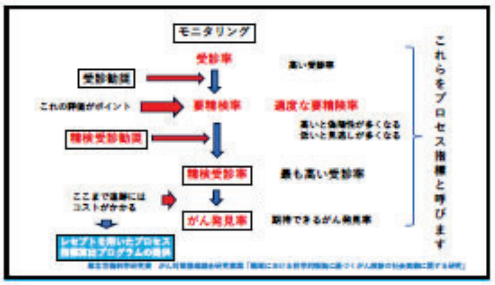
96



97



98



99



100



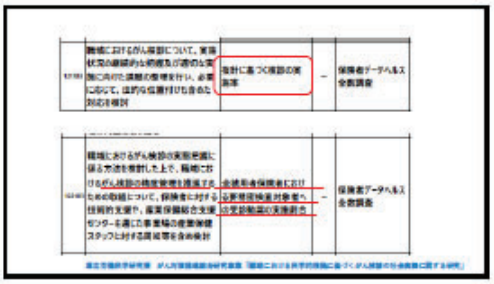
101



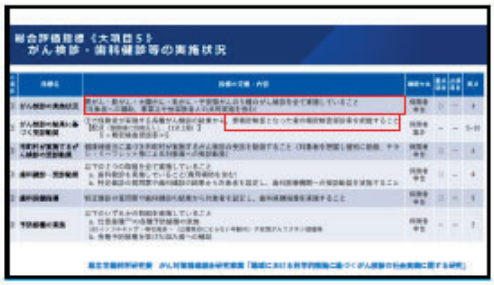
102



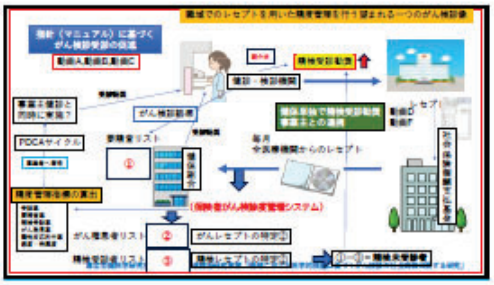
103



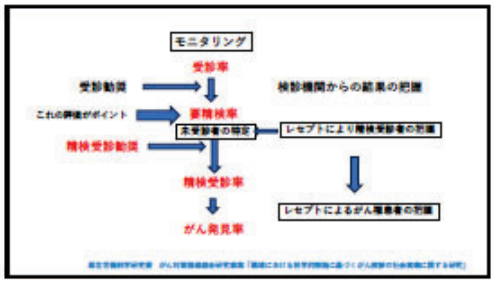
104



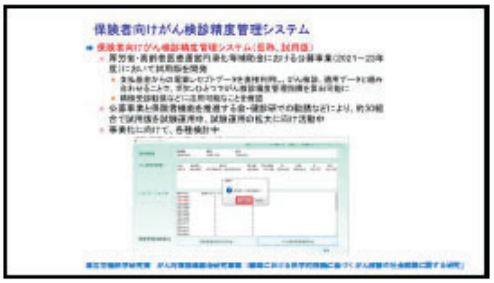
105



106



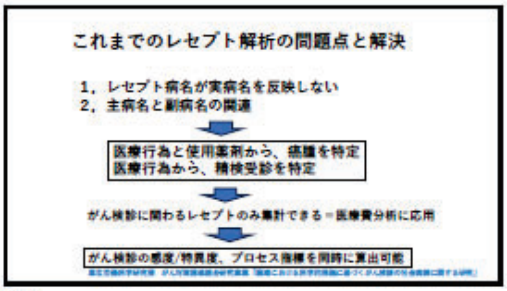
107



108



109



110



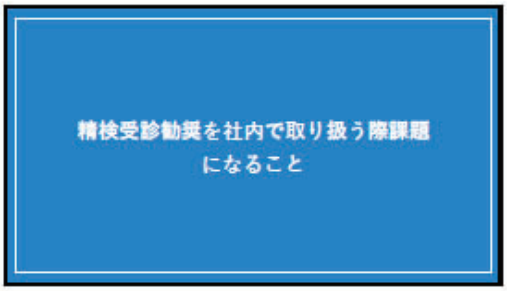
111



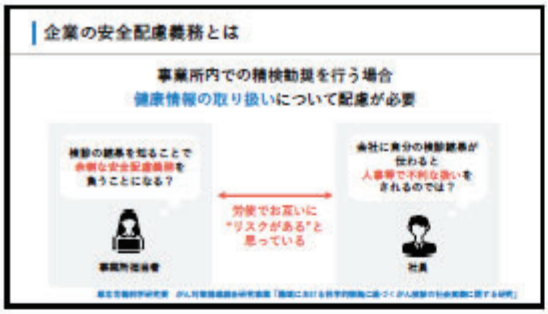
112



113



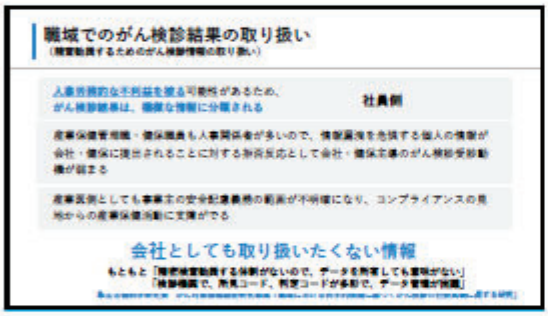
114



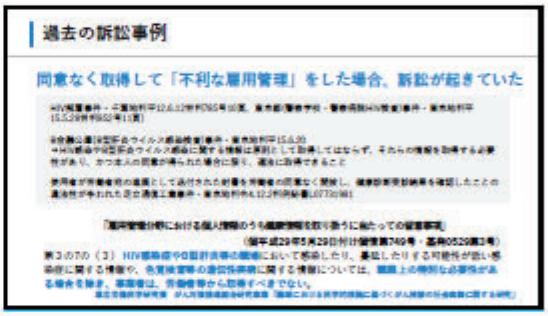
115



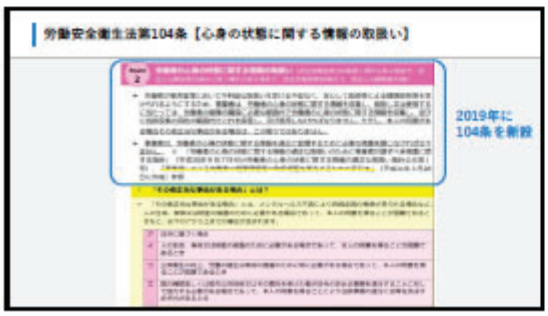
116



117



118



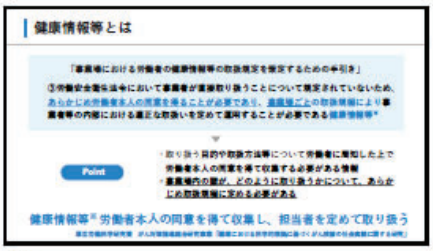
119



120



121



122



123



124

補足資料２　アンケート調査の内容について

測定項目	質問	答え	
健保組合の種類	Q1 健保の種類	単一健保、総合健保	
業種	Q2 業種		
マニュアルの認知度	Q4　国から､がん検診に関する「指針（職域におけるがん検診に関するマニュアル）」(が出ているのを知っていますか？	（パイロット調査） 1 聞いたことがあり内容を理解している 2 聞いたことはあるが､内容はわからない 3 聞いたことがない （本調査） 1講義で聞いたときにはすでに知っていた 2講義で聞いて今回初めて知った 3講義で聞いたが理解できなかった	1 →認知群 2,3　→非認知群
担当者の考え方（1）	Q3　健保組合が提供するがん検診や検査の補助について、以下の選択肢からあなたの考えに最も近いものを選んでください。	1会社や健保組合が補助する検査は、医学的知識に基づき必要な項目に限る必要がある 2選択は社員に任せて、なるべくサービスとして多くの項目を補助すべきである 3自治体のがん検診で安価にうけられるのであればそちらでがん検診を受けて、がん検診を補助することは必要ないと思う	
担当者の考え方	Q19（パイロット調査Q20）　がん検診の実施に	1指針で推奨されている通りのがん検診を実施し	

