

令和4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5年2月14日（火） 午後5時30分から午後6時30分まで  
場所：県行政庁舎11階 第二会議室  
出席委員： 5名（安藤委員、井上委員、小坂委員、金村委員、安田委員）

（事務局）

会議に先立ち、事務局より何点か御連絡がございます。始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5名全員に御出席いただいておりますので、条例第4条第2項の規定によりまして、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、本協議会は情報公開規定により、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のでよろしくお願ひします。次に事前に送付しております資料を御確認させていただきます。次第、名簿、資料1～6となっております。また、委嘱状につきましてもWeb開催ということで、事前に送付させていただいておりますので、御確認していただきたいと思ひます。また、委員の任期でございますが、今期は令和4年4月1日から令和6年3月31日までとなっております。ただ今から、令和4年度宮城県生活習慣病健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課長の狩野より御挨拶申し上げます。

（狩野課長）

狩野でございます。よろしくお願ひいたします。本日皆様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。委員の皆様には常日頃から本県の保健、医療行政の推進につきまして、御指導、御協力いただいておりますことに、改めて深く感謝申し上げます。本日の部会につきましては、心疾患、脳卒中等の循環器疾患、がん患者の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て、総合的かつ効果的な生活習慣病予防対策の指導事項について御審議いただくという重要な部会でございます。本日は限られた時間ではございますが、委員の皆様からそれぞれ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す。本日はよろしくお願ひいたします。

（司会）

本日出席いただきました委員の皆様を御紹介させていただきます。

次第の次に名簿がございます。順に御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。

みやぎ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。

東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学教授・副研究科長小坂健委員でございます。

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。

東北大学大学院医学系研究科循環器内科学分野教授安田聡委員でございます。

事務局側の出席紹介につきましてはお配りさせていただいております、名簿に代えさせていただきます。次に次第の3、部会長の選出に入らせていただきます。条例第5条の規定によりまして、部会長は委員の互選によって定めることになっておりますが、皆様いかがでしょうか。意見がないようでしたら事務局案を御説明させていただきたいと思いますがよろしいでしょうか。事務局の案としては東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学教授・副研究科長小坂健委員にお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。それでは小坂委員に部会長をよろしくお願ひします。それでは小坂部会長に御挨拶をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

(小坂部会長)

大先輩がいる中で、私のような者がやるのは、非常に憚られるのですが、厚労省に関わっていたこともあって、今回もコロナのことで、とてもデータとしてデリケートな問題だと思います。色々忌憚ない御意見をいただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひします。それでは早速、議事に入りたいと思ひます。(1)宮城県生活習慣病健診管理指導協議会及び部会について事務局から説明お願ひします。

(事務局)

それでは、資料1、宮城県生活習慣病健診管理指導協議会及び部会について説明させていただきます。本協議会では生活習慣病の動向を把握するとともに、生活習慣病の早期発見、早期治療に重要な役割を果たしております、健診の実施方法や精度管理のあり方などについて専門的な見地から御審議をいただいております。その内容を市町村等への指導事項として市町村、医療保険者および健診実施機関に対して通知しまして、健診の受診率や質の向上、適切な健診実施体制の強化を図り、生活習慣病予防対策を推進していくこととしております。生活習慣病登録・評価部会につきましては生活習慣病の登録データ等から発症、死亡等の動向について一連で評価し総合的かつ効率的な対策について御審議いただく位置付けとなっております。事務局の説明は以上となります。

(小坂部会長)

ありがとうございます。ただ今の説明につきまして、何か御質問、コメント等ございますか。この辺についてはよろしいですね。それでは(2)の報告に移ります。本日

の協議事項に関連する内容ですので、協議に先立ち御報告いただきます。令和3年人口動態統計の概況について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

資料2、令和3年人口動態統計の概況について御説明させていただきます。厚生労働省が9月に公表した人口動態統計から宮城県版として作成したものです。1ページ目を御覧ください。令和3年の死因順位表となっております。宮城県の死因順位は1位が悪性新生物、2位が心疾患、3位が老衰、4位が脳血管疾患となっております。これら3大疾病が全死亡数に占める割合が51.2%となっております。

続きまして2ページを御覧ください。こちらが3大疾病の総死亡率を示したものです。

上のグラフが宮城県、下のグラフが全国です。宮城県は前年度に比べて、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、いずれもやや上昇となっております。

続きまして、3ページを御覧ください。こちらは年齢調整死亡率の年次推移を示したものです。平成12年から見ると減少傾向にあり、近年は概ね横ばいで推移をしております。

続いて4ページから9ページになります。こちらは部位別のがんの死亡について、全体死亡を100として部位別死亡数で男性、女性共に肺がんが1位となっております。直腸と結腸とを合計して大腸がんと考えますと女性では大腸がんが1位となります。75歳未満の年齢調整死亡率の年次推移を見ますと胃がん、肺がんでは減少し、結腸、直腸の大腸がんでは増加、子宮がんはほぼ横ばい、乳がんは減少となっております。

続きまして10ページを御覧ください。心疾患についてです。上の表を御覧いただきますと令和3年の宮城県における死亡数は前年から男性女性ともに、やや増加しております。下のグラフは心疾患の死亡内訳を示したのですが、宮城県では男女ともに心不全が最も多く、また全国と比較して不整脈及び伝導障害の割合が高い状況となっております。

続きまして11ページを御覧ください。脳血管疾患についてです。年次推移を見ますと令和3年宮城県における死亡率は男性、女性共に前年と比べてやや増加となっております。下は脳血管疾患の死亡内訳をグラフで示したのですが、男女ともに脳梗塞が約半数を占めており、次いで脳内出血、くも膜下出血となっております。宮城県は脳内出血の割合が全国と比較すると高い状況が続いております。資料2人口動態統計の概況についての説明は以上となります。

(小坂部会長)

はい、ありがとうございます。これから個々のものについてはそれぞれ、詳しい説明及びディスカッションしたいと思いますが、今の概要につきまして何か先生方コメント等ございますか。個別の方でより詳しく議論を進めたいと思います。それでは、心疾患

登録、脳卒中登録、がん登録の順番で進行したいと思います。それでは、まず心疾患登録について安田先生から御説明をいただきたいと思います。事務局、資料適宜共有お願いできれば幸いです。

(安田委員)

循環器内科の安田です。心疾患、令和2年から令和3年度トレンドといたしましては、おそらく令和2年が心疾患の死亡率が少し少なく、それが元に戻ったという解釈になるのかなと思います。令和2年はコロナの初年度で様々な感染症等で亡くなる患者さんが多かったというところを反映しているのではないかなと思います。

