

令和7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7年11月12日（水）午後6時から午後7時15分まで
- 2 場所：行政庁舎7階 保健福祉部会議室（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（web出席）
- 4 会議録

（司会）

それでは、時間となりましたので、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、お願いを申し上げます。本審査部会はウェブ会議システムを使用してございます。志賀委員にはウェブ会議を通して出席していただいておりますが、カメラは常時オンにしていただき、マイクはミュートで御設定をお願いいたします。御発言の際は、マイクのミュートを解除し、御発言をお願いいたします。

次に、会議の成立について御報告させていただきます。本日の会議には、全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、本日の会議が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、あらかじめ御了承ください。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4、参考資料でございます。皆様よろしいでしょうか。

それでは、ただ今から令和7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。開会にあたりまして、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）

今野でございます。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誠にありがとうございます。また日頃から本県のがん対策の推進につきまして、御指導、御鞭撻を賜りまして、重ねてお礼申し上げます。県の対策推進計画では、がん検診の受診率を70%以上、精検受診率を95%以上とする高い目標を掲げさせていただいております。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し、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、検診実施主体であります市町村や、その委託先である検診機関に対し、助言を行う事項を御審議いただく重要な役割を担っていただいております。本日は、市町村への調査結果や、がん登録等の統計を用いた精度管理調査の結果、検診機関ごとの便潜血検査の状況を御報告させていただき、市町村への指導事項

について御協議いただきます。

委員の皆様には、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して、簡単ではございますが挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

(司会)

本日の出席者につきましては、昨年度から委員の変更がございませんので、お手元の出席者名簿で代えさせていただきます。

それでは議事に入ります。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いたします。よろしくお願ひいたします。

(加藤部会長)

それでは、早速議事に入ります。次第4の議事（1）大腸がん検診の精度管理調査結果について、事務局から御説明をお願いいたします。

(事務局)

事務局、宮城県健康推進課の小野寺です。資料1により「大腸がん検診の精度管理結果について」説明します。

1ページです。本日は、御覧の4つの項目について、順番に説明させていただきます。まず、はじめに「1 概要調査結果」です。

2ページです。こちらは昨年度の資料にもありました、概要調査の説明になります。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、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。

3ページです。本日御説明する項目の調査年度の一覧になります。概要調査は、本年度の実施状況になります。

4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。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。

5ページです。検診の対象年齢（下限）年齢は、40歳以上となっておりますが、宮城県内では6つの市町が30歳台も対象に大腸がん検診を実施しておりました。

6ページです。検査項目です。国の指針では、便潜血検査と問診を行うことになっていますが、問診を行っていない市町村は、昨年度の15市町村から9減り、6市町村となりました。

7ページです。こちらは、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、御覧のとおり、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。

8ページは、参考までに、県内の検診機関が配布している問診票の例です。検査の袋に簡単に記載している場合や、紙で受診表と一緒に配布している例もあります。

9ページです。概要調査のまとめになります。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ひいたします。

(加藤部会長)

ただいまの説明について、御意見、御質問等はございますでしょうか。

(大沼委員)

御説明、ありがとうございます。

問診を行っていない市町村があったとのことですが、問診項目というのは共通の項目なのか、それとも自治体がそれぞれ作っているものなのでしょうか。

(事務局)

問診項目は、自治体によって異なっております。資料3の指導事項の案を御覧いただきまして、3ページの表の2行目に大腸がん検診の問診における留意点とあり、参考として、現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診歴を確認することなどが挙げられております。

(大沼委員)

そもそも問診は必要なものなのでしょうか。便潜血反応が陽性かどうかで、次の精密検査に進むわけですので、そこで問診が必要なのかなと思いました。単純な疑問で申し訳ございません。

(加藤部会長)

国の指針で、問診項目は聞かなければいけないと決められているので、これをやめるということはできません。問診の目的は、検診を受ける前に既に便出血がある方などを事前に弾くということが一番の目的です。そこのチェックがしっかりととなされていれば、問診が必要とされる意味合いはあるのかなと思っています。

