

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7年2月10日 午後7時30分から午後8時30分まで

場所 宮城県行政庁舎 第一会議室

参加者 安藤委員、伊藤委員、井上委員、金村委員、高橋委員

欠席者 なし

事務局（進行）

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。ただ今から、令和6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・評価部会を開始開いたします。

はじめに、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。会議資料は次第、出席者名簿、資料1から資料6、参考資料となっております。皆様、よろしいでしょうか。

次に会議の成立についてご報告申し上げます。本日の会議は、5名の委員全員にご出席をいただいておりますので、生活習慣病検診管理指導協議会条例第4条第2項の規定により、会議は有効に成立しておりますことをご報告申し上げます。

また、本部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、議事録と資料につきましても、後日公開させていただきますので、あらかじめご了承願います。

開会にあたりまして、保健福祉部健康推進課課長の今野よりご挨拶を申し上げます。

健康推進課 今野課長

宮城県健康推進課の今野でございます。宮城県生活習慣病検診管理指導協議会 生活習慣病登録・評価部会の開催にあたりまして、挨拶を申し上げます。本日はお忙しいところご出席いただきましてありがとうございます。また、日頃から、本県の保健医療行政の推進にご支援、ご協力をいただきまして、重ねてお礼を申し上げます。

本県は、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合が15年連続で全国でも低位となっておりますほか、循環器疾患やがんによる年齢調整死亡率が全国値を上回っているなど、依然として健康課題が多くございます。この部会は、心疾患、脳血管疾患、がんの患者数、発症、罹患数などの登録の状況や、死亡などの情報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について、市町村等で指導する事項をご指示いただく重要な役割を担っていただいております。委員の皆様には、専門的なお立場から忌憚のないご意見、ご審議を賜りますようお願い申し上げます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

事務局（進行）

ここで本日ご出席いただきました委員の皆様を名簿順に紹介させていただきます。

ウェブ参加となっております、公益社団法人宮城県医師会常務理事 安藤 由紀子委員で
ございます。

安藤委員

どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（進行）

東北医科薬科大学医学部医療管理学教室教授 伊藤 弘人委員でございます。

伊藤委員

伊藤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（進行）

ウェブ参加となっております、みやぎ県南中核病院脳神経外科 主任部長、脳卒中センター長 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（進行）

同じく、ウェブ参加となっております、宮城県立がんセンター研究所がん予防研究部長
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（進行）

東北大学大学院医学系研究科循環器内科学分野 准教授 高橋 潤委員でございます。

高橋委員

高橋でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（進行）

本日出席しております県職員の紹介につきましては、お配りしております出席者名簿の

記載で代えさせていただきます。

事務局（進行）

次に、次第3 部会長の選出に入らせていただきます。ここからは、健康推進課長の今野を仮議長として説明させていただきます。

仮議長（今野健康推進課長）

暫時仮議長を務めさせていただきます。今回、皆様に委員にご就任いただいてから、初めての開催となりますので、当協議会条例の第3条と第4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となってございます。ご推薦又は決定方法についてのご意見がありましたらお願いいたします。

高橋委員

事務局の方で、何かございますでしょうか。

仮議長（今野健康推進課長）

今の高橋委員から事務局の方で案がないかというようにお話を頂戴いたしました。事務局といたしましては、もし、ご同意いただきましたら、前期から引き続き委員をなされております、公益社団法人宮城県医師会常任理事の安藤委員にお願いしたらどうかと思いますが、いかがでしょうか。

（異議なし）

仮議長（今野健康推進課長）

皆さんからご賛同いただきましたので、部会長は安藤委員にご就任いただくことといたします。進行にご協力いただきましてありがとうございます。進行を司会に戻します。

事務局（進行）

それでは、新たに部会長に就任されました安藤委員からご挨拶いただきたいと思います。

安藤委員

宮城県医師会の安藤でございます。角田でございます、金上病院で内科をやっております。日頃から先生方には大変お世話になっております。今日はどうぞよろしくお願いいたします。

事務局（進行）

ありがとうございました。それでは条例第4条第1項の規定によりまして、ここからの進行につきましては、部会長にお願いいたします。

安藤委員

それでは早速議事に入ります。

次第4の1、報告イにつきまして事務局から説明をお願いいたします。

事務局

健康推進課の青木と申します。着座にて説明させていただきます。

宮城県生活習慣病健診管理指導協議会及び各部会につきまして、初めて参加いただく委員もいらっしゃると思いますので、改めてご説明したいと思います。お手元に資料1をご準備いただければと思います。

生活習慣病検診管理指導協議会は、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いる検診の実施方法や、制度の管理のあり方などについて市町村、医療保険者及び検診機関に対し指導すべき事項を専門的な見地から委員の皆様にご意見をいただくため設置されているものでございます。

協議会は、厚生労働省から発出されております「健康診査管理指導と事業実施のための指針」や、資料1の裏面に掲載しております「宮城県生活習慣病検診管理指導協議会条例」に基づきまして、7つの部会を設置しております。その一つであります、生活習慣病登録評価部会では、脳卒中、心疾患、がんの登録データなどから発症、死亡等の動向について確認し、健康診査等生活習慣病予防対策について審議いただく部会となっております。

簡単でございますが、説明は以上です。

安藤委員

ありがとうございました。ただいまの説明について、ご意見、ご質問ございませんでしょうか。

次に、「ロ 令和5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いたします。

事務局

令和5年人口動態統計の概況についてご説明いたします。資料2をご準備いただければと思います。

こちらは、厚生労働省が9月に公表いたしました人口動態統計から宮城県版として作成したものでございます。時間の都合上、年齢調整死亡率を中心にご説明させていただきます。