それから心臓死亡原因で心不全が多いというのが全国的なトレンドですが、宮城県においては死亡原因として不整脈が比較的多いということが特徴で、それが何故かというのが図りかねます。病名付けというところに特徴があるのかなという気がしています。

心筋梗塞に関しまして、大体去年より少し、前年に戻りつつあるようなトレンドなのではないかなと解釈をしています。以上のようなところがこの宮城県の令和3年度の総括の形で私自身は理解をしているところでございます。以上です。

(小坂部会長)

ありがとうございました。循環器疾患についてというところで、先生方御質問あるかと思いますが、いかがでしょうか。私の方から、心筋梗塞の死亡が少ないというのは初期対応が上手くされているということなのかと思いましたが、不整脈が多いというのはそれだけ循環器内科の医者が優秀でちゃんとそういう診断ができるということもあるのかなと思っており、なかなか死因で不整脈という診断というのは結構難しいのかなと思いますが、何か先生方コメントあればお願いしたいと思います。

(安田委員)

まず、心筋梗塞の死亡率は別途、宮城県心筋梗塞対策協議会というデータも今回付けさせていただいておりますけども、コロナ禍の中、様々な制約があるなか、院内死亡率8%ということで非常に十分な、悪くない治療成績だったと思います。やはり心筋梗塞対策協議会含めて40年間に亘って、県下で心筋梗塞の診療に取り組んできた成果だということが言えると思います。

不整脈の診断名として、死亡原因として不整脈が多いということに関しましては、細やかに先生方が見られているという背景もあるでしょうし、もしかして心不全という診断を付けがちなところを別な診断名にしてるところもあるのかなと思います。全国的なトレンドに比べて少し突出しているので、少し色々解釈が必要かなと思います。以上です。

(小坂部会長)

ありがとうございます。先生方何かコメントありますでしょうか。

(井上委員)

中核病院井上です。先生方の素晴らしいデータを見るにつけて、心不全はちょっと違うかもしれませんが、心筋梗塞などでしたら、やはり、動脈硬化が進んで発症する疾患だと、それで循環器病脳卒中対策基本法もできましたし、特に私たち仙南地区は循環器の先生がものすごく頑張っているという状況で、私たち脳卒中がまだまだ、この後私のデータでも出ますが、力が足りない状況です。

仙台なんかでも、あまり一緒にコラボレートしてひとつの疾患だと認識してやっているという施設もまだまだ少ないように思いますので、一緒に循環器病、脳卒中、センター化するような先の長い話かもしれませんが、そういう方向でお願いできないでしょうか。

(安田委員)

ありがとうございます。東北大学病院では、脳卒中・心臓病等総合支援センターというモデル事業が、宮城県と東北大学病院で進んでおまして、富永病院長にセンター長を務めていただいて、比較的この1年間様々な共同での取組、働きかけをしてまいりました。東北大学病院からそういう試みをして関連病院の先生方にもという形が今後とりうることであればと思っています。貴重な御助言ありがとうございました。

(井上委員)

早く下のほうに降りて来られるのを期待して待っております。

(小坂部会長)

私のほうから1点、コロナで超過死亡が増えていると、色んな解析をされている中で、特に介護施設などでコロナに感染して、療養期間は過ぎたけどかなり状態が悪くなった人がいて、そういう方を看取った場合、老衰とは言えないと、コロナと入れると葬儀屋さんによっては何倍も葬儀代をとられるみたいな話もあり、コロナという診断を付けず、そうすると心不全と付けるしかないといったように、心不全という診断名が増えているというのは、全国的に調べてもそのようなことが言われているんですね。

心不全とあまり付けるなど昔言われていたと思うのですが、増えているということとか、心不全というのは他でつけられなくて、老衰ともいえない場合、仕方ない話なんですかね。

(安田委員)

心不全という病名の不確かさというのは、以前から議論がされているところで、もしかしたら去年から令和2年、3年というのは先生がおっしゃった理由から、若干そういった症例も上積みされているかもしれないですね。そこは推し計れないところであるかと思います。人間の死は心臓停止をもってということになりますので、一般的にそういったことから心不全という病名が多くなってくるとはやむを得ないと、これから課題であろうとも思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。安藤先生、医師会のほうで何かコメントとか考えられていることとかありますか。

(安藤委員)

先生もおっしゃるように、アフターコロナで、当法人の病院や施設にいらっしゃる方も多いですね。もともと老衰で徐々という方も沢山いらっしゃる、老衰と付けることも最近は多いです。ただ、アフターコロナで老衰でもありますが、昨日までご飯も食べていて、お話していて突然急にというような場合は、やはり老衰と書けないかなと思いまして、つい先日もコロナ罹患後かなり経過した方ではありますが、元々慢性心不全があったので、慢性心不全の急性増悪という形にしたり、非常に現場では悩ましいことが沢山ありまして、死因に関して最近悩むことが多いです。

(小坂部会長)

ありがとうございます。貴重な御意見だと思います。その他先生方なにかございますか。

(金村委員)

今の話、平成7年頃に診断書を書くときに、死因の付け方を変えましょうという話があって、心不全が減少したというのがありましたが、その逆がまた増えていると。増加の振れ幅は、平成7年頃の減少分を参考に見ていくと、推測がつくのかも知れないと思ってお話を聞いておりました。

(小坂副会長)

ありがとうございます。

(安田委員)

病名付けというか、短絡的な観点で発言してしまいましたが、安藤先生の御発言から

気づいたこととといいますか、コロナの後遺症として心血管病というのは非常に問題視されています。もう少しトレンドを追って行くことによって、コロナというのが心血管病の罹患率とといいますか、その結果、死亡に繋がるのが、もう少しこの後のトレンドでわかってくるのではないかと思います。先ほど病名付けの観点でという発言をしてしまいましたけれども、少し浅はかだったかなと、安藤先生の御発言を聞きながら反省をしていました。そういった見方で少し、見て行きたいと思います。以上です。

(小坂部会長)

ありがとうございます。私から1点共有しますと、先生方御存じの話だと思いますが、欧州心臓病学会雑誌等でコロナに罹患すると3週間以内で最大81倍、入院、死亡のリスクが1年半後でもかなり高いというような報告もあって、反ワクの人も言っておりますが、コロナに感染した後の心臓、脳卒中、血管系の疾患への影響も非常に大きいという報告も海外から出ていて、オミクロンになってから、マイクロロットという影響は大きくないという話も出ているのですが、これを注意深く見ていく必要がある話なのかと思っております。情報提供です。それでは、宮城県の大きな課題、脳卒中に移りたいと思います。井上先生、御説明お願いできますでしょうか。

