

# 精密検査受診率向上・結果把握向上推進事業

資料5

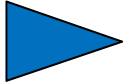
## 現 状

- 国の動向 : 「がん対策推進基本計画(第3期)」 精密検査受診率の目標値を90%とする。【新規】
- 都の現状 : 胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がんのいずれにおいても90%に達していない。

精密検査受診率(東京都)(%)

胃	73.0	子宮頸	65.8
肺	70.2	乳	82.1
大腸	56.8		

(出典) 平成29年 都精度管理評価事業(平成27年度分)



「東京都がん対策推進計画(第二次改定)」 精密検査受診率の目標値を90%とする。

## 課 題

- 1 精密検査受診率について、区市町村によるバラつきがある
- 2 精密検査受診動向を把握できない対象者(精密検査未把握)の中には、精密検査受診者(①)と未受診者(②)が存在するが、実態把握していないことから、②への受診勧奨が不十分

<未把握の原因>

- 区市町村から本人・医療機関に結果照会するも未回答が多い
  - ⇒個人情報保護の観点から回答を拒む医療機関がある
  - ⇒本人からの返答がない
- 精密検査の受診は拠点系等の病院での受診傾向が強く、居住地以外の医療機関を受診することが多いため、区市町村による実態把握が困難

**【A自治体の例】**

大腸がん検診における精密検査受診医療機関

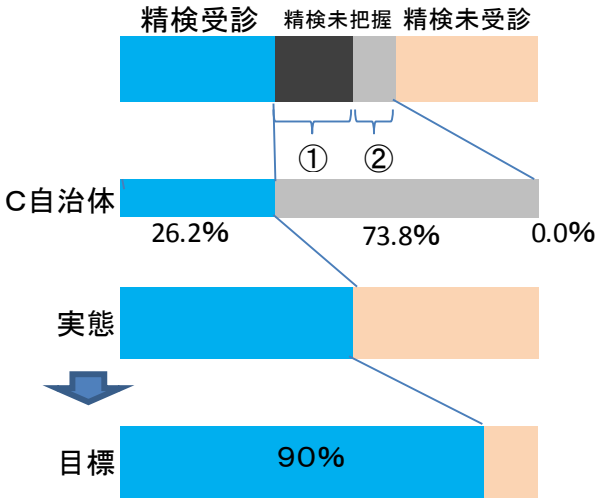
	割合
病院(他自治体病院含む)	76.1%
市内診療所	23.9%

※A自治体における精密検査結果把握率 78.5%

肺がん(平成27年度分) (%)

	精密検査受診	精密検査未把握	精密検査未受診
東京都	70.2	27.0	2.8
B自治体	97.9	0.7	1.4

<C自治体の事例> 肺がん(平成27年度分)



- ★①②の実態を明確にし、②への効果的な受診勧奨が必要
- ★都内一律で精密検査結果が区市町村に報告される仕組みが必要

検討会設置・実施  
 ⇒精密検査結果把握の仕組み構築  
 精密検査未受診者の把握  
 ⇒区市町村包括補助等を活用し、未受診者への効果的な受診勧奨の実施

# がん検診精密検査結果報告書作成検討会

## 1 目的

実態に即した精密検査結果報告様式を作成し、精検未把握の解消に努めることで、精密検査受診率の向上を図る。

## 2 方向性

- ◇精密検査の結果把握の促進を主目的とした様式を作成
- ◇検証に馴染む胃がん、大腸がん検診を先行して導入

## (参考) 構成メンバー

構成団体	メンバー	位置付け
国立がん研究センター 社会と健康研究センター	中山検診研究部長	学識経験者 座長
(公社)東京都医師会	鳥居理事	関係団体代表
練馬区、府中市、 国立市、あきる野市	各所管課長又は課長 代理	モデル区市
東京都がん検診センター	入口副所長	精検機関代表

## 3 実施内容

### (1) 第1回 モデル様式の決定(平成30年12月18日)

- ① モデル区市での検証に使用する精検結果報告書(モデル様式)を作成
- ② 検証方法の検討
- ③ 今後の流れを確認

➤ モデル様式として案3を採用(別紙)

#### 【モデル様式(案)】

- 案1) 結果把握に特化した様式
- 案2) 国立がん研究センターが作成する様式(雛形)
- 案3) 案1と案2の折衷案

### (2) 第2回 統一様式の策定(平成31年3月)

- ① モデル様式の検証結果の報告
- ② 研修会に参加した医師へのアンケート結果を報告
- ③ 抽出した課題に対する解決策を検討
- ④ 精密検査結果報告書の東京都統一様式の策定
- ⑤ さらなる精検未把握の解消に向けた課題の整理
- ⑥ 今後のフォローアップ体制の整理

平成31年度統一様式を提示

平成31年度以降、統一様式を導入した自治体に対してヒアリングを実施。さらなる改善を図っていく。

# モデル様式の検証

## 1 目的

実際の精密検査でモデル様式を使用し、実態に即した課題を抽出・改善することで、区市町村に結果が返送され、未把握の解消を目指す。

## 2 実施期間

平31年1月22日から2月22日まで

## 3 モデル実施自治体

【区部】練馬区 【市部】府中市、国立市、あきる野市

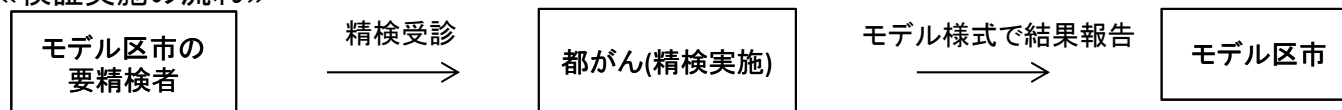
## 4 検証するがん種

胃がん・大腸がんの2種

## 5 実施方法

- ◆精密検査実施医療機関として、東京都がん検診センター(以下「都がん」)に協力を依頼
- ◆モデル区市の一次検診における要精検者が、都がんで精密検査を受診した際に、検討会で作成したモデル様式を使用する
- ◆検査結果確定後、都がんからモデル区市にモデル様式を送付

