

令和元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 会議録

日 時：令和2年2月14日（金）午後3時から午後5時まで

場 所：県行政庁舎11階 1101会議室

出席委員：3名（荒井啓晶委員，小坂健委員，金村政輝委員）

欠席委員：2名（安藤由紀子委員，下川宏明委員）

（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、委員5名中、3名の御出席をいただいております。

委員の半数以上に出席をいただいておりますことから、本協議会条例の規定に基づきまして、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、本日の会議は、県の情報公開条例に基づきまして、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。

会議に入ります前に、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。

－資料確認－

（司会）

さらに本日は、荒井委員，金村委員から資料提供がありましたので、皆様にお配りしております。資料の過不足はございませんでしょうか。

それではただいまから、令和元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。

開会に当たりまして保健福祉部健康推進課課長の佐々木より御挨拶申し上げます。

（佐々木課長）

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、先生方には本県の保健医療行政の推進につきまして、日頃から御指導，御協力をいただいておりますことに深く感謝申し上げます。

御承知のことではございますが、本県のメタボ該当者及び予備群の割合は、9年連続で全国ワースト3位以内、さらに、脳血管疾患による死亡率が依然として全国値を上回るなど、健康課題が山積しております。その対策の一環といたしまして、スマートみやぎ健民会議を核とした産学官連携による健康づくり運動を推進しているところでございます。各団体の取組み、年々活性化しているところでして、今後も関係機関と連携を図りながら、社会環境の整備を一層推進してまいりたいと考えております。

この生活習慣病登録・評価部会につきましては、心疾患，脳卒中，がんの発症登録の状況

や、死亡等の状況から見た生活習慣病の動向を踏まえまして、総合的、効果的な生活習慣病予防対策について御審議をいただくものでございます。

委員の皆様にはそれぞれの専門的な見地から忌憚のない御意見をいただきまして、県民の健康づくりの推進のためにお力添えいただきますようお願い申し上げまして、御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしく願いいたします。

(司会)

本日の出席者を御紹介させていただきます。

委員の先生につきましては、お手元に配布の出席者名簿での御紹介とさせていただきます。

なお、宮城県医師会の安藤先生、東北大学大学院医学系研究科の下川先生につきましては、本日所用のため、御欠席の御連絡をいただいております。

続きまして、県の職員を紹介させていただきます。

ただいま御挨拶申し上げました、健康推進課長の佐々木でございます。

同じく、健康政策専門監の赤間でございます。

技術副参事兼課長補佐の赤坂でございます。

私は本日進行を務めさせていただきます、田畑と申します。どうぞよろしく願いいたします。

その他の職員につきましては、お手元の出席者名簿での紹介に代えさせていただきます。

それでは、本協議会条例に基づきまして、ここからの進行につきましては小坂部会長にお願いいたします。どうぞよろしく願いします。

(小坂部会長)

小坂でございます。ぜひ忌憚のない御意見をよろしく願いいたします。

それでは、早速議事に入ります。

協議に先立ちまして、協議事項に関連する事項について報告いただきます。

はじめに、「イ 平成30年人口動態統計の概況について」事務局より説明願います。

(事務局)

資料1説明

(小坂部会長)

ありがとうございます。

まず金村先生に伺いたいのは、この資料は1年毎に宮城県の年次推移を見ていますが、データの数が少ないので、数年追うか、3年間の平均などを見ないと、この1、2年の上り下がりでは何とも言えないですかね。

(金村委員)

現在、がん登録でも年次推移を見ていますが、1年での増減というのが結構あるっていうのは分かってきまして、人口規模が変わると余計に大きく見えるところがあるので、3年の

移動平均というのを試しに出しているところなので、後でお見せしたいと思うのですが、トレンドを見ると、やはり小坂先生が御指摘のように、複数年で見るとこのような対策が必要なかと思っています。

(小坂部会長)

荒井先生、脳内出血が全国より多いというのは、どう考えたらよいでしょうか。

(荒井委員)

昔から東北地方は脳内出血が多かったので、その結果は否めないと思います。

それから、もう一つは、後ほどの資料でもお示ししたいと思っているのですが、考えておかなければいけないのは実は抗血小板薬や抗凝固薬などによる出血があって、だんだん無視できない数になってきているかもしれないので、詳しく調べてみないと分かりませんが、その影響もあるかと思っています。

脳内出血については、本当はもっと減っていても良いと思います。全体としては脳梗塞が増えてきて、脳内出血が減っている傾向が宮城県でもあるのですが、「脳溢血のメッカ」と言われていた東北地方の尾はまだ引きずっているのだと思います。

(小坂部会長)

ただ、抗血小板薬だと、他の都道府県も増えてもいいのですが、宮城県だけ多いというのは、より厳格に使っている人たちがいるというのは。

(荒井委員)

分からないですね。

(小坂部会長)

分からないですよ。

それから心臓の方です。今日は下川先生がいらっしゃらないのですが、伝導系の死亡が多いというのは気になるのですが、特に下川先生はおっしゃっていませんでしたか。

要するに、伝導系の疾患であれば、かなり防ぐことができるのではないかと思います。ペースメーカーやアブレーションなどの治療が結構あるので、(1次, 2次)予防とは言えないけど、3次予防が可能な疾患で亡くなっているというのは若干気になるころではありますね。あとよろしいでしょうか。

それでは、続きまして、「ロ 心疾患登録・脳卒中登録・がん登録について」、各登録事業の実施者である先生方から御説明をいただきたいと思います。

はじめに、心疾患登録ですが、下川先生が御欠席ですので、事務局より、説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは資料2を御覧いただければと思います。

こちらは、県が宮城県医師会に委託して実施しております心疾患登録事業に基づく報告書でございます。本来ですと、下川委員に御報告いただくところでございますが、本日御欠席でございますので、下川委員から報告事項について御助言をいただきまして、事務局が代わりまして御説明をさせていただきます。

宮城県は全国47都道府県で唯一、全県下で発症する心筋梗塞をほぼ全登録してきたという県でございます。昭和54年からこの登録事業を始めておりまして、40年以上の長きにわたって集計、集積されている統計データということになります。

それでは平成30年分を御報告いたします。1ページを御覧ください。病院別患者数になっております。

宮城県内の医療機関で取り扱いました心筋梗塞患者数でございます。

こちらは亡くなった方だけではなく、生存退院された方も含めまして、合計で1,252人ということになっております。この中で院内死亡数が134人、うち心臓に関連した院内死亡が111人ということになります。

2ページから3ページにわたりまして、折り込みのA3の用紙の表がございます。

1979年からのデータで、右から2つ目が最新で、2018年のデータということになります。下から3つ目のマスが先ほど御報告しました患者数で1,252人とここが一致することになり、人口10万人あたりでは54人の発症ということになっております。この50年ほどは微増の傾向が見られるという状況です。

次に4ページを御覧いただきまして、こちらは仙台地域医療圏の患者数です。どれくらい発症したかというデータになりますが、一番多いのが太白区、次いで青葉区という状況になっております。

5ページを御覧ください。こちらは年代性別ごとの発症者数をお示したものになります。男性では60代、70代、女性では80代が最も多く心筋梗塞を発症しております。下の表は2017年、昨年までの集計データになりますが、男性は2018年と変わらず、女性はそれまでは70代が最も多かったのですが、2018年は80代が多い、発症年齢が高くなってきているという状況にあります。

6ページを御覧ください。こちらは発症から入院されるまでの時間になります。ゴールデンアワーと言われております、6時間以内に病院に入院された方は、712人で約6割弱ということになっております。逆に言いますと、約4割強の方はまだ6時間を超えてから入院してきているということを示しております。