(井上委員)

よろしく申し上げます。事務局の方で資料共有できますかね。今年度から前任者の荒井先生から引継ぎまして、始めてですので、色んなところで今までとは違ったことになってしまうかもしれません。何卒よろしく申し上げます。

このデータは2年前、2021年の1月～12月のデータを2022年の12月を締切に集計して、2023年に報告するというスタイルでやっていたようなので今回そのように引き継ぎました。宮城県内21施設の脳卒中患者が入院する施設があるのですが、全部やればかなり悉皆性があると思います。それでも17施設から5,800例ほどが登録されています。

表1で登録数は微増なのですが、登録施設が17施設に限られてしまったことを考えれば、脳卒中が増えているので、あきらかに増加していると思われま。施設毎で見ると、広南病院がかなり増加していて、症例の集約化で良い事が進んでいると思います。

表2の市町村毎の発症数です。特段の変化はありませんでした。表3に進むと施設毎の数を出しています。図の1～3に脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、図1が脳梗塞、図2が脳出血、図3がくも膜下出血で、くも膜下出血が顕著ですけども、広南病院、大崎市民病院、仙台医療センター、石巻日赤、各医療圏でそれぞれ一つずつの施設を合計すると78%になるくらいで、かなり脳卒中治療に関しては症例の集約は進んでいると思います。

続いて、表5、2次医療圏毎の患者数と住所、入院施設の関係で表6は患者さんの住所、発症した所が自分の医療圏でないところで発症しているかもしれませんが、患者さんの住所と実際の患者さんがどこの医療圏に入院したかを示した表です。

さらに、図4、宮城県の7つの医療圏、大崎、栗原、石巻、登米、気仙沼、仙台、仙南医療圏で患者さんの住所とどこに入院したかということを示した図です。当然、仙台医療圏が一番大きくて、プラスになっています。大崎、栗原、石巻、登米はそれぞれ移動があるようですし、仙台医療圏に行ったり来たりなのもありますけども、医療圏として成り立っていると思います。仙南医療圏が570の発症に対して、見ているのが445、150症例ほど仙台医療圏に送ってしまっている。

一般的に言えば、仙南医療圏で脳卒中専門医は私一人です。病院も刈田病院等、色々ありますけども脳卒中を入院で普通に見られるとなれば、県南中核病院なのですが、ここに脳卒中医が私一人しかいないという状況ですので、県民の健康を考えた時に、どちらか2択だと思います。医療圏毎に脳卒中をきちんとやるのであれば、脳卒中医の分配または、脳卒中センターなどの配置を考えるか、ここの病院の循環器の先生、整形外科の先生は県内有数の症例数で頑張っておられます。仙南医療圏自体は心筋梗塞や整形外科、消化器外科の先生は仙南医療圏として成り立っているのですが、この数字見ると脳卒中は仙南医療圏は辞めて仙台医療圏に入れてもいいのかと、この2択を人事権者やいろんな整備を図る方々に今後訴えていく必要があります。1年間で150人仙台医療圏に送っているのは問題かなと感じました。力不足です。

表7に進みます。くも膜下出血とか病系毎の年次推移を示しています。脳梗塞が大幅に増加しています。図5では、黒いのが脳梗塞で、本当に増えていますが、脳出血も決して減っている病気ではありません。割合からいうと、脳梗塞が増えているというのは、単に脳梗塞の発症数が県内で増えているので、他のくも膜下出血や脳内出血が少しは減っていますが、脳出血、くも膜下出血は解決した病気ではないと考えられます。

図6、7、8が年齢分布で、脳梗塞の年齢分布は80歳で高齢のピークがあるような状況ですので、超高齢社会で脳卒中の数を減らすのはまだまだ大変ではないかと思えます。くも膜下出血も減っておらず、脳出血もほとんど横ばいです。脳梗塞は微増です。脳卒中予防が上手くいっていると言える状況ではありません。

図12ですが、くも膜下出血の治療法ごと、昔は重症な人にやるということでしたが、今ではくも膜下出血は血管内治療に変わりました。血管内治療専門医がくも膜下出血の治療を半分以上行います。これも仙南医療圏に血管内専門医を取っていないものですから、こちらに赴任した一昨年からは、勉強を始めたもので血管内治療もなかなか増えていない現状です。くも膜下出血は黒いほど、死亡した方、次が寝たきりになった方というグラフです。横軸が入院時の意識レベルでゼロはクリアということで一番右の300は昏睡状態、当然のデータで意識がクリアな状態で、速やかに病院に来られた方は元気になる確率があがるというデータになっています。



脳出血はほとんど手術していません。血止除血術7%、ドレナージ4%、保存的治療は85%、つまり脳出血は脳外科医が見るものではなくて、脳卒中医が見る病気となっています。そういう意味からも脳卒中医を増やすこと、適正な配置が大切なのと、その下は血腫除去術をやったっていうのが左から2番目のカラムで黒ければ黒いほど、死んだとか亡くなったとか寝たきりになっていることを表しており、色が薄く白ければ白いほど患者さんが元気になっていることを表します。血腫除去術を行ったとしても患者さんは良くなっていない。逆に手術は悪い因子だと。

退院時のADLに及ぼす影響で、年齢も有意な因子です。高齢であればあるほど不良です。脳梗塞のデータは一過性脳虚血発作、TIA、24時間以内に症状が全く良くなったという軽い脳梗塞の患者さんが最終的にどうなっているかを表しています。ゼロが何も症状なく帰った人、半分、軽い脳梗塞でも少し症状が残っている1が29%、3、4、5になっていけば寝たきりになったり、歩けなくなったりというのが4、5のあたりになります。2%と5%ですが、この母数は一過性脳虚血発作、TIA、手が動かなくなったけど回復したという状況で入院した人が、このような状況になっている。

これは全国的に見ても非常によろしくないデータですので、軽い脳梗塞は軽いまま返していくことが今後必要なんじゃないかなというデータです。

TPAというのは血栓溶解療法という静注療法、EVTというのは血管内治療です。血栓をカテーテルでそのまま取るという治療ができる時代になってきました。TPAが点線でEVAが実線になります。TPAは脳卒中内科でもできます。EVTはカテーテルを使ってやらないといけないので、これが十分増えておりません。これを増やすことを今後考えていく、つまり血管内治療医を宮城県内でも増やしていくような施策が必要かと思えます。

