

令和2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3年2月12日（金）午後3時から午後4時30分まで  
場 所：県行政庁舎6階 震災復興・企画部会議室  
出席委員：5名（荒井啓晶委員，安藤由紀子委員，小坂健部会長，金村政輝委員，  
安田聡委員）

（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。

私は、本日進行を努めさせていただく健康推進課健康推進第二班長の吉岡と申します。

本協議会は、情報公開条例の規定により、公開とさせていただき、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御了承願います。

それでは、ただいまから、令和2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高橋より御挨拶申し上げます。

（高橋課長）

宮城県生活習慣病検診管理指導協議会生活習慣病登録・評価部会の開催に当たりまして、一言御挨拶申し上げます。

本日は御多忙のところ、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、委員の皆様には、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。

さて、御承知のとおり、本県はメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が11年連続全国ワースト3位以内、さらに心疾患及び脳血管疾患による死亡率は依然として全国値を上回るなどの健康課題が山積しており、平成28年2月に設立しました、スマートみやぎ健民会議を核とした産官学連携による健康づくり運動を推進しております。各団体の取組も年々活性化し、機運の高まりを実感しております。今後も関係機関と連携を図り、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、がんの各発症登録の状況や死亡などの状況から見た生活習慣病の動向を踏まえ、総合的かつ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。

本日は限られた時間ではございますが、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、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。

(司会)

続きまして、本日の出席者を御紹介いたします。

みやぎ県南中核病院統括副院長兼脳卒中センター長荒井啓晶委員でございます。

宮城県医師会常任理事安藤由紀子委員でございます。

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。

東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学教授小坂健部会長でございます。

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。

それでは、ここからの進行につきましては、小坂部会長にお願いします。

小坂部会長、よろしく願いいたします。

(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。本日の協議事項に関連する内容ですので、協議に先立ち報告いただきます。

初めに、令和元年人口動態統計の概況について、事務局から御説明願います。

(事務局)

資料1 説明

(小坂部会長)

ありがとうございました。

まず、8ページについて、金村委員にお聞きしますが、直腸がんの令和元年度宮城県男性の値が急に増加しておりますが、何か要因などはあるのでしょうか。

(金村委員)

県全体の単年で見るとやはり数の増減がありますので、数字に間違いがなければ、この程度の増減はあるのかと思います。

(小坂部会長)

10ページについて、安田委員にお聞きしますが、宮城県は全国に比べて、不整脈及び伝導障害の割合が多いようですが、循環器の医者がきちんと把握できているからなのか、それともほかに何か理由があるのでしょうか。

(安田委員)

やはり年齢調整されているとはいえ、心不全の増加、それからこういったリズムの問題ですね、ブロックなどに関しては、年齢に応じた要素が大きいのではないかと思います。宮城県だけでなく東北地方全般は高齢化率が高いという理由で説明がつくと考えます。

(小坂部会長)

ありがとうございました。そのほかに御意見，御質問等ございますか。

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，各登録事業の実施者でもある各委員から御説明をいただきたいと思います。

はじめに，心疾患登録について安田委員から御説明をお願いいたします。

(安田委員)

急性心筋梗塞調査報告書は宮城県心筋梗塞対策協議会という，宮城県内のネットワークの中で調査を行い，かれこれ40年近くのデータが蓄積されており，全国的にも非常にユニークなコホートと言いますか，調査研究となっております。

この研究の一番のエッセンスは，患者数と死亡数の全体が載っている19ページを御覧いただければと思います。心筋梗塞で宮城県内に入院された患者数，そして院内死亡率といったようなところが，このページに集約されております。

中段の表で平成6年以降を見てみますと，700人の全症例というものが，1,000人を超すようになり，最近では，平成29年，30年，令和元年と年間の入院患者数は1,200人前後となっております，全国と同様に漸増傾向で推移しております。

一方，致命率が院内死亡率ということではありますが，これは平成14年から17年前後で5%，6%というところまで一旦下がりましたが，その後なだらかに院内死亡率は10%弱というところですけども，やや微増というところであります。

これはやはり非常に年齢の高い患者さんが心筋梗塞になり運ばれてきて，なかなか治療に反応しないというケースが非常に増えてきていることを現していると思います。

ただ，総じて院内患者数は漸増傾向にあり，そして，院内死亡率は多くの先生方が非常に良く施設で治療していただいており，院内死亡率は10%を切る数字で推移しているという解釈，評価になると思います。簡単ですが，私からは以上でございます。

(小坂部会長)

ありがとうございました。委員の皆様から御意見，御質問等ございますか。

それでは安田先生にお聞きしますが，宮城県のインターベンションの割合や死亡率の割合は他の都道府県より良いという理解でよろしいでしょうか。

(安田委員)

