

分担研究報告書

7. 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7年度 厚生労働省科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
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に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。

評価については、パイロット研究を通じて、その評価項目の妥当性評価、フィージビリティ調査を行い、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に、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。パイロットとして講義前後、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. 横浜市健康経営ウェブセミナー（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

項目	マニュアル		p値
	非認知群	認知群	
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
とても思う	17 (26.6%)	19 (38.8%)
やや思う	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
とても思う	13 (20.3%)	21 (42.9%)
やや思う	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) がシグモイドスコープ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き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

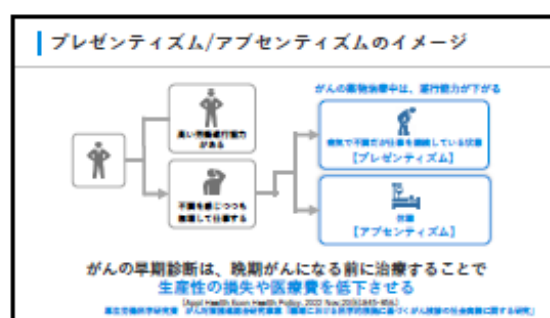
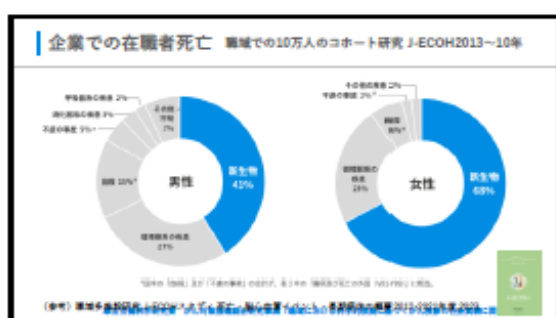
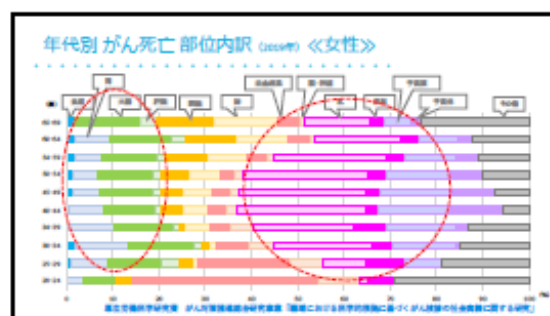
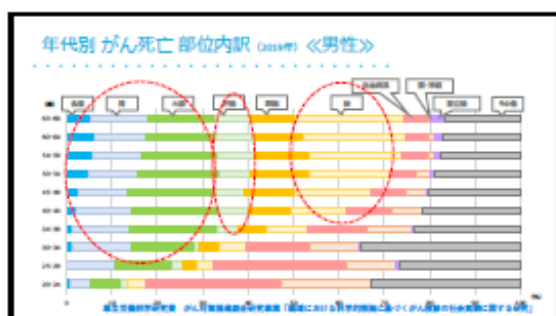
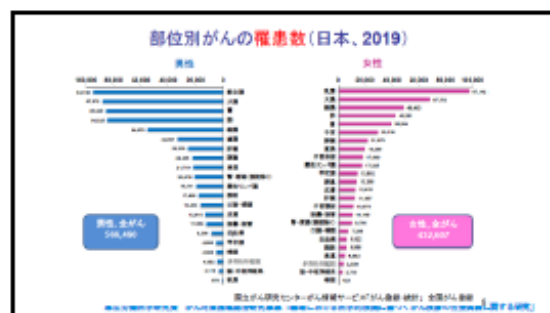
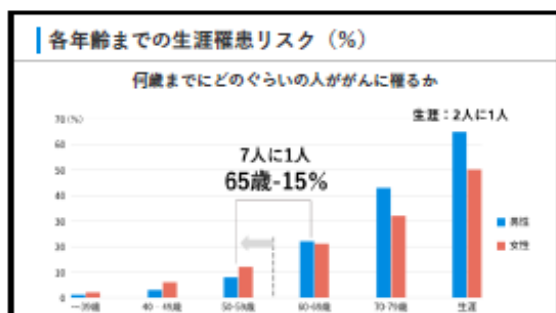
なし

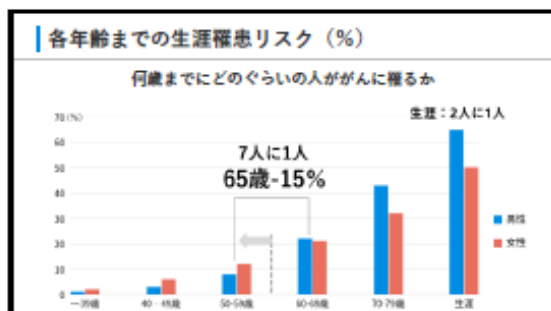
H. 引用文献

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 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

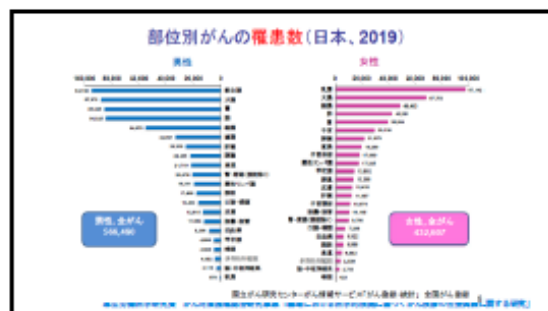
Workplace Health Promotion Programs by
Sociodemographic, Occupation, and Work
Organization Characteristics in US Workers. *Am
J Health Promot.* 2019;33(7):1028-38.

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.

