

調査2 事業評価の実施状況に関する調査

「調査2」では貴都道府県が平成28年度に実施された事業評価について伺います。  
 また生活習慣病検診等管理指導協議会（各がん部会）の活動状況を測るため、一部の項目については、がん部会として事業評価を実施されたかを伺います。  
 なお、専門家による精度管理の協議が行われている場合には、異なる名称であっても生活習慣病検診等管理指導者協議会（各がん部会）の活動とみなしてご回答ください。

【回答時の注意事項】

- 平成28年度に実施された内容(実績)に基づき、全ての項目にご回答ください。  
 回答期間内に実施した場合は○、平成29年8月末日以降に確実な実施予定があるものは△、未実施かつ今後も実施予定が無い場合は×と回答してください。
- 全ての市区町村あるいは検診機関で実施している場合のみ○とご回答ください。本調査における検診機関とは、実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指します。
- 胃がん検診については、胃内視鏡検査/胃部エックス線検査で共に体制を満たしている場合のみ○とご回答ください。  
 (都道府県全体で胃部エックス線検査のみ実施している場合は、胃部エックス線検査の実施体制についてご回答ください。)
- 対象年度の検診を実施していない場合は、ご回答は不要です。また【通信欄】にその旨をご記入ください。

【本調査の対象年度について】

- 平成28年度に把握可能な最新年度を想定し、下記の年度を指定しています。
- 平成28年度の検診体制(市区町村や検診機関のチェックリスト遵守状況)
  - 平成26年度の検診のプロセス指標\*

\*一部の都道府県では、地域保健・健康増進事業報告の公表データ(平成25年度)や、1年前(平成27年度)のデータを集計・分析対象としている場合もあることから、貴都道府県の方針で平成25年度、あるいは平成27年度のデータを把握・集計している場合も例外的に可とします。

回答欄(水色のセル)に○、△、×のいずれかを入力してください

7. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営 (平成28年度の実施体制についてご回答ください)		胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
(1)	がん部会は、保健所、医師会、がん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等の、がん検診に係わる専門家によって構成されていますか  解説：全ての関係者が揃っているのが望ましいが、少なくとも医師会の参加が無い場合は×とする	○	○	○	○	○
(2)	がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について、検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っていましたか	○	○	○	○	○
(3)	平成28年度のがん部会を開催しましたか	○	○	○	○	○
(4)	年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しましたか  解説：生活習慣病検診等管理指導協議会から委託を受けて外部の機関(例:対がん協会支部など)が行っている場合は○とする	○	○	○	×	○

8. 事業評価に関する検討 (平成28年度に実施されたことに基づいてご回答ください)		胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
		集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
(1)	チェックリスト(平成28年度検診分)に基づく検討を実施しましたか	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1a)	(1)はがん部会として実施しましたか  (1)が×の場合は回答不要です	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-1)	個々の市区町村のチェックリスト(平成28年度検診分)について把握・検討しましたか	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-1a)	(1-1)はがん部会として実施しましたか  (1-1)が×の場合は回答不要です	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-2)	個々の検診機関のチェックリスト(平成28年度検診分)について把握・検討しましたか	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-2a)	(1-2)はがん部会として実施しましたか  (1-2)が×の場合は回答不要です	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-3)	都道府県のチェックリスト(平成28年度検診分)について、把握・検討しましたか	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-3a)	(1-3)はがん部会として実施しましたか  (1-3)が×の場合は回答不要です	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(2)	要精検率等のプロセス指標(平成26年度検診分)に基づく検討を実施しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2a)	(2)はがん部会として実施しましたか  (2)が×の場合は回答不要です	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-1)	プロセス指標(平成26年度検診分)について、全国数値との比較や、各市区町村間、検診機関間でのばらつき確認等の検証を実施しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-1a)	(2-1)はがん部会として実施しましたか  (2-1)が×の場合は回答不要です	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-1-1)	市区町村のプロセス指標(平成26年度検診分)について、各市区町村間でのばらつき確認等の検証を実施しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-1-1a)	(2-1-1)はがん部会として実施しましたか  (2-1-1)が×の場合は回答不要です	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-1-2)	検診機関のプロセス指標(平成26年度検診分)について、各検診機関間でのばらつき確認等の検証を実施しましたか	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(2-1-2a)	(2-1-2)はがん部会として実施しましたか  (2-1-2)が×の場合は回答不要です	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(2-2)	プロセス指標(平成26年度検診分)において問題が認められた市区町村から、聞き取り調査等を実施しましたか <sup>注3)</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-3)	プロセス指標(平成26年度検診分)において問題が認められた検診機関から、聞き取り調査等を実施しましたか <sup>注3)</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(3)	チェックリスト(平成28年度検診分)やプロセス指標(平成26年度検診分)において問題が認められた検診機関に対して、実地による調査・指導等を実施しましたか <sup>注3)</sup>  解説：聞き取り調査だけで十分改善が期待できる場合には、(十分な改善が期待できない場合に実地調査・指導を行う体制ができていれば)実際に実地調査・指導を行ってなくても○とする	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(4)	実地調査等により不適切な検診機関が認められた場合には、市区町村に対して委託先の変更を助言するなど、適切に対応しましたが <sup>注3)</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

