

Ⅱ．分担研究報告書

1. 職域における動画を用いた精度管理推進に関する研究
(精度管理)

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

職域における動画を用いた精度管理推進に関する研究

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

平成 30 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」を公表し、精度管理についても実施することを推奨している。しかし、精度管理については、その言葉を含め十分に理解されておらず、実施している健保や企業はほぼ皆無である。当該研究では、職域における「精度管理」について理解しやすい動画とホームページを作成し、その普及啓発を行った。精度管理とは、1) チェックリストにより適切ながん検診が実施されていること、2) プロセス指標により必要なフォローが行われており、がんが期待通り発見されていること、3) 不利益である偽陽性が過剰に増加していないかをモニタリングし、もしがん検診の過程において課題がある場合にはそれを修正し、適正ながん検診が実施されるように PDCA が回ることにある。本研究では、2) 3) に関して理解しやすくすることを目的として動画作成を行った。また、動画では時間が限られることから補足をホームページ版で作成した。この内容についての評価や効果検証については、効果検証班として実施したので、別の報告書（中澤祥子・立道昌幸）を参考されたい。また、精度管理としてプロセス指標を用いる場合には、課題として、がん検診の判定結果の把握、要精密検査判定者の特定、要精検者に対する受診勧奨、要精検者の受診結果（がんの発見）の情報を入手することである。特に検診機関によっては判定が複雑で要精検者の特定に苦慮する場合が多い。また、精検結果を把握することも個人情報の観点から困難な場合が多い。従って、結果把握をする手段をあわせて検討する必要があることから、当該研究班ではその手段についても、3つの方法が考えられたのでそれぞれについてHP上に公開した。

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

佐川 元保：東北医科薬科大学 客員教授

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

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

笠原 善郎：恩賜財団福井県済生会病院 病院長

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

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

小川 俊夫：摂南大学 教授

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

森定 徹 : 杏林大学医学部 産科婦人科学教室 教授
南谷 優成 : 東京大学医学部附属病院放射線科 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
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
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

A. 研究目的

厚生労働省は平成 30 年 3 月に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」(1)を公表した。その中で、基本的には「指針に基づくがん検診の実施」と「精度管理」の実施について触れられている。指針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。

B. 研究方法

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。

尚、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のみを解説し、詳細はホームページで補足した。

C. 研究結果

HP は、

<https://seika2.med.u-tokai.ac.jp/index.html>
に掲載した。

この中での

①「精度管理とは」考え方の整理についての記述 : HP の部分を以下に示す。

HP の記述内容

「がん検診には利益と不利益があることから、精度管理が不可欠です。精度管理とは、検査の精度のことを思われがちですが、本来の意味は、がん検診が適切に行われているかどうかを検証しながら不備な点を改善していくことです。がん検診の精度管理には、検診対象者の選定、受診者への説明、受診勧奨、検査の適正な実施、結果の説明、要精検者の精検受診と結果の確認、精検不要者への次の検診受診勧奨まで、実施すべき多くのことが含まれています。このがん検診の精度管理の「指標」として、「チェックリスト」と「プロセス指標」があります。両者をモニタリングして、フィードバック・改善する、いわゆる PDCA を回しながら、不利益を最小化し利益を最大化することが事業評価の目的です。

以下の仕組みを作り、改善していくことが必要です。

- ① 職域におけるがん検診マニュアルに従って対象者を決定する (他の[動画](#)参照)
 - ② チェックリストを用いて検診機関に適切にがん検診を実施してもらう ([チェックリスト](#)参照)
 - ③ プロセス指標を算出してがん検診の実施後のフローが適切かをチェックする
 - ④ 期待されるがん発見率、陽性反応的中度となっているかを確認する
- ③と④については、以下の動画でわかりやすく解説していますので、ご覧下さい。」との表現とした。

動画の解説部分の HP の記述内容を以下に示す

「動画の実際の内容については別紙参照」

○がん検診の精度管理とは

がん検診は、実施するだけではなく「がんが期待通り発見されているか?」「偽陽性などの不利益が多くなっていないか」などを評価することが大切です。精度管理とは、検査の精度のことを思われがちですが、本来の意味はがん検診が適切に行われているかどうかを検証しながら不備な点を改善していくことです。がん検診の精度管理では、「チェックリスト」とともに、「プロセス指標」を用いてモニタリング・フィードバック・改善することで、不利益を最小化し利益を最大化します。

