

# 令和5年度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6年2月7日（水）  
午後6時から7時まで  
場所：宮城県行政庁舎 第一会議室  
及び Web 会議併用

## 【出席者】

井上委員、金村委員、小坂委員、安藤委員

## 【議事録】

（事務局）

本日はお忙しい中、ご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ご報告申し上げます。本日の会議には委員5名中、4名のご出席いただいておりますことから、生活習慣病検診管理指導協議会条例第四条第二項の規定により、本日の会議は成立しておりますことをご報告申し上げます。また、本協議会は情報公開条例第19条の規定により公開とさせていただきます、本日の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。

次に事前に送付しております、資料を確認させていただきます。次第、委員及び出席者名簿、資料の1から6、英文からなる追加資料となっております。

それではただ今から令和5年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会生活習慣病会生活習慣病登録評価部会を開催いたします。なお、協議時間を確保するため挨拶につきましては、省略させていただきます。

ここで本日ご出席いただきました、委員の皆様を紹介させていただきます。宮城県医師会常任理事安藤由紀子委員でございます。

（安藤委員）

よろしくお願いいたします。

（事務局）

宮城県南中核病院脳卒中センター長脳神経外科 主任部長 井上敬委員でございます。

（井上委員）

井上です。よろしくお願いいたします。

（事務局）

東北大学大学院歯学研究科 教授 小坂健委員でございます。

（小坂委員）

よろしくお願いいたします。

（事務局）

宮城県立がんセンター研究所 がん疫学予防研究部部長 金村政輝委員でございます。

（金村委員）

金村です。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

東北大学大学院医学研究科循環器内科学分野 教授 安田聡委員につきましては、本日もご欠席となっております。また事務局側出席者につきましては、お配りしております名簿の記載に代えさせていただきます。

それでは、条例第四条第一項の規定によりまして、ここからの進行につきましては小坂部会長をお願いいたします。

(小坂部会長)

大事な議論となることも多々あると思っておりますので、よろしくをお願いいたします。それでは早速議事に入ります。(1)の説明について事務局から説明をお願いいたします。

(事務局：健康推進第二班長)

資料1により説明。

(小坂部会長)

今の説明についてご質問等ありますでしょうか。よろしいですか。

それでは次の(2)の方に移ります。本日の協議事項に関連する内容ですので、協議に先立ちまして、報告いただきます。よろしく申し上げます。

(事務局：健康推進第二班長)

資料2により説明。

(小坂部会長)

細かいところは解説してもらいますが、各委員の先生方、気になる点はありますか。今の全体の話について、ありますか。

(井上委員)

中核みやぎ脳卒中センター長、井上です。確認したいのですが、脳卒中、脳血管疾患のデータは今回私が提出したデータが元になっていますか。

(事務局：健康推進第二班長)

こちらは死亡数でして、厚生労働省の人口動態統計から算出をしたデータとなっております。

(井上委員)

これは令和4年というのは1月から12月ということですか。

(事務局：健康推進第二班長)

はい。令和4年です。

(井上委員)

厚労省のデータは令和5年のものはないのですか。

(事務局：健康推進第二班長)

令和5年のものはまだ公表されていません。

(井上委員)

私が報告した脳卒中登録は、令和5年の秋に、令和4年1年間のものを集めて今回報告

していて、非常に忸怩たる思いで、それをもとに、これからどうしようかということを経和6年に今議論しているわけですよね。今後の話になるのですがもう少しリアルタイム性を持って今後進めていきたいなというふうに思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。この点について、例えば医療費でも、韓国で算出に2週間かかると嘆いていましたが、日本は何年かかるのだという話ですよね。人口動態統計も、コロナの関係で国にはお願いしましたが、総務省も関わっていて、超過死亡を扱う人たちだけに半年くらい遅れて出してもらえました。それでも、速報はもらえても確定のデータがなかなか出せないという話で、これは日本全体があまりにもひどい状況なので、宮城だけでも、ぜひ最新の情報で議論できるかというと思います。ただ、その時に、やはり全国データがあって、それと比較していくことも大事だと思いますので、ぜひ今後、予算確保も含めて検討してもらいたいです。リアルのデータに基づいて解析していくということが当たり前になってきているので。国のNDBも今までとても時間がかかっていたのを、今後2週間程度でできるようにするという構想もあるようですが、実際にできるかどうかは日本のシステムの問題ですから、そう簡単にいくとは思っていませんが、いずれは進んでいくと思いますし、我々大学の研究者が自治体と組んで、色々なデータを、国任せにせず自分たちでデータベース化に取り組んでいくという話は少し進んでいます。ですから、そういうものが広まっていけばいいのですし、本当に井上先生がおっしゃる通りだと思います。これは、この辺りが課題になるということをごさんと共有したいと思います。ありがとうございます。

金村先生から、国の方のがん登録のシステムが1年くらい滞っているの、国でせっかく法律ができて1年以内にデータを集約し分析できるということになっているにも関わらず、今出ているのが令和4年のもので、令和5年のデータが全然出ていないということですよね。

(金村委員)

はい、今は全く止まっている状況ですので、登録の作業自体は進んではいるのですけれども、それは全国で集計をしてから各県が使える条件になるのですが、そのところで今、不具合が起きて止まっています。

(小坂部会長)

国のシステムで、県が自分で入れたデータなのに、自分で見られないといったことがよくありますよね。コロナの時も同様のシステムがありました。

この点は、このぐらいにしますかね。おそらく各論で言いたいことたくさんあるのではないかと思いますので。

この結腸がんの状況については、後で金村先生話しますよね。

(金村委員)

罹患のほうはお話しさせていただきます。

(小坂委員)

死亡に関しては、資料2の9ページを見ると、結腸がんが令和4年に突然宮城だけ増えている、これはどういうことですか。

(金村委員)

これは1年だけのデータでは、なかなか評価が難しいと思うのですが、死亡については私の方で出したデータではないので。

(小坂部会長)

そうですね。

(金村委員)

これは、年齢調整のものなので、年齢階級で見っていくとどの年代が増えているかというのは、確認できる気はしますけれども。高齢のあたりは効いているのだと思います。

(小坂部会長)

でもあまりに急激な増え方で、データが大丈夫かという点が若干気になります。

(金村委員)

これはコードというか、死因の付け方の揺らぎみたいなものであったら、他に動くものもあるかもしれないです。これだけで判断するには難しいと思います。数年で見ると、やっぱり揺らぎがどうしてもあるので、もう少し長い期間で見た方が、傾向が見えるのかもしれない。ただ、ここの2ポイント増加の部分に関してはなんともコメントしづらいなという感じがします。

(小坂部会長)

県のほうでは市町村別データも持っていただけか。一時期、七ヶ浜町とか突然急に多くて、というような話を一回議論したことがあったように思います。もし市町村別のデータがあれば、後日送ってもらえれば。もちろん揺らぎはあるのだけど、県単位だから、この急激な流れは違和感があるように思います。

(金村委員)

元データを確認する際は、性別だとか年齢階級を見るというのがセオリーだと思います。ただ、がん登録の方は、それよりさらに遅れてデータが出ますので、罹患の状況から把握するというのは難しいかなと思います。

(小坂部会長)

でも、何年前にすごく罹患が増えているのであればいいのだけど、突然死亡だけ増えているのであれば確認が必要だと思います。

(金村委員)

罹患ではそのような動きはないように記憶しています。

(小坂部会長)

そうですね、あとでデータ確認していただければ。事務局から何かありますか。

(事務局：がん・循環器病対策班長)

