

平成30年度 大腸がん検診追跡調査

資料4

(表) 大腸がん検診におけるがん発見者数と追跡者数

	大腸がん 発見者	疑い	計	追跡結果有	追跡率 (疑い者を除く)
高松市	91	7	98	85	93.4%
丸亀市	20	1	21	20	100.0%
坂出市	7	1	8	7	100.0%
善通寺市	10	0	10	10	100.0%
観音寺市	8	0	8	7	87.5%
さぬき市	4	0	4	3	75.0%
東かがわ市	10	0	10	10	100.0%
三豊市	21	1	22	21	100.0%
土庄町	0	0	0	0	—
小豆島町	0	0	0	0	—
三木町	2	0	2	2	100.0%
直島町	1	0	1	1	100.0%
宇多津町	5	0	5	5	100.0%
綾川町	4	0	4	4	100.0%
琴平町	5	0	5	5	100.0%
多度津町	7	0	7	7	100.0%
まんのう町	7	0	7	7	100.0%
計	202	10	212	194	96.0%

※年齢上限を設けずに集計している。

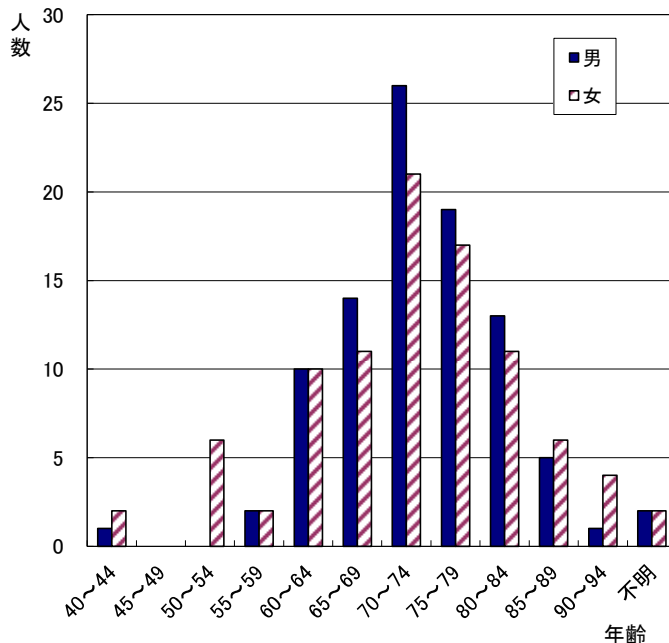
追跡者のうち、がんの確定診断が得られた185名について、以降の集計を行った。

平成30年度 大腸がん検診追跡調査結果

(表1) 性・年齢別状況

年齢区分	男	女	合計	割合(%)
40～44	1	2	3	1.6
45～49	0	0	0	0.0
50～54	0	6	6	3.2
55～59	2	2	4	2.2
60～64	10	10	20	10.8
65～69	14	11	25	13.5
70～74	26	21	47	25.4
75～79	19	17	36	19.5
80～84	13	11	24	13.0
85～89	5	6	11	5.9
90～94	1	4	5	2.7
不明	2	2	4	2.2
計	93 (50.3%)	92 (49.7%)	185 (100.0%)	100.0

※()内割合は、男女の内訳。



(表2) 検査方法

検査方法	人数	割合(%)
全大腸内視鏡検査	151	81.6
S状結腸内視鏡検査	1	0.5
注腸X線検査	1	0.5
生検のみ	1	0.5
その他	2	1.1
未記入	29	15.7
計	185	100.0

※生検を実施している場合もそれぞれの検査方法の内数に含めて集計。

『大腸がん検診マニュアル』（大腸がん検診精度管理委員会編）では、「全大腸内視鏡検査の実施が困難な場合には、S状結腸内視鏡検査と注腸X線検査の併用が次善の策となる」とされている。（『香川県大腸がん検診の精度管理のための技術的指針』でも同様）

(表3) 診断名

診断名		人数	割合 (%)
早期がん	粘膜内がん	43	23.2
	粘膜下層がん	22	11.9
	浸潤状況不明	35	18.9
進行がん		63	34.1
進行度不明		22	11.9
計		185	100.0

(表4) 治療状況

治療方法	人数	割合 (%)
外科手術(通常の開腹術)	18	9.7
腹腔鏡下手術	79	42.7
内視鏡的ポリペクトミー	9	4.9
内視鏡的粘膜切除 (EMR)	55	29.7
内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)	10	5.4
薬物療法	1	0.5
無治療	4	2.2
その他	5	2.7
不明	1	0.5
未記入	3	1.6
計	185	100.0

