

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

職域におけるレセプトを用いたがん検診精度管理指標の計測システムの  
開発と実装に関する研究

研究代表者 村木 功 筑波大学医学医療系 教授

要旨

職域がん検診における精度管理を行う一つの手法として、レセプト情報の活用法の検討として、(1) レセプトを用いた精検受診判定ロジックの開発、(2) レセプトを用いた精検受診判定ロジックと自治体による追跡調査の比較、(3) レセプトを用いた精検受診判定ガイド(案)の作成、を行った。また、職域がん検診でのレセプト情報の活用事例として、(4) 精検未受診者受診勧奨の効果評価を行った。さらに、職域がん検診でのレセプト情報の活用における課題について、(5) 保険者における感度・特異度・がん有病割合・精検受診率の測定拡大と実装化の検討を行った。

(1) がん検診関連ガイドラインおよび診療ガイドライン、専門家の意見をもとに、レセプト情報を活用した精密検査受診判定ロジックの開発を行った。開発過程は(2)との連携を行い、不一致例の検討結果などから判定精度を高めた。本判定ロジックでは診療行為コードと傷病名コードの組み合わせにより精密検査受診を判定できるものとなっている。

(2) 石川県 X 市、茨城県 Y 市、大阪府 Z 市の国民健康保険加入者を対象として、レセプトを用いた精密検査受診判定と自治体が把握する精密検査受診との比較を行い、一致度の算出、不一致例の検討を行った。不一致例には、判定法において適切とした精密検査が行われていない者や追跡期間中の資格喪失者が含まれていた。茨城県 Y 市での検討結果から、(1)で開発した判定ロジックでの一致度は子宮頸がん検診(ASC-US 以外)を除き、89.2%~95.1%と高いことが確認された。

(3) (1) および (2) の結果を踏まえて、レセプトを用いた精密検査受診判定ガイド(案)を作成した。

(4) 精検未受診者へのレセプトを用いた精密検査受診再勧奨プログラムでは、精検受診率上昇効果は 4%ポイントであった。がん発見者の 2 割以上が精密検査受診再勧奨以降のがん発見者であった。健保組合においても同様の方法により実施が可能であった。

(5) がん検診精度管理指標算出システム(仮称)の保険者における運用は、比較的容易であったが、導入に関しては、がん検診結果の収集を行っていること、がん検診実施機関間の判定のばらつきを統一できること、がん検診結果とレセプト情報を突合できることなどの条件が課題であった。事業者における「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の認知度も低く、環境整備の推進について、継続的な検討・対策が必要である。

レセプト情報とがん検診判定結果と組み合わせた精検受診状況判定ロジックは精検受診率算出だけでなく、精密検査未受診者に対する受診再勧奨にも活用することで、がん検診受診者の利益を増大できることが期待される。ただし、継続的に検討が必要な課題もある。

## 研究代表者

祖父江友孝・大阪大学大学院医学系研究科環境医学・教授（令和4年4月～令和6年3月）

## 研究分担者

伊藤 正人・パナソニック健康保険組合産業保健センター・所長（令和4年4月～令和6年6月）  
（令和6年7月～令和7年3月：研究協力者）

小川 俊夫・摂南大学農学部公衆衛生学・教授

小松 雅代・大阪大学大学院医学系研究科環境医学・助教

高橋 宏和・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

立道 昌幸・東海大学医学部衛生学公衆衛生学・教授

吉田 直樹・パナソニック健康保険組合産業保健センター・所長（令和6年7月～令和7年3月）

## 研究協力者

青木 大輔・国際医療福祉大学大学院医学研究科公衆衛生学専攻・教授／医療法人財団順和会山王メディカルセンター・院長

笠原 善郎・福井県済生会病院・院長

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

雑賀公美子・JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター総合医療情報センター・医療情報分析室長

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

斎藤 博・青森県立中央病院 医療顧問

佐川 元保・東北医科薬科大学医学部光学診療部・教授

中山 富雄・国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部・部長

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 部長

（五十音順・敬称略）

## A. 研究目的

厚労科研費「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」班（令和元年～3年

度）において、レセプト情報を用いてがん新規診断例を把握する判定ロジックを開発した。さらに、この判定ロジックの妥当性を、①全国がん登録の頻度比較、②院内がん登録および地域がん登録との照合による個別判断比較を行い、概ね良好な成績を得た。この判定ロジックを用いてレセプトよりがん新規診断例を把握し、がん検診の感度・特異度・がん有病割合を測定した。協会けんぽや健保組合など職域保険者の協力のもと、5 がん検診の感度・特異度を実測した。今後この判定ロジックを用いて保険者においてがん検診の感度・特異度・がん有病割合を実測し、職域がん検診の精度管理を進めることが期待される。また、市町村においても国保レセプトを用いて同手法にて、自治体におけるがん検診の精度管理を進めることが可能となる。