調べてみて、市町村ごとは厳しいかもしれませんが、分かる範囲でデータ提供させていただきます。

(小坂部会長)

それでは続きまして心疾患登録、脳卒中登録、がん登録について各登録事業の実施である各委員からご説明いただきたいと思います。

心疾患登録の安田先生がご欠席なので、代わって事務局から説明をお願いいたします。

(事務局：健康推進第二班長)

心疾患登録、発症の状況、死亡の状況も含めて事前に安田先生にご確認いただいた内容がありますので、ご説明申し上げます。

資料3の9ページになります。発症の状況につきまして、令和4年の全年代別患者数の状況としては男女別患者数、年齢不明な方を除いて、男性982名、女性332名。年代別の状況としては、男性は70歳代、女性は80歳以降の発症が多くなりますけれども、30代から40代の若い世代の発症例というのも少なくない状況です。

続きまして、リスクファクター別のところで、資料は16ページ上の13の表になります。リスクファクター別、年代別の状況では、発症患者の7割が高血圧を有しております。年代別では40代以下ですと発症者の65.4%が喫煙習慣を有しています。また50代以上になりますと発症者の約4割が糖尿病を有しているという状況です。

ここで資料3からは外れますが、死亡の状況についてもなんですけれども、こちらは心疾患全死因に占める死亡の割合が、ガンに次いで2位だということ。それから令和4年の粗死亡率で見ると増加傾向となっていること。年齢調整死亡率で言いますと、男性は令和3年と比べると増加はしていますが、全国よりは低く、女性は横ばいで推移していますが、全国よりは高いという状況です。

この生活習慣病検診管理協議会の循環器等疾患部会を、先月開催しておりまして、その場では、こういった状況から特定健診の受診率、特定保健指導の実施率というのが全国と比べて高い状況である一方で、メタボリックシンドローム該当者や予備群の割合が高いこと、それから糖尿病の受診率が低下したといった状況が課題であるとまとめまして、また、健診の未受診者も含めると、潜在的に健康状態の良くない方が多くいらっしゃる可能性が懸念されるというご意見がありました。こうしたことから受診率の向上ですとか、特定健診の対象となる前の若い世代の予防の啓発が重要であるということについて、循環器等疾患部会で結論をつけたところであります。

以上、心疾患に関連した説明事項でした。

(小坂部会長)

今日は安田先生ご欠席ですけど、毎年聞いている中で、宮城県だけ不整脈の死亡割合が多いというような話は何か議論出ましたか。

(事務局：健康推進第二班長)

そこは特にコメントをいただいております。

(小坂部会長)

資料2の2ページのグラフを見ても、全国、宮城県ともに心疾患だけは、例えば脳血管疾患に比べても上がっているように見えますよね。年齢調整すると、それほど上がっているふうには見えないのだけれども、心疾患だけがこの図を見ると、令和3年から伸びているように見えますよね。これについて何か言っていましたか。

(事務局：健康推進第二班長)

全体として増加傾向であるということで、細かなところでは特にいたっていません。

(小坂部会長)

わかりました。ありがとうございます。先生方、何か今の心疾患についてご意見ございますか。

(金村委員)

資料の2の2ページに関しては粗死亡率なので、年齢調整の方で見たほうがいいのか

と思うので、粗死亡で見ると確かに上がり方が強いのですが、年齢調整で見ると若干なので、見るときに気をつけて見ないといけないかなという印象は持ちますね。

(小坂部会長)

そうですね。実際はこれのグラフに表れているほどは伸びてはいないと。ただし、少しは増えていると、わかりました。では粗死亡率では全国も県も両方増えていたからと思いましたが、つまりこれは、高齢の方が心疾患で亡くなる方が増えているから、見かけ上増えているということになりますよね。わかりました。年齢調整という形でいいかなと思います。ほかに先生方いかがですか。

(井上委員)

県南中核の井上ですが、先生のおっしゃる通り、高齢者の方が増えると当然死亡率は上がるというのは、ある意味我々の力の及ばないところかと思えます。ただ、こういう生活習慣病を管理して、なんとか健康推進に役立てようというこの会議の主旨からすると、このリスクファクターをしっかりと見て、この資料3の16ページにある、40歳以下で心疾患を患っている方の65.4%がたばこを吸われている、こういうフォローをなんとかしていく取組が、かなり重要になってくるのかなと感じました。

(小坂部会長)

ありがとうございます。この中で注目するのは、やはりたばこかなと思って、私も見ていました。国際的には様々な地域で、特に飲み屋でのたばこを禁止した国では、かなり心筋梗塞の死亡率が確実に下がっているというデータが出ています。介入でこれほどきれいに下がるのかというデータが出ていますので、単に受動喫煙の防止だけではなくて、やはり飲み屋でのたばこ対策というのをどうやって進めるかということが、心筋梗塞を起こさないためには非常に重要なのだと思っております。なかなか難しいですかね。宮城県内の飲食店ではだいぶ進んだと思うのですが、そうではないお店はしょうがない部分が、なかなか介入できない部分があるのですかね。

(安藤委員)

従業員がいる飲食店は基本的に屋内禁煙になっているはずですよ。それで従業員の方がいないところは喫煙も可能と思うのですが。しかし最近ではたばこを吸うための喫茶店のようなところがたくさんできています。そのようなところは従業員はいるのかいないのか、どのような感じなのでしょう。

(小坂部会長)

おそらく、お店の大きさである程度の決まりがあったので、小さいところはなかなか規制できないですよ。あるいはこの辺の周りには、たばこが吸えることを売り出しているお店も結構ありますよね。

(事務局：健康推進課長)

飲食店の場合には、やはり通常の事業所と違うところがありまして、既存で小さい飲食店で、健康増進法改正前から営業しているところとありますと、少し規制が緩やかになっていたり、あるいは、他のところに煙が流入しないような構造であるものであれば、一定条件の元で吸える場所があったりというようなのが、今でも確かに残っているという状況でございます。

一方で、昨年度の県民健康・栄養調査で調べましたところでは、受動喫煙を受ける機会があるとアンケートで答えた方というのは、確実にかつてより減っている状況にありまして、そういった取組は今後も進めていく必要があるというのが我々の認識でございます。

(安藤委員)

禁煙みやぎでは、今年の禁煙フォーラムにおいて、屋内での禁煙は結構進んでいるという前提で、屋外でも受動喫煙の防止を進めていこうと、禁煙みやぎでも取り組んでいるのでいます。確かに屋内でも、小坂先生おっしゃった通り、対策をまだまだ進めていかないといけないかもしれないですね。若い人の、特にこの数字を下げるためにも取組が必要だと思えます。

(小坂部会長)

ありがとうございました。やはり、今東南アジアに行っても屋根のあるところは基本的には禁煙というのが常識になりつつあるので、その辺も、宮城が先進的に色々やるといいなと思っています。

それでは次の、脳卒中登録について井上先生からご説明をお願いします。

(井上委員)

中核の井上から、脳卒中登録の説明をいたします。最初3ページにいろいろ書きましたが、まず今年、宮城県内には脳卒中の患者さんが入院されると想定される施設が21ありますが、ずっと3施設ほど登録なかったのですけども今回の登録では1施設のみ登録いただけませんでした。20施設から登録いただきました。それもあって少し増えています。決してやはり脳卒中も、もう根絶に向かっていているというようなものではなく、増加、またはせいぜい横ばいというような状況です。