飛びまして9ページを御覧ください。こちらは発症時刻別の患者数を表したものになります。真ん中の棒グラフを見ていただきますと、宮城県では午前8時から10時にかけての午前のピークと、午後8時の二つのピークがあるように見えます。中でも早朝から午前中の発症が多いという発症の仕方になっております。

その下の表ですが、救急車の利用状況と入院経路になっており、患者さんが医療機関にどうやってこられたかということになります。7割の患者さんが救急車を利用され、残りの3割の方は救急車を利用せずに来院されているということになります。

10ページを御覧いただきまして、上の表ですが、冠動脈が3本ありますけれども、それを15分画してございまして、どこが一番多く発症したかということを示しております。6番

と7番、ここは左冠動脈の前下行枝と呼ばれるところになりますが、そこに急性心筋梗塞が多く発症しており、これは全国と同じような傾向になっております。

その下ですが、生死別の在院日数になっております。7日から13日が最も多く、在院日数は1週間から2週間ということになります。

続いて12ページを御覧ください。12ページはリスクファクター別患者数です。どういう危険因子を持った方が心筋梗塞を起こされているかということでございます。例えば、70代から90代の高齢者では、高血圧となっております。その隣の糖尿病は60代に多く、高コレステロール血症、高LDL血症、高トリグリセリド血症、高尿酸血症、これらは、40代、50代に多いということでございます。これは宮城県の特徴ですが、働き盛り世代にメタボが集中しているということになります。また、たばこにつきましては、40代、50代で7割弱の方が吸っていたということになります。宮城県では、働き盛り世代の喫煙率が高いということも一つの問題になっております。

下は年代別の死亡数になります。80代、90代の方が心臓死されることが多いですが、40代、50代の若い方でも亡くなっているという状況が問題だというふうに考えております。

13ページを御覧ください。発症からの時間経過でございます。上の全体を見ていただきまして、発症から来院までの中央値が2時間21分、発症から冠動脈造影までが3時間42分、発症から詰まった冠動脈の再灌流に成功するまでが4時間3分ということで、これらの数字は、宮城県では急性心筋梗塞の救急医療がよく機能しているということを示していると思えます。

一番下の16番の表になりますが、発症から再灌流までの時間になります。6時間以内に再灌流できた方が、5割と最も多くなっております。宮城県の救急体制がよく機能していると言えると思えます。

14ページの19番の表ですが、発症から心臓死までの期間ということで、急性期、重症の心不全で入ってこられるというような方は早期に亡くなられているということで、12時間未満の方が多く見られるという状況があります。

続きまして15ページを御覧ください。昭和54年から始まって平成30年までの致命率が記載されております。昭和54年の致命率を御覧いただきますと、宮城県では19.9ということで大体5人に1人が亡くなっていたわけですが、平成30年では8.9ということで10%を切っており、40年前に比べて半減以下となっております。

16ページを御覧ください。再灌流療法の現状でございますが、Primary PCI というのが直接、冠動脈にステントを入れて開けに行く治療であります。このような治療が多く行われていて、上から2番目の表でございますけれども、Primary PCI を受けられた方の心臓死亡率は7.4%に対して、何らかの理由で再灌流を受けられなかったという方の心臓死亡率は15.1%と、約2倍近い差が出ているということになります。

一番下の表、最大CPK値につきましては、心筋梗塞の大きさを表すものでありまして、2,000未満が6割ということになりまして、2,000未満ということはそれほど大きい心筋梗塞ではないということになります。

以上総括いたしますと、宮城県ではこの十年間ほど急性心筋梗塞の発症数が微増に転じて

おります。これには高齢の患者の方が増加するということと、働き盛り世代である40代、50代の発症が関与しております。高齢患者は心不全を合併する率が高く、それには、女性、糖尿病、心筋梗塞の既往が関与していることが本研究からも明らかになっております。

一方で、宮城県の急性心筋梗塞の急性期医療はよく機能しており、高齢者へのPrimary PCI施行率も増加しているところから、高齢患者や心不全合併の影響を相殺している構図が明らかになっております。さらに宮城県は全国的にメタボリック症候群の頻度が高く、特に働き盛りの方々のメタボ減少に取り組んでいく必要性が課題としてあります。

以上、御報告させていただきます。

(小坂部会長)

ありがとうございました。下川先生はいらっしゃらないのですが、他の先生方から気になるところはありますか。

結構若い人でも急性心筋梗塞になっているようですね。今回の資料で、リスクファクターに関しては、一般住民のリスクファクターとの比も見えていかないと比較というのはなかなか難しいので、そこは間違えないほうがいいかなと思います。それから、今、救急の体制が非常に整っているというお話でしたが、先生方、そこはいいでしょうか。宮城県の救急搬送時間は、全国でもワーストという話だったと理解しています。ただ宮城県の場合、たまたま心臓救急を一生懸命やっているいくつかの医療機関があるので、それでこのような状態になっているのかなというふうに思っています。ある意味、医療機関の努力ではないかと思っ

(事務局)

病院収容時間について確認しましたところ、全国平均に対して、まだ宮城県はそこに達していないということで、行政評価についてもCということでございます。

ただ、だんだんその差が縮んできて短縮傾向にはあると。また、国の平均値があまり変わってない中で、宮城県は下がってきているので「努力はしています」となっているようでございました。

(小坂部会長)

補足ありがとうございました。

(金村委員)

いいですか。今、小坂先生がおっしゃったように、救急の関係は一律に見るには難しいところですが、心血管については一生懸命やられている病院がある、数を引き受けている病院が多いので、そこが早期の治療に結びついているというのはデータを見ながら思っていたところ

です。患者数を見ていくと、そういった医療機関が十分に機能しているところがよく見えるのかなと思

う意味では、一つはそのリスクファクターが減らない限りは患者が増えていくだろうと思いますし、実際、医療機関の受入れに頼っている部分があり、そういったところは医師不足の問題も絡んでくるところがあります。受け入れる側によって救命に関わってくることもあるので、そういったところも注意しながら見ていったほうが良いのかなと思いました。

(小坂部会長)

このデータとは関係ないのですが、元循環器医として言わせていただくと、最近、肩が痛いとか、お腹が痛いとか、心筋梗塞の症状は本当にいろいろなんですよね。私が診ている患者さんでも、お腹が痛くて翌日消化器科にかかって、その消化器の先生がたまたま心筋を一瞬で迅速診断するものがあるって、すぐに病院に連絡してくれました。そういう迅速診断キットみたいなものがあるので。知らない開業医の先生方も結構いるのではないかと思って、そういう啓発も必要ですね。とにかく速さが大事だろうと思いますので、情報共有だけしておきたいと思います。

それでは、急性心筋梗塞の方は終わります。

続きまして、脳卒中発症登録について、荒井先生お願いします。

(荒井委員)

事務局で資料3を用意していただきましたが、前回御報告した内容とほぼ概要は変わりません。前回発表した時点で、報告いただいていた施設を補充して2017年版を報告しましたが、全体の傾向は変わりなかったので、私が用意しました2018年の資料に基づいて御報告させていただきます。荒井委員資料と書いてある資料を御覧ください。

まずは2ページを御覧ください。昨年度から登録協力施設が1施設増えております。

また、協会の中に、登録評価の委員会があり、今までアウトカムスケールという方法で予後をしていただけですけれども、国際的な現状からすると、Modified Rankin Scale(mRS)で報告した方がいいだろうという御意見をいただきまして、今年からそのようにしています。段階が一つ増えるのですが、ほぼ互換性があると考えていただいて構わないと思います。よろしく願いいたします。