(大沼委員)

ありがとうございます。

(石川委員)

加藤先生がお話になつたように、問診が必要であるとしますと、簡単な問診票のようなものを作ることは、それほど難しくないような気がするので、簡単に解決できそうな気がしました。

(加藤部会長)

そうですね。今回、調査をしていただいて、初めて、使っている、使っていないということが明らかになったので、実施している市町村の事例を好事例として各検診団体や市町村に周知していただければ、問診を取っていないところが減るのではないかと思います。最低限、便出血がないということだけでも確認していただければいいのかなと思います。

(志賀委員)

昨年も問診については同じ議論があったかと思います。今回は、未実施の市町村が 15 から 6 市町村に減っているということですので、御指導の賜物ではないかと思いました。感謝申し上げます。それから、対象年齢について、40 歳未満でも実施していることについて、これまで県からの指導があっても続けていることになります。後の統計に含まれてこないのかもしれません、そのあたりはいかがでしょうか。

(事務局)

この後のプロセス指標の統計には含まれません。対象年齢は 40 歳から 74 歳に限定しております。

(加藤部会長)

一度始めたものはやめにくいということが実態だと思いますが、自治体の担当者に理解していただくことも必要です。住民の方に対しても「この年齢ならば受ける必要はない」ということを啓発していただく活動も必要になってくるのかなと思っています。検診は、費用対効果が高くなる年齢から始めましょうということを啓発していく必要があります。

その他、よろしいでしょうか。

それでは続いて、事務局からお願ひいたします。

(事務局)

資料 1 の 10 ページを御覧ください。続きまして、チェックリスト遵守状況調査の結果になります。

11 ページです。こちらは、チェックリスト遵守状況調査の説明になります。御覧のとおり、検診の一連の流れが正しいのかを見るもので、国が推奨する最低限の検診体制を実施しているかを、項目ごとに市町村が回答したものです。

12 ページです。昨年度は、全国比較を行うため令和 5 年度の県全体の結果のみ御報告しましたが、本年は、令和 6 年度の県全体の結果に加え、各市町村、個別の結果についてもお示しします。

13 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。

14 ページです。こちらは、市町村が回答する様式です。御覧のとおり、それぞれの項目に

ついて○か×で回答するものです。

15 ページです。ここからは令和6年度の結果になります。グラフは、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。

こちらのグラフは、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。令和6年度の結果を見ますと、宮城県は、昨年度よりやや上がり、全国的にも高い遵守
率であるということがわかります。

16 ページです。こちらは、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。昨年度も同じグラフをお示ししましたが、本年度は、令和6年、2024年の
データが追加になっております。集団、個別とも、全国より高い遵守率を維持しております。

17 ページは、令和6年度の遵守率を都道府県別ランキングにしたものです。集団検診は、
全国第3位、個別検診は、6位という結果でした。

18 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。未実施の理由については、委託先変更に伴い健康管理システムへの反
映が追いついていないということでございます。令和4年度から更新したことでござ
いますので、5年経過しますとこちらの項目も、いずれクリアされるものと思われます。

19 ページは、個別検診の結果です。20 ページと 21 ページは、チェックリストの項目内容
です。以下、21 ページから 25 ページまでは御覧のとおりです。

26 ページを御覧ください。こちらは、令和6年度の市町村ごとにチェックリスト遵守状況
を○と×で一覧にしたものです。52の項目がありますが、一つ以上の市町村で×がついた
項目のみ抜粋しております。薄緑色で○になっている市町村は、令和5年度が×で、令和6
年度が○にとなり、改善された市町村です。一方、薄い赤色で×となっている市町村は、R
5年度も×で、R6年度も×となった市町村で、改善がされていないことを示していま
す。特に問1-2-1「受診勧奨を行った住民のうち未受診者全員に対し、再度の受診勧奨を
個人毎に行いましたか」については、市町村のマンパワーの問題もあり、多くの市町村で×
となっております。