(表5) 肉眼的分類

分類	人数	割合(%)
早期がん	102	55.1
進行がん	78	42.2
不明	5	2.7
計	185	100.0

早期がん

分類	人数	割合(%)
I p(有茎型)	11	10.8
I sp(亜有茎型)	31	30.4
I s(無茎型)	23	22.5
II a(表面隆起型)	13	12.7
II a + II c	11	10.8
II b(表面平坦型)	0	0.0
II c(表面陥凹型)	0	0.0
その他	10	9.8
未記入	3	2.9
小計	102	100.0

進行がん

分類	人数	割合(%)
1(隆起腫瘤型)	9	11.5
2(潰瘍限局型)	62	79.5
3(潰瘍浸潤型)	5	6.4
4(びまん浸潤型)	1	1.3
5(分類不能)	1	1.3
小計	78	100.0

(表6) 病巣部位

部位	総数	割合(%)
上部直腸 (R a)	18	9.7
下部直腸 (R b)	14	7.6
直腸S字結腸 (R S)	15	8.1
S字結腸 (S)	59	31.9
下行結腸 (D)	13	7.0
横行結腸 (T)	13	7.0
上行結腸 (A)	27	14.6
盲腸 (C)	14	7.6
虫垂 (V)	0	0.0
その他	8	4.3
未記入	4	2.2
計	185	100.0

(表7) 病期分類

Stage	人数	割合 (%)	昨年の受診状況		
			有	無	不明
0期 (粘膜内にとどまる)	57	30.8	25	23	9
I期 (大腸壁にとどまる)	54	29.2	25	18	11
II期 (大腸壁を超えているが、隣接臓器には及んでいない)	28	15.1	7	19	2
IIIa (隣接臓器に浸潤しているか、リンパ転移ある)	11	5.9	4	4	3
IIIb	14	7.6	5	9	0
IV (腹膜、肝、肺などへ遠隔転移あり)	4	2.2	1	1	2
不明	3	1.6	2	1	0
未回答	14	7.6	3	4	7
計	185	100.0	72	79	34

(表8) 組織学的壁深達度

深達度	人数	割合 (%)
Tis(M)	65	35.1
T1a(SM)	11	5.9
T1b(SM)	28	15.1
T2(MP)	19	10.3
T3(SS・A)	46	24.9
T4a(SE)	4	2.2
T4b(SI/AI)	1	0.5
TX(不明)	4	2.2
未記入	7	3.8
計	185	100.0

(表9) 組織学的分類

組織分類	人数	割合 (%)
pap (乳頭腺癌)	7	3.8
tub1 (高分化型 環状腺癌)	94	50.8
tub2 (中分化型 環状腺癌)	56	30.3
por1 (低分化腺癌 充実型)	0	0.0
por2 (低分化腺癌 非充実型)	0	0.0
muc (粘液癌)	2	1.1
その他	13	7.0
不明	3	1.6
未記入	10	5.4
計	185	100.0

がん検診追跡調査実施要領

1. 目的

市町が実施する各がん検診受診者のうち、精密検査の結果、がんと診断された者について、その病期、治療状況等の把握を行うことにより、検診の効果、効率の評価を行うとともに、効果的な事後管理及び保健事業の推進のための基礎資料を得るものである。

2. 追跡調査の実施主体

県下各市町

3. 追跡調査の対象となるがん検診

市町が実施する各がん検診

4. 追跡調査の様式

がん検診追跡調査依頼状（胃・子宮頸・肺・乳・大腸）

がん検診追跡調査票（胃・子宮頸・肺・乳・大腸）

個人票（胃・子宮頸・肺・乳・大腸・2号用紙）

5. 追跡調査票等の送付

精密検査の結果、がんと診断された者について、がん検診追跡調査依頼状と追跡調査票を治療医療機関に送付する。また、がんの疑いの者についても、がんの確定診断が出た時点で送付する。

*送付する時期は、検診の翌年度中とする。（がんの疑いの者を除く）

6. 個人票の作成

各がん検診について、がんと診断された者について個人票を作成し、追跡調査の結果を記入する。また、個人票2号用紙には、保健師活動で得た情報を記入するとともに、最低年1回の情報把握が望ましい。