それでは3ページを御覧いただきまして、右下の数字が全登録者数です。まだ登録いただけてない施設があるので、また補完して改めて報告することになると思いますけれども、現時点では5,634例の報告をいただいております。

4ページは行政区分ごとの登録数を示したものです。5ページは登録施設ごとの疾患数ですが、一番多いのは脳梗塞で3,542例、次いで脳内出血の1,196例、くも膜下出血が433例です。

治療施設別に見ると、一番右の列ですが、広南病院は診療科ごとに分けていますが、トータル1,000例を超えて一番ボリュームが大きいところです。そして仙台医療センター、東脳神経外科病院、大崎市民病院と続いております。

次に6ページは、どこで発症した患者さんがどこに運ばれたかということを示しております。診療守備範囲を示しておりますが、やはり広南病院はスタッフが多く、かついろいろな治療方法ができるということで、広範囲から患者さんが集まっていることが分かります。

次に7ページですが、各疾患の登録数の年次推移を示しています。くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞について説明します。くも膜下出血は、数としては変わっていません。脳内出血はまだわずかに増えています。これは全国的な傾向でしょうけれども、脳梗塞が増えている、2007年辺りに比べると約1.5倍になっております。

8から10ページまでは、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞の年齢分布を示しております。女性の脳内出血、それから脳梗塞に関しては男女とも高齢化の傾向が認められています。10ページを御覧いただくと、統計的には有意ではないのですが、増加傾向があると思われま

す。

11ページからは疾患ごとに説明します。

表8では、くも膜下出血に関してどういう治療が行われているかを示しています。今は、いわゆる開頭をして動脈瘤をクリップする手術よりは、血管内治療と言ってカテーテルによる治療の方が多くなってきています。これは世界的な流れでしょうし、日本国内でも多くなってきていると思います。

表9です。くも膜下出血は入院時意識障害の程度で重症度が決まりますが、意識障害の程度により、どういう治療法が選択されたかを示しております。Japan Coma Scale (JCS)で1桁、つまり軽症に関しては開頭手術の選択が多いのですが、2桁、3桁の重症度の高いものに関しては、やはり侵襲の少ない血管内治療を選択するケースが増えてきていることが分かります。

また、表10は治療別の結果を示しています。全体の治療成績は、Modified Rankin Scale 0と1、これらが予後良好で社会復帰可能と考えられますが、くも膜下出血全体で35.6%が社会復帰可能でした。

12ページです。表11のとおり、脳内出血は、治療方法のほぼ9割近くが保存的治療で、手術は10%程度です。また、表12のとおり、意識良好例に対する介入は少なく、重症度の高いには手術介入も行われている傾向が示されていると思います。

次に13ページの表13、脳内出血の予後ですが、くも膜下出血と同様に、Modified Rankin Scale が0と1の社会復帰可能なレベルが14.9%でした。それと同時に問題になるのはModified Rankin Scale 4と5の非常に介護度が高いクラスが、48.1%と合わせて5割近くと社会への福祉資源に対するインパクトが大きいところです。ちなみにModified Rankin Scale の6死亡例は17.4%です。

次の表14は、くも膜下出血、脳内出血の出血性の脳卒中において、発症前に、脳梗塞、心疾患の既往があつて抗血小板薬や抗凝固薬していた場合の退院時のModified Rankin Scale への影響を見えています。つまり、服用によって出血が重症化するかどうかを見たものです。まず、Mann-Whitney Uテストの結果は、未使用群と、DOAC、ワーファリン、抗血小板薬、この3群をそれぞれ比較したところ、いずれも有意差がありました。つまり、これらの薬を服用例では重症化傾向が有意に見られました。これらは当然予防のため必要で投与していた薬なのですが、合併症として出血性脳卒中が起きた時には重症化するということが示せたかと思ひます。

次に14ページを御覧いただき、脳梗塞に関して説明させていただきます。

14、15ページでは、脳梗塞を病型別に分類、ラクナ梗塞、アテローム血栓性、心原性脳



塞栓について調べています。

表16の平均発症年齢からは、心原性脳塞栓、アテローム血栓性、ラクナ梗塞の順で高い傾向があることが分かります。

次に16ページ、表17では入院時の意識障害のレベルをそれぞれの病型で示しております。心原性脳塞栓の重症度が高いことが分かります。心原性脳塞栓ではJCS3桁、100から300の合計で8.5%と多くなっています。

表18は脳梗塞の治療法です。tPAが2.9%、血栓回収療法が2.3%、合わせて5.2%です。これが超急性期の積極的介入治療に相当しますが、去年とほぼ同じ頻度です。ただ以前に比較すると、tPAが導入期には1~2%だったので、倍以上に増えてきています。特に、心原性脳塞栓での介入が多く、tPA4.7%、血栓回収療法5.5%。これは結構な数になってきています。特に「血栓回収療法」のほうがtPAを上回っているというのは、血栓回収療法を積極的にやって今増えてきているところなのだと思います。

次に表19はその予後です。総計のModified Rankin Scaleが0と1約30%は予後が良好です。病型別には、心原性脳塞栓は、先程表17で示したように、重症度が最も高い脳梗塞ですが、Modified Rankin Scaleの0,1は38.9%と、ほぼ40%近くが予後良好群になります。これは先ほど言ったように超急性期の介入が功を奏しているのかもしれない。

次に17ページです。表20は発症前の薬物療法の有無によって、tPA、血管内治療をした群と従来の薬物療法群の比較です。全体の予後は血管内治療群で悪いと考えられます。これは多変量解析で踏み込んだ解析が必要だと思います。

それから、表21と次の18ページは、発症前の抗血小板薬又は抗凝固薬の有無と退院時のADLを見ています。これに関しても差がある群とない群があります。心原性脳塞栓に関しては、あまり差がなさそうです。ラクナ梗塞とアテローム血栓性は、統計的に有意差があります。18ページのグラフでイメージが掴めると思うのですが、図12のとおり、むしろ、抗血小板薬、抗凝固薬を服薬していた方が、予後が悪い傾向が見えます。つまり、二次予防薬服薬による軽症化は認められませんでした。ここもやはりもう少し深く踏み込んで解析しないと、説明できないかと思っています。以上です。

(小坂部会長)

はい、ありがとうございました。非常に興味深い御報告でした。

一つ質問なのですが、抗血小板薬の中に小児用バファリンは含まれますか。

(荒井委員)

はい、抗血小板薬の中には小児用バファリンは含まれます。

(小坂部会長)

含まれているんですね。アメリカ人だと、ほとんどの人がいろいろな予防で内服していて、日本でも結構飲んでいる方がいますよね。日本のスタディでは大体否定されていますよね、トータルの死亡とかでいうと。

(荒井委員)

アメリカだとかなりの量を飲んでいたりするのですが、日本で一番多いのは100mgとか少ない量です。それで良いということにはなっているのですが、その量でどのくらい予防効果があるかというところと100人飲んで1人くらい。確かそのくらいの効果なので、あまり大きいわけではない。今出ているプラビックスとかシロスタゾールとかそういう薬も含めて検討しているのですけれども、その内訳はどうかと言われると、まだそこまで踏み込んでいないので、これから検討しなければいけないと思います。

(小坂部会長)

荒井先生、tPAを使って出血性梗塞になるリスクに関しては、どのような感じなのでしょうか。

(荒井委員)