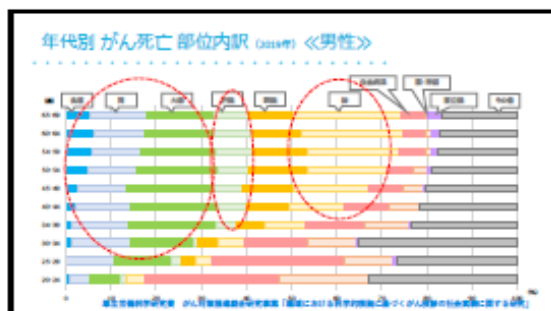




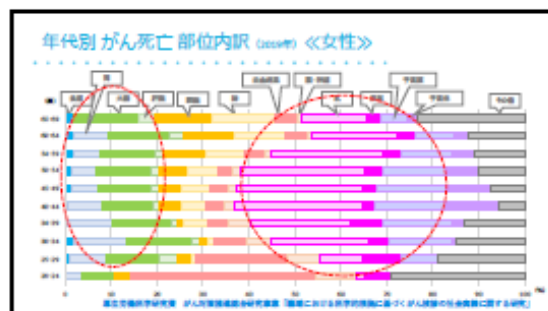
13



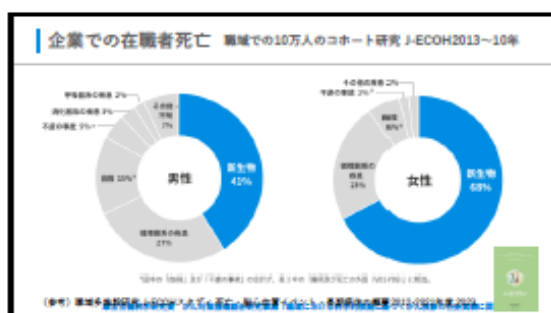
14



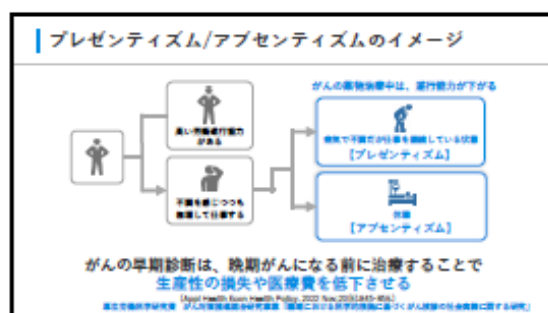
15



16



17



18

脳・心臓疾患は労災認定の疾患に指定

1 脳・心臓疾患の労災認定とは？

労災認定とは、労働者に対する業務上の原因による疾病の発生を認定することです。

2 脳・心臓疾患の労災認定の要件

① 業務上の原因による疾病の発生

② 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

③ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

④ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑤ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑥ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑦ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑧ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑨ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑩ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑪ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑫ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑬ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑭ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑮ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑯ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑰ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑱ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑲ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

⑳ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉑ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉒ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉓ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉔ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉕ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉖ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉗ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉘ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉙ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉚ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉛ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉜ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉝ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉞ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㉟ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊱ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊲ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊳ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊴ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊵ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊶ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊷ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊸ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊹ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊺ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊻ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊼ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊽ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊾ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

㊿ 業務上の原因による疾病の発生が、業務上の原因によるものであること

業務関連性があると認定

19

過重労働による過労死の発症の過程

① 業務に関連する疲労の蓄積による血圧変動の著しい増大を示す。

② 業務に関連する急性の負荷による発症の誘因を示す。

③ 業務に関連する急性の過重労働による発症を示す。

過労死

20

職業がんにおける業務関連性評価

多段階発がん説

イニシエーション → プロモーション → プログレッション

イニシエーション: DNA変異, 発がん物質, ウイルス, 放射線, 活性酸素

プロモーション: 発がん物質, 炎症, 活性酸素, 免疫, ホルモン

プログレッション: 代謝リプログラミング, 炎症, 免疫, 発がん物質

全てのがん形成過程に関与して関連性が言われている

国立労働衛生研究所, がん対策推進基本計画「職業における発がんの予防に関する研究」(2019)

21

業務関連性について、がんは過小評価されている

① 潜伏期間が長い

・職業がんは、発症から死亡までの期間が長いため、潜伏期間が長いことが多く、業務上の原因による発症の割合が低い。

② 潜伏期間の短縮

・職業がんは、一般的に潜伏期間が長いことが多く、業務上の原因による発症の割合が低い。

③ 中絶や不完全な発症

・発症の診断は、業務上の原因による発症の割合が低い。

④ 診断の遅延

・発症の診断は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑤ 発症後の生存率

・発症後の生存率は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑥ 発症後の治療

・発症後の治療は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑦ 発症後の予防

・発症後の予防は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑧ 発症後の生活

・発症後の生活は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑨ 発症後の社会

・発症後の社会は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑩ 発症後の未来

・発症後の未来は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑪ 発症後の希望

・発症後の希望は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑫ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑬ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑭ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑮ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑯ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑰ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑱ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑲ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

⑳ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉑ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉒ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉓ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉔ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉕ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉖ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉗ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉘ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉙ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉚ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉛ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉜ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉝ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉞ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㉟ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊱ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊲ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊳ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊴ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊵ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊶ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊷ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊸ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊹ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊺ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊻ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊼ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊽ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊾ 発症後の理想

・発症後の理想は、業務上の原因による発症の割合が低い。

㊿ 発症後の現実

・発症後の現実は、業務上の原因による発症の割合が低い。

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

国立労働衛生研究所, がん対策推進基本計画「職業における発がんの予防に関する研究」(2019)

23

夜勤労働者

Night Shift Work Increases the Risks of Multiple Primary Cancers in Women: A Systematic Review and Meta-analysis of 81 Articles

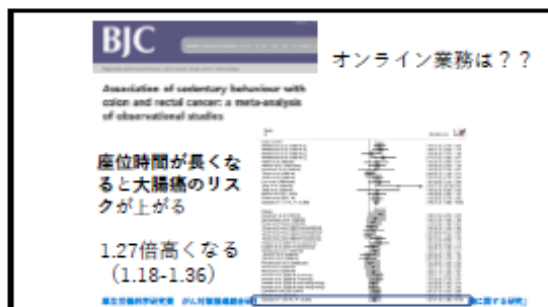
by Park, Changho, Cho, Hyeon, Kim, Hyeon, and Kim, Hyeon

IARC Group 2 A

乳がんリスクが1.3倍高まる (CI, 1.196-1.448)

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev: 2022;31:1-10 | DOI: 10.1158/1055-9922.EPI-21-0100

24



25

がん罹患の集積性の問題

1-5 がん等の発症性疾患の把握強化

化学物質を製造し、または取り扱う同一事業場で、1年以内に複数の労働者が同様のがんに罹患したことを把握したときは、その罹患が業務に起因する可能性について医師の意見を聴かなければなりません。