27 ページです。特に問4-4「過去5年間の精密検査方法及び、精密検査結果を記録してい
ますか」については、検診機関が変更になった市町村を中心に×が多くなっております。

28 ページです。問6-2-3「上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善
策をフィードバックしましたか」についても×が多くなっていました。

29 ページは、個別検診の結果になります。集団検診に比べて個別検診の割合は極端に少
ないですが、この表で、女川町がすべて×になっています。女川町に確認したところ、間違い
であったことが判明し、問1-2-1以外は、○に修正するとの連絡がありました。令和6年度
のシステムの入力は終了しているため、この国のデータは修正できませんが、現在入力して
いただいている令和7年度については正しく入力していただくこととしております。

30 ページです。チェックリスト遵守状況調査結果のまとめになります。令和5年度から改善された市町村は多いですが、改善されていない市町村については、本年度から項目ごとに、市町村個別に指導することを検討したいと思っております。具体的には、資料3の3ページのとおりになります。ここまでについて御審議をよろしくお願ひいたします。

(加藤部会長)

チェックリスト遵守状況調査結果について、御意見、御質問等よろしくお願ひいたします。この26ページの表、緑色で改善された市町村が示され、分かりやすくて良いです。こういった改善した市町村を好事例として、他の市町村に何らかの情報をフィードバックするといったことも、今後考えていただければいいかと思います。

委員の先生方から何かございますでしょうか。

大沼先生、どうぞ。

(大沼委員)

受診勧奨を行うことによって、それまで受診していなかった対象者が、精密検査を受診したという数は上がっている、それが分かるデータはあるのでしょうか。

(事務局)

そういうデータはございません。

(大沼委員)

やはりそうですよね。ありがとうございます。

(加藤部会長)

個別の受診勧奨（手紙や小さな冊子など）で勧奨すると、効果が上がるというエビデンスが海外のデータであり、それを根拠にして国においても推奨されているため、こういったことをチェック項目の中に入れているのだと思います。

受診勧奨を行ったことで、どれほどの効果があったかデータで示すということまでは難しいかもしれません、とはいっても、宮城県としては、全国に比べてその遵守率が非常に高い、真面目にやっている県なのだなということは分かると思います。

その他、委員の先生方からございますでしょうか。

(意見等なし)

それでは次の、3プロセス指標に移ります。

(事務局)

資料1の32ページを御覧ください。次に、3プロセス指標について御説明いたします。

33 ページです。プロセス指標とは、要精検率やがん発見率などのことで、具体的には、こちらの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。

34 ページです。精検受診率などプロセス指標は、全国値と比較できる直近は令和 3 年度となっております。

35 ページです。こちらは、各プロセス指標の意味や計算方法となっております。

36 ページは、それぞれの基準値になります。

38 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。昨年度は、令和 2 年度、2020 年のデータをお示ししましたが、今回は令和 3 年度のデータが追加されています。宮城県は、過去 13 年間、全国より高い値を推移しております。

39 ページです。上段は、令和 2 年の全国順位で、下段が令和 3 年度の全国順位となっております。全国第 2 位の順位は変わっておりません。

40 ページです。要精検率のグラフになります。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見る指標です。令和 3 年度は、令和 2 年度より若干上昇しておりますが、全国より低い値を推移しております。

44 ページは、陽性反応的中度になります。宮城県は全国とほぼ近い値を推移しております。

46 ページからは、精密検査未受診率になります。宮城県は全国より低い値で推移しており、2 年連続、福井県に次いで全国で最も低い県となっておりました。

50 ページです。精密検査未受診率と精密検査未把握率を合算したグラフで、宮城県は合算しても全国第 2 位の低さとなっておりました。

51 ページです。宮城県は要精検率が低くなっています。この内容について、今年度でも問題ないかを後ほど御議論いただければと思います。

55 ページは集団と個別の割合です。9 割が集団検診となっております。

66 ページはまとめになります。県全体の要精検率が長年低い値になっている理由につきまして、改めて検討が必要なのか、それとも問題がないと見ていいのか、委員の皆様から御意見を頂戴できればと思います。

