

## 令和6年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会 会議録

- 1 日時：令和6年12月18日（水）午後5時30分から午後7時まで
- 2 場所：行政庁舎9階 第一会議室（Webハイブリッド会議）
- 3 出席委員（五十音順）石川委員、大沼委員、加藤委員、志賀委員
- 4 会議録

（司会）

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、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大腸がん部会を開催いたします。開会に当たりまして、保健福祉部健康推進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いたします。宮城県生活習慣病検診管理指導協議会大腸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。本年度から始まりました第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、本件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。宮城県医師会常任理事、石川一郎委員でございます。

（石川委員）

よろしくお願いします。

（司会）

東北大学病院総合外科下部消化管グループ科長・特命教授、大沼忍委員でございます。

（大沼委員）

よろしくお願いします。

（司会）

宮城県対がん協会検診センター所長、加藤勝章委員でございます。

（加藤委員）

加藤でございます。よろしくお願いいたします。

（司会）

東北大学病院消化器内科病院講師、志賀永嗣委員でございます。

（志賀委員）

よろしくお願いいたします。

（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たいと思います。

（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でしょうか。

大沼委員、お願いいたします。

（大沼委員）

がん検診に精通されております加藤先生を推薦いたします。

（今野課長）

今、加藤委員を部会長にという御推薦がございました。皆様いかがでしょうか。

（全ての委員が賛成）

よろしいでしょうか。では、御賛同を得られましたので、部会長には加藤委員に御就任いただくことといたします。

それでは、進行を司会に一旦お返しさせていただきます。

（司会）

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

（加藤部会長）

宮城県対がん協会がん検診センター所長の加藤でございます。  
大腸がん部会の部会長に御推薦いただきまして、皆様に大変感謝しております。  
今回から参加させていただくことになります。私、日本消化器がん検診学会に所属し、消化器がん検診に関しましては、胃、大腸共に生業とさせていただいております。少しでも本県の健康増進に役立てるように、微力ながら頑張っていきたいと思いますので委員の先生方、御協力をよろしくお願い致します。以上でございます。

（司会）

加藤部会長、ありがとうございます。  
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、加藤部会長にお願いします。

（加藤部会長）

よろしくお願いいたします。  
次第の4議事、大腸がん部会の審議事項について、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。令和6年度の市町村のチェックリスト結果については、来年度に行いますので御了承願います。

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ページです。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ページになります。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ページです。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。

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、調査年度をまとめたものです。資料にある値は、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年度となっております。

15ページは、国の指針で定めるがん検診の内容の一覧です。大腸がんにつきましては、検査項目は、問診及び便潜血検査対象は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。検診の対象年齢（下限）年齢ですが、宮城県内では6市町が対象となっているため割合が82.9%となっております。右側のグラフは、全国状況です。

17ページです。検査項目で、問診を行っていない市町村は15となっています。

18ページは、指針に基づかない検査項目や下限年齢を引き下げている市町村一覧です。指針よりも対象年齢を広げている場合の理由については、若年層のがん発見・早期治療の機会確保のためとしているところが多くなっています。

19ページは、概要調査のまとめです。昨年同様に対象となる市町村に対し、国が定める基準で実施するよう指導することを検討しております。

ここまでについて、御審議のほどよろしくお願いいたします。

（加藤部会長）

ありがとうございます。ただいま事務局の方から精度管理の基本的な事項、部会の役割、概要調査について、御報告いただきました。

ただいまの説明について、委員の先生方の御意見、御質問等ありますでしょうか。

大沼委員、お願いします。

（大沼委員）

単純な質問で申し訳ないですが、対象年齢を40歳未満で実施ということは、良いことのような気もしますが、これは国が定める基準を満たさないということで指導の対象になってしまうということかと思えます。

検査の機会が増えてよいのかなと思うのですが、どうなのでしょう。

（加藤部会長）

検診というのは、コストと成果とのバランスがあり、当然、検診には利益も不利益もあります。がん罹患状況から考えますと、30代からの大腸がん罹患というのは、ほとんどなく、40代以降から増え始めます。

