

がん対策推進委員会答申

平成22年3月

日本医師会
がん対策推進委員会

平成22年3月

日本医師会
会長 唐澤 祥人 殿

がん対策推進委員会
委員長 垣 添 忠 生

がん対策推進委員会答申

平成20年7月24日に開催した第1回委員会において、貴職より「がん検診の今後のあり方ー検診受診率向上と精度管理システムー」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では平成20年度、平成21年度の2年間にわたり検討を行い、このたび審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

がん対策推進委員会

- 委員長 垣添 忠生（国立がんセンター名誉総長）
- 副委員長 畑 俊一（北海道医師会副会長）
- 委員 青木 大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教授）
（平成20年8月19日より）
- 〃 井関 雅子（順天堂大学医学部附属順天堂医院麻酔・ペインクリニック教室先任准教授）
- 〃 江口 研二（帝京大学医学部内科学講座教授／日本緩和医療学会理事長）
- 〃 大内 憲明（東北大学大学院医学系研究科・医学部外科病態学講座腫瘍外科学分野教授）
- 〃 川島 崇（群馬県医師会理事）
- 〃 川田 清彌（香川県医師会理事）（平成21年5月11日まで）
- 〃 久米川 啓（香川県医師会理事）（平成21年5月12日より）
- 〃 斎藤 博（国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診研究部長）
（平成20年8月19日より）
- 〃 坂本 哲也（秋田県医師会常任理事）
- 〃 祖父江友孝（国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部長）
- 〃 空地 顕一（兵庫県医師会常任理事）（平成20年11月18日より）
- 〃 竹田 省（順天堂大学医学部附属順天堂医院産婦人科学講座主任教授）
- 〃 釣船 崇仁（長崎県医師会常任理事）
- 〃 土岐 保正（兵庫県医師会常任理事）（平成20年10月27日逝去）
- 〃 中川 正美（愛知県医師会理事）
- 〃 松田 一夫（福井県健康管理協会県民健康センター所長）
（平成20年8月19日より）
- 〃 目澤 朗憲（東京都医師会理事）

提 言

わが国のがん検診実施体制を抜本的に改革するため、本委員会は下記の事項を日本医師会に提言し、併せて日本医師会より国に対して提言するよう要望する。

- ・日本医師会会員は、かかりつけ医の立場から、患者に対して当該地区のがん検診実施状況も踏まえた、個別かつ具体的ながん検診の受診勧奨を行うことが望まれる。
- ・がん検診の受診勧奨に関わるかかりつけ医の現場での説明、受診勧奨に資する使い勝手のよいハンドブック等、資料の作成が望まれる。
- ・国、保険者、自治体、医療関係者が一体となっながん検診の基盤を整備することが強く望まれる。即ち、国が精度管理のための中央組織を設置するとともに、自治体に対してがん検診対象者名簿を整備し、個別受診勧奨を行い、受診率の向上、事業評価を進めることを指導すべきである。
- ・がん検診と特定健診の一元化が強く望まれる。その場合の実施主体は自治体と保険者が想定されるが、現状では保険者に一元化することが望ましい。
国のがん対策推進協議会における、「がん対策・予算提案ワーキンググループ」がとりまとめた「平成 22 年度がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～」によれば、がん検診受診率 50%を達成するには、毎年少なくとも 1,500 億円の検診費用の増額が必要とされる。その費用の負担は、市町村財源では不可能であり、特定健診のような国からの補助金をつけて保険者、事業者負担とするか、または国からの交付金に戻す必要がある。いずれにしても、一体的、一元的な制度構築が必要であり、保険者の一元化も視野に入れた取り組みが望まれる。
- ・平成 21 年度から、がん検診に関わる地方交付税が 1,298 億円と倍増されたこと、女性特有のがん検診推進事業費 216 億円が補助されたことは、がん検診費用を国の予算によって賄うという、新たな可能性を示唆するものである。上記の地方交付税と女性特有のがん検診推進事業費の合計が奇しくもがん対策推進協議会試算の 1,500 億円とほぼ同額となる。女性特有のがん検診事業を女性特有のがんのみならず胃・大腸・肺がんにも広げ、最終的にがん検診を国の事業として実施することが、わが国のがん検診の抜本的改革に繋がるものと考えられる。

- ・本委員会では、がん検診受診率 50%を達成するための費用負担についても種々議論したが、英国、オーストラリア、韓国のように政府予算とすることが、受診率向上はもとより、事業評価（精度管理）も一元化されることから、国の責務としてがん検診が実施されることを強く提案したい。
- ・科学的根拠に基づくがん検診を実施するために、新しい検診方法に対する評価研究（ランダム化比較試験など）を実施するための支持組織（データセンターなど）を強化するとともに、得られた研究成果をまとめて検診ガイドラインを作成・更新する公的な常設機関を設置する必要がある。
- ・現行の企業（職域）におけるがん検診の実態を明確にし、精度管理の徹底がなされた検診を普及することが望まれる。また、職場を通じたがん検診の受診勧奨を効果的に進めるためにも、産業医の活用とがん検診に関する教育を推進する必要がある。加えて、職域におけるがん検診の将来の実施体制や、実施の可否を含めたあり方そのものについても検討されるべきである。

目 次

はじめに	1
1. がん検診の現状	2
(1) わが国のがん対策	2
(2) 政府予算	3
(3) がん検診の実施体制	4
(4) 日本医師会の取り組み	6
(5) がん登録	6
(6) 海外の状況	6
(7) 現状における問題点	7
2. 検診受診率向上	9
(1) 受診率の算定方法	9
(2) 対策型検診と任意型検診	10
(3) 受診勧奨	11
(4) まとめ	13
3. 精度管理システム	14
(1) 従来のがん検診精度管理とがん対策推進基本計画に沿った今後のあり方 ..	14
(2) 品質保証の手法を取り入れた新しい精度管理体制の実施状況	16
(3) 精度管理水準の現状と対策	19
おわりに	22
巻末資料	23
市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果（平成21年1月1日現在）（厚生労働省） ..	24
がん検診に関するアンケート調査結果概要	33

はじめに

がんは身体の中に、いつかわからないうちに発生し進展する。当然、初期のうちは症状がない。

がんには各々、特有の自然史がある。体内に発生してから発症するまでの期間が長く、かつ国民の健康に強く影響する数の多いがんは検診のよい対象となる。世界的にも子宮頸がん、乳がん、大腸がんなどを対象として検診が精力的に進められてきた。わが国でも、この三つのがんに加えて、胃がん、肺がんの五つのがんを対象としたがん検診が国策として展開されてきた。

しかし、わが国のがん検診には大きな問題がある。それは、検診受診率が低いことと、精度管理が不十分なことだ。

2007年4月、がん対策基本法が施行され、これに基づき国及び都道府県のがん対策推進基本計画が策定された。これにより、わが国のがん対策は総合的かつ計画的に推進されることとなった。

がん検診はその中の重要な一項目で、検診受診率を5年以内に50%を目標とすること、そしてすべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とする、と書き込まれた。だが、現状のままではどちらの目標も達成困難と思われる。

日本医師会もこのことに強い危機感を覚え、2007年～2008年、がん対策推進委員会が設けられた。プロジェクトとして「がん検診のあり方」の検討と「緩和ケアに関する医師の意識調査、マニュアルの作成」が進められ、2008年3月、唐澤祥人会長宛てに同委員会は答申を提出した。しかし、「がん検診のあり方」については、短期間の検討であったため不十分な点が多く、2008年4月以降、日本医師会の常置委員会として設置され、引き続き検討を進めてきた。

以下、がん検診の現状、検診受診率向上、精度管理システム、について日本医師会の立場で検討結果を記述する。新しい検診手法の導入とその評価、あるいはがん検診をわが国の医療保険制度の中にどのように位置づけるか、といった議論は更に引き続き継続する必要があるだろう。

1. がん検診の現状

(1) わが国のがん対策

わが国のがん対策は、1956年に成人病予防対策協議連絡会の答申としてまとめられた当面の緊急課題：①実態調査、②医療施設の強化、③専門技術者の養成、に始まる。その後、1958年、1960年、1962年と3回にわたって悪性新生物実態調査が実施され、1962年に国立がんセンターが設置された。1963年にはがん研究助成金が開始され、1965年に、政務次官会議がん対策小委員会で「がん対策の推進について」の決議がなされた。ここで、「がん対策の5本柱」：①がんに対する正しい知識の普及、②健康診断（がん検診）の実施、③医療施設の整備、④専門技術者の育成、⑤がん研究の促進、が取り上げられ、その後のがん対策の基本指針となった。

がん検診については、1982年に成立した老人保健法により、国の保健事業として実施することが法律に明記され、1983年からの老人保健事業第1次5ヵ年計画として、胃がん、子宮頸がんが、1987年からの第2次5ヵ年計画として肺がん、乳がん、子宮体がんが導入された。1992年の第3次8ヵ年計画ではさらに大腸がん検診が加わった。これらの取り組みは、世界的に見ても先進的なものであり、当時は、がん対策ががん検診に偏重しすぎているという批判さえあった。ところが、1998年にがん検診に対する補助金が一般財源化されて以降、実施主体とされた市町村における財源が曖昧になり、受診率が低迷するとともに、都道府県レベルにおける精度管理も多くの地域で形骸化してきており、現時点では、わが国のがん検診は欧米先進国や近隣アジア諸国に比べて遅れを生じつつあると言わざるを得ない。

一方、がん研究については、がん研究助成金に加えて、1984年には「がんの本態解明」を目標とする第1次対がん10ヵ年総合戦略が開始され、1994年には「がんの本態解明からがん克服へ」を目標とする第2次がん克服新10ヵ年総合戦略に引き継がれた。その結果、がんの原因の究明や新しい診断治療法の開発に関して、一定の研究成果をあげた。

このように、「がん対策の5本柱」のうち、がん検診、がん研究の2点については、政策的な取り組みがなされたが、残りの3点についての取り組みがこれまで十分ではなかった。そこで、2004年度より開始された第3

次対がん総合戦略事業では、「がんの罹患率と死亡率の激減を目指して」をキャッチフレーズとして、「がん研究の推進」に加えて「がん予防の推進」と「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を掲げて、研究、予防及び医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指すことを戦略目標とした。

特にがん医療については、2001年から2次医療圏に1カ所程度を目安として「地域がん診療拠点病院」の整備が進められ、2005年4月に「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」報告書が取りまとめられ、それを受けて、2005年5月には厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」が設置され、「がん対策推進アクションプラン2005」が策定された。その中で、「がん情報提供ネットワーク」の構築を推進するため、2006年10月に「がん対策情報センター」が国立がんセンターに設置され、2006年4月には「がん対策推進室」が設置された。

さらに、2006年6月に議員立法の形で「がん対策基本法」が成立し、2007年には「がん対策推進基本計画」に加え、「都道府県がん対策推進計画」が策定された。基本計画では、全体目標として、今後10年間でがん死亡率（75歳未満、年齢調整）を20%減少させること、がん検診の個別目標としては、がん検診受診率を5年以内に50%以上とすること、及び、すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することが掲げられている¹⁾。

1998年の一般財源化以降、がん検診は、法律に基づかない市区町村事業として実施されてきた。2008年に老人保健法による基本健診が、高齢者医療確保法による特定健診に移行した際に、健康増進法に基づく市町村事業としての位置づけがなされたが、依然、市町村の努力義務で実施される保健事業である。市町村側には受診率向上のインセンティブがなく、加えて、特定健診の対象者のずれ（被用者保険の家族は、国保加入者を対象とする市町村の特定健診の対象とはならない）によって、一部のがん検診受診率は、特定健診導入以降、むしろ減少する傾向にある。精度管理についても都道府県には技術力がなく、職域検診については全く管理されていない。

（２）政府予算

1983年から1997年までの老人保健事業においては、がん検診にかかる費

用を国、都道府県、市町村がそれぞれ3分の1ずつ負担していた。1997年の5つのがん検診（胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がん）への国からの補助金総額は346億円であった。

がん検診は、1998年の一般財源化以降、市町村事業として実施されてきたため、国のがん対策予算には含まれていないが、2009年度には、国の地方交付税措置によるがん検診事業予算は、前年（約649億）から倍増されて約1,298億円となった。さらに、2009年度の補正予算として「女性特有のがん検診推進事業」（約216億）が認められて一部の女性に無料クーポンが配布され、厚生労働大臣を本部長とする「がん検診50%推進本部」が設置されて、乳がん・子宮頸がん検診を中心に受診率向上が図られている。国レベルでは、このようなイベント的事業には予算が投じられているものの、対象者名簿を整備し、受診率を正確に測定した上で、精度管理を行うためのインフラ整備の推進には、全く手がつけられていない。

（3）がん検診の実施体制

わが国のがん検診の実施主体は市町村と企業（職域）の2つに分けられる。前者は健康増進法（平成14年度法律第103号）第19条2項に基づく健康増進事業として位置づけられ、市町村が実施するがん検診であり、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（健発第0331058号）²⁾に示された検診内容が適用される。2003年度以降、厚生労働省「がん検診に関する検討会」で死亡率減少効果の科学的根拠に基づき、議論を重ねて、現在、5つのがん検診についてそれぞれの検診方法、対象年齢、受診間隔が明記されている（表1）。死亡率減少効果の科学的証拠をまとめたがん検診ガイドラインは、厚生労働省研究班や学会などにより作成されており、必要に応じて「がん検診に関する検討会」にて参考資料として参照されている。これらの実施成績は、市町村別の集計値が厚生労働省統計情報部に報告され、地域保健・健康増進事業報告（地域保健・老人保健事業報告）として毎年公表されているが、精密検査結果における未把握・未受診の割合が高く、精度管理の目的で使用するためには、データの質を改善する必要があることが指摘されている。また、上記指針に含まれないがん検診を実施している市町村が相当数存在している（表2）。

表 1. 市町村事業におけるがん検診（指針の内容）

種 類	検 査 項 目	対 象 者	受 診 間 隔
乳がん検診	問診、乳房エックス線検査(マンモグラフィ)、視診、触診	40歳以上	2年に1回
子宮がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診、便潜血検査	40歳以上	年1回
胃がん検診	問診、胃部エックス線検査	40歳以上	年1回
肺がん検診	問診、胸部エックス線検査、喀痰細胞診	40歳以上	年1回

表 2 市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果について
(第 12 回がん検診に関する検討会参考資料)

	市町村数
胃がん検診（ペプシノゲン法）	29 (1.3%)
胃がん検診（胃カメラ検査）	65 (2.9%)
肺がん検診（CT検査）	15 (0.7%)
肺がん検診（ヘリカルCT検査）	99 (4.4%)
乳がん検診（エコー検査）	482 (21.2%)
前立腺がん検診（PSA検査）	957 (42.1%)
肝がん検診（エコー検査）	26 (1.1%)
甲状腺がん検診（エコー検査）	8 (0.4%)
その他	1548 (68.1%)
回答のあった市町村（再掲）	2273 (100.0%)

一方で、後者の企業（職域）には労働安全衛生法が適用されるが、この法律にはがん検診の実施義務は定められておらず、検診方法、対象年齢、受診間隔等の指針は存在しない。企業はがん検診実施について、その義務を負っていないのが現状である。企業が労働者にごがん検診を提供する場合であっても、そのがん検診が国の指針の適用を受けない、すなわち、科学的根拠を有するがん検診か否かのチェックもなされていないことは大きな問題といえる。職域におけるがん検診に関しては、本委員会においても意見が交わされ、健康増進法の努力義務に位置づけられる市町村事業としてのがん検診のみでなく、職場におけるがん検診等も含めたわが国のがん検診について、がん対策推進基本計画に定められた目標の達成に向けて努力すべきであることが指摘されたところである。しかし、職域におけるがん検診の検査項目、受診間隔、対象者数（率）、受診率などの実態を提供者

側から把握する統計は存在せず、乳がん検診においてマンモグラフィが検査項目として採用されていない、あるいは乳がん検診そのものが実施されていない企業が数多く存在するといわれている。

上記２種類のがん検診に加えて、受診者本人の自由意志により全額自己負担で受診するがん検診（いわゆる人間ドック）が存在するが、これらの実態についても提供者側から把握する仕組みは存在しない。

（４）日本医師会の取り組み

日本医師会では、2007年8月に「がん対策推進委員会」をプロジェクト委員会として設置し、「緩和ケアについての全国の医師の意識調査の実施及びマニュアルの企画・作成」及び「がん検診のあり方について」について検討するよう諮問した。答申を2008年3月に唐澤会長に提出したが、がん検診については、今期において「がん対策推進委員会」を常設委員会とした。2009年5月に郡市区医師会を対象とし、市町村のがん検診の医師会の受託状況等についてのアンケートを実施した。また、2009年7月12日に都道府県医師会の担当理事等に参加いただき「日本医師会がん対策推進協議会」を開催した。

（５）がん登録

地域がん登録は、がん検診の感度を測定する際の偽陰性例の情報を提供しうる。しかし、現在のわが国における地域がん登録は、登録精度や即時性（データが固定できるまでに時間がかかる）の問題があり、がん検診の即時的な精度管理に直接利用することは難しい。一方、がん検診の長期的な評価には、死亡率と罹患率の乖離の確認など、地域がん登録が重要な情報源となる。

（６）海外の状況

わが国のがん検診は、老人保健事業として開始された1983年以降、しばらくは世界的にも先駆的な取り組みが展開されてきたが、その後諸外国においても、乳がん、子宮頸がんを中心に、organized screeningとしての体制整備が進められ、イギリス、オーストラリア、カナダなどでは、対象者に対して70～80%の受診率を維持しつつ、精度管理の仕組みを構築してい

る。イギリスでは、1988年よりマンモグラフィによる乳がん検診を50～64歳の女性に対して3年に1回提供するという形で国の施策として開始した。家庭医の登録リストから対象者名簿を作成し、それをもとに個人へ受診勧奨を行うCall/Recall systemを構築すると共に、全国10カ所にQuality Assurance (QA) Reference Centerをおいて、精度管理に関するデータ収集の仕組みを構築した。国レベルでのこれらの運営をNHS Cancer Screening Programmes (Sheffieldに事務所をおくNational Health Serviceの組織。Julietta Patnick所長)が行っている。この結果、対象者における受診率は70～80%に達し、当該年齢層における乳がん罹患率と死亡率の乖離（罹患率が増加しているにもかかわらず、死亡率が減少している）が確認されている。

オーストラリアでは、連邦政府で全体の方針を決め、州ごとに運営する形態が取られているが、イギリスと同様のCall/Recall systemと精度管理の体制が構築されている。また、連邦レベルで共通の精度管理指標を制定し、州の担当者がお互いに別の州を訪問監査する仕組みが整備されている。さらに、がん登録をがん検診の感度を測定するためのデータソースとして定常的に利用する体制が整っている。

近年、韓国においても、2002年に成立した「がん管理法」の中で、国の事業としてがん検診が明記されて以来、体制整備が急速に進み、無料クーポン券を配布するなどして、検診受診率50%をすでに達成しつつある（ただし、国の事業以外のがん検診受診を含んでいる）。また、韓国国立がんセンターを中心とする、がん検診マネジメントシステムが整備されつつある。

（7）現状における問題点

- 1) 新しい検診方法を評価するためには、ランダム化比較試験(RCT)を実施することが国際水準である。わが国においても、ようやく超音波による乳がん検診や、大腸内視鏡による大腸がん検診の有効性を、RCTにより評価する研究が開始されたが、研究実施のための支持基盤がまだまだ脆弱である。
- 2) 科学的根拠に基づくがん検診を実施するためには、どのがん検診が科学的根拠に基づいて死亡減少効果（有効性）を有すると判断できるのかを示す仕組みが必要である。アメリカでは、連邦政府機関であるAgency

for Health Research and Quality (AHRQ) に属する US Preventive Services Task Force が、がん検診の有効性について判断し、推奨の程度を公表している。わが国においては、厚生労働省研究班などががん検診有効性ガイドラインを作成しているが、公的な常設機関による作成の仕組みが構築されていない。

3) がん検診の受診率向上や精度管理のためのしくみとして、イギリスでは、中央組織として NHS Cancer Screening Programmes を設置し、全国10カ所の Quality Assurance Reference Center とともに、がん検診のマネジメントを実施している。わが国においては、こうしたがん検診専門家による組織が存在しない。

参考文献

- 1) がん対策推進基本計画 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- 2) がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針 (健発第0331058号)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kenshin02.pdf

2. 検診受診率向上

(1) 受診率の算定方法

わが国で、がん検診受診率を正確に把握することは極めて困難である。前述のように国民は大きく分けて、市町村事業によるがん検診と、職域におけるがん検診のいずれかを受けることが可能である。前者の市町村事業におけるがん検診受診率は、毎年、市区町村→都道府県→厚生労働省への報告（地域保健・老人保健事業報告）があり受診者数の把握が可能である（表3）。しかし、地域ごとの対象者数の定義にバラつきがあること、乳がん、子宮頸がん検診については、受診間隔が2年に1回となったため【受診率＝（当該年度の受診者数＋前年度受診者数）÷2年連続して受診した者の数／当該年度の対象者数】、正しく把握されているかどうか、注視する必要がある。

一方、後者の職域におけるがん検診受診率は、国・都道府県において集計する手法を確立していないため、殆ど把握は不可能な状況にある。そこで、代替案として、国民生活基礎調査によるがん検診受診率の把握が挙げられている。しかし、国民生活基礎調査は3年に1度の調査であり、過去1年間の検診を調査対象としていること、保険医療機関における外来受診をがん検診と誤解している可能性があること、さらに例えば乳がん検診では、マンモグラフィ併用検診であるか否かをチェックしていないなど、受診率把握に用いるには多くの問題点があることが指摘されている。

表3. 市町村事業におけるがん検診の対象者（参考文献3より引用）

市町村事業におけるがん検診対象者数＝①－②＋③

- ① 40歳以上の市町村人口（総務省自治行政局「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」または総務省統計局「国勢調査報告」第1次資料（5歳刻み）（国勢調査は5年毎）
 - ② 40歳以上就業者数（総務省統計局「国勢調査報告」第2次基本資料（5歳刻み）5年毎更新）
 - ③ 農林水産業従事者（総務省統計局「国勢調査報告」第2次基本資料5年毎更新）
 - a) 第1次産業就業者 市町村別（15～64歳、65歳以上の2区分）
 - b) 第1次産業就業者 都道府県別 年齢別（5歳刻み）の割合に合わせて、市町村の5歳刻みの人数を推計
- (※) 子宮がん、乳がんについてはそれぞれ20歳以上、40歳以上の女性とする。
-