5ページに戻ってください。宮城県内の脳卒中は増加している。特に高齢の脳梗塞が増えていきます。施設の集約化は進んでいます。その結果、仙南医療圏から仙台医療圏への患者流入は非常に多い。内科治療、血管内治療、外科治療、これらを行える施設へ人員の適切な配置が必要になってきている。

TPAや血栓改修療法を十分に行えていると言える状況ではありません。これ2年前のデータなので、今から去年の分を集めてしまえば、1年追いつけます。可能なら今後は前向きに前例登録というような、宮城県庁さんで予算を付けていただき、リアルタイムに前向き登録を行うことが県民の健康のためには有効だと思います。そういう事を考えていく必要があるように思いました。以上です。

(小坂部会長)

井上先生、非常に貴重な提案までいただきまして、ありがとうございます。先生方、コメントあると思います。私の方から、先生のお話で県南中核の仙台市内へ救急車でどのくらい時間かかるのですか。

(井上委員)

広南病院でしたら30分前後ですね。仙台医療センターまでなら30分ちょっとかかります。

(小坂部会長)

そうすると比較的TPAを行っていることに関しては問題ないけれども、くも膜下出血のインターベンションやろうと思うと、そこは厳しいのかなと思って聞いておりましたがその辺いかがですか。

(井上委員)

くも膜下出血の患者さんも落ち着いてインターベンションできませんので、そういう場合に来てもらう選択肢と送るという選択肢があるんですが、仙台の先生はお忙しいのでなかなか来て頂くのは難しいので現状は送っています。

(小坂部会長)

宮城県が今はどうなっているのかわかりませんが、私が昔解析やっていたころは、患者さんのところから救急車が病院に到着するまでの平均時間というのが、かなり悪くて、ワースト3位くらいだったと思います。

コロナの波がひどいと、かなりそれが延びているという話もデータとしては出ているのですが、県南中核病院でコロナのせいで受け入れが滞ったとか、そういうことがあるのでしょうか。宮城県の場合、広南病院だと脳卒中とか専門だからあまりそういうことがなかったのかなという気もするんですが、その辺はいかがでしょう。

(井上委員)

コロナも含めて、この地域は受診まで、救急車を呼ぶまでためらう、様子を見る傾向があります。朝から症状があるけど呼んだのは夕方とか、1日様子を見て変わらないので、呼びましたという方がかなりいますので啓蒙が必要な状況です。コロナだとなおさら、熱が出ても運んでもらえないといったように呼ぶまでにまだハードルがあります。

ただ、幸いうちの病院しかありませんので、コロナの時も熱があろうが、うちしか受けるところないので、受けるまでは早いです。私は以前、仙台医療センターに居ましたが、仙台の方がかえって今処置中で手術している最中で救急隊の到着から搬送までが仙台のほうが、時間かかっていたというデータだったと思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。データを見るとかなり高齢者の方多いですね。安田先生にお聞きしたいのですが、心房細動とか不整脈疾患とかあるときに何歳くらいまで予防

的な投与を行うのか現場では悩ましいと思っています。出血が怖くてというのもあると思うのですが、この辺について御意見いただけますか。今は90歳超えていても抗凝固療法は普通に行うと考えたほうが良いのですか。

(安田委員)

僕たちの領域では、急性の疾患に対して、救命的な措置としては、様々な機械的な治療、インターベンション治療は90歳前後が有効性の可否を決める目安になるだろうというデータが多く出ています。一方、慢性期の抗凝固療法の心房細動に対する脳卒中予防が第一選択になってきますけど、それに関しては、患者さんの全身状態を含めて決めるわけで、それに関して年齢ということで辞める、辞めないというのは一義的な要因にはなっていないと思います。

(井上委員)

私どものほうでも、同意見で患者さんの状態が良ければ内科的治療は90歳を超えていても行います。うちのほうの血管内治療のデータも論文化されたものでは、年齢はリスクファクター、転帰不良因子にはならないというデータがあります。ただし、カテが上がりなくてできないという症例もあり、できる症例は年齢が転帰良好不良に関係しないため、やればやります。

(小坂部会長)

ありがとうございます。他にありますか。なかなか救急車を呼ばないで待つというのも結構大きな課題だと思いますが、何か啓発活動とか、逆にコロナですと救急車を呼ばずに違う番号にかけてそっちでみてくれみたいな話を国の方で啓発していましたが、なかなか難しいですね。かなり手遅れになっているケースも先生のほうでは見ていらっしゃるという印象ですか。

(井上委員)

はい。

(小坂部会長)

わかりました。この辺、安藤先生なにか啓発とか、救急車すぐ呼べとは言えないですね。そこは難しいですね。この状況で。

(安藤委員)

患者さんに説明する時は、具合が悪い時は迷わず救急車を呼んでも良いのですよというアドバイスはしています。躊躇する患者さんやご家族が多いですし、自分で判断する

のが難しい病状も少なくないので、できるだけそういうアドバイスはするようにしておりますが、介護タクシーをわざわざ頼んで、介護タクシーで来たという方もいるのが現状です。

(小坂部会長)

ありがとうございます。他にになにか御質問、御意見ありますか。私から事務局の頭の痛い話で、先ほど井上委員から貴重なデータでリアルタイムに分かるように少し予算を付けてはどうかというお話もいただいています。来年すぐというのは、予算要求の時期が過ぎているので難しいとは思いますが、課長あたりに、頑張りますと言ってもらえると非常に良いなと思っています。逆に井上先生、どれくらいのお金があればこれリアルタイムに、本当はカルテを共有すれば一番早いでしょうが、レセプトデータの解析なんというのも無い訳ではないと思いますが。

(井上委員)

まず、MMWIN という宮城県のネットワークがあり、私も関わっておりまして、あれを利用することによって入力の手間が省けるのかなと思います。ただ、MMWIN 自体はデータベースではなく、全ての患者さんのデータがサーバーに入っていて、それをFileMaker なり、RedCap のように他施設でクラウドにセキュリティを確保した上でデータを上げるというふうになれば、入力する側も2度3度手間がありませんから、そういうものと連結する。例えば、FileMakerCloud でしたら100万もあれば宮城県内の主な施設に、いや300万くらいあれば各施設に導入していけると思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。事務局から答えにくいとは思いますが、回答いただければと思います。

(事務局)

