

令和7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8年2月6日（金）午後6時から午後7時15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）

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。初めに、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いたします。会議資料は、次第、出席者名簿、資料1から資料4、参考資料1となっております。過不足等はございませんでしょうか。もしなければ、後からでもお届けしますのでお知らせください。

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 肺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課長の今野より御挨拶申し上げます。

（今野課長）

健康推進課の今野でございます。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、御支援、御協力を賜りまして誠にありがとうございます。1月に厚生労働省が、初めて全国がん登録を基にした「がんの5年生存率」を公表いたしました。これによりますと、2016年に肺がんと診断された県民の5年生存率は、全国値と同じ37.7%でありました。肺に関しては厳しい数字ではございますが、過去30年ほどの統計を見ますと、本県の肺がんの年齢調整罹患率は男性が横ばい、女性についてはやや増加傾向できていますが、年齢調整死亡率の方は男女ともに減少傾向にございました。罹患の割に死亡数は減少しているという見方もできるかと考えております。こうした背景には、市町村の検診担当者の皆様の御尽力によって、他県と比べても比較的高い検診受診率を誇っていること、また、先生方による早期発見、早期治療によるものと考えてございます。この部会は、検診の実施主体である市町村や、委託先である検診機関に対して助言、指導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。この後、市町村への調査結果などを報告させていただき、その後に指導事項案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す。挨拶とさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

(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佐川部会長にお願いいたします。では部会長、よろしくをお願いいたします。

(佐川部会長)

それでは、早速議事に入りたいと思います。まず議事(1)「肺がん検診の精度管理調査結果について」、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

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

2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、初めに「1 概要調査結果」です。

3ページです。こちらは昨年度の資料にもありましたが、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。

4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。

5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、問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診検査です。対象は40歳以上、受診間隔は年1回となっています。なお、昨年12月に厚生労働省の指針が改正され、喀痰細胞診は、検査項目から削除されました。これは、今年4月1日から適用されますが現在、各市町村で実施の有無を検討している状況です。

6ページです。国が集計した肺がん検診の対象年齢(下限)年齢です。宮城県は、全市町村が対象年齢40歳以上でおこなっているため100%となっております。

7ページです。検査項目は、宮城県内では全市町村が、国の指針どおり検査項目で行っています。ただし、対象年齢を絞って、胸部CT検査を行っている市町村が8つあります。県内では、ほぼ集団検診で行っておりまして、委託検査機関の数は御覧のとおりとなっております。

8ページです。CT検査を行っている市町村は御覧の8市町村です。5歳刻みで節目の年に限定して行っているところが多いです。

9ページです。昨年の4月に、新しい「肺がん検診のガイドライン」が国立がん研究センターから公表されております。ガイドラインによれば、重喫煙者への低線量CT検査については対策型検診として推奨するとなっております。

10 ページです。こちらは参考ですが、今後、低線量 CT を検査項目として加える場合の厚生労働省のスケジュールになります。来年度、モデル事業を実施し、令和 9 年度以降に国の指針改正がある予定です。

11 ページです。概要調査のまとめです。昨年同様に、CT 検診を行っている 8 市町村に対し、受診者に対して、利益・不利益の説明など行うことを指導事項としたいと考えております。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。

(佐川部会長)

まず、概要調査の部分ということですが、御意見はありますでしょうか。私の方から数点補足と相談があります。まず、5 ページの喀痰細胞診が検査項目から削除された件についてですが、昨年 3 月末に国立研究がん研究センターで行われたフォーラムで話し合われた時の議事録について、先日皆様にメールでお知らせさせていただきました。それを踏まえて 4 月にガイドラインが出されました。議論の中身についてお話すると、「喀痰細胞診は患者が見つからなくなったのでやめましょう。」というものでした。これまで、検診のやめ方については、きちんと議論されたことはありませんでした。ただ、無効だからやめましょうというケースは今までなかったわけではなく、例えば子宮体がん検診は有効性が証明されていないとの理由で廃止となりましたし、神経芽細胞腫検診も同様です。有効性は確認されているが、検診を廃止するという仕組みはまだできておりませんでした。今回のケースは、見つからなくなったから、有効性がないという判断をしたということになります。有効性の判断については、まだ議論の余地があり、「有効性はあったが見つからなくなった(ターミネーション)」の考え方を取り入れながら、軌道修正を図りましたが、時間的な制約などもあり、ガイドライン上は有効性が確認できないから廃止するという形となりました。

