

## 令和3年度 肺がん検診追跡調査

(表) 肺がん検診におけるがん発見者数と追跡者数

市町名	肺がん			肺がん（喀痰）			計*	追跡結果有*	追跡率* (疑いを除く)
	原発性がん	疑い	他疾患 〔転移性 が〕	原発性がん	疑い	他疾患 〔転移性がんを含む〕			
高松市	9	8	129	1	0	0	10	10	100.0%
丸亀市	7	2	41	0	0	0	7	6	85.7%
坂出市	0	9	56	0	0	0	0	1	—
善通寺市	10	3	35	0	0	0	10	10	100.0%
観音寺市	3	0	115	0	0	1	3	3	100.0%
さぬき市	0	0	20	0	0	0	0	0	—
東かがわ市	2	1	20	0	0	0	2	2	100.0%
三豊市	4	2	69	0	0	2	4	4	100.0%
土庄町	0	0	2	0	0	0	0	0	—
小豆島町	0	0	5	0	0	0	0	0	—
三木町	2	3	1	0	0	0	2	2	100.0%
直島町	0	0	2	0	0	0	0	0	—
宇多津町	7	2	24	0	0	0	7	7	100.0%
綾川町	2	1	39	0	0	0	2	2	100.0%
琴平町	1	0	12	0	0	0	1	1	100.0%
多度津町	0	4	14	0	0	0	0	0	—
まんのう町	1	1	28	0	0	0	1	0	0.0%
計	48	36	612	1	0	3	49	48	98.0%

\*原発性がん

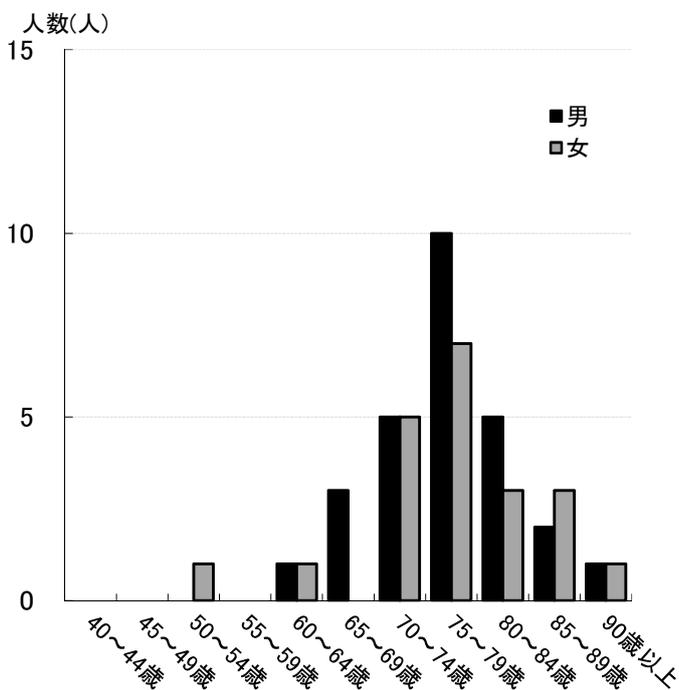
※年齢上限を設けずに集計している。

追跡者のうち、原発性がんの確定診断が得られた48名について、以降の集計を行った。

# 令和3年度 肺がん検診追跡調査

(表1) 性・年齢別状況

年齢区分	男(人)	女(人)	計(人)	割合(%)
40～44歳	0	0	0	0.0
45～49歳	0	0	0	0.0
50～54歳	0	1	1	2.1
55～59歳	0	0	0	0.0
60～64歳	1	1	2	4.2
65～69歳	3	0	3	6.3
70～74歳	5	5	10	20.8
75～79歳	10	7	17	35.4
80～84歳	5	3	8	16.7
85～89歳	2	3	5	10.4
90歳以上	1	1	2	4.2
不明	0	0	0	0.0
合計	27	21	48	
割合(%)	56.3	43.8		