ほかの都道府県との比較はなかなか数字として出ていないと思いますが，宮城県内の一般的な心疾患による死亡割合は全国レベルで言うと高い方であったと記憶しております。

(小坂部会長)

ありがとうございます。宮城県は救急の搬送時間が全国でワーストになっていることや，血液検査で心筋梗塞を発見する手法でかなり見つけることができるようになってきていると思いますが，そういったものは何か影響しておりますでしょうか。

(安田委員)

宮城県心筋梗塞対策協議会の中で、仙台市内とそれ以外の地域で医療の結果ですね、アウトカム指標に関して、何か違いがあるかどうかは調べられたことがあって、論文が発表されていると思います。やはり仙台市外の方が若干院内死亡率は高いかもしれませんが、数字上の事柄で極端なものではなかったかと思えます。ほぼ全国一律に搬送時間というのは、宮城県内においては大きく遅れをとっていないというのもデータではないかなと思っています。

(小坂部会長)

ありがとうございます。

最後にもう一点、新型コロナの影響で、心筋梗塞、心疾患はどのような見通しになりそうなのか、印象で構いませんのでコメントいただければと思います。

(安田委員)

部会長の御質問は私たちも今一番大事なことだと思っております、昨年度のデータを急いで集めているところでございます。

心筋梗塞の患者数が減るのかというと、おそらくそれは減っていないのかもしれませんが。

ただ、やはり病院診療控えということが、受診までの遅れにつながると思えます。

20ページの表は発症から入院まで要する時間となっておりますが、そこに今までと違う数字が並ぶやもしれないと、要するに発症したけど我慢して、なかなか病院まで来ない。

入院するまでに時間を要しているかもしれないことを見込んで、昨年度のデータに関しては急ぎ解析をしていきたいと考えております。

(小坂部会長)

ありがとうございました。

それでは次に、脳卒中登録について、荒井委員から御説明をお願いします。

(荒井委員)

資料3を御覧ください。2019年の宮城県脳卒中発症登録です。

4ページを御覧ください。登録数全体を記載しておりますが、2019年は5,593例でした。内訳は5ページ表3に記載のとおり、くも膜下出血423例、血管奇形94例、脳内出血1,027例、脳梗塞3,508例、一過性脳虚血発作161例、もやもや病57例、未破裂脳動脈瘤227例、血管狭窄17例、その他79例となっております。

7ページを御覧ください。表5は発症登録数推移を示しております。2019年のくも膜下出血は女性で318例から285例と減少しておりますが、2007年以降男性はほぼ横ばいとなっております。脳内出血は男女共に減少傾向でした。構成比は2007年と2019年を比べると、脳梗塞は女性で8.8%、男性で19.1%上昇しております。

11ページでは発症年齢を示しております。くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞共に発症年齢は上昇しております。いずれも男性と比較して女性で高齢化率が高い傾向にあります。男性では、くも膜下出血はほとんど変化しておりませんが、脳内出血と脳梗塞では約2歳の発

症年齢の上昇がありました。女性ではくも膜下出血で2.4歳，脳内出血では3.5歳，脳梗塞では3.6歳の発症年齢の上昇があり，男性に比べ上昇傾向にあります。

12ページを御覧ください。ここからはくも膜下出血です。表8はくも膜下出血の発症時重症度を示しております。JCSの3桁で32.9%ですが，高齢者では重症な例が増加して，70歳以上では38%以上となっております。

13ページ御覧ください。表10最下段に治療全体の割合を記載しております。開頭根治術が24.8%，血管内治療，多くは動脈瘤塞栓術ですが，32.2%で，宮城県も血管内手術が開頭手術を上回るようになってきております。年齢別及び表10の発症時重症度別でも，この傾向があり，全体的に塞栓術が第1選択になっていることが分かると思います。今年度の調査で表10のJCSの1桁の軽症例でその他に分類されたものが多く，詳細の検討が必要と思われま

す。表11と12は全体の重症成績をmodified Rankin Scaleで示しております。0-1はほぼ社会復帰可能なレベルで，合計が35.2%でした。2-3は軽症から中等度の介助を要するレベルで，合計15.8%でした。高い介護度を要する4-5が24.1%，死亡例である6が24.8%でした。高齢者は死亡例である6が42.1%で，中年層に比べて高いことが分かります。

14ページを御覧ください。入院時意識障害を見ると重い例で予後不良の傾向を認めます。

15ページを御覧ください。こちらは脳内出血です。表13は年齢と入院時意識障害の関係を示しております。49歳以下の群では，重症例である3桁を占める割合が22.5%と高齢者より高いことが分かります。表14では治療法を示しておりますが，血腫除去術やドレナージなどの外科的介入が行われたのは9.2%です。表15では下段で示すとおり退院時のADLはmodified Rankin Scaleで0-1が11.9%，2-3が21.8%，4-5が49%，6が17.3%と，発症時の意識障害と年齢に依存しております。