す。

1 ページ目、令和5年の死因別死亡割合でございます。死因順では、老衰を除きますと、昨年同様、がん、心疾患、脳血管疾患の順となっており、いずれも全国値を上回る割合となっております。

次に3ページをお開きいただければと思います。年齢調整死亡率の推移を見ますと、上から、がんは横ばい、心疾患は男性がやや上昇、一番下の脳血管疾患は減少傾向で推移しております。

続いて、疾患別の年齢調整死亡率につきまして、全国との比較を中心にご説明いたします。4ページ、5ページをお開きください。心疾患、脳血管疾患ともに、グラフの一番上ですが、年齢調整死亡率は男女とも全国値を上回っております。

次に、6ページをお開きください。部位別のがん死亡割合についてですが、男性は肺がん、胃がん、直腸・結腸がんの大腸がんの順で高く、女性は大腸がん、肺がん、膵臓がんの順で高くなっております。

7ページをご覧ください。胃がんの死亡率ですが、男性の方は全国より高く、女性は全国並みの割合となっております。

8ページをご覧ください。肺がんですが、男性は全国よりも高く、女性は全国並みで推移しております。

9ページをご覧ください。結腸がんですが、男女とも全国と同じ割合になっております。

10ページをご覧ください。直腸がんですが、男女とも全国よりやや高い値になっております。

11ページをご覧ください。上の表が子宮がんでございまして、全国よりやや高く、下の表の乳がんは全国より低い割合で推移しております。

駆け足となり恐縮でございますが、人口動態統計の概況につきましては、以上でございます。

安藤委員

ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、ご意見、ご質問ございませんでしょうか。

それでは続きまして、「ハ 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ご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高橋委員からご説明をお願いいたします。

高橋委員

高橋でございます。着座にて失礼いたします。資料3をご覧ください。資料3は、宮城県心筋梗塞対策協議会が毎年まとめております、急性心筋梗塞調査報告書になってございま

す。こちら、令和5年分となっております。

まずはじめに、宮城県心筋梗塞対策協議会に関しまして、簡単にご説明します。昭和54年に立ち上げられまして、宮城県のICU、CCU、心臓カテーテル室を持つ病院が全て参加し、宮城県内で発生しました心筋梗塞をほぼ全例前向き登録して、昭和54年からですから、もう45年以上となりますけども、連続して連綿と登録している事業となります。こちらの方は非常に日本でもユニークな、長期間行われているレジストリーということで、学術的にもかなりインパクトのあるものになっております。

令和5年に関しまして、このように多くの先生方にご協力いただきましてまとめました。特に、5ページをご覧ください。心筋梗塞で入院された患者さんが、県内で1,304名おりました。例年、最近これぐらいの数でして、だいたい横ばいになるかと思います。また、死亡数に関しましては150名ということで、その中でも心臓死が129名、残りの21名が非心臓死と。例えば感染症ですとか、脳梗塞ですとか出血とか、そういった他のことで亡くなられているということになります。死亡に関しまして、10%前後ということで、ここ最近同じぐらいの割合となっております。

また、9ページをご覧くださいなのですが、各年代ごとの患者さんの数が、示されてございます。また、男性と女性が表示されてございますが、男性と女性で割合としては3対1から4対1ということで、こちらも大きく変わりません。やはり心筋梗塞は男性の方が多い疾患というふうな特徴でございます。

また、特徴的なのは年代なのですが、50代以下の心筋梗塞の発症がだいたい15%となっております。経年的に見ますと、やはり宮城県では若年の59歳以下の方々の心筋梗塞の発症が、年代ごと割合としては少ないのですが、ただ経年的には若干増えてきているという傾向がございますので、やはり宮城県のメタボリックシンドロームが多いということに関しては、若年の頃からの啓蒙ですとか、そういったものが必要なのではないかなということを我々感じているところでございます。

また、死亡率に関しましては、先ほどお話ししたように、だいたい8%から10%ぐらいで変わりませんけれども、死亡を抑制するために行われるのは、20ページの再灌流療法というものを我々循環器内科、特に私はインターベションを専門に行っておりますので、一生懸命やっているわけですが、だいたいこの方々を見てみますと、心筋梗塞で入られて、カテーテルを行って、再灌流療法を行われたのはだいたい90%程度ということで、非常に高い再灌流の施行率ということになってございます。これは年代ごとに言いますと、最近は90代の元気な方にはやるという施設が増えてきておりまして、救命につながっているのではないかと考えております。

簡単ではございますが、急性心筋梗塞調査の報告について、ご説明申し上げました。ありがとうございました。

安藤委員

ありがとうございます。今の説明につきまして、皆様からご意見、ご質問ございませんでしょうか。

先生、40年以上という素晴らしい歴史のある、しかも前向き登録のデータをありがとうございます。

高橋委員

ありがとうございます。

これは本当に宮城県内の循環器の先生方が、毎年時期が来るとまとめていただいて、また宮城県の方からも補助をいただいております、このWeb登録のシステムですとか、そういったものに有効に使わせていただきまして、その都度、やりやすいように少しずつ改善させていただいているということで、県の方からの補助や医師会の補助とですね、非常に有効に使わせていただいております。これも合わせてご報告させていただきます。

安藤委員

ありがとうございます。皆様からご意見、ご質問ございませんでしょうか。

続きまして、脳卒中登録につきまして、井上委員から御説明をよろしく願いいたします。

井上委員

脳卒中の方、私から説明いたします。資料は4になります。

私どもは、残念ながらまだ前向き登録できておらず、県や医師会からの補助が羨ましくて、我々も県から補助をいただいているのですが、Web登録のシステムなどもまだ全く整っておらず、後ろ向きの登録となっております。