（2）	ついてあなたの考えをお伺いします。あてはまるものを全て選択してください。（多肢選択）	ようと思う ２指針で推奨されている通りのがん検診を行うことは難しいと思う。 ３指針で推奨されている検査よりも多い種類のがん検診を実施すべきである（腫瘍マーカー、PET-CT など） ４指針で推奨されている間隔（1 年ないし 2 年）よりも短い、もしくは長い間隔でがん検診を実施するべきである ５その他	
	Q5 あなたの健保組合がされているがん検診の実施状況についてお聞きします。 バリウムによるレントゲン撮影、内視鏡（胃カメラ、ファイバースコープ）による撮影、胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など、便潜血検査、便潜血検査、子宮頸部の細胞診検査、ＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス検査）、マンモグラフィ撮影、乳房超音波（エコー）検査	全額補助している、一部補助している、補助していない	
	Q12（パイロット調査 Q14）精度管理という言葉を聞いたことがありますか。最もあてはまるものを選択してください。	（パイロット調査） 1 聞いたことがあり意味も分かる 2 聞いたことはあるが、意味はわからない 3 聞いたことがない	1　→認知群 2,3→非認知群

		（本調査） 1講義で聞いたときにはすでに知っていた 2講義で聞いて今回初めて知った 3講義で聞いたが、理解できなかった	
	Q18（パイロット調査Q19）今回の講演について、あなたが感じたことで最も当てはまるものをそれぞれの項目について選択してください。 この講演は、明瞭で理解しやすい、この講演は啓発資料として受け入れられる、この講演を聞いて、現在の検診を見直そうと考える、この講演を見たら、指針に基づくがん検診を実施しようと思う、精度管理が重要であると思う	とてもそう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない 全くそう思わない	
	Q21（パイロット調査Q22）講演で紹介したホームページと動画について、最も当てはまるものを選択してください。この動画は、明瞭で理解しやすいと思う この動画は、健保組合の課題について必要な情報をすべて提供していると思う この動画は啓発資料として受け入れられると思う	とてもそう思う ややそう思う どちらともいえない あまりそう思わない 全くそう思わない	

	この動画を聞いて、現在の検診を見直そうと思う この動画を見たら、指針に基づくがん検診を実施しようと思う 精度管理が重要であると思う		

分担研究報告書

11. 職域におけるがん検診マニュアルの普及啓発に関する研究班活動の総括調査

研究協力者　　酒井　洸典

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教

研究代表者　　立道　昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和5 - 7年度　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合）分担研究報告書

職域におけるがん検診マニュアルの普及啓発に関する研究班活動の総括調査

研究分担者：立道　昌幸　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授
○研究協力者：酒井　洸典　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教
研究協力者：深井　航太　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　准教授
研究協力者：中澤　祥子　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　助教
研究協力者：古屋　佑子　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　講師

研究要旨：本研究班では、厚生労働省が2018年に公表した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の普及を目的として、ウェブサイト「はたらく人のがん検診ガイド」を開設し、職域でがん検診に関わる関係者に向けた情報発信を行ってきた[1]。また、指針に基づくがん検診の重要性、がん検診の利益と不利益、精密検査受診の必要性、事業評価や精度管理の方法を伝えるため、解説記事、動画教材、チェックリスト等のコンテンツを作成し、普及啓発活動を進めてきた。本調査は、これらの研究班活動を総括し、活動の到達状況と今後の課題を明らかにすることを目的として実施した。具体的には、職域のがん検診に関わる担当者を対象に、「はたらく人のがん検診ガイド」の認知状況と利用状況、啓発動画に対する評価、がん検診マニュアルおよび科学的根拠（指針）に基づくがん検診の実施に関する理解、精度管理指標の把握状況、ならびに国の推奨するマニュアルへの準拠に関する意見を調査した。これにより、当研究班が実施してきた情報発信が、職域の関係者にどの程度届き、どのように受け止められているかを確認するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を職域で実装するうえで残された課題を整理することを目指した。本調査で得られた結果は、研究班活動の成果を評価するだけでなく、今後、職域におけるがん検診の質を高めるための普及啓発、教育、精度管理体制の整備に向けた基礎資料となる。

A.　研究目的

本研究班では、職域におけるがん検診の適切な実施を支援するため、ウェブサイト「はたらく人のがん検診ガイド：職域におけるがん検診に関するマニュアル（https://seika2.med.u-tokai.ac.jp/index.html）」を開設した（図１）。本ウェブサイトでは、厚生労働省が2018年に公表した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の内容を職域でがん検診に関わる関係者が理解しやすく、実務に活用しやすい形で紹介した。ウェブサイトの情報発信を通じて、科学的根拠に基づくがん検診の普及を促進することを目的とした。ウェブサイトでは、がん検診の利益と不利益を理解した上で、指針に基づくがん検診を実施することの重要性を発信している。加えて、検査の実施にとどまらず、事業評価や精密検査の受診率向上に向けた具体的な実践方法について情報提供している。



図1.「はたらく人のがん検診ガイド：
職域におけるがん検診に関するマニュアル」のトップ

本ウェブサイトの主な対象者は、企業の健診対象者、健康保険組合・企業の健診担当者、健診機関において職域のがん検診を提供する担当者である。尚、がん検診は「検診」にあたるが、職域では法的に「健診」が主体として実施されるので担当者については「健診担当者」と表現している。ウェブサイトの構成は主にこの三者

に向けたものとなっている。①企業の健診対象者に対しては、がん検診を受ける際に知っておくべき基本的な知識、すなわち、科学的根拠に基づく検診を選択すること、検診には利益だけでなく偽陽性などの不利益もあること、要精密検査となった場合には精密検査への受診勧奨をすることを含む精度管理の重要性を伝えている。②健康保険組合・企業の健診担当者に対しては、がん検診の企画、検診機関との交渉、精密検査受診勧奨、精密検査受診者の把握、事業評価の方法など、職域においてがん検診を運用するうえで必要となる実務的な情報を掲載している。③健診機関の担当者に対しては、職域で提供されるがん検診の質を高めるため、検診機関が確認すべき事項を整理したチェックリスト等を掲載している。

本ウェブサイトでは、わかりやすさを重視し、科学コミュニケーションの観点に立って、文字以外の様々な情報伝達方法を多く活用している。例えば、従業員への教育啓発資料として、子宮頸がん、胃がん、乳がん、肺がん、大腸がんの5種類のがん検診について正しい知識を身につけられるよう、各がん検診に関するアニメーションによる解説動画を掲載している。また、職域がん検診のシナリオトレーニング、e-learning教材、外部の信頼できる情報源へのリンクなどを通じて、立場に応じた学習ができる構成としている。総じて、医療知識を十分にもたない人でも活用できることに重点を置いたデザインを採用し、わかりやすさと正確さのバランスをとって労働衛生機関の渉外担当者、企業・健康保険組合の担当者が職域におけるがん検診のあり方を実践的に学べるよう配慮している。

本ウェブサイトは、科学的根拠に基づくがん検診の意義と実践方法を伝えることを意図して作成された。そこで、ウェブサイトや動画教材を用いた情報発信が、対象者にどの程度認知され、どのように理解されているかについて、検証が必要である。本研究の目的は、職域における科学的根拠に基づくがん検診の普及を目的として開設した「はたらく人のがん検診ガイド」の認知状況および利用状況を明らかにするとともに、ウェブサイトと関連する動画教材を用いた情報提供が、企業、健康保険組合、健診機関の担当者におけるがん検診の理解、価値観、運用知識、精度管理の実態にどのように関連するかを検討することとした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

3種類のオンラインでのアンケート調査①ウェブサイトについての調査、②啓発動画についての調査、③精度管理についての調査を実施した。いずれもインターネット調査会社の登録モニターを対象として、対象者選定にあたって、研究参加へ同意した20歳以上の日本在住就労者、かつ「定期健康診断やがん検診の実施・運営、またはその案内に関わる仕事」に従事している者を特定した。また、がん検診の企画内容、予算、契約先などについて最終的な決裁権を持つ者、もしくは企画立案、サービス・業者の選定、予算案の作成など、決裁に大きく影響する提案を行う立場である者を対象とした。さらに、職場について(a)企業・事業所、(b)健康保険組合・共済組合・協会けんぽ、(c)自治体・行政機関、(d)健診機関や医療施設、(e)その他から選択を求め、その選択によって以下の調査に振り分けた。