また、医師がその罹患が業務に起因するものと疑われると判断した場合は、遅滞なく、その労働者の就業場所の内容等を、所轄都道府県労働基準に報告しなければなりません。

(2023(R5).4.1施行) (通典) 厚生労働省「労働安全衛生法の新たな化学物質規制」

国立労働科学研究所 がん対策推進部がん対策推進課「職場における科学的根拠に基づくがん対策の推進策に関する研究」

26

3. 職場で必要ながん対策

27

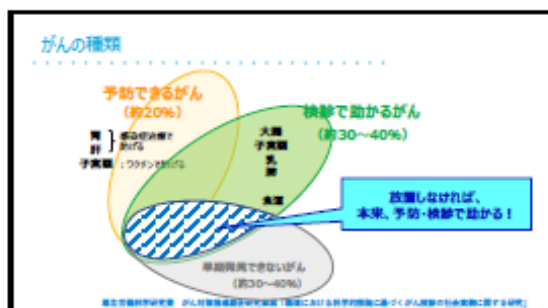
職場でのがん対策 一次予防「がんにならない」

——メタ対策と同じ——

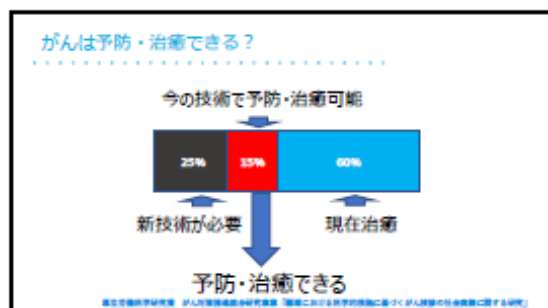
- 喫煙対策
 - 受動喫煙対策
- 生活習慣の改善
- 感染症対策
 - HPVワクチン接種の普及活動
 - 一斉に一度の受検機会の提供 職場組合と連携
 - 乙肝ウイルス(中乙肝ウイルス検査)
 - 肝炎ウイルス検査 (HBe抗原、HBe抗体) 検査

国立労働科学研究所 がん対策推進部がん対策推進課「職場における科学的根拠に基づくがん対策の推進策に関する研究」

28



29



30

31

Inoue M, et al. *Global Health & Medicine*. 2022; 4(1):20-30. <https://doi.org/10.54742/GHM.2022.4.1.20>

32

【例】 什人財源を組合的の什人什價的に補填するために必要な事業

33

(c) 國際標準：International Council on the Exploration of the Sea (ICES) 的漁獲量估計方法

34

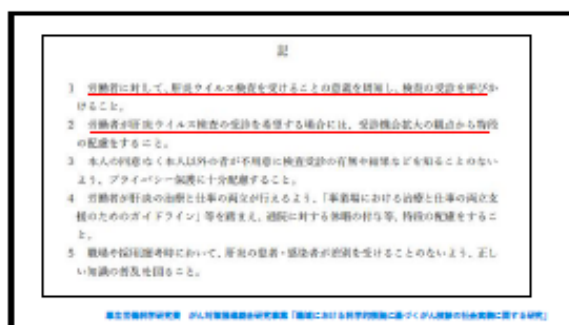
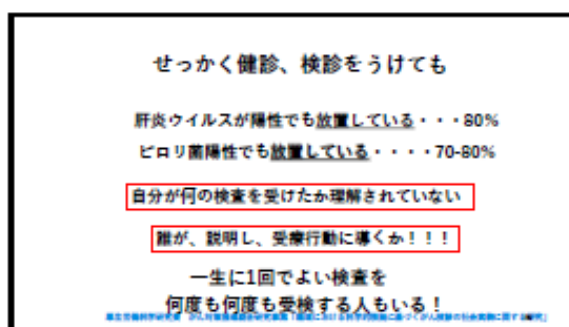
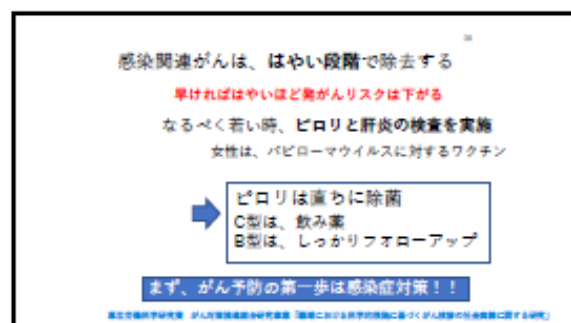
[illegible]

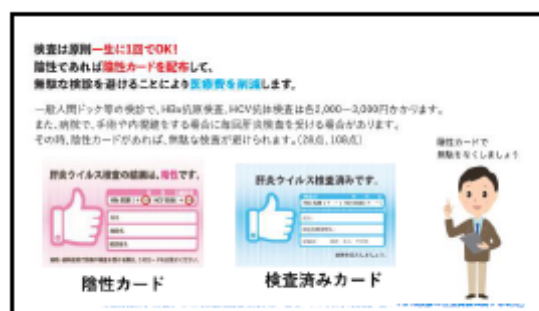
35

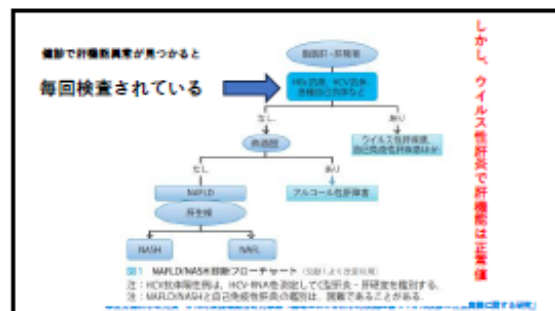
ロジックモデルとは

これまでのエビデンスに基づき、中間達成目標を明示し、それを達成することで、がんの死亡、医療費を下げるができる

36







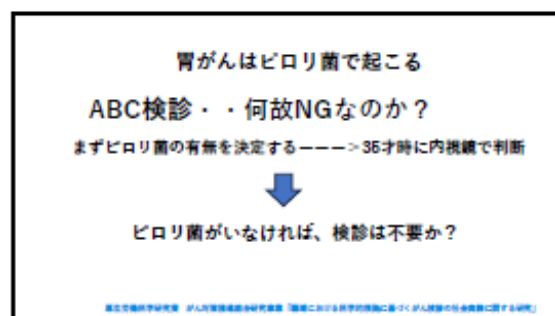
まずは、肝炎ウイルス対策→肝がんをゼロにする

年	中絶アフリカ	中絶アフリカ以降	1例	データソース
1970年	B型肝炎ウイルス(HBV)感染率の増加	B型肝炎ウイルス(HBV)感染率の増加	~	厚生労働科学研究
1975年	B型肝炎ウイルス(HBV)感染率の減少	B型肝炎ウイルス(HBV)感染率の減少	~	「WHO世界保健政策報告書」(WHO)、「WHO世界保健政策報告書」(WHO)、「WHO世界保健政策報告書」(WHO)

現在の感染率は、0.5-1%

もう少しでゼロになる

国立がん研究センターがん対策研究部「がんにおける科学的知識に基づくがん対策の社会実装に関する研究」



4. 科学的根拠に基づくがん検診

日本に一般に広がっている大きな誤解

55

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
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
(偽陰性)

無駄な精密検査を受診した
費用・時間的損失
不安感

異常有り

治療法の選択

治療の必要性の判断？
確立した治療法があるか？

58



(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、意図的な健康と費用削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

職場での企画者＝健保組合が主体
正しいがん検診とは何か？が不明

〇様々ながん検診の宣伝効果

健康マーカー

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

最新のがん検診

血液中のマイクロRNA
尿中の代謝産物
(腫瘍マーカー検査)・・・問題は精度が??