注3) 該当する市区町村、検診機関がなかった場合は「対象なし」とご回答ください。

9. 事業評価の結果に基づく指導・助言 (平成28年度に実施されたことに基づいてご回答ください)	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
(1) 事業評価の結果に基づき、指導・助言等を実施しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-1) 事業評価の結果を報告書に取りまとめ、市区町村や検診機関に配布しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-2) 事業評価の結果について、市区町村や検診機関に対する説明会を開催しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2) 事業評価の結果に基づき、市区町村や検診機関に対して個別の指導・助言を実施しましたか <sup>注4)</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-1) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の市区町村への指導、助言を実施しましたか <sup>注4)</sup>	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(2-2) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の検診機関への指導、助言を実施しましたか <sup>注4)</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
解説： 個別検診受診医療機関に関しては、市区町村を介して検診機関に指導が行われていれば○とする(市区町村の指導内容を必ず確認すること)										
(2-3) 精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の市区町村への指導、助言を実施しましたか <sup>注4)</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(2-4) 精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の検診機関への指導、助言を実施しましたか <sup>注4)</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
解説： 個別検診受診医療機関に関しては、市区町村を介して検診機関に指導が行われていれば○とする(市区町村の指導内容を必ず確認すること)										

注4) 指導対象の市区町村、検診機関がなかったため指導、助言を実施しなかった場合は「対象なし」とご回答ください。

10. 事業評価の結果の公表 (平成28年度に実施されたことに基づいてご回答ください)	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
(1) 何らかの事業評価の結果を、個別の市区町村や検診機関の状況も含めてホームページで公表しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
解説： 協議会や、都道府県内部での検討の議事録や、事業評価のために使用した資料の一部など、何らかの内容が公表されていれば○とする										
(1a) 上記(1) はがん部会として公表しましたか <sup>(1)が×の場合は回答不要です</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-1) 市区町村のチェックリスト遵守状況をホームページで公表しましたか(市区町村名は必須です)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-1a) 上記(1-1) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-1)が×の場合は回答不要です</sup>	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-2) 検診機関のチェックリスト遵守状況をホームページで公表しましたか(検診機関名の有無は問いません)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-2a) 上記(1-2) は全ての検診機関名を付けて公表しましたか <sup>(1-2)が×の場合は回答不要です</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-2b) 上記(1-2) はがん部会として、検診機関名を付けて公表しましたか <sup>(1-2)が×の場合は回答不要です</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-3) 市区町村のプロセス指標数値をホームページで公表しましたか(市区町村名は必須です)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-3a) 上記(1-3) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-3)が×の場合は回答不要です</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-4) 検診機関のプロセス指標数値をホームページで公表しましたか(検診機関名の有無は問いません)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-4a) 上記(1-4) は全ての検診機関名を付けて公表しましたか <sup>(1-4)が×の場合は回答不要です</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-4b) 上記(1-4) はがん部会として、検診機関名を付けて公表しましたか <sup>(1-4)が×の場合は回答不要です</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-5) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の市区町村に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか <sup>注5)</sup> (指導先の市区町村名は必須です)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-5a) 上記(1-5) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-5)が×の場合は回答不要です</sup>	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
(1-6) チェックリスト遵守度調査で、貴都道府県が設定した評価基準以下の検診機関に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか <sup>注5)</sup> (指導先の検診機関名は必須です)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-6a) 上記(1-6) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-6)が×の場合は回答不要です</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-7) 精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の市区町村に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか <sup>注5)</sup> (指導先の市区町村名は必須です)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-7a) 上記(1-7) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-7)が×の場合は回答不要です</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-8) 精検受診率が国の許容値以下(乳がんが80%未満、その他は70%未満)の検診機関に対する改善指導内容をホームページで公表しましたか <sup>注5)</sup> (指導先の検診機関名は必須です)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-8a) 上記(1-8) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-8)が×の場合は回答不要です</sup>	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(1-9) 都道府県チェックリストの遵守状況をホームページで公表しましたか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
(1-9a) 上記(1-9) はがん部会として公表しましたか <sup>(1-9)が×の場合は回答不要です</sup>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

注5) 指導対象の市区町村、検診機関がなかったため公表しなかった場合は「対象なし」とご回答ください。

### 11. 個別検診における検診機関の精度管理

個別検診を受託する検診機関の精度管理について、上記の他に組み込まれている事があれば具体的にお書きください。(自由記載)  
(例:現時点で協力可能な医療機関のみを対象として事業評価を実施した、医師会単位でのみ事業評価を実施した、など)

--

「10. 事業評価の結果の公表」で公表済み(○)と回答された場合

### 12. 主に、情報を公開しているホームページのアドレス(URL)をご記入ください

胃がん	<a href="http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045a/gankenshinsuishinjigyuu.html">http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045a/gankenshinsuishinjigyuu.html</a>
大腸がん	<a href="http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21046a/gankenshinsuishinjigyuu.html">http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21046a/gankenshinsuishinjigyuu.html</a>
肺がん	<a href="http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21047a/gankenshinsuishinjigyuu.html">http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21047a/gankenshinsuishinjigyuu.html</a>
乳がん	<a href="http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21048a/gankenshinsuishinjigyuu.html">http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21048a/gankenshinsuishinjigyuu.html</a>
子宮頸がん	<a href="http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21049a/gankenshinsuishinjigyuu.html">http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21049a/gankenshinsuishinjigyuu.html</a>

ご記入いただいたURLは、国立がん研究センター等のHPに掲載を予定しています。(リンク紹介ページ等) ご了承いただけない場合は、下記通信欄にその旨ご記載ください。

以下の署名欄にご記入ください。

<b>ご署名欄</b>	
都道府県名	福島県
ご所属	健康増進課
お名前	
電話	024-521-7640
E-mail	
【通信欄】	

ご協力ありがとうございました。