一方、職域では、がん検診精検結果を企業側が把握することが個人情報管理上好ましくないとの懸念もあり、精検受診状況が把握されていない場合が多い。精検を保険診療でカバーしている場合、医療機関に問い合わせをすることなく、精検受診状況をレセプトで判定することが可能である。

本研究班は、保険者の保有するレセプト情報を活用することで可能となったがん検診の精度管理指標（感度、特異度、がん有病割合）の計測を、さらに多くの保険者でも適用するとともに、レセプト情報を活用した精検受診状況の判定ロジックの妥当性を検討する。さらに、その結果把握された精検未受診者に対して受診勧奨することで、精検受診率の改善状況を検討する。

## B. 研究方法

### （1）レセプトを用いた精検受診判定ロジックの開発

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針、地域保健・健康増進事業報告作成

要領、各種がん検診関連ガイドライン、各種がん診療ガイドラインを踏まえ、レセプト分析に精通した研究者が精検受診判定ロジック（案）を作成した。班会議などにおいて、各種がん検診の専門家を交えた議論を繰り返し、判定ロジック（案）を修正し、完成させた。判定ロジック（案）から完成に至る各過程において、（2）レセプトを用いた精検受診判定ロジックと自治体による追跡調査との比較を行い、自治体を実施するがん検診およびその追跡調査との整合性についても確認を繰り返した。

#### （2）レセプトを用いた精検受診判定ロジックと自治体による追跡調査の比較

石川県 X 市（2012～2021 年度）、茨城県 Y 市（2015～2019 年度）、大阪府 Z 市（2016～2019 年度）の国民健康保険加入者で、がん検診で要精密検査の判定であった者のうち、がん検診受診後 1 年以上継続的に加入している者を対象とした。レセプトを用いた精密検査受診判定と自治体による追跡調査で把握された精密検査受診情報とを一致度にて比較した。不一致例について、レセプト情報を詳細に確認し、その原因を検討した。

また、がん罹患率において、がん検診での要精密検査を契機にしない場合でも確定診断のための精密検査を受けるため、レセプトを用いることで精密検査受診が過大評価される可能性がある。そこで、レセプトを用いた精密検査受診判定と自治体による追跡調査で把握された精密検査受診情報との比較について、がん罹患の有無による層別化しての比較も実施した。がん検診受診から時間が経過した精密検査では、がん検診以外を契機とした精密検査の可能性が高いと予想されることから、がん検診受診から精密検査受診までの期間の分布も確認した。なお、がん罹患判定は、対象がんの傷病名（疑い除く）と関連診療行為の組み合わせによる小川らの方法を用いた（JCO Glob Oncol. 2023 Jan;9:e2200222.）。

#### （3）レセプトを用いた精検受診判定ガイド（案）の作成

（1）（2）の結果を踏まえて、また、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針、地域保健・健康増進事業報告作成要領との整合性も考慮して、研究分担者、研究協力者との検討を重ねて、がん検診要精密検査におけるレセプトを用いた精密検査受診判定ガイド（案）を作成した。資料 1 は同ガイド（案）の一部抜粋である。

#### （4）精検未受診者受診勧奨の効果評価

2 期間（2021 年 10 月～2022 年 1 月、2022 年 11 月～2023 年 5 月）の大腸がん検診での要精密検査者において、がん検診受診後 5 か月後時点（レセプトはがん検診受診後 3 か月後まで）でレセプトにより精密検査受診なしと判定された者を対象に、がん検診受診後 6 か月後時点で精密検査受診再勧奨通知ハガキを郵送した。評価は再勧奨後 3 か月後時点でレセプトを用いて、精検受診率、がん罹患患者数の算出して行った。各期間について、それぞれ 2021 年 6 月～9 月、2022 年 4 月～10 月の大腸がん検診での要精密検査者を比較対照とした。精検受診率の群間比較はカイ二乗検定により行った。

協力を得られた 8 健保組合においても胃がん X 線検査、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診について、同様の方法により精密検査受診再勧奨を行い、前後比較により精検受診率への効果評価を行った。