○がん検診の流れ

がん検診は、マニュアルにおいて推奨される年齢、検診間隔に基づいて対象者を決定します。毎年実施すべき検診と、2年に1回の検診があります。乳がん、子宮頸がん等の2年に1回の検診を毎年提供することは推奨できません。

まず、がん検診を行って精密検査が必要な人を絞り込みます。そして、より詳しい精密検査をすることで、治療が必要ながん、あるいは前がん病変を発見するのが一連の流れとなっています。

○有効に機能しているか?を評価する＝精度管理

この一連の流れ全体が有効に機能しているのかを評価することを精度管理といい、「プロセス指標」とよばれる値で評価します。

がん検診では、

- 1 がん検診を受診する
- 2 精密検査が必要な人を絞り込む
- 3 精密検査を受診する
- 4 がん（前がん病変を含む）を発見する

この一連の段階におけるそれぞれの割合を算出して評価します。そのため、それぞれの人数を把握する必要があります。

○プロセス指標について

受診率とは

受診率とは、がん検診受診対象となっている人の中で、実際に受診した人の割合で表されます。受診率は高いことが望ましく、もし低い場合には、受診の機会が十分に確保されているか、また受診の利便性が適切であるか等を確認する必要があります。受診勧奨を含め受診率を高める工夫を行うことが大切です。また、子宮頸がんや乳がん検診のように2年に1回が推奨される検診では、前年度受診者を受診率に計上しないなど、真の受診状況を把握することから精度管理が始まります。

要精検率とは

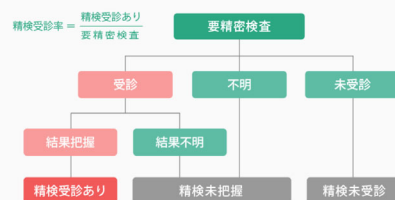
要精検率とは、「受診者」の中で「精密検査が必要」と判定された人の割合です。この値については、検診方法や対象となる年齢によって基準値が示されています。

要精検率が高すぎると、必要のない精密検査を受ける人が増え（偽陽性）、低すぎるとがんを見逃す可能性（偽陰性）が高くなるため、基準値に近い値であることが望ましいとされています。例えば、胃がん、大腸がんや肺がん検診では、この数値が低い場合には、有病率の低い若年者の受診者が多くないか確認をしてください。

3. 検診機関から情報を得る

検診機関には、要精密検査受診者に対して紹介状を発行して精検受診勧奨することを求めています。検診受診時にその結果を健保に提供するように事前に交渉しておきます。

尚、精検受診率に関しては、以下のようなフォローで適切な精密検査を受けてその結果が把握できた場合、精検受診ありとカウントされて、要精検者数で除した値が、精検受診率となります。精検したかどうか分からない場合や、精検を受診したが結果が分からない場合を未把握、未受診であると判明した場合を未受診と定義されています。



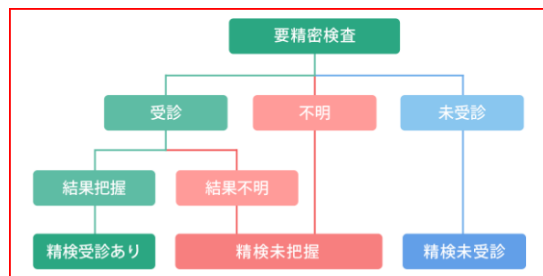
精検受診率と精検未把握率について

精密検査を受診し、結果を把握していれば「精検受診あり」となります。

次に、精検を受診しているか不明、または受診結

果を確認できていない場合は「精検未把握」となります。

最後に精検を未受診であることを確認できた場合は「精検未受診」に分類されます。



精検受診率とは

精検受診率とは、要精検者が実際に適切な精密検査を受診して、結果を確認できた割合を示します。この精検受診率ががん検診の事業評価にとって非常に重要であり、100%近くないとがん検診を実施した意味がなくなります。精検結果を具体的に把握する方法については、こちらのページで紹介しています。