・・・いくら敏感で陽性となっても画像診断で見つけられない場合

↓

画像診断で場所が特定できないと治療ができない
つまり、偽陽性や過剰診断の可能性もある

↓

毎年、頻重な検査が必要・がんかもしれない精神的苦痛を負う可能性
実用化には、やはりきっちりしたエビデンスが必要 (現時点でまだありません)

国立がん研究センター がん対策情報センター がん予防・検診部 がん検診の科学的根拠に基づくがん検診の利便性に関する研究

61

検査することが健康サービスであり、**全て利益があるという認識**

↓

利益と不利益がある

利益 > 不利益をEvidence Basedに評価して出したのが、国の指針

国立がん研究センター がん対策情報センター がん予防・検診部 がん検診の科学的根拠に基づくがん検診の利便性に関する研究

62

健診と検診の違い

健診(健康診断)・・・健康であることを確認する

検診・・・ 病気を見つける
早期発見、早期治療する

病気を精度高く見つけることができる。病気を安全に治療することができる

国立がん研究センター がん対策情報センター がん予防・検診部 がん検診の科学的根拠に基づくがん検診の利便性に関する研究

63

健診(健康診断)

毎日でも測定
生活習慣を見直し
健康生活へ導く

血圧
体重
血糖
肝機能
コレステロール
中性脂肪値
貧血

健康診断しても不利益なし

国立がん研究センター がん対策情報センター がん予防・検診部 がん検診の科学的根拠に基づくがん検診の利便性に関する研究

64

癌検診には利益と不利益がある

利益	不利益
早期発見 早期治療	過剰診断 過度治療 過剰検査 被ばく

疑陽性、過剰診断・治療による、不利益
精神的・肉体的・経済的負担
疑陽性による、不利益 (虚偽があったが放置した)
早期発見の機会

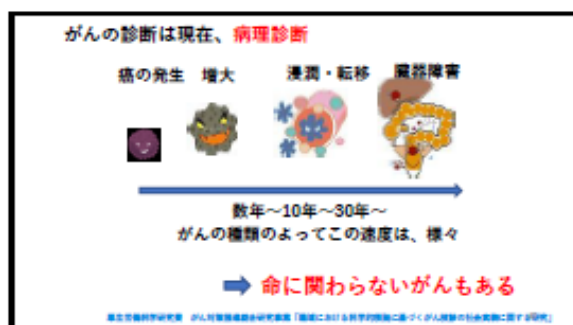
国立がん研究センター がん対策情報センター がん予防・検診部 がん検診の科学的根拠に基づくがん検診の利便性に関する研究

65

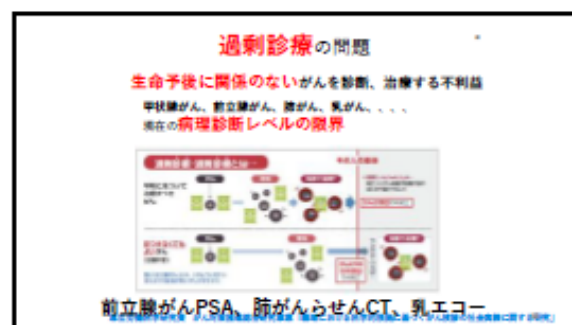
何故がん検診の有効性は
「死亡率減少効果」にこだわるのか?