なお、レセプトによる判定には、厚労科研究「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」（21EA1009）において開発した判定ロジックを用いた。

#### （5）保険者における感度・特異度・がん有病割合・精検受診率の測定拡大と実装化の検討

1) 保険者における運用上の課題の検討  
定期健康診断と同時に肺がん、大腸がん、

胃がんのがん検診を実施し、要精検者（精密検査を無料で受診可）への精検受診勧奨を行っている某健保組合において、精検結果を自社システムに登録することでがん発見率等のプロセス指標を算出している。

そこで、がん検診精度管理指標算出システム（仮称）を用いて、レセプトで特定されたがん患者数と自走システムで追跡できた数を比較した。また、施設毎の感度特異度の算出を行った。

## 2) 保険者における導入上の課題の検討

がん検診精度管理に興味を示した健保を対象に、実際のデータ抽出を行い、保険者ががん検診精度管理システム（仮称：SPSS バージョン）を用いて、精度管理指標を算出する手順書を作成する目的で、ヒアリングを行った。

## 3) 事業者における導入体制上の課題の検討

国内企業の 20～69 歳の人事総務担当者および経営者を対象に、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の認知度とがん検診実施に関するインターネット調査を行った。

（倫理面への配慮）

個人単位の詳細データを扱う場合、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に従って研究計画書を作成し、各施設の倫理審査を受けて実施した。

## C. 結果

### （1）レセプトを用いた精検受診判定ロジックの開発

各種がん検診関連ガイドライン、各種がん診療ガイドラインから、適切な精密検査を定義して、診療報酬請求における診療行為コードと対応させた。傷病名の併用が必要な場合には、診療行為コードと傷病名コードの組み合わせにより、精密検査受診判定ロジックを開発した。

診療行為コードから精密検査の適切性が判断できない場合の取り扱いなどの専門家間でも意見の分かれる点については、班会議や電子メールでの個別相談により各がん検診の専門家と協議して、確定した。なお、開発過程において、適宜（2）レセプトを用いた精検受診判定ロジックと自治体による追跡調査の比較、不一致例の検討を行い、判定ロジックの課題などの判断材料とした。

### （2）レセプトを用いた精検受診判定ロジックと自治体による追跡調査の比較

（1）の開発過程において、3地域で判定ロジックと自治体による追跡調査による精密検査受診の比較を行った。不一致例の検討から、①レセプト判定（-）/自治体把握（+）は、適切な精密検査が行われていない事例や国民健康保険の資格喪失が集計に適切に反映されなかった事例が確認された。含めるべき診療行為コードが確認された場合は（1）の開発過程にフィードバックし、判定ロジックの修正を行った。②レセプト判定（+）/自治体把握（-）は、自治体による追跡調査での把握漏れの可能性が高かった。

（1）にて開発した判定ロジックと自治体による追跡調査による精密検査受診把握の比較を、最終的に茨城県 Y 市を対象に行った。その結果、一致度は肺がん検診で 89.2%、胃がん検診で 95.1%、大腸がん検診で 92.0%、乳がん（マンモグラフィ）で 95.1%、子宮頸がん（ASC-US）で 90.2%、子宮頸がん（ASC-US 以外）で 52.4%であった。

### （3）レセプトを用いた精検受診判定ガイド（案）の作成

（1）（2）の結果を踏まえて、また、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針、地域保健・健康増進事業報告作成要領との整合性も考慮して、研究分担者、研究協力者との検討を重ねて、がん検診要精検者におけるレ

セプトを用いた精密検査受診判定ガイド（案）を作成した。資料1は同ガイド（案）の一部抜粋である。

#### （4）精検未受診者受診勧奨の効果評価

協会けんぽ大阪支部が提供した大腸がん検診において、2021年10月から2022年1月（4か月間）、2022年11月から2023年5月（7か月間）の要精密検査の判定を受けた者で、3か月以内に大腸内視鏡検査を受診していない者を対象として、検診から約6か月後に精密検査受診再勧奨通知を郵送した。精密検査受診再勧奨通知を実施しなかった2021年6月から9月、2022年4月から10月の大腸がん検診で要精密検査の判定を受けた者を比較対象とした。精密検査受診再勧奨時点とその3か月後時点の精密検査受診率はそれぞれ介入群で33.3%、38.0%（+5.7%ポイント）、対照群で32.9%、34.6%（+1.7%ポイント）で、群間差は+4.0%ポイントであった。