ただ、私どももずっとやっております、だいたい脳卒中で入院するであろう病院、21施設あるのですけれども、今回の統計では一部抜けているのですけれども、ほぼほぼ全例が登録されております。

3ページですね。今年は5,872件。脳卒中は、先ほどの県からの資料で少し死亡率が下がってきているのですが、実はこの発症数そのものは年々微増しております。まだまだ脳卒中の発症自体を抑制できているものではありません。

その次の4ページ、5ページには市町村ごとに書いてありますが、こちらは特に大きな変更傾向はありません。

図1は、6ページにありますが、これは施設ごとの大きな脳卒中の中でも、脳梗塞、脳出血、それから細膜下出血が図1、図2、図3と、施設ごとの人数となっております。これはどちらがいいか、私も今後考えていかななくてはいけないのですが、脳梗塞は比較的ばらけています。脳出血もばらけています。くも膜下出血は、ほぼ4つの施設に集約されて

いて、疾患の集約が図られていると。ただ、均てん化という意味では、まだまだで、図4ですけれども、これは4つの医療圏ごとに患者さんの住所とその患者さんがどこの医療圏に入院されたかを図に表しています。

大崎・栗原医療圏、石巻・登米・気仙沼医療圏は、まずまずその患者さんはそちらで入院されているのですが、私の属する仙南医療圏がお恥ずかしいことに、この2024年のデータですけれども、138人が仙台医療圏の方に搬送されています。集約化という意味ではいいのですけれども、脳梗塞は時間との勝負という部分もあって、再灌流療法は保険適用になっていますので、できればそれぞれの医療圏ごとに治療を完結したいと思っているところであります。

続いて図5、図6は、2023年とデータがきちんと取れるようになった2007年との比較ですけれども、決してやはり数が減っているわけではなくて、2007年に比べて2023年の総数は、特に脳梗塞で増えております。一つは高齢化だと思います。かなりそれぞれの疾患ごとに高齢化が進んでおります。図8に脳梗塞の年齢分布がありますが、中央値が79歳、ほぼほぼ80歳が中央値というような疾患だと言えると思います。

脳内出血の治療に関して、図14、17ページに記載しております。ほぼほぼ最近では脳出血の手術になることなく、保存的治療になる患者さんが9割を占めていて、さらに実はこの保存的治療を行った患者さんの方が最終的な転帰は良いと。もちろん、重症な方が手術になるので、重症な方こそ転帰が悪いわけですけれども。ただ、手術をして、救命はできても、最終的には寝たきりになる患者さんが多いというデータになっております。

続いて、20ページにあるtPA、経静脈的な再灌流療法と、EVT、カテーテルを使った血栓回収療法、これが年次推移としましては徐々に徐々に増えてはいるのですけれども、全体の数から見るとここ数年横ばいになっていて、やはり患者の数に対して血管内治療ができる医師の配置に偏りがあるのではないかと。仙台医療圏にかなりのニーズが偏っているのが一つの問題点かと考えています。

21ページの図18、これが一過性の虚血発作、いわゆるTIAというもののなのですが、これの最終的な転帰が、0～6で、6が死亡、0は全く症状が残さなかった人です。一過性脳虚血できておきながら症状が残る人たちが、つまり1～6。これだけのパーセンテージがあるというのが、まだまだ脳梗塞の治療が充分に行われていないのではないかと思います。

時間の関係で割愛しますが、まとめとしては24ページに箇条書きにしました。

脳卒中は決して宮城県で減っておりません。特に高齢者が増えています。くも膜下出血は、集約が進んでいますが、ほかの疾患は均てん化と言いますか、集約は進んでおりません。特に仙南地域から仙台医療圏への患者の流入が、多すぎるのではないかと思います。血管内治療できる医師が、仙南医療圏にはまだ1名しかおりません。適切な人員配備が必要かと思います。手術は、最近では減っております。一過性脳虚血発作の転帰が予想以上に悪く、これを少し改善していかなければならないと思います。

24 ページ、今後の方針としては、やはり私たちも前向きの全例登録を目指して、データベース、AI なんかを用いて、入力の手間を省きつつ悉皆性を持ってやっていきたいというふうに考えております。以上、簡単ですが、脳卒中のまとめになります。

安藤委員

ありがとうございました。ただいまの説明について、皆様からご意見、ご質問ございませんでしょうか。

先生は仙南地域で唯一 1 人いらっしゃる、血管内治療の専門医ということで、大変ご苦労も多いのではないかと思いますけれども、その辺のこともどうぞ。

井上委員

実は仙南医療圏、血管内治療の専門医ゼロという時代がずっと続いておりまして、昨年ようやく私、58 歳にしてとりまして、私が 1 人という体制になっております。ただ、脳卒中センターのコア施設というのが脳卒中学会で認定されますが、認定されるためには 24 時間 365 日血栓解消をやらなければいけない。最低専門医 3 名体制で組むようにと言われておりますので、なんとか後 2 人育てていきたいというふうに思っております。

安藤委員

ありがとうございます。血管内治療がもっともっと県内特に仙南地域においても行われて、救命率や、後遺症が残らないような治療に結びつくとう本当にいいのかなというふうに思って聞かせていただきました。