(2) 対策型検診と任意型検診

がん死亡率減少を達成するには受診者全体が精度管理された検診を受診することが必須であるが、内閣府による「がん対策に対する世論調査」によると、対策型と呼ばれる公共の施策として集団に対し行われる検診ではなく、受診者が自らのがん死亡リスクの低下のために受診する任意型検診を受けている割合も高いと考えられている。任意型検診は精度管理が必須とされておらず、現状の把握は困難である（表4）⁴⁾。法整備を含めた何らかの対策が必要である。

表4. 対策型検診と任意型検診の違い

	対策型検診	任意型検診
検診方法	一定である：政府、またはがん対策担当局により定められる。	様々である：受診者個人や、検診提供者によって様々である。
目的	集団レベルでの罹患率、死亡率の低下。	個人レベルでの罹患率、死亡率の低下。
感度	最も感度が高い検査が国家プログラムとして使用されないこともある。感度目標が設定され、効率の向上のためモニターされる。	通常、最も感度が高い検査が採用される。感度がモニターされることは通常ない。
特異度	偽陽性によって生じる不利益（不必要な検査に伴う費用増加、有害事象）を避けるために、特異度は重視される。	個人レベルでは、高い特異度は重要ではない。
検査間隔	固定されている：妥当な費用で集団が最大の利益が得られるように設定される。	様々である。通常、対策型より頻回となる。
資金	ヘルスケアの全体像を考慮した健康関連予算に基づいて、集団レベルの範囲に限定される。	個人の範囲、ヘルスプランの条件に制限される。第一に個人の保険、財政状況に依存する。
健康技術評価	必ず害より利益が上回ること。	効率は必ずしも示される必要はない。
品質管理	提供される検診が可能な限り最高品質であることを保障するため基準は継続的に見直され、かつ満たされなくてはならない。	基準は設定されるかもしれないが、モニターされるかどうかはわからない。
基準遵守率	設定、監視されなければならない。低率であるときは組織的な改善努力が必要。	設定、監視があるかどうかは一定していない。集団の改善のために組織的に適応されることはほとんどない。
対象	固定されている：特定の年齢階級の対象者の全員。	様々である：検診を勧められた人、検診に対して職域保険が適応となる人など。
勧奨方法	能動的：対象者は全員勧奨される。	受動的：決まった方法はない。
受診への公平性	アクセスの公平性は検診プログラムに組み込まれている。	アクセスの公平性は望ましいが、資源の配分によりその範囲は制限される。
対象者とがん罹患リスクとの関連	対象者は必ずしもがん罹患のハイリスクである必要はないが、検診にて最大の恩恵を受けると予測される年齢階級でなくてはならない。	対象者は必ずしもがん罹患のハイリスクである必要はない。このことで低リスク群への過剰な検診、高リスク群への不十分な検診となる恐れがある。
利益	利用可能な資源の中で最大化される。	個人に対しては最大化される。
害	利用可能な資源の中で最小化される。	最小化する必要は必ずしも無い。

(3) 受診勧奨

1) 受診率増加に向けた受診者への介入方法

がん対策基本法に基づいて策定された「がん対策推進基本計画」¹⁾に示される「5年以内に50%以上」を目標とするには、新たな策が必要である。米国のTask Force on Community Preventive Services⁵⁾では、受診者、事業者を対象とした乳がん検診受診率向上策に対してシステマティックレビューを行っている(表5, 6)。これらの根拠の質として「推奨される」方法を単独、または複数並行して行う事が効率を上げるとされている。受診者へのお知らせ(Client reminders)やスモールメディアは手紙やはがき、ビデオなど多くの人的資源は必要とせず、比較的安価な手段で受診勧奨を行うことが可能であると考えられる。一方、「根拠不十分」とされたものであっても、受診者へのインセンティブ、マスメディアに関してはレビュー対象となる質の高い研究が存在しないことがその原因であり、結果の解釈には注意が必要である。なお、女性特有のがん検診推進事業における乳がん検診無料クーポン券の配布は自己負担額の減免に当たると考えられる。

無料クーポン券の配布には、対象となる検診が乳がん、子宮がんのみであることや、対象年齢の制限など、様々な問題点が指摘されているが、この機会を利用して自己負担額の減免処置が及ぼす効果を検証することも重要である。

表5. 受診率増加に向けた受診者への介入方法、対象疾患とその根拠

介入の方法	乳がん (マンモグラフィ)	子宮頸がん (子宮頸部細胞診)	結腸直腸がん (便潜血反応)
受診者へのお知らせ ¹⁾	推奨される	推奨される	推奨される
受診者へのインセンティブ ²⁾	根拠不十分	根拠不十分	根拠不十分
スモールメディア ³⁾	推奨される	推奨される	推奨される
マスメディア ⁴⁾	根拠不十分	根拠不十分	根拠不十分
集団教育 ⁵⁾	根拠不十分	根拠不十分	根拠不十分
一対一教育 ⁶⁾	推奨される	推奨される	根拠不十分
受診への障壁の除去 ⁷⁾	推奨される	根拠不十分	推奨される
自己負担額の減免 ⁸⁾	推奨される	根拠不十分	根拠不十分

1. 印刷媒体(手紙、はがきなど)や電話による検診受診時期のお知らせ
2. 受診を促すための少額の金銭的やその他の報奨。レビュー対象となる質をもつ文献が存在せず
3. パンフレット、リーフレット、ニュースレター、フリップチャートなどの印刷媒体とビデオ
4. テレビ、ラジオ、新聞、屋外広告。レビュー対象となる質をもつ文献が存在せず
5. レビュー対象となる7つの文献のメタアナリシスにおいて結果は一致せず
6. 直接個人面談と電話にて検診受診を勧める方法
7. 検診会場からの距離、受診時間の制限、児童預かり所の欠如や言語、文化的障壁など受診の障害となる事項を減じること
8. 検診費用の減額、引換券、受診者や実施施設への検診費用の償還、保険費用の減額を指す

表 6. 受診率増加への事業主への介入方法とその根拠

介入の方法	根拠
事業者への評価とフィードバック ¹	推奨される
事業者へのインセンティブ ²	根拠不十分
事業者へのお知らせとリコール ³	推奨される

1. 事業者が何度検診を施行するのかを評価し、フィードバックする。その内容は個々の事業者や事業者全体の成績を示し、標準値、目標との比較を行う
2. 検診実施を直接的、間接的に促す（金銭的、非金銭的な）報奨を意味する。3件のレビューが行われたが、結果は一致していない
3. 受診者の受診日や、要精検を事業主への連絡を電子的に、または機械的に行うこと

2) 受診率増加に向けて医師会に期待されること

受診率低迷の要因として、住民の意識不足と情報提供不足があることは否めないが、医師会会員には、受診率増加に向けての重要な役割を担うことが期待される。具体的には、かかりつけ医師として、個別がん検診とは異なる症状等（保険診療対象疾患）で受診した人に対して「ところで、あなたは〇〇がん検診は受けられましたか？」、「受けていないのであれば、△△病院・医院で〇〇がん検診の受診が可能です。」のように、より具体的に個別がん検診の受診勧奨を行うことが可能である。

がん検診に関するアンケート調査結果（巻末資料参照）によると、「医師会が実施している受診勧奨の方法について」の項で、いずれのがん検診においても、「実施していない・無回答」がトップであり、次に広報誌、ポスター・リーフレット、ホームページ、はがき等郵送物、口頭（対面）と続いている。「口頭（対面）」が回答数全体に占める割合が15%程度と極端に低いことは、医師が「かかりつけ医としての役割」を十分に果たしていないことを示唆するものであり、図らずも今後のがん検診受診率の向上には、医師会会員の役割が極めて重要であることを示している。

一方、「受診率向上のための工夫について」のアンケート調査結果によると、「特定健診との同時実施」が最も多い（ただし、乳がん・子宮がんでは「実施していない・無回答」がトップ）。2008年度から実施されている特定健診との同時実施は、実施主体の問題等もあるが、受診率向上に結びつく可能性がある。

(4) まとめ

がん検診によるがんの死亡率減少を達成するためには、「有効な検診」を「正しく」、「多くの人に」行う必要がある。「有効な検診」、及び「正しく」については、厚生労働省がん検診に関する検討会でも議論され、それぞれ、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」²⁾、「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」⁶⁾に盛り込まれている。しかし、「多くの人に」受診率向上に関しては、具体的対応が図られていないのが現状である。

例えば、世界におけるマンモグラフィ検診の受診率について、経済協力開発機構 (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) データベースで閲覧することができるが、その2005年のデータを見ると、世界各国におけるマンモグラフィ検診の受診率(50～69歳女性)は、ノルウェー98%、フィンランド87.7%、スウェーデン83.6%、オランダ81.9%と北欧諸国が高いが(平均54.7%)、日本は4.1%と目を覆うほどに低い⁷⁾。わが国では、2000年から対策型としてマンモグラフィ検診が導入されたとしても、同じ時期に導入された韓国の33.6%にも大きく劣る。この検診受診率の低さはわが国の最大の問題点でもある。

国は、がん対策推進基本計画に「5年以内に、50%以上とすることを目標とする」とし、2009年度補正予算で急遽「女性特有のがん検診推進事業」を実施するなどの施策を講じつつあるが、単発的な対応ではなく、世界に範を示せるような、科学性に基づいたがん対策が強力に推進されることを期待したい。

参考文献

- 1)がん対策推進基本計画 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- 2)がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(健発第0331058号)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kenshin02.pdf
- 3)厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会：今後のわが国におけるがん検診事業の在り方について.2008 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c_0001.pdf
- 4)Miles A, Cockburn J, Smith RA et al: A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer* 101: 1201-1213, 2004
- 5)Task Force on Community Preventive Services: Recommendations for client- and provider-directed interventions to increase breast, cervical, and colorectal cancer screening. *Am J Prev Med* 35: S21-25, 2008
- 6)がん検診に関する検討会中間報告「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」.2007 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0531-8a.pdf>
- 7)Health at a Glance 2007. Organization for Economic, 111, 2007

3. 精度管理システム

(1) 従来のがん検診精度管理とがん対策推進基本計画に沿った今後のあり方

1) 精度管理の現状と今後の向上に向けた基本的な考え方

海外における Organized screening（組織型検診）では、品質保証の手法でがん検診の精度管理が行われ、がん検診の質を高く保ち、十分な受診率を確保・維持する事によって、検診の導入後に乳がん・子宮頸がんの死亡率の減少を実際に達成している。一方わが国ではたとえば乳がんの年齢調整死亡率は右肩上がりの増加を続けており、海外との差はこの組織型検診の体制の有無に原因があると考えられる。

がん検診による当該がん死亡率減少を目指すには、上記の組織型検診の方法、すなわち、有効性の確立した検診のみを行うことを前提とし、それを精度管理によって高い質で提供し、さらに受診率を高く保つという体制で行うのが唯一、実績のある方法であり、それに則って行うのが最も確実である。がん対策推進基本計画ではこれを反映し、すべての市町村において①科学的根拠に基づいてがん検診を行うこと、②精度管理・事業評価を行うべきことを明示している。

これまでわが国におけるがん検診の精度管理は十分ではなく、むしろ死亡率を減少させるという観点では極めて不十分と言わざるを得なかった。すなわち実施主体である市町村における精度管理の状況はまちまちであり、また全体としてもデータの精度・達成度の全てに渡り低水準にとどまる現状である。精度管理の系統的な手法はわが国ではこれまで存在せず、それが低水準の要因となっている。組織型検診の精度管理における品質保証/管理(以下品質保証)の手法を採り入れた体制構築が必要である。

このような精度管理の対象はがん対策として行われるがん検診、すなわち健康増進事業として行われる市町村事業としてのがん検診すべてであり、従来からの地域におけるいわゆる集団検診と個別検診である。しかし、それにとどまらず、がん対策推進基本計画が国民全体での死亡率減少を目指したものであることから、職域におけるがん検診もそれに準じた精度管理により質の向上・維持を目指すことが望まれる。しかし制度上、現状では健康増進事業以外の検診についてそれは困難であり、今

後、制度変更の検討も必要であると考えられる。

2) 厚生労働省がん検診に関する検討会及びがん検診事業評価委員会における検討

こうした中で2004年度からの厚生労働省「がん検診に関する検討会」においてがん検診精度管理に関する議論が行われ、2007年度には同検討会の中間報告「市町村事業におけるがん検診に事業評価の手法について」(2007年6月)がまとめられた。そこでの議論は従来の精度管理に「事業評価」という呼称も当てて、がん検診の質向上のためのより積極的な精度管理を目指すものとされ、精度管理を進めるために国・都道府県・市町村・検診実施機関等の役割を明確にし、それぞれの役割を着実に果たしていくことを求めた。この中間報告の中で「事業評価の手法(国、都道府県、市町村及び検診実施機関等の役割)」、「がん検診に事業評価における主要指標について」、「事業評価のためのチェックリスト」等がまとめられた。

さらに2007年度に設定された厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」において、がん検診検討会での議論を深めて、がん検診の精度管理事業評価に関する詳細な検討がなされた。また、組織型検診の構築を目指して、系統的な精度管理のために、品質管理の手法を取り入れた体制が検討された。その結果、老人保健事業として長く行われてきた体制にはなかった評価指標や目標の設定、集計時期・方法及び集計内容・様式の改訂などを加えた次項に述べる新しい精度管理の方法が提示された。そのほか、上記チェックリストの改訂と追加、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、「がん検診事業評価指標値の設定及び活用方法」及び「市町村事業におけるがん検診対象者数の計算方法」が新規に作成された。またこの中では「がん検診の事業評価の流れ」として国—都道府県—市町村—検診機関—国民、及びそれにかかわる専門機関を含めた精度管理の全体像も提示されている。

以上の内容は2008年3月「今後の我が国におけるがん検診事業評価のあり方について」報告書としてがん検診事業の評価に関する委員会でもまとめられ、厚生労働省健康局長名で全国市町村に通達された。

(2) 品質保証の手法を取り入れた新しい精度管理体制の実施状況

海外の組織型検診における品質保証の手法は三段階からなっており、それを基に精度管理を考えると第一段階として①精度管理の目標と標準の設定、第二段階として②目標到達に必要な検診の質と達成度のモニタリング(及びモニタリング結果の分析)、第三段階として③(前段階の分析結果に基づいた)精度管理水準の改善に向けた取り組みとモデル化できる。この三段階につき、主にわが国での実施状況は以下のようなものである。

①精度管理の目標と標準の設定

a) 3種の指標

死亡率減少を目指すための目標と標準として「指標」が必要であり、事業評価の指標については表7に示す3種類ある。がん検診の目的は死亡率減少であり、最終的な指標はアウトカム指標としての死亡率であるが、死亡率のみで効果を見るには長期間を有し、また市町村などの小さい単位では評価は困難である場合もある。技術・体制的指標は、がん検診の体制や技術・機器の水準の指標であり、プロセス指標は、従来からの「要精検率」「精検受診率」「がん発見率」等、検診のパフォーマンスの指標で、いずれも1年をベースに短期的に見る指標である。3者の関係は、技術・体制的指標とプロセス指標の2つの短期指標によるチェックで継続的に検診の質を確保し、最終的にがん死亡率減少を目指すという関係になっている。

表7. がん検診事業評価に用いる指標

技術・体制的指標	検診実施機関の体制の確保(設備、医師、技師等)、実施手順の確立等
プロセス指標	がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等
アウトカム指標	がん死亡率

出典：がん検診に関する検討会中間報告「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」

わが国では、がん検診に関する検討会以前は、プロセス指標以外は存在しなかった。また、プロセス指標についても後で述べる精度に問題があった。

b) 技術・体制的指標－チェックリスト

現在わが国では、技術・体制的指標としてがん検診チェックリスト

が策定されている。このがん検診チェックリストにより、体制の水準が評価できる事が既に示されている。チェックリストは必要最低限満たすべき約30数項目からなり、機能的に5つの群からなっている。すなわち受診率、受診者の記録管理、スクリーニング検査の精度、プロセス指標の把握、精検受診率のそれぞれについて高い達成度の得られる体制のための項目群である。満たさない項目は早急に整備・対応すべきでそれにより質の向上が図れる。

c) プロセス指標－数値目標

プロセス指標については、最近わが国で初めて5つのがん検診それぞれについて各指標の数値目標が設定されている(表8)。これは最低限超えるべき水準としての許容値と、より高いレベルの目標値の2段階に設定されている。許容値に達しない市町村はその項目について、以降の改善・向上を図るべきである。

表8. 各がん検診に関する事業評価指標とそれぞれの許容値及び目標値(案)

		乳がん	子宮がん	大腸がん	胃がん	肺がん
精検受診率	許容値	80%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	目標値	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上
未把握率	許容値	10%以下	10%以下	10%以下	10%以下	10%以下
	目標値	5%以下	5%以下	5%以下	5%以下	5%以下
精検未受診率	許容値	10%以下	20%以下	20%以下	20%以下	20%以下
	目標値	5%以下	5%以下	5%以下	5%以下	5%以下
精検未受診・未把握率	許容値	20%以下	30%以下	30%以下	30%以下	20%以下
	目標値	10%以下	10%以下	10%以下	10%以下	10%以下
要精検率(許容値)		11.0%以下(※)	1.4%以下	7.0%以下	11.0%以下	3.0%以下
がん発見率(許容値)		0.23%以上(※)	0.05%以上	0.13%以上	0.11%以上	0.03%以下
陽性反応的中度(許容値)		2.5%以上(※)	4.0%以上	1.9%以上	1.0%以上	1.3%以上

出典：がん検診事業の評価に関する検討会報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」

d) アウトカム指標

死亡率は今のところわが国でまだ利用は出来ないが、最終的な指標であり、中・長期的な評価には不可欠である。今後、欧米並みにアウトカム指標を利用出来るようにすべきである。

② 目標到達に必要な検診の質と達成度のモニタリング(及びモニタリング結果の分析)

がん検診に関する検討会、事業評価委員会後のわが国における実施体制は以下のようなものである。

a) 技術・体制指標のモニタリング

チェックリストはプロセス指標とともに毎年、遵守度を測り、遵守されていない検診体制は次年度には達成することが必要。

b) プロセス指標のモニタリング

ア) 集計時期

これまで老人保健事業報告の集計時期が翌年5月と、検診の精検結果を回収するには極めて期間が短くその結果回収されたデータの精度が十分では無い事が判明した。そこで2008年より、精検結果と関連する指標についてはさらに1年後の翌々年の5月が集計期限と変更され、集計様式も①翌年5月の受診者数と要精検者数などに限定した報告様式と②翌々年5月の精検受診率がん発見率などの報告様式の2様式に分けられた。

イ) 集計項目

これまでがん検診受診歴別の集計がなく、受診者集団のリスクが客観的に判断するデータが不足で、その結果がん発見率は市町村間の比較性がなかった。2008年以降の報告様式より初回受診者と非初回受診者の区別がなされ、それと性・年齢階級別集計により、集団のがんリスクの高低が判断出来る事となった。そこでようやくがん発見率の比較がより客観的に出来るようになり、精度管理に利用可能な状態となった。また、発見された早期がんについては以前より詳しく、より有用な集計が可能になっている。さらにがん検診の不利益のモニターのためにその報告欄も設けられている。

ウ) 分析

まずは体制についてチェックリストがどの程度満たされているかを把握する事が必要であり、それにより不備な体制を整備してゆく事で、がん検診の質の向上が図れる。またプロセス指標については、数値目標によって達成度の評価を行い、向上を図る事が出来る。

③改善に向けた取り組み

この段階はこれまではわが国では全く欠落していた部分であるが、第二段階目で行ったモニタリングに基づく分析・評価結果を、検診機関、あるいは市町村に還元する事で改善の必要な項目を明示する事がその目的である。この還元により精度が向上する事が、品質保証の一つの核になっている。

これまでモニタリング結果を分析する専門機関等が無かったが、2008年度より国立がんセンターにおいてこの分析を行い市町村に還元する事が提案され、現在半ば事業化されつつある。この還元により改善・向上が期待出来る。

また、2007年より優良な検診機関を選定するために最低限必要な精度管理の条件として仕様書に明記すべき項目が決められ、この利用によって優良な検診機関を選ぶ事が可能になっている。この仕様書の周知はまだ十分ではないが、市町村におけるがん検診機関の入札の際に、精度管理を条件として考慮すべき事を周知徹底する必要がある。

(3) 精度管理水準の現状と対策

1) 技術・体制に関する精度管理水準

2008年度末に全国1,800市町村を対象にがん検診チェックリストによってがん検診体制の水準が調査され(回収率89%)、初めてその実態が明らかになった。それにより5つのがんについての精度管理水準の概要を見ると従来からの集計項目である受診者数の性・年齢階級別の集計、対象者の把握、要精検、精検受診率等の項目はほぼ90%以上と高い割合で市町村は集計している。しかし精密検査の結果の把握となると、早期がんの割合は60%以下、粘膜内がん(大腸・胃)の区別は30%でしか行われていないなど従来からの集計に関しても低く、精度管理上、不十分な実態を表している。

さらに2008年度より新規に加えられた過去の検診受診歴の集計、即ち初回と非初回にわけた集計については受診者数、要精検率、精検受診率、がん発見率、早期がんの割合、陽性適中度、いずれの項目においても、集計をしている市町村の割合は20~30%と非常に低かった。この受診歴別の集計がなければがん発見率のデータの比較可能性が確保できず、今

回の集計項目の改訂による利点を生かすべく早急に集計できるよう対応が必要である。

また、検診機関の選定時に精度管理の条件を設けて劣悪な検診機関を避けるために設定された、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」に関しては、わずかに5%前後の市町村しか、それを明記した適切な仕様書を使用しておらず、検診機関選定の際、精度管理が条件として考慮されていない現状が明らかになっている。

対象者に個別に均等に受診勧奨を行っている市町村は30%前後にとどまり、対象者の網羅的な名簿を作成している市町村は70%程度と、受診率向上に必要な体制も不十分である。

2) プロセス指標に関する精度管理水準

プロセス指標により各がん検診の達成度を見ると、要精検率はがん検診によって異なり一概にその良し悪しについての判断が難しいが、精検受診率はデータの回収という点と、精検の受診勧奨という精度管理の両面を反映しており、精度管理水準を最もよく反映する指標といえる。精検を受けその結果が把握されていることを示す精検受診率は、乳がんでは79%、肺がんでは71%と高いが子宮がんでは60%、大腸がんではわずか55%である（2007年度健康増進事業報告より）。その他の21~45%はその結果が未把握、または精検未受診で、精度管理上大きな問題である。

精度管理水準を評価するのにデータの集計は最も基本的かつ重要なものであり、特に精検の結果の把握・集計が十分なされる必要がある。更に、健康増進事業のデータを個別検診のみを行っている市町村データで見ると、精検受診率は各がん種で個別検診データが全体より10~20%低いことが判明している。これは集団検診で行われているデータよりはさらに低いことを意味し、個別検診については精密検査の結果把握を行うデータ回収の仕組みを整備する必要があると考えられる。

