

都内 { 病 院 }
 { 診 療 所 } 管理者 様

東京都福祉保健局保健政策担当部長
播 磨 あ か ね
(公 印 省 略)

区市町村が実施するがん検診における精密検査受診者の精密検査結果の報告に関する
協力依頼について (依頼)

平素より東京都の保健衛生行政につきまして、御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

健康増進法 (平成 14 年法律第 103 号) 第 19 条の 2 に基づき区市町村が実施するがん検診につきましては、国の「がん対策推進基本計画 (第 3 期)」(平成 30 年 3 月 9 日閣議決定)において、精密検査受診率 90%の達成が個別目標とされており、都としても同値を目標として掲げております(東京都がん対策推進計画 (第二次改定) 平成 30 年 3 月)。しかしながら、都内のがん検診の精密検査受診率・精密検査未把握率は、他道府県の水準を大きく下回っております (別紙 1-1 参照)。

精密検査結果の把握のためには、精密検査実施機関 (以下医療機関) の皆様から区市町村へ「地域保健・健康増進事業報告」に基づいた情報提供をいただくことが必要です。皆様の御協力により、区市町村等が精密検査未受診者を特定し (未把握者を減らし)、受診勧奨を行うことで精密検査受診率の向上が期待されます。

区市町村へ御報告いただいた精密検査結果は、がん検診の精度管理向上のために必須の情報であるほか、厚生労働省が毎年度実施する「地域保健・健康増進事業報告」(根拠法:統計法)に計上され、国及び都の保健衛生施策のための基礎資料となる等、公衆衛生の向上に資する情報となります。

既に御協力いただいている医療機関の皆様も多くいらっしゃるものと存じますが、区市町村または区市町村から委託を受けたがん検診実施機関より、精密検査結果に関しての情報提供の求めがあった場合には、下記のとおり趣旨を御理解の上、御協力をいただくとともに、貴下職員への周知について特段の御配慮をよろしくお願いいたします。

記

1 区市町村等への精密検査結果の情報提供による協力について

以下の内容について、改めて御協力と貴下職員への周知をお願いいたします。

精密検査の結果はがん検診の事業評価において必要不可欠な情報であることから、精密検査実施機関 (要精検とされた検診受診者の精密検査を実施する医療機関) あるいは治療実施機関 (がんの治療を行う医療機関) は市町村及び検診実施機関の求めに応じて情報提供を行うことが求められる。

「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」(平成 20 年 3 月 がん検診事業の評価に関する委員会) 別添 3「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)」より引用

2 区市町村が実施するがん検診の精密検査結果の情報提供と個人情報保護法について

区市町村または区市町村から委託を受けたがん検診実施機関に対する精密検査結果の情報提供については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）第 27 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定められています（別紙 1-2 参照）。

3 「がん検診精密検査結果報告書」（東京都統一様式）の導入に向けた都の取組

都では、医療機関から区市町村への、精密検査結果に関する情報提供を促進するため、平成 30 年度より胃・大腸・肺・乳がん検診の「精密検査依頼書 兼 結果報告書」（東京都統一様式）（別添）を作成しており、今年度から新たに子宮頸がん検診のための報告書を追加いたしました。これらの様式は、上述の地域保健・健康増進事業報告のための必要事項を満たしながら、医療機関の負担軽減を図って記入項目を最小限に絞っております。

様式の導入判断は、区市町村の任意となっておりますが、都は当様式の全都展開を目指しており、今後も未導入区市町村に対する働きかけを行ってまいりますので、お含み置きくださいますようお願いいたします。

がん検診精密検査結果報告書（東京都統一様式）については、
こちらからも資料をご覧ください。

東京都福祉保健局 web サイト「とうきょう健康ステーション」
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kensui/gan/
torikumi-kankei/touitsu-youshiki.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kensui/gan/torikumi-kankei/touitsu-youshiki.html)



【担当・問合せ先】

東京都福祉保健局 保健政策部 健康推進課 成人保健担当

鈴木、内藤、西脇、増淵

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号

電話（都庁代表） 03-5321-1111 （内線） 32-865・32-861

E-mail : S0000289@setion.metro.tokyo.jp

東京都及び全国の精密検査受診率・精密検査未把握率
 (令和2年度「地域保健・健康増進事業報告」 令和元年度実施分)

1. 精密検査受診率 [精密検査受診^{※1}者数/要精密検査者数×100] (%)