(加藤部会長)

プロセス指標のまとめについて御議論をお願いしたいと思います。

精密検査受診率は全国的にトップクラスだと思いますが、とはいっても、国の目標（95%）よりもまだ 5 ポイントほど低いです。まだまだ頑張らなければならないなと思いました。大腸がん検診は精密検査の敷居が高いです。精密検査を受け入れる医療機関の数が限られるため、キャパシティの問題も一つあるかと思います。

(石川委員)

精検未受診率が全国で2番目に低いということで、誇らしいと思いますが、一方で福井県はものすごく低いですよね。どうしてこのように低くできているのでしょうか。
もしよろしければ、福井県に聞いてみて参考にするのもよいのかなと思いました。

(事務局)

資料1の50ページを見ていただきますと、福井県は、精検未受診率が低い一方で、精検未把握率が非常に高いということが分かっています。決して手放しで良いというわけではないかと思われます。

(加藤部会長)

未受診率と未把握率を合わせても、宮城県は全国で低いですで、成績としては良いと思います。未受診率が高いというのは、受けなかったという事実が確認されているということになりますので、追跡調査がしっかりと行われているということになります。一方で未把握というのは、追跡調査をしていない方が多いという意味合いで。県同士で調査体制の違いはあるかと思います。現に福井県と宮城県とでは検診の体制は違っていて、福井県は県で一括委託してやっているので、その違いがあるのかもしれません。

志賀先生、どうぞ。

(志賀委員)

未受診率もそうですが、未把握率も非常に低く、これは検診機関や自治体の皆様が非常に努力されている結果かなと思いました。感謝申し上げます。

資料1の48ページですが、精検未把握率が非常に低いとありますが、県の中だけで見ると、一時期よりかは、若干上がっているように思えます。10年以上前のことございますが、特に2008年から2009年あたりは顕著に低値となっています。このばらつきについては、何か把握している情報はございますでしょうか。

(加藤部会長)

未受診と未把握の定義が変わった時期があり、それが振り分けの差として出てきたことが、この状態に変わった一番大きい理由だと思います。

(志賀委員)

精密検査受診率に関して、市町村ごとのものに関しては、また後の議論になるということでよろしいでしょうか。

(事務局)

この後に検診機関ごとの結果について、御議論いただく予定です。

(志賀委員)

県全体としての精密検査受診率という認識でよろしいですよね。低い市町村は、てこ入れをし、全体を底上げできるということでもないのでしょうか。

(加藤部会長)

人口規模が小さいところは、少し人数が動いただけでデータが大きく変わってしまうため、市町村別で統計を取るとばらつきが大きくなります。個人的には、宮城県においては、仙台市とそれ以外の市町村で分けたほうがよいかと思います。そのくらいしないと実態は見えてこないよう思えます。この後のテーマとして、検診機関別にデータが出てきます。検診機関ごとの特性に応じて、てこ入れをすると、何か見えてくるかもしれません。

大沼先生、どうぞ。

(大沼委員)

志賀先生と同じ部分についての質問でございました。2008年から2009年にかけてのばらつきについては、未受診と未把握の定義が変わった時期であったということですね。

(加藤部会長)

要精検率が低いというところは、昨年も問題になりましたが、要精検率が高いと、内視鏡検査のキャパシティが溢れてしまい、必要な人が受けられないこともあります。この兼ね合いでバランスを取るとすると、陽性反応的中度を見るところが、一つの指標になります。この陽性反応的中度が高いということは、宮城県が持っている内視鏡検査の体制に対して、効率的に負担されているのかなと思います。もう一つは、精検受診率をさらに上げていくというところが、優先課題になるかと思います。