①ウェブサイト認知調査では、(a)企業・事業所、(d)健診機関や医療施設の選択者を対象とした。

②啓発動画についての調査では、(a)企業・事業所、(b)健康保険組合・共済組合・協会けんぽの選択者を対象とした。

③健康保険組合の健診担当者を対象とした調査では、(b)健康保険組合・共済組合・協会けんぽの選択者を対象とした。この調査では、スクリーニングが厳しく、十分なサンプル数が期待できなかったため、がん対策企業アクションへの参加企業などに対して、メーリングリストを活用して機縁法による回答募集も実施した。

2. アンケートの質問項目

①ウェブサイトの認知についての調査

質問項目は、図１に示すウェブサイトについて、(1)知っていて、2回以上アクセスしている(2)知っていて、1回アクセスしたことがある(3)知っているが、アクセスはしたことがない(4)知らないから回答を求めた。ここで(1)(2)を選択した人には、ウェブサイトの主要な4つのコンテンツの利用経験について、すなわち、望ましい

検診のあり方の記事の閲覧、検診の企画・運用についてフローチャートにそった動画視聴、５種類のがん検診の動画視聴、偽陽性の動画視聴について、あり、なし、わからないから回答を求めた。

他のウェブサイトとの認知の比較をするために、「がん対策推進企業アクション」
https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/
「がん情報サービス」
https://ganjoho.jp/public/index.html
「肝炎情報センター」
https://www.kanen.jihs.go.jp/、
「知って肝炎」https://www.kanen.org/
「検診／健診ナビ」https://gankenshin.jp/
「こころの耳」https://kokoro.mhlw.go.jp/
について(1)知っていて、2回以上アクセスしている(2)知っていて、1回アクセスしたことがある(3)知っているが、アクセスはしたことがない(4)知らないから回答を求めた。正確な回答を収集するためにそれぞれについて必ずウェブサイトのリンクを開かなければ回答できないように設定した。

マニュアルの主観的な認知を問う問題として、厚生労働省が2018年に公表した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を知っているか問い、(1)知っている(2)名前は聞いたことがあるが、内容はわからない(3)名前を聞いたこともない、から択一式で回答を求めた。

がん検診についての客観的な知識を問う問題として、推奨されているがん種、対象年齢、検査間隔について設定した。まず、指針で推奨されるがん検診に当てはまるものをすべて選択するように求めた。選択肢は(1)胃がん、(2)肺がん、(3)大腸がん、(4)子宮頸がん、(5)乳がん、(6)甲状腺がん、(7)前立腺がん、(8)卵巣・子宮周辺のがん、(9)肝臓・腎臓・膵臓・胆のうのがん、(10)いずれも当てはまらない、として(1)から(9)はランダム順に出現させた。次に、推奨されているがん種(1)～(5)のそれぞれの推奨年齢について(i)20歳以上(ii)30歳以上(iii)40歳以上(iv)50歳以上(v)60歳以上(vi)年齢によらずに推奨されているから回答を求めた。さらに(1)～(5)の推奨間隔について、(i)毎年(ii)2年に1回(iii)3年に1回(iv)上記以外からそれぞれ選択を求めた。

②啓発動画についての調査

指針に基づくがん検診を推奨する8分間の動画を視聴させた。
https://www.youtube.com/watch?v=RyxJyweNOuQ

動画の前半では若い世代へのがん検診や腫瘍マーカー検査で偽陽性などの不利益があること、具体的にはがんの見逃し、過剰診断、偶発症について説明した。中盤では、適切ながん検診には、死亡率減少、早期発見による侵襲性の低い治療選択、早期の社会復帰のメリットがあることを解説した。メリットを最大化するために、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に基づいて企画することが重要であるとし、受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率などのプロセス指標で評価、管理することを推奨した。後半では、陽性時の精密検査の重要性を検診前から伝えておくこと、受診勧奨を見据えてデータ利用に関する同意を事前に得ておくことを提案した。正確な回答を求めるために、動画視聴が完了しない限り、次の質問に回答できないように設定した。視聴後は、主観的評価として以下の7項目　(a)この動画は私に関係がある(b)この動画は明瞭で理解しやすい(c)この動画は受診者として必要な情報をすべて提供している(d)この動画は啓発資料として受け入れられる(e)この動画について考えたくない(f)この動画を見たら、家族や友人と話す気になる(g)この動画を見たら、マニュアルに基づくがん検診を受けたいと思うについて「とてもそう思う」から「全くそう思わない」の5件法で回答を求めた。さらに、動画の中で印象的だったことを自由回答で求めた。

③精度管理についての調査

基本的な知識を問うために、精度管理の評価・モニタリングで国が収集体制の検討を求めている主要指標について、(1)対象者数(2)受診者数(3)要精検率(4)精検受診率(5)陽性反応的中度（PPV）(6)がん発見率(7)感度(8)特異度(9)わからない(10)当てはまるものはないから当てはまると思うものを全て選択するように求めた。(1)から(8)の選択肢はランダム順に出現させた。

具体的な知識を問うために、受診率、精検受診率、偽陽性の意味として、適切なものを選択させた。受診率は、選択肢(1)社員全人数のうち検診を受けた人の割合(2)検診の対象者のうち検

診を受けた人の割合(3)検診を希望した人のうち検診を受けた人の割合(4)検診の案内を送付した人のうち検診を希望した人の割合(5)検診を受けた人のうち要精密検査となった人の割合(6)わからないから回答を求めて、(2)を正解とした。精検受診率は、選択肢(1)一次検診を受けた人のうち、精密検査を受けた人の割合(2)一次検診を受けた人のうち、要精密検査となった人の割合(3)要精密検査と判定された人のうち、精密検査を受けてその結果が把握できた人の割合(4)要精密検査と判定された人のうち、がんが見つかった人の割合(5)精密検査を受けた人のうち、がん治療のために医療機関を受診した割合(6)わからないから回答を求めて、(3)を正解とした。偽陽性は、選択肢(1)実際にがんの人を検査で陰性と判定したこと(2)実際にがんでない人を検査で陽性と判定したこと(3)実際にがんの人を検査で陽性と判定したこと(4)実際にがんでない人を検査で陰性と判定したこと(5)判定不能で再検査になったこと(6)わからないから回答を求めて、(2)を正解とした。

回答者の所属施設において、プロセス指標の把握状況を調査した。対象者数、受診者数、要精検率、精検受診率、がん発見率についてそれぞれ、把握している、把握していない、わからないの3つの選択肢から回答を求めた。対象者数と受診者数についてどちらも把握している場合には、受診率を把握していると解釈して、2023年12月に須賀氏らを中心に本研究班で実施した調査結果とプロセス指標の把握状況を比較した。

指針に基づくがん検診のさらなる推奨に向けて、問題点を整理するために２つの自由回答の設問を設けた。1つ目は、精度管理の指標を評価する上で、課題と感じていることについて回答を求めた。2つ目は、国の推奨するマニュアルに、どこまで準ずるべきかについて回答者の意見を求めた。

3. 統計分析

各調査項目について、回答者数および割合を算出し、記述的に集計した。啓発動画に対する主観的評価は、5件法の回答を1点から5点に数値化し、各項目の平均点を算出した。精度管理に関する調査では、楽天インサイト登録パネルによる回答と機縁法による回答を分けて集計した。また、プロセス指標の把握状況については、2023年12月に研究班で実施した調査結果と比較した。自由回答は、記述内容を確認したうえで、主要な意見や課題を整理し、内容に基づいて分類した。

4. 倫理的配慮

本研究は、東海大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：25R136）。調査対象者には、調査の目的および個人情報の取扱いについて説明し、同意を得た場合にアンケート調査に回答できるように回答システムを設定した。

C. 研究結果

1. 回答者の基本属性

3つの調査について回答者の属性を表１に示す。調査①は794人、調査②は500人、調査③は楽天インサイト登録パネルで94人、機縁法によって42人から回答を得た。パネルでの回答者は男性の割合が70%以上を占めた。年齢層は50歳代が最も多い年齢構成であり、検診への最終的な決裁権を持つ人が回答者の約半数を占めていた。