17ページからは脳梗塞です。表19合計で示すとおり，アテローム血栓性が1,386例，心原性塞栓性が1,095例，ラクナ梗塞が639例，TIA161例，脳動脈解離の脳梗塞が9例，その他が379例でした。

年齢分布を図9から12で示します。表21の平均発症年齢は心原性塞栓性が79.8歳，アテローム血栓性が74.8歳，ラクナ梗塞が72.9歳，TIAが73.6歳でした。脳動脈解離による脳梗塞は若年層に多く46.1歳でした。いずれの病型でも，女性が男性に比べて高く約6歳ほどの年齢差があります。

表22では脳梗塞の治療選択を記載しております。これはtPAの静注療法と血管内治療は合計で5.3%に施行され，多くは心原性で行われております。

20ページ表23を御覧ください。退院時のADLをmodified Rankin Scaleで見ると0-1の社会復帰可能が25.2%，2-3が30.8%，4-5が38.7%，6が5.3%でした。病形別では心原性の重症度が高く，表24から高齢になるにつれ，重症化を認められました。また各病形で共通することは，発症時の意識障害が強い例は予後不良でした。

表26は出血性疾患で発症前に抗凝固薬や抗血小板薬を服用していた場合，出血性疾患にとっては悪い方向に働くこととなりますが，その影響を見たものです。

抗凝固薬、抗血小板薬を服用していた例では死亡例がやや増加している傾向が統計的に見られました。

表27では虚血性疾患で発症前に抗凝固薬や抗血小板薬を服用していた場合軽症化に寄与するかをみたものです。これを検定では有意差を認めますが、良い方向には言っておりません。ここはもう少し検討を要すると思います。私からは以上になります。

(小坂部会長)

ありがとうございました。委員の皆様から御意見、御質問等ございますか。

心原性が高いというのは前回もご指摘いただいておりましたが、心臓の方を見ても不整脈系が多くて心原性ということは不整脈や心房細動による脳塞栓ということでしょうか。

(荒井委員)

一番はやはり心房細動だと思います。

(小坂部会長)

そうすると心臓からも、脳からも不整脈に対する介入が必要なのかなと、今回の数値を拝見して思いました。

(荒井委員)

一番はやはり予防だと思いますが、飲まれている方のコホートを調べてみないと何とも言えないところです。

(小坂部会長)

ありがとうございます。この辺について、安田委員あるいは安藤委員にお聞きしますが、臨床の場では年齢にもよると思いますが、かなり心房細動の方の抗凝固薬などは、あまり高齢になると躊躇するかもしれませんが、このデータを見るとやはり心房細動による脳塞栓が広範囲になるので死亡率も高いという状況にあるのかと見ておりました。

(安藤委員)

確かに臨床現場では非常に高齢化しておりますし、悩ましいところではあります。心房細動等の不整脈をお持ちで抗凝固療法中に消化管出血を起こされたり、脳出血を起こされたり、硬膜下血腫ができたり、様々な合併症を発症する方が少なくないのも事実ですが、一方で希望されなかったりして内服加療を受けていない方が広範な脳塞栓症が起きたりするなど、個々の方々を見ていると悩ましいところではあります。資料3の表24、25を非常に興味深く拝見しておりました。表25は脳梗塞の予後というところで、必ずしも数字が下がっていないのを拝見しまして、今後の臨床現場におけることについて御教示いただけると幸いです。

(荒井委員)

当然、発症予防はしていると思います。ただ、発症した時にそれを軽症化してくれるかというの、また別なのかなと考えておりますので、全て一緒くたにできないのかなという印象です。

(小坂部会長)

安田委員にお聞きしますが、こういった不整脈のアブレーションといった治療は高齢になるとお勧めしなくてよいのでしょうか。その辺のところはいかがでしょうか。

(安田委員)

アブレーションという心房細動に対する、現時点では相当根治的かもしれない治療法の適用のタイミングや上限はどのくらいかということですが、一般的に侵襲的な治療法は90歳以上の方にはなかなか難しいです。80歳から90歳の方は、アブレーションに関してはまだ明確な結論は出ていないところであると思います。従って、心房細動の患者さんにおいては、やはり見つかった時点で抗凝固薬をきちんと投与していくことが、治療上は一番勧められているところだと思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。先ほど安藤委員からお話があったとおり、消化管出血のことを考えると全体の死亡率を見てイギリスなんかだとリアルタイムワールドデータをすぐ採れるので、使っている人のトータル手法とかがすぐ出ると思うのですが、日本だとなかなか難しいと思うので、ぜひ宮城県でそういうのを登録していただけるといいなと思っていました。