見つからないから廃止するという判断は妥当ではありますが、一方で見つかっているケースについても考える必要があります。宮城県では、喀痰検査での発見率が受診者 10 万対 80 から 90 程度あり、X 線検診と同程度には見つかっています。他県では 0 や 10 程度のところが多いため、全国一律に廃止という流れになりましたが、宮城県のようにある程度見つかっているところについては、喀痰細胞診を取りやめること自体が不利益となってしまうため、その部分について、議論になっておりました。私見ですが、宮城県のように見つかっている地域においては、直ちに止める必要はないのではないかと考えています。ただ、指針上の検診項目ではないため、表立って推奨することはできないものと考えております。現在の CT 検診と同じような扱いで許容するという形なるかと思われれます。

このあたりについて、御意見はありますでしょうか。

(宮内委員)

先生の御意見のとおりだと思います。宮城県では喀痰細胞診によりある程度見つかっているという実績がありますし、CT 検診を行っている地域もあります。これらのデータを活用

しながら、重喫煙者に対して低線量 CT 検診を行うことでどれくらい救い上げられるか、また喀痰細胞診との比較などの研究もできるのではないかと思います。地域独自の試みとして実施してみても良いのではないのでしょうか。

(佐川部会長)

資料の 10 ページにありますとおり、つい 1 週間ほど前になりますが、CT 検診について、厚生労働省がモデル事業の募集を開始しました。このモデル事業に手上げるのも、一つの手かなと思いました。結核予防会で検討しているとの話をお聞きしましたが、いかがでしょうか。

(八重柏委員)

本年、4 月から喀痰細胞診が指針から削除されるということで、現在対応について検討しているところでした。今後、国で CT 検診を推奨していくという流れになるのであれば、CT 検診に力を入れていくということになるかと思いますが、まだはっきりとした方向性が見えないので、対応については検討中でした。

(佐川部会長)

現実的には来年度、モデル地区で実施してみて現在 CT 検診学会が作成中のマニュアルが機能するかどうかを確認することになると思います。特に重喫煙者の選定におけるハンドリングなどが課題になるかと思っています。次々年度、令和 9 年度以降に重喫煙者に対する CT 検診を実施したいと厚生労働省は考えているようです。他に意見はございますか。

(宮内委員)

重喫煙者の患者で CT と喀痰細胞診の両方を行えば、それぞれ検出できるかを比較できて良いと思うのですが、モデル事業ではそういった形にはならないのでしょうか。

(佐川部会長)

恐らくモデル事業では、そのような形は認められないと思います。

(宮内委員)

喀痰細胞診がいずれ実施されなくなるのであれば、CT と喀痰細胞診の両方を行って、同等性を検証するのが効果的なのではないかと思いました。

(佐川部会長)

試験的に実施するには良いと思いますが、今回のモデル事業での実施は難しいかと思いま

す。宮城県の事情が特殊であると思います。X線と喀痰細胞診の発見割合が同程度ですので。

(宮内委員)

喀痰細胞診で肺癌が見つかった人に対してCT検診を行って、CT検診でも見つけれられるか検証することが合理的であるように思いました。

(佐川部会長)

喀痰細胞診で見つかるものは、末梢型が多いのでしょうか。

(桜田委員)

喀痰細胞診で異常が見つかった方に対して、精密検査の際にCTを撮りますが、その際には異常なしとされ、その後2年以内に影が出てくるというケースもあります。

(宮内委員)