現状は、全国的に見ても未受診率や未把握率がかなり低いですから、非常に良い形で検診が進んでいることが見て取れる数値かと思います。

それでは、次のアウトカム指標の議題に進みたいと思います。

(事務局)

続きまして、68ページを御覧ください。アウトカム指標のうち、初めに、がんの罹患について御説明させていただきます。

69ページです。がんの罹患数です。令和3年度のデータが直近になります。宮城県では、近年、全部位で年2万件となります。

72ページを御覧ください。令和3年度に登録されました部位ごとの割合です。全国同様に、

男性は大腸がんが最も多くなっておりました。女性については大腸が乳がんに次いで多くなっておりました。

74 ページを御覧ください。74 ページは、宮城県の部位別の罹患数です。大腸がんは、男性が 2265 人、女性は 1688 人、合計 3953 人でした。

76 ページは、宮城県の男性の部位別のがん罹患数の年次推移のグラフになります。大腸がんが増えていることがわかります。

77 ページは女性のデータです。男性同様に、ここ数年急増しております。

78 ページからは、年齢調整罹患率になります。年齢調整罹患率でも、宮城県の大腸がんは増加しております。

79 ページは、宮城県と全国を比較したグラフです。全国値と同じ推移をたどっておりましたが、近年、その差が開きつつあります。

80 ページは、男性の全国順位になります。男性は罹患率が上がり、ワースト 5 位という結果でした。81 ページは、女性の順位です。女性も同様に順位が上がり、ワースト 3 位という結果になりました。

83 ページからは、大腸がんが発見された経緯になります。がん検診で発見された割合は、いずれも全国より高い割合となっております。

84 ページは、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、進行がんで発見される割合が高いことを示しております。

88 ページからは死亡率のデータになります。90 ページは、主な死因別にみた死亡率の推移のグラフになりますが、参考までにお示ししました。91 ページは宮城県のデータになります。92 ページは、がん死亡数の年次推移になります。宮城県のがんによる死亡数は、年間 7 千人前後で推移しております。93 ページは、主な部位別のがん死亡数の推移です。

大腸がんは、令和 6 年度は、男性 498 人、女性は 543 人でした。女性は部位別では大腸がんが最も高くなっています。94 ページは全国のデータです。95 ページは女性です。

女性は、平成 15 年から 1 位となっております。

96 ページは、全部位の 75 歳未満の年齢調整死亡率の推移です。近年、宮城県の死亡率が全国よりやや高くなっています。

98 ページです。こちらは部位別の宮城県の男性の年齢調整死亡率の推移です。大腸がんは、部位別死亡率の順位は第 2 位で、横ばい傾向となっております。

100 ページです。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います。

102 ページです。大腸がん年齢調整死亡率の男性の全国順位です。上段が令和 4 年、下段が令和 5 年です。103 ページは女性のデータです。令和 5 年度は死亡率が全国第 11 位という結果でした。104 ページは、参考までに全国の年齢調整死亡率をマップ化したものです。

105 ページは、全国の値を 100 としたときの標準化死亡比になります。

106 ページを御覧ください。こちらは標準化死亡比の変化率のグラフになります。

左側が 2015 年、平成 27 年の全国値を 100 とした場合の宮城県の変化率です。

上の赤字にありますとおり、変化率は+1.3%とやや増加傾向にあることがわかります。

右側のグラフは、各年の全国値を 100 とした場合に、宮城県の値がどのように変化しているかを示したグラフになります。変化率は+12.9%と、全国値との差が開きつつ、悪化していることがわかります。

108 ページは、標準化死亡比をスコア化したものです。全国より悪いということを示しております。

109 ページが最後のスライドになります。大腸がんは罹患数、死亡数が増加し、全国値よりやや悪い方に進んでおりました。こちらの審議について御議論をよろしくお願ひいたします。

