

令和6年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会 肺がん部会 会議録

- 1 日時：令和7年2月4日（火）午後6時00分から午後7時30分まで
- 2 場所：行政庁舎9階 第一会議室
- 3 出席委員（五十音順）佐川委員、桜田委員、宮内委員、八重柏委員
- 4 会議録

（司会）

開始時間前ではございますが、委員の皆様、全員お揃いのようなので、早速始めさせていただきます。

本日は、お忙しい中御出席いただきまして、誠にありがとうございます。会議に先立ちまして、皆様をお願いいたします。本審査部会は、WEB会議システムを使用しております。カメラは常時オンにいただき、マイクはミュートに設定願います。

なお、御発言の際は、マイクのミュートを解除いただき、御発言願います。

次に、会議の成立について御報告申し上げます。本日の会議には、全委員に御出席をいただいております。生活習慣病検診管理指導協議会条例第4条第2項の規定により、本日の会議は成立しておりますことを御報告申し上げます。

また、本協議会は、公開とさせていただきます、議事録と資料につきましても後日公開させていただきますのであらかじめ御了承願います。

次に、本日お配りしております資料を確認させていただきます。会議資料は、次第、出席者名簿、資料1から資料3、参考資料です。皆様よろしいでしょうか。

それでは、ただ今から、令和6年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会 肺がん部会を開催いたします。開会にあたりまして、保健福祉部健康推進課 課長の今野より御挨拶申し上げます。

（今野課長）

宮城県保健福祉部健康推進課長の今野でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。宮城県生活習慣病検診管理指導協議会肺がん部会の開催にあたりまして、御挨拶を申し上げます。

本日はお忙しいところ、御出席いただきましてありがとうございます。また、日頃からがん対策の推進に御協力をいただきまして、重ねてお礼申し上げます。

本年度から始めました第4期宮城県対策推進計画では、第3期計画を引き続きまして、本のがん検診受診率を70%以上、精検受診率を95%以上という高い目標を掲げております。

がん検診の目的は死亡率の減少でございますが、それを達成するためには科学的根拠に基づく検診の実施と精度管理体制を構築いたしまして、がん検診の質を高めることが必要かと存じます。本部会は検診の実施主体であります市町村や検診機関に対しまして助言、指導を行うという重要な役割を担っていただいております。

本年度につきましては、要精検率やがん発見率などのプロセス指標について、前年度のデータを用いた全国値との比較を中心に御議論いただきます。

委員の皆様には、御経験、御見識に基づく忌憚のない御意見、御審議を賜りますようお願い申し上げます。

甚だ簡単ではございますが、開会にあたりましての御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願い致します。

（司会）

ここで本日、御出席いただきました委員の皆様を名簿順に紹介させていただきます。

東北医科薬科大学 呼吸器外科 名誉教授・客員教授 佐川元保委員でございます。

(佐川委員)

よろしく申し上げます。

(司会)

みやぎ県南中核病院呼吸器外科 主任部長 桜田晃委員でございます。

(桜田委員)

よろしく申し上げます。

(司会)

東北大学病院 呼吸器内科 病院講師 宮内栄作委員でございます。

(宮内委員)

よろしく申し上げます。

(司会)

公益財団法人宮城県結核予防会興生館 所長 八重柏政宏委員でございます。

(八重柏委員)

よろしく申し上げます。

(司会)

本日出席しております県職員の紹介につきましては、お配りしております出席者名簿の記載で代えさせていただきます。

次に、次第の3部会長の選出に入らせていただきます。

ここからは、健康推進課長の今野を仮議長として進めさせていただきますと思います。

(今野課長)

今回は皆様に委員に御就任いただいてから初めての開催となりますので、生活習慣病検診管理指導協議会条例第5条第5項の規定により準用する第3条の規定によりまして、部会長は委員の互選によって定めることとなっております。

皆様から御推薦などございますか。

桜田委員、お願いいたします。

(桜田委員)

昨年度に引き続きまして、佐川先生に部会長を務めていただくのがよろしいのではないかと考えておりますが、いかがでしょうか。

(各委員)

賛成します。

(今野課長)

皆さんから御賛同いただきましたので、前期に続きまして、東北医科薬科大学の佐川先生に部会長に御就任いただくことといたします。

それでは進行を司会に戻します。

(司会)

それでは新たに部会長に就任されました佐川委員から御挨拶をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(佐川部会長)

八重柏先生は初めてで、他の先生はお久しぶりということになります。2年の任期になりますが、皆さんと一緒に、肺がん検診の精度管理について頑張っていきたいと思います。まだ、コロナの影響で検診受診率などは、元に戻っていない状態ですが、一時期に比べれば少し良くなってきたかという感じもありますので、さらに進めていきたいと思います。よろしく願いいたします。

(司会)

佐川部会長、ありがとうございました。

それでは、条例第4条第1項の規定によりまして、ここからの進行につきましては、佐川部会長にお願いします。

(佐川部会長)

それでは、議事に入ります。

事前に資料を御覧になられたかと思いますが、昨年までとは内容が大きく変わりました。いい意味で良く変わったかと思います。

この資料を元に議論していきたいと思います。

事務局から説明願います。

(事務局)

事務局健康推進課の小野寺です。着座にて説明させていただきます。

資料1により説明させていただきます。

1ページを御覧ください。本日の部会の内容になります。

先日、委員の皆様にご通知させていただきましたが、本年度は、昨年度以前のデータを用いて、県全体の値と全国値を中心に御議論いただきます。

また、令和6年度の市町村のチェックリスト結果については、来年度行いますので御了承願います。

その理由としましては、国の指針では、都道府県が行う指標の分析・評価として、全国や他都道府県との比較やバラつきの確認も行うこととされていましたが、これまで、本県においては、県内市町村間のみでの評価に留まり、全国値との比較を行っていませんでした。一方、全国値のデータが公表されるのは、翌年度以降となっていますので、本年度からは、前年度以降のデータを用いて比較することとしました。

二つ目としまして、市町村が行うチェックリスト調査です。これまで、市町村には、各がん部会の開催に間に合うよう、年末ギリギリに回答していただいたのですが、市町村担当者の入れ替えや認識不足などによる誤った回答がこれまで多く見られ、調査の精度が高くなかったという問題がございました。

そこで、本年度からは、本年度回答したチェックリストについては、今後、県と市町村で回答内容の再確認を行い、誤った回答には個別に確認するなど精度を上げ、来年度の部会に改めて結果をお示ししたいと考えております。