その場合の陽性率はどうなるのでしょうか。

(佐川部会長)

喀痰細胞診の場合は、翌々年度に発見されることが多いので、地域保健・健康増進報告には掲載されません。CTについても同様の問題がありますので、早く見つけようとする現行の検診精度管理システムに乗りづらいということがあります。

以上でよろしいでしょうか。では、次へお願いします。

(事務局)

13 ページです。続きまして「2 チェックリスト遵守状況調査結果」になります。

14 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、項目ごとに市町村が回答したものです。

15 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、各市町村別の結果についてもお示しします。

16 ページは、チェックリストの対象となる令和6年度の各市町村の受診者数で、集団検診と個別検診の割合も示しております。集団検診とは「日時、場所を設定し集団で行う方式」で、個別検診とは「利用券方式などにより個人単位でいつでも受けられる方式」のことをいいます。県内は、ほぼ、集団検診で行っております。

17 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おります。

18 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○、×で回答するものです。

19 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年度の結果をみますと、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。

20 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。

21 ページは、令和6年度の遵守率を都道府県別にしたものです。集団検診は、全国第4位、個別検診は、7位という結果でした。

23 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。未実施の市町村の理由は、昨年度と同じで、問2や4で、令和4年度から健康管理システムが更新となっているため、5年分が同じシステムに入力されていないためと伺っております。なお、患者情報自体は、別なシステム上で、保存されているとのことです。問6については、×の市町村に確認したところ、調査時点では×だったが、後日対応しているとのことでした。

24 ページは、検診機関の数は少ないですが、個別検診の遵守率の結果になります。

25 ページと26 ページは、チェックリストの項目内容です。

以下、27 ページから28 ページまでは御覧のとおりです。ほとんどの項目で、宮城県の遵守率は高くなっておりました。

ページが飛びまして、31 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。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、R5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。水色は令和6年に新たに×になったものです。31 ページは集団検診の市町村毎の結果です。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×となっていますが、薄い緑色の5つの市町では、改善されました。

32 と33 ページは、集団検診の続きになります。多くの市町村では改善されておりますが、一部は×のままとなっております。

34 ページは、個別検診の結果になります。

35 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くなっていますが、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と4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いいたします。

(佐川部会長)

チェックリストについて、御質問等はございますか。21ページの遵守率は非常に良いと思います。後から調べて○だったというのは、年度途中であって、実施できたか否か不明であったため△としていたということですね。水色で×としているところは、担当者の勘違いかどうか確認したほうがよいと思います。「問 1-2-1」の未受診者への再勧奨は、×が多いですが、手間も人もお金もかかる大変な部分であるので、このような結果になっていると思われる。指導事項については、資料3に個別に記載されております。項目ごとに個別に指導を行うようになったので、市町村側も何をすべきかが分かりやすくなったと思います。よろしいでしょうか。では、次へお願いします。

(事務局)

37 ページです。次に、「3 プロセス指標」について御説明いたします。

38 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。ここでの評価は、精密検査の結果となっております。なお、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。

39 ページです。精密検査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4年度に実施した検診の結果となっております。

40 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。

41 ページは、それぞれの基準値になります。肺がん検診では、基準値が、肺がん検診以外に検診を受診する機会の有無により、2パターンがあります。

43 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。初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年度と令和4年度のデータが追加されています。宮城県は、過去13年間、全国よりやや高い値を推移しております。

44 ページです。上段は、令和3年、下段が令和4年度の都道府県別の精検受診率になります。宮城県は、ほぼ全国平均に近い値となっております。

45 ページです。こちらは、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みる指標です。直近の令和4年度は、令和3年度より若干減少しておりますが、全国よりやや高い値を推移しております。

46 ページは、要精検率の各都道府県の状況になります。

47 ページです。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。こちら、宮城県は、全国よりやや高い値を推移しております。

