
令和7年度 宮城県生活習慣病検診管理指導協議会 生活習慣病登録・評価部会 議事録

日時：令和8年2月9日（月）午後6時から午後7時まで

場所：宮城県行政庁舎7階 保健福祉部会議室（Web会議）

司会：

定刻となりましたので、始めさせていただきます。会議に先立ちまして、皆様にお申し上げます。本会議はWeb会議システムを使用して開催いたします。カメラは常時オンにしておいただき、御発言の際はマイクのミュートを解除し、お名前をお名乗りいただきながら御発言いただくようお願いいたします。続きまして、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、5名の委員全員に御出席いただいておりますので、生活習慣病検診管理指導協議会条例第4条第2号の規定により、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、あらかじめ御了承をお願いいたします。次に、本日の資料を確認いたします。会議資料は資料1から資料5、および参考資料となっております。よろしいでしょうか。それでは、ただいまから令和7年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会生活習慣病登録・評価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を申し上げます。

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、日頃から本県の保健医療行政の推進に御支援・御協力いただきまして、重ねてお礼申し上げます。委員の皆様、御承知のとおりではございますが、本県はメタボリックシンドロームの該当者および予備軍の割合が、他の都道府県と比べて高い状況が続いております。また、循環器疾患やがんによる年齢調整死亡率が全国値を上回っているなど、依然として多くの健康課題がございます。この部会は、脳血管疾患、心疾患、がんの罹患、受療状況、生存率や死亡等のデータを用いて、それらの動向を御検討いただき、専門的な見地から御指導いただくことで、市町村で実施される検診や生活習慣病の予防対策などの保健事業が、効果的・効率的に実施されることを目的として設置しているものでございまして、大変重要な役割を担っていただいております。皆様には、専門的な立場から忌憚のない御意見、御提言を賜り、県民の健康づくりの推進のためにお力添えをいただきますようお願い申し上げます。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いたします。

司会：

本日の御出席者につきましては、昨年度から変更がございませんので、お手元の出席者名簿に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安藤部会長をお願いいたします。安藤部会長、よろしくをお願いいたします。

安藤部会長：

よろしくをお願いいたします。宮城県医師会の安藤でございます。委員の先生方には大変お世話になっております。 それでは早速、議事に入ります。 次第4の議事(1)「生活習慣病の統計」について、事務局から説明をお願いいたします。

事務局：

事務局、健康推進課の小野寺です。資料1により、生活習慣病の死亡について御説明させていただきます。

1ページ目を御覧ください。初めに、生活習慣病検診管理指導協議会の概要について御説明いたします。本協議会は、がんや心臓病などの生活習慣病の動向を把握し、市町村などに対して検診の実施方法や精度管理のあり方について、専門的な見地から適切な指導を行うために設置されたもので、御覧の7つの部会からなっております。がん検診の対象となっております5つのがん検診部会は、がん検診の精度管理を、循環器部会につきましては特定健康診査等の精度の維持、向上のための審議を行う一方、本部会であります登録・評価部会は、生活習慣病患者の登録を実施し、登録によって得られた情報、死亡統計などの情報を総合的に判断し、市町村が実施される健康診査や生活習慣病予防対策について、他の6部会と連携を保ち評価を行うこととされております。

2ページを御覧ください。宮城県では生活習慣病患者の登録としまして、脳卒中の登録、急性心筋梗塞の登録、そしてがん登録を行っております。脳卒中と心筋梗塞の登録事業は、がん登録のように法律上定められた登録事業ではありませんが、本県独自に調査を行っているもので、備考欄にありますとおり、本部会のほかに循環器病対策推進計画の評価にも活用されております。それぞれの登録の詳細につきましては、この後、各委員の先生方から御報告いただきますが、事務局からは本県の死亡統計について御説明させていただきます。

4ページです。宮城県の疾患毎の死亡の現況について御報告させていただきます。

5ページです。まず初めに、主な死因の年次推移を見ていただきます。こちらのグラフは、全国のデータになりますが、悪性新生物が最も多く、続いて心疾患、そして、近年は脳血管疾患を抜いて老衰が3番目に多くなっています。