2ページです。本年度から新たに委員に加わった先生もいらっしゃいますので、ここで改めて各がん部会の役割について簡単に説明します。

3ページです。まず初めに、がん検診の精度管理に関わる組織になります。県は、がん検診の実施主体であります市町村や検診機関に対して「改善のための助言と指導」を行う立場になります。

4 ページです。生活習慣病検診管理指導協議会は、県の附属機関となっております。協議会は、7つの部会あり、そのうち5部会は、がんの部位ごとにあり、がん検診の実施方法や精度管理の在り方等について審議いただくものです。

5 ページです。先ほど、市町村に対する指導と申しましたが、ここで、市町村が行うがん検診と、職域検診の違いについて整理させていただきます。いわゆる住民検診と呼ばれる「がん検診」については、市町村が実施主体の検診で、健康増進法に基づいて行われます。主に、無職や自営業の方が対象になりますが、会社員の方も受診可能です。一方、会社員の方などが職場で受ける「がん検診」は、法律上の根拠はなく、労働安全衛生法による一般健康診断のオプションのような位置付けで行われております。

本日、御議論いただく精度管理については、市町村が実施するがん検診に限られますので御承知願います。

6 ページは、市町村が多くの住民に対して行う住民検診、いわゆる対策型検診の目的になります。

最終目標は、がんの発見率ではなく、「がんの死亡者の減少」を目指すものになります。そのため、目標達成には、がん検診の一連の行程が適切に管理されていることが重要になります。

7 ページは、がん検診の流れを、市町村と検診機関別に役割を表したものです。がん検診の精度管理とは、事前準備から事業評価までの全行程の質の担保を行うことを言います。

8 ページになります。精度管理といいますと、臨床検査などの内部精度管理をイメージしますが、がん検診の「精度管理」とは、表や図のとおり、検診機関の精度管理も含む一連の管理のことをいいます。

9 ページは、国立がん研究センターの資料から引用しましたが、がん検診は、正しい検診を行い、正しく行うことが前提の上、受診者規模の拡大を行わなければ、最終目標であります「がん死亡率減少」は達成できません。そのため、適切な精度管理が非常に重要ということになります。

10 ページです。それでは、がん検診の精度管理はどう評価するかですが、短期的指標と長期的指標があり、短期的指標には、国が推奨している最低限の検診体制が行われているかを確認する、「概要調査」と「チェックリスト遵守状況調査」があります。また、次の指標として、要精検率などのプロセス指標があります。

11 ページでは、本日の各資料がどこを見ているのかを表したものになります。

(佐川部会長)

非常にボリュームが多いので、項目ごとに確認をしていきたいと思っております。

ここまでは、全体の概要について述べてもらったわけですけど、御質問、御意見とかございませんか。

これは、非常によくまとまった資料だと思います。このまま、何かで使いたいという感じの資料です。がん検診に従事されている方でも、ここまで整理された形で理解している人は多くないと思います。

全体の構図がわかりやすく、精度管理とは、こんな風になっていること、そして、この中で、どこをどうやっていくべきかが良く分かります。

それでは、次を続けてください。

(事務局)

12 ページです。それでは、はじめに概要調査結果です。

13 ページです。概要調査は、国の指針で定める検診内容どおり実施しているか調査したものです。具体的には、検診の対象年齢(下限)、検診項目などになります。

14 ページは、これから見ていただく資料の調査年度をまとめたものです。

その値を取得できる時期、対象者によって、それぞれ異なります。

概要調査については、全国比較できるのは令和4年度、指導対象となるのは、令和6年度の実施体制になります。

15ページです。国の指針で定めるがん検診の内容の一覧です。

肺がんにつきましては、検査項目は、質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診対象は40歳以上、受診間隔は年1回となっています。

16ページです。肺がん検診の対象年齢（下限）年齢ですが、宮城県内では全市町村が40歳以上としているため100%になります。

右側のグラフは、全国の状態です。

17ページです。検査項目と下限年齢については、国の指針どおり市町村では実施していますが、一部の町村では、これに加えて、対象年齢を設定の上、胸部CT検査を実施しています。また、各市町村が委託契約している検診機関は、御覧のとおりとなっています。

18ページです。低線量CT検査を実施している市町村と対象年齢を一覧にしたものです。

対象年齢は50歳又は55歳以上から5歳刻みで行っています。

低線量CT検査については、国立がん研究センターのガイドラインでは、対策型検診としては推奨されておりません。特に被ばく線量については、臨床現場で用いる撮影条件を用いるべきではありませんとあります。

県内のCT検診車を持っている検診機関に確認したところ、1回当たりの被ばく線量は、0.6-0.7mSvと伺っております。医療機関での線量は部位によって異なりますが、かなり低く抑えられております。

この件については、厚労省の研究班の班員であります、佐川部会長からご説明をいただければと思います。

19ページは、参考になります。

平成31年の医療法改正により、放射線診療を受ける患者さんに対しては、医師などは、被ばくのリスクや線量など説明することが求められております。また、医療機関側としては、被ばく線量の評価及び被ばく線量の最適化を行うことが義務付けられております。

20ページです。概要調査のまとめです。

指針に基づかないCT検査を対象年齢を限定して実施している市町村があることから、5町村に対して指導をおこなうことを検討しております。

指導内容の文案については、資料3により、後ほど説明いたします。

ここまでについて、御審議のほどよろしく願いいたします。

（佐川部会長）

概要調査とは、要するに「何をやりますか」というものです。ですから、今年度の実施予定の内容は今年度にわかるということになりますが、全国と比べると、どうしても、集計に時間がかかります。

一方、「チェックリスト」は「何をやったか」ですが、本来は当該年中には確定しないこともあるわけです。

これまでは「何をやったか」を、その年に無理やり調べ、途中経過みたいなものを、集計して議論してきた訳ですが、今回から、それは1年かけて、正確なものをきちんと出そうという話になったということです。

概要調査について何か質問はありませんか。

（桜田委員）

資料1の16ページです。宮城県は、40歳以上で100%ということですが、以前は、少し苦労していた時期もあったと思います。令和4年で100%達成したということなので、これは良い結果かなと思います。

(佐川部会長)

以前は、県北の町のどこかが、やらなかったことがあったかと思います。

この全国63%の実施率ですが、なぜ低いのかを調べてみましたところ、やはり下限年齢を40歳以下に下げているところがあるみたいです。30歳や20歳代、そもそも下限年齢なしのところもあるようです。

そういった、放射線被ばくの不利益などを考えていないところは、いまだ「がん検診」を単なる行政サービスレベルで考えているのかと思います。宮城県の状況から考えると信じられないです。