表 1. 回答者の属性

		調査① パネル		調査② パネル	
		人	%	人	%
合計		794	100.0	500	100.0
性別	女性	232	29.2	108	21.6
年齢	平均	47.7		51.1	
	20 歳代	60	7.6	15	3.0
	30 歳代	135	17.0	62	12.4
	40 歳代	220	27.7	116	23.2
	50 歳代	257	32.4	202	40.4
	60 歳代	122	15.4	105	21.0
役割	最終的な決裁権をもつ	429	54.0	244	48.8
	決裁に提案をする	365	46.0	256	51.2
職場	企業・事業所	704	88.7	428	85.6
	健康保険組合・共済組合・協会けんぽ	0	0.0	72	14.4
	健診機関や医療施設	90	11.3	0	0.0

		調査③ パネル		調査③ 機縁法	
		人	%	人	%
合計		94	100.0	42	100.0
性別	女性	25	26.6	24	57.1
年齢	平均	44.6		-	
	20 歳代	12	12.8	0	0.0
	30 歳代	20	21.3	0	0.0
	40 歳代	27	28.7	10	23.8
	50 歳代	27	28.7	16	38.1
	60 歳代	8	8.5	16	38.1
役割	最終的な決裁権をもつ	40	42.6	16	38.1
	決裁に提案をする	54	57.4	26	61.9

職場	企業・事業所	0	0.0	0	0.0
	健康保険組合・共済組合・協会けんぽ	94	100.0	42	100.0
	健診機関や医療施設	0	0.0	0	0.0

2. 各調査の回答

①ウェブサイトの認知についての調査

ウェブサイトの認知度について図2に示す。「はたらく人のがん検診ガイド」を知っていてアクセスしたことがある人は、377人（47.5%）であった。職域で利用される代表的なウェブサイトの中では、最も多く認知されていた。

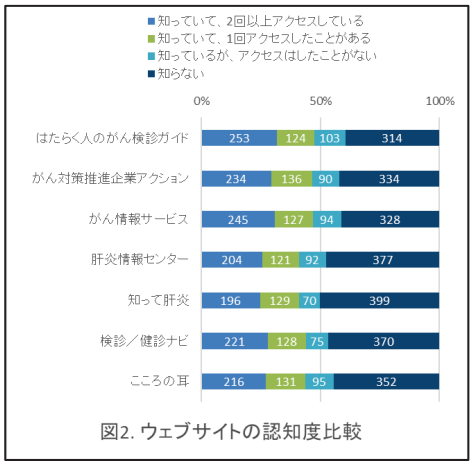


図2. ウェブサイトの認知度比較

アクセス経験のある人における「はたらく人のがん検診ガイド」のサイト内コンテンツの利用経験についての結果を図３に示す。利用者の80%以上がウェブサイト内の主要なコンテンツを利用した経験を有していた。「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を知っていると回答したのは300人（37.8%）、名前は聞いたことがあるが、内容はわからないと回答したのは、241人（30.4%）であった。

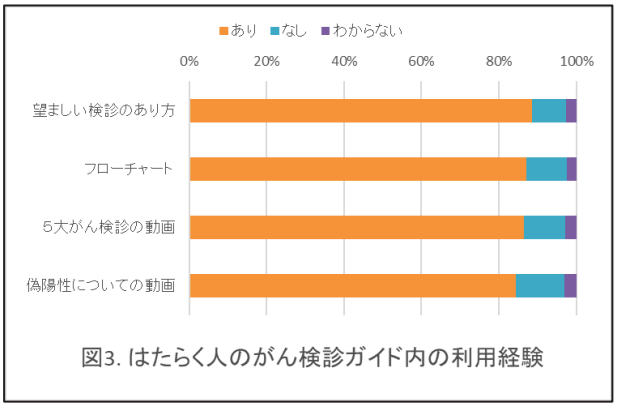


図3. はたらく人のがん検診ガイド内の利用経験

マニュアルに基づく５大がんについての回答結果を図４に示す。胃がんが522人（65.7%）、大腸がんが514人（64.7%）選択された。がん5種類（胃、大腸、肺、乳、子宮頸）を選択し、かつ他の選択肢を選ばなかった人（完全正答者）は、50人（6.3%）であった。

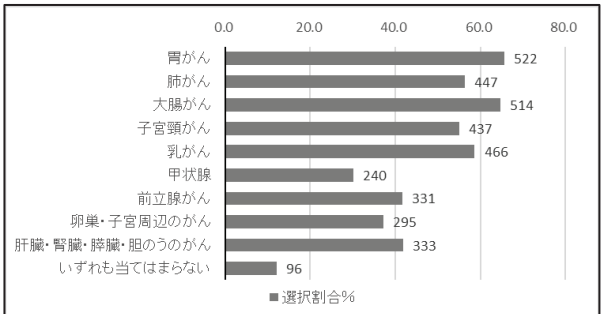


図4. 推奨されているがん種についての回答

マニュアルに基づくがん検診の推奨年齢についての回答を図５に示す。子宮頸がんで20歳以上を選択した人は275人（34.6%）であった。40歳以上を選択した人は、胃がん335人（42.2%）、肺がん324人（40.8%）、大腸がん358人（45.1%）、乳がん219人（27.6%）であった。50歳以上を選択した人は胃がんで78人（9.8%）であった。乳がんでは、20歳以上もしくは30歳以上を選択した人は369人（46.5%）であった。いずれのがん種でも20%以上の人が年齢によらずに推奨されていると認識していた。

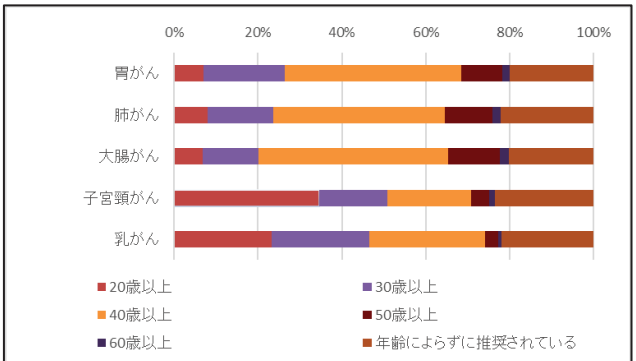


図5. 推奨年齢についての回答

マニュアルに基づく検診の推奨間隔についての回答を図６に示す。胃部内視鏡検査で2年に1回を選択した人は251人（31.6%）、胃部X線検査で毎年を選択した人は557人（70.2%）であった。2年に1回を選択した人は子宮頸がんにおいて192人（24.2%）乳がんにおいて205人（25.8%）であった。半数以上の回答者が推奨間隔を毎年と認識していた。

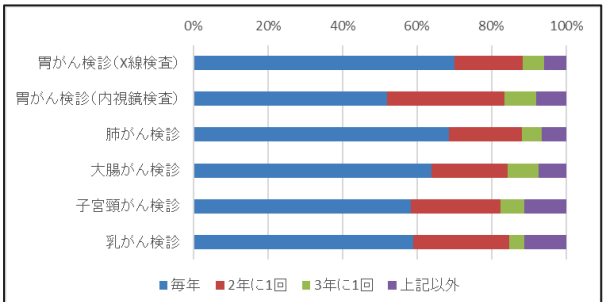


図6. 推奨間隔についての回答

②啓発動画についての調査

主観的な評価についての結果を図７に示す。「とてもそう思う」、「ややそう思う」と肯定的な回答者は「私に関係がある」で362人（72.4%）、「明瞭で理解しやすい」で383人（76.6%）であったが、「家族や友人と話す気になる」で259人（51.8%）であった。

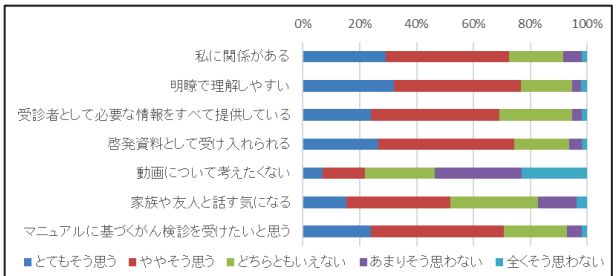


図7. 啓発動画への主観的な評価

各項目の平均値を表2に示す。私に関係がある3.91点、明瞭で理解しやすい4.01点、家族や友人と話す気になる3.46点であった。

表2. 主観的な評価に対する回答の平均点

項目	平均点*
私に関係がある	3.91
明瞭で理解しやすい	4.01
受診者として必要な情報をすべて提供している	3.86
啓発資料として受け入れられる	3.93
動画について考えたくない(点数反転)	3.48
家族や友人と話す気になる	3.46
マニュアルに基づくがん検診を受けたいと思う	3.85

