

令和 年 月 日

〇〇市（区町村）長 殿
がん検診ご担当者殿

〇〇県生活習慣病検診等管理指導協議会
〇〇がん部会 部会長 〇〇 〇〇

（胃/大腸/肺/乳/子宮頸）がん検診の精度管理調査の実施について

日頃は〇〇がん検診の実施ならびに精度管理にご協力いただき、誠にありがとうございます。

「がん対策基本法」第 14 条において、国及び地方公共団体はがん検診の事業評価の実施など、がん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるものとされており、これに基づき、各都道府県においても生活習慣病検診等管理指導協議会（以下、「協議会」と略します。）が中心となり、がん検診の精度向上に取り組んでいることはご承知のとおりです。

がん検診の精度向上のためには、「精度管理」が大変重要であり、がん検診の精度管理については、平成 20 年に示された「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方報告書」により行われてきたところです。その後、精度管理指標の見直しが行われたことから、厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」は、今後の更なる精度管理水準の向上のために前記報告書を改訂し、令和 5 年 6 月に「がん検診事業のあり方について」として公表しました。この報告書においても引き続き各都道府県協議会が各種指標を利用して管区内の精度管理を行うこととされています。

ついては、今後、貴市（区町村）あて、がん検診の精度管理指標数値の調査（令和▲年度）及び「がん検診事業評価のためのチェックリスト」遵守状況調査（令和●年度）を実施する予定ですので、よろしくお願いいたします。

併せて、検診機関に対して同様の調査を実施する予定ですので、貴市（区町村）における令和●年度の委託先検診機関名（集団検診、個別検診）及び個別検診の実施形態等について別添の調査票にご回答ください。

お忙しいところ恐れ入りますが、〇月〇日までにご返送をお願いいたします。

返送先：

ご協力をよろしくお願い申し上げます。

問合せ先

事務局：〇〇県生活習慣病検診等管理指導協議会 〇〇がん部会（〇〇県庁〇〇課 気付）

eメール：〇〇@〇〇〇〇.〇〇（推奨）

電話：〇〇〇－〇〇〇〇

調査票

市区町村名 ○○市

調査事項 貴市の委託先検診機関名（令和●年度分）

➤ 集団検診

検診機関名： _____
 委託している検診の種類： （がん検診の種類を記入） _____
 住所： _____
 担当者名： _____
 連絡先： _____

回答欄は適宜増
やしてください

➤ 個別検診

実施形態：地域医師会を介した集合契約の有無（有・無） 該当する方に○

（以下①②どちらかに記入）

①地域医師会を介した集合契約（有）の場合

地域医師会の数（ _____ ）、契約先医療機関の数（ _____ ）

地域医師会の担当者： _____

地域医師会の連絡先： _____

地域医師会所属の医療機関名一覧

医療機関名： _____
 医療機関住所： _____
 医療機関連絡先： _____

リスト一覧の
添付でも可

②集合契約（無）の場合

契約先医療機関の数（ _____ ）

委託先医療機関の一覧

医療機関名： _____
 医療機関住所： _____
 医療機関連絡先： _____

リスト一覧の
添付でも可