6ページは宮城県のデータです。全国と同じ状況ですが、2011年は東日本大震災による影響で、不慮の事故の割合が多くなっています。

7 ページです。主な死因の構成割合です。宮城県は、全国とほぼ同じ構成割合になっていますが、全国より脳血管疾患の割合が高いことが宮城県の特徴になっています。

8 ページです。まずは脳血管疾患による死亡の現況から御説明させていただきます。

9 ページです。宮城県の脳血管疾患の死亡数の年次推移です。近年は、年間 2,400 人前後を推移し、やや男性の死亡数が多くなっています。

10 ページです。脳血管疾患死亡者の内訳です。宮城県は、男女ともに、全国より脳内出血の割合が高くなっています。

11 ページです。全国の年齢構成を調整して、比較できるようにした年齢調整死亡率のデータです。実線の青は宮城県の男性で、ピンク色は女性で、点線は全国値です。宮城県は全国同様に長期的に見ると減少傾向にあります。近年、横ばいもしくはやや増加しております。また、御覧のとおり、宮城県は全国より高い状況が続いています。

12 ページです。こちらは年齢調整死亡率を都道府県ごとに比較したグラフです。直近の令和 6 年の宮城県の男性は、高い方から 9 番目、女性は 7 番目と、全国的にも高くなっております。

13 ページです。標準化死亡比の変化率のグラフです。左側のグラフは、2015 年の全国値を 100 とした場合に、宮城県の値がどのくらいなのかを年次推移で見たものです。グラフの上にある赤字の SMR の変化率が -12% は、ここ 10 年で減少傾向にあるということを示します。一方、右側のグラフは、毎年の全国値を 100 とした場合に、宮城県の値がどのくらいなのかを年次推移で見たものです。SMR の変化率が +15% とあるのは、ここ 10 年で全国より、減り幅が悪いということを示します。

14 ページです。続きまして、心疾患による死亡の現況について御説明いたします。

15 ページを御覧ください。宮城県の心疾患の死亡数の年次推移です。近年は、年間 4,000 人前後を推移しています。

16 ページです。心疾患の死亡者数の内訳です。宮城県は、男女ともに不整脈及び伝導障害の割合が高くなっていることが特徴です。

17 ページです。心疾患の年齢調整死亡率を全国と比較したグラフです。長期的に見ると減少傾向にはありますが、近年は横ばい傾向となっています。

18 ページです。心疾患による年齢調整死亡率を都道府県ごとに比較したグラフです。直近の令和 6 年の宮城県の男性と女性の順位は、ともに、全国の真ん中くらいに位置しております。

19 ページです。こちらは、標準化死亡比の変化率のグラフです。心疾患は、先ほどの脳血管疾患ほど、減少幅に全国と大きな差はありませんでした。

20 ページです。続きましてがんによる死亡の現況について御説明させていただきます。

21 ページです。宮城県のがんの死亡数の年次推移です。近年は、年間 7,000 人前後を推移し、男性の死亡が多くなっています。

22 ページです。部位別のがん死亡数の年次推移です。宮城県では肺がんが最も多く、続い

て、大腸がん、そして令和5年から胃がんを抜いて膵臓がんが多くなっています。

23 ページです。こちらは宮城県の男性の部位別死亡数の年次推移です。肺がんが長年、最も多くなっております。

24 ページです。こちらは女性のグラフです。近年、大腸がん膵臓がんが増加傾向にあります。

25 ページです。全部位の年齢調整死亡率を全国と宮城県で比較したグラフです。宮城県は、これまで全国よりやや低く、順調に減少してきましたが、ここ数年はやや増加しています。

26 ページは、年齢調整死亡率を男女別に全国と比較したグラフです。

27 ページです。年齢調整死亡率を都道府県ごとに比較したグラフです。直近の令和6年では、宮城県の順位はほぼ真ん中位に対して、女性は、高い方から14番目となっております。

28 ページです。ここからは部位別の年齢調整死亡率の年次推移です。まずは男性のグラフです。近年、胃がんなどの部位で減少傾向にあります。大腸がん膵臓がんでは、横ばいもしくはやや増加傾向にあります。