国立がん研究センター がん対策情報センター がん予防・検診部 がん検診の科学的根拠に基づくがん検診の利便性に関する研究

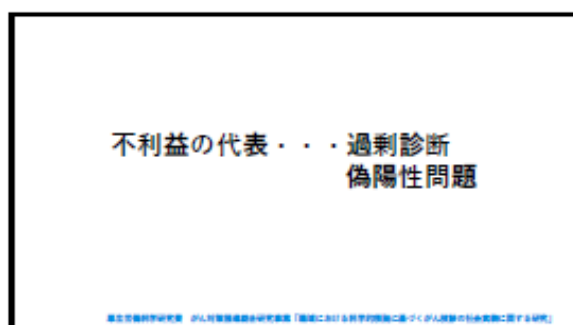
66



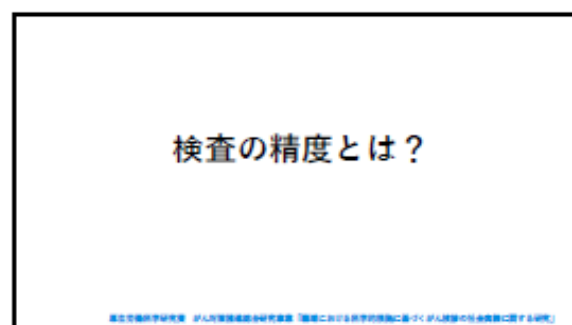
67



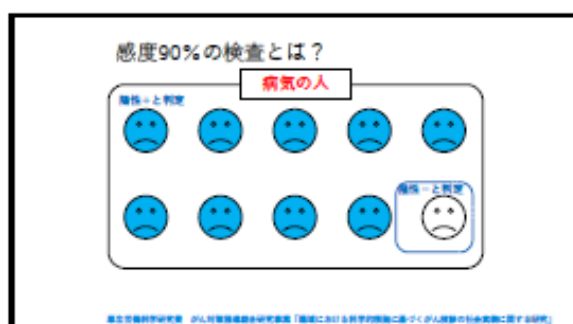
68



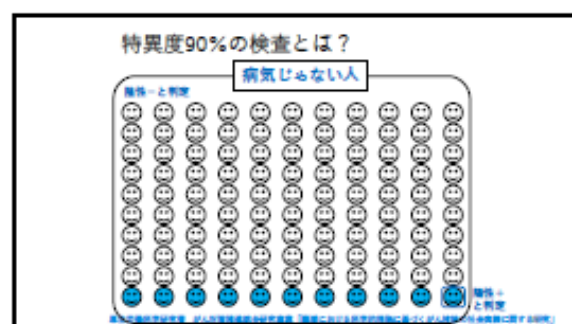
69



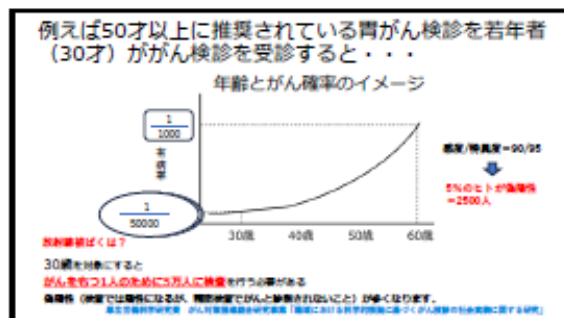
70



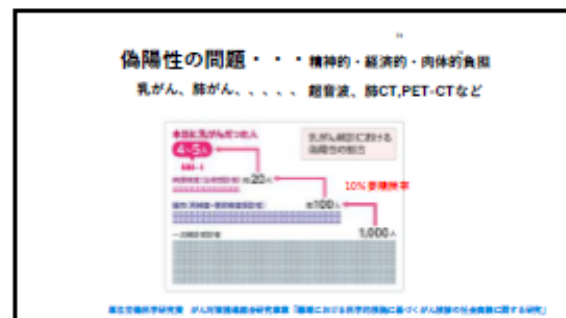
71



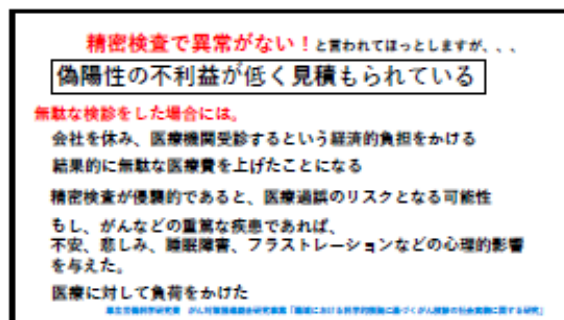
72



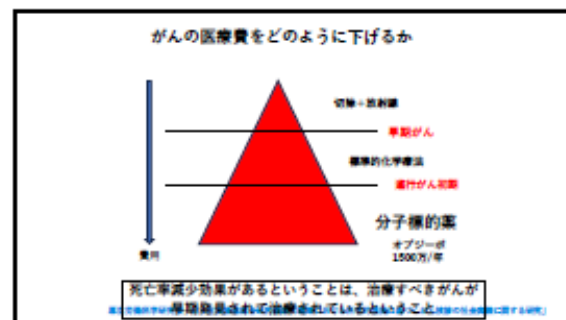
73



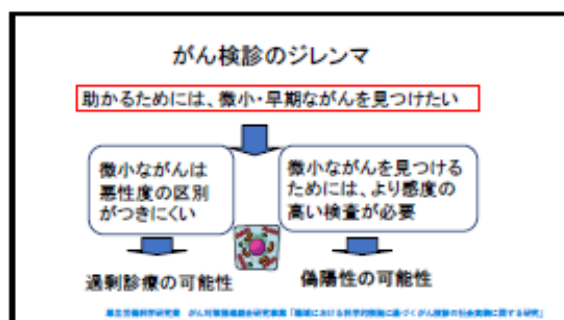
74



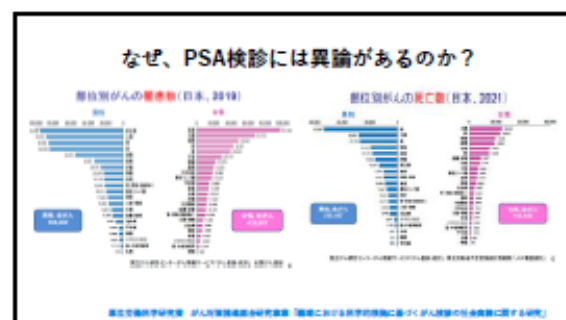
75



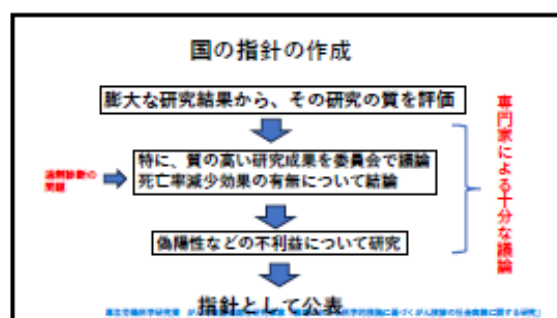
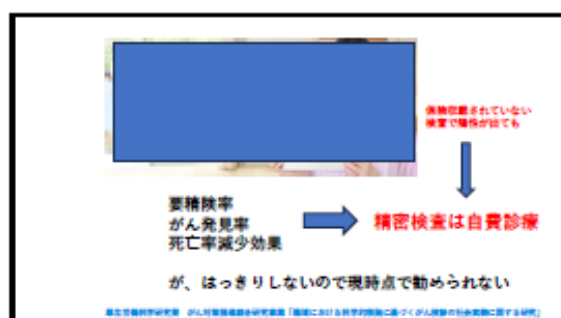
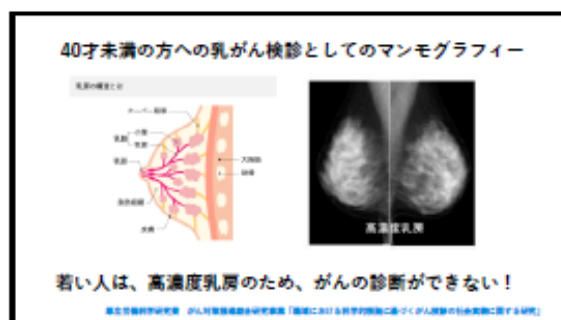
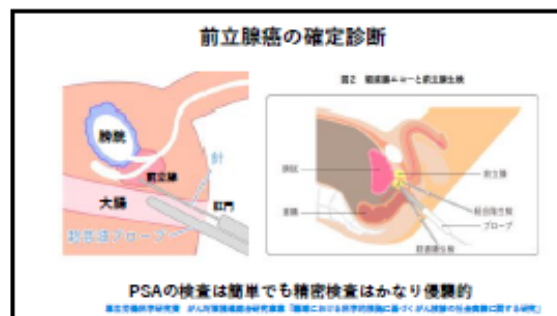
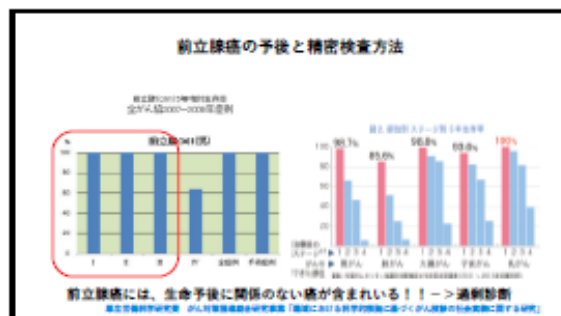
76