- [精検受診者の結果を把握する](#)

まだ精検を受けていないと分かった人に対しては、積極的に受診勧奨することが重要です。受診勧奨の方法については、以下のページを参照ください。

- [健保組合単独で行う精検受診勧奨](#)
- [会社が行う精検受診勧奨における留意点について](#)

精検受診率が低いと、これ以降のプロセス指標であるがん発見率や陽性反応的中度の評価が適切にできなくなりますので、重要な指標です。

精検未把握率とは

精検受診したかどうかわからない、あるいは、精検結果がわからない人の割合を、精検未把握率と呼びます。

精検未把握率はできるだけ低いことが望ましく、ゼロに近いことが理想です。未把握が多いと、がん発見率や陽性反応的中度が適切に評価できません。

がん発見率とは

がん発見率とは、その検診において適正な頻度でがんが発見できているかを示す値です。

基本的に高いことが望ましいですが、基準値に比べ極端に高い値の場合は、受診者のがんの有病率が高い可能性があるため、原因を検討する必要があります。

例えば、がんの有病率が高い年代に偏っていないか？がん検診を初めて受ける人や長い期間検診を受けていなかった人（3年以上）が多いとがん発見率は高くなります。逆に低い値の場合は、精検受診率が低くないか、受診の把握漏れ、有病率の低い年代に偏っていないか等の確認が必要です。子宮頸がんや乳がん検診など2年に1回が推奨されている検診を毎年受けている人が多い場合もがん発見率は低くなります。これらの原因がなく、低い値である場合が続いた時は、見逃し例が多くないか各検診機関に判定基準などを問い合わせてみることも考えます。

がん発見率の基準値					
	胃がん (X線)	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
50-74 歳	0.19%以上				
40-74 歳		0.21%以上	0.1%以上	0.4%以上	0.14%以上
20-74 歳					0.15%以上
20-39 歳					0.18%以上

注) 子宮頸がんの発見率はがんだけでなく CIN3 が含まれています。
出典: 全国がん検診実施状況データブック 2023

陽性反応的中度とは

陽性反応的中度とは、がん検診で「要精検」と判定された人のうち、実際にがんが発見された割合を示す指標で、効率よくがんが発見されたかの指標になります。また、この値が低いと偽陽性であった人が多いことになります。

基本的には、高いことが望ましいですが、極端に高い場合は、症状がある方ががん検診を受けている、がん検診を初回受診する者に偏っている、有病率の高い年代に偏っている、などをチェックしましょう。

低い場合は、がん発見率が低い、精検受診率が低

い、有病率の低い年代に偏っている、などが考えられます。

陽性反応の中度の基準値					
	胃がん (X線)	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
50-74 歳	2.5%以上				
40-74 歳		3.0%以上	4.1%以上	6.1%以上	7.3%以上
20-74 歳					5.9%以上
20-39 歳					4.4%以上

出典：全国がん検診実施状況データブック 2023

まとめ

このようにプロセス指標を算出して、基準値と比較して、がん検診によって適切にがんが発見されているか、不必要な精密検査が増えるなどの不利益が多くなっていないか等、検診全体の評価をしましょう。ただし、対象人数が少ない場合は数値が大きく変動するため、数年間分をまとめて評価するなど工夫が必要な場合があります。精度管理を通じて、がん検診事業を振り返り、PDCAを回すことが大切です。がん検診受診率を高めるとともに、特に精検受診率が低い場合が最も重要なので、その対策について考えます。

プロセス指標まとめ	
受診率	= (実際に受診した人数 / がん検診受診対象者) × 100
要精検率	= (要精検者数 / がん検診受診者数) × 100
精検受診率	= (精検受診者数 / 要精検者数) × 100
(精検未把握率)	= (未把握者数 / 要精検者数) × 100
がん発見率	= (がんであった人数 / がん検診受診者数) × 100
陽性反応の中度	= (がんであった人数 / 要精検者数) × 100