48 ページは、がん発見率の各都道府県の状況です。令和3年度と4年度は、ともに全国で4番目の高さでした。

49 ページです。こちらは、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。近年、宮城県は、全国より高い値を推移しております。

50 ページは、陽性反応適中度の各都道府県の状況になります。

51 ページです。精検「未受診率」です。こちらは、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。宮城県は全国より高い値を推移しておりますが、53ページにあります 精検「未把握率」を御覧ください。

53 ページは、精検未把握率になります。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、低い方が良いということになります。こちらは、先ほどの精検未受診率とは異なり、全国よりかなり低い値を推移しております。

55 ページを御覧ください。昨年度の本部会でも議論になりましたが、未受診率や未把握率をそれぞれ単独でみるより、両方を一緒にみることが重要との御指摘がありましたので、今回から精検未受診率と精検未把握率を合算したグラフを作成しました。別な言い方をすれば、精密検査受診率の反対側のデータになります。御覧のとおり、このグラフでは、宮城県は全国的には低い方の県ということになります。一般的に、市町村の方で、未受診者が確認できる精検未受診率より、把握できない精検未把握率が高い方が問題とされます。

56 ページは、令和4年度の県内各市町村の精検未受診者と未把握者の数を左側にあらわしました。また、右側には、その割合を示しました。右側のグラフで、赤棒の未把握率が高い市町村に確認したところ、対象住民とは連絡がとれているが、かかりつけ医と相談しているからとの理由で受けない方や、過去に精検受診して問題ないとの診断を受けたため、自己判断で受診していない方が多いとのことでした。また、委託している検診機関以外の病院で受診した方の結果が判らない。例えば、町から離れた仙台市内の大きな病院で受診した結果まで把握できないとのこと未把握にしているところもありました。その他の市町村で割合が高いところは、そもそも要精検者数が少ないため、1人でも未把握者がいると割合が上がってしまうことが影響していると思われます。

57 ページです。昨年度の本部会で、佐川部会長より、そもそも委託した検診機関から提供される未受診者の値をそのまま、国に報告している市町村があるのではないかと御指摘を受けました。そこで県では、本年度の市町村担当者会議にあわせて、各市町村の把握方法を独自に調査しました。(R7の状況でR4ではない) 左側の円グラフは、委託した検診機関で精密検査を受けた方の結果のみにより、未受診者を報告している市町村が7つあったということを示しております。つまり、検診機関以外の病院で受けた検査結果を把握していないということになります。右側のグラフは、検診機関が調べた未受診、未把握者の結果を受け

て、さらに市町村独自に個別に確認したかを聞いているもので、11 の市町村は、そこまで調べていないという結果でした。なお、市町村会議の場において、そのような市町村に対しまして、未把握者を少なくするよう県からお願いをしました。

58 ページです。宮城県は、がん発見率や陽性反応適中度が全国に比べて、高い結果となっておりますが、御覧の国の資料によれば、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。

59 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、御覧のとおり、やや高齢者の割合が高いですが、宮城県の年齢構成が全国に比べて大きな違いはありませんでした。

60 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。

61 ページです。ここからは各市町村単位でのプロセス指標を見ていきます。まず、初めに、検診受診者の年齢構成の違いが各指標に影響を及ぼすため、各市町村の検診受診者の年齢構成を確認させていただきます。

62 ページは、年齢構成を市町村毎にグラフ化したものです。市町村によっては、60 歳以上の割合が少ないところもありますが、極端に高齢者の割合が高い市町村はありませんでした。ちなみに、プロセス指標は、74 歳未満で評価することになっておりますので、75 歳以上の検診データは含まれません。

63 ページは、令和 4 年度の各市町村の一次検診の受診者数になります。仙台市や石巻市などの市は受診者数が多いですが、それ以外の市町では、そもそも受診者数が少ないため、1 人でも、がん発見者が見つかった場合には、割合が高くなることを踏まえて、御評価いただければと思います。