それからもう一点、脳卒中、脳梗塞に関する治療なども年齢、その他が多いのは経過観察でもうあまり介入しない選択も多かったのかなと思いました。

(荒井委員)

急性期に血栓を溶かすような系統の治療が約45%なのですが、この数字はやっとここまで上がってきたというのが正直なところだと思います。アメリカが10%に届くか届かないかといったところでしたので、やはり早期発見とEMTがどれほど迅速に動けるか、ともかく一番は患者さんが気づくこと、ご家族が気づくことが大事なので、その啓蒙が大切だと思います。

(小坂部会長)

ゴールデンタイムという早ければ早いほうが良い。3、4時間以内といったところでしょうか。宮城県内で救急で運ばれる所は大体その体制は取れているのでしょうか。

(荒井委員)

県南中核病院は40分ぐらいでしょうか。血栓回収療法に関しては24時間フルに対応してはおりませんが、来るとすれば広南病院まで40分ぐらいで着く、気仙沼なんかは遠いで

すがへりも使っておりますので、時間帯が限られているとはいえ、なんとか全県はカバーできていると思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。委員の皆様ほかに何かありますでしょうか。  
続きまして、がん登録について金村委員から御説明をお願いします。

(金村委員)

資料4について御説明いたします。

1 ページ目を御覧ください。こちらは全国がん登録の届出の件数で過去3年分をお示ししております。がん登録の場合は実際に集計が公表されるまで2年弱かかるのが、現在の状況です。ここに載せているのは、平成30年、31年、令和2年となっており、届出が法律で義務づけられておりますので、その届出件数になります。

1 ページから3 ページまでが、この3年分の件数で、3 ページの計の年間の届出件数が示されております。平成30年は27,370件、令和元年が28,258件、令和2年が29,346件となっており、年間約1,000件ずつ増加しているのが現状です。

がん登録の場合は、1人の患者さんが複数の医療機関を受診することは当然ありますので、この届出件数がそのまま患者さんの数、がんの数ということではないことに御注意ください。

届出件数でいくと年間1,000件ずつ増えているという状況です。

この内訳についてですが、がん診療連携拠点病院が県内に7施設ございます。その7施設のうち、届出件数が最も多いのが東北大学病院で3,000件から4,000件の届出をもらっています。次に多いのが、石巻赤十字病院、大崎市民病院、仙台医療センター、宮城県立がんセンターで2,000件前後となっております。

これらに次ぐのが、東北労災病院で1,100件から1,200件、みやぎ県南中核病院で700件から1,000件となっており、以上が7拠点病院の実績で3ページにお示ししているとおおり、全体の約48%の届出件数となっております。

残りがほかの病院からとなっておりますが、これらの病院は様々な診療科がありますので、件数の大小はどうしてもございますが、件数が多いところでは、仙台オープン病院が1,000件を超える件数、仙台厚生病院が拠点病院に近いぐらいの件数になりますが、1,800件前後、仙台市立病院も1,000件を超える届出をいただいております。

また、東北医科薬科大学は、かつてはがん診療連携拠点病院でしたが、現在も1,200件から1,400件の届出をいただいております。医療機関からのデータ収集については以上になります。

次に登録件数について御説明いたします。4 ページを御覧ください。

宮城県のがん罹患ということで載せておりますが、これは1年分の集計結果を6ページのリーフレットとして毎年公表させていただいているものです。がん登録は先ほど申し上げましたとおおり、実際にがんと診断をされてから集計まで、およそ2年から3年かかってまとめられています。最新のものが平成29年に診断された分ということになります。

図1を御覧ください。左側に男性、右側に女性ということで、がんの罹患数と年齢調整罹



患率を棒グラフと折れ線で示しております。図のとおり、男性では約10,000件、右肩上がりで件数が増加している状況です。年齢調整罹患率で見ましても増加しており、過去10年分載せています。

右側は女性になりますが、女性の方は年間約8,000件から9,000件といった件数となっており、罹患率も右肩上がりになっております。

24年、25年は罹患数、罹患率男女とも凸になったような、上がったような感じがありますが、これは実はシステムによって、ここでちょうど切り換えが起きたところで、数が前の方に上手く寄せられない関係があつて凸になっている状況がございます。震災と関連したわけではありません。システム上の問題です。

6ページ目を御覧ください。がんの罹患で見た内訳です。先ほど事務局から人口動態の説明で死亡で見た内訳の御説明がありましたが、罹患で見ますと男性は図2、上皮内がんを含む場合と含まない場合がありますが、大腸、胃、肺、前立腺、この4つが上位4つとなっており、60%を超えています。ここ数年は、この4つの疾患で60%を超えるのは全体的な傾向で変わりありません。