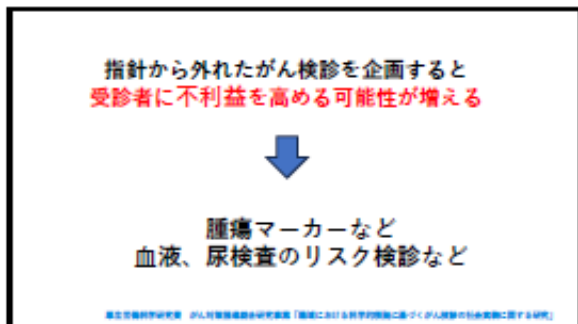


77



78





85

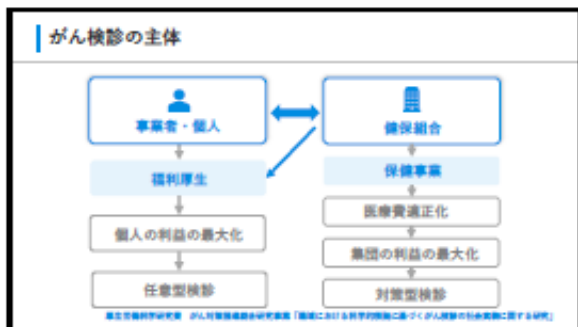
対策型がん検診と任意型がん検診

	対策型がん検診 (公費負担)	任意型がん検診 (自己負担)
検診日時	検診の日に限らず、いつでも検診が可能	検診の日時に限られる
検診内容	検診内容に制限があり、検診項目は検診指針に基づいて決定される	検診内容に制限がなく、検診項目は検診希望者の意向に基づいて決定される
検診費用	検診費用は検診指針に基づいて決定される	検診費用は検診希望者の意向に基づいて決定される
検診結果	検診結果は検診指針に基づいて決定される	検診結果は検診希望者の意向に基づいて決定される
検診結果の活用	検診結果は検診指針に基づいて活用される	検診結果は検診希望者の意向に基づいて活用される

現在「適切な情報の提供」がなく、
個人レベルでの利益・不利益の評価がされずに受診している

(出典) 国立がん研究センター がん対策情報センター研究部

86



87

指針におけるがん検診に関するマニュアル

検診項目	検診対象者	検診実施機関
① がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
② がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
③ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
④ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
⑤ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
⑥ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
⑦ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
⑧ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
⑨ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)
⑩ がん 検診	検診対象者(検診希望者)	検診実施機関(検診実施機関)

平成30年2月
検診実施機関

(出典) 国立がん研究センター がん対策情報センター研究部「指針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」

88

推奨されているがん検診・開始年齢・項目頻度

種類	対象者	検診	頻度
胃がん	50歳以上 (40歳以上)	胃がん検診検査 (胃がん検診検査)	2年に1回 (1年に1回)
大腸がん	40歳以上	便潜血検査 (2回/年)	1年に1回
肺がん	40歳以上	胸部エックス線検査 (+呼吸器科)	1年に1回
子宮頸がん	20歳以上の女性	子宮頸がん検診	2年に1回
乳がん	40歳以上の女性	乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	2年に1回

同診 +

国立がん研究センター がん対策情報センター研究部「指針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」

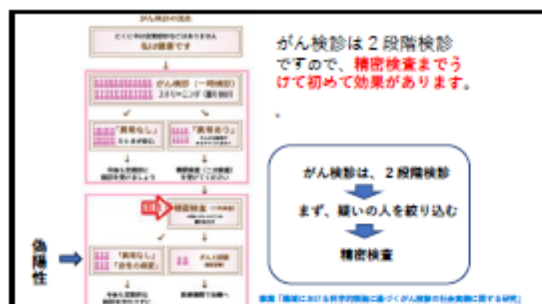
89

精密検査項目とその後の対応

種類	がん検診	精密検査とその後の対応
胃がん	胃がん検診検査 胃がん検診検査	胃がん検診検査、生検
大腸がん	便潜血検査 (2回/年)	全大腸内視鏡検査 検診結果：5回以内検診検査と検診 エックス線検査の併用
肺がん	胸部エックス線検査 (呼吸器科：呼吸器科へ)	肺がん検診 (呼吸器科)
子宮頸がん	子宮頸がん検診	コルポスコピー下の 組織診や組織診、HPV検査
乳がん	乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	マンモグラフィの追加撮影や 超音波検査、 組織診や生検

国立がん研究センター がん対策情報センター研究部「指針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」