そこは踏み込んで調査していませんが、日本の医者が従順だということもあるかもしれないですけど、結構、プロトコルを守るので、多分外国で初期にやっていたよりは、出血性梗塞になるリスクは低いようです。あとは当然、出血性梗塞になって、うちの施設もそうですけれども、外減圧しなければいけないことも稀にはあるのですが、確かにそんなに頻繁ではない。一応、日本のtPAの成績は、合併症が少なく、割と良いほうだと言われています。宮城県がすごく良いかどうかは分からないですけれども。

(小坂部会長)

宮城県で脳出血が多い理由は何かありますか。後で事務局のほうで対策は話されると思うのですが。例えば入浴との関係はありますか。いかがでしょうか。

(荒井委員)

なかなかその辺りは分からないと言いますか、以前、この調査でもリスクファクターをチェックするようにしていたのですが、リスクファクターをチェックしてもらって、きちんと書いていただくことが少なく、精度が低くなります。後は、血圧が高いのはリスクとしてあるけれども、服薬をしていたかまでは分からないとか、なかなか踏み込めないところがあって。それから、当然前向きな調査ではないので、精度が上がらなくて、あまり意味がないだろうという意見もあります。労多くして益なしということで、今は外させていただきます。ただ、今言ったように、いくつか限られた症例に対しては、やはり振り返ってでも踏み込んだ調査が必要なかなと思っています。人手などの面でサポートが必要かもしれません、そういうことができればいいなと思っています。

(小坂部会長)

ある先生が、東北地方のように寒いところはすごく冬場に心筋梗塞、脳卒中が多くて、北海道のように暖かい家とか、沖縄などの暖かい地域は少ないみたいなことを言っていたのですが、先生の印象としてはどうでしょうか。やはり冬場が多いのでしょうか。

(荒井委員)

かつて、季節変動に関して少し調べたことがありまして、くも膜下出血は実はほとんど季節変動はありませんでした。それから、脳内出血はやはり冬場に多い傾向があり、脳梗塞も寒い冬ともう一つは秋口ですね。残暑の厳しい秋口にピークがあつて、当然、脱水とかが関係するのだらうなということは思っていました。いずれまたそういうことを検討しなければいけないなと考えております。

(小坂部会長)

ありがとうございます。金村先生はいかがでしょうか。

(金村委員)

荒井先生、今までの会議ではあまり気が付かなかつたのですが、去年の報告があるので見比べてみましたら、今回、くも膜下出血は女性が多かつたようなのですが、たまたまと考えればいいのか、何かこう、リスクファクターみたいなものがあるのかどうかがあって見えているものがあるのかどうか、分かれば教えていただきたいのですが。

(荒井委員)

くも膜下出血は昔から女性が多いですね。この登録には入ってきませんが、未破裂脳動脈瘤を登録しても女性が多くて、出血例も女性が多いです。脳卒中全般は男性が多いのですが、くも膜下出血に関しては女性が多いです。倍まではいかないのですが、差があります。脳梗塞と脳内出血は男性が多いですね。

(小坂部会長)

女性と男性で差があるというのは、女性が長生きするからということではなくて、くも膜下出血は女性が多いというのは、動脈硬化やホルモンなどいろいろな影響もあるのでしょうか。

(荒井委員)

説明するとそうなると思いますが、本当の因果関係は良く分からないですね。

(小坂部会長)

ほかによろしいですか。

(金村委員)

今、がんのデータをどういうふうに見ていこうか、トレンドを見ていこうかと悩んでいるところですが、血管ということでは、心筋梗塞も、脳血管障害もリスクファクターは共通で、「詰まる」方のものは同じような傾向があるというのが一つありますよね。あとは、不整脈と心原性脳梗塞は元は一緒なので、そうすると、今は疾患別で見ているのですが、実はそこを並べてみたりすると、そのリスクファクターが変わらないうちは、増加傾向とかトレン

ドは一緒に、例えばこれから見ていった場合に、県民の生活の環境とかが変わると、それが後追いで何年かすると下がってくるとかっていうのは、実は観察ができるのかもしれないなと思ったのですが。ただ、登録をするだけでも大変なので、そういう分析はなかなか大変ですが。リスクファクターがその疾患とか死亡とかに現れるまでに、20年とか30年のタイムラグがありますので、その辺りを、どういうことを掴んだりするかという意味では、データの見方というのは、私ども作る側でもあるのですが、まだまだ工夫していかなければいけないのかなと報告を聞いていて思っていました。

(荒井委員)

確かにいろいろなリスクファクターの中で、今、一番注目しなければいけないのは、心房細動と高血圧症だと思います。その二つをコントロールというか、前もって介入とか予防的なことができれば、大分違うかと思います。特に、脳梗塞の中でも心房細動が関係するのは脳塞栓症で、先ほど言ったように重症化することが多いので、予防ができれば一番良いですよ。今、不整脈の検出はアメリカあたりだと、それこそアップルウォッチなどでできてしまうわけですよ。ああいうのが日本でも広まれば、心房細動、特に発作性の心房細動なんかは分からないですから、ああいうのをうまく利用できるようなになれば良いと思うのですが。

(金村委員)

先ほどの人口動態統計で、宮城では伝導障害が高いという報告があったのですが、これは診断する先生方の能力が高くて、そういう病名をつけて死亡診断書が書かれているのか、本当にそれが死因なのかというところは検証が必要なのかなと思うのですが。もし、その疾患が宮城に多い、死亡にもあらわれているということであれば、治療的に介入するということをも早く啓蒙することで、そういった疾患が抑えられる可能性があるのであれば、そういうデータを使って呼びかけるということも一つあるのかなと思ったところです。

ただ、真偽が分からないので、死亡のデータもトレンドとかを抑えておかないと、その辺りの理由がどういうものなのか、昔は心不全とつけられていたものが細かく見るようになって、ただそういうふうに分類が増えたのか、県によってばらつきがあるだけなのかは分からないなど。

(小坂部会長)

確かに、心原性の脳塞栓がこんなに多いというのは、結構衝撃的でした。心房細動は高齢の方が多くて、例えば、80代、90代の方がいて、そのような方々に抗凝固薬のようなものを使うのか、ガイドラインは年齢関係ないので、宮城県は脳内出血が多いと聞くと、なかなか使いづらいついかなというところもあると思いますけど。

(荒井委員)

確かに、医師の皆さんは躊躇することはあると思いますが、逆に言うと、躊躇しているために、十分量の抗凝固薬が投与されていなくて、またそれも問題になっていますよね。その辺りが、これからどこに落としどころをつくるかは、まだ分からなくて、いわゆる抗凝固薬、

今、DOACの治験が行われているのですが、結局、いわゆるリアルワールドというか、実際の世界では80代、90代という治験を外れた年代に使わなきゃいけないとかありますよね。そこをこれから考えていかなければならないところだと思います。やはり皆、躊躇して、少なめに使って結局効いていないとか、逆に合併症だけ起きたとか、そういう話も確かに聞こえてはきているので、これから検討が必要かなというところですよ。

(小坂部会長)

日本も来年からマイナンバーを使ったリアルワールドデータの方にいくのだろうと思うのですが、海外のように強制力がないと100%というわけにはいかないでしょうから、なかなか難しそうですね。イギリスは全部のデータが、国保のデータと自分のデータがタグづけされていて、ネットで管理されているので、どの薬を使っているかなどリアルワールドデータが取れる。日本もそれを目指しているけれども、来年からすぐにできそうもないですね。

それでは、脳卒中対策も秋口とか冬とか対策も違ってくるかもしれませんし、心臓の心房細動の重要性も今回分かったかと思います。

ほかによろしいですか。それではがん登録について、金村先生お願いします。

(金村委員)

私のほうは、資料4とそれから、金村委員資料の2点で御説明したいと思います。金村委員資料と記載されている資料に次第が書いてありますが、1ページめくっていただくと、届出の件数が掲載されております。