現在の登録事業は委託事業ということで、宮城県対脳卒中協会さんをお願いしておりますけども、そちらの仕組みの作り方、今ありましたようにMMWIN を一部利用するとか、どういう形がまずありうるのかということ、私どもからこうすれば良いのではないかと思いつくのが難しいものですから、実際に登録される医療機関なども使い易い形がこうだというのが形成されていく中で予算については委託事業を調整していくことにさせていただければと思います。

基本的にはリアルタイムでできる方法があるとするならば、我々としては予算獲得するように努力していくつもりであります。頑張りますということでございます。

(小坂部会長)

ありがとうございます。国の動きもある中で、コロナの動きでそういうことがすぐできないという根本的なものもあって、いかに臨床の先生方の負担を減らしてデータを集めていくのか。イギリスみたいにマイナンバーと診療情報と全部繋がってれば比較的できるところもあるので、待ってからやるのか、待たずにやるのか、どういうことが可能なのかも調査していただいて、あとはレセプトデータなどの活用も、市町村によってはデータを提供してくれるところもあって、九大がやっているライフデータというところではワクチン VRS 情報とか特定健診とか色々くっつけた上でできたりもしています。

レセプトデータもインターベンションに関しては分かると思うので完全ではないけれども、少しリアルタイムに分かるようなデータというのも今後活用しながら総合的に見て行く必要があるのかなと思い聞いておりました。今後検討していただいて宮城県内でも保健関係の予算を取るのが難しいというのはよく知っていますが、これは色んなところから働きかけていただいて、宮城県内で医療福祉の分野で独自予算を取るというのはぜひやっていただきたいと思って聞いておりました。よろしく願います。それでは金村先生お願いします。

(金村委員)

資料共有をお願いします。私の方から、がんについて説明したいと思います。

資料の5になります。全国がん登録というのが平成28年から始まっていて、義務化されています。全ての病院、指定診療所となっていますが、宮城県では診療所の指定はしていません。宮城県は140くらいの病院がありまして、過去3年間の届出がどれくらいあったかを示したのになります。

この表の中でグレーにしているところは、県のがん診療の拠点病院になります。全部で8つあります。上のほうから石巻赤十字病院さん、過去3年分見ますと2,000件弱で推移しています。次は大崎市市民病院さん、これも2,000件ということで届出数は変わりありません。次は東北医科薬科大学病院さん、1,400件くらいだったのが1,700件ということで300件くらい増加している状況です。拠点病院になったことも関係しているかもしれません。

東北大学病院さんが約4,000件ということでこれも同じくらいで、宮城県では一番多い件数になります。仙台医療センターが約2,000件、東北労災病院さんは若干数が少なくなって1,200件で横ばいで推移しています。次が宮城県立がんセンターで約2,000件、これも横ばいということになります。拠点病院で増えたのが東北医科薬科大学で300くらい増えている状況で他は変わりなしです。

県全体で見ますと年間29,000件くらいの届出があるという状況です。この中で8つの拠点病院が届出しているのが54%、過半数を超えるところが届出をしている状況です。ただ、患者さんが複数の病院に掛かると複数の病院から届出がありますので、

実数ではありません。

次に「宮城県のがん罹患」で、名寄せと言いまして同じ患者さんのデータを1つにまとめて集計し直したのになります。最新で令和元年のデータを集めてから集計できるまで約3年かかっているのが現状で、一番新しいので令和元年です。

図1が宮城県の過去10年分の罹患数と年齢調整罹患率になります。左が男性、右が女性です。棒グラフは罹患数で男性が右肩上がりで女性も右肩上がりに推移しているのがお分かりいただけると思います。

件数にして男性が11,000件、女性が約9,000件、合わせて約20,000件という状況ですので、届出が約30,000あって、名寄せをすると20,000件になるのが現状です。年齢調整罹患率は、折れ線グラフで示しており、男性は横ばい、女性はやや増加傾向ということで違いがあります。

次に図2ですが、令和元年の男性、女性の部位別にグラフにしたものになります。上皮内がんということで粘膜がんを含んだ集計をするのと、しないのとで集計が変わってきますが、上皮内がんだと、男性だと大腸、胃、肺、前立腺、この4つの部位が上位4つになり、大体6割を超えています。例年同じくらいの数、割合を占めています。前年と違い、肺と前立腺の順位が入れ替わっています。大きな傾向は変わりありません。

右側が女性になります。上皮内がん含む形で、乳房、大腸、胃、肺、子宮ということで5つの部位になりますが、これで60%超える状況で、顔ぶれも例年一緒です。順位についても平成30年と変わりありません。女性は22%が乳がん、5人に一人以上は乳がんになっているということで、非常に重要ながんということになっています。表2は、年齢階級別で順位を付けたものになります。上のほうが男性で、30代以上になってくると大腸がんが1位になって、70代以上で胃がんが多いです。

2位、3位のところを見ますと胃がん、肺がん、60代に前立腺とあり、やはり大腸、胃、肺、前立腺、この4つが多いというのが年齢階級で見てもわかります。0-14歳の小児では多様ながんの発生が見られますが、血液が多いです。15-39歳はAYA世代ということで小児で多いがんと成人で多いがんが混在してくるところがあります。集計する年によって部位が変わってくる状況です。

下の方が女性になります。20代あたりから子宮頸がんがでてきます。40代から乳房がんが1位になっています。高齢では大腸が1位になります。子宮は割と若い年代に多いのですが、15以上、30代、40代、50代で上位に入っている状況です。大腸がんは40代から増えてきます。肺がんも60代から増えてくるということで、先ほど申し上げたように5つの部位が多いというのがこういったところから見てとれると思います。女性のほうも小児のがんは多様ですし、10代、20代は子宮頸がん、乳がん、あるいは小児用がんが移行してくることがあります。

がんがどういった経緯で発見されたかが表1になります。がん登録では検診発見ということで、がん検診だけ取りあげることは難しいので、がん検診、健康診断、人間ドッ

ク、この3つで発見されたものの割合を集計しています。がん検診を行っている5つの部位がありますが、右側に割合%と書いてありますが、これが検診などで発見された症例の割合になります。大体20から30%台が検診で発見されています。こういったところの割合を高めていくと早期発見に繋がっていくということを期待しておりますが、あまり大きく変わらない状況です。宮城県は全国的にこの割合が高い県ではあります。