検診の種類	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
検査方法	胃部X線	胃内視鏡	便潜血2日法	胸部X線 ^{※2}	マンモグラフィ	細胞診				
東京都	69.2	94.2	56.7	70.4	84.9	71.2				
全国四分位範囲	84.4 [79.3-88.3]	95.4 [93.0-97.4]	75.2 [70.0-78.9]	86.1 [82.0-89.9]	92.2 [88.6-94.3]	81.3 [76.7-85.9]				
東京都の全国順位	44位	31位	47位	46位	41位	39位				

2. 精密検査未把握率 [精密検査受診の有無または精密検査結果が未把握の者の数/要精密検査者数×100] (%)

検診の種類	胃がん		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮頸がん	
検査方法	胃部X線	胃内視鏡	便潜血2日法	胸部X線 ^{※2}	マンモグラフィ	細胞診				
東京都	24.3	4.9	27.6	25.0	12.2	24.6				
全国四分位範囲	8.1 [4.1-13.4]	2.5 [1.2-4.6]	12.2 [7.8-17.6]	7.4 [3.1-10.9]	4.3 [2.4-8.3]	10.8 [6.4-15.4]				
東京都の全国順位	4位	11位	2位	2位	5位	9位				

全国四分位範囲：47都道府県の中央値 [下位25%の位置の値-上位25%の位置の値]

※1 「精密検査受診」とは、各受診者について精密検査日・受診機関・精密検査方法および結果を含めて区市町村が把握することを必要とします。

※2 肺がん検診では高危険群（50歳以上で喫煙指数600以上）に対して喀痰細胞診を併せて実施

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

区市町村が実施するがん検診の精密検査結果の情報提供と個人情報保護との関係（関係法令等抜粋）

区市町村または区市町村から委託を受けたがん検診実施機関に対する精密検査結果の情報提供については、「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、「個人情報の保護に関する法律」の第 27 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定められています。

「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」及び Q&A の全文は、厚労省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html> に掲載されています。

個人情報の保護に関する法律（令和 2 年改正、令和 4 年 4 月 1 日施行）

（第三者提供の制限）

第 27 条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

- 3 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

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（令和 4 年 3 月改正）

IV 医療・介護関係事業者の義務等

9. 個人データの第三者提供（法第 27 条）

（2）第三者提供の例外

ただし、次に掲げる場合については、本人の同意を得る必要はない。

- ③公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

（例）・がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供

「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」に関する Q & A（事例集）（令和 2 年 10 月改正）

Q 4-13 がん検診の 2 次検診機関として患者の精密検査を行った場合、1 次検診機関から、精密検査結果の提供を求められることがあります。患者の精密検査結果を提供する場合には、患者の同意を得る必要があるのでしょうか。

A 4-13 がん検診については、がん検診全体の精度管理のために、1 次検診機関においては、必要に応じ、精密検査の結果等を記録することとされており、2 次検診機関は、1 次検診機関から、患者の精密検査結果を提供するよう依頼を受けることがあります。

その際に、2 次検診機関において、患者に対し、1 次検診機関に精密検査結果を提供する旨の同意を得ることは、その性質上、患者の強い不安を招きやすく、また、同意が得られた患者のみ精密検査結果を提供することはがん検診全体の精度管理に影響を与えることが考えられます。

このため、がん検診の精度管理のために、2 次検診機関が、1 次検診機関に患者の精密検査結果を提供することは、個人情報保護法第 23 条*第 1 項第 3 号（公衆衛生の向上のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき）に該当し、あらかじめ患者の同意を得る必要はありません。

※法改正のため、現在の 27 条にあたる。

●●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27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 実施した全ての検査を 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 判明した全ての病変を 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: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	精密検査実施医療機関名
年 月 日	精密検査担当医師名
TEL	

●●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27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 全ての検査 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 全ての病変 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 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: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

「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	胸部エックス線 <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27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	

●●区乳がん検診 精密検査依頼書 兼 結果報告書

乳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●●区乳がん検診の結果、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		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27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 実施した全ての検査を チェックしてください	<input type="checkbox"/> 乳房エックス線検査(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 細胞診 (<input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌液細胞診) <input type="checkbox"/> 組織診 (<input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> 吸引式組織生検 <input type="checkbox"/> 外科的生検) <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・乳房以外の臓器の疾患 <input type="checkbox"/> 乳がん (<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"/> 乳がんの疑いのある者又は未確定 <input type="checkbox"/> 乳がん以外の乳房の疾患 (乳腺症、線維腺腫、嚢胞、葉状腫瘍、転移性の乳がん等)	
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: 穿刺吸引細胞診や針生検による感染症、大量出血等)。 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 内容()	
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