女性は右側になりますが、上皮内がんを含む場合も含まない場合も、上位3つ同じで乳房、大腸、胃となっております。さらに子宮と肺を加えると、この5部位で60%を超える状況となっております。こちらについても、ここ数年は変わりがない状況です。

図3は死亡の状況になっておりますが、先ほど人口動態について事務局から御説明いただきましたので省略いたします。

表2を御覧ください。年代ごとに上位3つのがんを載せております。上の表は男性になりますが、男性はやはり大腸が多いので、30代から60代までは1位が大腸になっています。

30代から60代では胃が2位、高齢になると胃が1位となっている状況です。多い順番でいきますと大腸、胃、肺となっておりますが、50代から3位に肺が入ってきている状況で、60代で3位、80代以上で2位となっています。

高齢者で多いのが前立腺ですけれども、70代で第3位に入ってくるような状況です。

若い年代を見ていただきますと、若い年代は年によって順位の変動があり、今回の集計では0歳から14歳ですと白血病、脳、悪性リンパ腫が上位3つでした。15歳から29歳では口腔・咽頭、大腸、脳となっております、3つとも同列1位となっております。

次に女性の方を御説明いたします。女性の方は、1番多いのは乳房となっております、15歳から39歳では、子宮の方が多いという状況です。乳房の方は、40代から60代で1位となっております。70代からは大腸が多い状況です。大腸は50代、60代では2位になっており、胃は70代で3位、80代で2位となっております。

若い年代では、0歳から14歳は男性と同じ並びとなっております、15歳から29歳女性では卵巣が入ってきています。ここは年によって変動が非常に大きなところですが、30代以上に関しては大体似たような傾向がございます。

次に1枚戻りまして5ページを御覧ください。こちらの表1では、がん登録をした際に何で発見されたかという、その原因となったもの、その理由を登録しています。

がん検診だけを抜き出すのはなかなか難しく、患者さんから聞き取る際に、健康診断や人間ドックと上手く分けられないため、がん検診、健康診断、人間ドック、この3つを合わせて

登録をしていますが、これを検診というくくりで言いますと、表1に示すように登録されている疾患のうち、検診で発見されている割合が大体20%から40%の間にあります。これは年によってやはり変動がありますが、大体は20%から40%。こういった数値の中に収まっています。

乳房と子宮頸部、これはいずれも女性になりますが、他のがんと比べて、この割合が高いという傾向があります。

今回は乳房が30.7%、子宮頸部は44.6%ということですが、他の検診を行っている、胃、大腸、肺に比べると、高くなっており、これは受診率などが影響していると思います。この2つの部位が高いことについては、年によって変動が見受けられますが、結果としては大きくは変わりありません。

7ページを御覧ください。こちらは市町村別の罹患数をお示ししております。

全部位に加えて、検診を行っている胃、大腸、肺、乳房、子宮、そして疾病対策を行っている肝となっており、この6つの部位について市町村別、男女別での数を載せております。

以前までは、全県での年齢階級別での数を載せておりましたが、今回の第3期のがん対策推進計画で市町村別のがんの数を提供していくことになりましたので、今回このような形で市町村別での数をご提供させていただいております。

8ページを御覧ください。上皮内がんを含む数ということで載せております。

9ページを御覧ください。こちらは4ページのグラフの方で10年分を載せておりますが、こちらは集計表ということで、5年分、罹患数と罹患率を載せております。

具体的な数値はこちらから確認できるようになっております。上段が男性、下段が女性と分けて作成しております。

10ページを御覧ください。これは宮城県の保健所がん対策推進事業で、去年から県が新たに事業化したものとなっており、市町村のがん対策を保健所単位で支援しようということで始まったものです。

先ほど市町村別の数を提供していくという話がありましたが、この事業に合わせて、私どもの方で各市町村のがん罹患数と死亡数の推移をグラフにして提供を開始しているものになります。

本日は宮城県の例だけお載せしていますが、これは検診を行っている6部位について提供させていただいております。

右側は10歳区切りの年代別となっており、40歳未満は1つのカテゴリーとしておりますが、40代、50代、60代、70代、80代以上ということで、各年代で数がこの10年間でどのように変わってきたのかをグラフで1つに載せたものになります。

今回こういったデータを各市町村に御提供させていただいた上で、どんな動向にあるのかをお示ししている状況です。

全体的なところだけ御説明いたしますと、全部位の男性では右肩上がりの傾向にあると御説明いたしましたが、年代別で見ると若干違いがあり、60代、70代、80代では右肩上がりとなっておりますが、50代ではどちらかと言うと横ばいであり、このグラフから、年代、あるいは部位によって違いがあることが見えており、こういったところが、今後のがん対策を進める上で、あるいは評価をする上で大事なところになってくると思います。