全国がん登録が平成28年から開始され、データが集められています。1年前のデータをその翌年に集めるという状況ですので、今年度は、平成30年のデータを集めているところなのですが、今ここに載せていますのは、集計がまとまっているまでの内容になります。

平成29年には平成28年の症例を集めまして、1から3ページまで全医療機関を載せておりますが、26,431件ということになっています。全国がん登録が始まる前、地域がん登録の任意の病院は約40ありましたが、その時は約24,000件だったので、2,000件ほど数が増えたような状況になっています。平成30年に収集した時は、29年のデータになりますが、27,000件ということで約1,000件増えています。

今年集めているデータは、まだ公表できるところまでできていませんが、総数で

約28,000件ということで、年間1,000件ずつ報告が増えているという状況です。

1ページから3ページで色塗りしているのが、宮城県内のがん診療連携拠点病院です。がん診療連携拠点病院は全部で七つあります。宮城県内の場合ですと、東北大学病院が一番多く、2ページ目のおり3,500件、大体例年これぐらいです。その他の拠点病院が約2,000件前後。少なめなのが東北労災病院とみやぎ県南中核病院で、1,000件前後です。7施設からの届出が平成29年は47.5%、平成30年は48.0%という状況です。

実際に集めているデータで今どうなのかというのが資料4で、これが私どもが毎年報告しているものになります。平成29年の集計が今出る直前まで来ているのですが、直近は昨年3月に出した平成28年の集計ですので、これで概要を御説明します。

これにありますように、図1に載せておりますが、罹患数は男性が約10,000、女性が

約7,500ということで、若干ですが右肩上がりの傾向があります。これを年齢調整罹患率ということでも見てみますと、横ばいです。

次に、3ページの図2です。宮城県で多いがんですが、男性は胃がん、大腸がん、肺がん、上位三つを占めます。次に多いのが前立腺がんという状況です。女性の方は乳がん、大腸がん、胃がん、肺がん。これが上位四つで60%ぐらいを占めています。

年齢階級別に見たものは3ページの表2です。男性を見ると、多いのは先ほどの胃がん、大腸がん、肺がんということで、多い年代に若干違いがあるのですが、大腸がん、胃がん、肺がんが多く、高齢になると前立腺がんが多いというのが、全体的な傾向です。女性の方は、乳がんが全体的に多いというところで、30代から50代は子宮がんが多い。他の年代も含めてみると、大腸がん、肺がんが多くなっていくという状況です。今申し上げたような傾向は、全国と比較してもそんなに大きな違いはありません。

その下の図3は部位別の死亡割合です。死亡のデータは1年早く確認が取れるので、最新のもの載せています。男性の死亡を見ると、先ほど人口動態について事務局から御報告がありましたが、肺がん、胃がん、大腸がんが上位三つです。先ほど、罹患割合は胃がん、大腸がん、肺がんと申し上げましたが、死亡の方でも男性は一緒です。ただその次となると、膵臓がん、肝臓がんというふうに変化が出てきます。女性の方は、大腸がん、肺がん、膵臓がんが上がってきまして、乳がんは4番目です。乳がんは比較的予後が良いことが多いので、女性はこういった順位になっております。

2ページ目に戻りまして表1を御覧ください。がん登録では、発見された経緯を確認しておりますので、登録をされた患者さんで見ると、どのがんがどれくらい検診で発見されているのかということはある程度見ることができます。検診をしているがんによって若干の違いがあるのですが、例年20%から40%の間で分布しているという結果でございます。

5ページには、年齢階級別の罹患率を載せたもの、最後の6ページには、5年間の罹患数と年齢調整罹患率を載せています。

今までは、私どもこういう形で1年ごとに更新をしてデータを提供していたのですが、がん対策をする上で、トレンドが十分見えていないのではというきらいがありまして、これをもう少し長めでお見せしたいということを考えて、取組を始めたところです。

また、宮城県の第三期のがん対策推進計画で、市町村別のがん統計情報を提供してという盛り込んでおりまして、がん登録に関しても市町村別に提供しているところです。これは、金村委員資料の4ページ目、今私どもで行っている取組を説明している資料がありますので、御覧いただきたいと思っております。

がんの罹患率と死亡率を一緒のグラフに載せて、そのトレンドを見たグラフです。予防対策が上手くいくと、リスクファクターが減るのでがんの罹患は下がってきます。罹患率が下がると死亡率も下がるという傾向が見えます。例えば、がん検診で早期発見というものが上手くいってくると、罹患率が右肩上がりに若干なるのですが、早期発見が進むことで死亡率が下がっていくというのが、グラフ上で確認できることになっています。これは理論的です。あとは、効果がある治療法が出た場合、これは、リスクファクターは変わらないので罹患率はそのままなのですが、死亡率だけある時点から落ちることが観察されるはずですが。今の場合でいうと、例えば肺がんでは遺伝子変異のタイプに合わせた新たな治療が用いられ

ていますので、死亡率の方でおそらく確認できるのかなというふうに思っています。

ということで、早期発見・早期治療が効いてくると、罹患率と死亡率に現れるはずなのですが、今はそれを見られる状況にないので、どういうふうにしたらいいのかということで、6ページ目になります。今差し当たって作成しているのが10年間のデータで見ているものなのですが、左が男性、右が女性のグラフで、罹患数と死亡数を一つのグラフに載せたものです。

さらに、黄色い線で引っ張っているのが3年移動平均というものになります。罹患とか死亡というのは年によって変動がありますので、トレンドを読むのが難しくなることがあります。宮城県全体では数が大きいので、トレンドを読みやすいのですが、これを市町村別に行くと非常に読みにくいというのが分かってきました。それで、例えば2006年から2008年で3年分の罹患数の平均をプロットすると、この黄色い線の端になります。続いて2007年、2008年、2009年の3年間の平均を2009年のところにプロットするというように作っていったものがこの黄色い線になります。これは罹患の移動平均、点線は死亡の移動平均になります。数だけで申し上げると、1番上のグラフは宮城県全体ですが、罹患数は増えていて、死亡数は横ばい。もう少し細かく見ると死亡数も若干増えてはいるのですが、こういったような全体の傾向です。女性も同じです。

その下からのグラフは、検診などの対策をしている6部位のがんについてデータを作っています。

胃がんは、男性も女性も、2012年頃いったん罹患が上がって、そのまままた横ばいの傾向です。死亡は変わりありません。

次に大腸がんです。罹患が増えて死亡が横ばいというのが今の状況、女性もトレンドは一緒です。その下は結腸がんと直腸・S状結腸がんですが、トレンドは一緒です。一番下が肝臓がんです。肝臓がんはウイルスの治療薬などが出てきている関係もあるかと思うのですが、トレンドが若干違っておりまして、罹患と死亡は凸凹しているのですが、横ばいと見えます。

次に7ページの上が肺がんです。肺がんも増減があるのですが、このグラフからは、罹患が凸凹はあるのですが右肩上がり、死亡も若干右肩上がりなのですが、これは男性、女性ともそういった傾向があります。

次が、乳房です。これは女性だけを載せていますけれども、罹患が右肩上がりで死亡が横ばいというトレンドです。次が子宮がんです。子宮がんは、子宮頸部がんと体部がん、これは死亡のデータがないので、罹患しか載せていませんが、子宮全体で見ると、罹患が右肩上がりで死亡は横ばいというような状況です。