付表1、平成30年から第3期宮城県がん対策推進計画が始まり、市町村がん対策、疾病の予防、早期発見、つまりがん検診になりますが、実施するのは市町村ですので、数を知らない対策は執れないだろうということで、令和元年度から、胃、大腸、肺、乳房、子宮の5つのがんと、あとは肝臓含めて6つの部位について男女別に数をお示ししているところです。付表3は、5年分の推移を数と年齢調整罹患率ということでお見せしているものになります。年によって50くらい数が増減したりしておりますが、ここに関しては大きな変動は無いという状況です。

次にコロナの影響についてデータを提供させていただきたいと思います。先ほどの全国がん登録は3年前のものしかでていませんので、令和元年が最新ですが、院内がん登録、県の拠点病院8つあり、そのデータを使うともう少し早く集計が可能で、それを集計した結果になります。がんでコロナの影響がどれくらい出ているかというのを示したいと思います。

スライド4になりますが、診断されて治療を行った症例を責任症例と言い、2017年から19年の3年分と比較して20年と21年、コロナが始まって1年目と2年目のデータが採れていて、コロナの1年目は症例数が1%ほど増えて、2年目の2021年は6.69%増えたことで、コロナで症例が減っている訳ではないという状況です。次にスライド5「責任症例数(月別)」のグラフですが、がんの部位ごとに示したもので、グラフが小さくて恐縮ですが、折れ線グラフで2021年が2020年とくらべて増減を示したものです。コロナの2年目では、登録をした数をみますと、実は減ってはいないということが分かります。

次にスライド13「責任症例数(発見経緯別)」のグラフですが、検診でどうなのかということがありますが、院内で登録された症例でどういった経緯で発見されたかについて見てみますと、グラフの左側はがん検診等で発見された方、真ん中は他疾患の経過観察中で発見された方、その隣は症状があつて初めて病院受診で発見された方で、症状があつて発見された方は相変わらず多いのですが、検診発見の割合が減ったかという減ってはいないです。コロナの1年目は若干減ったのですが、2年目は持ち直して増えているという状況です。他疾患の経過観察中でがん以外の疾患でがんが見つかった方が増えているということです。

がんの数は減ってはいない、むしろ増えているのですが、遅れて見つかっているというのはどうなんだという話があるのですが、実際に登録された時点でのがんの進み具合、がん登録では進展度という言い方ですけども、スライド15「責任症例数(進展度別)」

になりますが、左から、上皮内、限局、領域リンパ節転移と隣接臓器、遠隔転移ということで、見ておわかりの通り、限局が増えています。遠隔は1,600から1,700で少し増えているように見えますが、%で見ると14.5、14.4、14.4ということで遠隔転移の割合自体はそんなに増えておらず、コロナの2年目を見ると診断の遅れは生じていないと考えられます。

部位毎に見ると、胃の遠隔転移(スライド16)の割合を計算すると11.3、10.5、11.6ということでコロナの2年目は若干増えているように見えますが、1%、2%のずれがありますので、この後大きくなっていくのか確認する必要があると思いますが、診断の遅れは生じていないということかと思えます。

次にスライド22ですが、治療の遅れということで、診断した日から治療の開始までの日数というものの平均を採って見えています。3つグラフありますが、上からグラフで左が全ての治療、真ん中が観血的治療、右が非観血的治療ということで、診断から治療開始までの日数の平均を採ったものになります。

真ん中の赤い棒グラフが2020年でコロナの1年目になり、コロナの1年目というのは、診断から治療までの日数は減っていました。これはどうしてなのかなというところは議論があるのですが、コロナで色々な制限が掛かる中で診療がスムーズにいくよう工夫したのではないという推測をしております。コロナの2年目は日数が延びてきている状況で、色々な治療でこれが延びている傾向が出てきています。

これがコロナの3年目のデータでどうなのかということなのですが、残念ながら今登録している最中なのでそこまでお見せできません。このような状況でコロナの影響を見ているところです。

最後に御案内だけ。がんセンターの方で、市町村のがん登録情報を活用したがん対策進めてもらうということで、令和3年から事業化をしています。がん登録の情報を使って、市町村のがんの実態を把握してもらうことが1点。その上でがん登録の情報を使って、がん検診の受診率を高めてもらおうと思っております。これが2点目です。

3点目は受診者の名簿とがん登録の情報を突合し、がん検診の精度管理をしようということでやっております。これはまだ始めたばかりで、令和3年が5市町村、令和6年が6市町村、がん検診の精度管理については、最初は1市町村、今年でまだ2町村なのですが、事業を進めていくことでがんの罹患、死亡そういったものに効果が期待できることがあればいいなと思っております。以上です。

(小坂部会長)

ありがとうございます。詳しく説明していただきました。安田先生時間が過ぎたので退室されましたが、金村先生のプレゼンにつきまして、御質問、コメントあればお願いします。私から生活習慣病管理指導協議会というと、精度管理というのがかなり大きな目的になると思っております。がん検診の精度管理というと宮城県は優等生で宮城県方式



という、各都道府県の評価を行ってきたと思うのですが、検診をオーダーするときには何かチェックリストみたいなものを厚労省の時に作りましたが、それはあまり使われてないということですか。

(金村委員)

チェックリストに関しては、事務局から回答いただいていたと思うのですが、別の部会のほうで、チェックリストによる調査を市町村、検診団体に対して、また県自体も対象になっていますので、結果を集めて、各部会で指導事項まとめておられると思うのですがいかがですか。

(小坂部会長)

そうですね。何か事務局いいですか。

(事務局)

その通りだと思います。金村先生に御説明いただいた通り、胃がん、乳がん、大腸がん、肺がん、子宮頸がんということでチェックリストを活用して市町村からいただいたものと、あと検診の結果を使って、もちろんチェックリストは市町村、県、検診機関と作成して見ているところでございます。ありがとうございます。

(小坂部会長)

ありがとうございます。宮城県のマンモグラフィとか見ますと全国的にも非常に精度高くやっているということになっていきますので、ぜひ啓発していただきたいと思って聞いておりました。先生方がんについて何か、多少遅れは出てきているのかなと思っておりましたが、様子を見なきゃいけない、これ金村先生独自の院内がん登録のデータを活用してようやくできてきたと。国のやつは遅すぎますよね。

(金村委員)

最初は4年とか5年かかっているのを2年くらいにしようとしてスタートしたはずだったのですが、厚労省で公表が遅れていて、結果的に3年くらいと遅くなっています。

(小坂部会長)