*1点から5点で高いほど良いことを意味する

動画について印象に残ったこととして、自由回答には「精検が大切だということ」「偽陽性のことが気になりました。不安になっちゃうなぁと。」「偶発的事象」「図解が分かりやすい」「若年層のがん検診があまり重要でないこと。がん検診のメリットとデメリット」などが記述された。頻出語をワードクラウドで表現したものを図8に示す。頻出語として、受ける、検査、デメリット、偽陽性、受診、長い、精密、過剰、精検などが可視化された。

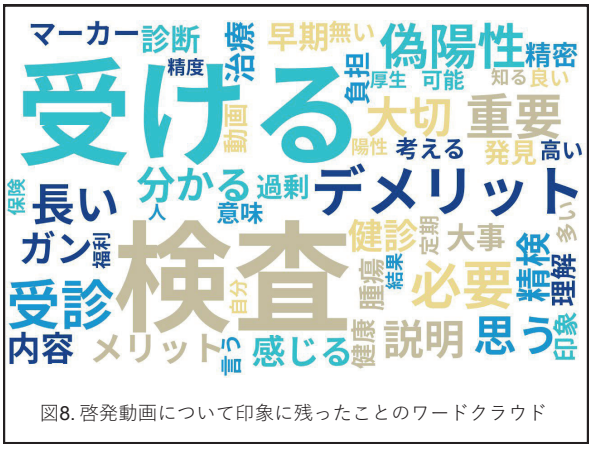


図8. 啓発動画について印象に残ったことのワードクラウド

③精度管理についての調査

精度管理のプロセス指標についての回答結果をパネルと機縁法の回収方法に分けて図9に示す。対象者数、受診者数、要精検率、精検受診率について、機縁法調査で60～80%程度が選択し、陽性反応的中度（PPV）、がん発見率においては、30－40%程度が選択した。パネル調査では、上記５つの指標についての選択率は30%程度であった。5つを選択して、それ以外の選択肢を選ばなかった人はパネル調査では1人（1.1%）機縁法調査では7人（16.7%）であった。受診率、精検受診率、偽陽性の意味についての正解者は、パネル調査において、受診率で46人（48.9%）、精検受診率で42人（44.7%）、偽陽性で45人（47.9%）であった。機縁法調査における正解者は、受診率で41人（97.6%）、精検受診率で31人（73.8%）、偽陽性で39人（92.9%）であった。

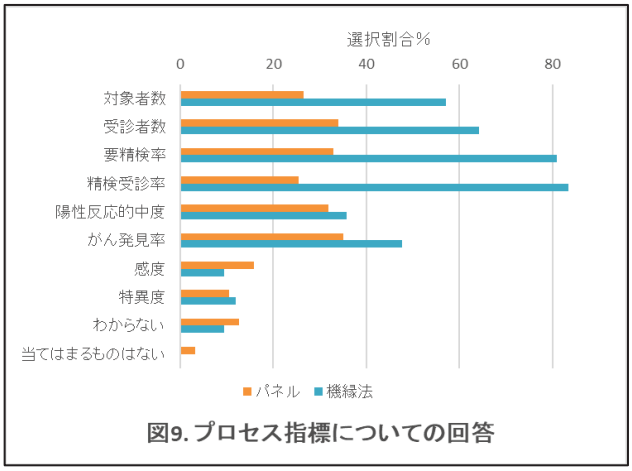


図9. プロセス指標についての回答

回答者の所属施設におけるプロセス指標の把握状況について表3に結果を示す。研究班発足当初の2023年の調査では機縁法によって、30施設の協会けんぽ・健康保険組合の健診担当者より回答を得ていた。本調査での機縁法での調査結

果と比較すると、受診率の把握状況は76.7%から90.5%に増加した。要精検率の把握状況は50.0%から61.9%に増加した。精検受診率とがん発見率の把握はそれぞれ46.7%から45.2%、26.7%から21.4%へとなった。

表3. プロセス指標の把握状況

	2026年3月調査				2023年12月調査	
	パネル		機縁法		機縁法	
以下の指標を把握している	人	%	人	%	人	%
対象者数	58	61.7	38	90.5		
受診者数	43	45.7	40	95.2		
受診率	41	43.6	38	90.5	23	76.7
要精検率	45	47.9	26	61.9	15	50.0
精検受診率	38	40.4	19	45.2	14	46.7
がん発見率	37	39.4	9	21.4	8	26.7
回答者の合計	94	100	42	100	30	100

精度管理の指標を評価する上での課題として自由回答の内容を表4にまとめた。回答では、「プライバシーのことなのでなかなか立ち入って聞くことができない」「病院から詳しい検査結果が届くところもあれば、受診したことしかわからないことがあるためがん把握が難しい」「本人の提出がないとわからないこと」「そこまで人数がおらず評価に至らない」などを認めた。職域におけるがん検診のプロセス指標を把握するうえでは、要精検者のその後を追跡する仕組みが十分に整っていないことが大きな課題として挙げられた。健保組合として精密検査の受診状況を確認しようとしても、精密検査は保険診療として実施されるため、検診結果とのつながりを把握しにくい。また、レセプトを用いた確認には時間と手間がかかり、精密検査を受けたかどうかは分かっても、その結果やがん発見の有無まで把握することは難しいという意見がみられた。さらに、健診機関によって判定基準や結果の表記方法が異なるため、要精検者数や要精検率を統一的に集計しにくいことも課題であった。検診結果や精密検査結果は個人情報にあたるため、本人の同意なしに詳細を把握することが難しく、どこまで受診勧奨を行うべきか迷うという声もあった。加えて、データを整理し、受診率や精検受診率を算出するための人員、時間、費用が不足していることも、実務上の障壁となっていた。

表4. プロセス指標を把握する上での課題

課題領域	内容
追跡体制	要精検者の精密検査受診状況や結果を把握できない
データ連携	健保、事業主、健診機関、医療機関の情報共有が不十分
標準化	判定基準や結果フォーマットが健診機関ごとに異なる
個人情報	本人同意やプライバシー保護の観点から情報収集が難しい
レセプト活用	レセプト突合は可能だが、手間・遅れ・解釈の限界がある
リソース	人員、時間、コスト、専門職が不足している
受診者対応	精検受診や結果報告が本人任せになっている
理解度	プロセス指標や精度管理の意義が十分に浸透していない

国の推奨するマニュアルにどこまで準ずるべきかについて、自由回答の意見を表5にまとめた。全面的または原則として準拠すべきという意見が多くみられた。多くの回答者は、マニュアルを科学的根拠に基づく基準として捉えており、職域でがん検診を実施する場合にも、これを基本方針とする必要があると考えていた。一方で、完全にマニュアルどおりに運用することには、受診間隔の管理、人員や費用の不足、既存の福利厚生との調整、受診者本人の希望への対応など、実務上の制約があることも指摘された。マニュアルを基本としつつ、本人への十分な説明、職域の実情、健保財政、運用可能性を踏まえて、実行可能な範囲で準拠すべきであるという考え方があった。また、指針外の検査については、利益だけでなく不利益を説明したうえで本人が希望する場合には認めてもよいとする意見がある一方、科学的根拠の乏しい検査を安易に提供すべきではないという慎重な意見もみられた。一部には、高頻度で多種類のがん検診を良いものであると誤解した立場に立った回答を認めた。

