

現 状

「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」精密検査受診率 目標値：90%
 ➔ 胃がん（内視鏡除く）・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がんの全てにおいて**未達成**

がん検診精密検査受診率（平成28年度・東京都）

| 胃がん | | 肺がん | 大腸がん | 子宮頸がん | 乳がん |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| X線 | 内視鏡 | | | | |
| 72.7% | 92.1% | 67.0% | 53.3% | 71.1% | 84.7% |

（出典）平成30年度 東京都精度管理評価事業

課 題

- 1 精密検査の受診動向を把握できない対象者（精検未把握率）が多い
- 2 未把握者は、精検受診者か精検未受診者に分かれるが、**受診動向が把握できないため、区市町村による未受診者に対する受診勧奨が不十分**
- 3 精検未把握率が区市町村間でバラつきが大きい
- 4 要精密検査者に対する**精密検査受診の重要性の啓発が不十分**

肺がん検診（平成28年度）

| | ①精検受診率 | ②精検未把握率 | ③精検未受診率 | ①+②+③ |
|------|--------|--------------|---------|-------|
| 東京都 | 67.0% | 29.5% | 3.5% | 100% |
| A自治体 | 91.8% | 6.8% | 1.4% | 100% |
| B自治体 | 38.6% | 59.2% | 2.2% | 100% |

<未把握率が高い原因>

- 区市町村から精検機関に受診結果を照会するも未回答が多い
 ⇒報告書作成の煩雑さにより、報告書の回収率が悪い
 ⇒個人情報保護の観点から回答を拒む医療機関がある

- 要精検者が居住自治体以外の精検医療機関を受診することが多く、
 区市町村による受診結果の把握が困難

取組の方向性

- ★**精検受診者を正確に把握**し、未把握を解消。**未受診者には受診勧奨を効果的に行う**
- ★精検結果報告書を区市町村に返送する必要性について**医療機関に周知**
- ★都内一律に精検受診結果が区市町村に報告される仕組みを構築
- ★要精検者に対する**精密検査受診の重要性について啓発を強化**



精密検査受診率
90%達成

具体的な取組

1 有識者・実務者による検討会

東京都、東京都医師会、国立がん研究センター、精検実施機関、区市町村により構成
 《検討事項》

- ①精密検査依頼書兼結果報告書（東京都統一様式）の作成
 都内どこの医療機関で精密検査を受けても区市町村へ結果報告されるための統一様式を作成
 【H30】**胃がん・大腸がん**検診用様式を作成 【R1】**肺がん**検診用様式を作成
- ②区市町村に結果が返送される仕組み

3 区市町村の要精検者に対する受診勧奨や受診動向の把握の取組に対する支援

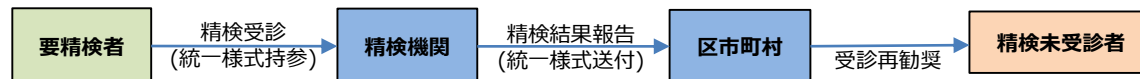
区市町村における要精検者への受診勧奨や受診状況の把握に要する経費への財政的な支援

2 医療機関に対する周知及び研修の実施

- 都内医療機関に次の点を周知するための研修を実施
 - ・精密検査結果を区市町村に報告する必要性
 - ・精密検査結果返送は個人情報保護法の例外であること

4 要精検者に対する精検受診の重要な啓発【R2・新規】

- 要精検者が精検受診の重要性を理解できるよう
 啓発用リーフレットを作成



●●区胃がん検診 精密検査依頼書 兼 結果報告書

胃がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長 様
御担当医 様

「個人識別情報」は、記入内容にあわせて項目名を変更してください。(例:「住所」)

返送先
〒
住所:
TEL:

下記の方は●●区胃がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上、宜しく御指導をお願い申し上げます。

| | |
|---|--|
| 氏名・性別 (男・女) | 検診日 年 月 日 |
| 生年月日 年 月 日 | 検診機関名 |
| 個人識別情報 住所・自治体独自の住民番号・受診者番号・医療機関コード等、必要な項目の記入欄として使用 | 検診方法 <input type="checkbox"/> エックス線検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 |
| | 検診時生検 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

精密検査結果(貴院記入用)

精密検査結果について御記入の上、御返送くださいますようお願いいたします。

※ 精密検査結果の区市町村及び区市町村から委託を受けた検診機関への提供は、個人情報保護法の例外事項として認められています(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省)において個人情報保護法第23条第1項第3号の第三者提供の例外とされています。)

※ 御記入いただいた内容は、区市町村が「地域保健・健康増進事業報告」(厚生労働省)に計上し、国及び都の地域保健施策のための基礎資料となります。

| | |
|---|---|
| 精密検査 実施した <u>全ての検査</u> を チェックしてください | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 上記以外(検査法:) |
| 診断区分 判明した <u>全ての病変</u> を チェックしてください | <input type="checkbox"/> 異常なし・胃部以外の疾患(食道がん、十二指腸がん等) <input type="checkbox"/> 胃がん(<input type="checkbox"/> 粘膜内 <input type="checkbox"/> 粘膜下層 <input type="checkbox"/> 進行がん) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いのある者又は未確定 <input type="checkbox"/> 胃がん以外の胃部の疾患(転移性の胃がんを含む) |
| 精密検査時の 偶発症 該当する <u>場合のみ</u> チェックしてください | ※ 入院治療を要するものとする(例:前投薬起因性ショック、消化管出血(輸血や手術を要する程度、消化管穿孔、腹膜炎等)。 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 内容(<input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他()) |
| 精密検査実施日 年 月 日 | 精密検査実施医療機関名 TEL |
| 精密検査担当医師名 | |