統計情報上お荷物だから、政治的な圧力をいろんなところでかけていただかないと、私も今やっていますが、NDB なんかも1年半かかっていると、ちょっとデータを全然大事にしない国だなと分かっていますが、ありがとうございます。他よろしいですか。

(金村委員)

せっかくなので1点。がん登録を活用した精度管理というのは、がん登録推進法にも書かれてはいるのですが、市町村に実施するかどうかを頼っている状況です。当方でも実績を上げようと思ってやっています、広がっていくところまではいかないです。また、広がっていくとなると、その分労力がかかるので、体制を整えながらやるのが悩みです。

全国的にがん検診の精度管理を進めていこうということが、今動いておりますのでタイミングを捉えて、ぜひ市町村の数を増やしていく、それを効率よく実施していく、結果も公表するという方向にできるようにしていきたいです。

今は公表できるところまではいかないですが、そういう方向にもっていければ良いなと思うし、色々な先生方の御協力もそうだし、宮城県のお力添えもいただきたいと、切に願っておりますのでよろしくお願いします。

(小坂部会長)

ありがとうございます。SMR 標準化死亡比でみたら、七ヶ浜町が大腸がんが非常に高かったりとか、罹患率が分かるようになって各市町村別にタバコ、お酒、あるいは塩分、保健事業のある意味アウトカムとしてのがん罹患という形は非常に大事ですので、保健事業の成果を上げてよみたいなところに使えと、現場の保健師さんたちが非常に活用してくれるのかなと思って聞いておりました。

(金村委員)

もう1点、市町村の活用を進めているのですが、1年目はどんなもんだろうという話があって、2年目になってきまして、市町村の担当部署の保健師さんたちが多いですが、うちの町の実態ってこんなものなのかという感想と、このデータをぜひ使って予防に役立てたいと非常にありがたいお声がけいただいておりますので、そういった動きが広まることで、がんの予防は、がんだけの予防ではなく、生活習慣病と全く同じ部分がありますので、そういう意味で、そういったところがうまく進めば良いなと思っておりました。ありがとうございます。

(小坂部会長)

この辺、小原さん、統括保健師さんがいるので市町村での活用とかでこういうデータが使えたらいいですよ、みたいな同意をいただきたいなと思っておりますが、小原さんいいですか。

(事務局)

小原でございます。特定健診と保健指導、技術を高めていくということで県でも力を

入れているところではありますけど、実際に、保健事業の評価というところでも評価が見える形でそこを押さえて事業を回していくことが、とても大事かと思います。なので、今伺ったお話を踏まえて、それをきちんと示していくといたしますか、そういうところで、しっかりと事業を組み立てていけるものだと、評価に使っていけるものですよという理解を深めていかなければいけないのかなと今感じたところでした。ありがとうございます。

(小坂部会長)

ありがとうございます。保健事業の中で結果は見えやすいところだと思いますので、子宮頸がんワクチンですとか、保健事業の成果が現れやすいということだと思いますので、保健事業に有効活用していただくというところで私の方からもお願いしたいと思います。現状から見える課題と指導事項案ということで事務局から説明をお願いします。

(事務局)

現状から見える課題と指導事項案について資料6を御覧ください。上の表は資料2～5までの御覧いただいた資料をまとめたものとなっております。

下の表を御覧ください。課題と強化すべき分野、そして指導事項を整理しました。左の課題のところに、上の表から読み取れた課題を記載しております。また、コロナ禍の影響として身体活動量の不足や食生活の偏り、受診控えなどを課題として挙げております。

これらの状況から強化すべき分野として4点、生活習慣の改善、社会環境の整備、生活習慣病の早期発見早期治療のための普及啓発、コロナ禍での健康づくりを挙げて、右側の指導事項として纏めております。下線部、赤字になっているところが、前回からの修正部分になります。

3カ所ほどありまして、タバコ対策で、心疾患登録から40代以下の発症者の約7割が喫煙を有している傾向が読み取れたということで、特に若い世代からのという文言を追加しまして、普及啓発を一層推進していくというふうに記載しております。

2点目はデータの活用について、一定程度データの活用が進んでいるということで、より一層進めるために活用を更に進めて、効果的な実施に努めていくことというふうに記載をしております。

3点目、コロナ禍での健康づくりですけれども、新しい生活様式という言葉も大分使われてきましたので、文言、表現を修正しまして、コロナ禍での影響による身体活動量の不足、食生活の偏り、不適切な受診控えをしないように知識の普及、環境整備に努めることとしております。駆け足ですが、指導事項案について説明は以上となります。

(小坂部会長)

ありがとうございます。各先生方からコメントいただければと思いますがどうですか。

(井上委員)

特にタバコ対策が重要だと、私のデータはタバコのデータはありませんが、心疾患登録ではそういった傾向が読めて、おそらくがんもタバコは、辞めようという方向でできると思うので、こんな可愛い書き方じゃなくて、東北大学はもう禁煙大学にしましたよね。全キャンパス、宮城県内は禁煙県と、またはタバコを宮城県税として課税するか、タバコは撲滅するといった、個人の嗜好とかそういうものを超えて、これは、脳卒中、心疾患、がんをやっている人間からすると、許すことができないという強いメッセージを訴えたらどうですかね。

(小坂部会長)

安藤先生お願いします。

(安藤先生)

ありがとうございます。おっしゃる通りだと、私もずっと思っております。NPO 禁煙みやぎとして、私も活動させていただいておりますが、こういう甘い書き方では、若い人や今吸っている方たちの心には届かないと思います。健診をしていると、今働き盛りの若い人達の喫煙がまだまだ減っていないというのが実感です。仙台市内の公園に関しては、公園でタバコを吸う方が多いため受動喫煙で子供達がそこで遊べず、歩く人達がとても嫌な思いをしていると社会問題になっています。なかなか良い対策がとれないところで本当に井上先生がおっしゃる通りで、具体的に進めていただければ良いなと思っております。

(小坂部会長)

先生方、強力な御意見ありがとうございました実際の対策としては進めるとしても、この文言、事務局と相談して、事務局で書ける範囲でなるべく強調はしたいと思いますので、できる範囲で強調するみたいなことが大事ですので、そこを含めて、ここはこの程度だけれども、実際はかなり強力に進めて行くことは、色んな場を通じてやっていけないといけないというのは明白なことで、害は明白ですので、やっていかなきゃいけないと思っております。

(安藤委員)

ありがとうございます。

(小坂部会長)

他いいですか。もし何かあれば、事務局と私のほうで相談させていただいて、可能な範囲で皆さん考えていることは、おそらく一緒だと思っていますので、そこはなんとかやっていきたいなと思っています。