施設ごとに登録数を表1に示しました。昨年度の報告では、脳卒中の症例が集約化していましたが、今回の報告では、またいろんな施設から登録が入ってしまして、施設ごとの集約化がまだ進んでいない状況です。

表2は市町村ごとの登録数になりますけれども、こちらは特に、今回特別に変化があったものはありませんでした。

続いて、表3は施設ごとの病型別の入院数を示します。そして、図の1から3、施設ごとの病型別の登録数になります。ここで言いたいのは、この脳梗塞についてです。脳梗塞は、いろんな施設から100例以上登録されてしまして、一般的な病院で多く見られています。脳出血も同様の傾向ですけれども、図3のくも膜下出血はごく一部の限られた、大崎市民病院、石巻赤十字病院、仙台医療センターそれから広南病院、こちらの方で79%を占めておりまして、くも膜下出血に関しては、症例の集約化が進んでいると思われまます。

この症例を集約することと近圏化、まったく逆方向になります。これは県それから国がどう考えているかにもよりますが、各医療圏ごとに、やはりある程度の集約化は今後進んでいってもいいのかなと思います。そういう意味では、私のいる県南中核病院が仙南医療圏なのですが、広南病院や医療センターに「おんぶにだっこ」となっている状況を、今後またこの後データ示しますが、県の近圏化と集約化を考えた時に、バランス的には仙南地区が、少し今後の課題と考えています。

(小坂部会長)

これは、二次救急はほとんど全部二次救急指定医療機関ですか。

(井上委員)

そうです。もちろんこぢんまりとしたところもあるので、そこは二次医療圏じゃないですけれども、ほとんどここに入っているのは二次医療圏です。

次が表4ですね。それを図にしたのが図4で、これが今申し上げた脳卒中で入院した施設の医療圏と、そしてその患者さんの住所の医療圏を表した図です。大崎医療圏や石巻医療圏はプラスマイナス、ほぼほぼ同数ですので、大崎や石巻はそちらの地区で発生した患

者さんが、そちらの地区の基幹病院に搬送されているのだと思います。仙台がプラス 256 です。この多くが、我々仙南医療圏のマイナス 122、つまり年間 122 名が仙台医療圏に流出している状況です。これは、そもそもこちらに来られなかった患者さん、そしてきたけれどもすぐに搬送して向こうで入院した患者さんが含まれていますので、これは医療圏ごとの脳卒中診療ということを見ると、今後何とかしなきゃいけないと考えている次第です。

続いて表 5 の方に移りますと、主要病系ごとの年次登録数を示します。さらに、この統計がはっきりし始めた 2007 年と 2022 年の比較をグラフ化したのが、その下の図 5 になります。赤い方が 2022 で青い方が 2007 年ですので、一番下のくも膜下出血は 22 年の方が少し減っていますが、脳出血、脳梗塞、総計、これらは以前に比べて増えています。高齢化していることも原因と思われるのですが、脳梗塞、脳出血はきちんと予防ができています疾患とは決して言えないような状況です。

図 6 図 8 にくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞の年齢別分布を示します。特にくも膜下出血は中央値が 70 前後ですけれども、脳梗塞は中央値が 78 歳ですので、高齢の方が増えています。

まずくも膜下ですが、最近が開頭手術、血管内治療、どちらもやられていて、昔は血管内治療というのは、ごくごく一部の患者さんでしたが、最近では血管内治療が、宮城県内でも普通に行われています。次に脳出血の治療方法です（図 14）。脳出血はほとんどが保存的で、今は脳出血を手術することは非常に減っています。8、9 割近くは保存的に治療されますが、実はその手術した症例の転帰が非常に不良です。もちろん、重症の方が手術になるのですが、重症の方を手術しても転帰が不良だということは、やはり手術の効果がごくごく限られているということです。図 15 の下の方に術後の転帰について示しており、青ければ青いほど転帰良好、赤ければ赤いほど転帰不良を意味していますけれども、はっきり言えば、保存的に見ている患者さんの方が転帰がいいということで、脳出血は昔から脳外科の疾患という部分はありましたが、今ではこのような状況を見ると、脳卒中内科医の充足それから配置ということが、脳卒中治療には必要になると思います。

続いて脳梗塞ですが、特にこの tPA の静注療法や、血行再建、血管内治療がやはりまだ少なく、合計しても 10%に届かないくらいです。血管内治療をやはり脳梗塞でもしていかなければいけない。今までの手術、開頭術というものよりも、血管内治療をもっと増やしていかなければ、転帰が良くならないというのが現状になります。

続いて図 17 ですが、tPA を行っている数や EVT が血管内治療数で、増えてはおりますが、脳梗塞の患者さんの数が増えていますから、割合はそんなに増えてない状況です。総数が増えていますから、血管内治療を行っている数も増えていますが、割合はずっと横ばいで、やはり宮城県内の血管内治療医が、仙台医療圏に集約されていて、特に私たち仙南医療圏にはほとんどいないということもあって、もう少しきちんとした配置が必要かなと思います。

続いて次は TIA のデータです（図 18）。TIA は一過性の脳虚血性発作で、24 時間で症状が良くなってしまおうという、本当に一過性の脳虚血発作で入院された方のデータです。0、1、2 というのが症状はほとんどなく退院された方で、3 になると症状が残って、4 になると車椅子で、5 になるとほとんど寝たきりということを意味しています。私たちもこのデータは衝撃なのですが、一過性脳虚血発作で入院された方はまさか自分が車椅子になるとか、まさか寝たきりになるなど、思っていなかったケースが意外に悪いです。この脳卒中登録では、詳しい治療方法だとか、もともとどういう状態だったのか、詳しいところがわかっていないのですが、一過性脳虚血性発作で来た方は非常に 5%、8%、4%が、ギリギリ歩けるとか車椅子とか寝たきりになるというのは衝撃的なので、この辺も今後対策を練っていかなければいけないと思っています。

以上です。やはりまだまだ、患者がばらけている状態で、さらには医療圏のばらつきも多く、そしてそれはやはり、脳卒中専門医、血管内治療専門医の配置が偏っているという



ことで、この辺を今後も改善していきたいと思っております。

(小坂部会長)

興味深いご報告、ありがとうございました。宮城県での tPA は、こんなに割合が少ないのですね。

(井上委員)

少ないですね。脳梗塞が、小さな施設にも分散して入院しているとなると、そこで tPA の施行率が下がってしまっていると思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。私が以前、県の行政評価委員をしていた時には、宮城県の救急搬送時間というのが全国でワースト 2 位か 3 位だったと思いますが、その状況はあまり変わっていないですかね。今のこの県南地域とのやりとりを見ると結構時間がかかりますし、三次救急医療が 1 機関だけのところは全部みるけど、複数あるところは押し付け合っているのではないかなど、いろんなところがあって、宮城県は非常に成績が悪いような話がありましたが、井上先生の感覚で、やはり救急搬送で来る方は、発症からの時間、あるいは救急からの時間がかかっているとか、そんな印象などはございますか。

(井上委員)

先生がおっしゃったように、特に仙台医療圏が実は搬送時間が長いです。それはやはり、「それはうちじゃない」「うちは今忙しい」「脳卒中じゃないのでは」と言いつつ、時間が過ぎてしまっているというのが多いです。実は仙南医療圏は搬送されてくるのは早いです。県南中核病院しかないので、かえって良いのですが、仙台医療圏が実は少し長く、小坂先生がおっしゃるように全国的にも低いので、改善の余地はかなりあると思います。

(事務局：がん・循環器病対策班長)