がん検診要精検者のうち、がん治療を開始したと推定される患者は304人であり、そのうち、64人（21.5%）が精検受診勧奨後の患者であった。勧奨対象者の方が非対象者よりも医療費が平均で約1800点低かったが、有意ではなかった。

協力を得られた8健保組合において、同様に精密検査受診再勧奨を実施したところ、精検受診率は胃X線検査で+6.4%ポイント、大腸がん検診で+4.9%ポイント、肺がん検診で+12.0%ポイント、乳がん検診で+7.8%ポイント、子宮頸がん検診で+11.0%ポイントの増加が確認された。なお、比較対照を設定していない前後比較のため、この増加には自然増と受診再勧奨による効果が混在したものである。

#### （5）保険者における感度・特異度・がん有病割合・精検受診率の測定拡大と実装化の検討

##### 1）保険者における運用上の課題の検討

がん検診精度管理指標算出システム（仮称）を用いたがん罹患者把握および感度、特異度の算出は容易に実施可能であった。

自走システムと比べて、レセプトを用いると、がん患者が多く発見される傾向にあった。がん検診を実施している36施設間での感度・特異度は、胃がん検診で感度は平均67.7%（幅0.0%～100%）、特異度は平均99.4%（幅96.3%～100%）であり、肺がん検診で感度は平均61%（幅0%～100%）、特異度は平均99.8%（幅98.5%～100%）であった。

##### 2）保険者における導入上の課題の検討

がん検診精度管理指標算出システム（仮称）を導入した健保組合では、①がん検診結果を収集するモチベーションの課題、②がん検診機関間での判定が統一されておらず、医療専門職がいないと取り扱いが困難、③がん検診データとレセプト情報の突合に課題があるとの意見があった。

##### 3）事業者における導入体制上の課題の検討

人事総務担当者または経営者1,837人（経営者909人、人事総務担当者928人）より回答を得た。産業医に相談できる者の割合は55.8%であるのに対し、保健師・看護師に相談できる者の割合は30.4%であった。精度管理の言葉を知っている者の割合は78.7%、マニュアルを知っている者の割合は9.4%であった。精密検査受診勧奨を行っている者の割合は34.8%、プロセス指標を算出している者の割合は2.6%、プロセス指標を出したいと考えている者の割合は5.0%であった。

## D. 考察

本研究班では、各種ガイドラインや各がん検診専門家との検討を重ねて、レセプトを活用したがん検診精密検査受診判定法を開発した。本判定法を用いることで、自治体によるがん検診

の追跡調査により把握される精密検査受診者と同程度の把握が可能であり、自治体が把握できなかった精密検査受診者も把握できる。ただし、がん罹患者においては確定診断のための詳細な検査が行われることから、がん検診での要精密検査に関わらず、精密検査受診ありと判定されるため、がん罹患者では精密検査受診を過大評価する点に注意が必要である。精検受診率が低い場合に特に影響が大きくなることから、精検受診率が低い場合にはがん罹患も考慮して精検受診率を評価するのが望ましい。

レセプトを用いた精密検査受診判定法の活用により、プロセス指標の把握が可能となる。また、レセプトを用いて判定された精密検査受診者をがん検診要精検者から除くことで、精検未受診者を同定することが可能である。これにより精検未受診者への精検受診再勧奨への活用も可能となる。レセプトを用いて精検未受診者を把握し、精検受診再勧奨を行うプログラムを保険者に適用することで精密検査受診が増える一定の効果が確認された。ただし、レセプト情報が活用可能となるまでに2～3か月を要するため、本プログラムでは精検受診再勧奨を行う直前の2～3か月に精密検査を受診した者を対象者から除外することができない点が課題である。この課題について、精密検査受診後に通知が届く場合があることを通知内で明示するなどの対応が必要である。

精密検査受診勧奨の効果を大規模に検討した報告はほとんどない。カナダのオンタリオ州で2008年9月から2011年2月に便潜血検査陽性だった39,105人に対し、郵送による精密検査受診勧奨通知を送った効果を導入前後での比較を行った先行研究がある。この先行研究では郵送による精密検査受診勧奨前後で大腸内視鏡検査の受診率が約16%から約20%に上昇しており、本研究班での検討と同程度の効果(+約4%ポイント)が報告されている(Stock D, et al. Implement Sci 2015;10:35)。要精検者で精密検査