それでは、引き続きまして、がん登録につきまして、金村先生、お願いいたします。

金村委員

資料 5－1 から、ご説明をさせていただきます。

全国がん登録なのですけれども、平成 28 年から法律に基づいて全ての病院が届出をするということになっておりまして、そういう意味で悉皆性の高い登録になっています。また、死亡のデータ、死亡届がありますけれども、死亡の中で死因の中にがんが含まれる情報、これは国の方でその情報を集めて、登録されていなければその方について住所地の県が、死亡診断書が出た病院に対して、がんの情報を収集するという調査をしまして、そういう意味で悉皆性の高い登録となっています。

資料 5－1 は届出いただいている件数を載せているものになります。網かけをしている部分が県内の拠点病院からの届出の件数になります。

1 ページ目にあるのは石巻赤十字病院と大崎市民病院になりますが、どちらも 2,000 件ぐらいで推移している状況です。

次 2 ページ目になりますけれども、こちらの方では網かけをしているのは医科薬科大学

病院、東北大学病院、仙台医療センターですが、このうち東北大学病院が県内でも一番件数の多い病院で、約4,000件です。その他の病院で行きますと、仙台医療センターが2,000件ぐらいで、医科薬科大学病院さんが若干少ない1,600~1,700ぐらいという感じになります。

次3ページ目になります。こちらのページでは東北労災病院、みやぎ県南中核病院、宮城県立がんセンターがありまして、宮城県立がんセンターは約2,000件で、東北労災病院さんが1,000件前後で、みやぎ県内中核病院も最近は数が増えておりまして、1,000件前後というような状況になっております。

これらの拠点病院は、網かけをしています、8施設での届け出の件数が、下の方にありますけれども、県内全体の約54%となっております。一方、全体としますと、約3万件の届け出をいただいています。3万件の届け出をいただいている、そのうち54%が拠点病院からいただいているという形になります。

続きまして、資料5-2の説明をさせていただきます。

これは、私どもが毎年、6ページのリーフレットという形で情報提供させていただいているものですが、通年であれば、これでご説明させていただくのですが、飛びまして、資料5-3、こちらで説明させていただきたいと思います。

実は資料5-3は、私ども市町村別の集計もやっていまして、ご希望される市町村に集計をしてお返しをしているのですが、非常にわかりやすいということで、こちらの方で説明をさせていただきます。

資料5-3の1ページ目にありますように、がんの罹患最新のデータは2020年のデータになります。全部で約2万件。先ほどの届け出件数は3万件という話をしましたが、実際に名寄せと言いまして、同じ患者さんの同じがんをまとめて集計をすると2万になるという状況です。その中で男性が約55%で、女性が44%という比率になっていますが、例年だいたいこれぐらいの差があります。

続きまして、2ページ目をご覧くださいと思います。そちらに3年分の罹患数の推移があります。また、年齢調整罹患率の推移を下に載せております。がんの罹患は、近年横ばいから減少に向かいつつあるのではないかなという局面を迎えています。アメリカでは20年ぐらい前、2000年前後に、罹患数が頭打ちになって減少に向かっているという状況なのですが、日本でもようやくそういった傾向に入りつつあるのかなというところで注目をしています。2ページの下の方に、全国との比較を載せておりますが、だいたい罹患に関しては、全国とほぼ近い値で推移しているのが近年の状況でございます。

続きまして、3ページ目になります。この表は主な部位毎に分けた人数でお示していますが、下の方が分かりやすいので、下のグラフのがんの発生割合ということで見ていただきたいんですけども、がんの発生割合は、男性が上のグラフですが、大腸、前立腺、肺、胃、主な部位はこの4部位です。全国とご覧いただいてもそんなに大きく違いがなく、全体の約6割がこれらのがんになっています。

下のグラフは女性になります。女性では乳がんが多いということが全国と一緒にして、その次に大腸が多いのですけれども、乳房、大腸、子宮、肺、胃、この5つの部位で6割を超えるということです。これも全国的に、あるいはほかの都道府県でも、だいたいこの5つの部位というのは変わりがない状況です。

続きまして、4ページ目ご覧いただきたいと思います。こちらの年齢階級別に、年代なのですけれども、分けて、男性と女性の部位ごとに人数を示して、それに色付けをしたものです。こちらは、その年代で最も多い部位に濃い色を付けております。少ない部位の色が付かないですので、濃い部位というのはその年代でがんの多い部位ということになろうかと思います。

まず、男性をご覧いただきたいのですが、40代ぐらいから大腸が濃い色になってきて、その年代で多いがんだということがわかります。一方、胃は若干遅れる感がありますけれども、だんだん濃くなっていくということで、この30、40代以上、胃と大腸というのは大きな問題ということが一つ分かります。

次、下の方見ていただくと、肺がん、また前立腺がんなのですけれども、どちらも高齢になるにつれて多くなるがんということなのですけれども、ご覧になって分かるように、50代以降増えてくるがんということが見て取れるのではないかと思います。

下の表が女性になります。女性の方はなりやすいがんというのは、年代によって男性とは全く違いまして、15～29のところで色がついておりますけれども、子宮、これは体部と頸部を合わせて計算しているためなのですけれども、主な部分は子宮頸部がんになりますが、20代のあたりから増えています。15～20、30、40、50このあたりは子宮頸がん、また体がんが増えてくるという年齢になります。一方乳がんは、40代からほぼほぼその階級、あらゆる年代でも多いかなということで、赤色になっています。

女性の場合も、大腸も多いがんなのですが、発生の年代でいくと、50代、あるいは60代から増えてくるというような傾向にあります。肺がんはさらに遅めということになりますけれども、60、70、80ということで、増えてくるがんということになります。こういったことで、年代によってなりやすいがんの違いが見えているところになります。