### 《検証実施の流れ》



### 《評価基準》

#### (1) 医療機関の視点にたった評価 《例》

- ◆ 精密検査結果報告書への記入時間は短縮されたか。
- ◆ 記入は1回で済んだか。

#### (2) 区市町村の視点にたった評価 《例》

- ◆ 精検機関からの結果報告は、従前より速くなったか。
- ◆ 区市町村が必要とする情報を把握できたか。

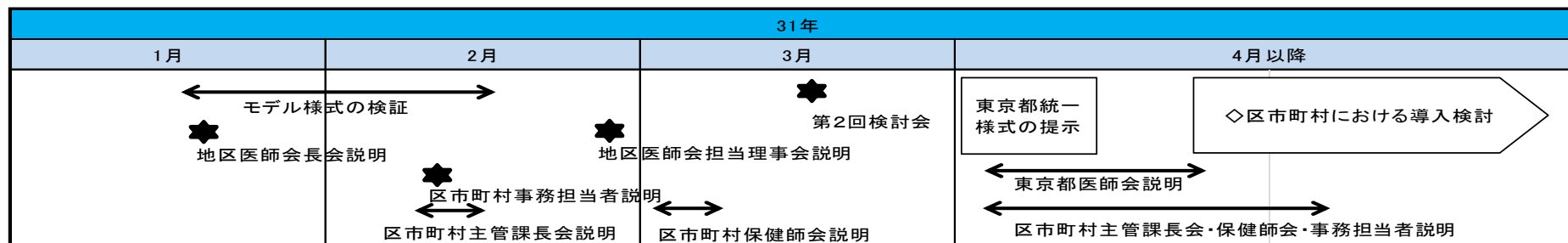
## 6 事後アンケートの実施

上記評価基準の視点を盛り込んだアンケートを実施

- (1)モデル様式に記入した医師
- (2)結果報告を受けたモデル区市

課題を抽出し、第2回検討会に報告

## 今後のスケジュール



# 胃がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

# 大腸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

## 胃がん精密検査依頼書

医療機関長 様  
御担当医 様

年 月 日

依頼元  
〒  
住所:  
TEL:

下記の方は胃がん検診の結果、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	M・T・S 年 月 日	検診機関名	
		検診番号	

## 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への提供は、「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」において、個人情報保護法第23条第1項第3号に該当する個人情報保護法の例外事項として認められています。

貴院カルテ番号	
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 <input type="checkbox"/> 直接X線検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 組織診断 <input type="checkbox"/> その他の検査( )
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 <input type="checkbox"/> 胃がん[ <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 疑い ]( <input type="checkbox"/> 粘膜内 <input type="checkbox"/> 粘膜下層 <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 深達度未定 ) <input type="checkbox"/> がん以外の悪性疾患( <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> リンパ腫 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他のがん( <input type="checkbox"/> 転移性胃がん <input type="checkbox"/> 咽頭部 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 上記以外の疾患( )
精密検査時の 入院を伴う偶発症 該当する箇所を、 チェックしてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 内容( <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 予後( <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 )
精密検査実施日 年 月 日	医療機関 TEL
	医師名

-----  
今回の精密検査にて診断が確定しない場合のみ、下記についても御記入ください。

貴院にて精査継続の場合	次回受診予定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院予定
他院紹介の場合	医療機関名(紹介先) 医師名

## 大腸がん精密検査依頼書

医療機関長 様  
御担当医 様

年 月 日

依頼元  
〒  
住所:  
TEL:

下記の方は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	M・T・S 年 月 日	検診機関名	
		検診番号	

## 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への提供は、「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」において、個人情報保護法第23条第1項第3号に該当する個人情報保護法の例外事項として認められています。

貴院カルテ番号	
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"/> 大腸CT検査 <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 注腸X線検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他の検査( )
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 <input type="checkbox"/> 腺腫・ポリープ ( <input type="checkbox"/> 直径10mm未満 <input type="checkbox"/> 直径10mm以上 ) <input type="checkbox"/> 大腸がん[ <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 疑い ]( <input type="checkbox"/> 粘膜内 <input type="checkbox"/> 粘膜下層 <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 深達度未定 ) <input type="checkbox"/> がん以外の悪性疾患( <input type="checkbox"/> リンパ腫 <input type="checkbox"/> カルチノイド <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他のがん( <input type="checkbox"/> 転移性大腸がん <input type="checkbox"/> 回腸 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 上記以外の疾患( )
精密検査時の 入院を伴う偶発症 ※該当する箇所を、 チェックしてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 内容( <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 予後( <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 )
精密検査実施日 年 月 日	医療機関 TEL
	医師名

-----  
今回の精密検査にて診断が確定しない場合のみ、下記についても御記入ください。

貴院にて精査継続の場合	次回受診予定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院予定
他院紹介の場合	医療機関名(紹介先) 医師名