井上先生の言っていることを裏付けるような話になりますが、搬送時間については、現場到着から病院収容までの時間を見た時に、全国平均よりも宮城県の方が長くて、令和 3 年で、全国平均だと 42.8 分なのですが、宮城県だと 44.9 分という状況でございます。それがここ近年続いているという状況で、もちろんコロナの影響もあるのかもしれませんが、そういうものも含めての数字とご理解いただければと思います。

(事務局：健康推進課長)

循環器病対策推進計画を策定する協議会がありますが、そちらの協議会でも課題の 1 つに上げられておまして、どういう手立てでもって改善していけば良いかということが議論されている状況でございます。

(小坂部会長)

これはおそらく、10 年ぐらい前から同じ状況で、どこで時間かかったのかをきちんと分析しないと対策につながらないと思います。さっき言ったように、三次救急医療が 1 個しかない県、例えば岩手県だとすごく早いですよ。要するに押し付け合いが無いからだし、東京都内でも指定されている都立病院とか、ベッドがなくても廊下にさえ入れるというような、そういった使命感をもった病院もあります。三次救急のあり方と言うか、その辺、ずっと 10 年前から何も変わらないというのは、なかなか踏み込みにくいところかもしれませんが、そういう対策も宮城県民の命を守るという意味でも非常に大事だと思いますので、ぜひよろしくお願いします。

(事務局：健康推進課長)

循環器病対策推進計画を策定する協議会の委員からのアイデアとしては、やはり搬送の途中の段階から画像情報ですとか、そういったものをやり取りしながら、医療機関のほうでこういった程度の患者さんなのか受け入れる前の方から分かるような仕組みで、ロスを少なくできるのではないかというような議論はされているところでございます。

(小坂部会長)

それよりも、たとえば登米であれば、石巻日赤か大崎市民病院かで、医療圏でどっちかしかないというと、どちらの病院でも取ってくれますよね。また、県南中核でも、もう絶対取ってくるわけですよね。だから仙台市内の搬送に時間かかっているというのは、いろいろ小細工すると余計時間がかかるのではという気がしています。

(事務局：健康推進課長)

例えばもう輪番制にしてしまって、どこの地域だ、どこの病院が受けるなどと言っている時間を削減するというような案も出ているようですが、実現に向かうためにはいろいろ調整事項があると思います。

(小坂部会長)

他の県で、iPadを使ってマッチングのシステムを入れていたり、いろんなことが進んでいると思います。宮城のこの状況が続いているということが残念だと思しますので、しかも死亡や予後に関わる話ですので、その辺もぜひご検討いただきたいと思っています。

他に脳卒中に関してございますか。

(安藤委員)

今のお話にも通じることですけれども、下り搬送が最近みられます。やはり高次病院、例えば中核病院で診察や検査をしていただき、その結果この症例は、二次医療機関で診てくださいとのことで、二次医療機関等に搬送されるシステムです。高次病院がパンクしないで、脳梗塞の患者さん等をもっと受け入れることができるようになる下り搬送のシステムもこれからもっと広がってくると思います。今日も中核病院に御紹介した患者さんが外来で精密検査の結果、逆紹介となりこちらに入院されました。

お聞きしたいのですが、資料4の図1では、仙台市立病院は1という人数ですが、これは集約化しているということでしょうか。

(井上委員)

この点は申し送り忘れしました。仙台市立病院はデータの確認が必要です。おそらく市立病院で入院した科によって登録していたりしていなかったりということが疑われます。さすがに仙台市立病院で1というのはおかしいですね。おそらく科で脳外科と脳内科で分けて、脳外科のデータだけになっているのではないかと思います。これは確認が必要だなと思っていました。

(小坂部会長)

他よろしいでしょうか。

標準化死亡比を、厚労省で以前出したていて、その後は保健医療科学院で何年か前までは出していました。全国で同じ人口の分布になった場合にどのくらいの死亡比かというのを見ると、宮城県の場合は、他はよくて脳卒中だけがやはり一番の課題だというのが、明らかです。宮城県の脳卒中を減らせば、本当はかなりよくなるし、それ以外のSMRに関してはそれほど悪くはないのです。東北地方の他の県に行くと、ほとんどがワースト5位に

入っているといった県も結構ある中で、宮城の課題というのは脳卒中だけだとか、一番の大きな課題であって、やはりここを何とかするというのは、宮城県にとって大事だと思っております。

そうしましたら次に、がん登録について金村委員からご説明をお願いします。

(金村委員)

それでは資料の5で説明いたします。

資料の5は全国がん登録の届出件数ということで、私たちは1月から12月で、年で集計していますけれども、令和3年、令和4年、令和5年、それぞれの前の年の一年間の分の症例の届出を受けており、今年度令和5年度は令和4年の症例を受け付けています。

3ページの下の方になります。届け出の件数で見ると、令和3、4、5年で受け付けた件数は約2万8千から2万9千ぐらい、3万弱です。今までは年間1000件ぐらいずつ増えていたのですけれども、コロナになってから横ばいの傾向があります。今は大体2万9千ぐらいということ。そのうち、宮城県にはがん診療連携拠点病院あるいは地域がん診療病院というのがありますけれども、そういったものを含めると8施設あり、その8施設からの届出の件数が50数パーセントという状況であります。その割合は大きくは変わってはいません。宮城県の中で一番がんの届出件数が多いのは東北大学病院で年約4000件。その次が仙台医療センター1968件、だいたい2000件弱で、これが第2グループぐらいの数になります。だいたい2000件の施設というのは、石巻赤十字病院が約2000件、大崎市民病院が2000件なので、これは先ほど井上先生の話と同様で、がんについても石巻と大崎は集約化されている施設ということと言えます。2000件クラスの病院は仙台医療センターが3つ目で、宮城県立がんセンターがあって2000件ということで、東北大が4000件で、その次が2000件の病院が4つあるというのが今の宮城県の状況です。そして、その他の拠点病院が大体1000件ということで、みやぎ県南中核病院1000件とありますけれども、今件数がどんどん伸びているところです。労災病院が1000件ぐらい、医科薬科が1600件ぐらいということで、第3番目ぐらいの施設ということになります。これらの病院で約50数パーセントの患者さんが受診して届け出につながっているという状況です。

4ページ目からは、宮城県のがん罹患ということで、届出は1人の患者さんが複数の医療機関にかかっていたりと重複があるので、それを名寄せして罹患数に落としたものになります。がん登録は今、全国のシステムが遅れていまして、去年出した集計以来、新しいものは出てないので、今日は全国との比較など今まで出してないような形の集計の仕方でお示したいと思えます。

罹患数を示したものですけれども、男女合わせて2万件ぐらいということで、年々増えている。男性の方が若干多くて6割、女性は4割ぐらいの状況で今増えている状況にあります。

部位に関しましては、2019年が最新年ですけれども、男性は大腸、胃、肺、前立腺、この4つの部位で60%で、例年だいたい一緒です。女性は、乳房、大腸、胃、肺、子宮で合わせると60%を超えるぐらいで、この上位5つの部位も基本的にずっと変わっていません。下の方（折れ線グラフ）は、男性の罹患数を見たものですけれども、今、男性で多いのは大腸で次が胃になっています。胃は今減ってきている状況で、あとは肺と前立腺がんが続いている状況です。女性は一番多いのは乳房で、これはずっと増えている状況で、次は大腸、その他に胃、子宮、肺という状況になっております。

