

## 令和3年度 子宮頸がん検診追跡調査

(表) 子宮頸がん検診におけるがん発見者数と追跡者数

市町名	発見者	追跡結果有	追跡率
高松市	5	5	100.0%
丸亀市	1	1	100.0%
坂出市	1	1	100.0%
善通寺市	1	1	100.0%
観音寺市	1	0	0.0%
さぬき市	0	0	—
東かがわ市	0	0	—
三豊市	0	0	—
土庄町	0	0	—
小豆島町	0	0	—
三木町	0	0	—
直島町	0	0	—
宇多津町	0	0	—
綾川町	0	0	—
琴平町	0	0	—
多度津町	0	0	—
まんのう町	0	0	—
計	9	8	88.9%

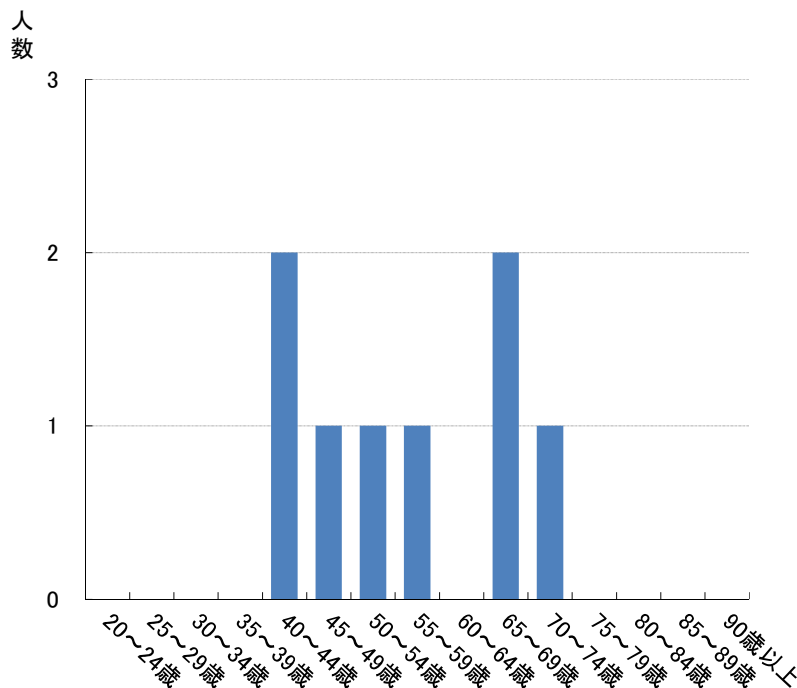
※年齢上限を設けずに集計している。

追跡者のうち、がんの確定診断が得られた8名について、以降の集計を行った。

# 令和3年度 子宮頸がん検診追跡調査

(表1) 年齢別状況

年齢区分	人数	割合(%)
20～24歳	0	0.0
25～29歳	0	0.0
30～34歳	0	0.0
35～39歳	0	0.0
40～44歳	2	25.0
45～49歳	1	12.5
50～54歳	1	12.5
55～59歳	1	12.5
60～64歳	0	0.0
65～69歳	2	25.0
70～74歳	1	12.5
75～79歳	0	0.0
80～84歳	0	0.0
85～89歳	0	0.0
90歳以上	0	0.0
合計	8	



(表2) 臨床進行期

病期	人数	割合(%)
I期 A1	1	12.5
I期 A2	0	0.0
I期 B1	1	12.5
I期 B2	1	12.5
I期 B3	0	0.0
II期 A1	1	12.5
II期 A2	2	25.0
II期 B	0	0.0
III期 A	0	0.0
III期 B	0	0.0
III期 C1	2	25.0
III期 C2	0	0.0
IV期 A	0	0.0
IV期 B	0	0.0
合計	8	

(表3) 治療状況

治療方法	人数	割合(%)
手術のみ	2	25.0
手術+放射線療法	1	12.5
手術+放射線+化学療法	2	25.0
放射線療法+化学療法	3	37.5
合計	8	

## 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。

## 子宮頸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 最近の市町がん検診受診歴 \_\_\_\_\_ 年

※該当するところにご記入いただき、ご返送をお願いします。

医療機関名	TEL ( _____ ) _____	担当医師名	_____
-------	---------------------	-------	-------

臨床進行期	I 期					II 期			III 期				IV 期	
	A1	A2	B1	B2	B3	A1	A2	B	A	B	C1	C2	A	B

※地域保健・健康増進事業報告事項	<input type="checkbox"/> 原発性の子宮頸がん <input type="checkbox"/> 原発性の子宮頸がんのうち微小浸潤がん <input type="checkbox"/> 異形成 ( <input type="checkbox"/> CIN1 <input type="checkbox"/> CIN2 <input type="checkbox"/> CIN3 <input type="checkbox"/> AIS ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いまたは確定できず <input type="checkbox"/> 子宮頸がん及び異形成以外の疾患 ( _____ )
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

治療	<input type="checkbox"/> 手術 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) 術式 ( 円錐切除術・単純子宮全摘術・広汎子宮全摘術・その他 _____ ) <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
現在の状況	<input type="checkbox"/> 生存 <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。

子宮頸がん精検中/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 ( _____ )	