90



91

医療費削減効果のあるがん検診

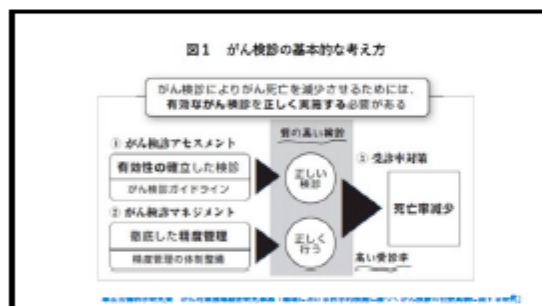
がん検診の費用に加えて

- 精検未受診者・・・がん検診を受診した意味がない
- 無視できない偽陽性コスト

⇒ 医療機関の受診＋検査医療費

がん検診は、1000人から1名の早期がんを見つける検診である！

92



93

職域でのがん検診で陥り易い点

1. 開始年齢が若い
2. 腫瘍マーカー等の検査を推奨する
3. 精検勧奨が難しい
4. 全体の事業評価が困難である

94

なぜ、指針に基づくがん検診の実施と精度管理が必要なのか？

精度管理って何だ？

検査の精度＝感度/特異度
プログラムの精度＝プログラム全体の評価

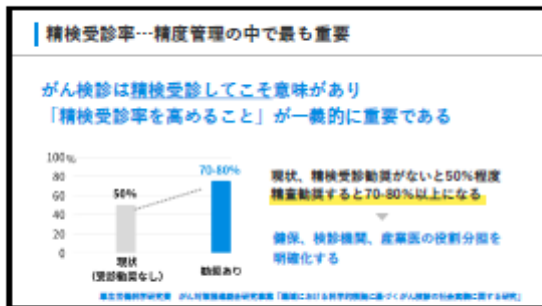
95

がん検診を有効に回すには

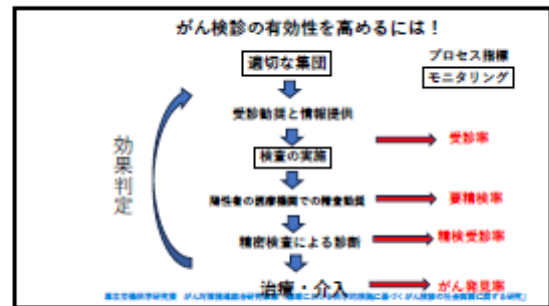
がん検診は、死亡減少、医療費削減を目的とした
事業であるので**事業評価**が必要

そのエビデンスがはっきりしているのが**指針に基づくがん検診**

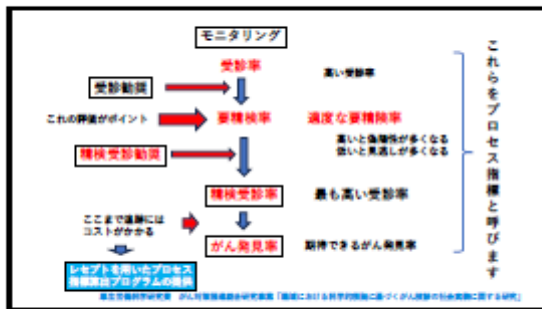
96



97



98



99

精度管理とは、プロセス指標が以下の基準を満たしているかを確認すること

プロセス指標 新基準値一覧

指標	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
受診率	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%
要精検率	10%	12%	15%	18%	20%	22%	25%	28%	30%
精検受診率	70%	75%	80%	85%	90%	95%	98%	99%	100%
がん発見率	10%	12%	15%	18%	20%	22%	25%	28%	30%

国立がん研究センター がん対策推進部がん対策課「国政におけるがん検診の役割分担に関する研究」

100

図4 がん検診の精度管理の仕組み（2017年度）

図5 がん検診の精度管理の仕組み（2018年度）

図6 がん検診の精度管理の仕組み（2019年度）

図7 がん検診の精度管理の仕組み（2020年度）

図8 がん検診の精度管理の仕組み（2021年度）

図9 がん検診の精度管理の仕組み（2022年度）

図10 がん検診の精度管理の仕組み（2023年度）

図11 がん検診の精度管理の仕組み（2024年度）

図12 がん検診の精度管理の仕組み（2025年度）

国立がん研究センター がん対策推進部がん対策課「国政におけるがん検診の役割分担に関する研究」

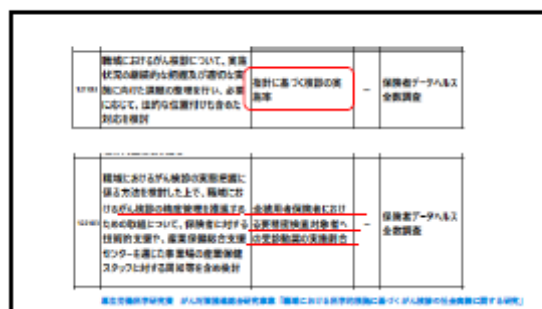
101



102



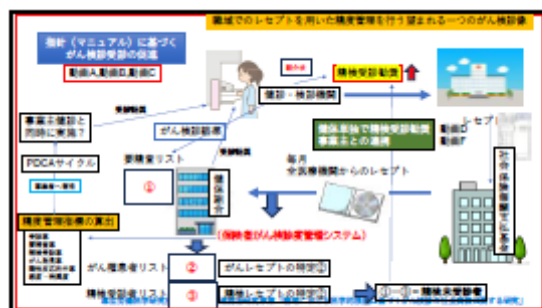
103



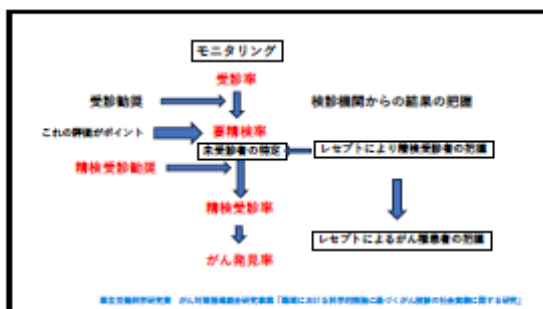
104

評価項目	評価基準	評価結果	評価理由
1. 教育課程の特色	教育課程の特色が明確に示されていること	○	教育課程の特色が明確に示されていること
2. 教育課程の実施状況	教育課程の実施状況が明確に示されていること	○	教育課程の実施状況が明確に示されていること
3. 教育課程の改善	教育課程の改善が明確に示されていること	○	教育課程の改善が明確に示されていること
4. 教育課程の評価	教育課程の評価が明確に示されていること	○	教育課程の評価が明確に示されていること
5. 教育課程の公開	教育課程の公開が明確に示されていること	○	教育課程の公開が明確に示されていること
6. 教育課程の活用	教育課程の活用が明確に示されていること	○	教育課程の活用が明確に示されていること
7. 教育課程の発展	教育課程の発展が明確に示されていること	○	教育課程の発展が明確に示されていること
8. 教育課程の持続	教育課程の持続が明確に示されていること	○	教育課程の持続が明確に示されていること
9. 教育課程の創造	教育課程の創造が明確に示されていること	○	教育課程の創造が明確に示されていること
10. 教育課程の革新	教育課程の革新が明確に示されていること	○	教育課程の革新が明確に示されていること

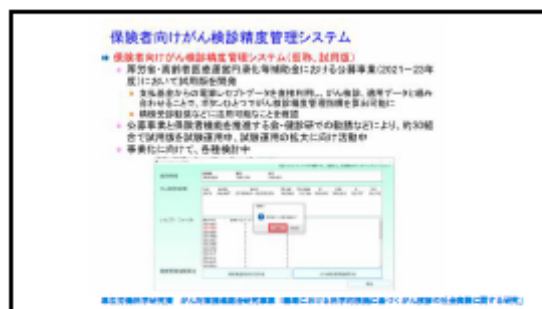
105



106



107



108

自動的に算出

サンプル data

項目	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
売上高	1,000	1,200	1,500	1,800	2,000	2,200	2,500
売上原価	600	720	900	1,080	1,200	1,320	1,500
営業利益	400	480	600	720	800	880	1,000
経常利益	350	420	525	630	700	770	875
税引前利益	300	360	450	540	600	660	750
法人税	75	90	112.5	135	150	165	187.5
利益	225	270	337.5	405	450	495	562.5
売上高増加率	20.0%	25.0%	25.0%	20.0%	11.1%	9.1%	13.6%
売上原価率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
営業利益率	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%
経常利益率	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%

※ 数値はサンプルデータです。実際の数値は異なります。

[illegible]



かんぽ国庫で「国庫券」(国庫債)とて、お金の貸し借りを!

かんぽ国庫券とはかんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。かんぽ国庫券は、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。かんぽ国庫券は、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。

かんぽ国庫券の発行と償還のやり取り

かんぽ国庫券の発行と償還のやり取りは、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。かんぽ国庫券は、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。かんぽ国庫券は、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。

かんぽ国庫券の発行と償還のやり取り

かんぽ国庫券の発行と償還のやり取り

かんぽ国庫券の発行と償還のやり取りは、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。かんぽ国庫券は、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。かんぽ国庫券は、かんぽ国庫でかんぽ国庫券の発行と償還のやり取りをする国庫券のことです。

人財の育成と知識の蓄積に資する
5 万人分の日給 10 時間程度 満足度 8.5 以上です
 一応の目標達成率・学習満足率を 70% 以上を目ざす

● 研修実施の目的
 1. 基礎知識の習得
 2. 基礎知識の定着
 3. 基礎知識の活用

● 研修実施の手段
 1. 基礎知識の習得
 2. 基礎知識の定着
 3. 基礎知識の活用

● 研修実施の成果
 1. 基礎知識の習得
 2. 基礎知識の定着
 3. 基礎知識の活用

● 研修実施の課題
 1. 基礎知識の習得
 2. 基礎知識の定着
 3. 基礎知識の活用

● 研修実施の展望
 1. 基礎知識の習得
 2. 基礎知識の定着
 3. 基礎知識の活用

● 研修実施のまとめ
 1. 基礎知識の習得
 2. 基礎知識の定着
 3. 基礎知識の活用

119

企業の安全配慮義務とは

事業所内での検診勧奨を行う場合
健康情報の取り扱いについて配慮が必要

検診の結果を知ることで
余剰な安全配慮義務を負うことになる？



事業所従事者

会社に自分の検診結果が
伝わると
人事等で不利な扱いを
されるのでは？



社員

労働者お互いに
“リスクがある”と
思っている

厚生労働省研究費 がん対策推進補助金研究費「職場における科学的知見に基づくがん検診の円滑実施に関する研究」

115

企業の安全配慮義務とは

法定外項目を扱うと余計な配慮義務が生じる？
健康被害の予見性があり、結果回避可能な場合に責任が問われる

予見性
がん検診の結果を放置して進行がんに

結果回避性
検診勧奨すれば回避出来た

■ 本場に着任が問われるのか？？？

企業としては
不要な情報は
持ちたくない！



厚生労働省研究費 がん対策推進補助金研究費「職場における科学的知見に基づくがん検診の円滑実施に関する研究」

116

職場でのがん検診結果の取り扱い
(検診勧奨するためのがん検診情報の取り扱い)

人事労務的な不利を覚える可能性があるため、
がん検診結果は、厳格な情報と分類される

産業保健管理機関・健康保険者も人事関係者が多いので、検診結果を保持する個人の情報が
会社・健康に提出されることに対する拒否反応として会社・健康推進のがん検診受診勧
奨が留まる

産業医側としても事業主の安全配慮義務の範囲が不明確になり、コンプライアンスの地
域からの産業保健活動に支障がでる

社員側

■ 会社としても取り扱いたくない情報
もともと「検診結果勧奨する体制がないので、データを所持しても意味がない」
「検診結果で、所属コード、所属コードが多数で、データ管理が困難」

厚生労働省研究費 がん対策推進補助金研究費「職場における科学的知見に基づくがん検診の円滑実施に関する研究」

117

過去の訴訟事例

同意なく取得して「不利な雇用管理」をした場合、訴訟が起きていた

HIV陽性者事件、千葉県裁判平成17.4.29判決(2005年10月)、東京府労働審判・警務員HIV検査事件・東京地判平成15.5.28判決(2004年1月)

HIV陽性者事件は、HIV陽性者であることが事実として認められ、その事実を職場で取り扱う必要があり、かつ本人の同意が得られた場合に限り、適法に取得できること

使用者が労働者の健康を保護して適切な就業環境を整える義務を負い、健康診断結果を管理したことの違法性が争われた厚生労働省研究費・東京地判平成12.2.29判決(2001年10月)

「職場環境改善における個人情報保護のあり方」に関する調査報告書
(平成29年5月29日付労働省749号・基幹0529第3号)

第3の7の(2) HIV陽性者やHIV陽性者の配偶者等に関する情報については、職場上の特別な必要性がある場合を除き、事業者は、労働者等から取得すべきでない。

厚生労働省研究費 がん対策推進補助金研究費「職場における科学的知見に基づくがん検診の円滑実施に関する研究」

118

労働安全衛生法第104条【心身の状態に関する情報の取扱い】

2019年に104条を新設

「労働安全衛生法第104条【心身の状態に関する情報の取扱い】」(2019年5月29日付労働省749号・基幹0529第3号)

「労働安全衛生法第104条【心身の状態に関する情報の取扱い】」(2019年5月29日付労働省749号・基幹0529第3号)

「労働安全衛生法第104条【心身の状態に関する情報の取扱い】」(2019年5月29日付労働省749号・基幹0529第3号)

「労働安全衛生法第104条【心身の状態に関する情報の取扱い】」(2019年5月29日付労働省749号・基幹0529第3号)

119

事業場における労働者の健康情報等の取扱規定を策定するための手引き



事業場における労働者の健康情報等の
取扱規定を策定するための手引き

作成日：2019年

120

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受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 （2）	Q19（パイロット調査 Q20） がん検診の実施に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）	1 指針で推奨されている通りのがん検診を実施しようと思う 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知っていますか。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 （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
	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	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	

	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	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 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	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	