最近、大腸がんの検診ガイドラインが19年ぶりに改定されまして、その中でも注意事項

として、45歳とか50歳と年齢が示されるようになってきております。ですので、下限を超えるような年齢の方については、がんが見つかった方にとっては利益があるのですが、見つからなかった方にとっては、不安を抱えるとか、余計な精密検査を受けなくてはいけないとかといった不利益が多くなります。

利益と不利益を考えると、やはり下限以下の年齢は推奨できないという考え方になると思っています。

ガイドラインの改定を受け、あり方検討会で指針についても、変更になる可能性がないわけではないのですが、今のところは40歳以上が推奨される年齢と考えていいと思っております。

（大沼委員）

ありがとうございます。コストとリスクベネフィットの組み合わせということですね。よくわかりました。

（加藤部会長）

他にございますか。石川先生、お願いします。

（石川委員）

19ページにある概要のまとめの最後の矢印の部分で、本年度も令和5年度の結果と変わりなしという一言が最初に出てきますが、問診の未実施に対しては、してくださいということを声掛けしたと思います。結局変わらないということであれば、担当者が変わったことなどの理由は考えられますが、なぜ変わらなかったのかということが大事だと思います。変えなかった理由について、何か分かっていることはあるのでしょうか。

（事務局）

この後、御説明する予定でした。最後の指導事項の対応状況の資料により、後ほど説明させていただきます。

（石川委員）

了解しました。

（加藤部会長）

一つの要因として、大腸がん検診の方法論としての問題点はあると思います。便潜血検査なので、受診者が検体を出しに行く際は、誰とも接触しないまま検体だけ出しに行くということになるので、問診するチャンスが少ないということも考えられます。

後の指導事項のところで議論になると思いますが、問診を行っている地域が、どのような形で問診をとっているかを県内で共有していただければ、改善が進んでいくと思います。

（志賀委員）

同じところですが、問診がほとんどのところでなされていないので、人と接触せずに提出するだけであれば、むしろ問診票もセットで提出するだけでよいのではないかと思います。他県の状況を含めて、全国的に許容されるということであれば、そういった方法にすればよいと思われます。

二点目も、先ほどの御質問とも重なりますが、先ほど40歳未満の議論ありましたが、おそらく5年ほど前から、この話があるような気がします。担当者の変更だけが理由ではなく、何を言っても変えていないというだけではないかと思います。

まさしく、加藤先生の御発言のとおり不利益の問題もありますし、マンパワーを費やしても、発見率は低いままだと思いますので、やはり指導は必要なのではないかと思います。

た。

（加藤部会長）

ありがとうございます。

志賀先生から御意見がありましたが、やはり、どこにお金や資源をかけるかというところは、市町村の財政も苦しい中ですが、掛け所をよく考えていただきたいと思います。

どうしても地域によっては、今まで実施していたからというところから、なかなか抜けきれないところもあるのですが、発想を転換していただくしかないのかと思います。

そこについては、県の指導の役割ではないかと思っております。

問診については、対がん協会ですと検体を提出する袋に必要最低限の情報についてチェックを入れてもらう形をとっております。

この問題については他県の状況等を調べていただいて、そこで得られた情報を問診が行われていない地域に対して、情報提供していただくと改善していくのではないかと考えております。

概要状況調査について、他によろしいでしょうか。

それでは、次に移ります。

チェックリスト遵守状況について、事務局の方からよろしくお願いいたします。

（事務局）

スライドを共有させていただきます。

21ページです。チェックリスト遵守状況調査は、検診の一連の流れをみるもので、国が推奨する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です。

22ページです。チェックリストは、集団検診と個別検診、それぞれに対して行っています。集団検診と個別検診の区別は御覧のとおりとなっております。

23ページです。冒頭にも説明しましたが、本年度は、令和5年度の結果について、全国比較を中心に取りまとめました。各市町村の個別の結果は昨年度の部会でお示しましたので省略とさせていただきます。

24ページです。チェックリスト項目については、御覧のとおりとなっています。

25ページは、市町村が回答する様式です。それぞれの項目について○、×で回答するものです。

26ページです。ここからは、全国、各都道府県の遵守率をプロットしたグラフになります。宮城県は赤いひし形のところになります。グラフは、52ある全項目の結果で、○の項目がどのくらいあるのか示したものです。直近の令和5年度をみますと、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。

27ページは、前のページの遵守率について、全国と宮城県の値を経年グラフ化したものです。集団、個別とも、全国より高い遵守率を維持しております。

28ページは、直近の令和5年度の遵守率を都道府県別ランキングにしたものです。

30ページからは、それぞれのチェック項目ごとの遵守率を全国比較したものです。

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が、一部の項目で全国より低くなっているものもあります。具体的な内容については、昨年度の本部会で議論、指導済ですので、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。

31ページは、個別検診です。具体的な質問項目につきましては、32ページと33ページに記載のとおりとなっております。

以下、33ページから37ページまで、各項目の遵守率を一覧となるグラフを表しております。

飛ばしまして、38ページになります。チェックリスト遵守状況調査結果のまとめになりますが、令和5年度のチェックリスト調査結果における指導は、昨年度に実施済です。本年度の結果については、全国値が公表される来年度に評価・指導予定となっております。

ここまでについて、御審議をお願いします。

（加藤部会長）

ありがとうございます。

チェックリストの遵守状況については例年と異なり、全国比較を今年度から行うということで、非常に視覚的にわかりやすくなっていて、宮城県の状況が把握しやすくなったと思いました。

例年ですと個別の市町村についての表が出てきて、わかりにくい部分がありました。データが把握できるという意味では良かったと思います。

どこと比較するかというところで、全国の中で、我々の市町村の位置づけがどうなっているかというところは、非常に重要なところであると思いました。

ただいまの御説明に関して、御意見、御質問等おありでしたら、どうぞ御発言をよろしくお願いいたします。

（大沼委員）

チェックリストの遵守率を拝見しまして、遵守率が高いということは、がん検診の受診率も高いということなののでしょうか。それとも全く別で、あくまでの精度を見ているということなののでしょうか。

（加藤部会長）

そのとおりです。

（大沼委員）

必ずしも受診率が上がるというわけではないということですね。

（加藤部会長）

実施体制などが整備されているかわかるというものになります。

（大沼委員）

受診をしていただくにあたって、しっかりと遵守しているということで、宮城県は遵守率高いということで良いということですね。

（加藤部会長）

そのとおりでございます。

（大沼委員）

ありがとうございます。

（加藤部会長）

体制が整備されていて、精度の高い検診を提供しているという意味となります。

それを次のステップとして、しっかりと受けていただくのと、次のステップについても、先ほどの表にあった有効性の確立した検診を正しく実施するという二段階目のところに当たるところになります。

次の課題としては、どうやってたくさんの方に受けてもらうかというところが、次の問題になってくるところだと思います。

（石川委員）

この件については、特に大丈夫です。

（加藤部会長）

志賀先生、いかがでしょうか。

（志賀委員）

低いところが部分的にはあったとしても、委託先が変わったということで、ある程度年数が経てば、解決するような問題という認識でよろしいですね。

（加藤部会長）

精度管理状況の個々のチェックリストの遵守状況について、整っていない市町村に対しては、個別に指導し、それを役立てていただいてチェックリストに書かれていることを満たしていただくということが重要だと思っております。

ここについては、宮城県は国内でも高い遵守率となっております。このチェックリストは平成20年あたりからスタートしまして、全国に対して遵守するよう言い続けて、徐々に全国的にも遵守率が上がってきた経緯があります。

やはり、言い続けていくしかないなので、悪いところに関しては指導するということになります。ただ、細かな項目になりますと担当者が変わった際に解釈が少し変わってしまうところがあり、それが原因でブレが出てくるところはあると思われますので、解釈の標準化を行う、あるいはおかしいと思うところは部会の方から指導していただくということが必要になると思います。

宮城県の特徴として非常に興味深いと思うところは、27ページの集団検診と個別検診の部分でありまして、一般的に、個別検診の遵守率が悪いというのが全国的な傾向ですが、宮城県の場合は、なぜか個別検診の遵守率が高くなっております。個別検診をどういったところで受けているのかなどについて、調べてみたいところであります。

チェックリスト遵守状況については、よろしいでしょうか。

それでは、次のがん検診結果別人員等調査結果の説明について、お願いいたします。

（事務局）

スライドのページは40ページになります。プロセス指標の評価になります。

41ページです。プロセス指標については、検診の流れのどこをみているのかは、御覧のとおりになります。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に、74歳未満までの結果についてまとめております。

42ページです。調査年度ですが、検診受診率は令和4年、精密検査に関しましては、未受診の把握、がん確定する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。ここで注意点ですが、市町村が実施する住民検診は、全数調査になりますが、下の表にあります国民生活基礎調査（厚労省）については、自治体検診のほか、職域検診、ドック等も含まれる抽出調査の結果になります。

44ページは、大腸がん検診の受診率の推移です。左側が市町村実施の住民検診の結果です。母数が対象となる全住民となっていることから全体的に受診率が低くなっています。右側は、職域も含む、受診率になり、より実態に近い受診率になります。いずれも全国より高く推移しております。

45ページは、R4年度の全国順位を表したものです。どちらの受診率も高くなっています。

46ページは、各プロセス指標の意味や計算方法となっています。

47ページは、それぞれの基準値になります。

48ページです。ここからは、各プロセス指標について、宮城県と全国との比較を中心にみていきます。はじめに精検受診率になります。宮城県は、過去12年をみてわかりますとおり、全国より高い値を推移しております。



49ページは、直近の令和2年の全国順位です。全国第2位となっています。

50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、精密検査の対象者が適切に絞られているかをみる指標です。全国より低い値を推移しております。

51ページは、直近の全国順位です。全国で下から2番目に低い県となっています。この件については、後ほど説明させていただきます。

52ページは、精検未受診率です。要精検者が実際に精密検査を受診したかをみるものですが、低い方が良いということになります。宮城県は全国より低くなっています。

53ページは、精検未受診率の全国順位です。福井県に次いで、全国でも最も低い県となっています。

54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、低い方が良いということになります。宮城県はややバラつきはありますが、全国より低くなっています。

55ページは、精検未把握率の全国順位になります。

56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。全国よりやや低い値を推移しております。

57ページは、全国順位ですが、直近の2020年ではほぼ全国値に近い値となっています。

58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、全国とほぼ近い値を推移しております。

59ページです。直近の2020年では、全国順位では高くなっています。

60ページです。先ほど、要精検率が全国的にも低いとお話させていただきましたが、本日は要精検率について検討が必要どうか御意見をいただければと思います。

61ページです。国の資料によれば、要精検率について、極端な高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要とされております。予想される要因や検討内容は御覧のとおりとなっております。これらの要因について詳しく見ていきます。

62ページです。要因の一つとして、有病率の低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、宮城県の年齢構成が全国に比べて違いはありませんでした。

63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ました。

64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ですが、どちらとも全国的に低くなっており、差はありませんでした。

65ページは、集団検診と個別検診の割合です。約9割が集団検診となっております。

66ページは、委託検診機関の一覧になります。

67ページは、各市町村のプロセス指標一覧です。次に市町村間で、差があるのかを見ていきたいと思っております。

68ページは、先ほどの一覧のうち要精検率をグラフ化したものです。2020年度については、異常な高値・低値はありませんでした。

69ページは、がん発見率と陽性反応適中度になります。人口の少ない市町村では、がんと診断された方が1名増加するだけで、割合が非常に上がってしまいますので、このグラフをもって、議論するのは難しいかと思いますが、参考までお示しました。

70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が、便潜血検査キットのキット名やカットオフ値までは把握しておりません。

71ページです。まとめになります。受診率などは非常によい結果となっておりますが、要精検率が長年、低値になっている理由について、これは、検討が必要なのか、それとも

問題がないとみていいのか、委員の皆様から御意見ををお願いします。

（加藤部会長）

ありがとうございます。プロセス指標値の解析についての御説明でございました。プロセス指標とは、検診をプログラムと捉えて、各検診の段階、プロセスをモニタリングして、プログラム全体の中で、どの部分が低値になっているか高値になっているかという数的な問題があるかということを評価するものとなります。今の御説明は、精検受診率が全国と比べて非常に高いということと、要精検率が全国と比べて低いところが問題にならないかというところが、事務局からの御指摘でありました。委員の先生方、御意見いかがでしょうか。

（志賀委員）

今の精検受診率と精検未受診率については非常に高いレベルを保っていると思います。精検未把握率も比較的高いところにあるので、全国的に非常に高い水準を保っているのではないかと感じておりました。

要精検率の方だけを問題にされているようですが、対がん協会でも嶋田先生の時代から御検討されていたように、便潜血のカットオフの問題との兼ね合いが色々出てくるのだらうと思います。

おそらく、その時代から対がん協会でも4%程度の値に設定されていたと記憶しております。あまり高くしすぎると、発見率はもちろん上がるのですが、その分それを処理するためのマンパワーが不足してしまうという問題があると思いますので、いたずらに高い値に設定しないことが必要です。

むしろ全国的にも先鋭的な福井県に準ずるぐらいの非常に高い水準であると思うので、全体として問題はないと感じました。

（加藤部会長）

ありがとうございます。

今、志賀先生から御説明があったとおり、一つの指標についてだけを高い、低いと見ても、あまり意味がなくて、一番肝心なところは、大腸内視鏡を行えるキャパがどれくらいあるかということを考えないといけません。

要精検率だけ高くすると、便潜血検査で引っかかる人が山ほど出てきます。そうすると、その人たちに大腸内視鏡をできるキャパがあるのかというところで、結局、大腸内視鏡検査を受けられない人たちが、たくさん出てくるということになります。

これでは問題ですので、発見と要精検のバランス、そして、大腸内視鏡ができるキャパを考えて、調整していかないといけない部分であると考えます。

宮城県の場合は、若干、要精検率が低いですが、発見率がそこそこで、陽性反応的中度、陽性となった方々からどれくらいがんが発見されるかという効率ですが、非常に高いレベルです。

以上のことを考えると、精検者が低く抑えられていて、県内のキャパを超えない程度に抑えられていながら、大腸がんを発見できており、非常に効率の良い検診ができていると思います。

志賀先生が御指摘になった要精検率が高くなるか、低くなるかについては、検診施設のカットオフ値の問題がありまして、カットオフ値を低くすれば、たくさん引っかかるわけです。

福井県はなぜ低いかというと、カットオフ値を高く設定しております。例えば、我々のところで、100としているところ、福井県は200にしています。

小さながんや早期のがんも、たくさん拾い上げれば、感度は上がってきますが、偽陽性も増えるので特異度としては下がっていきます。このような問題もあるので、死亡率減少を

目的とすれば、やはり引っ掛けるべきものを身の丈にあった方法で見つけていくということが大事なところであると思います。

県内、色々な施設で検診を行っているので、カットオフ値や検査キットがどのようなものが使われているかということについて、県でも調査をして、標準化を図っていくということも必要になってくると思います。

これは、検診機関に調査をすれば済む話ですので、委託されている検診機関が、どのようなキットを使ってどれぐらいのカットオフ値を用いているのかということ进行调查し、御報告いただけるとありがたいです。

（大沼委員）

非常に勉強になりました。

先ほど、福井県の要精検率が非常に低いとあり、それはカットオフ値を高くしているからだとお話がありました。

それが、がんの死亡率の減少に実際につながっているのだろうか疑問に思いました。

もうひとつは、国が定める要請検率は基準値6.8%以下とのことですが、6.8を超えなければいいということでしょうか。

（加藤部会長）

国が定める新しい基準ですが、国のがん登録から得られる罹患率が年齢調整罹患率と、感度特異度から推計された値を元にして作っております。

前まで出していたプロセス指標値は、全県のデータを集めて、上位70パーセンタイル以上を許容値、90パーセンタイルのところを目標値と定めていたわけですが、新基準では、科学的根拠をもって指標を定めるということで、検査の感度、特異度をベースに、罹患から推計されるがん発見数を割り出して、決められた数値ですので、対象集団の年齢構成によって、だいぶ変わってくる数値となります。

代表値としては出されていますが、あくまで参考として使っております。

要精検率は低いに越したことはないですが、あまりに低すぎると61ページに書かれていたような問題が上がってきます。

大腸がん検診の場合は、カットオフ値という明瞭な線引きができて、他のがん検診にあるような読影などが絡まないの、割と線引きしやすい検診だと思います。

そういった意味では、非常に精度の高い検診がされていることは間違いないと思うのですが、やはり、カットオフ値については、どのようになっているか一度、全県的に調査していただけるとありがたいなと思います。

（大沼委員）

実際、福井県はがんによる死亡率が減少しているのでしょうか。

（加藤部会長）

国のデータを見ても、福井県だけが下がっているというデータはないと思われます。

対策型だけの話ですので、受診率については、やはり福井県といえども低いです。

対象人口の中には対策型として受けている人と職域型として受けている人、任意型で受けている人などいますが、地域保健健康増進事業報告では対策型として受けている人を対象人口で割っておりますので、対策型を受けている人の割合は、非常に低くなっております。

そうしますと、対策型で良い成績を上げていても、期待する死亡率の減少が現れるまでは、まだまだ努力が必要という状況であると思います。

（大沼委員）

ありがとうございます。

(加藤部会長)

では、よろしいでしょうか。

それでは、アウトカム指標について事務局から御説明をお願いします。

(事務局)

それでは、72ページを御覧ください。アウトカム指標についての御説明いたします。

73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。

74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、年々増加し、大腸がんが第1位となっております。

75ページは、女性で、男性同様に増加傾向で、乳がんについて2位となっております。

76ページは、年齢調整した罹患率になります。男性の大腸がんは、横ばいから微増傾向となっております。

77ページです。女性も男性同様な傾向にあります。

78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、全国値と同じ推移をたどっています。

79ページは、年齢階級別のグラフになります。男女ともに40歳代から増加していることがわかります。

80ページです。御承知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ので、こちらのデータを集計した結果についても御覧いただきたいと思います。なお、発見の経緯では、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。

81ページです。大腸がんが発見された経緯で、「がん検診」で発見された割合は、全国より高くなっています。

82ページは、宮城県のみデータになりますが、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お示したものです。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、検診の割合より多くなっております。

83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。男性は、水色が早期、濃い青は進行した状態で診断されたものです。大腸がんは、他の部位に比べ比較的早期に発見される割合が高くなっています。

84ページは、がんの発見経緯と進展度を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、自覚症状があって発見された場合には、進行がんで見られる割合が高いことを示しております。

85ページは、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。

86ページは、部位別の宮城県の年齢調整死亡率の推移です。男性は、近年横ばい傾向にあります。

87ページです。女性は、年によってばらつきがありますが、男性同様の傾向があります。

88ページは、大腸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、全国値と同じ傾向になっております。

89ページです。直近の2022年の年齢調整死亡率になります。宮城県の順位は御覧のとおりとなっております。

先ほど、大沼先生からお話がありました福井県の順位については、こちらに出ておりますので、参考にいただければと思います。

90ページです。最後のスライドになります。検診受診率が全国的にも良いですが、罹患や死亡は全国値とほぼ変わらないという結果でした。  
御審議よろしく願いいたします。

（加藤部会長）

ありがとうございます。

部会でアウトカム指標まで出てくるというのは、進歩したなと感じました。

先生方、いかがでしょうか。

（石川委員）

確認ですが、最後の86ページ以降は、これは通常のがん検診だけではなく、職域検診等もすべてを含めた値ということでしょうか。

（事務局）

そのとおりでございます。

（加藤部会長）

検診の受診率を考えると、死亡率の減少までいくのは難しいと思います。諸外国と比べると、我が国はやはり受診率が圧倒的に低いので、死亡率の減少に結びつかないという大きな要因になっていると思います。

（大沼委員）

検診で発見されるがんは、早期がんが当然多く、手術で治ることがほとんどですので、検診で見つかるということを増やしたいなと思いました。症状が出てからではもったいないと思いました。