29 ページは女性のグラフです。こちらは、ややバラつきが大きいので、一概には言い表せませんが、部位によっては、増加傾向と見られるものもあります。

30 ページです。こちらは、がんの標準化死亡比の変化率のグラフです。御覧のとおり、ほぼ全国と同じ傾向となっております。

31 ページです。こちらは、参考としてお示ししておりますが、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になります。グラフ上0が全国平均で、正の数は、全国よりどのくらい高いのかを示しております。御覧のとおり、特に脳血管疾患の死亡は、全国より特に悪いということを示しています。

32 ページはまとめです。宮城県では、脳血管疾患の年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、依然として男女ともに全国値を上回っていました。心疾患の年齢調整死亡率は、減少傾向にありますが、近年男女ともに横ばい傾向で、直近では全国値をやや上回っていました。がんの年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、近年男女ともに横ばい傾向にありました。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。

安藤部会長：

ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、皆様から御意見、御質問ございますでしょうか。

金村委員：

32 ページのまとめにある、がんのトレンドに関してですが、年齢調整死亡率は減少傾向にあったが、近年男女ともに横ばいという記述がありますが、これはどの部分を指している

のか御説明いただけますでしょうか。部位別に見ると横ばいのものもあるので、そういった意味かと思うのですが。いかがでしょうか。

事務局：

御指摘のとおり、部位別には横ばいのものもあるということです。

金村委員：

長期的なトレンドとしては減少傾向であり、全体が横ばいになったわけではありませんので、誤解のないようお願いしたいと思います。

高橋委員：

私も最後の心疾患のまとめについてですが、死亡率は直近では全国値をやや上回っているという記述がありますが、これは上回っていますか。ほとんど変わらないと思いましたが。

事務局：

17 ページのグラフと表の数値から、わずかに上回っているとしましたが、ほぼ全国と同じと見た方がよろしいでしょうか。

高橋委員：

ほとんど重なっているかと思いますが、実数でみると上回っているということですね。もう一点、16 ページの宮城県で、不整脈及び伝導障害が多いという点についてです。私も調べてみたのですが、原因がよく分かりませんでした。一方で、全国のデータの男性のグラフを見ると、黄色い部分の慢性非リウマチ性内膜疾患の分類があるかと思いますが、これが実際どの疾患を指しているかが分からず、具体的には弁膜症のことを指しているのでしょうか。もしくは何か情報をお持ちでしょうか。

事務局：

こちらの情報は、今、手元に持ち合わせておりませんでした。

高橋委員：

承知しました。もう一点、全国の男性の 21.9% は数字が正しいでしょうか。隣のオレンジ色の数字と同じになっており、女性と比較しても乖離があるため、データとして違和感を覚えました。

事務局：

申し訳ありません。データを確認し、後ほど修正してお知らせしたいと思います。

安藤部会長：

このデータは死亡者数ということですから、死因ということになりますよね。例えば、不整脈及び伝導障害で死亡診断書を書く時は、具体的にどのような病気なのでしょうか。

高橋委員：

例えば、院外心停止の際の心室細動などを不整脈と書いた可能性もあるのではないかと思います。なぜこのような差異が出たのかは分かりません。

金村委員：

死因の分類についてですが、死亡診断書が市町村から保健所、都道府県を経て国へ行きます。その途中で電子データとして入力され、ICD-10 コードに変換されます。その後、死因の統計分類に従って機械的に分類されていくはずですが、もし実態と合わないとなれば、死亡診断書に書かれた死因が正しくコード変換されているかという点と、グラフ作成時の集計ミス可能性があります。コード変換のルールは決まっていますので、そこが見えないとはっきりしないかと思えます。

安藤部会長：

コードへの変換はどこで行われているのでしょうか。

金村委員：

コード変換は国で行っております。経年変化を見て大きな偏りがないようであれば実態を表している可能性がありますが、通常業務として行っていることですので、大きく間違えることはないと思えます。

安藤部会長：

ありがとうございます。その他、何かございますでしょうか。それでは、議事1については以上で終わります。続きまして議事2「脳卒中登録、心疾患登録、がん登録」について、各登録の実施者でもあります各委員の先生方から御説明いただきます。まず初めに、脳卒中登録について井上委員から御説明をお願いいたします。