続きまして、5ページ目になります。年齢階級ごとに罹患が分かるわけなので、年齢階級の罹患率、その年代でのリスクを示したグラフでございます。いろんな部位ごとに、青が男性、赤が女性ということでグラフにしておりますけれども、通常高齢になるとともにがんの罹患は増えるということで、右肩上がりになっているということがお分かりになるのではないかなと思います。ただ、男性と女性でなりやすさといいますか、罹患率に違いがあるというのを見て取れるかと思います。多くのがんでは男性と女性、かなり違いがあるのですが、大腸を見ていただくと、大腸はそれほど差がないということで、非常に共通した要因によって起きているのかなというところがあります。また、子宮頸部、上から3行目の右端になりますが、これが先ほど若い年齢で女性の問題として大きいという話をしましたが、ご覧になってお分かりになるように、20代、30代、40代、この辺りに非常

に増えてくるということで、子宮頸がんはヒトパピローマウイルスが原因になりますが、これが非常に大きな問題だということで見えるかと思います。一方、乳がんも 30 代から増えてくるのですが、その後、ほぼ横ばいのような傾向がありまして、非常に罹患率が高いということで、30 代、40 代以降の女性にとっては共通する問題かなと思っています。

次、6 ページ目はがん登録で登録された方が、実際にどんな契機でがんが発見されたのかの、その発見経緯の割合のうち、がん検診、健康診断、人間ドック、これら全部まとめてがん検診等ということで集計、登録をしているものですが、その割合を集計したものです。宮城県はがん検診が盛んで、受診率も高いということなのですけれども、がん登録の上でも、がん検診などで契機にして診断された方が全国と比べて高いと言う状況は確認できると思います。

続きまして、7 ページ目、がんの進み具合を比較的早いものと遅いものと色分けをして示したのになります。1 つだけご説明しますと、例えば上の方は男性なのですが、膵臓がん見ていただきたいと思うのですが、非常に濃い色の割合の部分の幅が広い、割合が多いのですが、69.6%です。濃いのは何かというと、浸潤や転移があるがんということであります。発見された時に進んでいるがんというのがこのような形でデータ上は見えるようになっています。一方、検診が行われている胃とか大腸では、比較的早期で診断されている方が多いというところを見て取れるかと思います。

次のページ、8 ページになります。こちらが実際のがんの発見経緯として、どういったことで診断されたのか、実際に進み具合をグラフにしたものです。1 つだけご説明しますが、左上の胃・2020 年・男性の胃がんについての集計です。一番上ががん検診等で、健康診断、人間ドックを含みますが、がん検診などで発見された方というのは、85%が限局ということでありました。その下、他疾患の経過観察中です。これは、胃がん以外に何かしらの病気でかかられていて、その中で経過観察としていて途中で胃がんが見つかった方になります。そういった方だと、限局は 81.1%とこれもまた高いということなのですが、その他、つまりこれは検診でもないし、他疾患の経過観察中でもないような方で見つかった方なのですが、どういう事情かというと、症状があって急に病院に行った、心配になって病院に行ったということになるかと思いますが、これ見ていただくと限局の割合が 42.9%と少なくなって、その代わりリンパ節転移だとか、隣接臓器浸潤、あるいは遠隔転移といった割合が非常に高くなってまいります。他の大腸と肺、あるいは男女を問わず、こういった傾向が確認できておりますので、症状がない方はぜひともがん検診等を受けていただいて、早期に発見していただきたい。また、何かしら症状のある方は早期に受診をしていただくことで、早く見つかっていただきたいなということを感じさせるデータになっております。

続きまして、資料 5-4 になります。私どもがん登録の集計をしておりますが、このがん登録のデータを使って、がん検診の受診者の名簿とぶつけることによって、感度とか特異度とか、そういったものを計算できるといった事業を進めています。実際に市町村に利

用していただかないとがん検診の受診者の名簿をいただけないものですから、まずがん登録の情報を使いませんかというお話をしています。先ほどのご説明したリーフレットは市町村向けに作っているものですが、現在、宮城県 35 の市町村がありますが、7 市町で委託契約を結ばせていただいて、こういったデータを提供させていただいています。今年さらに 1 市追加されましたので、8 市町でこういった集計、市町ごとに提供させていただきます。さらにがん検診の精度管理を希望されたのが 2 市 1 町ございまして、そこに関しては検診の受診者名簿をいただいて、がん登録のデータと照合させていただくということをしております。現在、肺と胃と大腸で実施をしているところになります。

次のページをご覧くださいと思います。この事業につきましては、まだ試行的といえますか、全国的にもまだそんなに進んでないところなのですが、私共も専門の先生方のご意見など頂戴しながら進めているところで、今日詳しいデータについてお示しできないのですが、次回また機会がございましたらご提供させていただきたいと思っております。

先ほどご説明しました、宮城県のリーフレットと市町村のリーフレットなのですが、ご同意をいただいた自治体の分を私どものホームページで公表させていただいて、自分に身近なところのがんの罹患がどのような状況なのかということを皆様に知っていただくということを、今進めています。一番最後のスライドになりますけれども、宮城県の第四期がん対策推進計画がございまして、市町村のがん登録の利用、先ほどのリーフレットでも集計していますけれども、こういったものも進めていきたいと思っておりますし、また、がん検診の精度管理も進めていきたいと思っております。

また、宮城県の計画の方でも、こういったことが期待されるということでお書きいただいておりますが、残念ながら私どもボランティアベースで今やっていますので、全市町村にも広げたいのですが、これを効率化しないとなかなかそこまではいかないので、宮城県にも相談をさせていただいているところです。