その他は、結核検診扱いにしているところがあるみたいです。要するに肺がん検診ではないので、ダブルチェックもいらないし、比較読影をしないで、1枚の写真を撮ればよいというところですよ。

63%は非常にびっくりする値ですが、宮城県の場合はまったく問題ないということですよ。

ここまでは、よろしいでしょうか。

次に、CT検診ですが、委員の先生方にはメールの中でもお伝えしましたが、CT検診については「調べるべきかどうか」というのは、実は二つの考え方があります。

国はCT検診には触れていません。触れてない理由は、CT検診をどうすべきかを議論すること自体がCT検診を進めている立場に思われるということです。したがって、それについてコメントすることはしないというのが、国の立場です。

一方、県レベルで言うと、以前、石川県の肺がん部会の委員をやっていましたが、石川県内でもポツポツCT検診をやられているところがありました。実際にCT検診を受けている住民たちが一定数いるわけです。

聞くとところによると、良くない検診がされていると。そこは、低線量ではないCT検診が行われていました。それではダメで、実際に行われている以上、それを管理しないとけない。管理すべき立場の人間は、自分たちしかいないだろうということでもやりました。

そこは、施設の検診でしたが、何年も指導し、やっと低線量になったということがありました。

宮城県の場合は、実際にCT検診を行っているのは結核予防会だけで、低線量で行っていることは知っていました。そのため、指導の必要性は、あまり感じてこなかったのですが、確認するという作業は、それはそれで大事なことです。

年齢と放射線量と、あとIC（インフォームドコンセント）、この3点かなと思います。

この3点については、調査し、確認できていると言えた方がいいかと思います。

結核予防会の場合は、年齢と線量は、問題ないと考えていますが、ICがどのぐらい行われているのかは、正確に把握していませんが、説明書とかを配っているのではないしょうか。

その辺を、本部会として、調べて確認しておくのがよろしいのかと思います。次年度からでもよろしいかと思います。

(桜田委員)

18ページを見ると明らかですが、節目検診ということで、その年齢を対象に行っているということでしょうか。

(八重柏委員)

そうです。各市町村が決めて、これに則ってやっています。

私も行きますが、そこは、きちっとした年齢で行っています。

(宮内委員)

実際に、各市町村の対象年齢を見てみると、若いところラインは揃っていますが、上限

は、70あるいは75歳としていない市町村あります。
通常、がんの罹患年齢を考えると、70とか75歳の方が、むしろCTが有用なのかと思えますが、ここについては、介入しないということでもいいのでしょうか。

(佐川部会長)

CT検診自体が、国がまだ推奨してないことから、明らかに悪いというものは、きちっと止めるべきだと思いますが、やった方がいいという言い方は、なかなか難しいです。要するに、やった方がいいかどうかまだわからないというのが、オフィシャルな立場になります。やらない方がいいものは分かっています。でも、やった方がいいかどうかはわかりませんので、やるべきというのはなかなか言いづらいところなんです。

おそらく70、75歳でやってないところは、エックス線検査もそうですが、国はがん検診の対象者の年齢の下限は決めているけど、上限は決めていないのです。決めてないけど、一応、精度管理をきちっとやってほしいコアなところは、40から69歳ということになっています。

そのため、それ以上の年齢に関しては、精度管理をしっかりやろうとしても、結局、体が動かないとか、認知症などの問題があり、しっかりできない部分もあるので、無理してやらなくてもという感じの雰囲気はあります。おそらく、市町村は、予算も考えて、年齢を区切っているのではないかと思います。

あと下限については、CT検診学会で50歳以上ということを行っています。

(八重柏委員)

佐川先生のおっしゃるとおりです。市町村が決めている対象年齢で行っているという立場です。

(佐川委員)

年齢と線量、ICについては、説明文書を提供いただき、委員皆さんで確認してみるのがよろしいのではないのでしょうか。

引き続き、事務局から説明願います。

(事務局)

チェックリスト遵守状況調査結果になります。

23ページを御覧下さい。チェックリスト遵守状況は何を見ているのかということですが、検診体制の一連の流れを見るもので、国が推奨します最低限の検診体制を実施しているかを市町村が回答したものになります。

24ページは、集団検診と個別検診の違いを図で表したのものになります。

25ページです。本年度は全国比較を中心に御議論いただけます。全国比較できますのは、令和5年度の調査結果になります。令和6年度の調査は、改めて来年度行わせていただきます。

26ページです。チェックリストの項目一覧になります。がんの部位によって50から60の項目があります。

27ページは、市町村が回答する様式の一部になります。それぞれの項目について○×で回答するものになっており、国のシステムに直接入力することとなっています。

28ページになります。ここからが結果になります。

昨年度は、市町村単位で遵守率を見ておりましたが、今年は全国の対比を行うこととしております。従いまして、本年度、令和5年度の結果を県で一括りにして出しております。グラフは各都道府県の遵守率をプロットしたグラフになります。点一つ一つが、各県の遵守率になります。宮城県は赤いひし形のところになります。このグラフは全項目の結果で○の項目がどのくらいあるのかを示したのものになります。直近の例をみますと、宮城県

は、全国的にも高い遵守率であるということがわかります。
飛ばしまして30ページになります。前ページの遵守率につきまして、集団検診の全国と宮城県の値を経年グラフ化したものになります。全国より高い値を推移しております。
31ページは、直近の令和5年度の集団検診の遵守率を都道府県別ランキングにしたものになります。宮城県は上から8位となっております。
32ページは個別検診の結果となっております。
33ページは個別検診の全国ランキングです。
34ページは、それぞれの項目についての遵守率を全国比較したものになります。集団検診のデータになりますが、ほとんどの項目で、宮城県は上位の方に位置しております。一部の項目で全国より低くなっているものもあります。具体的な内容につきまして、昨年度の本部会で議論、指導済みですので、今回は全国比較という観点から御覧いただければと思います。
特に問2-1と2-2、問4-4で全国より低くなっておりますが、×をつけた市町村に確認したところ、データベースが未整備になっていることを理由にして×になったということです。こちらにつきましては、本当にデータベースを整備していないのか、市町村担当者の認識違いの可能性もありますので、来年度は個別に確認するなど、調査の精度を上げてまいりたいと思っております。
35ページは、個別検診の結果になります。集団検診同様に高い遵守率となっております。
36と37ページは、チェックリストの具体的な質問内容の項目となっております。
38ページ以降は他の質問項目になりますが、宮城県は、ほとんどの項目において、全国より高い値となっております。
以下、飛ばしまして最後の42ページを御覧ください。まとめになります。
令和5年後の調査につきましては、昨年度、各市町村へ指導済みとなっております。
本年度の調査結果につきましては、全国値が公表されます来年度に改めて行うこととしております。ここまでについて御審議をお願いいたします。