宮城県全体でトレンドを見ると、罹患は増えているけれども死亡は減少には至っていないというのが今の状況なのかというふうに見ております。

それから、8ページは年齢調整罹患率と死亡率です。どうしても高齢化の影響があるので、10年前の死亡数と今の死亡数を直接比較しても「年齢が増えているからでしょ」という話もあるので、年齢調整率で見たものになります。先ほどと並びは一緒で、左が男性、右が女性です。黄色い線が、3年移動平均と書いていますが、区間平均です。3年間の平均をとった値をプロットし、1年ずつずらしたものです。実線が罹患、点線が死亡で、より傾向は見やすくなっています。年齢調整をしても、先ほどお話したような傾向と一緒に、罹患に関し

ては右肩上がり死亡に関しては横ばいというトレンドです。

胃がんに関しては、それほど増加は強く見られず、大腸がんは罹患が増加、死亡は横ばいという傾向です。肝臓がんも横ばいなのかなという状況です。

続いて9ページです。肺がんは、先ほどの数では罹患も死亡も増えているという話でしたが、年齢調整の率で見ても罹患は増えています。死亡は、もしかしたら男性は若干下がっているのかもしれませんが。女性の死亡は横ばいです。

乳がんの場合は、罹患が上がっていて死亡は横ばい、子宮がんに関しても罹患が上がっていて死亡は横ばいというような状況です。

宮城県全体で見てもこういった傾向なのですが、これを今、市町村別、保健所別でデータを作り、保健所の事業ということでデータ提供し、研修会という形でデータをお見せしているところです。このがん登録のデータを市町村にも使っていただくことで、がん対策に役立てていただこうと、現在取り組んでいるところであります。

また、宮城県では今こういうトレンドなのですが、アメリカで先日出た論文だったのですが、例えばアメリカの喫煙率が落ちていきますので、実際に肺がんなどの罹患も死亡も落ちていきます。それが大体30年ぐらいの時間差で落ちているというのがはっきり見えてきています。リスクファクターそのものをおさえる指標はないのかもしれないのですが、私どもの方では、がん登録と人口動態を組み合わせることで、リスクファクターがどういうふうに変わってきて反映されているのかを、後追いにはなるかもしれないのですが、掴めるのかなというのが一つ。それから、これを宮城県だけで今見ているのですが、全国や他県を見ることによって、何かこう、リスクファクターが変わって対策が打たれたところだとトレンドが変わるところが出てくると思うので、そういったところを逆に掴むことで、その対策を抽出して役立てることができないかと考えたりしています。このように、がん登録を実際に政策と結びつけるように使っていただくということを、今始めたばかりです。

この資料の5ページ目、提供予定データを御覧ください。今年度は検診に関係した6部位のデータを提供予定ですが、令和2年度には全部位に広げていこうということで、現在準備を進めているところです。

ただ少し問題がありまして、年齢調整の罹患率や死亡率を算出するに当たり、県で出す場合の人口は問題ないのですが、市町村で計算するときの良い人口がなくて困っています。できれば、県の人口の担当課に御協力をいただいて、データを毎年いただけるようにならないかというのが1点。それから、人口動態の死亡に関しても、市町村別の死亡数は今、特別に宮城県経由でいただいている経緯があります。これは市町村の動向を知る貴重なデータではあるので、誰でも使えるのが一番いいと思うのですが、年齢階級別の数とかで見られるようになると率の計算も簡単になるので、そこはお願いしたいというのがございます。

また、資料5ページに戻りますが、がん登録は全国のがん登録なので、法律上で利用ができるようになっていまして、利用の手続について市町村にも御案内をしているところです。例えば、がん登録情報の活用ということでスライドに上げていますが、一番はがんの罹患などを市町村単位で使えるようになりましたので、私どもがんセンターが研究所という立場で御協力をし、そういったデータを活用してみませんかという投げかけをしているところです。

また、がん検診の精度管理もがん登録が法律になり、検診の精度管理に使えるのですが、



法律上利用できるのは県か市町村であると。検診の精度管理事業は県の事業なのですが、検診自体は市町村の事業ということで、この精度管理をどういうふうにしたらいのかというところが進みにくい状況があります。一番は、法律上の実施主体、検診は市町村ですし、法律上も市町村が利用できるとありますので、市町村には利用を呼びかけてはいるのですが、そこがスムーズに進むようにというか、検診も精度が保たれなければ早期発見に繋がりませんので、この協議会などで、是非市町村に対して働きかけることができればありがたいなと思っております。

(小坂部会長)

いろいろな観点から御説明いただきました。

こういうデータはいろいろなところが使えると良いと思います。特に年齢調整したデータでないという意味がないと思いますし、既存の県や国にあるデータで良いと思いますが、県立がんセンターで年齢調整をしたものを各市町村に見ていただいて。以前のデータでも、ある町だけが大腸がんがすごく高かったということがありましたが、県内で比較するということは非常に意味があると思っております。

その中で、データが予防につながるというところですが、もう一番の対策はたばこというのは誰もが知っているわけで、喫煙率のデータが市町村別はどこまでありますか。昔、JTが出していましたよね。あとは、国民健康・栄養調査や宮城県が実施した調査があると思いますので。市町村別にどこまで精度が保たれるかというのはありますが、そこは介入していくということですかね。それから、宮城県の女性に多い大腸がんでいうと、歩くということですかね。WHOが言っている大腸がんの予防は、エクササイズしかエビデンスはないですよ。

(金村委員)

生活習慣を改善していただくために、データを使う。今までのデータの使い方とすると、政策的な意味合いで使われていたところはありましたけど、住民に対して行動変容を促すような形のデータにはなっていなかったもので、そういう意味では市町村別でのデータは「うちの町ではこれくらいありますよ」というのはインパクトがあるのかなと認識をしています。

あとは、実際に市町村の方が、自分の町の対策を考える上で指標を持つこと自体が、政策のPDCAを考える上で、非常に良いのかなと。罹患と死亡が取れるのはがんの利点で、全国とも比較できるのががん登録の利点なのですが、いかにせんリスクファクターが結果に表れるのに何十年とかかかるので、そこは息が長いというのは理解をしながらも、例えば検診受診率をどのくらい上げていくとか、呼びかけをどうするかとか、健康習慣を改善するためにどう働きかけるかを促すためのデータとして使いたいと思っております。

(小坂部会長)

今、2次予防の話がありましたが、1次予防として、今回がんを減らすとしたら、大腸がんのエクササイズ、それからたばこはかなり多く関わってくる、胃がんのナトリウム、塩分ですね。それからもう一つ大事なのが子宮頸がんワクチンですね。このくらいですか。他に

ありますか。

(金村委員)

リスクファクターということになると、がんだけではなくて、心臓、血管とか生活習慣病なども結局同じ土俵に上がってくると思っていて、がんだけにとりより、これら全てに共通する部分というようなところでデータ分析をやると、市町村も事業をやりやすいのかなとかいうところがあります。

先ほど小坂先生がおっしゃったように、特異的な部分は年齢がはっきりしているので、ターゲットを絞ってリスクを落としていくということはできるのかなと思うのですが、指標がなければ、効果があったかどうかはわからないので、せめて喫煙率が分かるとか、その効果を図る指標というのは、実は登録の面だけではその結果しか見えないのですが、その前の働きかけがどう影響したかの中間指標だけでもある程度押さえておかないと、なかなか厳しいのかなと思っています。

(小坂部会長)

がん検診のほうは、この部会ではなく、他の部会で精度管理をかなりきっちりやっているとしますし、宮城県は日本の中でも代表的な県だと思いますが、海外に比べるとまだ甘いですね。オーストラリアとかだと読影ごとに評価基準を決めて、「基準を満たしていないので来年は委託しませんよ」と数字でコントロールをして、きちんとした精度管理はそうあるべきだということにやっていますよね。