(表2) 臨床病期

stage	男(人)	女(人)	計(人)	割合(%)
潜伏がん	0	0	0	0.0
0期	1	0	1	2.1
I A期	6	8	14	29.2
I B期	7	2	9	18.8
II A期	1	2	3	6.3
II B期	4	2	6	12.5
III A期	2	0	2	4.2
III B期	2	0	2	4.2
III C期	1	1	2	4.2
IV期	3	4	7	14.6
不明・未記入	0	2	2	4.2
合計	27	21	48	

(表3) 組織分類

組織分類	男(人)	女(人)	計(人)	割合(%)
扁平上皮がん	9	3	12	25.0
腺がん	13	14	27	56.3
小細胞がん	0	0	0	0.0
大細胞がん	1	0	1	2.1
その他	2	1	3	6.3
不明・未記入	2	3	5	10.4
合計	27	21	48	

(表4) 治療状況 (重複あり)

治療方法	人数(人)	割合(%)*
手術	26	59.1
放射線療法	3	6.8
化学療法	14	31.8
免疫療法	4	9.1
保存療法	1	2.3
その他 (無治療)	6	13.6
不明・未記入	2	4.5

\*追跡調査数(48人)に対し占める割合

手術の内容

術式	人数(人)	割合(%)
肺全摘術	0	0.0
肺葉切除術	20	76.9
区域切除術	3	11.5
部分切除術	3	11.5
治癒切除	0	0.0
その他	0	0.0
小計	26	

\*手術治療を行った26人に対し占める割合

(表5) 生存状況

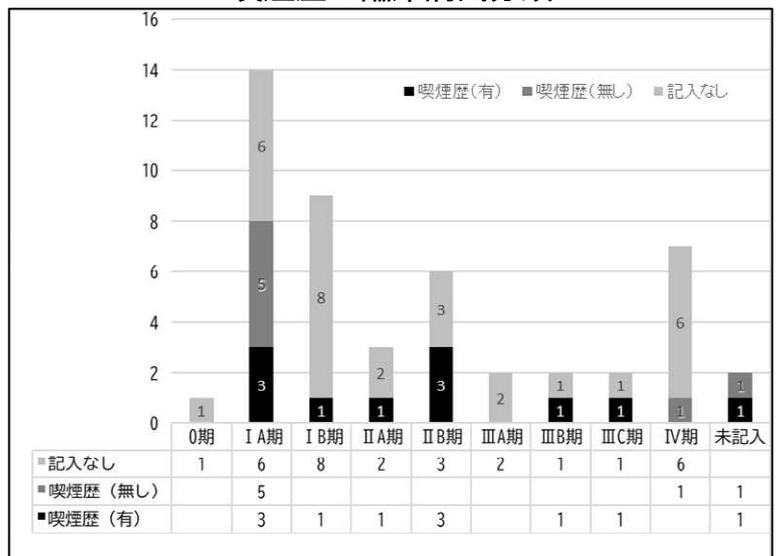
状況・死因	人数(人)	割合(%)
死亡	肺がん	1 2.1
	他の疾患	0 0.0
	死因不明	3 6.3
再発	0	0.0
生存	43	89.6
不明・未記入	1	2.1
合計	48	