3) まとめ

がん検診による死亡率減少のためには組織型検診における品質保証の精度管理体制が不可欠であり、ようやくわが国でもその手法を取り入れた体制が構築されつつある。

技術・体制的指標についてはがん検診チェックリストで評価が可能になった。がん検診チェックリストで条件を満たしていない項目については、個別に体制の見直しや改定が必要である。

また、従来のプロセス指標に関する数値目標の設定で、各市町村の相対的な水準が判断できるようになった。この各プロセス指標にもたらされる不備な部分を改善するため、対応するチェックリスト項目の改善により体制を整備し、質を向上させていく努力が必要である。更に、プロセス指標による評価には、がん検診の結果に関するデータ、とりわけ精密検査の結果が不可欠であり、必要な項目がすべて100%に近い率で集計される必要があり、また、その正確さも要求される。現状では精検受診率で表されるそれらデータの捕捉が50~80%とまだまだ不備であり、とりわけ個別検診では精検結果を回収するしくみを各市町村できちんと構築する必要がある。個別検診に関しては、がん検診に関する検討会でも、1地域を1検診機関とみなして精度管理データ収集を行うシステムを作るべきという議論がなされている。がん検診チェックリストに則った体制整備が望まれる。

以上のように最近新たに確定された品質管理の手法に則り、わが国のがん検診の質を向上させていくことが早急に求められている。

参考文献：

- 1) 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
- 2) 厚生労働省科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
標準的検診法と精度管理や医療経済的効果に関する研究 平成20年度総括研究報告書
- 3) 厚生労働省科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
標準的検診法と精度管理や医療経済的効果に関する研究 平成18年度～平成20年度総合研究報告書

おわりに

2007年、がん対策基本法が施行され、国及び都道府県のがん対策推進基本計画が策定され、わが国のがん対策は総合的かつ計面的に推進出来る体制となった。

また2009年度の政府予算においても、がん検診事業が前年度から倍増の約1,298億円となり、今後のがん検診を始めとするがん対策が積極的に行われることが期待されている。

しかし、がんによる死亡者の減少やがん検診受診率は目標とはかなり遠い成績となっているのが現状である。

検診受診率向上、精度管理システム、新たな検診方法の導入、がん検診と特定健診など他の検診との一体化など議論や実行すべき課題が山積している。

2007年度からの日本医師会のがん対策推進委員会のプロジェクト委員会としての設置、さらに引き続き、常設委員会となったが、本委員会の答申が今後の日本医師会のがん対策の方向や指針の一助となることを期待している。

巻末資料

市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果（平成21年1月1日現在）（厚生労働省）

がん検診に関するアンケート調査結果概要

市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果

1. 調査方法等

各都道府県を通じ、管内市区町村に対し、がん検診の実施状況（平成21年1月1日時点）についての調査を行った。

2. 結果概要

- 全市区町村（1,818）から回答があった（回収率100%）。
※23の特別区と1,795の市町村（一部、合併前の市町村別に報告あり）。
- 健康増進法に基づくがん検診を実施していると回答した市区町村数は、胃がん1,817(99.9%)、乳がん1,817(99.9%)、子宮がん1,816(99.9%)、大腸がん1,816(99.9%)、肺がん1,735(95.4%)であった。いかなる方法でも実施していないと回答した市区町村は、肺がん51市区町村、大腸がん2村であった。
- がん検診を実施していないと回答した市区町村における理由としては、肺がんは、「他に優先すべき事業があるため(27)」、「検診の有効性に疑問があるため(26)」、「予算を確保できないため(18)」が多く、大腸がんは、「検診の有効性に疑問があるため(2)」であった。
- 健康増進法に基づくがん検診を実施していると回答した市区町村のうち、対象者を国の指針通り設定していると回答した市区町村は、大腸がん1,201(66.1%)、肺がん1,159(66.8%)、胃がん936(51.5%)、子宮がん575(31.7%)、乳がん420(23.1%)であった。
- 国の指針よりも対象者を拡大（年齢枠の拡大）している市区町村は、子宮がん724(39.9%)、乳がん586(32.3%)、胃がん527(29.0%)、大腸がん447(24.6%)、肺がん335(19.3%)であった。
- 国の指針よりも対象者を制限している市区町村数は、乳がん811(44.6%)、子宮がん517(28.5%)、胃がん354(19.5%)、肺がん241(13.9%)、大腸がん168(9.3%)となっており、その方法としては各がん検診とも「定員を設け先着順とする」が多かった。

- 国が指針で定めている以外の種類のがん検診としては、前立腺がんに対するPSA検査 1,163 (64.0%)、肝がんに対する腹部超音波検査 85 (4.7%) が実施されていた。
- がん検診の周知方法としては、多くの市区町村において「広報誌に掲載 1,597 (87.8%)」、「ホームページに掲載 1,110 (61.1%)」、「個別郵送 1,000 (55.0%)」が多く、「個別訪問 72 (4.0%)」は少数にとどまった。
- 集団検診において自己負担を 1000 円以下で実施している市区町村は、胃がん 1,251 (70.6%)、子宮がん 1,182 (75.6%)、肺がん 1,564 (93.8%)、乳がん 805 (48.1%)、大腸がん 1,627 (98.6%) であった。
- 個別検診において自己負担を 1000 円以下で実施している市区町村は、胃がん 155 (29.9%)、子宮がん 471 (42.9%)、肺がん 341 (81.2%)、乳がん 350 (42.1%)、大腸がん 551 (87.9%) であった。

市区町村におけるがん検診の実施状況の調査結果(全国)
(平成21年1月1日時点)

1. 回収状況

	市町村数	割合
調査対象とした市区町村	1,818	100%
回答のあった市区町村	1,818	100%

※平成21年1月1日現在、1,781市町村。

※23の特別区と1,795市町村(一部、合併前の市町村別に報告)から回答があった。

2. 各がん検診の実施状況

	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん
がん検診を実施している市区町村	1,817 (99.9%)	1,816 (99.9%)	1,735 (95.4%)	1,817 (99.9%)	1,816 (99.9%)
がん検診をなんらかの形で実施している市区町村	1 (0.1%)	2 (0.1%)	32 (1.8%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
がん検診を実施していない市区町村	0 (0.0%)	0 (0.0%)	51 (2.8%)	0 (0.0%)	2 (0.1%)
不明・無回答	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
回答のあった市区町村(再掲)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)

3. 各がん検診の対象者の設定

	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん
国の指針どおりに対象者を設定している市区町村	936 (51.5%)	575 (31.7%)	1,159 (66.8%)	420 (23.1%)	1,201 (66.1%)
国の指針よりも対象者を拡大している市区町村	527 (29.0%)	724 (39.9%)	335 (19.3%)	586 (32.3%)	447 (24.6%)
国の指針よりも対象者を制限している市区町村	354 (19.5%)	517 (28.5%)	241 (13.9%)	811 (44.6%)	168 (9.3%)
不明・無回答	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
がん検診を実施している市区町村(再掲)	1,817 (100.0%)	1,816 (100.0%)	1,735 (100.0%)	1,817 (100.0%)	1,816 (100.0%)

4. がん検診を何らかの形で実施している市区町村及び実施していない市区町村の理由(複数回答可)

がん検診	理由		市区町村数(参考)国の指針		
胃がん	実施していない	(該当なし)	0	0	40歳以上 問診、胃部X線検査 毎年
	何らかの形で実施している	僻地診療の一環で実施	1	1	
子宮がん	実施していない	(該当なし)	0	0	20歳以上 問診、視診、細胞診 内診 隔年
	何らかの形で実施している	当該年度は実施していない (検診を2年に1回実施)	2	2	
肺がん	実施していない	予算を確保できないため	18	51※	40歳以上 問診、胸部X線検査 喀痰細胞診 毎年
		実施できる施設がないため	7		
他に優先すべき事業があるため	27				
検診の有効性に疑問があるため	26				
専門医の確保が困難	6				
実施を検討中	5				
平成21年度からの実施予定	4				
発見率が低い	2				
発症予防に力を入れているため	1				
喀痰採取が困難であるため	1				
その他	3				
	何らかの形で実施している	結核健診	32	32	
乳がん	実施していない	(該当なし)	0	0	40歳以上 問診、視診、触診 マンモグラフィー 隔年
	何らかの形で実施している	当該年度は実施していない (検診を2年に1回実施)	1	1	
大腸がん	実施していない	検診の有効性に疑問があるため	2	2	40歳以上 問診、便潜血検査 毎年
	何らかの形で実施している	(該当なし)	0	0	

※複数回答可のため、実施していない理由の計と実施していない市区町村数は異なる。

5. がん検診を実施していない市区町村

(平成21年1月1日現在)

		胃がん 検診	子宮がん 検診	肺がん 検診	乳がん 検診	大腸がん 検診
		該当なし	該当なし	51市区町村	該当なし	2村
岩手県	釜石市			未実施		
秋田県	湯沢市、美郷町、東成瀬村			未実施		
群馬県	桐生市、太田市 甘楽町、東吾妻町、高山村			未実施		
東京都	北区、稲城市			未実施		
長野県	天龍村、秦阜村					未実施
滋賀県	大津市、長浜市、 近江八幡市、草津市、 守山市、栗東市、野洲市、 湖南市、高島市、 東近江市、米原市、 安土町、日野町、竜王町、 愛荘町、豊郷町、甲良町、 多賀町、虎姫町、 高月町、木之本町、 余呉町、西浅井町			未実施		
奈良県	上牧町、山添村			未実施		
島根県	出雲市、安来市			未実施		
福岡県	太宰府市、古賀市			未実施		
熊本県	菊池市			未実施		
宮崎県	日南市、日向市、串間市、 西都市、南郷町 [*] 、高原町、 高鍋町、新富町、木城町、 川南町			未実施		

※平成21年3月30日に日南市・北郷町と新設合併

6. どのような方法により対象者を制限しているか(複数回答可)

	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん
定員を設け先着順	285 (15.7%)	237 (13.0%)	190 (10.5%)	427 (23.5%)	140 (7.7%)
定員を設け抽選	28 (1.5%)	14 (0.8%)	17 (0.9%)	30 (1.7%)	11 (0.6%)
年齢を制限	31 (1.7%)	40 (2.2%)	27 (1.5%)	33 (1.8%)	9 (0.5%)
同一人にとって受診機会、勸奨ともに隔年 ※誕生日、誕生月、居住地区で選定等		251 (13.8%)		390 (21.5%)	
その他	16 (0.9%)	18 (1.0%)	17 (0.9%)	30 (1.7%)	10 (0.6%)
不明・無回答	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
回答のあった市区町村(再掲)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)	1,818 (100.0%)

7. 各がん検診で実施されていた国の指針以外の検査項目(複数回答可)

	市町村数	
胃がん検診(胃内視鏡検査)	212	(11.7%)
胃がん検診(ペプシノゲン法)	44	(2.4%)
胃がん検診(ヘリコバクター・ピロリ抗体)	17	(0.9%)
子宮がん検診(HPV検査)	36	(2.0%)
肺がん検診(CT検査)	153	(8.4%)
乳がん検診(エコー検査)	565	(31.1%)
大腸がん検診(大腸内視鏡検査)	33	(1.8%)
大腸がん検診(S状結腸鏡検査)	29	(1.6%)
大腸がん検診(注腸X線検査)	12	(0.7%)
回答のあった市区町村(再掲)	1,818	(100.0%)

8. 国の指針以外の方法によるがん検診の実施状況

	市町村数	
指針以外のがん検診を実施している	1,208	(66.4%)
指針以外のがん検診を実施していない	610	(33.6%)
不明・無回答	0	(0.0%)
合計	1,818	(100.0%)

9. 国の指針以外の方法(複数回答可)

	市町村数	
前立腺がん検診(PSA検査)	1,163	(64.0%)
肝がん検診(エコー検査)	85	(4.7%)
卵巣がん(エコー検査)	31	(1.7%)
甲状腺がん検診(エコー検査)	22	(1.2%)
喉頭がん・口腔がん・咽頭がん	20	(1.1%)
その他	10	(0.6%)
回答のあった市区町村(再掲)	1,818	(100.0%)

10. がん検診の周知方法(複数回答可)

	市町村数	
対象者に個別に郵送等で通知	1,000	(55.0%)
自治体の広報紙で周知	1,597	(87.8%)
自治体のホームページで周知	1,110	(61.1%)
個別訪問して通知	72	(4.0%)
その他	639	(35.1%)
回答のあった市区町村(再掲)	1,818	(100.0%)

11. 受診時の費用負担額

※「0円～500円」原則無料だが、年齢等の条件により500円以下の自己負担が生じる場合【胃がん】

	集団検診		個別検診	
完全無料	134	(7.6%)	34	(6.6%)
0円～500円	333	(18.8%)	32	(6.2%)
500円～1,000円	784	(44.2%)	89	(17.2%)
1,001円～1,500円	371	(20.9%)	78	(15.1%)
1,501円～2,000円	96	(5.4%)	71	(13.7%)
2,001円～2,500円	37	(2.1%)	46	(8.9%)
2,501円以上	17	(1.0%)	168	(32.4%)
合計	1,772	(100.0%)	518	(100.0%)

【子宮がん】

	集団検診		個別検診	
完全無料	103	(6.6%)	83	(7.6%)
0円～500円	300	(19.2%)	77	(7.0%)
500円～1,000円	779	(49.8%)	311	(28.3%)
1,001円～1,500円	227	(14.5%)	220	(20.0%)
1,501円～2,000円	102	(6.5%)	271	(24.7%)
2,001円～2,500円	36	(2.3%)	89	(8.1%)
2,501円以上	16	(1.0%)	47	(4.3%)
合計	1,563	(100.0%)	1,098	(100.0%)

【肺がん】

	集団検診		個別検診	
完全無料	331	(19.8%)	63	(15.0%)
0円～500円	1,025	(61.5%)	155	(36.9%)
500円～1,000円	208	(12.5%)	123	(29.3%)
1,001円～1,500円	39	(2.3%)	35	(8.3%)
1,501円～2,000円	25	(1.5%)	20	(4.8%)
2,001円～2,500円	16	(1.0%)	5	(1.2%)
2,501円以上	24	(1.4%)	19	(4.5%)
合計	1,668	(100.0%)	420	(100.0%)

【乳がん】

	集団検診		個別検診	
完全無料	99	(5.9%)	48	(5.8%)
0円～500円	245	(14.6%)	95	(11.4%)
500円～1,000円	461	(27.6%)	207	(24.9%)
1,001円～1,500円	392	(23.4%)	169	(20.3%)
1,501円～2,000円	297	(17.8%)	187	(22.5%)
2,001円～2,500円	95	(5.7%)	69	(8.3%)
2,501円以上	84	(5.0%)	57	(6.9%)
合計	1,673	(100.0%)	832	(100.0%)

【大腸がん】

	集団検診		個別検診	
完全無料	141	(8.5%)	70	(11.2%)
0円～500円	1,127	(68.3%)	305	(48.6%)
500円～1,000円	359	(21.8%)	176	(28.1%)
1,001円～1,500円	18	(1.1%)	54	(8.6%)
1,501円～2,000円	4	(0.2%)	9	(1.4%)
2,001円～2,500円	0	(0.0%)	1	(0.2%)
2,501円以上	1	(0.1%)	12	(1.9%)
合計	1,650	(100.0%)	627	(100.0%)

がん検診に関するアンケート調査結果概要

調査対象

891 郡市区医師会（市区町村毎に回答）

調査時期

平成21年5月

回答数

740 医師会（調査票回収数：1600）

- ・ひとつの郡市区医師会で複数の市区町村のがん検診を受託している場合があるため、回答数は、郡市区医師会数を上回っている。
- ・上記の理由により、集計は市区町村単位で行っている。

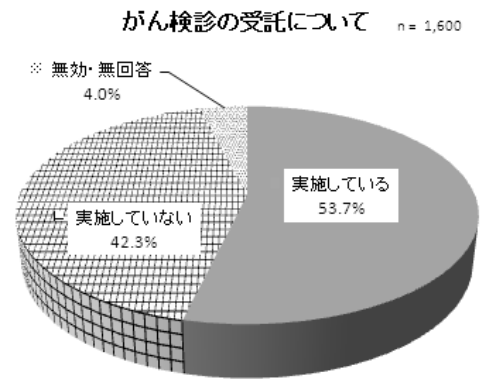
厚生労働省が指針に示している5つのがん検診について
がん検診の受託について

- ・5つのがん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん）検診について、1つでも市区町村からがん検診を受託している医師会の割合が53.7%であった。
- ・このことは、医師会が市町村の実施するがん検診の委託先として一定の役割を果たしていることを示している。

5つのがん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん）の、各市区町村委託の医師会がん検診実施

	合計	実施している	実施していない	無効・無回答
回答数	1600	860	676	64
割合	100.0%	53.7%	42.3%	4.0%

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
回答数	509	593	447	600	711

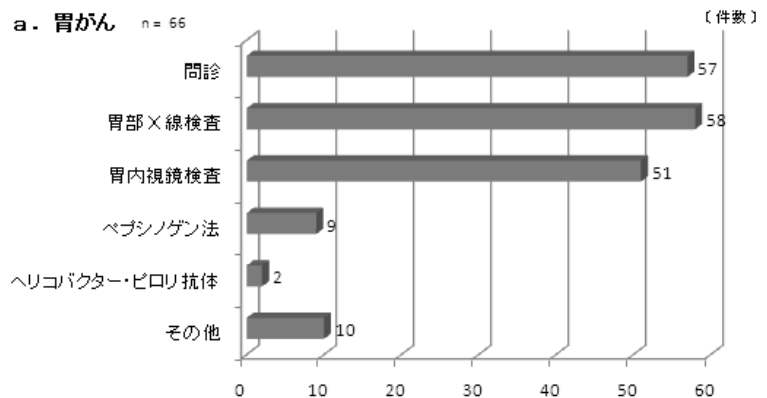
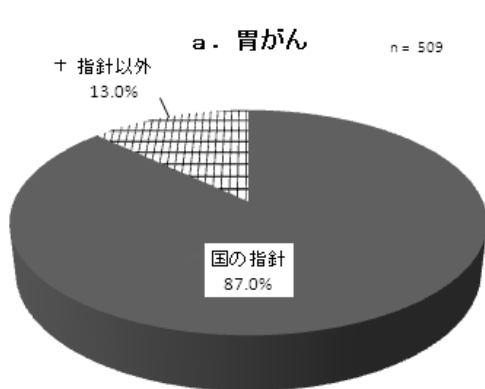


検査項目について

- ・大腸がん、肺がん、子宮がんについては、国の指針に従った検査項目を用いていた割合が90%以上であったが、胃がん、乳がんについては、90%以下であった。
- ・がん対策の一環として市町村が行うがん検診は、基本計画に従って科学的根拠がある検診に限るべきであり、国の指針に基づいて行われるべきである。

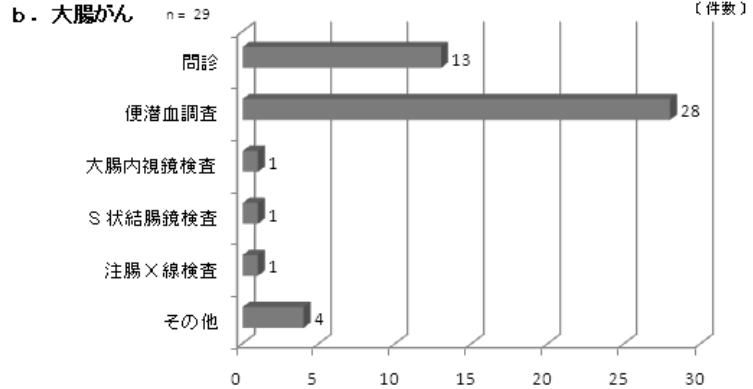
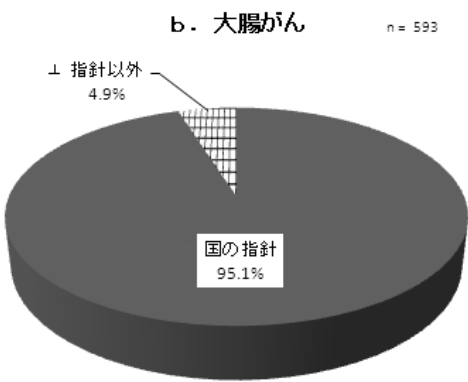
a. 胃がん n=509

	国の指針	国の指針以外 特定の項目のみ	問診	胃部X線	胃内視鏡	ペプシノゲン法	ヘリコバクター・ ピロリ抗体	その他
回答数	443	66	57	58	51	9	2	10
割合	87.0%	13.0%	6.6%	6.7%	5.9%	1.0%	0.2%	1.2%



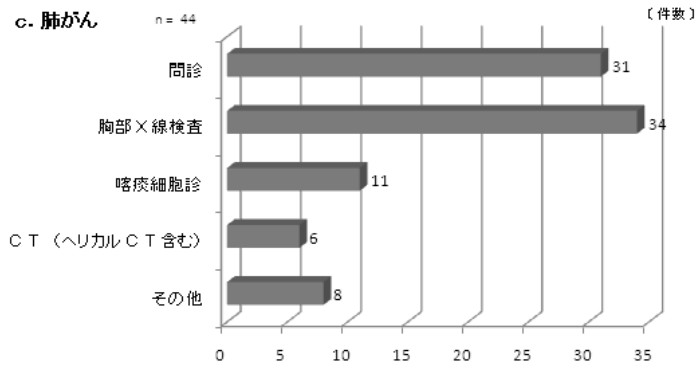
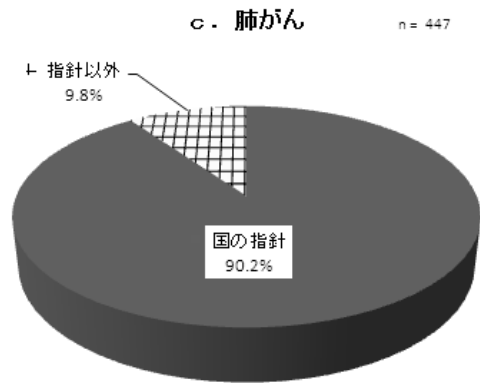
b. 大腸がん n=593

	国の指針	国の指針以外 特定の項目のみ	問診	便潜血検査	大腸内視鏡	S状結腸鏡	注腸X線	その他
回答数	564	29	13	28	1	1	1	4
割合	95.1%	4.9%	1.5%	3.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.5%