井上委員：

脳卒中登録は、宮城県対脳卒中協会で行っているものです。一昨年のデータを昨年まと

め、それを今発表している状態です。

3 ページを御覧ください。宮城県内で脳卒中患者が入院すると思われる 21 施設のうち、一昨年分は 20 施設から登録され、ほぼ全ての症例が登録されていると思います。昨年御指摘いただいたデータ数についても、今年度対応しています。脳卒中による死亡は全国平均より高くなっていますが、長期的には減少傾向です。しかし、脳卒中の発症そのものは増加しています。また、脳卒中全体の治療施設としては集約化があまり進んでいません。

4 ページの表 2、市町村ごとの発症数については、経年的な大きな変化はございません。

5 ページの表 3 は、施設ごとの脳卒中の病型別入院数を示しています。脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、これが 3 大類型です。6 ページ、7 ページのグラフを御覧ください。脳梗塞は 100 例以上入院している施設が多数あり、脳出血も様々な施設に分散しています。しかし、くも膜下出血に関しては、広南病院、大崎市民病院、仙台医療センター、石巻赤十字病院の 4 施設で 75% を占めており、症例が集約化されたと言えると思います。脳出血と脳梗塞に関しては、まだ集約化は進んでおりません。

8 ページの図 4 が各医療圏のデータです。上段が虹医療圏の施設に入院した総数、下段が患者居住地の虹医療圏を表しています。下段は、カルテに記載された住所をもとに集計しているため、仙南医療圏の方は昼間、仙台で働いているなど事情がある可能性もありますが、他の大崎・栗原医療圏、石巻・気仙沼・登米医療圏と比較して、仙南医療圏のみが、仙台医療圏への搬送が非常に多い状況です。大崎や石巻は、ほぼその二次医療圏の施設に入院されています。

9 ページは主要統計ごとの年次登録数を示しています。この 2011 年と 2024 年のデータを比較したグラフが 10 ページになります。

10 ページの図 5 で、脳梗塞が大幅に増加しており、総数としても増えています。一方で、くも膜下出血だけはかなり減っており、未破裂動脈瘤を早期に発見して治療していることが奏功しているかもしれません。

10 ページ下段は、くも膜下出血の年齢分布です。御覧のとおり、中央値はかなり高くなっています。超高齢社会のため、特に脳梗塞は 75 歳以上の患者さんが非常に多くなっています。ですが、去年のデータと比較すると 1 歳低下していました。ただ、1 歳だけであり、去年と今年だけのことですので、今後の経過も確認していきたいと思います。

13 ページは、くも膜下出血の治療法ごとの年齢分布です。図 10 は治療法ごとの入院時の状態を表しています。最近が開頭術よりも血管内術の方が増えていますが、開頭術をされる方は有意に若年でありました。

15 ページの図 11、12 はくも膜下出血の退院時の状態と入院時の平均年齢、意識状態。図 13 は、新薬の使用時の退院時転帰を表しています。毎年同じですが、高齢で、重症な方の転帰が不良であったという結果でした。

17 ページは脳内出血です。ここ数年のトレンドとして、ほとんど手術を行わなくなりました。保存的治療が 9 割を占めています。開頭血腫除去術を行うのは 7% 程度で、図 15 のと

おり手術をした患者さんの転帰は明らかに不良でした。重症例が手術になりますが、やはり重症な方は手術をしても良くなるとは言えないようでした。

19 ページの脳梗塞についてです。ほとんど従来の治療が行われていました。図 17 上のグラフは症例数、下のグラフは割合になっており、青い線は tPA 静注療法、オレンジの線は血管内治療の年次的な推移を示しています。tPA はそれほど増えていませんが、血管内治療の症例数は非常に増えてきています。最近では、血管内治療を行った方が良いと言われているため、県内でも今後、血管内治療の症例が増えていくような努力が望まれるかと思えます。