これを年齢調整で見ていくと、男性は横ばいになってきます。つまり、高齢化で、高齢でがんになる方は増えていますが、若い方で増えているというわけではないので、年齢調整をすると横ばいになっています。女性はしばらく増加傾向だったのですが、近年どうも横ばいに転じたかもしれません。

ここから（スライドNo.8）は全国との比較をしながらお示したいと思えます。長い期間で見た方が数値の揺らぎのようなものを誤って読む可能性が低くなるので、長めに提示

させていただきます。男性と女性を同じところに並べていますが、男性の方が多いで、上の方が男性下の方が女性で、宮城県は実線で全国が点線です。こうして見ていただくと、罹患に関しては、男性はほぼ全国と近いぐらいで似たような推移をしているのではないかと思います。女性は増えているのですが、近年横ばいになってきたという話をしましたが、全国的に見ても同じような状況なのかなというところではあります。

ここから（スライド No. 9～）は、主な部位別の罹患状況ですが、先ほど男性4部位、女性が5部位というお話をしましたが、まず、減っているがんについてお話したいと思います。数としては増えているという話なのですが、年齢調整をした罹患率ということで見ていきますと、胃がんですが、男性は2000年に入って2010年あたりから減少傾向で、これは全国でも同様のことが確認されています。女性はもともと男性に比べて低めですけれども、それでも緩やかに減っています。背景にあるのは、ピロリ菌の保菌がずいぶん減ってきているということが考えられると思います。

次は肝臓がんです。上が男性、下が女性です。肝臓がんは以前から、西日本に多いということが知られていますけれども、全国の集計で見ると宮城県は低めです。ただこうやって見ていただくと、男性は全国、宮城県共に減少してきて、ほぼ近いあたりになっている状況です。女性も宮城県の方が少なめではありますが、同じように減少しているということで、これもウイルスへの対策、あるいはウイルスの治療薬といったところが随分と効いてきているので減少していると考えられます。

ここから（スライド No. 11～）は横ばいないし増えているがんについてです。まず、前立腺がんですが、前立腺がんは1990年代にPSAの検査介入できるようになったので、非常に分かりやすくなって、全国的にも罹患が増えているわけなのですが、近年は横ばいということになります。年によって増減があるところがありますが、そういった状況です。

次は大腸がんです。大腸がんも罹患は男性が多くて女性が少ないのですが、見ていただければおわかりになるように、右肩上がりで増えているような状況になります。全国と比べてもほぼ同等というところではあります。このところは、やはり生活習慣が非常に重要ですので、予防していかなければいけないと思われれます。

次は肺がんです。上が男性、下が女性で、男性は横ばい傾向というところが見て取れます。もしかしたら、もう少しすると減少してくるのかもしれませんが、女性は増加しています。全国と見るとほぼ同等で、これ肺がんに関してはたばこの要因が非常に大きいところもありますので、その予防が効いてくると、罹患の方に反映されてくるのかなと思いますが、まだ減少だということまではっきりしていない状況になります。ただ、女性が増えている点は気をつけなければいけないと思います。

次は乳がんです。女性だけ取り上げていますが、乳がんは罹患が以前から宮城県では全国よりも高いという状況があります。これは検診が非常に盛んだということもあって、比較的早く見つかったりも多いのだと思われれます。全国的にも増えているという状況なのですが、最新のデータでは横ばいの傾向になってきているというところが、今、注目をしています。また、全国との差も小さくなってきている状況です。

次は子宮がんです。子宮がんは子宮頸がんと子宮体がんがあるので、合わせてみるとこのような形になります。女性のがんで、増えています。全国との差が以前はありましたが、今はそんなにないという状況です。次に、頸がんと体がんを分けたものになります。数としては頸がんが多いので、頸がんの方が上、子宮体がんの方が下になりますが、先ほどの全体に反映しているように、頸がんが増えています。頸がんは割と比較的若い年代で発症するがんで、予防も可能ながんなので、個々の予防がしっかりできると減少に向かうというところなのですが、今はそこまでいっておらず増えている状況です。次に子宮体がんですが、子宮体がんは、どちらかというと頸がんよりも年齢が10歳、20歳高い方に発症するがんになりますが、これについては増加を続けている状況になります。

次に（スライド No. 17）年齢階級別の罹患率ということで、横軸に年齢階級を取ったもので、その年齢階級での罹患率を1995年、2010年、2019年と、約10年ずつの間隔でグラフにしたものになります。左が男性ですけれども、1995年当時の罹患率と2010年、2019年を比べるともう上がってはいるのですが、ただ2010年と2019年で大きく変わりがない。ですので、年齢階級で見るとがんの発症率というか、頻度は大きく変わりません。右側が女性ですが、女性は違っていて、1995年、2010年、2019年と、どんどんグラフが高くなっている状況がありますので、女性については、すべての年代でがんの罹患が増えている状況にあるのだと思います。

次（スライド No. 18）が全国と比較したものです。直近の2019年の値で全国と、年齢階級別の罹患率を比較したものですけれども、そんなに大きな違いはないので、宮城県において特段高いというわけではないのですが、やはり全国的にも同じような状況できているのではないかなと思います。

次（スライド No. 19）は、男性と女性の違いを見やすくするために掲載したもので、2019年のものです。女性は先ほど申し上げたように、子宮頸がんが20代から発症して20代、30代、40代が多くて、40代ぐらいからは乳がんが出てきますので、男性と違って罹患率が高い状況です。男性では50代ぐらいからいろんながんが増えてくるので、その伸びが非常に高く、このような違いになっています。

次からは、がん登録という疾病登録の情報がありますので、それを使ってがん予防に役立てていただきたいという話になります。実際にはがんの予防は、生活習慣病の予防だったり、がん検診だったり、いずれも市町村事業なので、市町村に使ってもらわなければがん対策を進めると言っても難しいのではないかとこのところがあり、それを何とか支援できないだろうかという立ち上げた事業になります。令和3年から開始をしました。

がん登録の利用は割と手続きが面倒くさく、データの管理もこういうのを守らなければいけないというのも厳しくて、それでいてデータでしか提供されないので、データの定義とかそういったところが詳しくないと、なかなかうまく集計できないところがあるので、全部無料でやりますよという案内になります。こういったチラシを全市町村に配って、手上げ方式でやりたいところを募ってやっているのですけれども、実際にいくつかの市町村がご利用いただいているので、そのお話をしたいと思います。

がん登録の利用の内の、がん検診の制度管理についてです。がん検診とは、がんの疑いがあるかどうかを診断して要精検に回していくのですけれども、実際にがんではないと診断された方の中から、がんが出ていないかどうかというのは確認しないとわかりません。がんの疑いがないと診断したにも関わらず、がんの方が出てくると、疑陰性と言われるのですけれども、そういったところをきちっと把握していかないと、がん検診の精度は上がっていきませんので、がん登録を使ってその精度の向上に役立てようという主旨でやっているものになります。

先ほどの市町村の事業なのですけれども、令和3年度5市町村で、令和4年度は6市町で、今年度令和5年度は7市町でがん登録を利用いただいています。そのうち、がん検診の精度管理は、令和4年は2市でご利用いただいています。

まず、肺がんです。表は細かくて恐縮なのですが、感度、特異度のところだけ見ていただければとは思いますが、2019年はがん登録のデータが十分反映されておらず十分なデータではないので、2015年から2018年だけ見ていただきたいのですが、肺がんに関しては現在60%ぐらいの感度です。特異度に関しては96から98ぐらいといったデータが確認されています。B市は、感度が50から60%台ということで、60%前後。特異度がこちらの方だと96、97ぐらいということで、これが現在の検診の精度になります。