(佐川委員)

いつもですと、本年度の市町村ごとのチェックリストの結果が出てきますが、今回は、令和5年度分の全国比較ということで審議いただきたいということです。
何か質問ありますでしょうか。
問2の遵守率が異様に低いことについて、なぜなのかと疑問に思われるかと思いますが、この遵守率は、県内35市町村のうち、例えば32市町村しか守っていないという場合でも、結構下がるということです。5年間記録していない市町村が3から4でもあれば、-10%になりますので、あり得る値ということです。
事務局から次の説明をお願いします。

(事務局)

44ページを御覧ください。続きまして、プロセス指標になります。
45ページです。プロセス指標は、検診の流れのどこを見ているかは御覧のとおりとなっております。具体的には、事業評価指標の項目になります。高齢者の影響を取り除くため、74歳未満までの結果についてまとめております。
46ページです。調査年度ですが、検診受診率は令和4年度、精密検査につきましては、未受診者の把握、がん確定までに数年を要するために、令和2年度実施の結果になります。
続きまして、48ページを御覧下さい。肺がん検診受診率の推移になります。
左側の受診率①は市町村が実施主体の住民検診の結果になります。母数が対象となる全住民となることから、全体的に受診率が低くなります。右側の受診率②は職域検診も含む受

診率になり、より実態に近い受診率になります。

①、②ともに、全国より高い値を推移しております。

49ページは、令和4年度の全国順位を表したものになります。受信率①では全国第5位、受診率②では第4位と全国的に上位に位置しております。

50ページです。各プロセス指標の意味や計算方法を説明しております。後ほど御覧いただければと思います。

51ページは、それぞれの基準値になります。こちらは令和5年度から変更されております。肺がんに関しては二つの基準値があり、①として「検診以外の肺に関する検査の受診なし」と、②として「検診以外の肺に関する検査の受診考慮」があります。

この基準値作成の議論に関わりました佐川先生に事前に相談したところ、理論的には①ですが、現実に合わせて②の基準値で議論するよう指示がありました。

そのため、②を県の基準値とさせていただきます。この点については、あとで、佐川先生から御説明いただきたいと思います。

52ページになります。ここからは各プロセス指標について、宮城県と全国の比較を中心に見ていきます。

初めに精検受診率になります。全国より高い値を推移しております。しかし、近年では全国値との差が縮まってきております。

53ページは、直近の令和2年度の全国順位です。宮城県は上から数えて32位という結果でした。

54ページは要精検率になります。要精検率は要精検者数を受診者数で割ったもので、精密検査の対象が適切に絞られているかを見る指標になります。近年は、全国より高い値を推移しております。

55ページは全国順位になります。全国で12番目に高い県となっております。

要精検率が高いか低いかの問題につきましては、後ほど御議論させていただきます。

56ページは精検未受診率になります。

要精検者が実際に精密検査を受けてない割合を見るもので、低い方が良いということになります。宮城県は近年、全国より高い値を推移しております。

57ページは全国の順位になっております。残念ながら宮城県の精密検査未受診率は全国で最も高い県となっております。

58ページは、参考までに、他の部位の精検未受診率を宮城県と全国とを対比したグラフになります。肺がん以外は、宮城県の精検未受診率は全国より低くなっております。

60ページは、精検未把握率です。

精検受診の有無がわからないもの、精検結果が正確に報告されないものを言い、こちらも低い方が良いということになります。

宮城県は、先ほどの精検未受診率とは異なり、全国より低い値を推移しております。

61ページです。精検未把握率の全国順位になります。宮城県は、全国で低い方より5番目となっております。

62ページは、がん発見率になります。がんであった者を、一次検診の受診者で割ったものになります。全国よりやや高い値を推移しております。

63ページでは、全国順位を表しております。直近の2020年では、高い方から6番目となっております。

64ページは、陽性反応適中度になります。がんであった者を要精検者数で割ったもので、効率よくがんが発見されたかを測る指標となります。宮城県は、全国とほぼ同じ値を推移しております。

65ページです。直近の2020年では、全国値に近い、ほぼ中央の位置にありました。

66ページは、主なプロセス指標の宮城県と全国値をまとめたものです。

本日は、委員の先生方に、宮城県のこれまでの値に問題ないか御議論いただきたいと思います。

それでは、なぜ検討する必要があるのかと言いますと、67ページです。国の資料によれば、各指標について、極端な高値、あるいは低値の場合は検討が必要とされており、予想される要因や検討内容は、年齢構成や受診歴、検査機関の判定基準について検討することとあります。

しかし、宮城県では、これまで、検証を行っておりませんでしたので、本日は先生方の御意見をいただければと思っております。

このあと、要因を検討する際に参考となるデータをお示しします。

68ページです。要因の一つとして、有病率の低い又は高い年齢層に偏っていないかということが考えられますが、ご覧のとおり、宮城県の年齢構成が全国に比べてほぼ同じ構成となっております。

69ページです。初回受診者が多い場合には、要精検になる割合が高くなることが知られておりますが、宮城県は受診率が高いこともあり、初回受診者の割合がやや低くなっており、

70ページです。それでは、集団検診と個別検診で差はあるのかをみてみますと、個別検診の方が各指標が低くなっており、

その理由については、71ページを御覧ください。県内の集団検診と個別検診の割合です。

肺がん検診では、個別の医療機関で受診する割合は、1%以下となっております。そのため、低くなっているものと思われ、

72ページは、要精検率を市町村ごとにグラフ化したものです。

1年間ではバラつきが大きくなるため、過去5年間の平均値としております。塩釜市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、涌谷町でやや低くなっていました。

73ページは、精検受診率をグラフ化したものです。若干のバラつきがありますが、先ほどの72ページでお示した要精検率が低い、塩釜市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、涌谷町は、特段、精検受診率が低いということはありませんでした。

74ページは、がん発見率をグラフ化したものです。1年間ではバラつきが大きくなるため、過去3年間の平均値としております。女川町がやや高くなっていますが、受診者が少ないことから、1人でも発見されると割合が高くなるものが影響しています。また、がん発見率が低い市町村も見られます。

75ページは、陽性反応適中度をグラフ化したものです。こちら、受診者が少ない町では、がん発見者数が一人でも増えれば、値が上がりますが、受診者の多い、市町でおいても、値が低いところもあります。