64 ページは、各市町村のプロセス指標一覧です。人口規模が小さい市町村もあることから、令和 2 年から 4 年までの 3 年平均にしております。御覧の表ではわかりにくいので、67 ページを御覧ください。

65 ページです。こちらは、市町村別の精検受診率の 3 年平均のグラフになります。先ほどの一部説明させていただきましたが、受診率が低い市町村は、人口規模が小さい場合には、要精検者数が少ないため、1 人でも未受診の場合は割合があがることと、他の病院で受診したことを確認できない場合や自己判断で受けない方が多いためです。こちらは、令和 4 年度の結果ですが、令和 7 年度においては、県からの指摘を受け、これからの市町村では、役場職員による個別勧奨に力を入れて、未受診者を減らすよう努力しているとのことでした。

66 ページは、要精検率をグラフ化したものです。市町村によりややバラつきがありました。

67 ページです。がん発見率になります。高い市町村については、人口の少ない市町村で、がん発見者が 1 名増加するだけで、割合がぐんと上がっていることが影響しています。

68 ページです。陽性反応適中度になります。値が高い市町村は、がん発見率と同様な理由で高くなっております。

69 ページです。まとめになります。県全体のがん発見率や陽性反応適中度は、全国より高く推移しておりました。昨年度も御議論いただきましたが、追加された令和4年度のデータも踏まえ、改めて、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願います。なお、市町村ごとのバラつきについては、このあとの資料2により、検診機関ごとに集計したデータをお示ししますので、あらためて御議論いただきます。

(佐川部会長)

プロセス指標につきまして、何か御質問等ございますか。順番に見ていこうと思いますが、まずプロセス指標の数値に「受診率」が掲載されておられません。受診率を計算する際の分母は住民ということになりますので、受診率は10%から20%と少ない数値になるかと思えます。国民生活基礎調査ですと職域検診も含まれるので、50%から60%くらいになるかと思えますが、インタビュー形式の概数調査となるので、正確な数値が分かりかねます。以上の理由から受診率の割り出しを行っていなかったようですが、年度比較は可能ですので受診率の割り出しは来年からでも行ったほうが良いと思います。国では人口をベースとするとしておりますので、人口ベースで割り出しを行ってもらうので良いかと思えます。受診率の高い、低いは一概に比較できないので、年齢構成などからその地域の受診動向を調査するという意味合いになるかと思えます。精検受診率については、宮城県は他の数値は良い中で全国比較すると真ん中くらいとなっております。他のがん種の精検受診率がかなり良いので肩身が狭いところですが、県北地域は、結核予防会の尽力いただいておりますが、拾いきれない部分を掬い上げるシステムが構築できていないのだろうと思えます。もう一つは、57ページにありますとおり、市町村が把握しきれていないということになります。結核予防会で把握しているデータの報告を受けたが、その後の調査まで至っていないケースが見受けられます。未把握の人、つまり肺がんかもしれない人が放置されている可能性があるという危機感を持っていただくよう指導していただければと思います。67ページのがん発見率ですが、3年平均となっております。塩竈市、多賀城市、七ヶ宿町、川崎町、松島町、七ヶ浜町、大衡村が0となっております。以前もお話しましたが、塩釜地域の市町村が多いのではないかと一昨年あたりに議論になりました。そこで委託検診機関と相談して、昨年、お招きいただき講演を行いました。この地域の特徴としては、要精検率が低く、がん発見率も低いとあります。要精検となった場合は、開業医の元で紹介状を書いてもらって精密検査を受診する方式となっているため、精密検査を受けたかどうかまで把握できていない状態となっております。今年度から精密検査を受けたかどうか調べる仕組みを構築したので、来年度か再来年度に数値に現れてくるかもしれません。以上でよろしいでしょうか。それでは、次へ願います。

(事務局)

71 ページを御覧ください。ここからは、「4 アウトカム指標」です。初めに「がん罹患」について御説明させていただきます。

72 ページです。こちらは、全部位のがんの罹患数です。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2万件となっております。