表5. マニュアル準拠への意見

立場	自由回答の概要	解釈
全面的に準拠すべき	「全て準ずるべき」「必ず準ずるべき」「マニュアル通りに実施すべき」	国のマニュアルを科学的根拠に基づく基準として強く重視しており、職域がん検診も原則として例外なく従うべきだという立場
原則として準拠すべき	「基本的には準じるべき」「できる限り沿うべき」「国の指針に沿って実施すべき」	最も多くみられた立場であり、マニュアルを基本方針としながら、現場の状況に応じた運用上の調整はあり得る
準拠を基本としつつ、本人希望に応じて柔軟に対応すべき	推奨年齢外や毎年受診であっても、本人が希望する場合には実施してよい	マニュアルの重要性は認めつつ、受診者本人の不安、家族歴、価値観、希望を考慮し、十分な説明を前提に柔軟な選択を認める立場
準拠を基本としつつ、職域の実情に合わせて調整すべき	受診間隔の管理、人員、費用、事務負担、健保財政などの理由から、完全準拠は難しい	マニュアルに従うべきという考えは共有されているが、職域では運用体制やリソースに制約がある

		ため、実行可能な範囲で準拠すべきという立場
マニュアルを参考にしつつ、最終判断は健保・事業主・本人に委ねるべき	国の推奨は参考にするが、最終的な方針は事業主や健保で決めるべき、雇用主と雇用者で決めるべき	国のマニュアルを絶対的な基準とはせず、各組織の方針、予算、対象者のニーズに応じて判断すべきという立場
マニュアル以上の検査も容認されるべき	予算に余裕があれば対象年齢外や追加検査を実施してもよい、福利厚生として補助してよい	マニュアルを最低限の基準または参考基準と捉え、受診者の希望や企業の福利厚生として、より広い検査機会を提供することを肯定する立場
準拠には慎重・懐疑的	国が責任を負わないなら準じる必要はない、マニュアル至上主義には疑問がある	マニュアルの意義を否定しているわけではないが、現場への責任や負担が十分に考慮されないまま準拠だけを求めることには批判的な立場
判断できない・理解が十分でない	「わからない」「質問に違和感がある」	マニュアルの存在や内容について、前提となる知識や情報が不足している

D. 考察

1. 本研究の主要な知見

我々は、研究班での普及啓発活動を総括するに際して、３つのオンライン調査を実施した。

①ウェブサイトの認知についての調査でわかったこと

ウェブサイトはがん検診に関わる人の約半数にアクセスされており、他の労働安全衛生に関するウェブサイトと同等かそれ以上に認知されていた。マニュアルについて、主観的な評価では、多くの回答者が認識していると回答していたものの、客観的な理解は乏しかった。マニュアルに基づくがん種について正解できた人は6%であり、推奨年齢も正解率は40%程度、20歳以上などの若年齢での推奨や年齢によらず推奨されていると回答者の40%程度が誤解していた。推奨間隔についても多くの検査で毎年受けることが推奨されていると認識されていた。

②啓発動画についての調査でわかったこと

研究班で作成したマニュアルの解説動画は関連性や明瞭性について肯定的な評価を得た。一方で、周囲に動画について話すという波及はあまり期待されなかった。印象に残ったこととして、精密検査の受診の重要性が記述された。また、偽陽性などのデメリットが印象に残り、一部の視聴者には、8分の動画は長いと評価された。

③精度管理についての調査でわかったこと

プロセス指標についての知識はパネル回答者よりも機縁法での回答者に正しく理解されていた。受診率、精検受診率、偽陽性の意味を正しく理解していた人もパネル回答者よりも機縁法での回答者に多く認めた。回答者の施設におけるプロセス指標の把握状況について、2023年の研究班発足当初よりも、受診率と要精検率の算出状況は増加していた。一方で、精検受診率やがん発見率の把握状況は、増加していなかった。精度管理の評価を実施するためには、評価可能な規模でのがん検診の推進や、プライバシー保護、情報共有の仕組みづくりなどがあげられた。国の推奨マニュアルへの準拠には、科学的根拠を重視しつつも、受診者個人の意向を踏まえる立場が多数であった。

研究班が作成したウェブサイトは、公開から数か月で、他の労働安全衛生についてのウェブサイトと同等の認知を得ることができた。研究班では、ウェブサイトを2026年2月に公開し、がん対策企業アクションなどのメーリングリストを活用して周知を行った。その成果もあって、本研究班でのウェブサイトの認知度の向上につながったことが予想される。今後は、この認知度を維持しつつ、ウェブサイトのコンテンツが実際に活用され、職域における指針に基づくがん検診の実施につながるよう、サイト運用を進めていく必要がある。

回答者の知識習得についての主観的な認識と客観的な理解には乖離があった。がん検診のマニュアルについて知っていると回答していても、多くの人はマニュアルに基づくがん検診の推奨間隔、検査方法について、正しく回答できなかった。この背景として、オンライン調査による社会規範バイアスが影響している可能性がある。回答者は、健康診断の担当者で決裁権もしくは意見を述べる立場にある仕事についているため、マニュアルを認識していることが期待されている。規範によって主観的に認識していると回答したものの、客観的な知識を問われると正確に回答できないという状況になったと考えられる。そのため、客観的な知識への理解状況を参考に、議論していくべきであると考えられる。マニュアルに基づくがん検診について完全に正解できた人（胃、大腸、肺、乳、子宮頸を選択して、他を選択しなかった人）が6%に留まっていたことを踏まえて、検診担当者の知識普及のための

対策を検討するべきである。

啓発動画は、視聴時間が長いという感想をもたれながらも、概ね肯定的に評価された。この調査とは別に研究班で実施した研究では、受診者にマニュアルに基づくがん検診の受診を推奨する90秒程度の動画でも、同様の主観的な評価について回答を求めた[2]。先行研究では、関連性2.5〜3.6点、明瞭性3.8〜4.0点と本研究で使用した比較的長時間の動画でも同等の評価を得ることができた。文字を中心とした情報伝達媒体であるマニュアルを、伝える際に多少長い説明になってしまったとしてもアニメーション動画として説明することで、より伝達しやすくできることが期待される。今後は、ウェブサイトを通じて、企業や健康保険組合の担当者に広く視聴されるように繰り返し発信していきたい。

精度管理についての把握状況は、研究班発足当初の2023年から終了時の2026年にかけて改善傾向にあった。同じ機縁法であっても、回答集団が異なることに注意しなければならないが、3年間で受診率の把握状況は76.7%から90.5%に増加し、要精検率の把握状況は50.0%から61.9%に増加した。回答者は、研究班で開催した講演会などの視聴者やその他の啓発に関する情報を得ていた集団であり、教育や啓発を受けることによって、精度管理の重要性を理解し、実践につなげたことが推察される。一方で、プロセス指標の把握については、課題が残っていることもわかった。精密検査の受診状況や結果の把握が必要となる精検受診率やがん発見率についての把握状況は、改善が見られていない。職域検診では精検受診率の把握や受診勧奨が課題であり、組織的な追跡体制の整備が重要であることが以前から指摘されている[3]。プロセス指標を把握する上での課題について自由回答であげられたように、情報管理やプライバシー保護が課題となっている。これらのプロセス指標が把握され、がん検診の推進に役立てられるよう、従業員、事業主、健康保険組合、医療機関との連携によって、円滑な情報共有の仕組みをつくる必要がある。

E. 結論

本研究班が開設した「はたらく人のがん検診ガイド」は、公開後短期間で職域のがん検診に関わる担当者に一定程度認知され、啓発動画も情報提供の手段として有用である可能性が示された。一方で、がん検診に関わる担当者であっても、指針で推奨されているがん検診の対象がん種、推奨年齢、推奨間隔に関する知識は十分とはいえず、若年層への検診や毎年の検診が広く推奨されていると認識している回答者も少なくなかった。精度管理については、受診率や要精検率の把握は改善傾向にあったものの、精検受診率やがん発見率の把握には依然として課題が残っていた。以上より、職域におけるがん検診の質を高めるためには、ウェブサイトや動画教材を継続的に活用し、担当者と受診者の双方に対して、利益と不利益を含めた正確な情報を届ける必要がある。今後は、指針に基づくがん検診の理解をさらに深めるとともに、精密検査受診状況やがん発見率を把握できる実務的な仕組みを整備し、職域におけるがん検診を科学的根拠に基づいて運用・評価できる体制を構築していくことが求められる。

引用文献

[1] 厚生労働省. 職域におけるがん検診に関するマニュアル. 2018年3月URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204422.pdf

[2] Sakai K, Furuya Y, Nakazawa S, Fukai K, Sano K, Tatemichi M. Effectiveness of educational videos in encouraging preferences for guideline-based cancer screening in japan: Three-arm pseudorandomized controlled trial. J Med Internet Res. 2026 Feb 12;28:e82322.