内容の説明については省略いたしますが、10ページから12ページが男性、13ページから16ページからは女性となっております。女性で一番多いのは乳房ですが、15ページの真ん中の方に乳房ということで、罹患数を載せておりますが、60代、70代、80代も右肩上がりとなっております、40代で50代でも、わずかずつではありますやはり増加しております。

40歳未満でも、年間100といった数の発症がありますので、そういった意味ではまだまだ対策をして行かなければいけないがんということが改めてわかつてお思います。

17ページ、18ページを御覧ください。こちらはがん登録推進法で、私どもの登録しているデータは県の事業として行っておりますが、そのがん登録のデータが法律で市町村も利用することができます。

市町村にもぜひ利用していただきたいということで、先ほどのようなデータをお示しておりますが、なかなか市町村に直接使っていただく状況にないということで、今回、市町村ががん登録情報を使ってがん対策に役立ててもらえるようにということで、活用の支援事業を県立がんセンターで立ち上げることにしております。

来年度、今年4月から開始しますが、がん登録を市町村に活用いただき、がん対策を進めていただきたいと思っております。

例えば、市町村で発生しているがんの状況を詳しく確認いただいて、PDCAサイクルに使っていただく、あるいは受診勧奨のチラシなどに載せていただく、あるいはがん検診の受診者名簿と突合した上で、精度管理に繋げていただくことで、高い精度のがん検診をしていることをPRしていただいて受診率向上に繋げていただきたいと思っております。現在、準備を進めているところですので、御案内をさせていただきました。私からは以上になります。

(小坂部会長)

ありがとうございました。委員の皆様から御意見、御質問等ございますか。

前立腺がん検診は宮城県内の市町村はどのような状況でしょうか。

(金村委員)

今、具体的な数はお示しできませんが、前立腺がん検診を行っている市町村は数多くあります。市町村への研修会ということで、このがん登録のデータをお示しておりますが、前立腺がん検診の扱い、これは国が言うところの科学的ながん検診という対策型検診に入っておりませんので、その扱いを苦慮しているという話を聞いております。科学的な根拠のある検診として国が進めていないものですから、そういったところはきっちり整理をされた方がいいですよという話を申し上げたところです。

(小坂部会長)

特に医師会の先生にお願いしたいのですが、医師会の方でこれをやってくださいと市町村に強く言っているという話を聞いております。

アメリカなんか一時期はもうノットレコメンドではなくてレコメンドノットでするなどというようなレコメンドで、またちょっとレコメンデーションが変わっているのですが、その辺

やはり必ずしも前立腺がん検診が死亡率減少に繋がらない、ベットのベネフィットで見ると良くないのではないかとということもあり、国も推奨していないというところがありますので、ぜひ医師会の方からもその辺を周知していただけると良いのかなと思っております。

もう一つは市町村ごとにそういうデータを出したということは非常に素晴らしいと思います。以前解析していた時に某地区で結腸がんで非常に SMR が高く、なぜだろうという話があったのですが、今回市町村別の解析をしていく中で、何か特別な上がり下がりなど、地域の特性があって、がん対策を全県同じ方向ではなく、市町村別に異なる対策が必要なのかといったことで何かお気づきになった点はありますでしょうか。

(金村委員)

具体にはデータを提供したところまでで、分析し、お互いにその対策をどう考えていくのかということまではちょっと入り込めていないのが現状です。確かに御指摘のとおり、細かく見ていくと市町村別の違いがあると思います。

あとは実際にやってみて分かったことが、教科書的にはよく言われている話ですが、年齢調整罹患率は非常に発生が少ない場合や人口規模が少ないと変動が大きいので動向を掴むのが難しい事情があり、そこは標準化罹患比や標準化死亡比などで見るのがよいと言われていますが、私は経年変化をきちんと見た上で比較もしていくのが重要だと思いますので、今後こういったデータを市町村と見ながら実際に見る目を鍛えていく、その中で実際に行っている事業、例えば市町村だと検診ですけれども、検診をした効果が早期発見に繋がっているのか、そういったことに使っていくのが重要であると思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。福島とか秋田とかに色々講演に行く時は、がんによる標準化死亡比がワースト 1 位 2 位 3 位といった状況の中で、宮城は必ずしも高くない。高いのは脳卒中ぐらいだと思いますが、そういった中で宮城において一番必要な対策は禁煙、検診率向上、子宮頸がん検診など色々考えられますが、金村委員としては何が一番必要であるとお考えでしょうか。

(金村委員)