76は、各市町村の委託検診機関の一覧になります。

県内では、ほとんどの市町村が検診機関に委託しております。

そこで、検診機関ごとのプロセス指標を評価すればいいのですが、検診機関ごとのデータは集計しておりませんので、ここでは、右上の【分類】に記載してありますとおり、①を検診機関Aのみ、②を塩釜、多賀城、松島、七ヶ浜が委託している検診機関B、③を丸森町と石巻市のように検診機関Aと他の検診機関に委託しているところ、④は、涌谷町と女川町のように地元の検診機関に委託している、4パターンに区分して集計しました。

77ページは、先ほどの分類単位で集計したデータになります。

母数が①の割合が約8割と高くなっています。紫色の精検受診率は、ほぼ変わりありませんが、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度では、差があり、特に検診機関②は低くなっています。

78ページは、分類ごとに年齢構成割合や初回・非初回の割合を示したものです。④は、受診者数が少ないので、一概には比較できませんが、いずれも、大きな差がありませんでした。

79ページです。チェックリストは、検診機関にも行っております。国が定めた基準どおりに実施していることは確認しております。しかし、県では、実施内容まで確認しており

ません。

80ページは、各項目の内容になります。

81ページから82ページも同様です。

83ページです。昨年度の本部会で議論になりました分類②の検診機関にチェックリストの回答内容について再確認したところ、3項目について修正がありました。

放射線技師の教育・研修、読影医の要件、医師の胸部画像読影能力に係る講習会については、未受講であったため、本年度は、各研修会に参加する予定と伺っております。

84ページです。まとめになります。各プロセス指標について、委員の皆様から御意見を頂戴いただければと思います。

ここで、資料3の説明をさせていただきます。

資料3の3ページ目を御覧ください。資料3は、昨年度、本部会で市町村へ指導した内容の対応状況になります。

3ページ目には、指導事項として、一部地域においてがん発見率が低いことについて、原因究明を求めたものになります。

その結果として、精密検査を実施した医療機関から別の医療機関に紹介され、がんと確定された受診者をカウントしていないことがわかりました。このことが原因の一つとして、がん発見率が極端に低かった可能性もあります。

以上を踏まえまして、委員の皆様から御意見を頂戴いただければと思います。

(佐川部会長)

かなりのボリュームがありますので、最初から順番に行きたいと思います。

まず、確認ですが、検診受診率などは、令和4年度の結果となっています。今、令和6年度ですので、令和5年度の結果は市町村から県に上がってきて、把握はできますが、国がまとめるのは、年度末となりますので、令和5年度の全国比較は、来年度ではないとわからないということです。精検受診率やがん発見率は、さらに2年遅れで出るということです。

皆さん御存知だと思いますが、国民生活基礎調査は、いわゆる抽出調査で、対面でアンケートを取るものですが、がん検診受けたと回答しても、実は、生活習慣病検診を受けたことを拾っていて、がん検診ではなかったということもあり得ます。いい面と悪い面があるという感じです。

次に、プロセス指標の基準値の①と②の件です。

新基準値は、昨年度末に出されたものですが、これまでは、基準値と目標値の2つがありました。各指標の値は、約15年前に決めたものですが、ある意味、科学的なものではありません。

どうやって決めたかという、各県の値をプロットし、悪い方から見ていくと、その3割ぐらいが極端に悪くなっています。それで、70%程度の県がクリアできているラインを基準値にしたのです。

さらに厳しい基準としては、例えば精検受診率は9割に設定し、1割ぐらいしか達成できないところを、目標値にしています。当時はそのような形で決めてきました。

今回、なぜ、細かくてわかりにくい基準値がでてきたという理由ですが、職域検診の基準値も決めてほしいという話が出てきたからです。

それは、職域検診の精度管理が全くできてない状況なので、それはどうあるべきかという議論になりました。

職域検診については、平成30年頃に住民検診の枠組みと同じような形で精度管理をなささいという通知が厚労省からでしたが、具体的な数字は一切出てきませんでした。

そのようなことがあり、厚労省から数字を決めてくれという依頼があり、祖父江班などで検討されました。

結局、職域検診の対象は、主に40、50歳代で、その罹患率がそもそも低い年代なの

で、住民検診と同じような話をしてもどうにもならない。つまり、70歳代が平均の集団と、40、50歳が平均の集団を一緒にできないということです。

そこで、罹患率から算定する形のものを考えました。感度と罹患率を調べ、どのくらいがんが発見されるのかということを出して決定しました。

その結果、胃がんと大腸がんの基準値はそれなりの数字になったのですが、乳がんと子宮頸がんはズレていました。これは、受診間隔が2年に1回と1年に1回で、大きく変わってくるのが原因です。現実問題として、2年に1回といっても、毎年受診している人も結構いるからです。

肺がんは、さらにズレていました。これまで報告されている感度で考えた場合に10万対比で140ぐらい見つからないとおかしいという話になりましたが、140という数値は実際にはでてこない数値なので、その値を出しても、社会に受け入れられない、誰も使わないという話になりました。

実際、結核予防会などの検診機関のデータみても現実的な数値でもない。

結局、肺がん検診は、他の検診と違って、住民検診以外の通常診療や何かの病気のついでに写真を撮られたものが、肺がん検診になっているというのが、結構あるのではないかという話になり、そうしないと説明が付かないので、集約化したものが、この基準値②というものです。

罹患率を半分に算定し直して計算すると、この②の数字になります。したがって、半分は住民検診以外でがんが発見されるということです。

現実の住民検診では、75歳以上に行っていますから実際はもっと高い値がでてきますので、年齢階級別の表も出してもらっています。

したがって、今回の新基準値は、全国的に混乱しているのではないかと思います。

そのような理由から、②の基準値は、人口10万対で50、①だと10万対で100以上になっています。

長くなりましたけど、以上補足の説明です。

プロセス指標を含めて全般のところでは質問がありますでしょうか。

(八重柏委員)

プロセス指標③の精検未受診率が全国で一番、13.58というのが高いと思うが。

(佐川部会長)

精検を受けなかった方の集計は、「精検未受診率」と「精検未把握率」の二つに分かれます。要するに「受診していないということが分かった」というものと、「受診しているかどうか分からない」というものです。

どちらが良いのかといえば、「分かる方」がまだマシという考え方があります。

精検未受診率と精検未把握率を足すと、いわゆる受診していない人になります。勿論、その両方とも低い方が良いのですが、どちらかといえば、未把握率が低い方がマシとも言えます。つまり未受診の人を市町村が良く調べているからだとも言えます。必ずしも悪いことではないと思います。

次回の資料からは、未受診率と未把握率の比率を出せれば良いかと思います。

(宮内委員)