ただ、宮城県は、他県よりも非常に一生懸命やっているとしますので、がん検診については各がん部会にお任せなのかなと思いつつ、子宮頸がんワクチンに関しては、今いろいろな動きがある中で、どうですかね。これは県、自治体レベルではないけれども、市町村レベルだと各医師会と連携してかなり啓発活動をやっているような自治体もありますよね。最近も子宮頸がんワクチンをやらないことによって、日本のこれからの子宮頸がんが他の国に比べて膨大に増えていくという推計を出した論文も最近出ましたよね。国が動かない中で都道府県が動くというのはなかなか難しいと思いますが、その辺りがかなり残念な状況なので、この部会でも一言言っておきたいと思います。そのほか何かございますか。

(小坂部会長)

金村先生、市町村別にデータを出してみてもうでしたか。

(金村委員)

市町村別は、はっきり言えば、データのばらつきがすごく大きくて、大変でした。その傾向を読み解くのが難しく、それで移動平均を使えばいいのだろうなという理屈はあったのですが、実際やったことがなくて。やってみたら案外使えるなという感じがしています。ただ、あまり違いがないということだと思のですが、これをいろいろな他のデータと読み合わせていくと、見えることもあるかもしれないと思います。

それから、今まで宮城県は全国と傾向が同じという言い方をしていたのですが、実は他の

県と違いがあるのではないかと考えています。がんの総数で罹患といっても全然リスクファクターが違うものの寄せ集めみたいなどころがあります。がんの種類によって違いがあるので、それはやはり良くないと思っています。今考えているのが、47都道府県のトレンドを実際に比較してしまおうということです。トレンドの変化が良くなっているところは、もしかしら見習うべきものがあるのではないかと。そこから探りを入れて、良い施策なり対応を取っていくということを、今は狙っています。

市町村は、今回データ提供したことで、そのデータを見るという非常に面倒な作業を一緒にやったので、お互い大変でしたが、逆に、そのデータをどう扱うかということ、がんを通して一緒に経験することで、他の疾病の予防にもつながることを期待して、来年度事業と一緒に保健所の方々としたいと思います。

(小坂部会長)

私が国で標準化死亡比とかを作っていた頃は、胃がんとか塩分に関わるものは東北とか日本海側に多く、それから白血病とかはATLの関係があって旧縄文系というか海岸沿いに多いとか。肝炎に関しては関西が多いとか、それはC型肝炎の関係で。そういう部分は割とはっきりしているので、そういう意味では、これから秋田県みたいにたばこ対策をがっちりやる、青森県みたいに全県を挙げてやる、少し時間がかかるのですが、結果が出てくるのかなと思います。少し長い目で見えていくしかなくて。そうすると宮城県は何を売りにするのですか。

(金村委員)

宮城県は今、リスクファクターではっきりしているのは、メタボというのがありますので、これが最終的には罹患とかのトレンドとかに多分効いてくるはずだと思います。

(小坂部会長)

宮城県は、がんの死亡率は決して高くはないですね。

(金村委員)

高くないです。罹患が多いのは、宮城県は検診受診率が非常に高い方だからです。ただ、政策的な効果が出る高さまでは受診率は高くないという状況なので、罹患で見ると高いですが、死亡で見ると高くはないですね。

(小坂部会長)

宮城県は、がんの罹患率は全国に比べてそんなに高いことはないですね。死亡もそんなに高くはない。だからかなり良い中での話なのだろうとは思っています。そこは認識しておいたほうが良いと思っています。

(金村委員)

ただ最近、貧困や経済格差が健康格差にもつながる話もあるので、今までのような地域社

会ではなくなってきたところを考えると、これはがんだけではなく、様々な疾患に対してそういったものが影響してくるはずなので、そういう意味では、予断を許さないというか、そこは気をつけて対策をしないと。ポピュレーションでいっていて、実は上手くいくのかというと、その辺りも対策の仕方ですり変わってきているところなのかなという気もするので。そういう意味で、私達はデータを持っていますので、データをいかに見ていって施策と結びつけ、それを効果的にするという意味では、非常に大事な時期にきているのかなというふうに思います。

(小坂部会長)

イギリスが孤独担当相をつくって、それによる損失というのは、たばこの害と同じくらいあると話をしているの、宮城県でも孤独担当課長をつくっていただいでですね、それはかなり分野横断的な話で、それによって、それが実はたばこをやめるとかなんかよりも一番効果、影響が大きいというのは、そういう論文も出ていますので、そういったことも実は考えてもらえるといいのかなと。皆の情報共有のためにお話させていただきました。

大分時間が過ぎましたが、これで質疑応答を終わらして、次に次第3(2)の協議に移ります。これまでの報告を踏まえて、現状から見える課題と指導事項(案)ということで、事務局より説明をお願いします。

(事務局)

資料5説明

(小坂部会長)

各委員の御専門のところから、過不足ないかどうか、御意見いただければと思います。

(金村委員)

まず事実関係の確認ですが、これまで挙げられている指導事項に加えて、何か強化的な内容のものはこの中にありますか。例年通りの内容なのかどうか、まず一点、確認したいのですが。

(事務局)

指導事項(案)については、例年と同じ部分もありますが、たばこについては、40代、50代の若年層で喫煙する方の割合が高いということで、禁煙希望者には「禁煙支援マニュアル」に基づいた保健指導を行うということを追加しております。また、今年4月から受動喫煙防止対策について法律も改正されますけれども、受動喫煙防止に関する啓発あるいは環境整備の強化をきちんとしていくようにということを追加、さらに、がん検診対象者へのアプローチと、セルフ管理能力向上のための支援についても追加しております。

(金村委員)

先ほど申し上げたのですが、がん検診の関係でいくと、全国がん登録を使った精度管理というのが法律の枠組み上可能になりましたし、この協議会の中でも、精度管理を実施してい

るかどうかをチェックするという仕組みになっています。ただ、実際にはそれがなかなか進まない現状にありますので、これを実施されている県もあれば、そうでない県があるのも承知しておりますけれども、市町村がやっている検診ということであれば、がん登録を使った精度管理を進められるように、入れていただきたいというのが一つです。それから、市町村は実際にはがん登録のデータをどう扱ったら良いか困るという問題が現実にはあると思いますので、そうすると、何か支援とセットでなければ利用は難しいのかなと思っています。ですから、例えば私どものがん登録室で、また、研究所という立場でもありますので、精度管理に関してお手伝いをする心づもりではおりますけれども、何かモデル的なものをするでも構わないのですが、検診の精度が担保されるような、そういったところを汲んでいただければということ、お願いしたいと思いました。

(小坂部会長)

これはどうでしょうか。がん検診については各がんの部会がありますよね。そこでは市町村別の、ある意味「通知表」のようなものをつくっていて、先駆的なことをやってもらっていましたが、今もやっていますよね。逆にそちらで精度管理しようというのは、かなりしっかりやってもらっているんで、そちらで必ず入れてもらうということではいいのかなと思うのですが。

(事務局)

がん検診に関しましては各部位ごとに5部会ありまして、そちらのほうからも指導事項としていろいろ出ておりますので、それを取りまとめた形で全体の協議会の指導事項として、3月にまとめるということになります。そちらのほうで、入れていくということではいかがでしょうか。

(金村委員)

私が懸念しているのは、精度管理が十分でない中で、検診にまつった形で、がんが見つけれなかったとか見落としという話になって、検診そのものに対する不信感を招いてしまうことです。不信感を招くと、検診受診者が少なくなり、早期発見から遠のくという、そういうチャンスを逃す方が増えることになるので、そういった事態は避けていただくように、やはり精度管理をきちんとしていただくことが大事だと思います。