7. 香川県がん対策推進協議会への報告

追跡調査の結果については、香川県がん対策推進協議会の求めに応じて報告するものとする。

8. 書類の取扱いについての注意（秘密の保持）

書類の取扱は慎重におこない、保管場所の確保、担当者の限定等プライバシー保護に十分配慮する。

9. 保健所の役割

市町におけるがん検診追跡調査の円滑な実施を図るため、援助、指導を行うものである。

附 則

この要領は、平成4年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成5年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年9月20日から施行する。

<市町で記入する> カルテNo. 外来 _____ 入院 _____
 市町名 _____ 受診者No. _____ 性別 男・女
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昨年の検診受診の有無 有・無

※該当するところにご記入の上、ご返送をお願いします。

医療機関名	TEL () -	担当医師名	
検査方法	<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査+注腸X線検査 <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 () ※精密検査時(二次検診時)の検査方法についてご記入ください。未把握の場合は記入不要です。		
診断名	<input type="checkbox"/> 原発性大腸がん 《 <input type="checkbox"/> 早期がん (<input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> 粘膜下層がん) <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 進行度不明 《 <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 大腸のその他の悪性腫瘍 () <hr/> <input type="checkbox"/> 大腸以外の悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ (<input type="checkbox"/> 腺腫性 <input type="checkbox"/> 非腺腫性 <input type="checkbox"/> 組織不明) <input type="checkbox"/> その他の疾患 () <input type="checkbox"/> 大腸がんの疑いまたは未確定		
病巣部位	<input type="checkbox"/> 下部直腸 (Rb) <input type="checkbox"/> 上部直腸 (Ra) <input type="checkbox"/> 直腸S状部 (RS) <input type="checkbox"/> S状結腸 (S) <input type="checkbox"/> 下行結腸 (D) <input type="checkbox"/> 横行結腸 (T) <input type="checkbox"/> 上行結腸 (A) <input type="checkbox"/> 盲腸 (C) <input type="checkbox"/> 虫垂 (V) ※2つの部位にまたがる場合は、主な部位に印を付けて下さい ※肛門管は大腸に含まれません		
癌病巣の数	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個 <input type="checkbox"/> 4個以上 <input type="checkbox"/> 不明		
肉眼分類	基本分類	<input type="checkbox"/> 0型(表在型) <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 3型 <input type="checkbox"/> 4型 <input type="checkbox"/> 5型	
	0型(表在型)	<input type="checkbox"/> I p <input type="checkbox"/> I s p <input type="checkbox"/> I s <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II a+II c <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> II c <input type="checkbox"/> その他の組み合わせ(+)※基本分類で0型の選択の場合	
治療	治療方法 ※複数の場合には 主な治療方法 1つを選択	<input type="checkbox"/> 外科手術(通常の開腹術) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリペクトミー <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜切除(EMR) <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 無治療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 ※内視鏡的治療後に外科手術を行った場合には外科手術を選択する	
	手術年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ※内視鏡的治療を含む	
根治度	(外科手術・腹腔鏡下手術を施行した場合) <input type="checkbox"/> A(遠隔転移なく、かつ、切離端・剥離面がいずれも陰性) <input type="checkbox"/> B(根治度A、Cに該当しない) <input type="checkbox"/> C(明らかな癌遺残がある) <input type="checkbox"/> 不明		
組織所見	深達度	<input type="checkbox"/> Tis(m) <input type="checkbox"/> T1a(sm) <input type="checkbox"/> T1b(sm) <input type="checkbox"/> T2(mp) <input type="checkbox"/> T3(ss・a) <input type="checkbox"/> T4a(se) <input type="checkbox"/> T4b(si/ai) <input type="checkbox"/> TX(不明)	
	組織分類	<input type="checkbox"/> p a p <input type="checkbox"/> t u b l <input type="checkbox"/> t u b 2 <input type="checkbox"/> p o r 1 <input type="checkbox"/> p o r 2 <input type="checkbox"/> m u c <input type="checkbox"/> s i g <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
	Stage	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III a期 <input type="checkbox"/> III b期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 不明	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 再発(部位: _____) [判定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日] <input type="checkbox"/> 死亡(_____ 年 _____ 月 _____ 日) [死因: _____]		
紹介医療機関名	TEL () -		

注：多発癌の場合は主病巣(深達度のもっとも深いもの)について記入して下さい。

◎以下は、H20年度から地域保健・健康増進事業報告の項目となりました。わかる範囲でご記入ください。

大腸がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの

・重篤な偶発症 なし あり ()

・偶発症による死亡 なし あり ()

記入年月日

_____ 年 _____ 月 _____ 日