ページが飛びまして75ページは、和3年に登録された部位ごとの割合です。宮城県の男性の肺がんは、全国同様の傾向でした。76ページは女性のデータとなります。

77ページは、宮城県の部位別の罹患数です。肺がんは、男性が1635名、女性は722名でした。

78ページは、年齢階級別のグラフになります。50歳代から増加し、特に男性が高く、各年代で全国よりやや高くなっています。

ページが飛びまして、83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。肺がんの罹患数自体は、高齢化の影響もあり増加傾向となっております。

84ページは女性のデータとなります。

85ページからは、経年変化をみるために、高齢者や人口構成割合の影響を受けないように調整した年齢調整罹患率になります。年齢調整罹患率で見ますと、近年の宮城県の肺がんの罹患率は横ばい傾向となっております。

86ページは、宮城県と全国比較した肺がんの年齢調整罹患率の年次推移のグラフになります。全国とほぼ同じ値を推移しております。

87ページは、年齢調整罹患率の都道府県別の状況になります。上段が令和2年、下段が直近の令和3年のデータになります。宮城県の男性の肺がんの罹患率は、全国的に高い方の県となっております。88ページは女性の結果となっております。

89ページです。各部位のがん検診発見割合のグラフです。上段が令和2年、下段が令和3年のデータになります。肺がんは、全国より高く、宮城県は、検診で発見される割合が高くなっておりました。ちなみに、このデータは、がん登録によるもので、市町村が実施する住民検診以外の職域検診や人間ドックも含まれます。

91ページです。こちらは、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。上段が令和2年、下段が令和3年のデータになります。御覧のとおり、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、進行がんで見られる割合が高くなっています。

92ページは女性のデータですが、男性同様の結果となっております。

93ページと94ページは、部位ごとの進展度をまとめたものになります。肺がんについては、がんが発見されたときには、進行した状態である割合が、検診が行われている胃がんや大腸がんなど部位より高くなっていることが特徴となっております。

95ページです。ここからは生存率のデータになります。昨年、国立がん研究センターが公表した5年純生存率のデータで、県で都道府県別にグラフ化したものです。国立がん研究

センターでは、昨年から生存率の指標を相対生存率から純生存率に変更しました。その理由としましては、相対生存率は、がん患者の生存率を一般人と比較するため、高齢患者の他の病気などによる死亡が含まれ、がんの影響が過大に推定される可能性があります。一方、純生存率は、「がん以外の原因では誰も死亡しない」と仮定して算出するため、他の病気の影響を受けず、がんによる純粋な予後をより正確に把握できるとしております。誤差があるため、単純な順位付けは難しいかと思われませんが、宮城県は男女ともに全国より高い生存率となっております。

96 ページは、年齢階級別の 5 年純生存率を全国と宮城県のデータをグラフ化したものになります。一部を除き多くの年代で、宮城県は全国値を上回っていました。

97 ページは、進展度別に 5 年純生存率を全国と宮城県のデータをグラフ化したもので、こちらも宮城県は全国値を上回っていました。

98 ページは、5 年純生存率の年次推移を宮城県と全国の値をグラフ化したものです。生存率は年々向上しておりました。

ページが飛びまして、101 ページです。ここからは死亡率になります。死亡率への影響は、市町村が行うがん検診の影響だけではないと思われませんが、参考までにお示しします。

103 ページは、全国の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。

104 ページは宮城県のデータになります。全国とほぼ同じ傾向となっております。

105 ページは、全部位の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。

106 ページは、主な部位別のがん死亡数の推移です。肺がんによる死亡者数は、令和 6 年度は、男性 933 人、女性は 431 人でした。男性は、全国同様に部位別では第 1 位、女性は部位別では大腸がんについて第 2 位となっております。

ページが飛びまして、109 ページです。ここからは、年齢調整死亡率になります。グラフは、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。