次に胃がんに関しては、1市だけしかしていませんけれども、2015年から2018年の感度は肺がんよりは高く、60から80の間、70ぐらいで、特異度は94%前後という状況です。

最後は大腸がん、これも1市だけしかやっていませんけれども、2015年から2018年

で感度が 80%から 90%ぐらいで 90%前後という感じで、特異度は 95%ぐらいという結果が出ています。

今回初めて、全国がん登録を使って3つの部位ですけれども、このような精度指標を算出することができましたので、この結果を検診団体の方にフィードバックをして、現在確認をいただいているところになります。今後、全市町村でこういったようながん登録を使った精度管理をしながら、がん検診の精度をきちっと見ていくということも必要ですし、また、がん登録の情報そのものを使って市町村のがん対策に役立てていただいたり、受診勧奨に役立てていただきたいなと思って、現在事業の呼びかけをしているところです。以上になります。

(小坂部会長)

いろいろ詳しく解説いただきありがとうございました。

がんの部会の方で議論になっているのかもしれませんが、こういう市町村別の成績表のようなものを各市町村全部にフィードバックする取組を宮城県でやっていたと思いますが、今やっていないですか。昔、厚労省にいた時に、宮城県が全国で良い例として、市町村別の精度管理の指標をフィードバックして点数付けして ABC で判定していたけど、今はやっていないですか。

(事務局：がん・循環器病対策班)

ABC のチェックですかね。それは同様に、この協議会の中で検診の 5 部位をそれぞれ実施させていただいているところです。

(小坂部会長)

私から、宮城県内で前立腺がんの検診をやっているような市町村はあるのですか。

(金村委員)

はい、これに関してはどちらかというと、親会の方で議論されている話だと思いますが、科学的根拠に基づくがん検診として国側の推奨している中に、前立腺がんは入っていないのですが、前立腺がん検診を実施している市町村はあります。

(小坂部会長)

要するにそれによって数が違うので。我々からすると、実施するなよということになります。海外だと U.S. Preventive Service Task Force だと not recommend でなくて recommend not ですよね。やらないでということ。なぜなら、80 歳の 5 割ががんを持っているのを見つけてどうするのだという話なのだけれども、それでネットベネフィットというのを計算すると、決して対策としては全然推奨されないということで、ぜひこれは宮城県内徹底していただいた方がいいかなと思います。

(金村委員)

政策的に勧められていないがん検診を実施するというのはどうなのだろうという話は当然あって、宮城県の各がん部会の方でも、この部会と同じように対象外の方の検診といったものはしないようにとご指導されていると聞いています。ただ、市町村では住民へのサービスという形で始まったような検診は、それを切るタイミングが難しいと、現場の保健師さんと話しをするとそういう声が出ていますので、ぜひぜひ親の会議でもいいのですが、推奨されないがん検診だということは明確にさせていただいて、市町村がそういった意思判断をできるような環境を作っていただければなと思います。サービスとして導入した手前があって、現場で変えるのは非常に難しいのだという声は聞いています。

(小坂部会長)

普通の人にとってはがん検診はやってくれた方がいいと思っているので、ここは疫学の専門家なり、がんの情報共有をきちんとしてもらうことが必要だと思います。

それからもう1つ、子宮頸がんワクチンに関しては、宮城県はどのような感じですか。今先進的なところでは、男性の接種を推奨したりとか、かなり進んでいるところもありますが、金村先生何かご存知ですか。

(金村委員)

すみません、接種の方は詳しくは存じ上げません。ただ、進んでいるのは、小坂先生がおっしゃったように、男性に向けてもというお話があることは伺っていましたが、宮城県どうですかね、お聞きしたいなと思っています。

(事務局：健康推進課長)

国のワクチンの接種推奨の再開が始まった段階で、当然県としても、市町村とお知らせをしているのと、当時対象世代であったのに接種されず見送られたような方に対するキャッチアップ接種の方の取組も、当課ではないですけども、進めているところがございます。

(小坂部会長)

ある意味 Vaccine Preventable Diseases の1つというところで、世界各国でもかなり減少傾向が見られているのに、日本はかなり遅いというのは非常に残念だし、肺がんだとメディアでは、研究者が海外のデータを見て、日本が喫煙は減っているのにがんが増えていくみたいな報道もしている。アメリカのデータだと30年ギャップがあるわけですよ。ですから、そういうのを正しく啓発していく必要があります。

未だに、男性の肺がんもたばこが原因ではないということ言っている医者や研究者たちもいるので、そういうデマに騙されないということも非常に大事だろうなと思っています。この辺、啓発活動を進めてほしいです。

若い女性の子宮頸がんや、乳がん子宮がんが増えていて、YouTube なんかでもいろいろそういう人が出てきて、本当に残念な感じがするし、社会に与える影響は非常に大きいわけですよ。やはり子宮頸がんに関しては、その人の命ということと、そのお子さんに影響を与えるということから、予防できる病気なので啓発が必要です。

大腸がんに関してはエクササイズが一番効果的で、WHO も認めている予防策です。それから、胃がんが減っているのは、この前の疫学会を見ても、塩分そのものよりも、非常に塩分濃度の濃い塩蔵の食べ物、要するに塩蔵品が悪いのであって、全体の塩分量やデータを見ていても、味噌汁は上げないですよ、ナトカリの話でいったら。

(金村委員)

ナトカリの話が出てきましたね。そういえば。

(小坂部会長)

ピロリもそうだけど、塩蔵品を減らすことが、胃がんを減らすことになるわけですよ。なので、業者の人たちには申し訳ないのだけれど、そういう塩蔵品の摂取というのがかなり要因になりますね。宮城県民は歩かないので、運動というのが大腸がんの予防のためにも、宮城県にとって大事ななと思って聞いていました。

(金村委員)

先ほど大腸がんの死亡が上がっているのが気になるということで、罹患の方で見るとそ

んなに上がっているとか動いている感じがないので、先ほどの死亡は罹患とは関連して評価するのは難しいのかなと思います。

運動の話もいただきましたが、運動はいろんな病気の予防になりますので、運動するというのは非常に大事だなということを、ことあるごとに言っていただくというのが非常に重要だなと思っていました。

(小坂部会長)

運動がどうしてもがんなどにいろいろ良いかということ、ミクロレベルでかなり研究が進んでいて、やはり筋トレなどが、いろんな科学的な変化で免疫を高めたりとかというのは、結構細かい研究データがだいたい出始めています。やはり、大腸がん予防という食べ物だとみんな思うけれども、WHOとか国際的に認められているのは運動だけです。だからこうやって座っている生活が一番良くないといつも言っていますが、県庁の人たちも歩きながら、あるいはスタンディングデスクで仕事するというのもあると思います。その辺の普及啓発もお願いしたいと思います。

(安藤委員)

ピロリの除菌に関しましては、本当に進みまして一般的になりました。子宮頸がんワクチンに関しては、今国の積極的な勧奨が再開されましたが、医師会あるいは産婦人科医会では、キャッチアップ接種も含めてキャンペーンをして、進めているところであります。

それから、受動喫煙防止に関しましても、宮城県医師会では今回イエローグリーンキャンペーン推進会議を開催して進めております。宮城県、仙台市、各保健医療団体等の方々に参加していただいて、今度の5月の禁煙週間には、宮城県内を全部イエローグリーンにライトアップしようという話し合いも、何回か行っています。いろいろなところが参加してくださるということで、禁煙がさらに推進できるのではないかなと思っているところでした。