●●区大腸がん検診 精密検査依頼書 兼 結果報告書

大腸がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長 様
御担当医 様

「個人識別情報」は、記入内容にあわせて項目名を変更してください。(例:「住所」)

返送先
〒
住所:
TEL:

下記の方は●●区大腸がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上、宜しく御指導をお願い申し上げます。

| | | | |
|--------|---|-------|-------|
| 氏名・性別 | (男・女) | 検診日 | 年 月 日 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 検診機関名 | |
| 個人識別情報 | 住所・自治体独自の住民番号・受診者番号・医療機関コード等、必要な項目の記入欄として使用 | | |

精密検査結果(貴院記入用)

精密検査結果について御記入の上、御返送くださいますようお願いいたします。

※ 精密検査結果の区市町村及び区市町村から委託を受けた検診機関への提供は、個人情報保護法の例外事項として認められています(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省)において個人情報保護法第23条第1項第3号の第三者提供の例外とされています。)

※ 御記入いただいた内容は、区市町村が「地域保健・健康増進事業報告」(厚生労働省)に計上し、国及び都の地域保健施策のための基礎資料となります。

| | | |
|--|---|-----------|
| 精密検査 実施した <u>全ての検査</u> を チェックしてください | <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査 及び 注腸X線検査 <input type="checkbox"/> 上記以外(検査法:) | |
| 診断区分 判明した <u>全ての病変</u> を チェックしてください | <input type="checkbox"/> 異常なし・大腸以外の疾患 <input type="checkbox"/> 大腸がん(<input type="checkbox"/> 粘膜内 <input type="checkbox"/> 粘膜下層 <input type="checkbox"/> 進行がん) <input type="checkbox"/> 大腸がんの疑いのある者又は未確定 <input type="checkbox"/> 腺腫・ポリープ(<input type="checkbox"/> 直径10mm以上 <input type="checkbox"/> 直径10mm未満) <input type="checkbox"/> 大腸がん及び腺腫・ポリープ以外の大腸の疾患(転移性の大腸がんを含む) | |
| 精密検査時の 偶発症 <u>該当する場合のみ</u> チェックしてください | ※ 入院治療を要するものとする(例:腸管出血(輸血や手術を要する程度)、腸管穿孔、前投薬起因性ショック、腹膜炎等)。 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 内容(<input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 精密検査実施日 | 精密検査実施医療機関名 | 精密検査担当医師名 |
| 年 月 日 | TEL | |

●●区肺がん検診 精密検査依頼書 兼 結果報告書

肺がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長 様
御担当医 様

返送先
〒
住所:
TEL:

「個人識別情報」は、記入内容にあわせて項目名を変更してください。(例:「住所」)

下記の方は●●区肺がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上、宜しく御指導をお願い申し上げます。

| | |
|---|--|
| 氏名・性別 (男・女) | 検診日 年 月 日 |
| 生年月日 年 月 日 | 検診機関名 |
| 個人識別情報 住所・自治体独自の住民番号・受診者番号・医療機関コード等、必要な項目の記入欄として使用 | エックス線 <input type="checkbox"/> 精検不要 <input type="checkbox"/> 要精検D <input type="checkbox"/> 要精検E |
| | 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 精検不要 <input type="checkbox"/> 要精検D <input type="checkbox"/> 要精検E ※未実施の場合はチェック不要 |

精密検査結果(貴院記入用)

精密検査結果について御記入の上、御返送くださいますようお願いいたします

※ 精密検査結果の区市町村及び区市町村から委託を受けた検診機関への提供は、個人情報保護法の例外事項として認められています(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省)において個人情報保護法第23条第1項第3号に該当すると規定されています。)

※ 御記入いただいた内容は、区市町村が「地域保健・健康増進事業報告」(厚生労働省)に計上し、国及び都の地域保健施策のための基礎資料となります。

| | |
|---|--|
| 精密検査 実施した全ての検査を チェックしてください | <input type="checkbox"/> 胸部エックス線検査 <input type="checkbox"/> 胸部CT検査(HR-CT含む) <input type="checkbox"/> 気管支鏡検査(気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検含む) <input type="checkbox"/> 上記以外(検査法:) |
| 診断区分 判明した全ての病変を チェックしてください | <input type="checkbox"/> 異常なし・呼吸器以外の疾患(喉頭がん、食道がん、甲状腺がん等) <input type="checkbox"/> 肺がん(<input type="checkbox"/> 0期がん <input type="checkbox"/> I期がん <input type="checkbox"/> II期以上のがん <input type="checkbox"/> 病期不明) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑い又は未確定 <input type="checkbox"/> 肺がん以外の呼吸器疾患(中皮腫、リンパ腫、転移性の肺がんを含む) |
| 精密検査時の 偶発症 該当する場合のみ チェックしてください | ※ 入院治療を要するものとする(例:経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血、検査後の気胸等)。 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 内容 (<input type="checkbox"/> 多量出血 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> その他 ()) |
| 精密検査実施日 年 月 日 | 精密検査実施医療機関名 TEL |
| 精密検査担当医師名 | |