がんによってリスクになるものは違いはありますが、一般的ながんということ言えば、メタボなどの生活習慣に関係している部分は非常に大きく、統計的なデータでは国立がん研究センターの研究によると、3割、4割程がそういったものが原因となっている話もありますので、そういう意味では、ベースとしてはメタボ対策と基本的な対策は一緒だと思います。

一方で、子宮頸がんなどはワクチンがあり、また、がんによっては早期発見可能ということでがん検診がありますので、検診の受診率を高めていく。がん種によってその細やかに対応できる部分と、がん種を問わずにトータルで対策していく部分の並行みたいな形になると思います。その部分に市町村としての取組に若干の違いや強弱が出てくるのかもしれないと思います。

(小坂部会長)

子宮頸がんも何らかのワクチンができて、市町村によっては医師会からもかなり強力で勧められているところがあると聞いています。もちろん副反応の問題は科学的に我々の中ではもうクリアされていると思っているのですが、この辺について宮城県内で一生懸命取り組んでいる市町村とかありますでしょうか。

(安藤委員)

宮城県医師会の中では産婦人科の佐々木悦子先生が担当しておりますので詳しくはわかりませんが、基本的には国がまだ積極的な勧奨を差し控えておりますが、産婦人科学会では、必要だということで要望していると思います。

(小坂部会長)

ありがとうございます。国によっては男性もというように、男性への接種も含めて検討されているようなところも多いので、宮城がいろんな意味でがんに関して先駆的に対策してこられたので、機会があれば市町村の首長にけしかけようかなと思っていました。医師会からの働きかけもよろしくお願ひいたします。

(安藤委員)

承知しました。

(小坂部会長)

委員の皆様ほかに何かありますでしょうか。

次に、(2)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について協議します。事務局から御説明願ひます。

(事務局)

資料5説明

(小坂部会長)

ただいま、事務局から指導事項案が示されましたが、皆様いかがでしょうか。

御意見をいただきたいと思ひます。課題や対策の方法の挙げ方が適切か、不足はないか確認をお願ひします。

(安藤委員)

コロナ感染が拡大している中で、3密を避けるという意味でも、喫煙所の閉鎖が進められていると思ひますが、一方で職場では禁煙できていても、リモートワークでまた喫煙をしてしまう方など、なかなか喫煙率が低下していない現状があると思ひます。

そういう中で、タバコ対策を始めとする、宮城の3つの取組である、減塩、メタボ、タバコというのはすごく大事だと思ひます。

脳卒中予防や心疾患予防，それからがん対策すべてにおいても，やはり禁煙は生活習慣の中でも，一番改善に結びつきやすい部分であると思いますので，ぜひ力を入れて取り組む必要があります。

勾当台公園の喫煙問題について，受動喫煙を回避するにはどう対策していくのかという話し合いの中で，仙台市が JT の喫煙所を公園内に作るというような報道がありまして皆さん驚かれていますところだと思いますが，やはり喫煙所を JT に寄付してもらって作るというのは FCTC，国際条約違反にもなるかと思いますが，それから 3 密を回避するというコロナの感染拡大の観点からも，大変問題です。またタバコを吸う人の健康を守れないばかりではなく，逆にもっと吸ってくださいというようなメッセージになってしまいますので，これに関しては宮城県，あるいは私たち皆で力を合わせて対策を進めなければいけないと思っております。

(小坂部会長)

ありがとうございます。今問題は極めて多くの先生や関係者が頭を痛めている話でございます。仙台市の問題といっても，以前，宮城県も広告に JT の関係者と一緒に知事が広告に出ていたりするなど，これはなかなか根深い問題であると思います。市の方でも駅の喫煙所は位置をずらすなどの対策を講じておりますが，JT の圧力に負けてというのが色々ところで進んでいる，例えば電子タバコが禁煙の店舗でも吸えるなど，どんどん拡大していて，そういうようなことが水面下で進んでいるので，ここは医師会の先生を始め，医療関係者が力を合わせて言っていかなければいけないのかなと，皆さん同じ想いであると思いますので，ここでもう一度強調しておくのは非常に良いことだと思います。

(荒井委員)

喫煙対策は重要な課題であると思います。

オリンピックが延期になったことも対策が進まない 1 つの理由になっていると思います。

今はコロナの影響で外食産業の方が非常に困っていると思いますが，逆にタバコを吸える環境でお客を引き寄せるようなことが無いように県から指導がなされことが期待されると思います。

(安田委員)

循環器疾患，動脈硬化ということから考えますと，メタボリックシンドロームに対する予防，生活習慣病の改善というのはとても重要で，本日添付の資料としてあります，データからみたみやぎの健康概要版を見ますと，仙台市以外の地域において，メタボリックシンドロームの傾向が必ずしも良い方向に向かってはいないというようなデータも出ておりますので，ぜひこれは重要な取組として，先ほどの喫煙も重要な課題ではありますが，こちらのメタボ対策もこのように取り上げていただけるのは大変有意義なことであると思います。