(井上委員)

宮城県の喫煙率っていうのは全国と比べてどうなのですか。下がっていますか。

(事務局：健康推進課長)

まず全国より喫煙率としては悪い状態にあるというのがございますので、減ってはいるのですけれども、健康の観点からするともっと減らしていくべきだという現状です。

(井上委員)

それに対して何か取り組みはされているのですかですね。

(事務局：健康推進課長)

今お話ありましたイエローグリーンキャンペーンなのですが、遅ればせながら県庁でも取組と一緒にしていくという啓発的な部分もございますし、来年度事業として今考えているのが、特定健診の場などで禁煙を考えてみませんかとお話しし、考えてみるという方には、その後のフォローアップをするというような事業等いろいろ考えているところでございます。

(井上委員)

県庁は敷地内禁煙ですか。

(事務局：健康推進課長)

県庁は敷地内禁煙ですけど、職員が入れる喫煙場所というのもまだ残ってはござい



す。

(井上委員)

勾当台公園で受動喫煙が問題になったり、時々、河北新報でも取り上げられておりますが、もちろんイエローグリーンキャンペーンも大切だと思うのですが、県が率先してそれをやっているというのが、あまり見えてこないような気がします。

(事務局：健康推進課長)

勾当台公園内の喫煙では、県職員に関しては、県庁の場合喫煙場所が屋上にあるものですから、勾当台公園に行って吸うという方は、そんなに多くはないのではないかなと思います。かなり先進的な措置を講じている国の合庁の職員さんは、吸う場所が敷地内に一切ないので、公園の方に流れているのではないかなというような推測はされているところですけど、事実はわかりません。

また、勾当台公園につきましては、保健所設置市である仙台市が指導監督を行うことになっていて、第一義的には仙台市の方で、公園の管理もそうですし、健康の部門の方もいろいろ取組を講じていらっしゃるかと承知しています。最近、3つほど公園内にあった喫煙場所を1つに減らしてどのようになるかということを検証している段階だと承知しています。

(小坂部会長)

これについて、仙台市が担当していて、いろんなところでいろいろな話が出ていて、ある意味、民意によるのですよ。つまり、たばこを推進しようとしている政治家さんたちが、選挙で選ばれるかどうかということもあると思います。そこには、行政の陰ながらの努力もあるでしょうし、保健分野の人たちもすごく熱意があるのだけど、いろんな狭間の中で苦勞されていることはよく知っていて、だいぶ進んできたのだけれども、もう一步、イエローグリーンも含めて、受動喫煙対策に関しては仙台市、宮城県それから協会けんぽが三者合同で進めていることもありますよね。ですから今後、そういったイエローグリーンキャンペーンも、行政及び企業さんが一緒にやってくれるといいですよ。ただ反対する人たちもいるので、そこは気をつけながら進めていただければと思います。

(安藤委員)

今回、本当に宮城県と仙台市が積極的にこういうことをやりますということ、たくさん出していただきました。それで、イエローグリーンキャンペーンのPRのクリアファイルもすでに作ってくださっているということなので、いろんな企業さんも入ってくださっているので非常に心強いなと思います。

先ほどの公園の件について、本来は敷地内自体が全部禁煙になってほしいのですが、それに関しましても、受動喫煙防止という観点から、「喫煙所作ればいいじゃない」という人がいますが、喫煙所を作っても受動喫煙は防止できないところをきちんと伝えていただければと思います。やはりそこに灰皿があるから、吸いに来るということで、灰皿がなければ来ないかやめるかということになるので、ぜひそこをお願いします。このキャンペーンを推進していきたいので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

(小坂部会長)

多分、私も10年以上前にイエローグリーンリボンというものを、ずっと前からつけていて、宮城県で一番最初かと思っています。ですからその話を聞いて、嬉しい思いでございます。今後ともよろしくお願いいたします。

それでは資料6について現状から見える課題と指導事項についてお願いいたします。事務局から説明をお願いします。

(事務局：健康推進第二班長)

資料6により説明。

(小坂部会長)

先生方がいいがですか。金村先生、お酒のことは書かなくていいのですか。

(金村委員)

そうですね。前回はアルコールの話でましたね。

(小坂部会長)

かなりもうデータが揃ってきています。アメリカでは対がん協会だと思いますが、はっきりとアルコールとがんのリスクに関してはもう確立されて「Zero is Best」というのが出ています。やはりいろんなデータを見ると、アルツハイマー含め神経科疾患含め、循環器が少量だと若干少量であれば良いかなぐらいの話で、深酒はいずれにしてもダメというのは、もうはっきりしています。国の方でも少し規制を厳しくしている中で、お酒の対策を少し何か書かなくていいのかと。去年は時期尚早ということで書かなかったのでしたかね。

(事務局：健康推進第二班長)

そうですね。昨年もお酒に関しては、脳卒中の分野ですとどれぐらいとか、生活習慣病のリスクを高める量で言うと、これぐらいというような、お話はいただきまして、しかし指導事項へ盛り込むというところには至りませんでした。

(小坂部会長)

例えば食道がんなどでも、アセトアルデヒドを分解できない遺伝子型の方がたばこを吸っていると、20倍確率は高くなると。要するに、お酒を飲んで赤くなる人がたばこを吸ったら普通の人より20倍リスクが高い、というようなことも結構分かっているんで、いずれ何か入れてほしいと思います。

特にお酒が弱い人が無理して飲んだりとか、未だに高齢の方で、少しお酒を飲んだ方が健康にいいと誤解して、全く飲めないのに無理して飲んだりしているようなこともあるので、やはりやめてほしいと思っています。今、国際的にも、アルコールが入っていないのを飲む、微アルミたいのも流行っていますし。深酒をやめる、飲みすぎ、たばこと一緒にやめようというところはいずれ入れてください。

金村先生ワクチンについてはいいですか。

それから、適正体重はどこまで意味あるかな。適正体重を事務局入れたのには何か理由がありますか。肥満でもオーバーウェイトでも、ほかの合併症がなければいいよというような話もあったり、適正体重でも糖尿病の人もいるし、というような話はあるのだけど、入れることについて事務局の思いのようなものを聞いていなかったのだけれど、メタボを減らしたい趣旨で記載していますか。

(事務局：健康推進第二班)

心疾患のところ、糖尿病リスクファクターに有する方がいらしたということとも関連して、今回適正体重というところを入れさせていただきました。

(小坂部会長)

必ずしも体重と関係ない部分もあるので、入れることに別に反対はしないのだけれど、なかなか悩ましいですね。他の先生方、特にいいですか。

(金村委員)

ワクチンと健診は、がんにとっては予防できる方策の大きなところではあるのですけれども、今まで指導事項に載ってないということは、逆に何か理由があるのでしょうか。親会議が生活習慣病検診管理指導協議会なのですが、検診そのものについて、何も無いというのもどうなのか、検診があれば当然、一時予防のワクチンというのも入ってもいいのかなと、今先生ご指摘いただいたので、気がついたところです。

(事務局：がん・循環器病対策班長)

HPV ワクチンにつきましては、先ほど先生からも子宮がん部会ではあるのかといった話をいただいたところですけれども、子宮がん部会の方で、昨年度も HPV ワクチンの接種について周知を図るようということが指導事項に加えられておりますので、そちらの方からの市町村への指導という形ではどうかと考えてございますが、いかがでしょうか。

(小坂部会長)