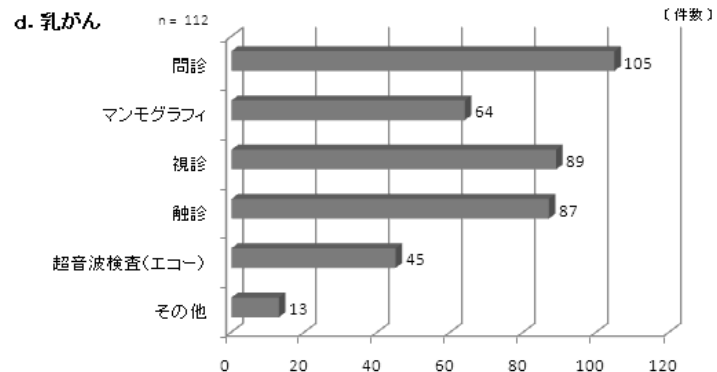
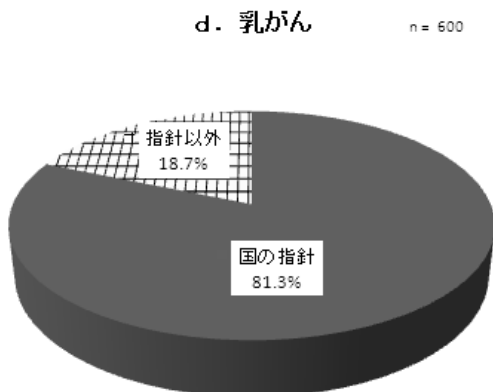
c. 肺がん n=447

	国の指針	国の指針以外 特定の項目のみ	問診	胸部X線	喀痰細胞診	CT (ヘリカルCT)	その他
回答数	403	44	31	34	11	6	8
割合	90.2%	9.8%	3.6%	4.0%	1.3%	0.7%	0.9%



d. 乳がん n=600

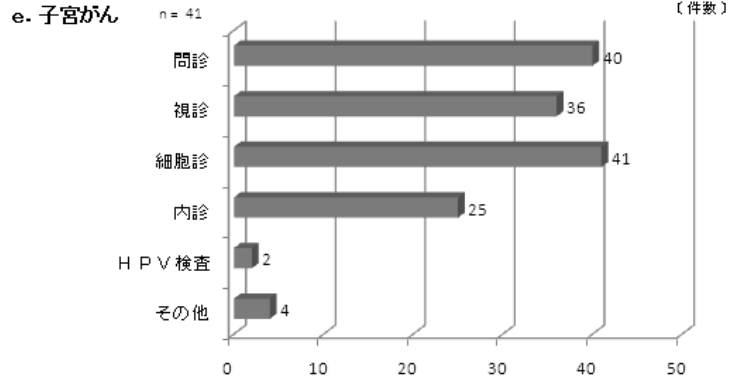
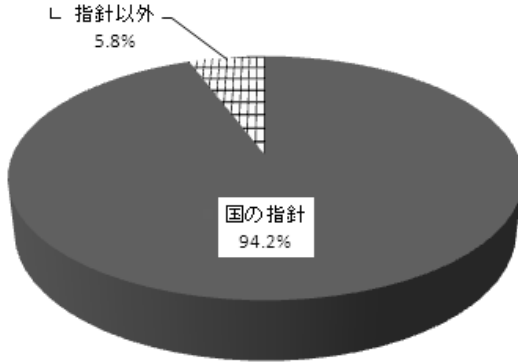
	国の指針	国の指針以外 特定の項目のみ	問診	マンモグラフィ	視診	触診	超音波検査 (エコー)	その他
回答数	488	112	105	64	89	87	45	13
割合	81.3%	18.7%	12.2%	7.4%	10.3%	10.1%	5.2%	1.5%



e. 子宮がん n=711

	国の指針	国の指針以外 特定の項目のみ	問診	視診	細胞診	内診	HPV検査	その他
回答数	670	41	40	36	41	25	2	4
割合	94.2%	5.8%	4.7%	4.2%	4.8%	2.9%	0.2%	0.5%

e. 子宮がん n = 711

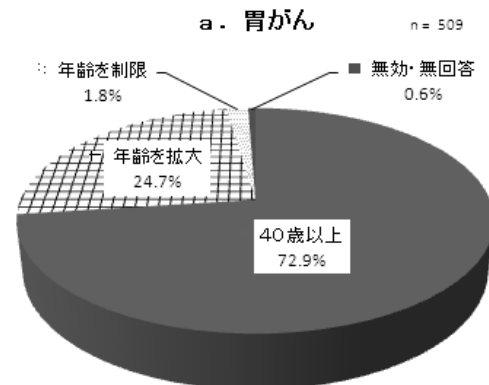


対象年齢について

- ・ 大腸がん、肺がんについては、年齢を拡大して実施している割合が 14.8%、15.2%であったが、胃がんについては 24.7%、乳がんについては、30.5%と高かった。子宮がんについては、2.5%と低かった。
- ・ 市町村におけるがん検診のキャパシティには限界があるため、年齢を制限することは合理的と考えられるが、年齢を拡大して実施することは必ずしも合理的ではないと思われる。

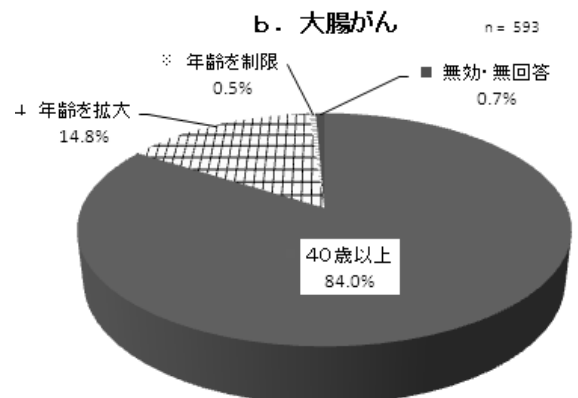
a. 胃がん n=509

	40歳以上	年齢を拡大	年齢を制限	無効・無回答
回答数	371	126	9	3
割合	72.9%	24.7%	1.8%	0.6%



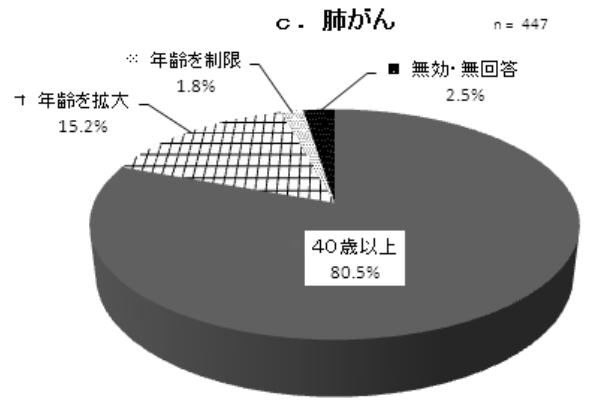
b. 大腸がん n=593

	40歳以上	年齢を拡大	年齢を制限	無効・無回答
回答数	498	88	3	4
割合	84.0%	14.8%	0.5%	0.7%



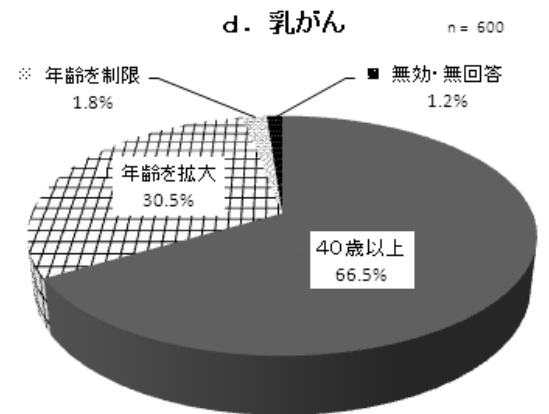
c. 肺がん n=447

	40歳以上	年齢を拡大	年齢を制限	無効・無回答
回答数	360	68	8	11
割合	80.5%	15.2%	1.8%	2.5%



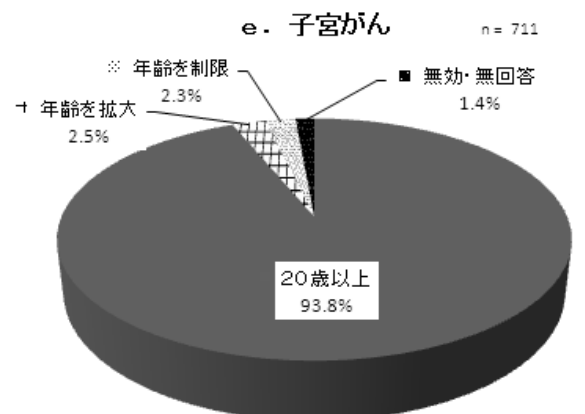
d. 乳がん n=600

	40歳以上	年齢を拡大	年齢を制限	無効・無回答
回答数	399	183	11	7
割合	66.5%	30.5%	1.8%	1.2%



e. 子宮がん n=711

	20歳以上	年齢を拡大	年齢を制限	無効・無回答
回答数	667	18	16	10
割合	93.8%	2.5%	2.3%	1.4%

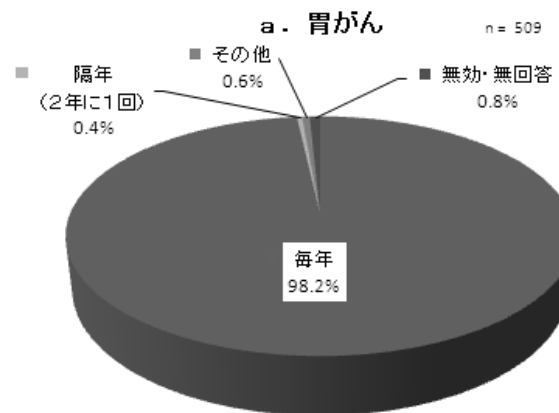


検診間隔について

- ・ 指針に毎年実施とされている胃がん、大腸がん、肺がんについては、ほとんどの地域で毎年行われていた。乳がん、子宮がんについては、指針で隔年とされているが、毎年実施している場合が24.5%、37.1%と高かった。
- ・ 科学的根拠に基づかずに検診間隔を短くすることはあまり合理的とは言えない。

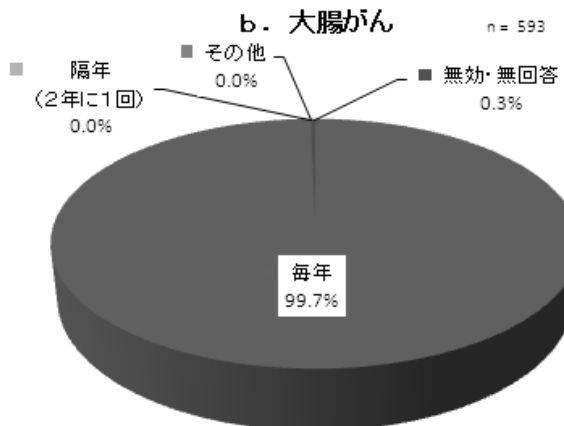
a. 胃がん n=509

	毎年	隔年 (2年に1回)	その他	無効・ 無回答
回答数	500	2	3	4
割合	98.2%	0.4%	0.6%	0.8%



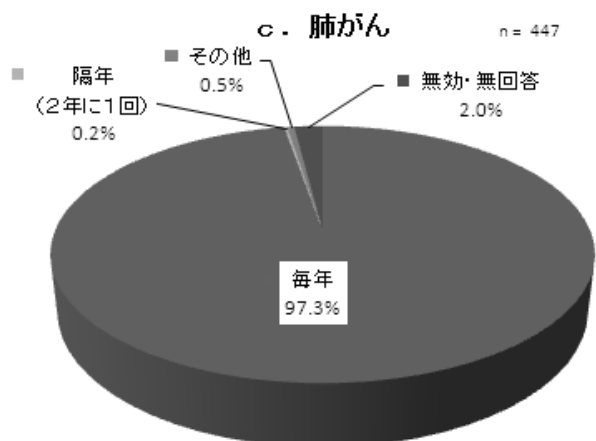
b. 大腸がん n=593

	毎年	隔年 (2年に1回)	その他	無効・ 無回答
回答数	591	0	0	2
割合	99.7%	0.0%	0.0%	0.3%



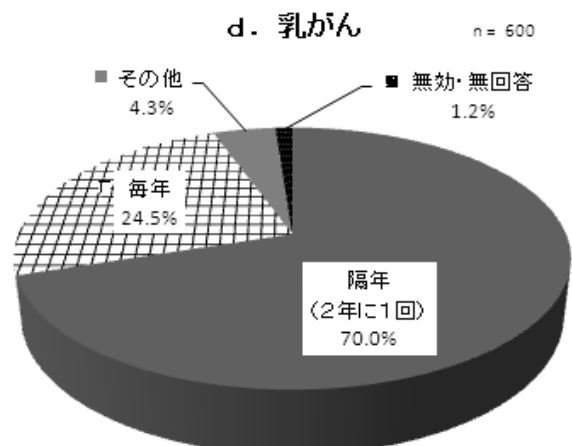
c. 肺がん n=447

	毎年	隔年 (2年に1回)	その他	無効・ 無回答
回答数	435	1	2	9
割合	97.3%	0.2%	0.5%	2.0%



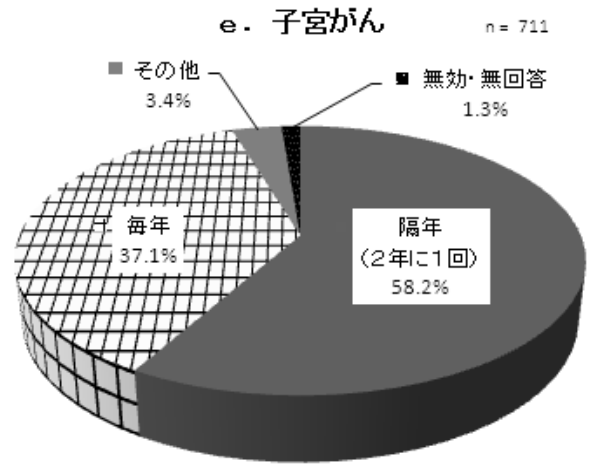
d. 乳がん n=600

	隔年 (2年に1回)	毎年	その他	無効・ 無回答
回答数	420	147	26	7
割合	70.0%	24.5%	4.3%	1.2%



e. 子宮がん n=711

	隔年 (2年に1回)	毎年	その他	無効・ 無回答
回答数	414	264	24	9
割合	58.2%	37.1%	3.4%	1.3%

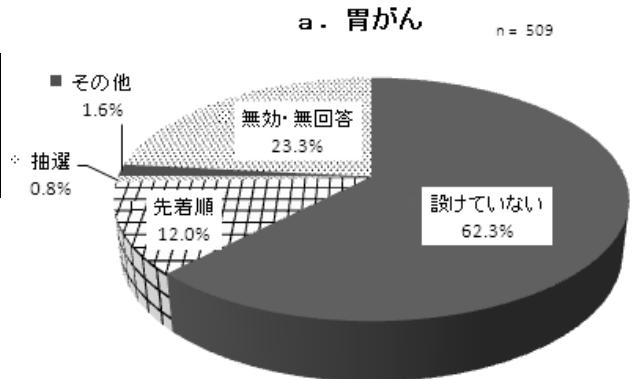


受診者の定員について

- ・大腸がん、肺がん、子宮がんについては、定員を設けていない地域が、60～70%であったが、乳がん、胃がんについては、先着順とする場合が15.8%、12.0%存在した。
- ・市町村におけるがん検診のキャパシティに限りがある場合は、年齢、検診間隔によって調整すべきであるが、先着順という施策は受診機会の平等を担保するためには公正性に欠けると思われる。

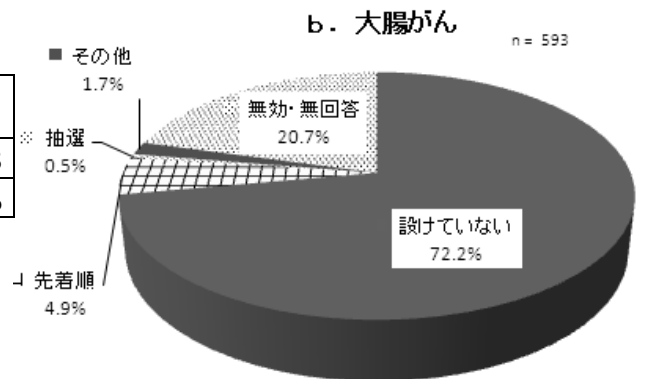
a. 胃がん n=509

	設けていない	先着順	抽選	その他	無効・ 無回答
回答数	317	61	4	8	119
割合	62.3%	12.0%	0.8%	1.6%	23.3%



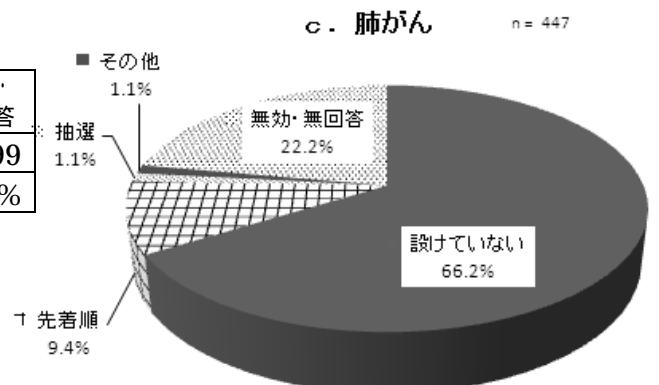
b. 大腸がん n=593

	設けていない	先着順	抽選	その他	無効・ 無回答
回答数	428	29	3	10	123
割合	72.2%	4.9%	0.5%	1.7%	20.7%



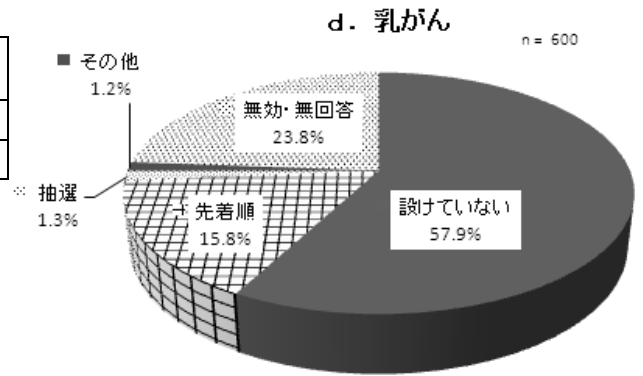
c. 肺がん n=447

	設けていない	先着順	抽選	その他	無効・ 無回答
回答数	296	42	5	5	99
割合	66.2%	9.4%	1.1%	1.1%	22.2%



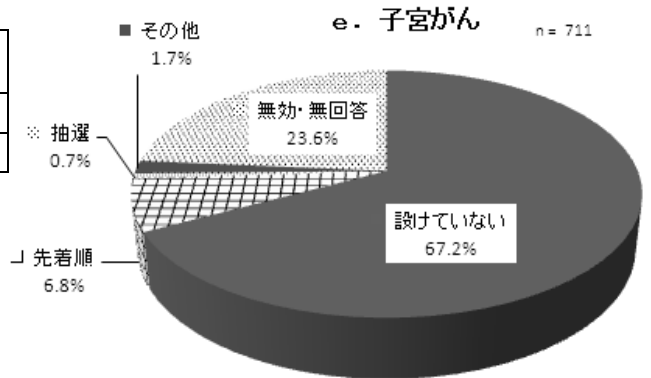
d. 乳がん n=600

	設けていない	先着順	抽選	その他	無効・無回答
回答数	347	95	8	7	143
割合	57.9%	15.8%	1.3%	1.2%	23.8%



e. 子宮がん n=711

	設けていない	先着順	抽選	その他	無効・無回答
回答数	478	48	5	12	168
割合	67.2%	6.8%	0.7%	1.7%	23.6%



対象者数と受診者数について

- ・ 受診者数については、1000名以下の地域が各がん検診で20-40%存在し、乳がんでは50%と高かった。
- ・ 受診者数が1000人以下の場合、要精検率やがん発見率などの精度管理指標を1年単位で計算しても安定した結果が得られず、意味のある比較が困難である。
- ・ 精度管理指標は、精度が均一と考えられる単位ごとに計算し、1年ごとに比較できなければ、フィードバックが難しい。同一の検査機関で一定規模の検査数を確保することが必須である。
- ・ 精度管理指標を記録することにより、仮に見落としの例があったとしても、精度に関する証拠を示すことができる(個々の例での過失の議論を回避できる)。
- ・ 各がんの検診受診状況(受診者/対象者)は8.4%~16.1%であった。
- ・ 受診者が現在の2~3倍程度増となると医師会におけるがん検診のキャパシティは限界となる。

a. 胃がん n=509

対象者(人)

	1名~100名	101名~1000名	1001名~10000名	10001名~100000名	100000名以上	0名無効・無回答
回答数	1	15	138	215	41	99
割合	0.2%	2.9%	27.1%	42.2%	8.1%	19.5%

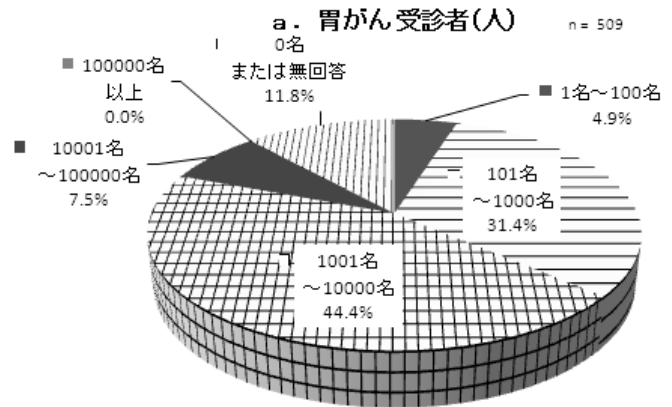
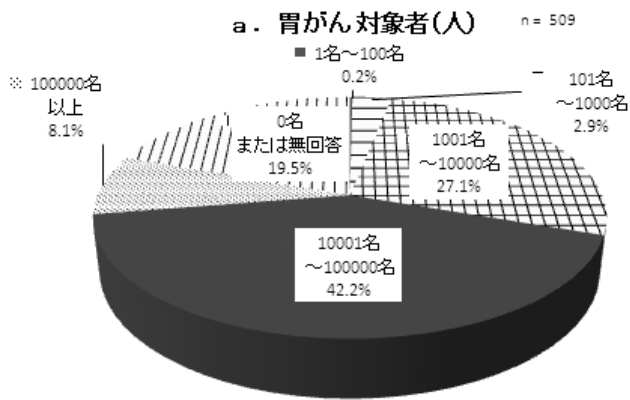
受診者(人)

	1名~100名	101名~1000名	1001名~10000名	10001名~100000名	100000名以上	0名無効・無回答
回答数	25	160	226	38	0	60(うち0名5)
割合	4.9%	31.4%	44.4%	7.5%	0.0%	11.8%

実施可能数(人/年)