少し逸脱しますが、現在、便潜血検査により検診を行っていますが、例えば将来的に大腸内視鏡で検診するということも考えられるではないかと思いました。

アメリカでは大腸カメラで検診をして、小さいうちからポリープを取るなどにより、がん死亡率が減っていると疫学的に出ているようです。

確かに、コストの問題で実施するのは難しいとは思いますが、将来的にやはり大腸がんカメラで全て検診したらよいのではないかと思いました。

（志賀委員）

内視鏡検診についても、大事な話題だなと思いました。

ひとつ前の話題で出ていた要精検率についても、適切な数値を6.8以下としか言えてなくて、感度、特異度についても同様です。

そうしますと、今の段階では適切な数値を出せないの、おそらく何パーセントがいいということは議論できないと理解しておりました。

がん登録データが出てきて、特異度等が揃って初めてものが言えるという理解でよろしいでしょうか。

（加藤部会長）

そのとおりでございます。

がん登録の利用については、第4期の県計画の検診予防の分野の検診の精度管理の項目で上がっております。

研究者が利用する分には個人へのIC（説明と同意）をとる必要がありますが、市町村が精度管理を目的に利用する分については、特に個別のICはいりませんので、がん登録の利用を市町村が精度管理に活用していただけるように、がん登録室の金村先生らがその部

分を広げているところではありますが、県の方からもお声がけいただけるとありがたいです。

がん登録のデータは「宮城県のがん罹患」という形で市町村別で出していただけておりますので、市町村で受診勧奨に使っていただけるとありがたいです。

先ほど、大沼先生が御指摘になった早期発見についてですが、82ページを見ると、宮城県は大腸がんについては、有症状による発見が多いです。これは何とかしたいです。

そのためには、がん登録データ等を活用しながら、検診をきちんと受けましょうということを住民に訴えていただくことがよいのではないかと思います。

全国値とほぼ同じだからよいとは、やはり言えないので、全国よりも低い死亡率を目指して行くということで、精度が良い検診を行えているので、それを受けていただく方を増やしていければ、早期発見で大沼先生のもとで手術していただけるということになると思いますので、そういった流れを作っていければと思います。

大腸がん内視鏡検診については、非常に期待されることではありますが、今回のガイドラインでは証拠不十分ということで、活用はもう少し先となります。

確かに成績は出てはいるのですが、まだ完全に有効であると言い切れるデータがないです。

特に、最近問題となっているのは参加率です。大腸がん内視鏡検診が有効と言っても、大腸内視鏡検診を受ける人全ての受け入れが可能か、キャパの問題等が解決しないと内視鏡検診が有効だと言っても、受ける人がいなければ、死亡率減少には結びつかないので、その部分については有効性評価の中でも、非常に大きく占めるようになってきています。

まずは、堅実な便潜血検査を広めていって、受診率を高めていくことが大事であると思います。

それでは、アウトカム指標についてはよろしいでしょうか。

次に4協議にうつります。本日のこれまでの報告を踏まえて「市町村への指導事項

（案）」について協議します。初めに事務局から説明をお願いします。

（事務局）

事務局になります。資料2を御覧ください。

2ページ目を御覧ください。大腸がん検診における現状と課題としまして、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ページを御覧ください。具体的に市町村への指導事項として記載される内容となります。概要調査に関しましては、指針に定められた対象年齢外40歳未満の者にがん検診を実施することは、不利益が利益を上回ることを認識し、検診対象者の見直しを検討すること、さらに検査項目に指針で定められた問診を加えることを検討すること。チェックリストの遵守と検診受診率等につきましては、昨年度実施指導済みですので今年度はありません。また、その他としまして、先ほど加藤先生からお話がありましたが、がん登録の利活用の推進についても記載しました。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。具体的な内容は4ページ以降を御覧ください。

最後に、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まいりましたが、対応なしの市町村があることから、引き続き、研修会等を通じて制度管理の重要性などについて周知を図ってまいりたいと思います。説明は以上です。

（加藤部会長）

ありがとうございます。

ただいま事務局から指導事項の案が示されました。委員の先生方、御意見いかがでしょうか。

(石川委員)

資料３－１の精検受診率を上げるということについてです。

先ほどの話題とも繋がっていますが、私の勤めるクリニックは一般的な内科のクリニックなので、いろいろな方がいらっしゃいます。

先日、高血圧か糖尿病の患者だったかと思うのですが、その方が大腸がん検診で便潜血検査が陽性と指摘されていたので、受診した方がいいよと言ったのですが、結局行かず、また今年も同じように検診を受けることは受けるけど、その後に進まないということ、一般的な外来には、そのような方がたくさん訪れます。