すみません、長くなりましたが、がん登録の状況になります。

安藤委員

ありがとうございます。皆様からご意見、ご質問ございませんでしょうか。

ここには、がんの罹患率ではなく死亡率もございますか。

金村委員

いや、罹患です。全部。

安藤委員

罹患率が減少しているということですか。

金村委員

まだ減少とまでは言い切れなくて、減少しそうな局面だという感じで、若干届け出が遅れてくることがあるので、直近のデータというのは揺らいでしまっているのですが。ただ、近年ようやくなんですけど、横ばい、あるいは減少しつつあるのではないかなという傾向が見えてきましたので、確認したいと思っています。

安藤委員

わかりました。ヘリコバクター・ピロリの除菌などの影響で胃がんはどのようなのでしょうか。

金村委員

今日の部位別で示してはおりませんが、胃がんに関しては、全国も宮城県もそうですけれども、年齢調整罹患率についてはどんどん下がっています。届出の件数もどんどん減っていきまして、基本的には、ピロリの感染も減っているし、除菌も進んでいるということで理解をしています。

安藤委員

ありがとうございます。皆様からご意見、ご質問ございませんでしょうか。

東北医科薬科大学の伊藤委員、お願いいたします。

伊藤委員

3人の先生から、それぞれの領域のご紹介をいただき、がん対策基本法が2006年に成立しているがん領域は、法律に基づく進展があると思いました。高橋先生と井上先生にお伺いしたいのは、2018年に成立した「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づく対策推進基本計画との関連です。心疾患登録や脳卒中登録との関連も含めコメントいただけると幸いです。特に心疾患では慢性心不全での緩和ケアなども関係してくるのかなとも思います。いかがでしょうか。

高橋委員

では私の方から。対策基本法ができまして、各県ごとに進めているようでございますけれども、骨格ができ、具体的にどのような形で進めていくかということに対して、今いろいろ案を作って、少しずつ啓蒙活動もやっているとは伺っております。特に東北大学病院でも中心になりまして、脳外科の方と協力しましてコアチームを作ってやっているようでございます。すみません。具体的なことに関しては私もまだ知識が不足しておりますので、この場で具体的なことをお話できないのですが。

伊藤委員

ありがとうございます。

井上委員

井上です。循環器対策基本法ができまして、啓蒙活動はずいぶん進んでおります。定期的に市民公開講座なども開催されるようになりまして、脳卒中、そして循環器病、これらは非常に関連しているものだということをみんなに知っていただいて、そしてどちらもとにかく時間との勝負であるので、こういう症状の時には迷わず救急車を呼びましょうと。そういうまず早期発見といいますか、救急体制の確立というのは進んでいるかと思えます。

大きな柱のうちの一つとして、治療をする、施設整備、システム構築、それもあつたはずなのですが、これが大都市圏では進んでおります。先ほど申しましたように、脳卒中センター、要は tPA です。tPA を常駐療法ができる施設を、患者さんがとにかく1時間以内に行ける病院に作ろうという、そういうのはほぼほぼ完成したんですが、血栓回収療法、カテーテルを使って血栓を回収する、これはゴールデンタイムが6時間とはされていますが、6時間以内にすべての方がそういう病院へ行けるような体制を作るというのが、特に宮城県内は遅れております。脳卒中コア施設というのが仙台医療圏にしかないという状況ですので、全国で見れば確かに基本法ができてから徐々に徐々に進んでいるのですけれども、宮城県は、ここは村井さんにもうひと頑張りしてもらって、脳卒中センターをあと3つぐらい宮城県に作るぐらいでやってもらわないと、全国レベルには追いつけないというふうに感じております。

高橋委員

すみません。今に関連してお伺いしたいのですが、よろしいでしょうか。

脳外科の方のこの資料で、資料4の20ページの、tPA・EVTの割合年次推移というのを見て、だいたい施行率が4%前後ということみたいなのですが、これは全国で進んでいる地域ですとか、全国平均は何パーセントぐらいなのでしょう。

井上委員

当初の全国平均によろしく宮城県が追い付けたというところで、やっぱり進んでいるところでは10%を越している。東京、名古屋、大阪のさらに進んでいるところでは、やっぱり10%前後で推移していますので。これはまだまだ、もう2倍ぐらいに増やさないと全国レベルにはならないです。

高橋委員

ありがとうございます。やはり側で見ていても、かなり時間との勝負であると。我々も

そうなのですけれども、特にやはり脳の方は、再灌流して、その後も障害が残るかどうかというのは、非常に時間が大事だなというのを肌で感じますので、ぜひこの割合が増えればいいなと思って拝見していました。

安藤委員

伊藤委員、そのほかどうでしょうか。

伊藤委員

全体との関連も含めて、3人の先生にお伺いしたいのが、地域の健康課題の実態・特性を踏まえた、保健事業の展開との関連です。専門の先生の方から一言お伺いできるとありがたいです。

安藤委員

ありがとうございます。それでは、3人の先生から一言ずつよろしく願いいたします。

高橋委員

心臓に関しては、救急に関しまして、各医療圏ごとにやはりコアの施設が固まっております、そちらにたくさん、この45施設が参加しているというふうに書いてはいるのですけれども、実質的にはやはりしっかりとコアの施設の方にも搬送するというふうな体制がだいたいでき上がっておりますので、今の体制を急性心不全の場合は維持すればいいかなと。ただ一方で心不全というものは、先生におっしゃっていただきましたように、増えてきておりますので、そういった心不全というものは、やはりリハビリですとか、さらにフォーカス的な医療が必要になりますので、それはまた別な体制を作ることが今後必要になってくるかなというふうに考えております。ありがとうございます。