	1名~100名	101名~1000名	1001名~10000名	10001名~100000名	100000名以上	無効・無回答
回答数	3	50	125	20	1	310
割合	0.6%	9.8%	24.6%	3.9%	0.2%	60.9%

受診者/対象者 n=407	対象者/実施可能数 n=183	受診者/実施可能数 n=197
8.4%	477.2%	42.5%
	21.0%	



b. 大腸がん 対象者(人) n=593

	1名~100名	101名~1000名	1001名~10000名	10001名~100000名	100000名以上	0名 無効・無回答
回答数	1	11	134	285	45	117
割合	0.2%	1.8%	22.6%	48.1%	7.6%	19.7%

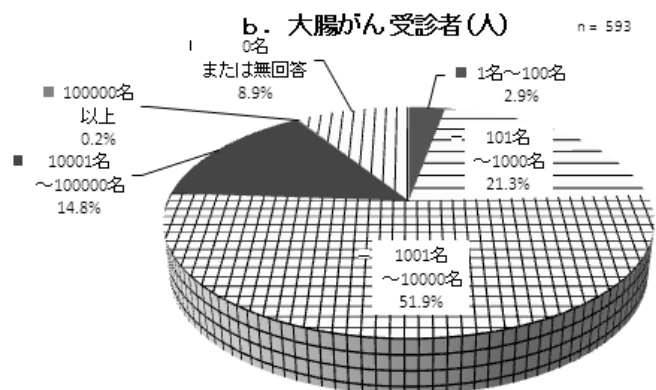
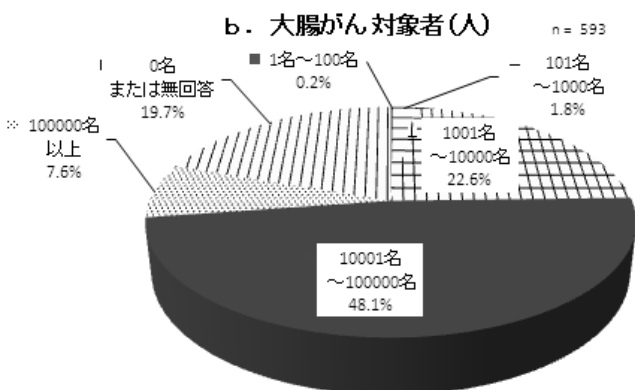
受診者(人)

	1名~100名	101名~1000名	1001名~10000名	10001名~100000名	100000名以上	0名 無効・無回答
回答数	17	126	308	88	1	53(うち0名3)
割合	2.9%	21.3%	51.9%	14.8%	0.2%	8.9%

実施可能数(人/年)

	1名~100名	101名~1000名	1001名~10000名	10001名~100000名	100000名以上	無効・無回答
回答数	3	35	124	54	5	372
割合	0.5%	5.9%	20.9%	9.1%	0.9%	62.7%

受診者/対象者 n=476	対象者/実施可能数 n=202	受診者/実施可能数 n=220
15.6%	244.6%	37.4%
	40.9%	



c. 肺がん

対象者(人) n=447

	1名~100名	101名 ~1000名	1001名 ~10000名	10001名 ~100000名	100000名 以上	0名 無効・無回答
回答数	0	10	105	194	37	101
割合	0.0%	2.2%	23.5%	43.4%	8.3%	22.6%

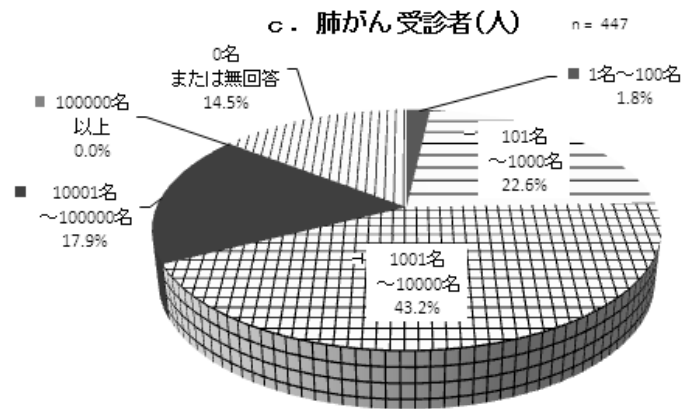
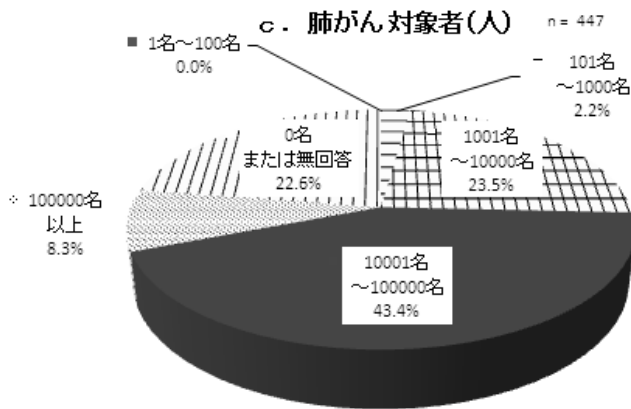
受診者(人)

	1名~100名	101名 ~1000名	1001名 ~10000名	10001名 ~100000名	100000名 以上	0名 無効・無回答
回答数	8	101	193	80	0	65(うち0名5)
割合	1.8%	22.6%	43.2%	17.9%	0.0%	14.5%

実施可能数(人/年)

	1名~100名	101名 ~1000名	1001名 ~10000名	10001名 ~100000名	100000名 以上	無効・無回答
回答数	2	32	89	42	4	278
割合	0.4%	7.2%	19.9%	9.4%	0.9%	62.2%

受診者/対象者 n=341	対象者/実施可能数 実施可能数/対象者 n=155	受診者/実施可能数 n=168
16.1%	268.3% 37.3%	49.3%



d. 乳がん

対象者(人) n=600

	1名~100名	101名 ~1000名	1001名 ~10000名	10001名 ~100000名	100000名 以上	0名 無効・無回答
回答数	5	25	195	247	23	105
割合	0.8%	4.2%	32.5%	41.2%	3.8%	17.5%

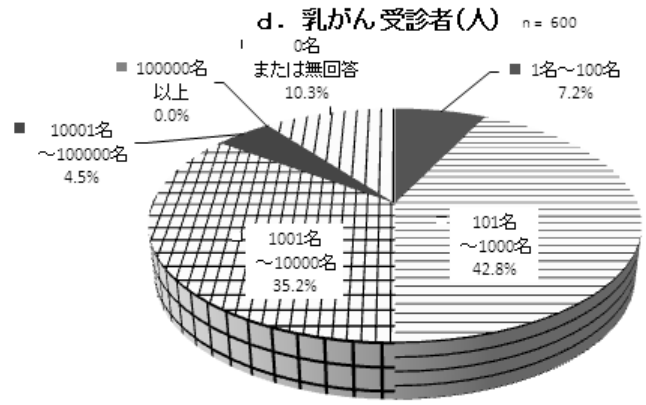
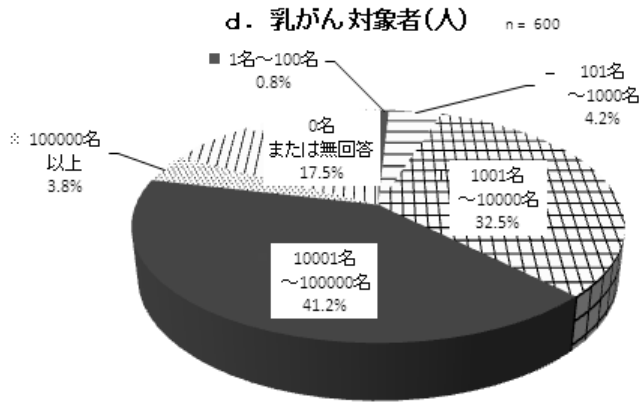
受診者(人)

	1名~100名	101名 ~1000名	1001名 ~10000名	10001名 ~100000名	100000名 以上	0名 無効・無回答
回答数	43	257	211	27	0	62(うち0名8)
割合	7.2%	42.8%	35.2%	4.5%	0.0%	10.3%

実施可能数(人/年)

	1名~100名	101名 ~1000名	1001名 ~10000名	10001名 ~100000名	100000名 以上	無効・無回答
回答数	8	88	108	17	1	378
割合	1.3%	14.7%	18.0%	2.8%	0.2%	63.0%

受診者/対象者 n=493	対象者/実施可能数 実施可能数/対象者 n=207	受診者/実施可能数 n=221
9.1%	446.1% 22.4%	40.3%



e. 子宮がん対象者(人) n=711

	1名 ~ 100名	101名 ~ 1000名	1001名 ~ 10000名	10001名 ~ 100000名	100000名以上	0名 無効・無回答
回答数	8	26	210	313	36	118
割合	1.1%	3.7%	29.5%	44.0%	5.1%	16.6%

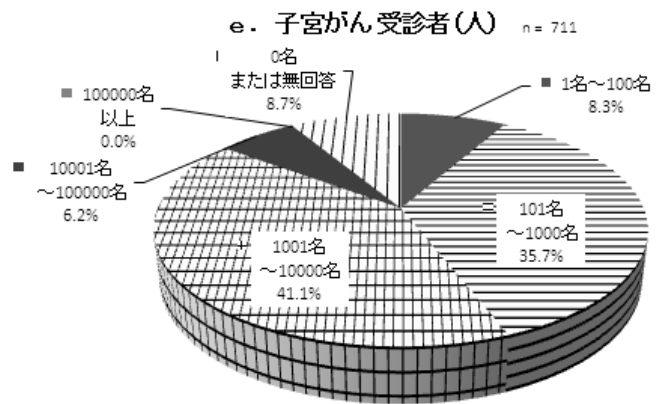
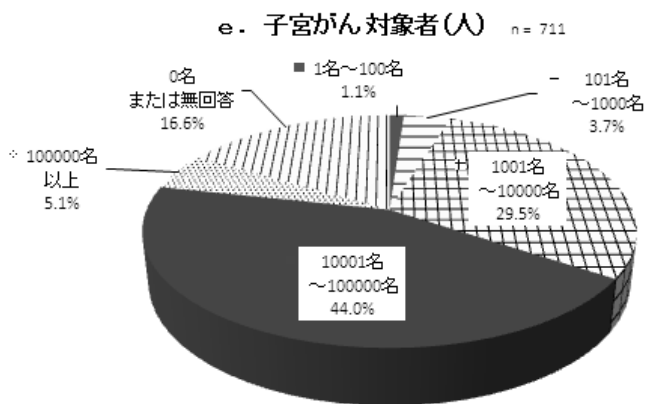
受診者(人)

	1名 ~ 100名	101名 ~ 1000名	1001名 ~ 10000名	10001名 ~ 100000名	100000名以上	0名 無効・無回答
回答数	59	254	292	44	0	62(うち0名2)
割合	8.3%	35.7%	41.1%	6.2%	0.0%	8.7%

実施可能数(人/年)

	1名 ~ 100名	101名 ~ 1000名	1001名 ~ 10000名	10001名 ~ 100000名	100000名以上	無効・無回答
回答数	11	74	120	25	2	479
割合	1.5%	10.4%	16.9%	3.5%	0.3%	67.4%

受診者/対象者 n=589	対象者/実施可能数 実施可能数/対象者 n=217	受診者/実施可能数 n=231
9.7%	337.5% 29.6%	35.2%

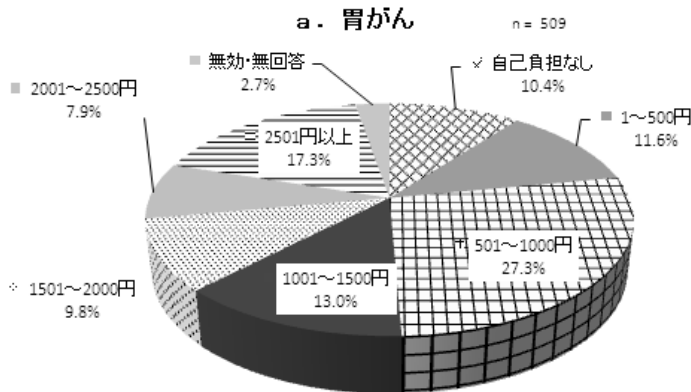


受診者の費用負担(自己負担)について

- ・大腸がん、肺がんは低く設定されており、胃がんは2500円以上が相当数で、乳がん、子宮がんは中間であった。
- ・市町村が行うがん検診は、広く住民の健康を維持するためにも可能な限り無料と設定し、受診機会を確保すべきである。

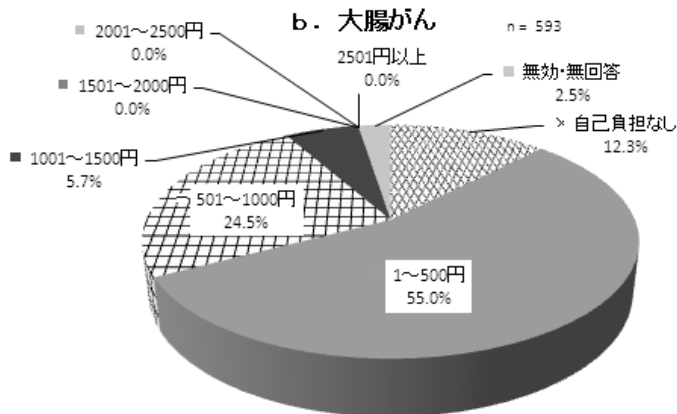
a. 胃がん n=509

	自己負担なし	1～500円	501～1000円	1001～1500円	1501～2000円	2001～2500円	2501円以上	無効・無回答
回答数	53	59	139	66	50	40	88	14
割合	10.4%	11.6%	27.3%	13.0%	9.8%	7.9%	17.3%	2.7%



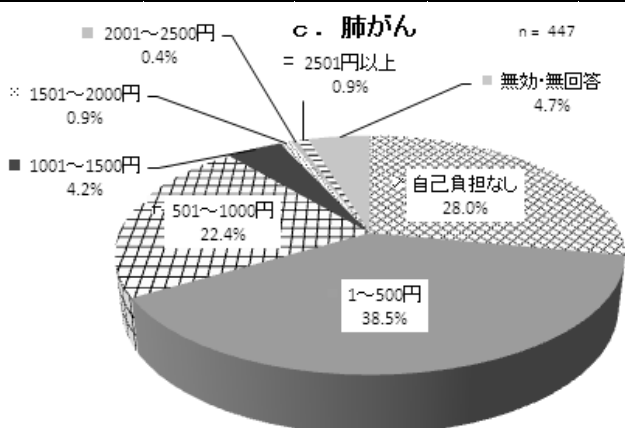
b. 大腸がん n=593

	自己負担なし	1～500円	501～1000円	1001～1500円	1501～2000円	2001～2500円	2501円以上	無効・無回答
回答数	73	326	145	34	0	0	0	15
割合	12.3%	55.0%	24.5%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%



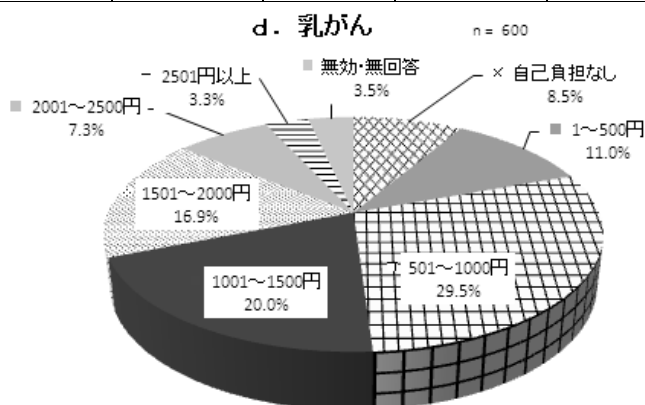
c. 肺がん n=447

	自己負担なし	1～500円	501～1000円	1001～1500円	1501～2000円	2001～2500円	2501円以上	無効・無回答
回答数	125	172	100	19	4	2	4	21
割合	28.0%	38.5%	22.4%	4.2%	0.9%	0.4%	0.9%	4.7%



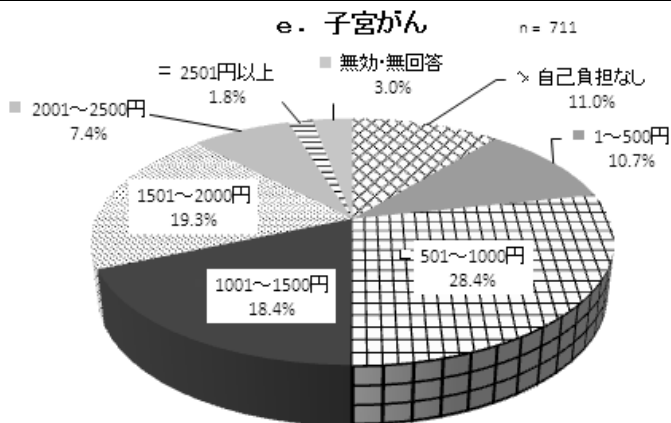
d. 乳がん n=600

	自己負担なし	1～500円	501～1000円	1001～1500円	1501～2000円	2001～2500円	2501円以上	無効・無回答
回答数	51	66	177	120	101	44	20	21
割合	8.5%	11.0%	29.5%	20.0%	16.9%	7.3%	3.3%	3.5%



e. 子宮がん n=711

	自己負担なし	1～500円	501～1000円	1001～1500円	1501～2000円	2001～2500円	2501円以上	無効・無回答
回答数	78	76	202	131	137	53	13	21
割合	11.0%	10.7%	28.4%	18.4%	19.3%	7.4%	1.8%	3.0%

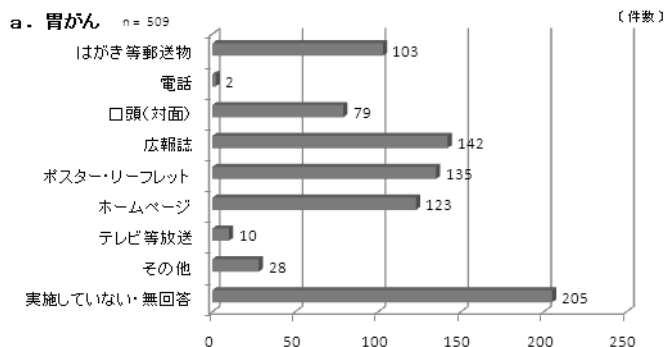


医師会が実施している受診勧奨の方法について

- ・はがき等郵送物は、誰に送っているのか（対象への個人受診勧奨通知になっているのか）、通知の内容が、個別の受診につながる情報となっているかが重要である。
- ・「口頭（対面）」が特徴と考えられるが、勧奨の内容も重要である。
- ・委託の内容により、医師会、検診機関、市町村の業務かは異なると考えられる。

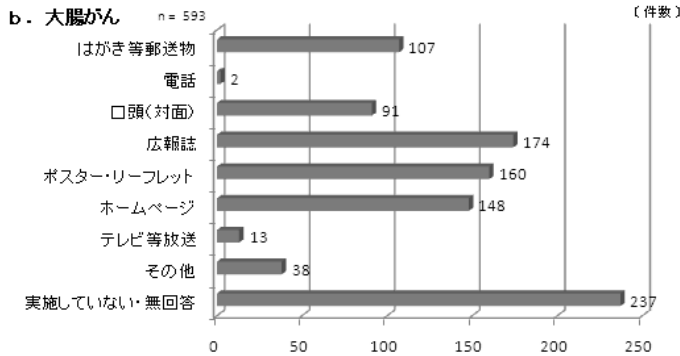
a. 胃がん n=509

	はがき等郵送物	電話	口頭（対面）	広報誌	ポスター・リーフレット	ホームページ	テレビ等放送	その他	実施していない・無回答
回答数	103	2	79	142	135	123	10	28	205



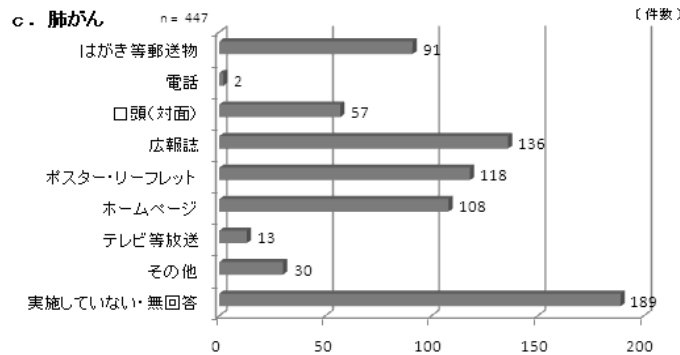
b. 大腸がん n=593

	はがき等 郵送物	電話	口頭 (対面)	広報誌	ポスター・ リーフレット	ホーム ページ	テレビ等 放送	その他	実施していない・ 無回答
回答数	107	2	91	174	160	148	13	38	237



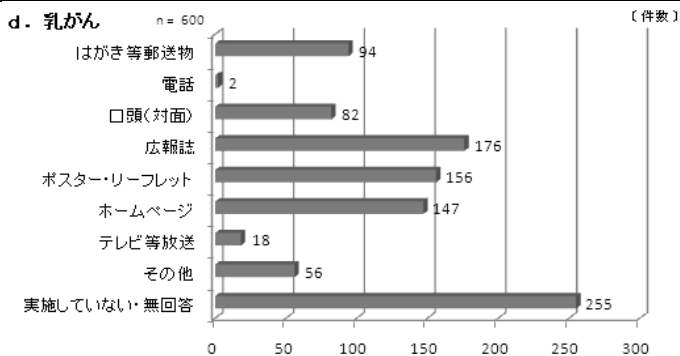
c. 肺がん n=447

	はがき等 郵送物	電話	口頭 (対面)	広報誌	ポスター・ リーフレット	ホーム ページ	テレビ等 放送	その他	実施していない・ 無回答
回答数	91	2	57	136	118	108	13	30	189



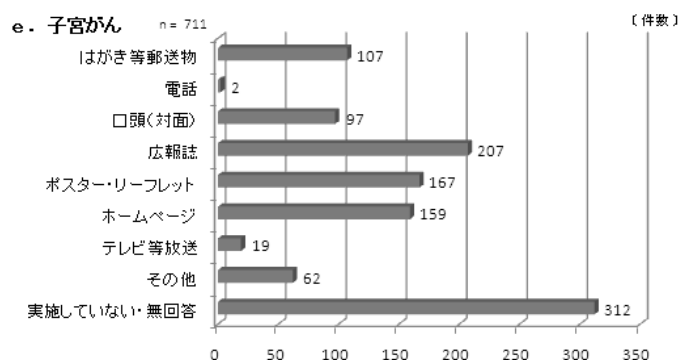
d. 乳がん n=600

	はがき等 郵送物	電話	口頭 (対面)	広報誌	ポスター・ リーフレット	ホーム ページ	テレビ等 放送	その他	実施していない・ 無回答
回答数	94	2	82	176	156	147	18	56	255



e. 子宮がん n=711

	はがき等 郵送物	電話	口頭 (対面)	広報誌	ポスター・ リーフレット	ホーム ページ	テレビ等 放送	その他	実施していない・ 無回答
回答数	107	2	97	207	167	159	19	62	312