[3] 島田剛延, 盛田美樹, 千葉隆士. 職域大腸がん検診の精度管理—精検受診率からの考察—. 日本消化器がん検診学会雑誌. 2014;52(4):448-456. doi:10.11404/jsgcs.52.448.

F. 政策提言および実務活動

＜政策提言＞

なし

＜研究活動に関連した実務活動＞

G. 研究発表

1. 発表論文

なし

2. 学会発表

なし

3. **その他**
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
高橋宏和	がん予防		健康保険組合保険事業マニュアル		東京	2023	87-94
角田博子、島田友幸、高橋宏和、竹井淳子			乳がん検診を科学する	金原出版	東京	2023	
Morisada T, Aoki D	Assessment and Management of Cervical Cancer Screening Program in Japan.	Aoki D	Recent Topics on Prevention, Diagnosis, and Clinical Management of Cervical Cancer. (Comprehensive Gynecology and Obstetrics)	Springer Singapore	Singapore	2024	63-73
松田一夫	４章 便潜血検査(FIT)のすべて Q4, 5, 6, 7	間部克裕 松田一夫 松田尚久	大腸がん検診と大腸内視鏡スクリーニング　確実な大腸がん死亡率減少をめざして	文光堂	東京	2024年	19-28
加藤勝章（編集委員長）、他		日本消化器がん検診学会・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル改訂版編集委員会	対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024 改訂第 2 版	南江堂	東京	2024	
川島恵美、齊藤英子	95.乳がん検診の対象者と職域における考慮点としてどのようなものがあるか 96.子宮頸がん検診の対象者と職域における考慮点としてどのようなものがあるか	堀江正知 編集	職域の健康診断マニュアル	日本医事新報社	東京都	2025	181-184
加藤勝章（編集委員長）、他		日本消化器がん検診学会・胃 X 線検診のための撮影法マニュアル編集委員会	胃がん検診ための胃 X 線検査マニュアル 2025 改訂第 3 版	医学書院	東京	2025	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
立道昌幸, 深井航太, 古屋佑子, 中澤祥子	職域におけるがん検診の精度管理に関する課題と解決のための提言	日本消化器がん検診学会雑誌	62（3）	231-239	2024
泉陽子, 菰口高志, 立道昌幸, 三柴丈典 （参考資料）	職場におけるがん検診推進の背景と課題．～法定外健康情報の取扱いの適正化へ向けた序論～	産業保健法学会誌	2（2）	21-32	2023
岡田結生子, 齊藤英子, 雜賀公美子, 森定徹, 青木大輔, 高橋宏和.	がん検診実施施設における住民検診と職域検診との精度管理状況の違い克服に向けての取り組み -子宮頸がん検診を例に-	日本がん検診・診断学会誌	31（3）	35-41	2024
Fujiwara M, Yamada Y, Etoh T, Shimazu T, Kodama M, Yamada N, Asada T, Horii S, Kobayashi T, Hayashi T, Ehara Y, Fukuda K, Harada K, Fujimori M, Odawara M, Takahashi H, Hinotsu S, Nakaya N, Uchitomi Y, Inagaki M.	A feasibility study of provider-level implementation strategies to improve access to colorectal cancer screening for patients with schizophrenia	A feasibility study of provider-level implementation strategies to improve access to colorectal cancer screening for patients with schizophrenia	5	2	2024
Machii R, Takahashi H, Miyazawa J, Nakayama T	Cancer screening in Japan 2 years after the COVID-19 pandemic: Changes in participation, 2017-2021.	Prev Med Rep.	10	39	2024
Akiyama M, Ishida N, Takahashi H, Takahashi M, Otsuki A, Sato Y, Saito J, Yaguchi-Saito A, Fujimori M, Kaji Y, Shimazu T	Screening practices of cancer survivors and individuals whose family or friends had a cancer diagnoses-a nationally representative cross-sectional survey in Japan (INFORM Study 2020).	Cancer Surviv.	17	663-76	2023
Ishibashi N, Tabata T, Nonomura R, Oshima Y, Sasaki T, Mitomo H, Sugawara T, Sagawa M	Efficacy of durvalumab plus chemotherapy in small-cell lung cancer with Lambert-Eaton myasthenic syndrome.	Resp Med Case Rep	47	101974	2023
Ishibashi N, Tabata T, Nonomura R, Oshima Y, Sasaki T, Mitomo H, Sugawara T, Sagawa M	First case report of erlotinib plus ramucirumab treatment for lung carcinosarcoma with EGFR L858R mutation.	Thorac Cancer	14(34)	3415-3418	2023

松田　一夫	大腸癌の疫学	日本臨床増刊号 最新臨床大腸癌学 2023—最新の診断・治療と病態	81巻増刊号5	7-11	2023年
笠原 善郎、宇佐美 伸、辻 一郎、古川 順康、安藝 史典、大村 東生、隈 浩司、鯉淵 幸生、坂 佳奈子、藤吉 健児、増田 裕行、村田 陽子、森田 孝子、吉田 雅行	第 12 回全国集計報告 ー事業評価の観点からー 乳がん検診の全国集計 2022（対象 2019 年度）	日本乳癌検診学会誌	32（1）	67-76	2023
Ogawa T, Takahashi H, Saito H, Sagawa M, Aoki D, Matsuda K, Nakayama T, Kasahara Y, Kato K, Saitoh E, Morisada T, Saika K, Sawada N, Matsumura Y, Sobue T.	Novel Algorithm for the Estimation of Cancer Incidence Using Claims Data in Japan: A Feasibility Study.	JCO Glob Onco	9	doi: 10.1200/GO.22.00222	2023
David Chi-Leung Lam, Chong-Kin Liam, Sita Andarini, Samina Park, Daniel S. W. Tan, Navneet Singh, Seung Hun Jang, Varut Vardhanabhuti, Antonio B. Ramos, Tomio Nakayama, Nguyen Viet Nhung, Kazuto Ashizawa, Yeun-Chung Chang, Jamsak Tscheikuna, Cong Cung Van, Wai Yee Chan, Yeur-Hur Lai.	Lung Cancer Screening in Asia: An Expert Consensus Report.	J Thorac Oncology	18(10)	1303-1322	2023
中山富雄	改訂肺がん検診ガイドラインの骨子と低線量CTの対策型検診同導入への課題.	CT検診	30(2)	35-38	2023

岡田結生子	職域がん検診施設における精度管理状況に関する調査	慶應義塾大学大学院.健康マネジメント研究科.公衆衛生・スポーツ健康科学専攻.公衆衛生学修士論文			2023
高橋宏和	精度管理 -がん検診事業のあり方-	医学の歩み	第292巻 12号	944-948	2025
加藤勝章、小池智幸、青木利佳、赤羽たけみ、安保知典、鎌田智有、高橋宏和、山道信毅	胃がん検診にかかわる実態調査報告	日本消化器がん検診学会	第62巻6号	846-876	2024
高橋宏和	がん検診事業評価の現状と方向性	日本乳癌検診学会雑誌	第33巻2号別刷		2024
高橋宏和	健保組合が取り組む職域のがん検診	健康保険		6-9	2024
Kato H, Sagawa M, et al.	A prospective 10-year follow-up study after sublobar resection for ground-glass opacity-dominant lung cancer.	Sci Rep	14:1	21243	2024
佐川元保	肺がん検診：科学的根拠に基づくがん検診UPDATE 2025	医学のあゆみ	292:12	966-970	2025
森定 徹, 青木大輔	子宮頸がん検診 - 子宮頸部細胞診単独法とHPV検査単独法-	医学のあゆみ	292(12)	978-984	2025
森定 徹, 青木大輔	【エビデンスから見たがん検診】子宮頸がん検診	地域医学	38(2)	142-146	2024
岡田結生子,雑賀公美子, 高橋宏和, 青木大輔, 森定 徹, 齊藤英子	がん検診実施施設における住民検診と職域検診の精度管理状況の違いを克服するための取り組み - 子宮頸がん検診を例に -	日本がん検診・診断学会誌	31(3)	35-41	2024
松田一夫	日本における大腸がん検診の問題点―日本の大腸がん死亡率を他の先進諸国並みに減少させるには	医学のあゆみ 科学的根拠に基づくがん検診UPDATE 2025	292巻12号	961-965	2025