受診が健診から7か月後以降では進行がんのリスクが有意に高く、7～12か月後でオッズ比が1.55(95%信頼区間:1.05-2.28)、12か月後以降で3.22(2.44-4.25)であると報告されている(Corley DA, et al. JAMA 2017;317:1631-1641.)。本研究班での検討と先行研究の結果を踏まえると、レセプトデータの活用により精密検査受診勧奨が促進されれば、早期治療開始につながり、がん検診受診者の利益が増大されることが期待できる。より効果を高めるための精密検査受診再勧奨方法の検討が必要である。

保険者への社会実装における課題の検討から、システム提供による運用は環境が整っていれば、比較的容易であった。しかし、保険者が受診機会を提供しているがん検診は、保険者が精度管理を行うメリットを感じにくく、受診機会提供にとどまっている場合も多いことが予想される。また、がん検診結果の収集は個人情報保護の観点から敬遠されやすい。さらに、がん検診結果を収集したとしても、がん検診実施機関の間でがん検診結果の判定が統一されおらず、がん検診結果とレセプト情報の突合キーの作成が必要であることから、システム提供だけでは普及が容易には進まないことが予想される。加えて、事業者において、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を認知している人事総務担当者および経営者は少なく、がん検診に対する姿勢が十分に整っていない環境である可能性が高い。以上のことから、保険者・職域におけるがん検診精度管理の推進および精密検査受診率の向上には環境整備の重要性が大きいと考えられる。

## E. 結論

本研究班で、レセプトとがん検診判定結果と組み合わせた精検受診状況判定ロジックの開発を行い、その解説文書として、レセプトを活用したがん検診精密検査受診判定ガイド(案)

を作成した。本判定法は精検受診率算出だけでなく、精密検査未受診者に対する精密検査受診再勧奨に活用することで、がん検診受診者の利益を増大できることが期待される。

ただし、医療提供体制の地域差の判定精度への影響は十分に検討されていないこと、保険者におけるがん検診データの管理状況などによる運用上の課題が想定されることから、継続的な検討が必要である。

5月23日提出。

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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. doi: 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)

中澤祥子ら. 科学的根拠に基づくがん検診に関するマニュアルの認知度調査. 第95回日本衛生学会総会 (2025年3月21日、埼玉県さいたま市、ソニックシティ)

## 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

がん検診要精検者における  
レセプトを用いた精密検査受診判定ガイド  
第1版(案)

令和7年3月

厚生労働科学研究費補助金(がん政策推進総合研究事業)  
「職域におけるレセプトを用いたがん検診精度管理指標の計測システムの開発  
と実装に関する研究(令和4～6年度)」研究班

内容

1. はじめに	・・・ 1
2. 目的	・・・ 2
3. 使用上の注意	・・・ 2
4. レセプトを用いた精密検査受診判定方法	
1) 使用するデータおよび判定法の考え方	・・・ 3
2) レセプト情報の概要	・・・ 3
3) 胸部X線検査 (肺がん検診)	・・・ 5
4) 胃部X線検査 (胃がん検診)	・・・ 6
5) 便潜血検査 (大腸がん検診)	・・・ 7
6) マンモグラフィ (乳房X線) 検査 (乳がん検診)	・・・ 8
7) 子宮頸部細胞診検査 (子宮頸がん検診)	・・・ 9
5. 研究班構成員名簿	・・・ 12

## 1. はじめに

がん検診は、がんの早期発見・早期治療を行うことで、がんの死亡率を低下させることができる重要な対策である。精度の高いがん検診を多くの人が受診し、要精密検査（以下、要精検）であったすべての者が、速やかに、かつ適正な精検を受診することによって、はじめてその効果が期待される。がん検診受診者の利益の最大化と不利益の最小化のために、要精検となった者、その中で精検を受診していない者を正しく把握し、要精検率、精検受診率などのがん検診のプロセス指標による適正な精度管理を行うことが最も重要である。

要精検率はがん検診結果の適正な管理により容易に把握可能であるが、精検受診率（精検受診者・精検未受診者）は本人や医療機関などへの問い合わせが必要であり、容易に把握できない。とくに職域でのがん検診においては、個人情報保護法に従い、書面による本人同意に基づく調査が不可欠であり、調査体制も整っていないことから、悉皆的な調査が極めて困難である。このため、わが国では職域でのがん検診の精度管理が可能ではなく、ひいては国レベルでのがん検診全体の精度管理も現状可能ではない。そこで、厚生労働科学研究費補助金（がん政策推進総合研究事業）「職域におけるレセプトを用いたがん検診精度管理指標の計測システムの開発と実装に関する研究（令和4～6年度）」研究班では、がん検診の精度管理促進のため、精検受診者・精検未受診者の把握方法を検討してきた。