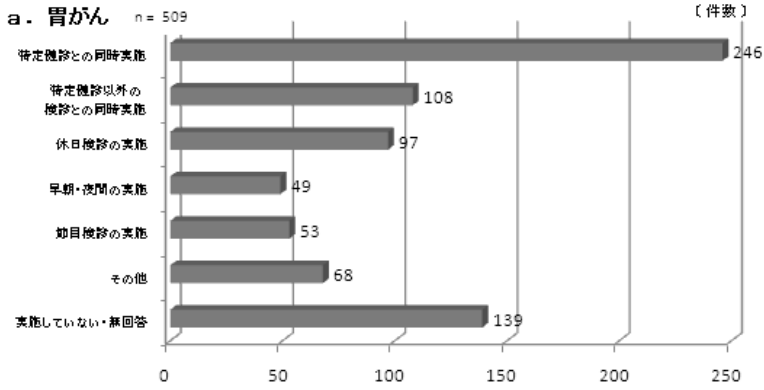


受診率向上のための工夫について

・ 特定健診との同時実施が多く、胃がん、大腸がん、肺がんについては特に多い。

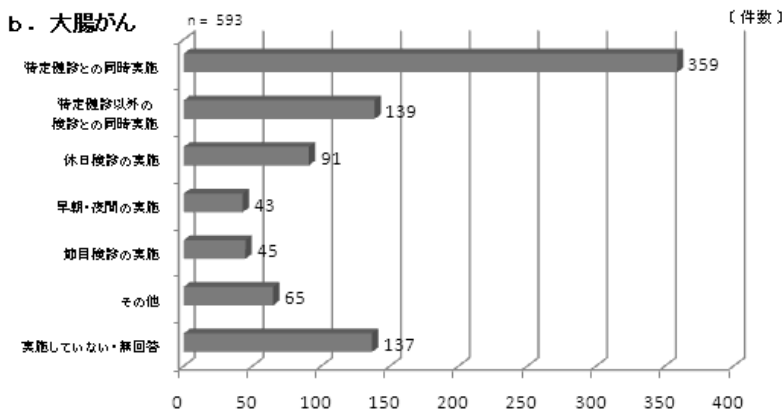
a. 胃がん n=509

	特定健診との同時実施	特定健診以外の検診との同時実施	休日検診の実施	早朝・夜間の実施	節目検診の実施	その他	実施していない・無回答
回答数	246	108	97	49	53	68	139



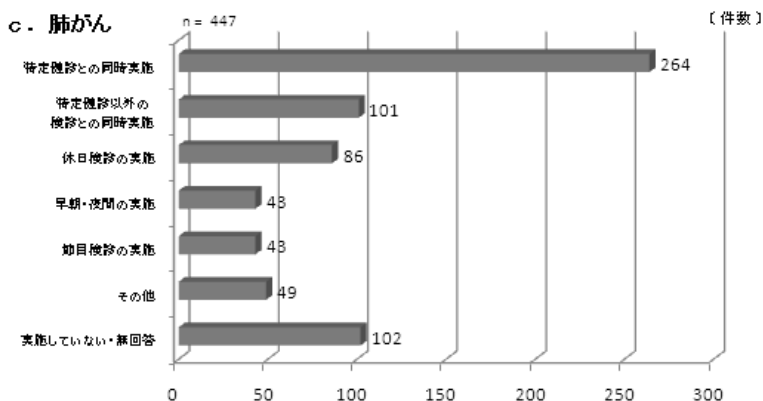
b. 大腸がん n=593

	特定健診との同時実施	特定健診以外の検診との同時実施	休日検診の実施	早朝・夜間の実施	節目検診の実施	その他	実施していない・無回答
回答数	359	139	91	43	45	65	137



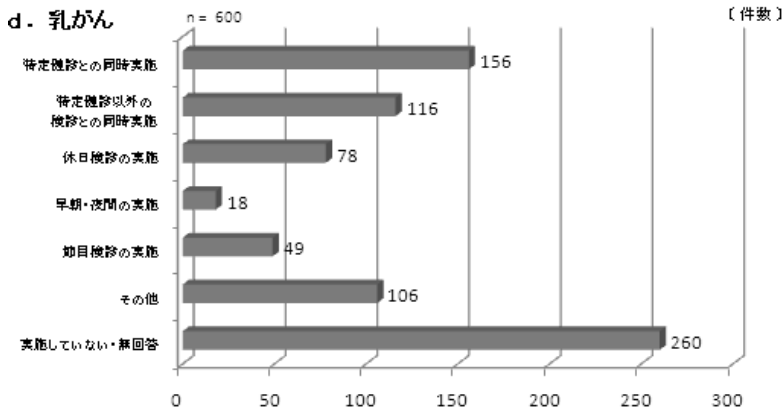
c. 肺がん n=447

	特定健診との同時実施	特定健診以外の検診との同時実施	休日検診の実施	早朝・夜間の実施	節目検診の実施	その他	実施していない・無回答
回答数	264	101	86	43	43	49	102



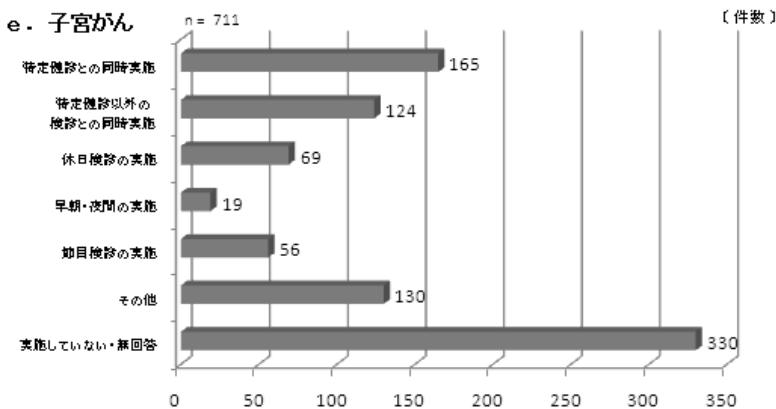
d. 乳がん n=600

	特定健診との同時実施	特定健診以外の検診との同時実施	休日検診の実施	早朝・夜間の実施	節目検診の実施	その他	実施していない・無回答
回答数	156	116	78	18	49	106	260



e. 子宮がん n=711

	特定健診との同時実施	特定健診以外の検診との同時実施	休日検診の実施	早朝・夜間の実施	節目検診の実施	その他	実施していない・無回答
回答数	165	124	69	19	56	130	330

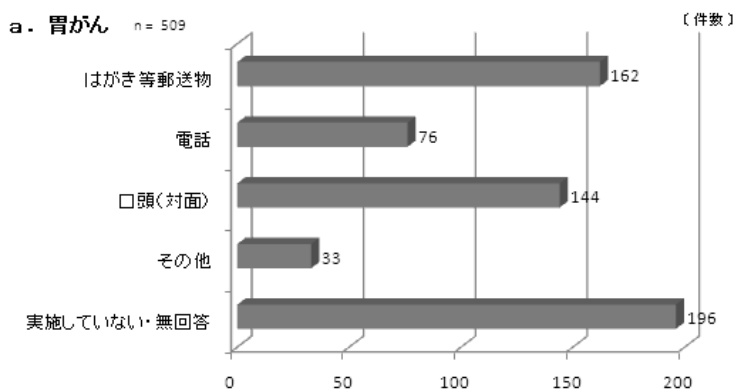


医師会が実施している要精検者に対する精検受診の勧奨の方法について

- ・「はがき等郵送物」、「口頭（対面）」によるものが多かった
- ・委託の内容により、医師会、検診機関、市町村の仕事かは異なると考えられる。

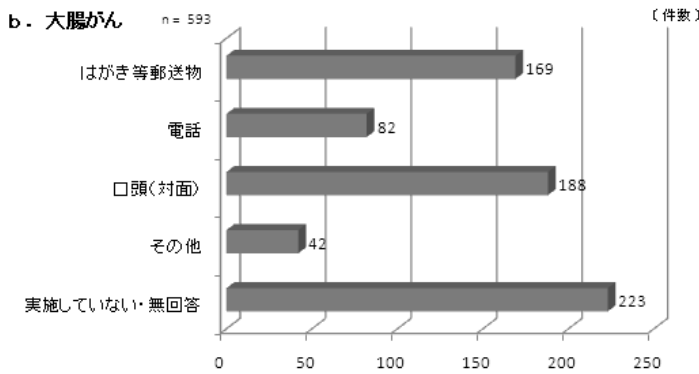
a. 胃がん n=509

	はがき等郵送物	電話	口頭(対面)	その他	実施していない・無回答
回答数	162	76	144	33	196



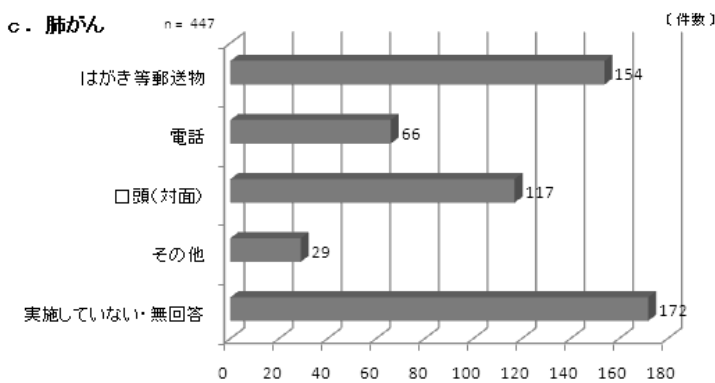
b. 大腸がん n=593

	はがき等郵送物	電話	口頭(対面)	その他	実施していない・無回答
回答数	169	82	188	42	223



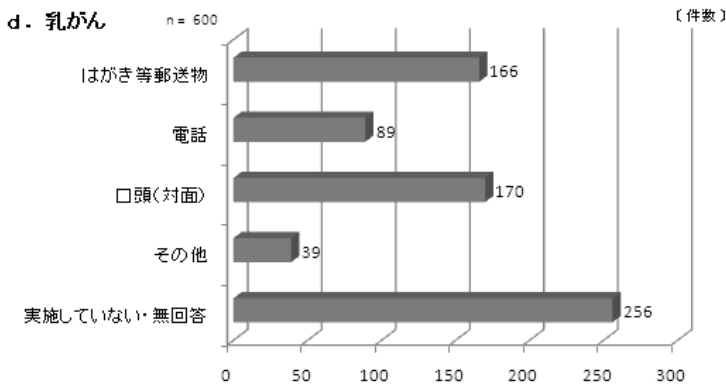
c. 肺がん n=447

	はがき等郵送物	電話	口頭(対面)	その他	実施していない・無回答
回答数	154	66	117	29	172



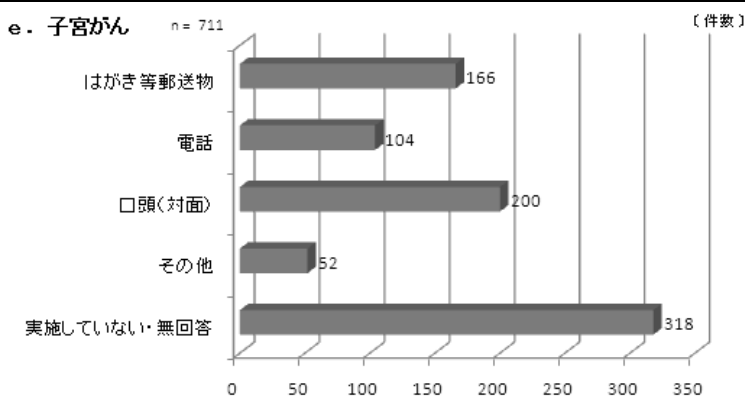
d. 乳がん n=600

	はがき等郵送物	電話	口頭(対面)	その他	実施していない・無回答
回答数	166	89	170	39	256



e. 子宮がん n=711

	はがき等郵送物	電話	口頭(対面)	その他	実施していない・無回答
回答数	166	104	200	52	318

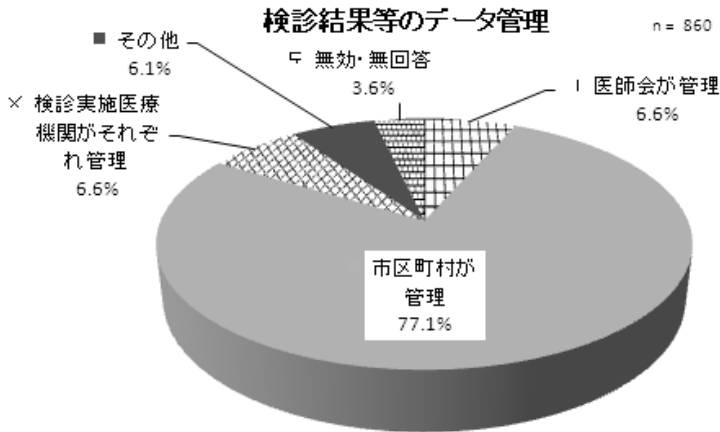


検診結果等のデータ管理について

- ・「市区町村が管理している」が77.1%であった。
- ・検診結果について市町村が管理する場合についても、精度管理の責任は検診実施機関にある。

n=860

	医師会が管理	市区町村が管理	検診実施医療機関がそれぞれ管理	その他	無効・無回答
回答数	57	663	57	52	31
割合	6.6%	77.1%	6.6%	6.1%	3.6%

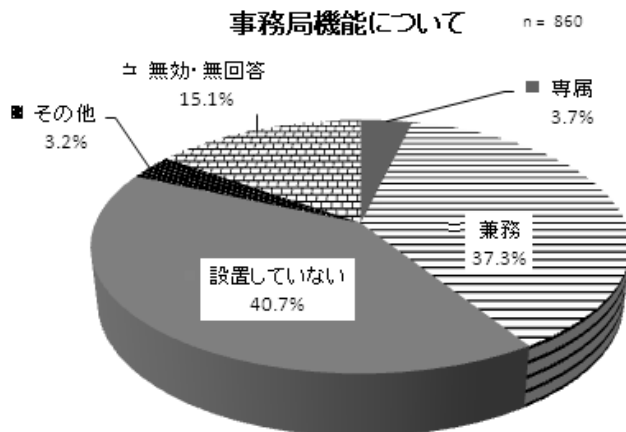


事務局機能について

- ・委託の内容にもよるが、医師会内に設置している場合が41.0%（専属および兼務）、設置していない医師会が40.7%であった。

n=860

	専属の事務局または職員を 設置（配置）	他業務を兼務する事務局 または職員を設置（配置）	設置していない	その他	無効・無回答
回答数	32	321	350	27	130
割合	3.7%	37.3%	40.7%	3.2%	15.1%



医師会としての事業評価について

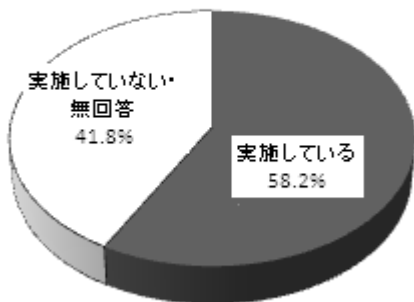
- ・いずれのがんにおいても、「医師会内にがん検診に関する検討会や委員会を設置している」が多かった。
- ・医師会として事業評価を行っていない場合も各がん種で 13.9% ~ 23.9%あった。

a. 胃がん n=509

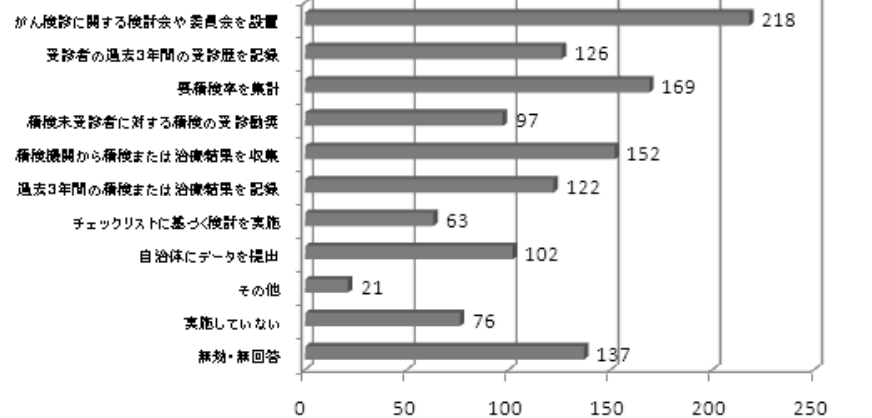
	検討会や委員会を設置	過去3年間の受診歴	要精検率	精検未受診者受診勧奨	精検機関から精検・治療結果	過去3年間の精検治療結果
回答数	218	126	169	97	152	122
割合	42.8%	24.8%	33.2%	19.1%	29.9%	24.0%

	チェックリスト	自治体にデータを提出	その他	実施していない	無効・無回答
回答数	63	102	21	76	137
割合	12.4%	20.0%	4.1%	14.9%	26.9%

a. 胃がん



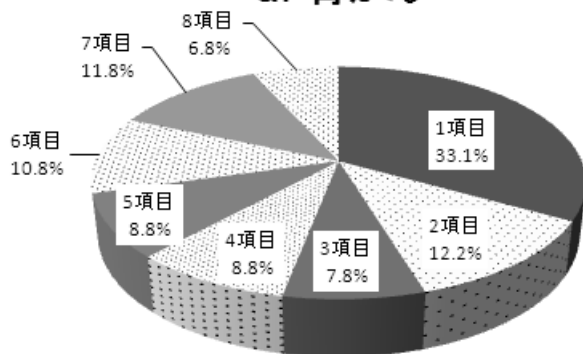
a. 胃がん n = 509



回答項目数 n=296

	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目	6項目	7項目	8項目	合計
回答数	98	36	23	26	26	32	35	20	296
割合	33.1%	12.2%	7.8%	8.8%	8.8%	10.8%	11.8%	6.8%	100.0%

a. 胃がん

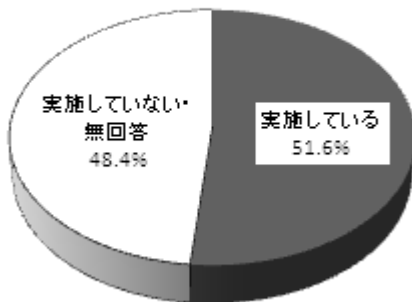


b. 大腸がん n=593

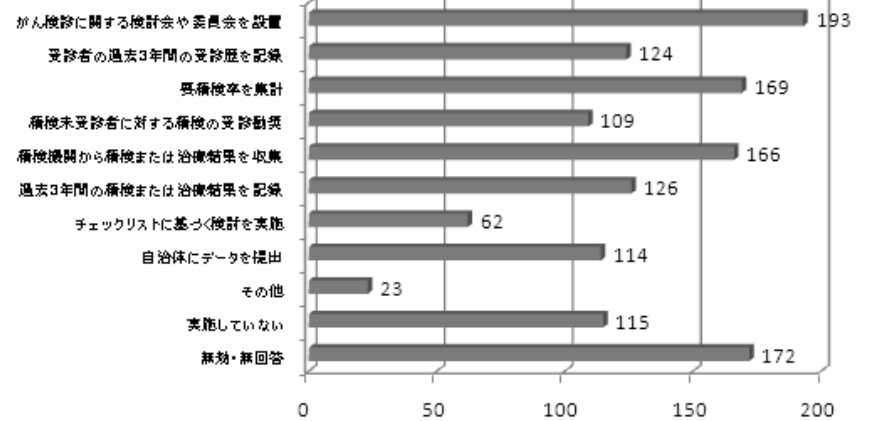
	検討会や委員会を設置	過去3年間の受診歴	要精検率	精検未受診者受診勧奨	精検機関から精検・治療結果	過去3年間の精検治療結果
回答数	193	124	169	109	166	126
割合	32.5%	20.9%	28.5%	18.4%	28.0%	21.2%

	チェックリスト	自治体にデータを提出	その他	実施していない	無効・無回答
回答数	62	114	23	115	172
割合	10.5%	19.2%	3.9%	19.4%	29.0%

b. 大腸がん



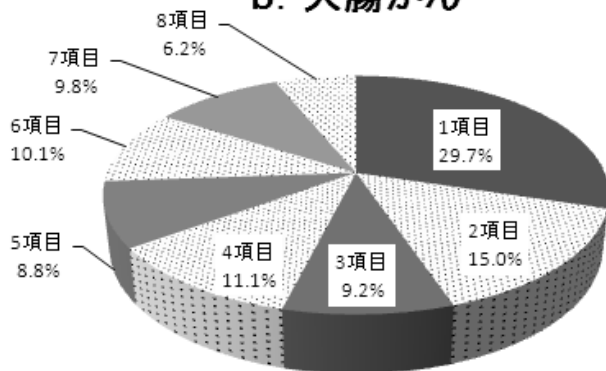
b. 大腸がん n = 593



回答項目数 n=306

	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目	6項目	7項目	8項目	合計
回答数	91	46	28	34	27	31	30	19	306
割合	29.7%	15.0%	9.2%	11.1%	8.8%	10.1%	9.8%	6.2%	100.0%

b. 大腸がん

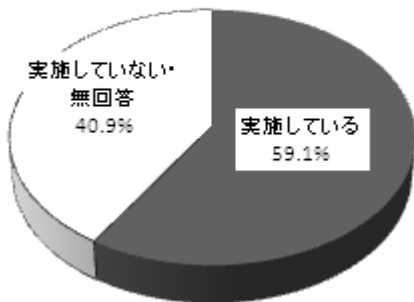


c. 肺がん n=447

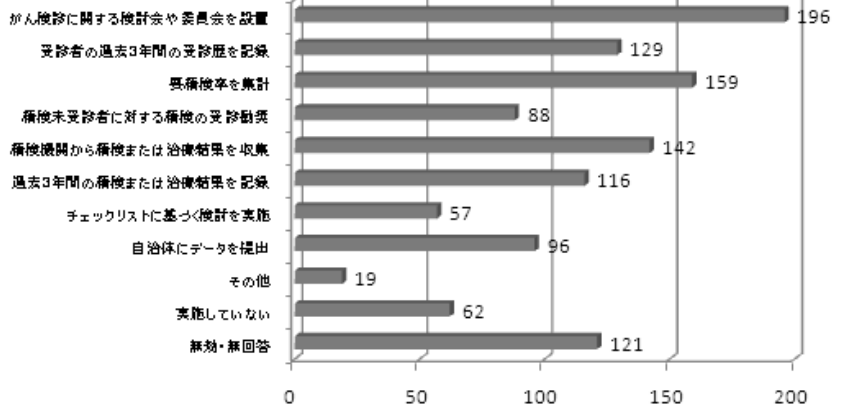
	検討会や委員会を設置	過去3年間の受診歴	要精検率	精検未受診者受診勧奨	精検機関から精検・治療結果	過去3年間の精検治療結果
回答数	196	129	159	88	142	116
割合	43.8%	28.9%	35.6%	19.7%	31.8%	26.0%