(参考) 喫煙歴の有無との関係

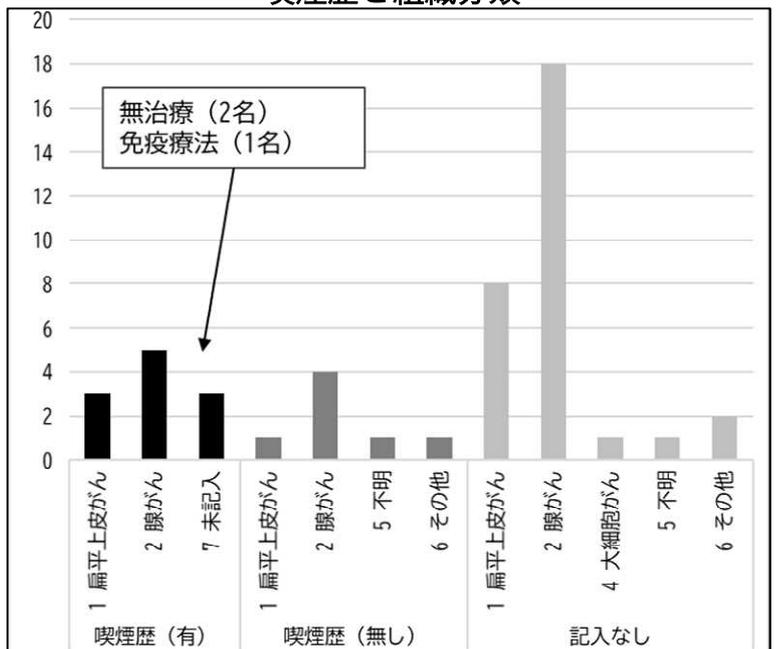
喫煙歴 有り…11件、 無し…7件、 記入無し…30件

年齢	男性	女性
65～69	1	
70～74		2
75～79	3	3
80～89	1	
90～	1	
計	6	5

喫煙歴と臨床病期分類



喫煙歴と組織分類



## 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。

## 秘 肺がん検診追跡調査票

&lt;市町で記入する&gt;

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

喫煙歴 有・無 (喫煙歴有の場合) 喫煙指数 \_\_\_\_\_ (注) 喫煙歴有は、過去に吸っていたがやめた場合を含む。

【可能な範囲で記入】 → (喫煙歴有の場合) 現在の喫煙の有無 有・無 喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年

※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"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡生検 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 開胸肺生検 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 ( <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 ( <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
診断名	<input type="checkbox"/> 原発性肺がん ( <input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型 ) <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 肺のその他の悪性腫瘍 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定	
病期分類  <input type="checkbox"/> 旧取扱い規約に基づく場合 (~2016.12)	TNM分類	T: <input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T1c <input type="checkbox"/> T2a <input type="checkbox"/> T2b <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 N: <input type="checkbox"/> NX <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 M: <input type="checkbox"/> MX <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1a <input type="checkbox"/> M1b <input type="checkbox"/> M1c
	Stage分類	<input type="checkbox"/> 潜伏癌 <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> IA期 ( <input type="checkbox"/> IA1 <input type="checkbox"/> IA2 <input type="checkbox"/> IA3 ) <input type="checkbox"/> IB期 <input type="checkbox"/> IIA期 <input type="checkbox"/> IIB期 <input type="checkbox"/> IIIA期 <input type="checkbox"/> IIIB期 <input type="checkbox"/> IIIC期 <input type="checkbox"/> IV期 ( <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> IVB ) <input type="checkbox"/> 不明
	組織分類	<input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> 小細胞がん <input type="checkbox"/> 大細胞がん <input type="checkbox"/> その他の組織型 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 組織型不明    ※できるだけ日本語でご記入下さい
※地域保健・健康増進事業報告事項	(1) <input type="checkbox"/> 原発性肺がんのうち喀痰細胞診のみで発見されたもの (2) <input type="checkbox"/> 原発性肺がんのうち臨床病期0~I期であったもの (3) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定	

治療	手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) <input type="checkbox"/> 肺全摘術 <input type="checkbox"/> 肺葉切除術 <input type="checkbox"/> 区域切除術 <input type="checkbox"/> 部分切除術 <input type="checkbox"/> 治癒切除 <input type="checkbox"/> その他の手術 (非治癒切除、試験開胸を含む)
	放射線療法	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) <input type="checkbox"/> 無
	化学療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	その他の療法	<input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	無治療	<input type="checkbox"/> 無治療
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 ( _____ ) _____	

◎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。

肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの	記入年月日 年 月 日
・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )	
・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )	