

令和元年度 胃がん検診追跡調査

(表) 胃がん検診におけるがん発見者数と追跡者数

市町名	原発性胃がん発見者	疑い	計	追跡結果有	追跡率 (疑いを除く)
高松市	17	1	18	17	100.0%
丸亀市	8	1	9	8	100.0%
坂出市	1	0	1	0	0.0%
善通寺市	4	0	4	4	100.0%
観音寺市	10	1	11	10	100.0%
さぬき市	9	1	10	9	100.0%
東かがわ市	0	0	0	0	—
三豊市	2	1	3	2	100.0%
土庄町	2	0	2	2	100.0%
小豆島町	0	0	0	0	—
三木町	1	0	1	1	100.0%
直島町	0	0	0	0	—
宇多津町	0	0	0	0	—
綾川町	0	0	0	0	—
琴平町	4	0	4	4	100.0%
多度津町	2	0	2	2	100.0%
まんのう町	4	2	6	4	100.0%
計	64	7	71	63	98.4%

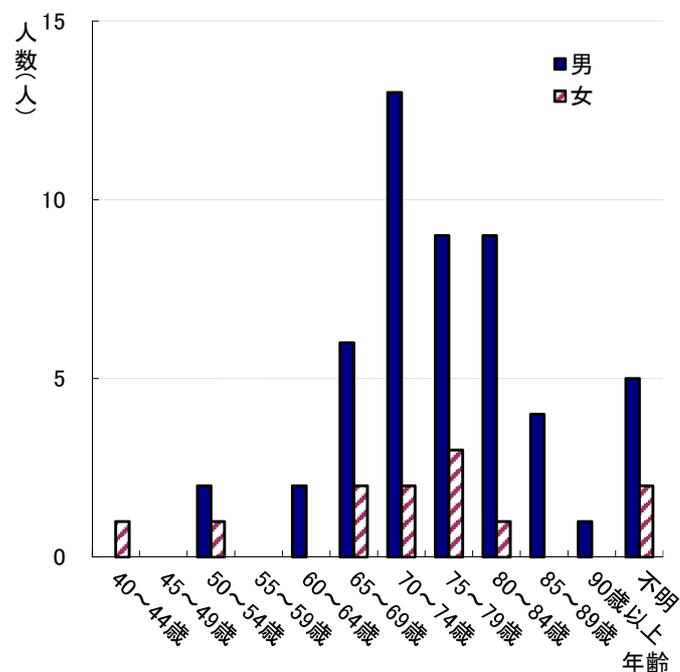
※年齢上限を設けずに集計している。

追跡者のうち、がんの確定診断が得られた63名について、以降の集計を行った。

令和元年度 胃がん検診追跡調査結果

(表1) 性・年齢別状況

年齢区分	男(人)	女(人)	計(人)	割合(%)
40～44歳	0	1	1	1.6
45～49歳	0	0	0	0.0
50～54歳	2	1	3	4.8
55～59歳	0	0	0	0.0
60～64歳	2	0	2	3.2
65～69歳	6	2	8	12.7
70～74歳	13	2	15	23.8
75～79歳	9	3	12	19.0
80～84歳	9	1	10	15.9
85～89歳	4	0	4	6.3
90歳以上	1	0	1	1.6
不明	5	2	7	11.1
合計	51	12	63	
割合(%)	81.0	19.0		



(表2) 病巣部位 (UML)

部位	人数(人)	割合(%)
U(上部)	17	27.0
UM(上部～中部)	1	1.6
MU(中部・上部)	0	0.0
M(中部)	22	34.9
ML(中部小彎)	4	6.3
LM(小彎中部)	3	4.8
L(小彎)	11	17.5
全体	0	0.0
その他	4	6.3
未記入	1	1.6
合計	63	

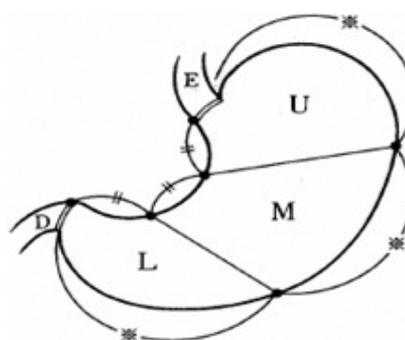


図 1. 胃の3領域区分

(表3) 病巣部位 (壁存性)

部位	人数(人)	割合(%)
前壁	12	19.0
後壁	7	11.1
大彎	12	19.0
小彎	25	39.7
全周	1	1.6
多発	0	0.0
その他	5	7.9
未記入	1	1.6
合計	63	

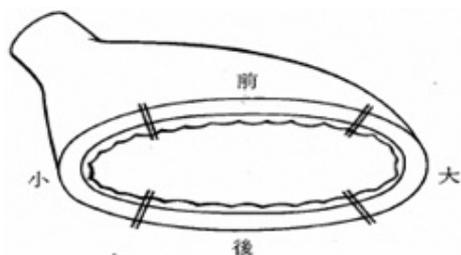


図 2. 胃壁の断面区分

(表4) 肉眼的分類

分類	人数(人)	割合(%)
早期がん	44	69.8
進行がん	17	27.0
進行度不明	2	3.2
合計	63	

早期がんの内訳

分類	人数(人)	割合(%)
I (隆起型)	2	4.5
II a (表面隆起型)	11	25.0
II a + II c	6	13.6
II b (表面平坦型)	1	2.3
II c (表面陥凹型)	21	47.7
II c + III	0	0.0
II c + II a	0	0.0
III + II c	0	0.0
III	0	0.0
その他	3	6.8
小計	44	

進行がんの内訳

分類	人数(人)	割合(%)
1 (腫瘤型)	0	0.0
2 (潰瘍限局型)	6	35.3
3 (潰瘍浸潤型)	5	29.4
4 (びまん浸潤型)	1	5.9
5 (分類不能)	0	0.0
未記入	5	29.4
小計	17	

(表5) 組織学的進行程度

stage	人数(人)	割合(%)
I A	39	61.9
I B	8	12.7
II A	1	1.6
II B	5	7.9
III A	0	0.0
III B	1	1.6
III C	1	1.6
IV	1	1.6
不明	0	0.0
未記入	7	11.1
合計	63	

(表6) 深達度

深達度	人数(人)	割合(%)
T1a(M) (粘膜)	35	55.6
T1b1(SM1) (粘膜下層)	4	6.3
T1b2(SM2) (粘膜下層)	5	7.9
T2(MP) (固有筋層)	4	6.3
T3(SS) (漿膜下層)	4	6.3
T4a(SE) (漿膜を貫通)	5	7.9
T4b(SI) (隣接臓器に浸潤)	0	0.0
不明	1	1.6
未記入	5	7.9
合計	63	

(表7) 組織学的分類

分類	人数(人)	割合(%)
分化型	39	61.9
未分化型	11	17.5
特殊型	0	0.0
複数該当	7	11.1
不明	1	1.6
未記入	5	7.9
合計	63	

(表8) 治療状況

治療方法	人数(人)	割合(%)
手術 (開腹術)	9	14.3
腹腔鏡下手術	13	20.6
内視鏡的治療	29	46.0
化学療法	3	4.8
手術 (開腹術) + 化学療法	3	4.8
腹腔鏡下手術 + 内視鏡的治療	1	1.6
その他	2	3.2
未記入	3	4.8
合計	63	

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 胃がん検診追跡調査票

<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"/> X線検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診断名	胃がん (<input type="checkbox"/> 早期 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 進行度不明) <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 () <hr/> <input type="checkbox"/> 胃以外の悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> その他の疾患 () <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定		
病巣部位 (主要病変について記載)	UML	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> UM <input type="checkbox"/> MU <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ML <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 全体	
	壁存性	<input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 大彎 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 全周 <input type="checkbox"/> 多発	
肉眼的分類	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型の亜分類 (表在型)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIa+IIc <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc <input type="checkbox"/> IIc+III <input type="checkbox"/> IIc+IIa <input type="checkbox"/> III+IIc <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> その他の組み合わせ (+) <input type="checkbox"/> 分類不能 ※基本分類で0型を選択した場合のみ記入して下さい	
治療及び手術所見	治療方法	手術 (開腹術) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 無治療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 ※内視鏡後に外科手術を行った場合には外科手術を選択して下さい	
	手術の種類	<input type="checkbox"/> 胃切除術 <input type="checkbox"/> ポリープ摘除術 (内視鏡的摘除は除く) <input type="checkbox"/> 吻合術 <input type="checkbox"/> 単開腹 <input type="checkbox"/> 造瘻術 <input type="checkbox"/> 不明	
	手術年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ※内視鏡的治療を含む	
	進行程度	<input type="checkbox"/> T1a(M) <input type="checkbox"/> T1b1(SM1) <input type="checkbox"/> T1b2(SM2) <input type="checkbox"/> T2(MP) <input type="checkbox"/> T3(SS) <input type="checkbox"/> T4a(SE) <input type="checkbox"/> T4b(SI) <input type="checkbox"/> TX(不明) <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> NX(不明) <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> MX(不明) <input type="checkbox"/> H0 <input type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> HX(不明) <input type="checkbox"/> P0 <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> PX(不明) <input type="checkbox"/> CY0 <input type="checkbox"/> CY1 <input type="checkbox"/> CYX(不明) <input type="checkbox"/> 他の遠隔転移 () () ()	
	Stage	<input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不明	
組織所見	深達度	<input type="checkbox"/> T1a(M) <input type="checkbox"/> T1b1(SM1) <input type="checkbox"/> T1b2(SM2) <input type="checkbox"/> T2(MP) <input type="checkbox"/> T3(SS) <input type="checkbox"/> T4a(SE) <input type="checkbox"/> T4b(SI) <input type="checkbox"/> TX (不明)	
	組織分類	<input type="checkbox"/> pap <input type="checkbox"/> tub 1 <input type="checkbox"/> tub 2 <input type="checkbox"/> por 1 <input type="checkbox"/> por 2 <input type="checkbox"/> por (1 or 2 不明) <input type="checkbox"/> muc <input type="checkbox"/> sig <input type="checkbox"/> 特殊型 <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 () -		

◎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。

胃がん精検中/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 ()	

<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"/> X線検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診断名	胃がん (<input type="checkbox"/> 早期 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 進行度不明) <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 胃以外の悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> その他の疾患 () <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定		
病巣部位 (主要病変について記載)	UML	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> UM <input type="checkbox"/> MU <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ML <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 全体	
	壁存性	<input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 大彎 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 全周 <input type="checkbox"/> 多発	
肉眼的分類	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型の亜分類 (表在型)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIa+IIc <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc <input type="checkbox"/> IIc+III <input type="checkbox"/> IIc+IIa <input type="checkbox"/> III+IIc <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> その他の組み合わせ (+) <input type="checkbox"/> 分類不能 ※基本分類で0型を選択した場合のみ記入して下さい	
治療及び手術所見	治療方法	手術 (開腹術) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術 (<input type="checkbox"/> ロボット手術を実施) <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 無治療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 ※内視鏡後に外科手術を行った場合には外科手術を選択して下さい	
	手術の種類	<input type="checkbox"/> 胃切除術 <input type="checkbox"/> ポリープ摘除術 (内視鏡的摘除は除く) <input type="checkbox"/> 吻合術 <input type="checkbox"/> 単開腹 <input type="checkbox"/> 造瘻術 <input type="checkbox"/> 不明	
	手術年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ※内視鏡的治療を含む	
	進行程度	<input type="checkbox"/> T1a(M) <input type="checkbox"/> T1b1(SM1) <input type="checkbox"/> T1b2(SM2) <input type="checkbox"/> T2(MP) <input type="checkbox"/> T3(SS) <input type="checkbox"/> T4a(SE) <input type="checkbox"/> T4b(SI) <input type="checkbox"/> TX(不明) <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> NX(不明) <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> MX(不明) <input type="checkbox"/> H0 <input type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> HX(不明) <input type="checkbox"/> P0 <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> PX(不明) <input type="checkbox"/> CY0 <input type="checkbox"/> CY1 <input type="checkbox"/> CYX(不明) <input type="checkbox"/> 他の遠隔転移 () () ()	
	Stage	<input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不明	
組織所見	深達度	<input type="checkbox"/> T1a(M) <input type="checkbox"/> T1b1(SM1) <input type="checkbox"/> T1b2(SM2) <input type="checkbox"/> T2(MP) <input type="checkbox"/> T3(SS) <input type="checkbox"/> T4a(SE) <input type="checkbox"/> T4b(SI) <input type="checkbox"/> TX (不明)	
	組織分類	<input type="checkbox"/> pap <input type="checkbox"/> tub 1 <input type="checkbox"/> tub 2 <input type="checkbox"/> por 1 <input type="checkbox"/> por 2 <input type="checkbox"/> por (1 or 2 不明) <input type="checkbox"/> muc <input type="checkbox"/> sig <input type="checkbox"/> 特殊型 <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 () -		

◎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。

胃がん精検中/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