

平成30年度 乳がん検診におけるがん発見者数と追跡者数

資料4

	原発性乳がん発見者	疑い	計	追跡結果有	追跡率 (疑い者を除く)
高松市	81	10	91	81	100.0%
丸亀市	12	0	12	12	100.0%
坂出市	8	0	8	8	100.0%
善通寺市	4	0	4	4	100.0%
観音寺市	7	0	7	7	100.0%
さぬき市	1	0	1	1	100.0%
東かがわ市	2	0	2	2	100.0%
三豊市	9	1	10	9	100.0%
土庄町	1	0	1	1	100.0%
小豆島町	0	0	0	0	
三木町	2	0	2	2	100.0%
直島町	0	0	0	0	
宇多津町	2	0	2	2	100.0%
綾川町	4	0	4	4	100.0%
琴平町	1	0	1	1	100.0%
多度津町	4	0	4	4	100.0%
まんのう町	6	0	6	6	100.0%
計	144	11	155	144	100.0%

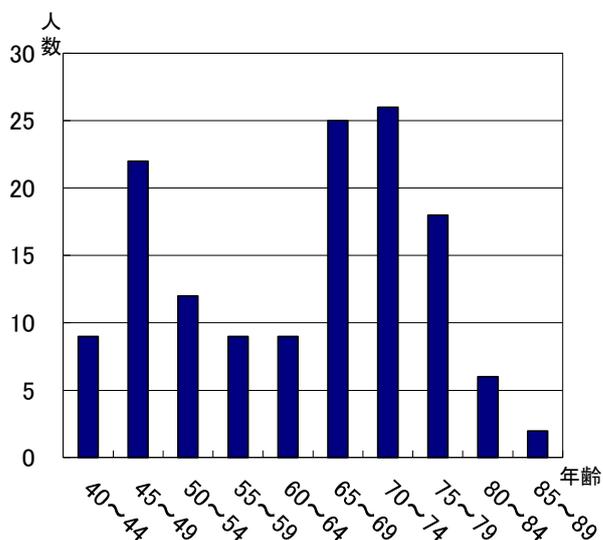
※ 年齢上限を設けずに集計している。

追跡結果のうち、がんの確定診断が得られた138名について、以降の集計を行った。

平成30年度 乳がん検診追跡調査結果

(表 1) 年齢別状況

年齢区分	人数	割合 (%)
40～44	9	6.5
45～49	22	15.9
50～54	12	8.7
55～59	9	6.5
60～64	9	6.5
65～69	25	18.1
70～74	26	18.8
75～79	18	13.0
80～84	6	4.3
85～89	2	1.4
計	138	100.0



(表 2) 臨床進行期

	総数	Tis	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV	不明	未記入
人数	138	36	58	23	9	2	0	5	2	1	2
割合 (%)	100.0	26.1	42.0	16.7	6.5	1.4	0.0	3.6	1.4	0.7	1.4

(表 3) 組織分類

	総数	非浸潤がん	浸潤がん	特殊型
人数	138	38	83	17
割合 (%)	100.0	27.5	60.1	12.3

(表 4) 治療状況

各治療法の単純集計結果 (重複あり)

	手術	放射線療法	化学療法	内分泌療法	分子標的療法	治療せず
人数	134	71	25	87	4	1
割合 (%)	97.1	51.4	18.1	63.0	2.9	0.7

主な組み合わせ

	合計	手術のみ	手術 +放射線	手術 +化学	手術 +内分泌	手術 +放射線 +内分泌	手術 +放射線 +化学 +内分泌	手術 +化学 +内分泌	その他
人数	138	25	14	5	27	45	9	5	8
割合 (%)	100.0	18.1	10.1	3.6	19.6	32.6	6.5	3.6	5.8

※その他の内訳は、手術+化学+分子標的が2件、手術+放射線+化学、手術+放射線+内分泌+分子標的、化学療法のみ、放射線+化学、化学+分子標的、治療せずが各1件。

(表 5) 手術症例の術式

	合計	乳房部分 切除術	乳房切除術
人数	134	87	47
割合 (%)	100.0	64.9	35.1

乳房部分切除術の内訳

	小計	センチネル リンパ節生検	リンパ郭清	センチネル +リンパ郭清	いずれもなし
人数	87	60	4	3	20
割合 (%)	100.0	69.0	4.6	3.4	23.0

乳房切除術の内訳

	小計	センチネル リンパ節生検	リンパ郭清	センチネル +リンパ郭清	いずれもなし
人数	47	28	12	4	3
割合 (%)	100.0	59.6	25.5	8.5	6.4

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 最近の市町がん検診受診歴 _____ 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 (複数可)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> 吸引式針生針 <input type="checkbox"/> 外科的生検 <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> PET _____) <input type="checkbox"/> 来院なし			
病理診断名	非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌			
	浸潤癌 <input type="checkbox"/> 乳頭腺管癌 <input type="checkbox"/> 充実腺管癌 <input type="checkbox"/> 硬癌 特殊型 <input type="checkbox"/> 粘液癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他の特殊型 (_____) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 (_____)			
腫瘍部位 及び初発部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
病期分類 ③	T N M 分類	<input type="checkbox"/> TNM <input type="checkbox"/> pTNM	<input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 (a b c d) <input type="checkbox"/> NX <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 (a b) <input type="checkbox"/> N3 (a b c) <input type="checkbox"/> MX <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1	
	S t a g e 分類	<input type="checkbox"/> 0期 (Tis) <input type="checkbox"/> I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"/> 不明		
③: 手術施行の場合術後評価を優先、術前化学・放射線治療後手術の場合は治療前評価を優先				
※地域保健・健康増進事業報告事項	(1) <input type="checkbox"/> 原発性の乳がん <input type="checkbox"/> 原発性乳がんのうち早期がん (2) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定			

治療	外科的治療	<input type="checkbox"/> 乳房部分切除術 <input type="checkbox"/> 乳房切除術→ <input type="checkbox"/> 拡大乳房切除術 <input type="checkbox"/> 胸筋合併乳房切除術 <input type="checkbox"/> 胸筋温存乳房切除術 <input type="checkbox"/> 単純乳房切除術 (全乳房切除術) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	その他	<input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 内分泌療法 <input type="checkbox"/> 術前治療 <input type="checkbox"/> 術後治療 <input type="checkbox"/> 分子標的療法 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 単独治療		
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。

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