(加藤部会長)

アウトカム指標のデータを示していただきました。罹患数が増えていて、特に女性の死亡率に結びついているところが、宮城県としての問題であるといえます。

先生方、御意見等いかがでしょうか。

(大沼委員)

実感として増えています。直腸がんについては、去年の手術数を今年は 9 月時点で超えております。早期で発見された方については手術でほぼ治ります。それでいて、死亡数が増えているということは、進行がんの患者の方も一定数いるということですので、いかに進行させない状態で見つけるかということが課題であると思います。

(加藤部会長)

症状が出ないうちにどう見つけるかというところですね。便潜血検査を受けることが一番簡単な検査法ですから、多くの方に受けていただき、引っかかったら精密検査を受けていただけるという基本的なところを着実に指導していくしかないかと思います。

大腸がんの女性患者が、なぜ増えているのか不思議に思います。

(志賀委員)

はっきりとは分かりませんが、近隣の秋田県や青森県も多いので、食習慣などの共通点はあるかもしれません。

(加藤部会長)

宮城県は大腸がんと肺がんの罹患数が多いです。肺がんはタバコなどが要因に挙げられ、若年者の喫煙率が高いようなので、その部分について対策等が考えられますが、大腸がんは予

防と言っても運動や食生活の改善といったことぐらいでしょうか。やはり、先ほど大沼先生のお話にあったとおり、早期発見、早期治療ができれば、予後は非常にいいということですので、症状が出る前に対する啓発をやっていくしかないようと思えます。

志賀委員、どうぞ。

(志賀委員)

検診のデータとして、83、84、85 ページあたり、検診での発見割合が全国的に見ても宮城県は高いですし、検診で発見されると進展度もだいぶ抑えられているという資料になります。このような資料が県民の皆様により伝わるといいのかなと思います。

(大沼委員)

インパクトがあつていいと思います。

(加藤部会長)

こういったところも強調して啓発していく必要があると思います。ただ、ひとつ留意いただきたい点は、がん登録のデータですので、職域検診やドックなども実績も入っていますので、精度管理が行き届いていない部分もあります。74 歳未満ですと、職域検診等で受ける方が多いと思われますので、国が掲げる組織型検診を目指すというところで、職域検診等を含めた取り組みも今後考えていただく必要はあるのかなと思います。

あとは、こういった資料を一般市民の方に、検診で見つかると良いことがあるんだよということを、さらに分かっていただくような活動をしていく必要があると思いました。

石川先生、どうでしょうか。

(石川委員)

特に異論はございません。

(加藤部会長)

ありがとうございます。

それでは、次の議事の（2）便潜血検査（カットオフ値）の状況について、御説明お願いします。

(事務局)

資料 2 によりまして、便潜血カットオフ値の状況について、御説明させていただきます。昨年度の大腸がん部会では、部会長より「市町村でのばらつきがあるので、検診機関ごとに便潜血検査のカットオフ値を調査してはどうか」との御提案をいただきました。

2 ページです。そこで県では、今年の 6 月に、市町村から大腸がん検診の委託を受けていま

す検診機関や病院に調査を行いました。

3 ページに、日本消化器がん検診学会のマニュアルの抜粋があります。カットオフ値については、緩衝液あたりのヘモグロビン量 (ng/ml) では、異なる製品間のカットオフ値には比較性がないため、便あたりのヘモグロビン量 ($\mu\text{g/g}$ 便) に換算して比較する必要があるとされております。

4 ページは調査結果になります。カットオフ値は、ヘモグロビン量のとなりに、便あたりのヘモグロビン量も換算してお示ししております。なお、検診機関 J は、定性法を採用しているため今回は調査対象外としております。一番下の（参考）とあるのは、市町村からの大腸がん検診を受託はしておりませんが、職域検診で受託実績が多い検診団体で、参考として調査しました。