	チェックリスト	自治体にデータを提出	その他	実施していない	無効・無回答
回答数	57	96	19	62	121
割合	12.8%	21.5%	4.3%	13.9%	27.1%

c. 肺がん



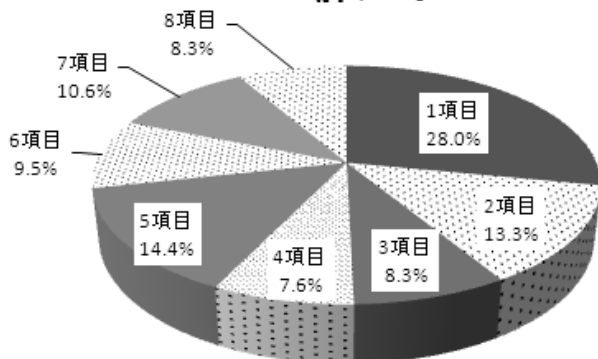
c. 肺がん n = 447



回答項目数 n=264

	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目	6項目	7項目	8項目	合計
回答数	74	35	22	20	38	25	28	22	264
割合	28.0%	13.3%	8.3%	7.6%	14.4%	9.5%	10.6%	8.3%	100.0%

c. 肺がん

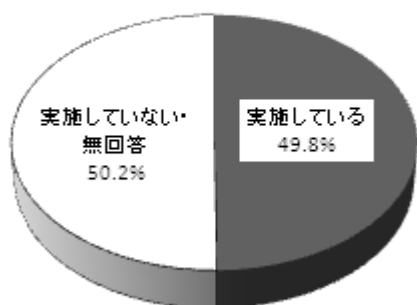


d. 乳がん n=600

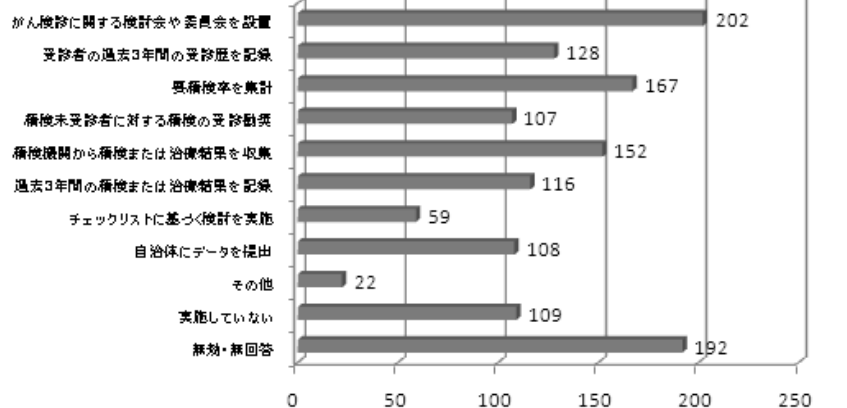
	検討会や委員会を設置	過去3年間の受診歴	要精検率	精検未受診者受診勧奨	精検機関から精検・治療結果	過去3年間の精検治療結果
回答数	202	128	167	107	152	116
割合	33.7%	21.3%	27.8%	17.8%	25.3%	19.3%

	チェックリスト	自治体にデータを提出	その他	実施していない	無効・無回答
回答数	59	108	22	109	192
割合	9.8%	18.0%	3.7%	18.2%	32.0%

d. 乳がん



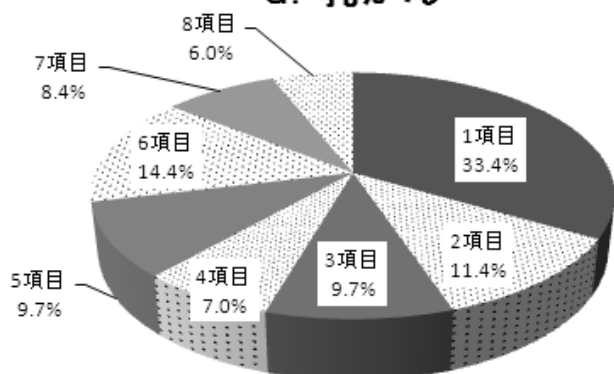
d. 乳がん n = 600



回答項目数 n=299

	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目	6項目	7項目	8項目	合計
回答数	100	34	29	21	29	43	25	18	299
割合	33.4%	11.4%	9.7%	7.0%	9.7%	14.4%	8.4%	6.0%	100.0%

d. 乳がん

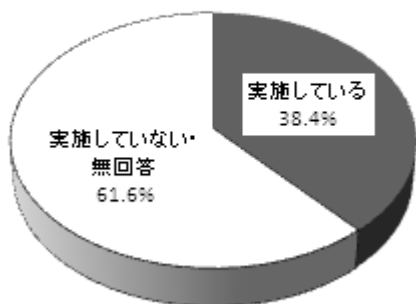


e. 子宮がん n=711

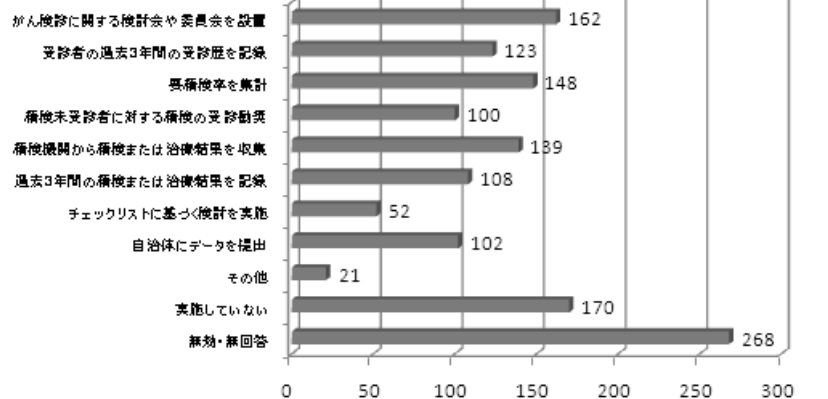
	検討会や委員会を設置	過去3年間の受診歴	要精検率	精検未受診者受診勧奨	精検機関から精検・治療結果	過去3年間の精検治療結果
回答数	162	123	148	100	139	108
割合	22.8%	17.3%	20.8%	14.1%	19.5%	15.2%

	チェックリスト	自治体にデータを提出	その他	実施していない	無効・無回答
回答数	52	102	21	170	268
割合	7.3%	14.3%	3.0%	23.9%	37.7%

e. 子宮がん



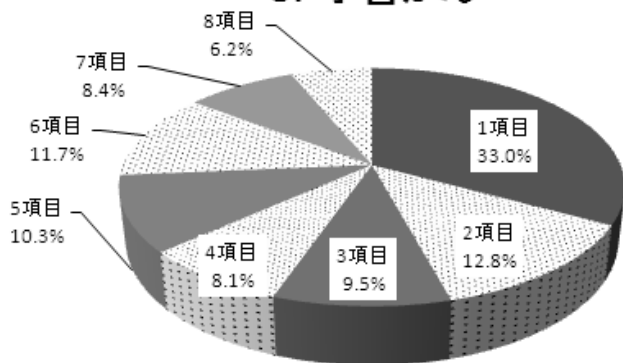
e. 子宮がん n=711



回答項目数 n=273

	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目	6項目	7項目	8項目	合計
回答数	90	35	26	22	28	32	23	17	273
割合	33.0%	12.8%	9.5%	8.1%	10.3%	11.7%	8.4%	6.2%	100.0%

e. 子宮がん



□ その他のがん検診について

5つのがん以外の、各市区町村委託の医師会がん検診実施

- ・ 5つのがん以外については、71.5%の地域において医師会が実施するがん検診を行っていなかった。
- ・ 最も多く行われていたのは前立腺がん検診であった。

	合計	実施している	実施していない	無効・無回答
回答数	1600	367	1144	89
割合	100.0%	22.9%	71.5%	5.6%

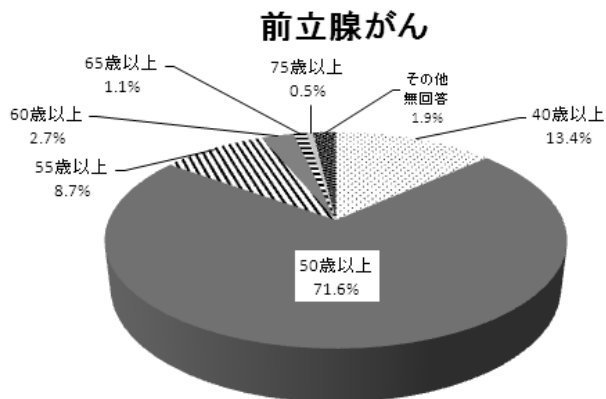
実施しているがん検診

	前立腺	肝	咽頭・喉頭	甲状腺	その他	無効・無回答
回答数	366	15	10	2	10	3

対象年齢について

前立腺がん n=366

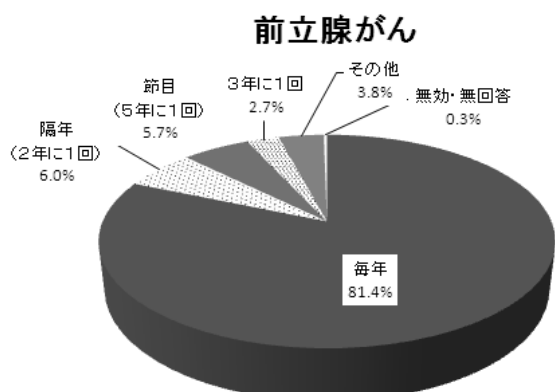
	40歳以上	45歳以上	50歳以上	55歳以上	60歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	その他・無回答
回答数	49	0	262	32	10	4	0	2	7
割合	13.4%	0.0%	71.6%	8.7%	2.7%	1.1%	0.0%	0.5%	1.9%



検診間隔について

前立腺がん n=366

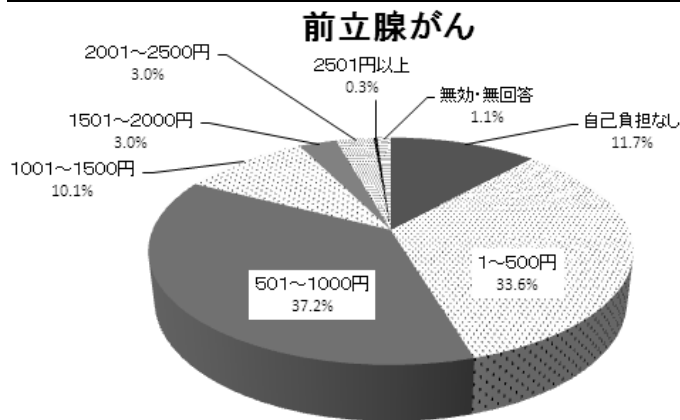
	毎年	隔年 (2年に1回)	節目 (5年に1回)	3年に1回	その他	無効・無回答
回答数	298	22	21	10	14	1
割合	81.4%	6.0%	5.7%	2.7%	3.8%	0.3%



受診者の費用負担(自己負担)について

前立腺がん n=366

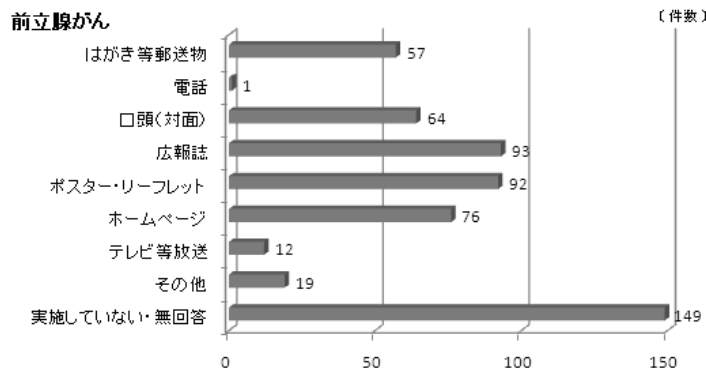
	自己負担なし	1～500円	501～1000円	1001～1500円	1501～2000円	2001～2500円	2501円以上	無効・無回答
回答数	43	123	136	37	11	11	1	4
割合	11.7%	33.6%	37.2%	10.1%	3.0%	3.0%	0.3%	1.1%



医師会が実施している受診勧奨の方法について

前立腺がん n=366

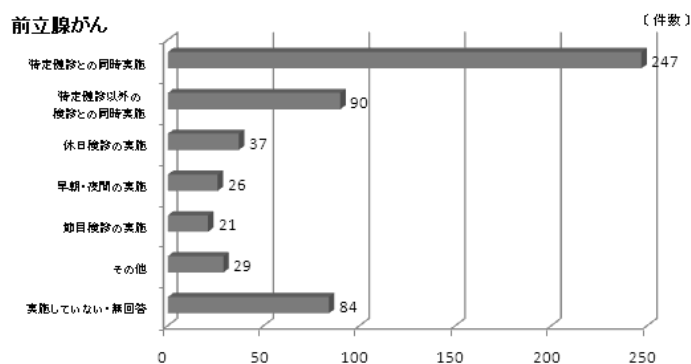
	はがき等 郵送物	電話	口頭 (対面)	広報誌	ポスター・リ ーフレット	ホーム ページ	テレビ等 放送	その他	実施していない・ 無回答
回答数	57	1	64	93	92	76	12	19	149



受診率向上のための工夫について

前立腺がん n=366

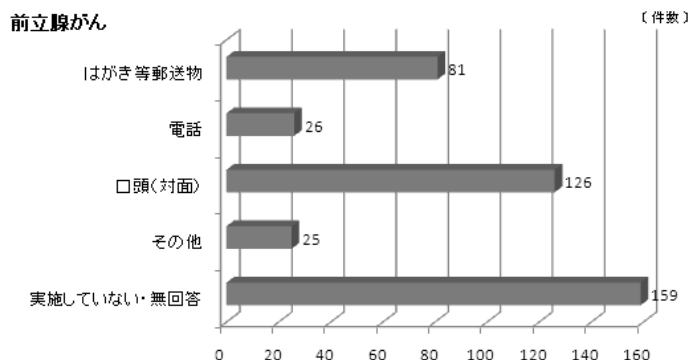
	特定健診との 同時実施	特定健診以外 の検診との同 時実施	休日検診の 実施	早朝・夜間の 実施	節目検診の 実施	その他	実施していない・ 無回答
回答数	247	90	37	26	21	29	84



医師会が実施している要精検者に対する精検受診の勧奨の方法について

前立腺がん n=366

	はがき等郵送物	電話	口頭(対面)	その他	実施していない・無回答
回答数	81	26	126	25	159



市区町村の委託によるがん検診を実施していない医師会

これまでに市区町村からがん検診委託

	合計	はい	いいえ	無効・無回答
回答数	640	21	586	33
割合	100.0%	3.3%	91.5%	5.2%

今後、市区町村の委託を受けて、医師会としてがん検診を実施予定

	合計	はい	いいえ	無効・無回答
回答数	640	19	558	63
割合	100.0%	3.0%	87.2%	9.8%

市区町村の委託でない、医師会独自のがん検診実施

	合計	はい	いいえ	無効・無回答
回答数	640	4	582	54
割合	100.0%	0.6%	90.9%	8.5%

市区町村が、医師会以外の外部機関等に委託

	合計	はい	いいえ	わからない	無効・無回答
回答数	640	442	20	132	46
割合	100.0%	69.1%	3.1%	20.6%	7.2%

主な委託先

北海道対がん協会、北海道厚生連

青森県総合健診センター

岩手県対がん協会、岩手県予防医学協会

宮城県対がん協会

山形県結核成人病予防協会

福島県保健衛生協会

茨城県総合健診協会

群馬県健康づくり財団

ちば県民保健予防財団

新潟県成人病予防協会

福井県健康管理協会

長野県健康づくり事業団

滋賀県健康づくり財団

兵庫県厚生連

鳥取県保健事業団、中国労働衛生協会

高知県総合保健協会

大分県地域保健支援センター

佐賀県総合保健協会

長崎県健康事業団

日赤熊本健康管理センター

鹿児島県民総合保健センター、鹿児島県厚生連

等

□ 国のがん対策

- ・日医文書の発出日が、がん検診受診促進企業連携委託事業は、平成21年5月25日（日医発第190号（地54））、女性特有のがん検診推進事業は、平成21年6月17日（日医発第248号（地70））であったため、調査時点（平成21年5月）においては、具体的な内容の周知が不十分であったため、「今後の検討課題とする」としたところが多かった。

平成21年度のがん検診事業（地方交付税措置）予算について

	合計	方策を検討中	今後の検討課題	その他	無効・無回答
回答数	1600	147	936	65	452
割合	100.0%	9.2%	58.5%	4.1%	28.2%

がん検診受診促進企業連携委託事業について

	合計	方策を検討中	今後の検討課題	その他	無効・無回答
回答数	1600	28	1062	75	435
割合	100.0%	1.7%	66.4%	4.7%	27.2%

女性特有のがん検診推進事業について

	合計	方策を検討中	今後の検討課題	その他	無効・無回答
回答数	1600	45	1047	109	399
割合	100.0%	2.8%	65.5%	6.8%	24.9%

□ 課題、問題点、ご意見等

検査項目・方法・対象等について

- *胃がん検診に内視鏡も可能にして欲しい。
- *胃がん検診についてペプシノゲン法、ヘリコバクターピロリ抗体、内視鏡等の導入を要望する。
- *胃がん検診の個別検診で20年度より内視鏡を導入したが、初年度にも関わらずX線より内視鏡の件数が多く、住民は内視鏡を望んでいると思われる。
- *胃部・胸部写真のデジタル化をしたいが、予算がつかずなかなか進展しない。
- *胃がん検診に内視鏡を導入したいが実施できる医療機関が限定され、また、ダブルチェックに際しての媒体にも、解決すべき問題がある。
- *現行の肺がん検診の有効性は疑問である。
- *子宮がん検診の毎年受診、HPV検査・HPV接種の推奨、乳がん検診の視触診廃止。
- *乳がんの患者が若年化しているおり、30代の年齢層の枠を広げるべきなのではないか。
- *マンモグラフィ導入検診の成果が期待される。
- *30才代の女性に対する超音波による乳がん検診は有用と考える。
- *子宮癌、乳癌検診も毎年実施とすべきである。
- *前立線がん検診を追加してほしい。
- *市町村合併の影響で検診の内容が統一できていない。

受診率向上・受診勧奨について

- *受診率向上の広報について検討する必要がある。また要精検者に少しでも多く受診してもらいその結果を十分に把握できる体制をつくるのが重要である。
- *今後の受診率動向を監視しながら、受診率向上への協議を行う予定である。さらには精度向上にも努めていく。
- *当地域では、個別検診より集団検診の方が受診率は優位である。
- *集団検診から個別検診に変更すると、受診者の日程調整が可能となり受診率の向上につながるのではないか。
- *病院に出向くのは相当に敷居が高いものであり、「検診バス」による巡回の頻度を上げて、気軽に検診できる体制にして欲しい。
- *広域化が必要である。

- * 50%という目標を達成するには、十分な広報、啓発活動が必要である。
- * 小さな町では啓発活動には保健師の努力によるところが大きい。
- * 土・日曜日にも検診を実施する必要がある。
- * 受診者の固定化がみられることから、受診率拡大、他のがん検診への波及効果をねらい、3年以上の未受診者を対象に、受診勧奨メッセージ入りアンケートを実施したところ、受診者が増加した。

精度管理・事業評価について

- * 受診率をあげるくらいしか念頭になかったが、方法、対象期間、要精検率、追跡調査など非常に大変であることを考えさせてくれた。今回の結果をふまえて検討していきたい。
- * 受診率向上、要精検者への勧奨、データ管理について、医師会は関与していない。
- * がん検診全体のデータのとりまとめなど、今後の精度管理について検討の必要がある。
- * 有効性、費用対効果には、科学的な対応、フィードバックが必要である。
- * 競走入札により精度が低下している。
- * 他事業（事業主の行っているがん検診等）の対象者・受診者の把握が困難なため、効果的な受診勧奨や、市民全体の受診状況の分析などがし難い状況である。国として、がん検診のデータベースの一元化が図られるような指導等を明示してほしい。
- * 市のがん検診対象者数の把握が難しいため、受診率が正しく計算できない。効果的な啓発ができない。
- * 精度管理の手法（運用法、金額的な面）について、均一化、底上げが必要である。
- * がん検診では検診機関（特に民間）の精度チェックが重要と思われる。また、精度チェックした場合の結果の公表も考慮する必要がある。
- * がん検診の受診率の向上の方策（胃がん・肺がん検診のダブルチェックを行っている）さらに、要精検者の確実な精検実施及び、データの集積と分析を行い公表する。
- * 過去数年間のがん検診の結果、精検結果、治療結果はそれぞれ記録されているが、各受診者本人（毎回同じ医療機関ならその医療機関も）のみが一目でわかるのみで、医師会としては個人の診断経歴まで把握していない。
- * 集団検診と比較して個別検診になると要精検者のフォローが可能となるのではないかと。
- * 検診結果の報告を受けていない。今後、行政と緊密に連絡をとって行きたいと考えている。
- * 地域に個別に精度管理ができる医療機関が少ない。
- * 肺がん検診にて異常なしであったが数か月後のがんが発見されトラブルになった。
- * 読影医の資格を学会ベースのみで進めると個別検診は、減少していくものと思われる。
がん検診の精度を高めるための講習会の開催・医師会としての認定医制度を検討していただきたい。

医師会の取り組みについて

- * 啓発活動を推進したい（行政主導か、医師会主導か？）。
- * 受診率向上のために医師会としても取り組みが必要と考えられる。
- * 受診率向上のための工夫や、精検受診勧奨に医師会として動きがないのは大いに反省すべきである。
- * 医師会の事業としてがん検診は、多忙である会員への負担を考えると推進できない。
- * 医師会員の個別医療機関の外来での時間的制約や事務手続きの手間が負担となると思われ、今後の課題である。
- * 医師会として医師出向等で協力している。
- * 医師会でがん検診の検討会とか委員会など作る十分な人数、体制に現在はない為、各個別にて検診を行っている。
- * 委託を受けている乳がん、子宮がん検診について、当医師会においては検診可能な施設はそれぞれ一施設であり、受診率があがらない。また、その他のがん検診については、低コストの健診所に委託されているようで、これだけでは受診率があがらないと行政に提言している。
- * 現在がん検診に関しては行政に任せっきりのため、今後医師会主導にするか方針を具体的な形で日本医師会が指導して欲しい。