20 ページは、一過性脳虚血発作の最終的な転帰を示しています。一過性脳虚血発作は、脳梗塞の前兆ともいわれており、このような患者さんが早めに入院をして、脳梗塞に至らずに退院できると死亡例や転帰の改善に繋がると思えます。ただ、施設ごとのばらつきも多く、軽い症状で入院をしても重篤な状態になる可能性もあるため、やはり集約化を進めなければいけないと思えます。

21 ページの図 19 は、治療毎の退院時転帰についてです。最終的な転帰に関わるというよりも、そもそもの意識障害や高齢であることが最終的な転帰に影響していることがわかりました。

最後に 22 ページ図 20 は、脳梗塞になる前にどのような薬を飲んでいただかを示しています。再発例と初発例を分けていないため、なんとも言えませんが、脳梗塞になる前に薬を飲んでいない方が 63%おり、やはり脳梗塞の発症予防は大切ですので、今後発症予防として抗血栓療法などを見ていかなければと思っております。以上です。

安藤部会長：

井上先生、ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、御質問、御意見はございますでしょうか。

高橋委員：

御説明ありがとうございます。一つ教えていただきたいのですが、最後に発症前の抗血栓療法を御説明いただきましたが、今回、脳梗塞の原因として心原性の脳塞栓はどれぐらいの割合になるのでしょうか？

井上委員：

この発症登録は、脳梗塞を再分類化しておらず、脳梗塞というひとくくりで登録されているため、割合はわかりません。

高橋委員：

ありがとうございます。

伊藤委員：

全体として宮城県が全国と比較して高いという特性があるとのことですが、関連する要因はありますでしょうか。また、生活習慣病管理ということで、市町村ができることなど御示唆いただけるとありがたいです。

井上委員：

やはり、まずは数が多いので、健康診断などで血圧が高いのに放置されている方、喫煙されている方、脂質異常症の方、そういった症状で健康診断で引っかかったときに、そこから治療に進んでいただくと発症予防に繋がっていくのではないかと思います。また、1日様子を見てから救急車を呼ぶ方が非常に多く、脳卒中はすぐに受診するよう、県や市町村には啓発活動をお願いしたいと思います。

伊藤委員：

ありがとうございました。

安藤部会長：

ありがとうございます。その他、何かございますでしょうか。続きまして、心疾患登録について高橋先生からお願いいたします。

高橋委員：

心疾患登録について御説明させていただきます。宮城県医師会に御協力いただき行っております、宮城県心筋梗塞対策協議会で行っている「急性心筋梗塞調査報告書」を資料3として御説明させていただきます。まずこの協議会は昭和54年から連続的に40年以上にわたり、心筋梗塞の発症を全県下でほぼ全例登録しているユニークな登録事業です。今回は、令和6年の報告で、昨年10月にまとまったものを御報告します。

5ページを御覧ください。こちらで令和6年の心筋梗塞の発症数を示しており、合計で1,414例、そのうち死亡が114例、心疾患による死亡が92例となっております。各病院の患者数を見ると、ほぼ9割近い患者さんが急性期の血行再建を行っており、その患者数とだいたい同数の急性期のPCI（冠動脈インターベンション）を行っている病院が、患者の受け入れが多くなっています。例えば38 仙台厚生病院は361例、北から順に、4 石巻赤十字病院133例、8 仙台オープン病院が133例、22 仙台循環器病センターが98例、25 みやぎ県南中核病院が115例ということで、各地域の拠点となる病院がだいたい決まっております、その病院の受け入れが多くなっています。例えば、北の方は1 気仙沼市立病院、3 大崎市民病院、28 栗原中央病院も多く、登米地域の患者を受け入れており、100例を超えています。また、仙台市内でも8 仙台オープン病院、22 仙台循環器病センター、12 仙台市

立病院、13 仙台医療センター、9 東北大学病院を含めて 150 例を超えています。東の方は 14 東北医科薬科大学と 5 坂総合病院で 100 例を超えており、南の方は 25 みやぎ県南中核病院で 115 例となっています。だいたい受け入れ先が決まっており、搬送ルートも固まっていると思われま