5 ページです。こちらの表はメーカーごとに区分したものになります。県内の検診機関では、アルフレッサ、栄研化学、ミナリスメディカルから名前が変わったキャノンメディカルの3社に限定されます。御覧のとおり同じ機種でも、検診機関によってカットオフ値が異なっておりました。

6 ページです。こちらは、検診機関ごとに集計し直したプロセス指標になります。複数の市町村から受託している検診機関は、その市町村の受診結果を合計して集計しました。検査数やがん発見数の生のデータは右側のとおりです。プロセス指標の評価ですので、40 歳から 74 歳までに抽出して集計しました。

7 ページは、3 年平均でならしたプロセス指標です。

8 ページは、受診者の年齢構成割合を示したものです。資料 1 でお示しました市町村単位のデータでは人口が少ない市町村ではバラつきが大きかったですが、複数の市町村から受託している検診機関は受診者数が合計されますので、ある一定規模の受診者数のデータとなります。右側のグラフのとおり、検診機関 I を除けば、今回の集計では、年齢構成に大きな偏りはありませんでした。したがって、例えば高齢者の割合が多くて、がん発見者数が多いということではなく、ほぼ同じ条件かで比較が可能かと思われます。

9 ページは、要精検者数の人数になります。こちらも参考までに年齢構成別に集計しました。

10 ページは、先ほどのプロセス指標をグラフ化したもので、直近の令和 3 年度のデータになります。参考までに下にカットオフ値を記載しました。下の要精検率では、やや差がある検診機関もありました。11 ページは、3 年平均で慣らしたものになります。

12 ページは、がん発見率と陽性反応適中度になります。カットオフ値が低い検診機関が低くなっています。13 ページは、3 年平均で慣らしたものです。12 ページと同じようにカットオフ値が低い検診機関が低くなっています。14 ページは、国の資料で、要精検率などのプロセス指標値が適正でない場合の検討事項になります。赤字に記載のとおり、各検診機関の要精検の判定基準は適切かとありますが、大腸がん検診の場合には、便潜血検査のカットオフ値になるかと思われます。

15 ページです。こちらが最後のスライドになります。便潜血検査のメーカーやカットオフ

値は、検診機関によって異なっていました。それにともない、要精検率などのプロセス指標にバラつきがありました。この件について、御審議よろしくお願ひいたします。

(加藤部会長)

検診機関別にカットオフ値の状況を調査していただき、分かりやすいデータになったかと思います。委員の方の御意見をお願いします。

志賀委員、どうぞ。

(志賀委員)

非常に分かりやすいデータありがとうございます。栄研化学のデータで見ると、受診者数が多い D の機関でカットオフ値が低めに設定されているため、要精検率（11 ページ）は高くなり、一方で陽性反応的中度（13 ページ）はぐっと下がっているということになるかと思います。医療機関側の負担も大きくなっていると思います。このカットオフ値は市町村からの要請で設定されているのか、検診機関側の判断でこのぐらいにしているのか、どういう流れで設定されているのでしょうか。

(事務局)

市町村で定めているわけではございませんでした。メーカーの推奨値を参考に検診機関の方で定めていると伺っております。

(加藤部会長)

検診機関 D については、カットオフ値が低いので、感度が高くなって要精検率が当然高くなる割に、がん発見率が低い。たくさん引っ掛けている割には、あまり見つかっていないという結果です。志賀先生の御指摘のとおり、偽陽性により地域の医療機関に対する内視鏡検査の負担が大きくなっている可能性があります。このカットオフ値を少し見直していただくといったことで、地域の医療機関が疲弊しないようにすることも必要になってくるかと思います。努力している検診機関がどういったプロセスで検査を行っているのかが、このデータでよく分かるので、これを好事例として、検診機関に流していただけるといいかと思います。

(大沼委員)

12 ページの H と I で、がん発見率にこれだけの差が出るのはたまたまなのでしょうか。

(加藤部会長)