安藤委員

ありがとうございます。井上委員、お願いいたします。

井上委員

脳卒中は各医療圏に1つコア施設を作るというのは近々の課題かと思います。やっぱりもう仙台医療圏に頼っているのでは時間も制限がありますので、それを各医療圏に1つ、これを目指して行きたいと思っています。

安藤委員

ありがとうございます。では金村委員、お願いいたします。

金村委員

がんに関しては拠点病院の制度がありまして、二次医療圏ごとにも整備もされていますので、そういう意味では集約と言いますか、されている状況があると思います。一方で均てん化という意味では、拠点病院同士もお互いその治療内容とか、その体制というものを意識しながら、協議会があるのですけれども、そういった中で進められていますので、それも進んでいるのかなと思います。

一方、予防的な側面と言いますと、どうしてもリスクファクターに関しては、子宮頸がんのようなワクチンのようなものなのか、そういったものが特異的な予防になるかと思うのですが、そうでない部分はどうしても生活習慣の予防ということになるので、循環器とか脳血管疾患、心疾患、どちらも共通する要因でありますので。やはり宮城県のメタボというところの話がありましたが、そういった意味では共通するのかなということで、市町村のその地域性というよりは、確かにその差があるのであればそうなのでしょうけども、やはり県全体でその予防ということをしていく必要があるのかなというふうに思います。

一方で、がん検診の受診率は、市町村によって違いがあることがわかっていますが、宮城県は、その受診率が高いということが全国的にまだ言われていますけれども、その中でも市町村の中で違いがあって、やっぱりここは地域性があるのかなというところがありますので、そういう意味では、症状のない方は早期に受診をしていただくという啓蒙、また症状があった場合には速やかに主治医等に相談いただくというような啓蒙がやはり必要ですし、早期に発見される方の割合がどんどん高くなるということが必要なのかなというふうに思います。どうもありがとうございました。

安藤委員

ありがとうございます。

宮城県は、「歩こう！あと15分」「減塩！あと3g」「めざせ！受動喫煙ゼロ」という3つの目標を掲げておりますので、県民みんなで頑張っていければいいなというふうに思います。

それでは続きまして、2の協議移ります。これまでの報告を踏まえて、市町村等への指導事項の案について協議いたします。事務局から説明お願いいたします。

事務局

資料6をご覧くださいと思います。

資料6の上の表ですが、ここまで事務局の説明と委員の方々よりご報告いただいた資料から、死亡や発症登録の状況をまとめたものになってございます。こちらに記載した状況を踏まえまして、大きな矢印の下表に「課題」、「評価すべき対策」を整理した上で、「市町村等への指導事項案」として記載しております。

なお、指導事項案の昨年度との比較、変更点につきましては、参考資料、A4横のもの

ですけれども、対照で整理しておりますので、併せてご覧いただければと思います。

資料6の矢印の下の部分をご説明させていただければと思います。

まず、左の段の「課題」といたしまして、心疾患につきましては、年齢調整死亡率が男女とも全国値より高いこと、発症者のリスクファクターとして約7割が高血圧、約4割が喫煙習慣や糖尿病を有していること、40代以下の若い発症者は、特に喫煙習慣を有する割合が高いことが見られます。次に、脳血管疾患につきましては、年齢調整死亡率が男女とも全国より高いこと、脳梗塞の発症数が増加していることを挙げております。続いてがんでございますが、75歳未満の年齢調整死亡率が全国値を上回っている、直近の令和2年のがんに関しては、確かに減少傾向となりましたけれども、年齢調整罹患率は全国と比べて高いことや死亡や罹患の状況からも、引き続き検診及び要精検者の受診勧奨が必要であることを課題として整理いたしました。

「強化すべき対策」といたしまして、大きく分けて「生活習慣病の予防」と、「早期受診・早期治療の促進」とし、それぞれ記載いたしましたとおり、具体策を整理しました。

これらの課題や対策を踏まえた「市町村等への指導事項案」といたしまして、一番右側の欄に記載しております。

まず、「生活習慣病予防のためのアプローチの強化」として3点を挙げました。

1点目は、「循環器疾患およびがんを予防する生活習慣の普及啓発」ということで、参考資料にありますとおり、昨年度はいくつかの項目にわたってございました、適正体重の維持、減塩、飲酒、身体活動、禁煙等の取り組みについて、循環器疾患やがんを予防する生活習慣としてまとめ、これらの普及啓発や環境整備を継続して行うことを記載しております。

2点目は、「受動喫煙防止対策の推進と禁煙支援」としまして、若い世代への喫煙リスクや禁煙の実行・継続につなぐ保健指導の実施を記載しております。

3点目でございますが、「データ利活用による効果的な保健事業の展開」といたしまして、各種データを活用することにより、地域の特性を踏まえた効果的な保健指導に努めることを記載しております。

次に大きい項目として、「生活習慣病の早期受診・早期治療に向けた普及啓発の強化」として3点挙げております。

1点目は、「セルフチェックおよび疾患の兆候に関する普及啓発」として、日常でできる自己確認や、疾患の兆候、気になることがあった場合は受診することについて周知を図ることを記載しております。

2点目は、「発症時の対応に関する普及啓発」としておりまして、こちらは昨年度、1点目のセルフチェックと同じ項目で述べていたものを、今年度は分けたものでございます。

3点目は、今年度新たに「性・年代に応じた健診・健診」や、がんの検診の普及啓発として、それぞれの年代で傾向が異なることを踏まえた健診等の普及啓発を実施することに

ついて記載いたしました。

事務局からの説明は以上でございます。「市町村等への指導事項案」について、ご審議賜りますようよろしくお願い申し上げます。

安藤委員

ありがとうございました。ただいまのご説明で、皆様からご意見をお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