111 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。肺がんは、年齢調整した場合でも、部位別死亡率の順位は第 1 位ですが、近年は減少傾向となっております。112 ページは、女性の年齢調整死亡率の推移となっております。

113 ページです。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。男性の 2023 年の値だけ高くなっていますが、長期的には、全国と同様に減少傾向になっています。

114 ページです。

女性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。

115 ページです。男性の肺がんの年齢調整死亡率の都道府県別の状況です。上段が令和 5 年、

下段が令和6年の結果です。令和5年は、死亡率が高くなっていましたが、直近の令和6年では、ほぼ全国平均に近い値となっております。

116 ページは、女性のデータになります。直近の令和6年は、男性同様に全国平均に近い値となっております。

117 ページは、参考までに、令和4年から令和6年の3年間の年齢調整死亡率をマップ化したものです。

118 ページは、全国の値を100としたときの標準化死亡比をマップ化したものです。宮城県の男性は110ですので、全国より死亡率が高いことを示しております。

119 ページを御覧ください。こちらは肺がんの男性の標準化死亡比の変化率のグラフになります。左側が2015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-11.8%と減少傾向にあることがわかりますが、右側のグラフでは、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+6.4%ということは、全国値との差が開きつつ、やや悪化傾向となっていることを示します。

120 ページは女性です。女性は、両方のグラフで変化率がプラスとなっております。

121 ページです。こちらは、参考ですが、国立保健医療科学院が公表している標準化死亡比を偏差値のようにスコア化したものです。肺がんは、グラフ上1~0の間にプロットしておりますので、全国より悪いことを示しています。

122 ページです。こちらが最後のスライドになります。御覧いただきましたとおり、肺がんは、長期的には、罹患数、死亡数ともに、年齢調整後では、減少傾向にありますが、全国と比較した標準化死亡比の変化率でみた場合には、やや増加傾向にありました。ここまでのアウトカム指標について御審議よろしくお願いたします。

(佐川部会長)

何か御質問等がございますか。95 ページの「純生存率」についてですが、皆様御承知の相対生存率は、一般人が亡くなる確率を100にして、そこからどのくらい落ちているかを見る指標になりますが、相対生存率を用いると、打ち切り例のバイアス等の課題が生じて、本来の生存率よりも高めに高めに出やすくなると言われております。純生存率は、100人の生存曲線を描くとき、何人かセンサード(打ち切り)が発生してしまうので、ある期間で生存できる人を90人として、1人下がったら90分の1下げるといった考え方になります。そうすると相対生存率と違って100を超えることはありません。死亡率については、2023年のデータが少し気になりますが、喫煙率の高さなどが影響しているのかもしれませんが。

よろしいでしょうか。それでは次へお願いたします。

(事務局)

資料2により「検診機関ごとのプロセス指標について」御説明します。

1 ページです。県内の市町村が委託している検診機関は限られるため、御覧のとおり 5 の検診機関に分類し、各市町のデータから検診機関ごとにプロセス指標を再集計しました。

ただし、一つの市町村で、複数の検診機関に委託している場合で、各指標が分離できない場合や検査数が少ない検診機関は集計から除外しました。5 つの検診機関の受診者数は右側のグラフのとおりです。

2 ページは、令和 2 年度から令和 4 年度までの受診者数と結果、各検診機関別のプロセス指標を表でまとめたものです。

3 ページは、件数が少ない検診機関もあることから、3 年平均でならしたプロセス指標となっております。下の方には、受診者の年齢構成分布を比較するために、参考までのお示ししました。

4 ページからは、5 つの検診機関ごとの各プロセス指標をグラフ化したものです。上段は精検受診率で、下段は、要精検率になりますが、やや検診機関によりバラつきがありました。

5 ページは、上段ががん発見率で、下段が陽性反応適中度のグラフになります。やや高い検診機関もありますが、検診機関 D に関しては、1 ページのグラフにありますとおり、他の検診機関に比べ受診者数が少ないことも影響している可能性もあります。ちなみに、検診機関 E については、令和 4 年度を最後に、現在は委託をしていないとのことです。