地域の問題等、色々と要因は考えられます。スクリーニングの精度、精密検査を受けさせる体制の問題、そして精密検査医療機関の検査精度、そういったことを全部見ていかないと、

なかなかアウトカムに影響を出せるような対策は打ち切れないという感じです。

(志賀委員)

福井県と同じように、カットオフ値に関しても県主導で働きかけをして、擦り合わせていくような動きというのは可能なのでしょうか。

(加藤部会長)

医療のことになるので、県主導で数値を設定することは難しいかと思います。こういったデータを見ていただいて、検査機関で御判断いただくというのが筋なのかなと思います。県が数値を指定すると、相当な根拠が必要となるため、県は責任を担保できないと思われます。それよりも、この調査を継続して、「これだけ差があるんだよ」ということを検診機関や市町村にフィードバックし、自分たちで問題意識を持って改善してくださいということを促すことが、今後必要になってくるファーストステップかなと思います。

福井県のように統一して一箇所でやっているところは、こういった差が出ないのでしょうけれど、宮城県は、まだまだ改善の余地があると思いますし、うまく改善できればアウトカムとしての成績が上がってくるのかなと思うところです。

それでは、続いて（3）市町村案の指導事項案について、事務局から説明願います。

(事務局)

市町村の指導事項案について、御説明いたします。

資料3の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（宮城県）として、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ページ目を御覧ください。こちらが、具体的に市町村への指導事項として記載される内容になります。概要調査に関しましては、該当する市町村に対しまして、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、問診を実施していない市町村に対しては、検査項目に、指針に定められた「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については、本年度から質問項目ごとに、未実施の市町村を個別に指導することとした。

4ページを御覧ください。プロセス指標に関しては、精検受診率95%未満の市町村に対して、第4期計画で定める精密検査受診率95%の目標達成に向けて、未受診者への受診再勧奨及び未把握者の動向把握に努めることしました。年齢調整死亡率等につきましては、全市町村に対して、県内の大腸がんの罹患数、死亡数が増加傾向であることから、がんの予防や、がんの早期発見の重要性について、広報誌、ホームページ等あらゆる機会を利用して、引き続き啓発に努めることとしました。

資料が変わりまして、資料4を御覧ください。こちらは、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。改善された市町村がある一方、長年改善されない市町村があることから、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。

(加藤部会長)

説明いただきました指導事項案について、御議論いただきたいと思います。

(各委員から異議等なし。)

チェックリストに係る指導事項について、個別になったので非常に分かりやすくなっているなと思いました。概要調査、問診のところの指導内容は、先ほどのスライドに出ていた好事例を具体的に示すなど、もう少し具体的した方がよろしいかと思います。

市町村から検診機関へフィードバックできない場合には、部会から指導を促しているということが分かる文面を付けていければ良いかなと思いました。

他の指導案については、特に問題なく委員の皆様から御賛同いただきました。

よろしいでしょうか。

(異論なしの声あり。)

ありがとうございます。それでは、指導事項案についても御了承いただきました。貴重な御意見、本当にありがとうございました。細かい修正点については、事務局で調整させていただきたいと思います。これにて議事審議は終了いたします。事務局の方へお返しいたします。

(司会)

ありがとうございます。その他としては、事務局からは特にございませんが、先生方からもよろしいでしょうか。

(その他事項、特になし。)

ありがとうございます。それでは、加藤部会長、議事進行いただきまして大変ありがとうございました。また、委員の皆様、貴重な御意見を大変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、加藤部会長より御報告いただき、他の各部会で御審議いただいた内容と合わせ、指導事項として取りまとめます。その後、各市町村及び検診団体等に通知するという流れとなります。

なお、本日の内容は、議事録として委員の皆様に送付いたしますので、内容の御確認について御協力をお願い申し上げます。

それでは、以上を持ちまして、令和7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。本日は大変ありがとうございました。