笠原 善郎、安藝 史典、宇佐美 伸、他	乳がん検診の全国集計 2023（対象 2020 年度）	日本乳癌検診学会誌	33（1）	59-67	2024
Teruhiko Terasawa, Toshihiro Tadano, Koichiro Abe, Seiju Sasaki, Satoyo Hosono, Takafumi Katayama, Keika Hoshi, Tomio Nakayama, Chisato Hamashima	Single-round performance of colorectal cancer screening programs: a network meta-analysis of randomized clinical trials.	BMC Medicine	23(1)	110	2025
Noriaki Takahashi, Mutsuhiro Nakao, Tomio Nakayama, Tsutomu Yamazaki.	Breast Cancer Screening Participation and Internet Search Activity in a Japanese Population: Decade-Long Time-Series Study.	JMIR Cancer	11	e64020	2025
中山富雄	がん検診の功罪　特に過剰診断について	腫瘍内科	32(4)	414-417	2024
加藤勝章、他	日本消化器がん検診学会胃がん検診精度管理委員会報告「胃がん検診に係る実態調査報告」	日本消化器がん検診学会雑誌	62	846－876	2024
加藤勝章、他	日本消化器がん検診学会　胃Ｘ線検診における DRL（診断参考レベル）策定小委員会報告「胃Ｘ線検診における医療被ばく線量最適化のための管理目標―胃Ｘ線検診の診断参考レベル（Diagnostic Reference Level: DRL）」	日本消化器がん検診学会雑誌	63	192－206	2025
加藤勝章、他	胃がん検診の課題-対策型検診を中心に-	医学の歩み	292	956－960	2025
磯前有香, 齊藤英子, 五十嵐歩惟,桂研一郎	健診施設におけるがん検診での確実な精検受診実現のためのシームレス勧奨の効果 －子宮頸がん検診要精検者を例に－	日本人間ドック・予防医療学会誌	39 巻 4号	598－602	2024
岡田結生子,齊藤英子, 雑賀公美子, 森定 徹, 青木大輔, 高橋宏和	がん検診実施施設における住民検診と職域検診の精度管理状況の違いを克服するための取り組み －子宮頸がん検診を例に－	日本がん検診・診断学会誌	31 巻 3号	35-41	2024
Zaitsu M, Ishimaru T, Tsushima S, Muramatsu K, Ando H, Nagata T, Eguchi H, Tateishi S, Tsuji M, Fujino Y	Incidence of coronary heart disease among remote workers: a nationwide web-based cohort study	Sci Rep	14(1)	8415	2024

Watanabe K, Iizuka S, Kobayashi T, Tsushima S, Hirohashi S, Yoshimi T, Zaitsu M	Daily walking habits can mitigate age-related decline in static balance: a longitudinal study among aircraft assemblers	Sci Rep	15(1)	2207	2025
岡田結生子,雑賀公美子,立道昌幸, 岡村智教,齊藤英子	職域におけるがん検診 ～職域検診版「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」案の作成～	産業衛生学雑誌	68巻2号	65-77	2026年3月
岡田結生子,齊藤英子,雑賀公美子,岡村智教,立道昌幸	職域検診と住民検診におけるがん検診精度管理の格差是正に向けて―住民検診の検診実施機関要チェックリストは職域検診でも活用できるのか―	日本がん検診・診断学会誌	33巻3号	56-64	2026年3月
齊藤英子, 岡田結生子, 雑賀公美子	組織型検診の実現に向けた検診情報の標準化と集約化の検討―自治体・健康保険組合へのインタビュー調査に基づく提言―	日本がん検診・診断学会誌	33巻3号	46-55	2026年3月
磯前有香,齊藤英子,前田由衣,丸山裕実,齋藤香絵,五十嵐歩惟,小菅里美,奈良千帆,大金志穂乃, 吉田紀子,花岡尚海,桂研 一郎	月経自覚症状の問診による婦人科受診推奨振り分けの効果的手法の検討	日本人間ドック・予防医療学会誌	40巻4号	129-133	2025年12月
齊藤英子,雑賀公美子,町井涼子	HPV検査単独法検診について受診者へ伝えるべきこと	産科と婦人科	92巻11号	1247-1252	2025年11月
齊藤英子,青木大輔	細胞診を用いた子宮頸がん検診の課題	内科総合誌	42巻9号	1383-1389	2025年8月
佐野弘子,齊藤英子,上田 和,永吉陽子,進 伸幸, 相田真介	当院での子宮頸部細胞診ASC-H判定症例の検討　―組織診診断結果と照合して―	日本臨床細胞学会誌	64巻4号	175-181	2025年7月
加藤勝章	胃がん検診の精度管理－胃がん検診の変遷と将来展望－	日本消化器がん検診学会雑	63	337-356	2025
只野敏浩, **加藤勝章**	Ⅰ総論　がん予防と発がん機序／がんの二次予防（がん検診）「大腸がん検診」	日本医師会雑誌	154	S64-S65	2025
加藤勝章	がん検診とリスク層別化検診の課題　一般集団を対象としたがん検診の最近の話題　「胃内視鏡検査を用いた胃がん検診の課題」	Medical Practice	42	1344-1350	2025
只野敏浩, **加藤勝章**	消化管がん検診における新規モダリティへの期待	内科	137	209	2025

Suguo Suzuki, Takeshi Kanno, Tomoyuki Koike, Takashi Chiba, Kiyotaka Asanuma, **Katsuaki Kato,** Yutaka Hatayama, Yohei Ogata, Masahiro Saito, Waku Hatta, Kaname Uno, Akira Imatani, Atsushi Masamune	Epidemiology of dyspepsia and esophagogastroduodenoscopic findings in the era of Helicobacter pylori eradication	World J Gastroenterol	31	110942	2025
笠原善郎、朱　劼琪	ブレスト・アウェアネス、誰が広げるその考え方と実践：放射線技師による取り組み	日本乳癌検診学会誌	25-1	38-42	2026
山口 美樹, 笠原 善郎, 安藝 史典,他.	乳がん検診の全国集計 2025（対象 2022 年度）	日本乳癌検診学会誌	25-1	86-98	2026
Watanabe K, Tabuchi T, Zaitsu M	Occupational disparities in common cancer screening participation among workers: a nationwide cross-sectional study in Japan	J Occup Health	67(1)	uiaf046	2025
Watanabe K, Kawachi I, Zaitsu M	Occupational Disparities in Cancer Survival Among the Working Population in Japan: 10-Year Survival Analysis Using the Kanagawa Cancer Registry	Cancer Med	14(13)	e71020	2025
Watanabe K, Iizuka S, Kobayashi T, Tsushima S, Hirohashi S, Yoshimi T, Zaitsu M.	Daily walking habits can mitigate age-related decline in static balance: a longitudinal study among aircraft assemblers	Sci Rep	15(1)	2207	2025
Tsushima S, Watanabe K, Hirohashi S, Yoshimi T, Fujino Y, Tabuchi T, Zaitsu M.	Occupational fall incidence associated with heated tobacco product use and lifestyle behaviors in Japan	Sci Rep	15(1)	20035	2025
Zaitsu M, Watanabe K, Nagayoshi M, Ikezaki H, Furukawa T, Kato Y, Koyanagi YN, Michihata N, Koriyama C, Suzuki S, Matsui D, Kuriki K, Takashima N, Ishizu M, Kageyama I, Tamura T, Wakai K, Matsuo K; Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort (J-MICC) Study	Educational disparities in mortality mediated by modifiable behavioral factors: Findings from the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study	Public Health	252	106142	2026

森定 徹	「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」のポイント	産科と婦人科	92(11)	1230-1235	2025
森定 徹	指針改正における HPV 検査単独法と運用のためのマニュアルについて	産婦人科の実際	74(10)	979-983	2025
Masanari Minamitani	Rethinking Local Cancer Overscreening in Japan: A Path toward Organized Screening.	JMA journal	9(2)	556-559	2026
Sakai K, Furuya Y, Nakazawa S, Fukai K, Sano K, Tatemichi M.	Effectiveness of educational videos in encouraging preferences for guideline-based cancer screening in japan: Three-arm pseudorandomized controlled trial.	J Med Internet Res.	28	e82322	2026