D：考察

これまでの事前調査では、職域でのがん検診実施については、検診機関、検診代行機関、検診担当者（企業、健保側）が関与し、そもそもどこが精度管理する責任を負っているのかもはっきりしていない。また、それぞれで精度管理という言葉と重要性を認識していない現状では、単にがん検診は実施することが目的化されている。本研究については、検診機関についてはチェックリストでの適正ながん検診実施を求め、さらには精検受

診勧奨までを求めている。一方で、健保組合は全体のがん検診の流れを把握し、精度管理することを想定して作成した。

精度管理する場合には、第一に指針に基づくがん検診が実施されていることが不可欠である。

第二に、がん検診を実施していく課程での対象者を把握することである。がん検診対象者と受診者の比により受診率が、

がん検診受診者と要精検者を把握することにより、要精検率が把握できる。要精検受診率については、精検結果を把握できてこそ、要精検受診率に含まれる点が重要である。従って、精検受診者に対して、精検受診結果を把握することが重要であるととも難易度が高い。

精検結果を把握するには、3つの方法が考えられる。検診機関が紹介状を発行し、その結果を受診医療機関から得る方法、健保等が、精検受診勧奨時に、その結果を健保に報告してもらうフォーマットを提供し、結果を提出してもらう方法。3つめには、レセプトによって精検受診の有無とその後の治療行為によってがんと判断して精検結果を予測することである。本研究班では、レセプトを用いた精検受診とがん患者の特定による精度管理の手法（祖父江班）と連携し、その方法について紹介するとともに、社会実装に関する実証研究を行った（分担研究者：小川俊夫）。

精度管理については、検診機関からのがん検診の判定結果が複雑であり、自治体検診のように要精検か否かの2値化されていない点、そもそも所見のみでがん検診以外の判定結果が存在し、複雑であることから、医療職がいない健保組合では、精検の必要性の有無を判断することが不可能である。従って一義的には、検診機関が精検の必要性の有無を判断して、精検受診勧奨を実施し、そのリストとともに、医療機関側からの判定結果を把握し、健保組合と情報共有することが望まれる。

レセプトを用いた精度管理を実施する場合には、レセプトにより、精検受診者、がん罹患（がん治療行為のレセプトによって）が把握できるこ

とから、がん検診結果が要精検、不要の2値化できれば容易にプロセス指標を算出することができる。

この指標を見ながら、偽陽性率が高くなっているか？がん発見が期待通りできているか？また、もしがん発見が高い場合には労働環境に何か問題がないか？など非常に重要な情報を提供すると思われることからいち早く社会実装することが必要と考える。

E. 結論

本研究では、職域で求める精度管理を定義、非医療職を対象として理解しやすいような動画として作成し、詳細についてはHPで文字として補足した。作成した動画とHPは、関係各所に配布を行った。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

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

なし

動画のコンテ

カット番号	グラフィック	ナレーション
1		
2	がん検診は保健事業として評価が大事	がん検診は、実施するだけでなくその評価も重要視されている。評価が低いと、財政的支援が受けられず、実施が難しくなる。
3	がん検診は保健事業として評価が大事 精度管理	このように、がん検診を保健事業として評価するため、精度管理が重要になる。
4	がん検診の精度管理	この精度は、関係者間で共有して評価される。
5	がん検診の流れ マニピュレーション検査	がん検診は、マニピュレーション検査の精度、検出率について評価を受ける。検出率が高ければ、評価が高くなる。また、マニピュレーション検査の精度も評価を受ける。
6	がん検診の流れ スクリーニング	また、がん検診の精度は、検出率だけでなく、検出率の精度も評価を受ける。
7	がん検診の流れ 検出率の精度	そして、がん検診の精度は、検出率だけでなく、検出率の精度も評価を受ける。
8	がん検診の評価を受けること=精度管理 がん検診が保健事業として評価されているか「プロセス品質」によって評価	この一連の精度管理が評価されているか、評価を受ける。評価が高ければ、評価が高くなる。また、マニピュレーション検査の精度も評価を受ける。
9	がん検診の評価を受けること=精度管理 がん検診が保健事業として評価されているか「プロセス品質」によって評価	この一連の精度管理が評価されているか、評価を受ける。評価が高ければ、評価が高くなる。また、マニピュレーション検査の精度も評価を受ける。