す。9 ページには患者の内訳が記載されており、男性が 1,071 例、女性が 337 例ということで男性と女性の割合が 3:1 で例年通りです。また、年代で見ると、一番多いのが 70 代で 29.8%、続いて 80 代が 24.3%、90 歳以上が 5.4%ということで、70 歳以上の高齢者で約 6 割を占めており、高齢者中心の病気であることが分かるかと思

います。一方で、40 代、50 代も一定数おり、若年層の発症率が少しずつ多くなっている傾向があります。予防の教育は若年層にも今後必要になってくるだろうと思

います。それに関連して、16 ページの 13 リスクファクターについてです。心筋梗塞を発症する患者に関しては、高血圧をリスクとして持っている方が最も多く、50 代以上では 7 割を超えています。糖尿病の割合も以前より若干増えてきている印象です。心不全で言

いますと、糖尿病をリスクとして持っている方は 25%~30%近くですが、心筋梗塞の方に限りまして 35%~40%近くの方が持っています。高脂血症に関しても、だいたい 30%くらいの方はあります。特に教育が必要だと感じるのはタバコです。心筋梗塞を起こした方に限って言

安藤部会長：

ありがとうございます。御意見、御質問ございますか。

PCI を何回も受けて、その度に回復される方も少なくないと思いますが、再発の方の割合はどうなっていますか。

高橋委員：

心筋梗塞に関して言いますと、回数を重ねるごとに致命率は高くなります。統計的に正確なデータはありませんが、以前よりは何回も繰り返し心筋梗塞を起こす方は減っているような肌感覚があります。薬物での予防が影響しているかと思います。ただ、薬をきちんと飲まないなどの理由で再発する方も実際にはいらっしゃいます。県全体の正確なデータはありませんので、わかりません。

安藤部会長：

ありがとうございます。続きまして、がん登録について金村先生からお願いいたします。

金村委員：

全国がん登録は平成 28 年から届出が義務化されており、県内の全病院が対象です。診療所は対象になっていませんが、診療所でがんの診断を受けた方は、その後病院に紹介されていけば届出されるため、そういった意味では漏れのないデータとなっています。

資料 4-1 は届出件数になっています。がん患者さんは複数の病院を受診するため、このデータは複数の病院から届出された件数となっています。

3 ページを御覧ください。届出件数は年間約 3 万件で、過去 3 年間ほぼ横ばいです。県内 8 つのがん診療連携拠点病院からの届出が約 16,000 件で約 55%前後を占めており、拠点病院で約半分を診ています。

2 ページを御覧ください。東北大学病院では年間約 4,000 件の届出があり、県内で最も多い施設となります。

次に、資料 4-2 です。がん登録は、地域でどのくらいがんが発生したかという罹患数を出す目的で集計されております。先ほど申し上げたとおり、複数の病院から届出がありますが、名寄せといい、同じ人の同じがんについては 1 つにまとめて数えるようにしています。最新の罹患数は、令和 3 年データで宮城県では 20,951 件です。男性が 60%近くを占めており、これは全国的にも市町村的にも同じ傾向が見られます。1 ページ目中段の表にあるとおり、部位別に見ると、男性は胃、大腸、前立腺、肺の 4 つの部位が常に上位です。女性は乳房、大腸、子宮、肺、胃の 5 つが上位となります。

2 ページです。年齢階級別にどの部位が多いかを表にしており、その年代で最も多いものは濃い色に、少ないものは白色にしています。上から見ると、胃、大腸、肺、前立腺が高齢で濃い色になっているのがわかります。大腸ですと、40 代から、肺は 60 代から濃くなっています。若年層では、悪性リンパ腫や白血病など成人とは異なる発症のため、こういった部位が多くなります。女性は男性と異なり、乳房や子宮では 20 代から 30 代にかけて多くなっています。胃、大腸、肺は 50 代以降から多くなっています。

3 ページです。がんの進展度についてです。胃や大腸などは早期発見が可能ながんで、6 割以上が早期（淡い色）で見つかっています。一方で、胆のう・胆管や膵臓がんは進行した状態で見つかることが多いです。女性も検診がある、胃、大腸、子宮、乳房は比較的早期で見つかることが多いですが、胆のう・胆管や膵臓がんは進行した状態で見つかることが多いです。