その方たちは、便潜血が大腸がんにつながっているということをそもそも知らないし、把握してないわけです。

ですので、便潜血検査で陽性が出たら、今、検査をすれば早期発見できるということを理解してもらうことがとても大事だと思います。

先ほど、加藤先生や大沼先生のお話にもありましたが、がん検診をした場合には、これだけいいことがあって早期発見が多いことや、このままほっといて自覚症状が出てからでは遅いですよといった脅しといったら言い過ぎかもしれませんが、検診の重要性をアピールしていただけるといいのかなと思いました。

一般の内科に来る患者の皆様は、便に血が混じるくらいでは、いくらお話ししても伝わらないので、やはり啓発は必要であると感じます。初診の外来の方であれば、ある程度の気持ちを持っていかれている方だと思うのですが、それ以外の方たちにとってはなかなか難しいのではないかなと思いました。

(大沼委員)

今の石川先生のお話、納得しました。

そうするとやはり大腸内視鏡を実施するということはハードルが高いのでしょうか。

(石川委員)

その発想にすら行きつかないと思います。病気でないのに、なんでと思われると思います。

(大沼委員)

大腸内視鏡に対するハードルが高いのだなと感じました。大腸内視鏡も安心して受けられるという啓発も必要かもしれません。

(加藤部会長)

志賀先生、何か御意見ございますか。

(志賀委員)

今までのお話から、精検受診率などは高く維持されているので、県全体としては、要精検者については十分に内視鏡に導かれているのかなと思いました。

ただ、やはり全体としての検診受診率が低いということが問題なのだと思いますので、検診の受診率を上げるために、県、市町村が受診勧奨を行うことが大事であると思いました。

ただ、今の議題は、市町村への指導内容ということですので、２、３ページでまとめている内容でよいかと思います。

先ほど話題に上がった要精検率に改善の余地があることについては、そこだけ言うてしまうと恐らく伝わらないかと思うので、そもそも受診率を上げないといけないところをもっと強調した方が啓蒙につながっていくのかなと思います。

(加藤部会長)

ありがとうございます。

確かに遵守率もいいですし、有効な検診が正しく行われるところまでは来ていますが、受診率向上に結びつかないということで、次のステップに取り組まなければならないところですが、一つの足かせとして、精検の場合は内視鏡に対する敷居の高さがあります。

それと、石川先生のお話にもありましたが、便潜血検査が大腸がん検診であると分かっている方がいるかもしれないということや、検査を受けに行っているだけで、何のために検査を受けているかがわかっていないという方がいるということで、認知度を上げていくということも受診率向上のためにも必要なことかなと思いました。

便潜血検査によって大腸がんが早期に発見されるということは、広めていただく必要があります。

現状と課題、指導事項については、資料に書かれている中である程度充足されていると思います。

がん登録データを使って、住民へ啓蒙するということも出していただいております。

宮城県は、非常に精度の高い検診ができる体制が整っているので、受けていただく人を増やしていくためには、何のために何を受けているのかということを経済に理解していただいて、その結果がどのように結びついていくのかということを経済なデータを使いながら、有効活用できるように考えていく必要があると思いました。

指導事項については、了承していただくということによろしいでしょうか。

それでは、事務局案のとおりとさせていただきたいと思います。細かな修正点については、部会長に一任させていただきたいと思います。

時間が過ぎてしまいましたが、これで協議事項は終了といたします。

その他として、事務局から何かございますでしょうか。

(事務局)

特にございません。

(加藤部会長)

それでは、本日予定いたしました議事は終了いたします。円滑な運営に御協力いただき、大変ありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しいたします。

(事務局)

御審議ありがとうございました。

いただいた御意見につきましては、指摘事項を今後、反映して参りたいと思います。特に、例年、市町村に指導しているにもかかわらず、対象年齢を守っていないところ、問診を加えていないところがございます。これらについては、市町村に理由を尋ねておりました。

対象年齢に関しては、住民サービスで行っており、なかなか変えられないという話をいただいております。ただ、不利益という部分もございますので、改めてその点を説明し、さらに問診についても確実に行っていただけるような方策を考えていきたいと思います。その他、いただいたたくさんの御意見を反映できるよう進めていきたいと思います。

ありがとうございました。

(司会)

加藤部会長、議事進行いただきまして誠に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検診管理指導協議会で、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大腸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。