資料67ページに、精検未受診率が高いということが出ていますが、アクセスの問題なのか、キャパシティの問題なのか、その原因を評価する必要はないのでしょうか。

(佐川委員)

これを検討することは必要かと思えます。

(宮内委員)

イメージとしては、CT検査などを実施できる医療機関へのアクセス、病院まで遠い人たちが精検未受診につながっているのかどうか。実際に、そういう人たちがいるのではないのでしょうか。

例えば、精密検査できる病院を地図でプロットしてみて、そこが、居住地から遠い人たちがそういう状況になっているのか。または、病院側のキャパシティの問題なのかを、評価してもいいのかと思いました。

(佐川部会長)

私も同じ考えです。確かに精検受診率だけが悪いです。だからといって、日本一悪いわけではなくて、受診率そのものは良いです。

しかし、他の部位のがん検診の精検受診率は、とても良い値となっています。宮城県は、全国ベスト5位以内に入っていて、その中でトップの部位もあります。肺がんだけが、真ん中で、今回はさらに下になっています。

一生懸命行っている割になぜダメなのかと考えると、やはりアクセスの問題なのかなと。県内は結核予防会を中心に行っていただいておりますが、拾いきれないこともあるのかと思われま。

(桜田委員)

去年も同じような議論があったかと思いますが、どうも開業医で受診した方は、その後、市町村では把握できないみたいです。

(佐川部会長)

実際に、県北には呼吸器科が少ないので。

(宮内委員)

精検受診率が低くなっている地域を市町村ベースではわかると思います。例えば、仙台に近いところは悪くなくて、遠くなればなるほど悪いということであれば、検討してもよろしいのではないのでしょうか。

(桜田委員)

仙台から近いからということでもなかったような気がします。きちんと調べてみたらいいと思います。

(事務局)

73ページに市町村別のデータがあります。

(宮内委員)

これを見ると、イメージとしては、やはり低いところは、アクセスが決して良くないところという印象はあります。近隣に胸部の精査ができる病院があるかという、離れているという印象がありますので、地理的なことはあるのかもしれませんが。

(桜田委員)

逆に他県では、なぜそれが達成できるのかが不思議な感じがします。

(宮内委員)

受診率が低い市町村には、受診勧奨をもう少し後押ししてもらった方が一番の近道のような気がします。

(桜田委員)

実際、私は、県南の方の病院にいますが、よくあるのは、肺がんとなり手術という流れで回ってきた方です。

検診を受診して引っかかったけど、実際には近所の開業医の方に行って、当院に回ってきた方です。そういった市町村が拾いきれてない方が、一定数あるのかと思います。

そこを、どうするかは、指導事項に関わることもかもしれませんが、かなり強固な話になってしまうと、それはそれで難しいので、どういうふうにやっていったらいいかは、よく考えないといけないかと思います。

(宮内委員)

例えば、一つの方法として、市町村の方に余裕があれば、精検受診したら、医療機関の方から、その市町村に受診した日と結果を返してもらうような仕組みがあれば、実際に通院しているのか、受診しているのかがわかり、もし戻ってこなければ、本当に受診していないことが把握できます。

市町村によっては、そのような仕組みで結果をバックしているところもあります。

実際、私も診療で、結果をバックしているところもありますので、その仕組みがない市町村に対して、情報提供してあげれば、受診率改善の一つの方法かと思います。

(佐川部会長)

県内では、結核予防会に精検まですべてお願いしているので、予防会の情報だけ挙がっていて、何月何日にここに受診に来てくださいというやり方をやっているのではないかと思います。

(八重柏委員)

県北だと、CT検診車を持って行き、要精検者を呼んで精検を行っていることはあります。

ただ、全員が来るかという点、例えば、40人来る予定でしたが、30人ぐらいしか来なかったということもあります。

来なかった理由については、一応ある程度聞きますが、その中には、近隣の開業医に行きましたと言われた時には、我々としては、それ以上のことは何も言えません。

あと、特に県南や県北の市町村に多いですが、バスで運んできて精検をやりますが、全員が来るわけでもないし、曜日指定していますから、それに合わない人は来られない方もいます。

これ以上の対応は、結核予防会では、キャパの問題もあって対応できないので、皆様おっしゃるとおり、市町村が把握して、個別勧奨する以外に方法はないのではないかと思います。

(佐川部会長)

市町村に丸投げといっても、なかなか難しいと思うので、一から、段取り考えてあげて、手間がないような形にしてあげないといけないかなと思います。

(宮内委員)

各市町村の中で、コミュニケーションがうまくいっているところのケースを、共有するなどの方法はできないでしょうか。

(事務局)

県では、年1回、市町村がん検診担当者会議を開催し、全国の好事例の共有をおこなって

いますが、例えば、それが大都市で同じようにできるかと言われると、なかなかできないということです。

実際、市町村によってやり方がまったく異なり、最後の1人まで追跡する市町村もあれば、そこまでは、できないという市町村もある状況です。

（宮内委員）

そういう意味では、好事例の市町村と精検受診率が低い市町村を確認して、それぞれ現状の突き合わせみたいなことが、宮城県単位できたらいいかと思います。

例えば、女川や涌谷とか91を超えているようなところは、実際どうやっているのかなど。

（佐川部会長）

涌谷は、国保病院で精検を行っているのでしょうか。

（事務局）

そのとおりです。

（佐川部会長）

結局、精検受診率が良いところは、検診と精検が同じところでやっているところです。肺がん以外の、例えば、子宮癌や乳癌の精検受診率が良いのは、そういった理由があるからです。

（桜田委員）

結核予防会の限界は、バスで連れて行くときは、どうしても来ない人がいるということです。また、アクセスの問題もあると思います。

来なかった人は、かかりつけの先生のところで受診している方が多いですが、市町村は、バスに来なかった人は把握できるので、その人たちには、結核予防会ではなくとも、近隣の病院、肺がんの専門施設と言われるところに、受診してくださいというような勧奨を強めにするということがあっても良いのかと思いました。

（佐川部会長）

それも、いいやり方だと思います。

精検に行ってもらうことは、すごく大事ですが、実は行っているけど、市町村で把握できてないということもありますので、そこも拾えるようなことが大事。

（宮内委員）

それが、先ほどの葉書なのではないかなと思います。

検診結果を返す時に、陽性になったら、一緒に入れて受診状況を確認するみたいな流れだった気がします。

（佐川部会長）

普通は、そういうやり方ですが、大概、そういう場合は、精検施設を指定したい場合に葉書を入れてあります。そのため、その施設以外の場合は、どこに行ったかわからなくなります。