シート番号	グラフィック	ナレーション	シート番号	グラフィック	ナレーション
17	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	ここで、「未受診」と「未把握」の違いについて説明します。	18	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	ここで、「未受診」と「未把握」の違いについて説明します。
18	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	19	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。
19	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	20	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。
20	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	21	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。
21	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	22	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。
22	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	23	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。
23	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	24	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。
24	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。	25	「理解の誤り」 「未受診」と「未把握」について	この図は「未受診」と「未把握」の違いを明確に示しています。

動画画面	グラフィック	ナレーション
01		この動画を見て、あなたのキャリア開発の方向性を明確にし、具体的な目標を設定することが大切です。
02		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
03		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
04		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
05		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
06		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
07		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
08		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
09		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
10		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
11		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
12		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
13		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。
14		キャリア開発の目標は、具体的な数字や期間を設定することが大切です。



保険者がん検診精度管理システム

背景

- 「圏域におけるがん検診に関するマニュアル」が厚労省より公表され、後期高齢者支援金の加算・減算制度にがん検診の精検受診率把握が追加されたことで、健保組合を含む圏域保険者ががん検診の精度管理を実施する方向に
- 健保組合には、がん検診実施の法的根拠がなく、がん検診を福利厚生の一環として提供。多くの健保組合では、市町村で実施の電話や文書などを用いた精検受診の把握と勤奨への人的・金銭的余裕はなく、専門知識も不足しているのが現状
- 厚労科研・研究班において、がん臨床、がん検診及びデータ解析の専門家により、レセプトに記載された診療行為や傷病名などを組み合わせることで、**精密検査受診とがん治療受診を精緻に把握する手法を開発**し、この手法を応用することで、従来は困難であったレセプトから感度・特異度を含めたがん検診精度管理指標の算出が可能に。さらに、厚労省公募事業により、**指標算出の自動化を実現した「保険者がん検診精度管理システム」**を開発し、健保組合で簡単に精度管理指標の把握が可能に
- 2024年9月、加算・減算制度Q&Aにおいて、「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、分子に計上して差し支えありません」と明記され、精検受診率把握においてレセプト利用が正式に可能に

保険者がん検診精度管理システムとは

- 厚労科研・研究班での知見を活用し、**五大がん検診（胃がんX線検診、胃がん内視鏡検診、肺がん検診、大腸がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診）**に対応した精度管理指標をレセプトより自動算出するシステム
- ボタン一つで精度管理指標と精検受診勤奨対象者を把握可能
- 2025年11月時点で試用版を無料配布中、正規版準備中

システム導入要件

- 通常スペックのWindows PC（スタンドアロンPCが望ましい）
- データ移管用の外付けHDDあるいはSSD

システム投入データ

- 支払基金レセプト電算システムデータ（分析対象年月分のフォルダごとシステムに投入、長・短期間いずれでも可）
- 適用データ（最新のもの、あるいは過去からの統合データ）
- がん検診判定結果（胃がんX線、胃がん内視鏡、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん検診の全てあるいは一部、分析対象年月分、長・短期間いずれでも可）
- がん検診判定マスタ作成用・検診機関・代行機関別判定一覧（詳細は事務局にお問い合わせください）

システム出力csvファイル

- 精度管理指標・結果表（がん検診種類別、年度・月ごと）
- がん種別がん患者一覧（リスト）
- がん検診別陽性（要精検）者一覧（リスト）（含む精検受診状況）
→精検未受診者を把握し受診勧奨可能