7 ページです。こちらが最後のスライドになります。検査人数が、検診機関によって大きく異なることも影響しているかと思われますが、検診機関によって、ややプロセス指標にバラつきがみられました。検診機関毎のデータについて、改善や指導は必要かなどについて、御審議よろしくお願ひいたします

(佐川部会長)

検診機関ごとの年齢構成割合に偏りは見られないので、各プロセス指標に差はそこまで出ないと思われませんが、検診機関 C の精検受診率が少し低いように思います。検診機関 B は要精検率が低いため、がん発見率も低いということになっております。検診機関 E については、要精検率が高いのにがんが見つかっていないという状況でしたが、現在では委託終了となったとのことでした。一部検診機関には、結核予防会で行っている読影研修会にもお招きしているので、経過待ちといったところです。

以上でよろしいでしょうか。では、次へお願ひします。

(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 3 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)として、これまで説明させていただきました内容を項目毎に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、対象年齢については、昨年同様にすべて市町村の遵

守率 100%でしたので指導事項はありませんが、現時点では、まだ指針の項目になっていない CT 検査を実施している 8 つの市町村に対しては、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と。また、検診機関に対して、被ばく線量の最適化を行うよう求めることとしております。チェックリストの遵守については、御覧のとおり、本年度から質問項目ごとに、未実施の市町村単位で指導することとしました。内容は 3 ページから 4 ページのとおりです。

続いて、4 ページを御覧ください。プロセス指標に関しては、全市町村に対して、精密検査受診率 95% の目標の達成に向けて、引き続き、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としました。また、要精検率、がん発見率及び陽性反応適中度が他の市町村に比べて低い市町村に対しては、昨年同様に、検診機関に対して、判定基準など見直しを求めるとともに、委託検診機関以外の医療機関の結果も把握することとしました。さらに、精検未把握率が高い市町村に対しては、未受診理由を把握することとしました。年齢調整死亡率等につきましては、全市町村に対しまして、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。特に資料 4 の 2 ページでは、昨年度本部会で、がん発見率が低いと指導させていただいた市町村においては、委託検診機関との調整を行っており、改善に動いております。その結果は、数年先になるかと思われませんが、今後も引き続き、検証していきます。また、精検受診率向上に向けて、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。

(佐川部会長)

資料 3 および 4 について、何かございますでしょうか。

宮内委員、どうぞ。

(宮内委員)

資料 3 の冒頭の CT 検査実施の際の利益、不利益の説明に係る記載に関連した意見ですが、資料 1 の 9 ページに記載されている新しいガイドラインでは、重喫煙者への低線量 CT 検査及びそれ以外の方への低線量 CT 検査を勧めるとありますので、CT 検診を実施する市町村の対象者をどこまでにするかの判断材料として、情報提供してもよいと思えたのですが、いかがでしょうか。

(佐川部会長)

CT 検診は、重喫煙者以外の方に対しては死亡率減少効果が示されていない状況なので、こ

の情報については、入れ込んでいただく必要があるかと思ひます。また、重喫煙者に CT 検診を行うことが推奨されているかという点についても難しいところだす。国立がん研究センターのガイドラインでは推奨してはいますが、厚生労働省は推奨していない現状であり、自治体を実施する対策型検診においては CT 検診については、まだ推すことができないと思われますので、有効性があると断言しすぎない形での情報提供が望ましいと思ひます。他にご意見はございますか。なければ、今年度の市町村への指導事項については、事務局案のとおりとさせていただきます。

(委員一同、異議なし)

それでは、これで協議事項は終了いたします。

(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す。また、貴重な御意見を賜りましてありがとうございます。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佐川部会長から御報告いただき、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こととしております。なお、本日の内容は会議録として後日委員の皆様へ送付いたしますので、御確認をお願い申し上げます。それでは、以上をもちまして終了させていただきます。本日は誠にありがとうございました。