結核予防会では葉書を入れてなかったかと思いますが、つまり、結果を知らせてくださいという葉書です。

（八重柏委員）

入れてないです。

佐川先生が先ほどおっしゃったように、どこに行っているかも分からないのが精検未把握率ですが、それは極端に低いです。

それは、各市町村は、この人は行ったか行っていないかを把握している。逆に言うと、精検対象者で行っていない人は、かなりの率で把握しているということです。

（佐川部会長）

ここにでている未把握率は、結核予防会は、自分のところで、誰が来ました、誰が来ていないということだけを市町村に返している。

そうすると市町村は、その数値だけを未把握ではなく、未受診率として計上しているのかもしれない。

（八重柏委員）

精検受診率、精検未受診率、精検未把握率を足せば100%、総数になるので、未把握率が増えれば、未受診者が増えるということではないでしょうか。

（佐川部会長）

市町村は、結核予防会の報告のみで、未受診率を計上している可能性があります。

（八重柏委員）

市町村に対する聞き方をもうひと工夫、再検討する必要があるかと思います。

（佐川部会長）

ここは、考える必要があるかもしれません。皆さん、今年度は、あと一ヶ月ぐらいありますから各自で考えてください。

各市町村長にこれをやってくださいと指導しても、市町村担当者は大変で辛いはずですよ。我々だけが言うわけではなく、あらゆる方面から首長に要望が来るわけですので、なるべく、このぐらいだったら、やってもいいなと思えるような形まで落としこまないと、結局やらないで終わってしまいます。

それでは、ここは、ペンディングにさせていただき、他に何か御意見はありますでしょうか。

やはり精検受診率はとても重要だと思います。

（宮内委員）

今回、検診機関Bについて、チェックリストを再確認していただきましたが、×の項目が改善されれば、良くなりますか。

（佐川部会長）

実際、その項目だけ改善すれば良くなるかといえば、必ずしもそうとは限らないと思います。一歩ずつ改善していくしかない。できていないことが判り、やらなくてはいけないということは認識していただいていると思います。

実は、検診機関Bの読影検討会の講師に呼ばれていいです。特に要精検率が低いのでしっかり確認してきます。

（宮内委員）

77ページの資料は、検診機関Bの読影をされている先生にしっかり共有した方がいいかと思います。要精検率が低すぎます。

（佐川部会長）

私が肺がん部会の部会長の立場で、県で調査した結果は、こうでしたと説明してきます。読影は、もう少し、あやしげな所見を拾って、要精検にしてもらってもいいと。ただし、要精検率を上げてくださと言うと、拾いまくる人が出てくるので、難しいところです。

（宮内委員）

発見率を上げるには、まずは、要精検率を上げることが重要かと思います。

（佐川部会長）

対がん協会のシステムを活用するよう読影をされている先生に進めてもいいかもしれない。

（八重柏委員）

検診機関Bでは、どのような形で検診を実施しているのでしょうか。

（事務局）

検診機関Bにつきましては、自前で、検診車を持っています。開業医のエックス線装置で検査してるわけではなく、検診バスで行っています。そして、画像データを開業医に渡して読影していただいているそうです。

（八重柏委員）

間接で撮影しているのでしょうか。

（事務局）

デジタル撮影で行っています。検診車は、令和2年当時は古いものでしたが、令和4年から新しいものに更新されています。放射線技師は、以前は、年配の方が撮影されていたそうですが、今は別の技師の方が担当しているそうです。

（佐川部会長）

要精検率を上げるために、どの影を引っ掛けるかという練習してください。それで、発見率を上げてくださと指導したいと思います。

（八重柏委員）

もしくは、当協会で入れたようなAI入れるという手もありますが、しかし過剰に引っかけてしまうというリスクもあります。導入に1000万ぐらいかかりますが、お金があれば、AIを入れるのも一つの手かと思います。

（佐川部会長）

いずれにせよ、他の検診機関と比べても検診機関Bが一番目につきます。

他に何か御意見ありますでしょうか。

精度管理については、全国でも、宮城県は比較的しっかり議論されている方かと思いますが、他の県では、年に1時間しかそのことを考えないという方が集まってやっているところもあります。

我々は、専門家として期待され、県から依頼されている訳ですので、これからもしっかり指導していきたいと思います。

プロセス指標の方はよろしいでしょうか。

次の議題について事務局からお願いします。

(事務局)

86ページです。アウトカム指標です。

87ページです。これまでは、短期的指標であります、チェックリストやプロセス指標を見てきましたが、最終的な目標である、がん死亡率について議論してきませんでした。今回は、最新の罹患率から死亡率についてまとめましたので、御覧願います。

88ページは、宮城県のがん罹患数、男性の推移です。単純な罹患数ですので、高齢化に伴い、年々増加傾向にあります。肺がんはやや増加しています。

89ページは、宮城県のがん罹患数、女性の推移です。こちらも微増傾向となっています。

90ページは、年齢調整した罹患率の推移になります。男性の肺がんの罹患率は横ばい傾向にあります。

91ページは、女性のデータになります。

92ページは、宮城県と全国比較した推移のグラフになります。ほぼ、宮城県は全国と同じ値を推移しています。

93ページです。宮城県の肺がんの年齢階級別のグラフになります。50から60歳代から急増していることがわかります。

94ページです。ご存じの先生もいらっしゃるかと思いますが、がん登録については、「がんの進行度」や「発見の経緯」も登録することになっております。今回、宮城県立がんセンターにありますがん登録室において、こちらのデータを集計してもらいました。なお、がん登録では、市町村が実施する住民検診のほか、職域検診や人間ドックも含まれますのでご注意願います。

95ページです。肺がんが「がん検診」で発見された割合は、宮城県では全部位が全国より高くなっています。

96ページは、宮城県のみデータのデータになります。がんが発見された経緯を、がん検診以外の項目についても分類したものです。赤オレンジ色の「その他」は、主に自覚症状などがあり医療機関を受診して見つかったものですが、肺がんは特に、検診で発見される割合が低くなっています。

97ページは、がんが発見されたときの進み具合を部位ごとにグラフ化したものです。宮城県だけのデータになります。薄い色が早期、濃い色は進行した状態で診断されたものです。肺がんは、他の部位に比べ進行された状態で発見される割合が高くなっています。

98ページは、がんの発見経緯と進展度をクロス集計してグラフ化したものです。がん検診で発見された場合には、早期がんで見つかる割合が高く、自覚症状があつて発見された場合には、進行がんで発見される割合が高くなっています。