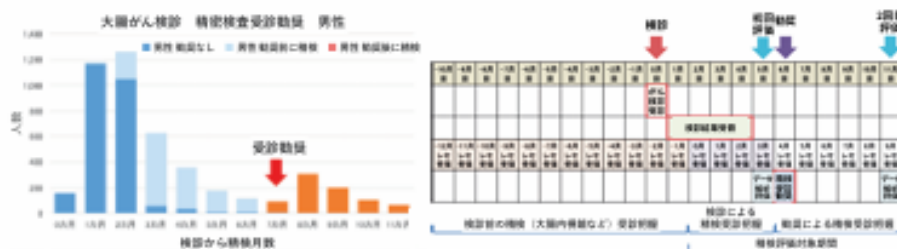
- **受診率**：がん検診対象者のうち検診受診者の割合
- **精検受診率**：要精検者のうち精検受診者の割合
- **要精検率**：検診受診者のうち要精検者の割合
- **がん発見率**：検診受診者のうちがん発見者の割合
- **陽性反応的中度**：要精検者のうちがん発見者の割合
- **感度**：がんのある人を正しく陽性と判定できたか
- **特異度**：がんのない人を正しく陰性と判定できたか

- ・ 精検受診率、感度・特異度などの指標の把握により、健保組合提供のがん検診の実態と、健保組合加入者におけるがん患者の実態把握
- ・ 分析対象のがん検診受精検者の把握と、精検受診勧奨、精検受診勧奨効果の検証 など

- 分析対象期間として、年度集計のみならず、複数年度集計や単月のみ出力など、目的に沿ったさまざまな結果表作成を実現
- 精検受診率の向上に向けた勧奨対象者数の把握
- 検診機関別の感度・特異度の把握も可能

項目	分析名	陽性率 (%)	陽性人数 (n/N)	陽性率 (%)	陽性人数 (n/N)	陽性率 (%)	陽性人数 (n/N)	陽性率 (%)	陽性人数 (n/N)	陽性率 (%)	陽性人数 (n/N)
A	陽性受診受診数	650	1,220 / 1,870	2,000	329	427	当該がん検診受診者数				
B	陽性受診者	10	147 / 1,470	10	147	14.5	陽性受診者数				
C	陽性患者	424	1,182 / 2,810	1,400	400	40.0	陽性患者数				
D	陽性がん	0	0 / 0	0	0	0.0	陽性がん数				
E	その他有病(主病)	0	0 / 0	0	0	0.0	その他有病(主病)数				
F	陽性者の検体受診数	106	20 / 12 / 47	39			陽性者の検体受診数				
G	がん患者数	0	0 / 0	0	0	0.0	がん患者数				
H	陽性受診者の中のがん患者数	0	0 / 0	0	0	0.0	陽性受診者の中のがん患者数				
I	陽性患者の中のがん患者数	0	0 / 0	0	0	0.0	陽性患者の中のがん患者数				
J	陽性がん患者の中のがん患者数	0	0 / 0	0	0	0.0	陽性がん患者の中のがん患者数				
K	陽性がん患者	26	46 / 126	33	140	9	陽性がん患者数				
L	陽性がん患者	424	1,182 / 2,810	1,400	400	40.0	陽性がん患者数				
M	陽性がん患者	75.0	75.0 / 100	83.3	100.0	100.0	陽性がん患者数				
N	陽性がん患者	3.7	3.7 / 100	5.0	5.0 / 100	5.0	陽性がん患者数				
O	がん発生率	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0	0.0	がん発生率				
P	陽性受診者の割合	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0	0.0	陽性受診者の割合				
Q	陽性受診者の割合	100.0	100.0 / 100	88.7	100.0	100.0	陽性受診者の割合				
R	陽性受診者の割合	100.0	100.0 / 100	88.7	100.0	100.0	陽性受診者の割合				
S	陽性受診者の割合	3.7	3.7 / 100	5.0	5.0 / 100	5.0	陽性受診者の割合				
T	陽性受診者の割合	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0	0.0	陽性受診者の割合				
U	陽性受診者の割合	66.7	66.7 / 100	83.3	83.3 / 100	83.3	陽性受診者の割合				

- ・がん検診受診から6〜7カ月後に陽性者の精検受診有無をシステムで推定し、陽性で精検未受診の勧奨対象者を把握
- ・システムから勧奨対象者の連絡先を出力し、精検受診勧奨
- ・勧奨後に再度システムを稼働し、勧奨効果を測定



問い合わせ先・事務局 / 一般社団法人健康経済分析機構 (EARTH) 小川寛
 ■ coawat.earth@gmail.com