4 ページです。がんの発見経緯と進展度についてです。ここで言うがん検診等というのは、自治体が行っているがん検診に加え、健康診断、人間ドッグをひとまとめにしています。がん検診等で発見された方は、遠隔転移が少ないことが見てわかるかと思います。他疾患の経過観察中とは、がん以外の疾患で医療機関にかかっていた方が、その経過の中で見つかった場合です。自覚症状があつて受診した場合は、遠隔転移している割合が高くなります。胃、大腸、肺のいずれでも同じような傾向が見られます。

5 ページです。女性も同様です。肺は早期発見が難しいですが、自覚症状が出てから見つかる場合は、遠隔転移などの割合が非常に高くなっています。

6 ページです。罹患数を男女別に市町村別に集計したものです。男性は、胃、大腸、肺、前立腺はいずれの市町村でも多くなっていますが、人口の少ない地域ではがん罹患数自体が少ないため、異なる場合もあります。女性は胃、大腸、肺、乳房、子宮は県全体でも市町村で見ても、罹患数が多くなっています。

11 ページからは全国との比較を掲載しています。

12 ページです。こちらは全国と宮城県の罹患数と年齢調整罹患率を比較したグラフです。全国とほとんど似たような状況ですが、宮城県は全国と比べて罹患率が若干高い傾向にあります。

13 ページです。部位別の年齢調整罹患率です。特に胃がんが全国より多いですが、最近では減少傾向にあります。著しく差がある部位はあまりありません。西日本がより多い部位もありますが、先ほど申し上げたとおり胃がんが多いというのは宮城県の特徴かと思えます。

17 ページです。全国と宮城県のがん発生割合です。全国と同じような割合になっています。

20 ページです。がん検診の発見割合です。宮城県は全国的にも検診が盛んな県であり、健診で発見される方は多いです。胃、大腸、肺、乳房においてはがん検診等で発見された方が全国よりも多いです。

21 ページです。部位別進展度です。発見されたときにどれくらい進展しているかを見るものになります。宮城県は胃や大腸を見ると、早期発見の割合が全国よりも高いことがわかります。

次に資料 4-3 です。がん登録情報を活用したがん検診精度管理事業を行っております。

2 ページです。市町村の委託を受けて、宮城県立がんセンターが精度管理の協力をしています。

3 ページです。令和 3 年度から事業が開始されていますが、今年度は 8 市町と委託契約をし、無料でモデル事業を行い、先ほどのような集計を市町村毎に行っています。8 市町のうち、3 市 2 町では、がん検診受診者情報とがん登録情報を照合し、検診団体に把握できていないがんを把握することによって、がん検診の精度管理を行っています。

4 ページです。昨年度の結果のまとめです。検診の感度や特異度を算出し、精度向上に役立つ取り組みを進めています。

5 ページです。宮城県立がんセンターにがん検診精度管理専門委員会を設け、がん検診に詳しい先生方に御意見を頂戴して実施しております。今後結果がでましたら、御説明させていただきたいと思います。以上です。

安藤部会長： ありがとうございます。ただ今の御説明に、皆様から御意見・御質問等ございますでしょうか。それでは続きまして議事 3「市町村への指導事項（案）」について、事務局から説明をお願いいたします。

井上委員：

先ほど脳卒中登録の説明の際に高橋委員から御質問いただきました、脳梗塞の分類につきまして、データを確認したところ、心原性は 27%でした。以上です。

安藤部会長：

ありがとうございます。皆様からよろしいでしょうか。では、「市町村への指導事項（案）」について、事務局から説明をお願いいたします。

事務局：

資料 5 により御説明いたします。事前に指導案をお送りしましたが、本日修正版をお送りしております。修正内容については、先週開催されました循環器疾患等部会や各がん部会で審議された指導事項の内容との整合性を保つように修正しております。大変恐縮ですが、こちらの修正版を見ていただければと思います。

それでは、資料 5 の 2 ページ目を御覧ください。死亡統計及び各登録から見た現状と課題として、これまで説明させていただきました内容をこちらにまとめさせていただきました。