この受動喫煙防止対策の推進と禁煙支援というのは、非常にいい言葉だと思うんですが、文章の中に禁煙意志のある喫煙者とわざわざ書いてあるのですが。もちろんその意思がない方に無理強いはできないとは思いますが、わざわざ書かなくても、禁煙支援でいいのかなと思うのですが、皆様いかがなものでしょうか。ニコチン依存症という病気と捉えられておりますので、禁煙意思があるかないかというより、そのような病気から救ってさしあげるといいですか、支援するというような形の方がいいのかなと思うのですけれども。

井上委員

いいと思います。

安藤委員

ありがとうございます。禁煙支援マニュアルというのがちょっとよくわかりませんが、やはりニコチン依存症という病気に対して、禁煙外来も保険診療で行われておりますので禁煙外来の普及啓発とかもいいだろうと思います。この禁煙支援マニュアルでのもちろん保健指導も大切だと思います。禁煙支援という言葉でよろしいのではないのでしょうか。

他に皆様からいかがでしょうか。

井上委員

データ利活用に関して、宮城県はせっかく MMWIN というデータベースがありますので、MMWIN を利用してというのも入れた方がいいような気がします。

安藤委員

ありがとうございます。そうですね、このデータ利活用のところに MMWIN も入れるということで、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

この受動喫煙防止対策の推進と禁煙支援のところですが、禁煙受動喫煙防止の啓発及び環境整備の強化と書いてあるのですけれども、受動喫煙防止の啓発はいいと思うのですが、環境整備の強化というのは、やはり、例えば公園の中に喫煙室、喫煙所を作るとか、そういった環境整備というふうに捉えられる可能性があるのですね。やはり喫煙所を作りますと、必ずそこで受動喫煙が生じますので、ぜひその環境整備というのにも捉え方が間違

わないようにした方が良いのかなと思いますが、その辺はいかがでしょうか。受動喫煙の防止の啓発及び環境整備の強化という、だから喫煙所整備しようとなってしまうと思うので。

皆様からいかがでしょうか。

井上委員

私もそのとおりだと思います。県の方で環境整備は、実はその喫煙所を儲けるっていう意味で書かれたのではないかなと思うのですが、私もそうではなく、そういうものはない方向で、そもそもこういうところには書かない方がいいと思いますね。県の方、そういう意味で書いたのですよね、きっと。だったら省いたほうがいいかなと思います。

事務局

事務局です。昨年度のところにもそのような形で書いておりまして、今、たばこを吸う方もいらっしゃる中で、環境整備といった時にいきなりゼロにはなかなかできないというところで、長年このような形で書いてきたというところもあるかと思うのですが、先生方のおっしゃるように、環境整備という文言があまりそぐわないということであれば、今回、受動喫煙防止の対策というような形で、一つの言葉にするというところでもよろしいかなと考えておりました。

安藤委員

もう公園とかにいったん喫煙所を作ってしまうと、その後撤去することはなかなか難しいし、その周りにはもうとにかくたばこ臭くていられないという状態になりますので。喫煙所を作っても受動喫煙は防止できないことを理解して進めていく必要があります。

受動喫煙防止というところまでは、みんなで、そうだよね、そうだよね、受動喫煙防止大事だよねと言うのだけど、だから喫煙所を作りましょうというふうなまったく逆の結論になってしまうことがありますので、そこは科学的に、公園とかには作ることはできないということをきちんと出していければいいなと思いましたので、どうぞよろしくお願いいたします。

その他、皆様からございますでしょうか。

伊藤委員

せっかくなので、一言。最後から2つ目の2の「発症時の対応に関する普及啓発」について、事務局の方にお伺いをしたいです。保健の活動で、高齢者への支援は、スコープに入っているのでしょうか。もし、入る可能性があるのであれば、例えば、厚生労働省で議論されている「人生会議」（アドバンスケアプランニング）の趣旨、すなわち診断初期から中長期的な将来に関する本人の意向を確認しておくことを加えることは可能でし

ようか。がんはもちろんのこと、近年は慢性心不全の緩和ケアも臨床で検討が進められています。診断初期の段階でこういった支援を並行させる考え方を保健領域の中に組み込めるものかどうか、伺えると幸いです。

事務局

今、医療と介護のところで、なるべくつなげていこうということ、国としても力を入れてやっているというところがありますので、ここに書かせていただいたところも、特に年齢を分けてというようには考えていなかったのですけれども、当然、高齢の方が増えていくというのが現状でございますので、そういったところは含めてというふうには考えておりました。

伊藤委員

ありがとうございます。それではぜひ前向きに、検討していただけるとありがたいです。

安藤委員

そうですね。確かに高齢者に対して、ACP のところもこの中に少し視点として入れていくというのも必要かもしれませんね。

皆様からその他ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、細かな修正に関しましては部会長に一任というような形でよろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、協議事項は終了いたします。

その他何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、本日予定しておりました議事は終了させていただきます。進行を事務局にお返しいたします。

事務局（進行）

安藤部会長、議事進行いただきましてありがとうございました。また、委員の皆様、貴重な意見を賜り、誠にありがとうございました。

本日ご審議いただきました内容につきましては、3月に開催予定の生活習慣病検診管理指導協議会で部会長よりご報告をいただき、さらに他の各部会で、ご審議いただきました内容と合わせて指導事項として取りまとめます。その後、各市町村及び検診団体等に通知ということとなります。

なお、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させていただきますので、内容の確認についてご協力よろしくお願いいたします。

以上を待ちまして、令和6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。