どんな形でも指導してもらえればいいので、ここにもし心疾患、脳疾患、がんの3つがあるのであれば、そういった一次予防に関して周知がされていないところを、指導してもらおうというのは良いかと思っていたところです。

私の方から、資料を追加させていただいたものになりますが、日本の先生が書いていて、ページめくってもらおうと日本地図があってですね、これ何かというと、家が寒いという話です。北海道とか新潟とか、そういうところは暖かいのですが、建築基準法で18度以上という目安があります。日本の住宅というのは、イギリス人に言わせると7割は欠陥住宅、要するに結露ができる、18度以下になる。私も在宅医療で患者さんのお宅に行っても、廊下とかとても寒いです。北海道大学に行った知人に寒くて大変でしょうと聞いたら「どこも暖かい、トイレまで暖かい、体育館も暖房が入っていますよ」と言っていました。

それで温度変化がFigure3ですが、高齢になればなるほど、温度の変化が血圧に与える影響がすごく大きいわけです。そうすると、超過死亡を見てもらうとわかるのですが、沖縄以外はきれいに真冬の一番寒い時期に死亡者が増えているわけですよ。どうして寒い時期に死亡者が増えるかということ、寒い時期に塩分を多く摂るのか、寒い時にアルコールが増えるのか、寒いからたばこ吸うのか、必ずしもそうではないですよ。そうするとやはり温度の影響というのはすごく大事で、ハウジングの問題というのは日本では、なかなか公衆衛生的なものに入ってこないのだけれども、健康づくりの中で、diet、activity、alcohol、drugに続いて、ハウジングというのが本当は大事な要素で、暖かい家にするということの方が、某検診やるよりもよっぽど死亡者を減らせるのではないかと思います。

例えば、突然死のリスクというのを1micromort というようにリスク管理で使いますが、イギリスだと100万分の1、1日イギリスで生きている中で突然死のリスクは100万分の1なのです。それを用いて医療行為がどのぐらいのリスクがあるかというのを客観的に見たりするのですが、日本だと愛知県でデータがあって、100万分の1.8なのです。つまりイギリスより突然死が多いということですから、これは入浴、あるいはヒートショックによるものと推測しているのですが、やはりその対策として、いずれ脳卒中を減らすためには住宅が非常に大事だと思います。私の同級生が沖縄行ったら血圧が安定したと喜んでいました。宮城県内は、県庁も医療機関も寒いように思います。八雲病院という北海道の国立療養所行ったら、トイレまでスチームで暖かくて全然寒くないし、それでスチームだから乾燥もしてなくて、素晴らしいなと思いました。床暖房の普及率と心筋梗塞が反比例しているというようなことを論文で出している先生たちもいます。やはり子どもの肥満に関しても、肥満が多いのは毎年、東北、北海道が上位を占めています。これも

環境の問題だと思えます。宮城はたばこも吸うし、お酒も飲むし、歩かないし、野菜は結構食べる。そういった生活習慣を送っていながら、死亡率などはそれほど悪くないわけなのですよ。むしろ健康寿命は、男性だと全国より良いという状況もあります。脳卒中が一番課題なので、対策としてはやはり入浴前後とか、ヒートショックをいかに減らすかということの方が大事だと思うので、いずれ指導の中に入れていってほしいです。暖かい家をどうやって作るか、それはもう暖気の5割は窓から逃げていくわけですから、そういった断熱含めて検討してほしいです。

宮城の建物で、どこも暖かい建物ってありますか。金村先生の県立がんセンターだって寒いでしょう。

(金村委員)

暖房はそうですね。どこもそんなに暖かいところはない気がしますね。

(小坂部会長)

トイレとか廊下とか寒いでしょう。

(金村委員)

寒いですね。今コロナの関係もあって、まだ窓開けているので。

(小坂部会長)

温度が優先だって私はいつも言っていますから。18度以下に絶対するなど、コロナ以外で死んじゃうから。ぜひ、温度管理というのは本当に大事だと思うので、今回議論のためにつけさせていただきました。

(金村委員)

岩手県の沢内村にしばしば応援に行っていたのですけれども、その深澤晟雄先生という、村長になられた先生が、住宅も含めて健康管理という形で進められていたという話を思い出しました。先生がおっしゃるように、住んでいる環境を健康的にしないと、やはり疾病予防はそういうところから始まると思いますので、ヒートショックとかそういうものに対して、寒い環境を何とかしなければいけないというところはあるでしょうね。ただ、それをどうやって進められるのかというのは、産業界もありますし、住宅を購入する方々の問題もあるので、なかなか難しいのかもしれませんが、やはり先生おっしゃるように今後重要なファクターになるのではないかなとお話を聞いていて思いました。ありがとうございます。

(小坂部会長)

ぜひこれ、アメリカのCDCだともう住宅から交通のトラフィックアクシデントも含めて、自転車乗る人はヘルメットしてといった話まで取り扱っていますが、日本だとかなり分断されています。ただ、省エネ住宅といった点では、国交省とか経産省とかでも進めているので、やはり厚労省含め、保健分野もからもアプローチしてもらって、それで宮城の脳卒中が減らせるのではないかという話をしてもらって、幅広い形で進めてもらった方が今後のためになるかと思っていますので、ぜひよろしくをお願いします。

この前も学会で出ていたのが、同じ塩分の摂取量なのに、秋田県と岩手県で死亡率が大分違うそうで、その時のデータだと、どれだけ果物とか野菜、カリウム取っているかというナトカリ比の話に帰着したのだけど、秋田で果物とらないとか本当かな、というのがナトカリ比のなかで議論になっていました。いろいろなデータを元に対策とっていかなくてはいけないし、最近は睡眠も入ってきて、肥満にも糖尿病にも睡眠が影響するというのですし、また、以前は果物を勧めていたのだけど、糖尿病の観点からは摂り過ぎはいかが

なものかという議論になりました。糖尿病減らすためにはお米を減らすのが一番いいのだけど、普及推進が難しいですね。今日はこのぐらいにしたいと思います。

(事務局：健康推進課長)

今までご議論いただいたことを受けまして、指導事項については、お酒に関する部分は、第3次みやぎ21健康プランの書きぶりなども踏まえながら加えたいと思います。そこは小坂部会長と調整させていただいて、皆様に取りまとめた案ということで、後でお示しする形としたいと考えてございます。

また、指導事項の案というわけではないのですけれども、いろいろご議論いただいた中で、例えば生活習慣病登録のタイムリー性を高めるような仕組みですとか、たばこ対策に対する取組評価へのご意見ですとか、今ありました、温かいハウジングの問題などにつきましても、施策を今後展開していく上ではどれも大変重要な観点だと思っていましたので、いただいたご意見を踏まえながら進めてまいりたいと考えてございます。以上です。

(小坂部会長)

国が滞っている間に県がこんなことに取り組んだということを書いていただければありがたいです。

また、今回は出なかったのですが、脳卒中に関してはそのデータを用いて、コロナワクチンとの関係を実は解析させてもらっています。その詳しい解析をして、全然問題ない幅に入っているということを確認しています。そういう情報は、やはり迅速性があると非常に評価をしやすいし、副反応のテーマはペーパーにまでするにはデリケートな話題でしたが、そのように対策として非常に重要なところにも関わってきますので、ぜひその辺も含めてよろしくをお願いします。

(事務局)

小坂部会長、議事進行ありがとうございました。委員の皆様にはご多忙の中、ご審議いただき、貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。本日の内容につきましては、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お願いいたします。

それでは以上をもちまして令和5年度宮城県生活疾患検診管理指導教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。