(金村委員)

ポピュレーション・アプローチは色々難しいと思いますが、今は環境、ウォーカビリティとかあると思います。生活習慣の中で、自然と健康的な生活が送られるような、環境づくりみたいなものがあると思われま。一方でデジタルをうまく活用して、健康に役立てるみたいな話。宮城県のほうで作られているアプリの話があったかと思いますが、あれはもう止めたのでしょうか。今 DX とか話題に出ていたりしますが、予防に直接結びつくか分かりませんが、そういったものが大事な気がします。

(小坂部会長)

ありがとうございます。福島県がすごいお金を使って作成し、今色んなところで作っているようですが、実際あまりダウンロードされてない、使われてないのかなと、あとで県からすごい使われているのであれば良いのですが、そういった状況なのだと思います。

これはパリーグウォークとかですね、パリーグ応援している球団を登録して歩数増えると競うみたいなことをやっているところもあるのですが、こういうのがそれほど結びついてないという部分もあるので、見える化をしていくのは大事だと思いますし、それは自分のスマートウォッチ見れば分かる話ですよ。

見える化をしていくのは大事だと思うので、そういうのをどこかで入れたら良いと思いますし、ただ単に歩けば良いというモチベーションの高まり具合では、長続きしないだろうというのが最近多いのかなと言われているので、これもモチベーション 3.0 みたいな話になりますが、歩きたくなる街を作るって私よく言っていますが、環境整備っていうのは非常に大事で、見える化というのは入れておいていいのかなというのは思っているところです。

今回、環境整備ってかなり言ってもらいましたが、歩行っていうのが大腸がんの予防に一番エビデンスのあるもので、そういった中で、環境の中で住宅っていうのが一番大きくて、実は脳卒中っていうのは、宮城県では SMR 的には一番問題な訳ですよ。脳卒中の SMR が本当に突出している。他の県に比べて、がんと心筋梗塞はそれほどではない中で、脳卒中が大きな課題でやはり、ヒートストローク、沖縄とかだと全然増えていないです。冬にこれが起こるのは、メタボ対策するよりも、私は住宅改修やったほうが効くのではないかと思っているんで、そういった意味で環境というのを入れてもらいました。これも書けないところではあるのですが、データを見る限り、そういうのはでいて

ます。

それから今回書いてないですが、アルコールに関してはいずれ書かなきゃいけないのかなと思っているんですね。金村先生のところのがんであれば閾値がないということで、金村先生そういうことでいいですよ。

(金村委員)

閾値に関して、全死亡に関してデータが出ていて、部位毎にも色んなデータで確認されつつありますけど、適量だと昔の良薬、アルコールの良い部分というところが、少量でも害があるという認識に代わりつつあるのだなと思っています。

(小坂部会長)

そうですね、アルツハイマーにしても発がんにしても閾値がなく、ぜんぶゼロがベターということが色々分かってくる中で、宮城県の中で、タバコも吸うし、お酒も飲むし、平均寿命真ん中ぐらいっていうのが、あれなのですが、お酒も色々な酒造メーカーがあって、これもなかなか書けない部分があると思いますが、お酒を飲めない人が、赤くなるような人が飲むということが、強力な発がん性物質を摂っているんだという、飲める人は飲めばいいけど、そうじゃないんだというところの啓発も、タバコに加えてやっていくべきなんだと個人的に思います。この辺先生方、どうですか。脳卒中もアルコール影響するんですよ。

(井上委員)

そうですね、前はJカーブと言われて、適度な飲酒と言われていましたが、脳卒中はJカーブがないのではないかというデータが出ています。脳出血なんかは完全に0杯が適量となっています。

(小坂部会長)

今まではJカーブだったけど、お酒を飲んでない層というのは体調が悪い人が混じっていて、それでJカーブになっていたが、それを除外した研究で見るとJではなくてゼロが一番いいんじゃないかというのが出ています。

その中で、お酒は害があるということと、特に飲めない人、アルデヒド分解酵素の関係で、顔が赤くなるような人に関しては非常にダメなんだということは、でも、県からなかなか啓発ってできないですよ。

アルコールの啓発はどこかやっているのでしょうか。皆さん御存じですかね。結構難しいだろうなと思います。金村先生、お酒の件、がん絡みで何かございますか。

(金村委員)

疫学研究は、アルデヒドの酵素とか、ゲノムのほうとかに研究がシフトしている気がします。啓発は特定の産業になりますので、非常に難しい部分があるということと、長い歴史をもっている嗜好品でもありますので、難しいと思います。

(小坂部会長)

安藤先生、タバコのあと、アルコールみたいなところどんな風に考えていけばいいですかね。

(安藤委員)

タバコにおける禁煙指導も多くの課題があります。またアルコールとなると適量という言い方をしていましたので、今先生のお話を聞いてなるほどと思っているのですが、具体的にゼロを目指すとなると大変です。お酒を飲んで顔が真っ赤になるような人は上部内視鏡検査で食道等ちゃんと見ましようとか、タバコとアルコール両方一緒の方は、特に発がん率が高くなりますので、タバコは絶対やめようねとか、そういうお話はしています。金村先生から非常にすばらしいデータを御提示いただいたので、アルコールに関しても何かデータがあれば話しやすいかと思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。データが揃ったところで検討いただいて、私もお酒は弱いですが飲みますし、多くの方がお酒を飲みますので、そういったところでタバコと違いがあって禁止されても嫌になっちゃうので、その辺をどうするのか難しいですよね。今後生活習慣病の議論になるのかなと思いますので頭出しをしたというところです。事務局から他に何かありますか。

(事務局)

特にございません。

(小坂部会長)

皆様から何かなければ、これで予定した議事を終了します。色々活発な議論ありがとうございました。進行を事務局おかせしします。

(事務局)

小坂部会長、事務進行いただき、ありがとうございました。委員の皆様には御多忙の中、御審議いただきありがとうございました。本日審議いただきました、審議に関しましては3月開催予定の生活習慣病検診管理協議会において、小坂先生に御報告いただく

予定になっております。先ほど話題になりました、がんの部会など他の部会の内容も合わせまして、指導事項としてとりまとめ、市町村、健診団体のほうに通知させていただくこととなります。

本日の内容につきましては、会議録として後ほどとりまとめたものを委員の皆様にご送らせていただきますので、内容の確認について御協力をよろしくお願いいたします。それでは以上をもちまして、生活習慣病登録・評価部会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。