ただ一方で、技術的に精度管理をするというのは、人手なり何なりが必要であることは重々承知をしておりますので、そこを何とか。今の枠組みでいくと、市町村が単独でやっているところは多分ないかと思うのですが、何らかの形で県が枠組みを作るか、指導的な立場を発揮するかと思うので、そういったところ、ぜひ検討していただけると。検診とワクチンは、何もない状態の方が、自分から動いてしなければいけない。そこには一定の割合で不利益が出る可能性がありますので、そういう意味では、安全とか健康、精度管理とかそういったものを担保するのと、情報発信というのは不可欠だと思います。今のままだと、何かあったときに矢面に立つのは市町村で、結局何かあった場合には全国的に検診に対する不信につながるおそれがありますので、そういったところはインフラ的なものでできるよう希望している

ということは御理解いただきたいと思います。

(小坂部会長)

都道府県別の、例えば大腸がん検診の要精査率とか統計を出してみると全然違います。乳がんもそうですが。私が確か国立がん研究センターの人たちとやったのは、対象年齢を決めるときに、実は日本は上限がありません。海外はほとんど上限がついています。69歳までとか70歳とか。日本は上限が野放しなので、分母もよく分からないという状況の中で、分母の議論を、仙台に来た時に最初にそれをやったのですが、本当は、例えば65とか70歳までのデータをもとにして、要精査率とか各指標を市町村毎に比べるとかなり違いがあるはずです。これは宮城県の話ではないのですが、酷い業者ですと、子宮頸がん全部陽性みたいにしてしているような検診機関もあります。そういう精度管理をしていかないと、見逃しもそうですが、過剰診断の不利益も、アメリカなどでは非常に問題になっていますから。実際、乳がん検診で異常だと言われても、その中で本当の乳がんは30人に1人くらいの割合ですよ。それは非常に不利益を被りますよね。痛いバイオプシーをされたり、不安になったりとか。そういう意味で精度管理の問題は大切だと思います。前は、血液データのHbA1cとかそういうものの精度管理も全然なっていなかったですよ、実は。だから、我々の領域の中でも精度管理というのは重要ですね。受診率と精度管理は、本当に両輪だという話で、やっていただければと、私もマニュアルを作ったものとしては思います。

それからもう一つ。宮城県内でも多分、前立腺がん検診は結構やっていると思います。前立腺がん検診は、国際的には「やるな」と言っているところですし、国もガイドラインを全く出していないくて、臨床の先生達と大喧嘩したことがあるのですが、実施している市町村に対しては「80歳以上の人は5割が前立腺がんを持っているのだから」という話をすると、市町村の保健師さん達は「前立腺がん検診は、がんが見つかる素晴らしい検診です」というような反応をしたりするので、そこは県としてもそれは違うということを指導していただければ良いのかなと思っています。前立腺がん検診は結構やっていますよね。

(事務局)

前立腺がん検診は、確かに市町村で実施されている状況はございまして、昨年もお話いただいたところだったと思います。毎年、がん対策の担当者会議を行っておりまして、今年度の会議の中では前立腺がん検診について指摘があったということを、市町村の方に説明させていただいたところでございます。

(小坂部会長)

そこは科学的なエビデンスを金村先生に出していただいて、市町村の担当者が判断しやすい環境をつくっていただけると良いのかなと思います。

(金村委員)

今、市町村に、保健所単位で研修会をやっているのですが、質問の中で、指針外の検診はどうかという質問も出て、市町村はやはり悩んでいるところもあるようです。私は「そ

れらは指針外なので、直ちに止められたほうがいいですよ、何か問題があったときに、根拠がないものを行っていることになる。対象年齢についても、逆に効果がない年齢にやっても不利益が多いので、そこも守った方がいいですよ」という話はしているのですが、市町村の方ではそこを変えるのは難しいようです。県の方で出してくれればという市町村もあります。

(事務局)

各がん部会は五つありますけれども、それぞれのところから、今年は同じように、指針に基づかない対象年齢にがん検診を実施している市町村が多いということで、今年度はそれを指導事項に入れようという意見が出ていますので、親協議会ではその辺りが各がん部会から話題になるかと思います。

(小坂部会長)

荒井先生から補足はありますでしょうか。

(荒井委員)

脳卒中関係では指導事項の上の三つ、メタボリックシンドロームと減塩とたばこが一番関係するところなので、ここが対策できればいいのかなと思います。それから、今日の資料で、ウォーキングアプリというのがあって、ダウンロードしようかなと思いましたが、やはりこういう試みが非常に大事なのかなと思ったので、ぜひ進めていただければと思います。私の家族が他の病院に入院した時に、仙台駅までの距離を歩きましょうなどと目標を具体的に示されていましたけれども、その辺りが大事だと思いました。

(小坂部会長)

最後に私のほうからいくつかお話しします。

まず心筋梗塞の発症登録のところで、中央値が書いてあります。これは素晴らしいですね。日本だとメディアがなかなか平均値しか言わないのですが、このような正規分布に基づかない、多分、尾を引くような、ロングテールの時間になるような、左右対称ではない正規分布に伴わない分布の場合には、平均値はあまり意味がないわけですね。そういうときに中央値とか、海外のメディアだと、もう25%、75%タイル中央値、50パーセントイルミタ的な形で、分布を想定した書き方をするので、今回中央値が使われたというのは素晴らしいなと思っています。

全体的に特に問題はないのですが、最後のところの「セルフ管理能力の向上」というところですが、やはりセルフ管理だけでは難しいので、セルフ管理能力プラス、最近のいろんな海外の文献でも、例えば喫煙室が入口の近くにあるような環境だと、たばこを吸う人はどうしてもそこに行かなければというような条件付けが働いてしまうというようないろいろな論文も出ています。ですから、健康的な生活を送られるような、要するに自然に無意識のうちにそういった行動をとっているような環境整備ということのほうが実は大事なので、環境整備にプラスしてセルフ管理能力の向上という形で、環境整備というのをに入れてもらったほう

がいいのかなど思っています。個人の努力でやるというのは長続きしないというのは、もういろいろなところで出ているわけですね。そうではなくて、本当は法律的なことでやる、金銭的なことでやる。だから、普通の啓発活動はあまり役に立たなくて、健康格差を縮めながら健康保健活動をやるいくつかのポイント（tips）があつて、若い時からやる、コミュニティーでみんなでやる、それから法律的に縛る、あとお金の判断。五つか六つあつたのですが、そのような観点から、個人でやるというよりも、みんなでやっていくという環境整備ということを一言加えていただくと良いかと思いました。

ほかによろしいでしょうか。それでは、活発な御意見をありがとうございました。これで協議事項は終わりにしたいと思います。

次に2の（3）その他がありますが、事務局から何かありますか。

（事務局）

特にございませぬ。

（小坂部会長）

それでは、本日予定しておりました議事を、全て終了いたします。ありがとうございました。進行を事務局にお返しします。

（事務局）

小坂部会長、議事進行いただきましてありがとうございます。

委員の皆様には、御多忙の中、長時間にわたり御審議いただき、貴重な御意見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月に開催予定の親協議会で御報告いたします。さらに、各部会で御審議いただきました内容を合わせて、指導事項としてとりまとめ、その後、各市町村、健診団体に通知する予定となっております。

なお、本日の内容は会議録として皆様に、送付させていただきます。内容の確認につきまして、申し訳ございませんが、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元年度 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。

本日はどうもありがとうございました。