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。一次予防の取組強化としては、昨年同様、循環器疾患及びがんを予防する生活習慣の普及啓発と受動喫煙防止対策の推進と禁煙支援の 2 つとして、生活習慣や喫煙による健康への影響に関する普及啓発などについて、御覧のとおり記載しております。健（検）診の普及や取組の推進としては、特定検診やがん検診の必要性や重要性などの普及啓発などについて、御覧のとおり記載しております。循環器病、がんに関する正しい知識

の普及啓発としては、昨年同様、御覧のとおり記載しております。また、最後に、データ利活用による効果的な保健事業の展開としまして、KDB、国民健康保険の医療・健診データの分析や活用を促すとともに、今年度から、先ほど金村先生からお話のありましたがん検診の精度管理向上のため、がん登録情報の利活用を行うことを記載しました。こちらの指導内容について御審議願います。

安藤部会長：

ありがとうございます。皆様から御意見をいただきたいと思います。井上先生、いかがでしょうか。

井上委員：

ここで言う循環器疾患というのは、脳卒中と心疾患を含めて循環器疾患という意味でしょうか。

事務局：

そのとおりでございます。

井上委員：

この表現は一般的なのでしょうか。一般的に循環器と言うと心臓をイメージしてしまうことが多いのですが、指導事項（案）の一次予防の取組強化に記載されている循環器疾患には、脳血管疾患も含まれているということでしょうか。

事務局：

そのとおりでございます。

安藤部会長：

井上委員がおっしゃったとおり、ここは循環器疾患だけでは脳血管疾患が含まれていることが伝わりにくいかもしれません。わかりやすく、脳卒中や心疾患及びがんと具体的に書いた方がいいかと思いますが、いかがでしょうか。

事務局：

承知いたしました。そのように修正させていただきます。

井上委員：

ありがとうございます。

安藤部会長：

金村委員、いかがでしょうか。

金村委員：

3点ありまして、1点目は、2ページの現状の部分で、がんの死亡について、男女とも横ばいで推移という記述がありましたが、これは部位によるという話でしたので、修正していただきたいです。2点目は、3ページの案についてです。がんは特別ということではなく、他の疾患と横並びで、予防について呼び掛けていただくことはありがたいと思います。

3点目は、以前、県でアプリ等を活用して健康改善に役立てる取り組みをしていたように思うのですが、現在も県民が生活習慣を改善するにあたって使えるツールやアプリはあるのでしょうか。具体がなく、気をつけましょうだけでは難しいと思いますので、そういったものがあるのであれば、指導事項の中で明示していただくと良いかと思います。

事務局：

ありがとうございます。県では健康ウォークなどの取組を行っておりますので、記載について検討させていただきます。

金村委員：

アプリを使って健康に役立てる方もいらっしゃるかと思いますし、県で進めているものがあれば記載していただくといいかと思います。

安藤部会長：

ありがとうございます。御意見のあった箇所を追加いたしまして、本年度の市町村への指導事項としたいと思います。細かな修正については部会長に一任いただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

金村委員：

すみません、先ほどのコメントの件ですが、勘違いしておりました。市町村への指導事項ということですね。アプリの活用は、県民への提供になるかと思っておりますので、市町村への指導事項にはそぐわないということであれば追加いただかなくて結構です。部会長に一任いたします。

安藤部会長：

ありがとうございます。それではこれで協議事項を終了したいと思いますが、他に何かございますか。

伊藤委員：

一言よろしいでしょうか。現在、厚生労働省で地域医療構想の策定が行われており、来年度から県でも地域医療構想の策定が始まり、各二次医療圏における地域医療構想や医療計画が進んでいくことになるかと思えます。この部会は、市町村に対する生活習慣病管理指導が主ですが、これからの地域医療の動向を踏まえ、今後は、地域医療構想や地域医療計画とも連動して行ってほしいという希望を申しまして、一言追加をさせていただきました。

安藤部会長：

ありがとうございました。それでは事務局にお返しいたします。

司会：

安藤部会長、議事進行いただき、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、安藤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御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7年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会生活習慣病登録・評価部会を終了いたします。本日はありがとうございました。