現状の課題・問題点等について

- * 小規模の医師会には専門医もおらず、がん検診はできない。
- * 子宮がん・乳がん（視触診）の医師、マンモグラフィおよび胃がん・肺がんの読影医が不足している現状では、受診者をどれ位受け入れられるか不確定である。

- * 医師会として可能な限り協力しているが、市の事業としての予算の中で制限されることがある。
- * 当医師会ががん検診に特化した機関は当然無く、各々の機関で地域診療及びそれに附帯する書類作成をこなしている。この地域特性や現行保障制度下では、医師会として事業展開は困難と考えている。
- * 受診率の伸び悩み。
- * 受診者の費用負担額が高い。
- * 検診機会の少ない人達の受診率を上げるのが課題である。
- * この地域は共働きが多く、平日に受診できない人がほとんどである。
- * 乳がん検診は施設が限られてしまう。
- * 精検受診率100%達成は、子宮・乳がん検診以外は非常に困難で、最近では「病院に行くお金がない」という声も聞かれるようになった。
- * 全て集団検診なので個別検診の導入をどのような型にするのかが課題である。
- * 自治体の集団検診（一部業者委託）と医療機関委託の2系統があり委託金額や自己負担額も自治体が独自で決めている状態で、医療機関委託分は自己負担が20年度より高くなり受診率が低下している。
- * 一部負担金をなくして欲しい。
- * 自己負担が増え受診抑制となっている。

特定健診とがん検診の関わりについて

- * 平成19年度に比べ乳がん検診、子宮がん検診ともに受診率が著明に低下した。これは特定健診が始まったことによると考えられる（被用者保険被扶養者の受診率が低いためと思われる）。
- * 特定健診の実施母体が、市町村のがん検診と異なったため、健診の受診率が低下し、結果がん検診の受診率も低下しているように思う。
- * 旧来の住民健診への復活、補助を望む。
- * 市町村の健診が従前の市民ドック方式から特定健診とがん検診の2つに別けられたため、がん検診の受診率のさらなる低下が心配である
- * 特定健診は集団・個別を採用し、がん検診は集団検診のみのため、がん検診受診数の減少と発見数低下が心配されるため、改善を要望している。
- * 19年度まで基本健診と同日にがん検診（集団）も実施していたが、特定健診開始に伴い、別日にごがん検診を設定したことで受診率が減少している。今年度は、実施時期や周知のあり方を見直し取り組んでいる。
- * 特定健診と原則同時実施しているが、社保扶養者のがん検診受診率が特に低下した。
- * がん検診は重要であるのに、特定健診の方にはばかり目が向けられているのが問題である。
- * 制度が分かりにくいのではないか。
- * 特定健診とセットで同時にごがん検診を実施することで、受診率を向上させ、有益な健（検）診の実施が望まれる。
- * 医療保険の種類で検査機関が異ならないような対策が必要である。
- * 特定健診の実施に時間を要するため、がん検診の同時実施は困難との意見が一部にある。
- * 特定健診の受診率が低い現状から、がん検診と特定健診と組み合わせて、同時実施すべきであると考ええる。
- * 特定健診の実施以後、がん検診受診者が保険年令により、請求先（支払側）複数化されて、非常に運営困難になっている。

対象者・受診者の意識について

- * 個人の責任を法で明確にする必要があると考える。（検診で指摘されながら放置していた場合、自己負担の増額や保険料の引上げをする等）
- * 個人情報保護法と権利意識強化により情報収集に支障を来す事がある。
- * 意識の低い人は全く受診しないために、末期がんとして来院する人もいるようである。個人個人の考え方の問題だと思う。
- * 症状が無ければ大丈夫と思っている人が実に多い。これが誤った認識であることを知らせることが大事である。
- * 同年度内の重複受診が問題である。

政策、予算、行政との関係等について

- *がん検診予算額が増大しても、平成10年度から一般財源化され市緊縮財政の中で厳しい状況にある。平成9年度以前のような国庫負担金制度へ復活し、国の支援を希望する。
- *国のがん対策が、数年限りの場当りの施策でなければよいが、それが心配な部分であり、急に推進できない部分もある。
- *21年度の事業費が増額されたことによって、一般財源に入った予算がどの程度がん検診に活用されるのが注目したい。
- *地方交付税措置が適性に執行されていないようである。一般会計とは、別枠にして透明性が確保されることが必要と思われる。
- *地方交付税の措置についてはがん検診受診率に応じて交付額を増減し、受診率の向上を目指さないと成果が上がらないと思う
- *「始めに予算ありき」で検診事業が進み、なかなか医師会側の意見、希望が通らない。
- *財源不足が予想され、国の21年度補正予算で実施する事業を次年度以後も継続して実施することが困難と思われる。
- *市町村ががん検診予算を全額がん検診に使うようにすべきである。
- *地方公共団体の予算に上限があるため、受診率が向上し10%以上になると検診事業の遂行に支障があると思われる。
- *健診、検診事業の事務処理の煩雑化により、費用上実施が困難となってきた。
- *マンモグラフィ機器が高額であり、導入が困難である。
- *新規受診者の掘りおこし事業・検診技術の向上に対する事業（読影や撮影技術等）・検診装置等に対する補助事業（小規模自治体での費用対効果等）を実施すべきである。
- *国からのアピールがもう少し必要ではないか。
- *年度毎ではなく、継続性のある将来を見据えた検診体制のデザインが必要である。
- *行政の思惑で、医師会では実施しづらいところがある。
- *国の予算により女性がん検診については受けやすい環境が整備されつつあることは良いことだが、隔年実施が定着してきた所で5歳刻みにすると混乱を招くので、中長期的な対応を望む。
- *がん検診事業の促進に向けて市区町村単位の取組みでは、限界があるためある程度の広域な枠組みで検診を促進して欲しい。
- *市町村によってがん検診の項目、負担金に差がある。自治体主導では財政によって格差がでる。
- *検診の判定医については、限定された学会でなく色々な学会の認定医も含めて欲しい。
- *女性特有のがん検診を多くの方が受診希望すると、病院が受け入れてもらえるか不安である。
- *検診車等、機械器具の購入助成を拡充して欲しい。
- *早期発見、早期治療が本人、家族、地域、そして日本国の利益になるはずである。全ての日本国民が平等にその利益を受けられるようにする事が非常に大切と考える。

がん検診に関するアンケート調査

1. 調査目的

日本医師会がん対策推進委員会では、会長諮問「がん検診の今後のあり方ー検診受診率向上と精度管理システムー」について、鋭意検討を行っております。

平成 21 年度政府予算において、がん検診事業（地方交付税措置）が約 1,300 億円に倍増されるなど、市区町村におけるがん検診事業の充実が期待されています。

このアンケート調査では、郡市区医師会におけるがん検診の市区町村からの委託の状況等を把握し、委員会における検討の資料とするとともに、今後のがん対策の一層の推進に資することを目的としております。

2. 調査対象

郡市区医師会

3. 提出期日

平成 21 年 5 月 25 日（月）日本医師会必着

4. 調査方法

調査票は、都道府県医師会にまとめてお送りいたしますので、郡市区医師会に配布していただきますようお願いいたします。

郡市区医師会で回答いただいた調査票は、都道府県医師会でとりまとめていただき、一括して日本医師会地域医療第 3 課宛に送付してください。

なお、郡市区医師会の回答を集計していただく必要はありません。

5. 記入上の注意事項

郡市区医師会が複数の市区町村にまたがっている場合は、それぞれの市区町村についてご回答をお願いいたします。また、市区町村内に複数の郡市区医師会がある場合は、それぞれの郡市区医師会においてご回答をお願いいたします。

調査票は、市区町村数を同封しておりますが、不足の場合は適宜コピーにてご対応いただきますようお願いいたします（日医ホームページ <http://www.med.or.jp/etc/cancer.html> からダウンロードも可能となっております）。

6. 調査票提出先

日本医師会 地域医療第 3 課

☎ 113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

7. その他

本調査についてご不明な点がございましたら、日本医師会地域医療第 3 課

（TEL：03-3942-6485、FAX：03-3946-2684、mail:c3@po.med.or.jp）までご照会ください。

8. 参考

(1) がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）抜粋

がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とする。

また、すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とする。なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとする。

(2) 市町村事業におけるがん検診（指針の内容）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
乳がん検診	問診、乳房エックス線検査(マンモグラフィ)、視診、触診	40歳以上	2年に1回
子宮がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診、便潜血検査	40歳以上	年1回
胃がん検診	問診、胃部エックス線検査	40歳以上	年1回
肺がん検診	問診、胸部エックス線検査、喀痰細胞診	40歳以上	年1回

(※)がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

--	--	--	--	--	--

(上欄は記入しないでください)

がん検診に関するアンケート調査票

所属医師会名	都道府県 医師会名
記入者名・役職	役職
市区町村名	

平成21年5月1日現在でご記入ください。
郡市区医師会が複数の市区町村にまたがっている場合は、
適宜コピーしていただき、それぞれの市区町村について
ご回答をお願いいたします。

I. 厚生労働省が指針に示している5つのがん検診について

(1) がん検診の受託について

5つのがん(胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん)について、各市区町村から委託を受けて、医師会ががん検診を実施していますか。該当する番号のいずれかに○をつけてください(ひとつでも実施している場合は、「1. 実施している」とご回答ください)。

1. 実施している → 以下の設問にご回答ください。

2. 実施していない → II. へお進みください。

(2) 検査項目について

実施している検査項目について、国の指針に基づいて実施している場合は、「1」に○をつけてください。それ以外の場合は、「2」以降の該当する番号に○をつけてください。「その他」の場合は空欄に具体的にご記入ください(「2」～「7」のみ複数回答可)。

(実施していないがん検診については、空欄のままです。以下の設問同様)

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん
1. 国の指針に基づいて実施 (問診 胃部X線検査)	1. 国の指針に基づいて実施 (問診 便潜血検査)	1. 国の指針に基づいて実施 (問診 胸部X線検査 喀痰細胞診)	1. 国の指針に基づいて実施 (問診 マンモグラフィ 視診 触診)	1. 国の指針に基づいて実施 (問診 視診 細胞診 内診)
2. 問診	2. 問診	2. 問診	2. 問診	2. 問診
3. 胃部X線検査	3. 便潜血検査	3. 胸部X線検査	3. マンモグラフィ	3. 視診
4. 胃内視鏡検査	4. 大腸内視鏡検査	4. 喀痰細胞診	4. 視診	4. 細胞診
5. ペプシノゲン法	5. S状結腸鏡検査	5. CT(ヘlical CT含む)	5. 触診	5. 内診
6. ヘリコクター・ピロリ抗体	6. 注腸X線検査	6. その他	6. 超音波検査(エコー)	6. HPV検査
7. その他	7. その他		7. その他	7. その他

(3) 対象年齢について

該当する番号のいずれかに○をつけてください。「2」～「3」の場合は具体的にご記入ください。

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん
1. 国の指針に基づいて実施(40歳以上)	1. 国の指針に基づいて実施(40歳以上)	1. 国の指針に基づいて実施(40歳以上)	1. 国の指針に基づいて実施(40歳以上)	1. 国の指針に基づいて実施(20歳以上)
2. 年齢を拡大	2. 年齢を拡大	2. 年齢を拡大	2. 年齢を拡大	2. 年齢を拡大
3. 年齢を制限	3. 年齢を制限	3. 年齢を制限	3. 年齢を制限	3. 年齢を制限

(4) 検診間隔について

該当する番号のいずれかに○をつけてください。「3. その他」の場合は具体的にご記入ください。

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん
1. 国の指針に基づいて実施〔毎年〕	1. 国の指針に基づいて実施〔毎年〕	1. 国の指針に基づいて実施〔毎年〕	1. 国の指針に基づいて実施〔隔年(2年に1回)〕	1. 国の指針に基づいて実施〔隔年(2年に1回)〕
2. 隔年(2年に1回)	2. 隔年(2年に1回)	2. 隔年(2年に1回)	2. 毎年	2. 毎年
3. その他	3. その他	3. その他	3. その他	3. その他

(5) 受診者の定員について

受診者に定員を設けていますか。次の区分により選択し、該当する番号を下の方欄にご記入ください。「4. その他」の場合は、具体的にご記入ください。

1. 定員は設けていない 2. 定員を設け先着順 3. 定員を設け抽選 4. その他

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん

(6) 対象者数と受診者数について

直近の1年間に、市区町村からの委託を受けて医師会が実施したがん検診について、対象者数と実際の受診者数をご記入ください。また、今後の受診率向上を踏まえて、貴会で1年間に実施可能な人数もご記入ください。

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん
対象者: _____人	対象者: _____人	対象者: _____人	対象者: _____人	対象者: _____人
受診者: _____人	受診者: _____人	受診者: _____人	受診者: _____人	受診者: _____人
実施可能数: _____人/年	実施可能数: _____人/年	実施可能数: _____人/年	実施可能数: _____人/年	実施可能数: _____人/年

(7) 受診者の費用負担(自己負担)について

受診者一人あたりの費用負担(自己負担)額について、該当する番号のいずれかに○をつけてください。複数の費用徴収額を設定している場合は、主たる額をひとつだけご回答ください。

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん
1. 0円(自己負担なし)	1. 0円(自己負担なし)	1. 0円(自己負担なし)	1. 0円(自己負担なし)	1. 0円(自己負担なし)
2. 1~500円	2. 1~500円	2. 1~500円	2. 1~500円	2. 1~500円
3. 501~1000円	3. 501~1000円	3. 501~1000円	3. 501~1000円	3. 501~1000円
4. 1001~1500円	4. 1001~1500円	4. 1001~1500円	4. 1001~1500円	4. 1001~1500円
5. 1501~2000円	5. 1501~2000円	5. 1501~2000円	5. 1501~2000円	5. 1501~2000円
6. 2001~2500円	6. 2001~2500円	6. 2001~2500円	6. 2001~2500円	6. 2001~2500円
7. 2501円以上	7. 2501円以上	7. 2501円以上	7. 2501円以上	7. 2501円以上

(8) 受診勧奨の方法について

医師会が実施しているものについて、次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にご記入ください。「8. その他」の場合は、具体的にご記入ください(複数回答可)。

1. はがき等郵送物	2. 電話	3. 口頭(対面)	4. 広報誌
5. ポスター・リーフレット	6. ホームページ	7. テレビ等放送	8. その他

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん

(9) 受診率向上のための工夫について

実施しているものについて、次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にご記入ください。

「6. その他」の場合は、具体的にご記入ください(複数回答可)。

- | | | |
|---------------|--------------------|------------|
| 1. 特定健診との同時実施 | 2. 特定健診以外の健診との同時実施 | 3. 休日検診の実施 |
| 4. 早朝・夜間の実施 | 5. 節目検診の実施 | 6. その他 |

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん

(10) 要精検者に対する精検受診の勧奨の方法について

医師会が実施しているものについて、次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にご記入ください。

「4. その他」の場合は、具体的にご記入ください(複数回答可)。

- | | | | |
|------------|-------|------------|--------|
| 1. はがき等郵送物 | 2. 電話 | 3. 口頭 (対面) | 4. その他 |
|------------|-------|------------|--------|

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん

(11) 検診結果等のデータ管理について

該当する番号のいずれかに○をつけてください。「4. その他」の場合は具体的にご記入ください。

1. 主として医師会が管理している
2. 主として市区町村が管理している
3. 検診実施医療機関がそれぞれ管理している
4. その他 _____

(12) 事務局機能について

該当する番号のいずれかに○をつけてください。「4. その他」の場合は具体的にご記入ください。

1. 医師会内に、がん検診事業専属の事務局または職員を設置(配置)している
2. 医師会内に、がん検診事業と他業務を兼務する事務局または職員を設置(配置)している
3. 医師会内に、がん検診事業に係る事務局または職員を設置(配置)していない
4. その他 _____

(13) 事業評価について

医師会としてのがん検診の事業評価について、あてはまるものを次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にご記入ください。「9. その他」の場合は具体的にご記入ください(「1」～「9」のみ複数回答可)。

1. 医師会内のがん検診に関する検討会や委員会を設置している
2. 受診者の過去3年間の受診歴を記録している
3. 要精検率を集計している
4. 精検未受診者に対する精検の受診勧奨を行っている
5. 精検機関から精検または治療結果を収集している
6. 過去3年間の精検または治療結果を記録している
7. 厚生労働省「がん検診に関する検討会」による、事業評価のためのチェックリストに基づく検討を実施している
8. 厚生労働省「がん検診に関する検討会」による、事業評価に用いる指標にあるプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等)に基づく検討ができるよう、自治体にデータを提出している
9. その他
10. 実施していない

a. 胃がん	b. 大腸がん	c. 肺がん	d. 乳がん	e. 子宮がん

Ⅱ. その他のがん検診について

(14) 5つのがん(胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん)以外に、各市区町村から委託を受けて、医師会ががん検診を実施していますか。該当する番号のいずれかに○をつけてください。

1. 実施している → 以下の設問にご回答ください。

2. 実施していない → Ⅰ. (1)で「1. 実施している」とご回答いただいている場合は、Ⅳ. へお進みください。

Ⅰ. (1)で「2. 実施していない」とご回答いただいている場合は、Ⅲ. へお進みください。

(15) 実施しているがん検診をご記入ください。

f : _____ がん検診 g : _____ がん検診 h : _____ がん検診

(16) 検査項目について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診について、実施している検査項目をご記入ください。

f	g	h
・ _____	・ _____	・ _____
・ _____	・ _____	・ _____
・ _____	・ _____	・ _____
・ _____	・ _____	・ _____

(17)対象者について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診について、対象者はどのように決めていますか。年齢の場合は、「1」に年齢をご記入ください。「2.その他」の場合は具体的にご記入ください。

f	g	h
1. _____歳以上 2. その他	1. _____歳以上 2. その他	1. _____歳以上 2. その他

(18)検診間隔について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診の検診間隔について、該当する番号のいずれかに○をつけてください。「3. その他」の場合は具体的にご記入ください。

f	g	h
1. 毎年 2. 隔年(2年に1回) 3. その他	1. 毎年 2. 隔年(2年に1回) 3. その他	1. 毎年 2. 隔年(2年に1回) 3. その他

(19)受診者の費用負担(自己負担)について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診の受診者一人あたりの費用負担(自己負担)額について、該当する番号のいずれかに○をつけてください。複数の費用徴収額を設定している場合は、主たる額をひとつだけご回答ください。

f	g	h
1. 0円(自己負担なし) 2. 1~500円 3. 501~1000円 4. 1001~1500円 5. 1501~2000円 6. 2001~2500円 7. 2501円以上	1. 0円(自己負担なし) 2. 1~500円 3. 501~1000円 4. 1001~1500円 5. 1501~2000円 6. 2001~2500円 7. 2501円以上	1. 0円(自己負担なし) 2. 1~500円 3. 501~1000円 4. 1001~1500円 5. 1501~2000円 6. 2001~2500円 7. 2501円以上

(20)受診勧奨の方法について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診の受診勧奨の方法について、医師会が実施しているものを次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にすべてご記入ください。

「8. その他」の場合は、具体的にご記入ください(複数回答可)。

1. はがき等郵送物	2. 電話	3. 口頭(対面)	4. 広報誌
5. ポスター・リーフレット	6. ホームページ	7. テレビ等放送	8. その他

f	g	h

(21) 受診率向上のための工夫について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診の受診率向上のための工夫について、次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にすべてご記入ください。

「6. その他」の場合は、具体的にご記入ください(複数回答可)。

- | | | |
|---------------|--------------------|------------|
| 1. 特定健診との同時実施 | 2. 特定健診以外の健診との同時実施 | 3. 休日検診の実施 |
| 4. 早朝・夜間の実施 | 5. 節目検診の実施 | 6. その他 |

f	g	h

(22) 要精検者に対する精検受診の勧奨の方法について

(15)で回答いただいたそれぞれのがん検診の要精検者に対する精検受診の勧奨の方法について、医師会が実施しているものを、次の区分により選択し、該当する番号を下の空欄にご記入ください。

「4. その他」の場合は、具体的にご記入ください(複数回答可)。

- | | | | |
|------------|-------|-----------|--------|
| 1. はがき等郵送物 | 2. 電話 | 3. 口頭(対面) | 4. その他 |
|------------|-------|-----------|--------|

f	g	h

→ IV. へお進みください。

III. 市区町村の委託によるがん検診を実施していない医師会にお尋ねします。

(23) これまでに市区町村からがん検診委託の依頼がありましたか。いずれかに○をつけてください。

- はい → (実施していない理由: _____)
- いいえ

(24) 今後、市区町村の委託を受けて、医師会としてがん検診を実施する予定はありますか。いずれかに○をつけてください。

- はい → (具体的な検診名: _____がん検診、 _____がん検診、 _____がん検診)
- いいえ

(25) 市区町村の委託ではなく、医師会として独自にがん検診を実施していますか。いずれかに○をつけてください。

- はい → (具体的な検診名: _____がん検診、 _____がん検診、 _____がん検診)
- いいえ

(26)市区町村が、医師会以外の外部機関等に委託してがん検診を実施していますか。いずれかに○をつけてください。

1. はい → (委託先: _____)
2. いいえ
3. わからない

Ⅳ. 国のがん対策について

(27)平成21年度のがん検診事業(地方交付税措置)予算について

平成21年度の予算において、がん検診事業(地方交付税措置)予算が昨年度から倍増の約 1,300 億円となったことについて、該当する番号のいずれかに○をつけてください。

1. 医師会としてがん検診事業の拡大に向けた具体的方策を検討中である
→ (具体的方策: _____)
2. 医師会としてがん検診事業の拡大の検討は行っていない
3. その他: _____

(28)がん検診受診促進企業連携委託事業について

がん検診受診促進企業連携委託事業が平成21年度に予算化され、特定健診との同時実施等、がん検診の受診率向上に資する効果的な普及啓発の取り組みについての委託事業が国の補助により実施されることについて、該当する番号のいずれかに○をつけてください。

1. 具体的方策を検討中である
→ (具体的方策: _____)
2. 今後の検討課題とする
3. その他: _____

(29)女性特有のがん検診推進事業について

平成21年度補正予算案において、女性特有のがん検診推進事業として、検診手帳を交付することや検診無料クーポンを配布すること等が盛り込まれたことについて、該当する番号のいずれかに○をつけてください。

1. 具体的方策を検討中である
→ (具体的方策: _____)
2. 今後の検討課題とする
3. その他: _____

Ⅴ. がん検診についての課題、問題点、ご意見等がございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。