(金村委員)

私の方からは 2 点確認させていただきたいと思います。

まず 1 点目は，今までは検診の受診率向上について記述がありましたが，今回コロナの関

係もあって、がん検診の受診率が低下することで、がんの発見が遅れるということがいろいろなところで言われるようになってきておりますので、そこを盛り込んではいかがでしょうか。

そのデータの方が今盛り込まれてないので。これは他の部会での取扱いかもしれませんがその辺いかがでしょうか。この受診率の向上については、やはり課題として挙げられると思います。

2点目は、がん登録データの活用が進んでいないということで、私の方から御説明させていただいた内容と同じ課題認識であると思います。市町村にがん登録を活用してもらうという部分が、どうも市町村ではイメージがまだついてないのかなという部分がありまして、これをもう少し具体的にできるのかが気になっておりました。

例えば、先ほど申し上げました通り、がん登録データをPDCAサイクルに使う、受診率の向上に役立てる、あるいは検診の質の向上や精度管理に使うとか、こういったところがあるかと思っておりますので、具体的に書き込めるのであれば、市町村にそのようにお示しになられてはいかがでしょうかと思いました。

(小坂部会長)

ありがとうございます。1点目の受診率向上については、事務局としてどうでしょうか。1次予防とするのか、それとそれも入れ込むのか。

(事務局)

がんの各部会の方で、コロナ禍の受診率向上を目指してというところは、市町村への指導事項に入っておりますので、本部会では強調しなかったということでございます。受診率向上と合わせて、我が町のがん検診受診率向上のためには、我が町のがんの状況を知ること、がん登録のデータの活用も上手く落とし込めると良いかなと思っておりますが、多くの市町村でまだがん検診の精度管理とはどういうことだろうとか、基本的なところからの研修が必要な状況であると思っております、PDCAサイクルの活用にも上手くがん登録データを用いるというところを目指して、基本的なところから取り組んでいければと思っております。

(小坂部会長)

金村委員いかがでしょうか。宮城県はがん検診の精度管理が全国1位と思っておりましたが、大分状況は変わってきているのでしょうか。

(金村委員)

がん登録を使った精度管理に関しては、全国がん登録が始まってから、どういう形でやるかということが、今課題になっていると認識しています。

モデル事業で実施しているのは青森県と和歌山県で、これは県全体としてモデル事業をやってみたというところですが、それに続く形ということで今模索が始まっていると思っております。宮城県においては、がん登録推進法でがん検診の質の向上は市町村がする、そのた

めにがん登録を使いなさいと法律に書いておりますので、やはり法の趣旨に則り、市町村に利用を進めていくのがいいと考えておりました。

(小坂部会長)

事務局案の文言に追加するものはありますでしょうか。

(金村委員)

文言の中にある KDB データを効果的に活用するというのも市町村にかかっているところもあり、その書きぶりは難しいところもあるかなと思います。いずれにしても、何も数値が分からない中で対策を打つのと、分かっている対策を打つのは違いがあると思いますので、そういう意味ではがん登録を使っただくのは非常に重要なことであると思っております。書きぶりに関しては受け手の問題もあると思いますが、こちらからすると、がん登録を使っきちんとがん対策を進めていただきたいので、そこが具体的に利用に繋がればありがたいと思っております。

(小坂部会長)

そうしますと書きぶりよりも中身で勝負という形で、来年度進めていただく形でどうでしょうか。

私の方から1点あるのですが、都立大の星先生が住宅の問題について言われております。

心筋梗塞にしても、脳卒中にしても、宮城の家は非常に寒いのでヒートショックを起こしやすい。月別の平均死亡数を調べていただきましたが、全国も同じような傾向で、冬の間、脳卒中、心筋梗塞が多く、あまり全国の指標と変わっていない印象でした。星先生が健康事業でやるよりも住宅問題を解決した方が心筋梗塞、脳卒中が減るのではないかとおっしゃっていましたが、今回はそれを取り上げるような、宮城独自の指標という形にならなかったもので、今回の会議では取り上げませんが、月別のデータというのは県もなかなか発表していないので、そういうのを見ながら今の時期が脳卒中、心筋梗塞が多いので、そういった冬場の状況について県民にお知らせし、対策していくことが必要であると思いました。文言の書きぶりについて、私はこれでよろしいかと思っております。

委員の皆様ほかに何かありますでしょうか。

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)その他ですが、事務局から何かありますか。

(事務局)

特にございません。

(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，ありがとうございました。

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，貴重な御意見をありがとうございました。

なお，本日の内容は会議録として委員の皆様を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2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。