令和4年国民生活基礎調査によれば、がん検診受診者の実態として、がん検診を受診した労働者の約70%が肺がん検診、胃がん検診、大腸がん検診を勤め先等で受診しており、約40%～50%が乳がん検診、子宮頸がん検診を勤め先等で受診している。また、2022年度保険者データヘルス全数調査によれば、被用者保険者または事業主の約90%が被保険者・従業員に、約80%が被扶養者・従業員家族に、がん検診の受診機会を提供している。<sup>1</sup>これらのことから、被用者保険加入者におけるがん検診の精度管理の推進の重要性は大きい。しかしながら、要精密検査対象者を把握し、要精密検査対象者への受診勧奨とその後の精密検査受診状況まで確認している保険者は20.4%にとどまっている。<sup>1</sup>その57.3%においてレセプトを用いて精密検査受診を確認しているが、レセプトを用いて精密検査受診を把握する方法の妥当性についての検討は十分になされていない。

第4期のがん対策推進基本計画における「第2 分野別施策と個別目標（2）がんの2次予防（がん検診）②がん検診の精度管理等について」の取り組むべき施策として、「国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。」とされている。

1 第37回がん検診のあり方に関する検討会（令和5年1月30日開催） 資料4 被用者保険におけるがん検診の実施状況について

## 資料 1 (続き)

こうした背景を踏まえ、保険者が保有する診療報酬明細書（以下、レセプト）を用いた精密検査受診判定法の検討を行い、「がん検診要精検者におけるレセプトを用いた精密検査受診判定法ガイド」を作成したので、ここに提示する。

### 2. 目的

本ガイドは、保険者が保有するレセプト情報を用いて、がん検診要精検者における精密検査受診を簡便に把握することをもって、精密検査未受診者に対する受診勧奨を行うなど、がん検診の適切な運用を促し、がんの早期発見・早期治療の推進を図ることにより、被保険者のがん検診受診による利益の最大化を目的とする。

### 3. 使用上の注意

本判定法は、表 1 のがん検診検査を対象に開発されたものであり、その他のがん検診検査への利用では適切に評価できない。

表 1. 対象とするがん検診

肺がん検診	胸部 X 線検査
胃がん検診	胃部 X 線検査
大腸がん検診	便潜血検査
乳がん検診	マンモグラフィ（乳房 X 線）検査
子宮頸がん検診	子宮頸部細胞診検査

## 5. 研究班構成員名簿

厚生労働科学研究費補助金 (がん政策推進総合研究事業)

「職域におけるレセプトを用いたがん検診精度管理指標の計測システムの開発と実装に関する研究 (令和4～6年度)」研究班

注 期間の明示がない者の任期は、令和4年4月～令和7年3月である。役職は任期末時点である。

### 研究代表者

- 祖父江 友孝 大阪大学大学院医学系研究科環境医学 教授  
(令和4年4月～令和6年3月)
- 村木 功 筑波大学医学医療系・ヘルスサービス開発研究センター  
社会健康医学 教授 (令和6年4月～令和7年3月)  
(令和4年4月～令和6年3月：研究分担者)

### 研究分担者

- 伊藤 正人 パナソニック健康保険組合産業保健センター 前所長  
(令和4年4月～令和6年6月)  
(令和6年7月～令和7年3月：研究協力者)
- 小川 俊夫 摂南大学農学部食品栄養学科公衆衛生学 教授
- 小松 雅代 大阪大学大学院医学系研究科環境医学 助教
- 高橋 宏和 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
- 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
- 吉田 直樹 パナソニック健康保険組合産業保健センター 所長  
(令和6年7月～令和7年3月)

### 研究協力者

- 青木 大輔 国際医療福祉大学大学院医学研究科公衆衛生学専攻 教授  
医療法人財団順和会 山王メディカルセンター 院長
- 笠原 善郎 福井県済生会病院 院長
- 加藤 勝章 公益財団法人富城県対がん協会がん検診センター 所長
- 雑賀 公美子 JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター総合医療情報センター  
医療情報分析室長
- 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
- 斎藤 博 青森県立中央病院 医療顧問
- 佐川 元保 東北医科薬科大学医学部光学診療部 教授
- 中山 富雄 国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部 部長
- 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 部長

(五十音順・敬称略)