99ページです。ここからは、死亡率になります。「全部位」の年齢調整死亡率の推移になります。男女とも、宮城県は全国と同じ推移で減少しておりますが、近年は、横ばい傾向にあります。

100ページは、部位別の宮城県の男性の年齢調整死亡率の推移です。肺がんは、死亡の第1位となっておりますが、減少傾向となっております。

101ページです。女性の年齢調整死亡率の推移です。肺がんは、年度によりバラつきが大きいですが、死因の第3位となっております。

102ページです。男性の肺がんの年齢調整死亡率について、全国との比較を年次推移でみたものです。ほぼ、全国と同じ傾向となっております。

103ページです。女性も、ほぼ、全国と同じ傾向となっております。

104ページです。直近の2022年の年齢調整死亡率の全国順位です。宮城県は、全国よりやや高い、ワースト16位となっております。

105ページです。女性は、ワースト10位でした。

106ページです。前のスライドは、直近の2022年のデータだけ見ましたが、年度によってバラつきが大きいので、5年平均とし、さらに地域性を見るために、国立がん研究

センターがん情報サービスを使って、マップ化しました。75歳未満の死亡率ですが、全国値を100とする標準化比で見ますと、男性は、ほぼ全国と同じ100.4でした。

107ページは、女性のデータです。標準化比は、全国より低い95.8でした。

108ページです。先ほどは75歳未満のデータでしたが、こちらは参考までに全年齢のデータになります。

109ページは、同じく女性のデータになります。全年齢になると、女性の標準化比は、全国とほぼ同じになります。

110ページです。最後に、国立保健医療科学院が公開している標準化死亡比（SMR）の推移を御覧いただきます。左側のグラフは、2015年の全国値を100とした場合の宮城県の推移ですが、変化率がマイナス9.9と減少傾向にあることがわかりますが、右側の各年の全国値を100とした場合の宮城県の値の推移をみますと、変化率がプラス8.9%と、全国との差が開いていることがわかります。

111ページは、女性のデータです。男性同様に右側のデータ上は、変化率はプラス11%となっています。

112ページです。最後のスライドになります。

罹患数、死亡数ともに全国と同じ値で推移していますが、経年でみますと、全国よりやや増加傾向にあることがわかりました。罹患率、死亡率については、市町村が実施する住民検診以外の検診も含まれるため、評価が難しいところですが、この件について、御審議をお願いします。

（佐川部会長）

アウトカム指標、死亡率の件ですが、何か質問ありますでしょうか。

今回、県でははじめてアウトカム指標を出したことは、とても良いことだと思います。

また、がん登録を今後、精度管理についても積極的に活用していくということも、がん部会としても出していくべきと思います。

（桜田委員）

がん登録のデータが必要だということは、前回の会議でも話がありましたが、今回から入るようになってきたことは、とても進歩したと思いました。どうもありがとうございました。

（佐川部会長）

その他よろしいでしょうか。

それでは、引き続き事務局から説明願います。

（事務局）

市町村への指導事項の（案）について、御説明いたします。

資料2の2ページ目を御覧ください。肺がん検診における現状と課題（宮城県）につきましては、これまで説明させていただきました内容をまとめたものになります。

3ページ目を御覧ください。市町村への指導事項として具体的に記載される内容になります。

概要調査については、国の指針に基づかないCT検査を行っている5町村に対しまして、「CT検査を実施する場合は、利益・不利益の説明を確実に言い、受診者の了承を得て行うこと。また、検診機関に対して、CT検査による被ばく線量の最適化を行うよう求めること」としたいと考えております。

チェックリストの遵守と検診受診率等については、4市町に対しまして、「要精検率、がん発見率及び陽性反応適中度が県内他の市町村に比べ低いことから、検診機関に対して、判定基準、検査手技、読影等は適切かなどの見直しを求めること。また、精密検査の結果

については、委託先の検診機関以外の医療機関の結果についても把握すること。」としました。

検診受診率等については、肺がん検診の精密検査の未受診者の割合が全県的に高い現状から「精検検査の未受診理由を把握し、精密検査受診の重要性について、住民の理解促進を図ること。」としました。

また、その他としまして、がん登録の利活用の推進について記載しました。

本県では、県立がんセンターにおいて、市町村支援としてモデル実施しておりますが、実施している市町村が少ないことから、活用を促すものです。

具体的内容は、4ページ以降に記載しておりますが、市町村が持っている、住民のがん検診結果と、がん登録データを照合することで、検査機関の精度管理が行えるというものです。

感度や特異度が算出できますので、検診機関が、見落とし症例を振り返ることにより検診の精度の向上につながるという、先進的で全国的にも非常に珍しい取り組みです。

資料が変わりまして、資料3を御覧ください。昨年度の指導事項に対する市町村の対応状況となります。例年同様な指導を行ってきましたが、「対応なし」の市町村に対しては、引き続き、研修会等を通じて精度管理の重要性などの周知を図ってまいります。

説明は以上です。御審議のほどよろしくお願いいたします。

(佐川部会長)

御意見、御質問とかはございませんか。

2ページ目の「現状と課題」という項目は、これまでの部会の指導事項にはなかったものです。昨年までは指導事項だけでしたが、課題をしっかりと明記している点が評価できます。精度管理は市町村だけがやればよいものではなく、県や本部会がしなくてはいけないこともあると思います。

精検受診率に関して言えば、検診を受けてということ以外に、我々が、その把握の方法がどうなのかというのを、我々自身が考えなきゃならない。そこで少し詰めるべき点があるかもしれないと思います。

資料については、毎年しっかりしたものを作成していただいておりますが、今年は特に、十分な議論ができたのは、とても良い資料を作っていただいたからだと思います。本当にありがとうございました。

特に検診機関Bについては、我々から指導することで、足りなかったことについて、動きがあり、良い方向に転んでほしいと思います。

そして、その結果、県全体のレベルが上がっていくのではないかと思いますので、引き続き、頑張っていきたいと思います。

それでは、進行をお返しします。

(司会)

佐川部会長、議事進行いただきまして、ありがとうございました。また委員の皆様、貴重な御意見を賜り、誠にありがとうございました。

本日御審議いただきました内容につきましては、3月に開催予定の生活習慣病権限検診管理指導協議会で、佐川部会長より御報告をいただき、さらに、他の各部会で御審議いただいた内容とあわせて指導事項としてとりまとめます。その後、各市町村及び検診団体等に通知することとなります。

なお、本日の内容は会議録として委員の皆様へ送付いたしますので、内容の確認についてご協力をお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、令和6年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会肺がん部会を終了いたします。

本日はありがとうございました。