

1/4の者については行動変容に結びついていませんでした。次のスライドをお願いします。

今回の検診を含めて、これまで糖尿病あるいは疑いと言われた、言われたことがない、の3群に分けて、糖尿病予防あるいは治療の為に気をつけていることの有無を調べました。スライドに示します。それによりますと、糖尿病及び疑い群でも1から3割の者につきましては特に予防治療に気をつけていないというふうに答えておりまして、これら対象者の意識、行動変容を促す必要があると考えられます。次のスライドをお願いします。

また、気をつけている具体的項目のそれぞれの割合についても定期検診受診については糖尿病群に多い傾向はありますが、他の項目については3群間の差は少ないと考えられます。その他に、スライドにはありませんが糖尿病の要指導者について約4割が健康的な生活習慣の継続のために食事・運動についての個別指導を希望し、約9割が検診結果説明時に医師からの指導を希望していました。以上から糖尿病疑い等の生活習慣改善の必要な要指導者に対して、検診受託医療機関での結果説明時における事後指導の充実が必要であることが示唆されます。次のスライドをお願いします。

次に医療機関調査について述べます。検診受託医療機関の医師の予防医学への指向の有無をスライドに示します。これによると受託医療機関の医師の殆どが予防医学への指向を有し一次予防として患者の治療のみならず、疾病境界域といえる要指導者への事後指導への充実における役割を期待できると思われれます。次のスライドをお願いします。

次に具体的に糖尿病の指導者への検診後指導に対する認識についてスライドに示します。これによりますと糖尿病の要指導者への検診後指導についても是非必要である、との認識がほとんどを占めています。次のスライドをお願いします。

結果説明時における指導充実のための医療機関側への条件を糖尿病予防を例として聞いたところ、指導手法などの実地的な指導手引き書、時間などが約半数を占めていました。次のスライドをお願いします。

また、区市町村の保健婦、栄養士による事後指導についての必要性も感じており、区市町村との連携の工夫が必要と考えられました。またスライドには示しませんが、区市町村調査においても、従来の区市町村における保健サービスに加えて委託医療機関での要指導者に対して受託医療機関、受託医療機関の医師による指導をほとんどの区市町村が希望して

いました。医療機関との連携についても少なからず区市町村がすでに実施しておりますが、同様の事項においていくつかの区市町村でも今後実施を希望していました。次のスライドをお願いします。

以上から、東京都では今後糖尿病等の生活習慣改善を必要とする要指導者に対して医療機関での結果説明時から始まる事後指導を区市町村との連携のもとに行うことを検討する予定です。スライドはその対策における住民、医療機関及び区市町村間の関係を示したイメージ図です。生活習慣改善の為の事後指導プログラムといたしまして、行動科学の理論を参考といたしまして、望ましい生活習慣を形成する時期、獲得された生活習慣を安定させる時期、生活習慣を維持させる時期、の3つに大きく分け、それぞれの時期の初めに面接による個人の特性に応じた指導を行うこととするものです。この最初の生活習慣改善のための動機づけを医療機関での結果説明時とし、その後段階的に個別指導していくものです。そのために今後、本調査の更なる分析も行う予定です。また、対象疾患についても糖尿病以外の高血圧や高脂血症等についての検討も必要になると思われる。

スライド2をお願いします。最後のスライドです。

今後の方向

- 医療機関での健診結果説明時を、糖尿病等の予防のための生活習慣改善の動機付けとして活用する個別指導の仕組みづくりを充実させていく。
- 個々人の特性に合った事後指導が行われるよう、区市町村が行う保健サービスと医療機関との効果的な連携システムの推進をはかる。
- 効果的な指導方法の普及を検討する。

スライド2

今後の方向としては次の3つがあります。まず、医療機関での検診結果説明時を糖尿病等の予防のための生活習慣改善の動機付けとして活用する。個別指導のしくみ作りを充実させていくことです。そして、それをサポートするために、個々人の特性にあった事後指導が行われるよう区市町村が行う保健サービスと医療機関との効果的な連携システムの推進を図っていきます。また、指導マニュアル等を活用した効果的な指導方法の普及を検討する予定です。これらは厚生省における健康日本21や老人保健事業第4次計画における個別健康教育などとの整合性も

図りつつ実施していく必要があると考えられます。最後に本調査にご協力いただきました住民、医療機関の医師、区市町村の担当者の方々、また発表の機会を与えていただきました座長はじめ、学会事務局の方々へのお礼を述べさせていただきます。発表を終えたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

〈川口〉

どうもありがとうございました。従来、健康診断というやはり受診率とか精検受診率が一つの評価として出てきたわけですが、ここでやはり自分のフォローアップをしてきちっとその後の健康をどのように捉えているか。あるいは今後どのような形でさらに強化していくかということを経済的におやりにになった報告だと思えます。

ここから、先程5名の方にシンポジストの方に発表して頂いた内容を簡単に論点整理をしていただいて、その後、討論に入りたいと思いますので、よろしくお願い致します。

〈嶋本〉

論点の整理と申しまして5人の先生方、大変コンパクトに豊富な内容をお話頂きましたので、あまり繰り返すことも必要がないかと思えます。もともとわが国で脳卒中が非常に多かったということから先に脳卒中に対する疫学研究、あるいはそれに基づく予防対策というものが行われ、それとともに脳卒中を減らしながら一方、虚血性心疾患が増えてはまずいという事で田中先生がおっしゃられたように、日陰の身という表現が使われましたけれども、常にそれを念頭に置きながら脳卒中の予防対策しかも虚血性心疾患を増やさないようにするというように考えながら研究と対策が行われてきたというお話が頂けたと思えます。

それから清原先生のお話にありましたように、これから糖尿病対策が重要だということが今度の高齢者保健事業でも盛んに、あるいは健康日本21でも言われておるわけですが、それがどの程度重要か、どういう現状にあるのか、ということを経験器疾患との関連で清原先生にお話頂いたわけですが。随分苦労していろいろデータを集めていただきましたけれども、ご自身もなかなかそう思ったほど揃わなかったと、例えば脳梗塞の病型別の検討というようなこともやりたかったけれども、ちょっとなかなかそういうデータが集まりにくいと、これやはり糖負荷試験というようなことがフィールドでなか

なに行いにくいというようなことが土台にあったからだと思いますけれども、苦しい中からたくさんデータを集めて皆様にお示しただけだと思います。それから永井先生からは現在の糖尿病のそもそも有病率からしてどうかとか、あるいは問題としてできた有病率の信憑性、あるいは推移といったところの問題、さらには今度管理、対策を行っていく際にIGTをどう扱うかというような問題とか、スクリーニング指針あるいは管理方針、それにリスクファクターをどう考えると、あるいはデータとしての有病率など本当に効果あったのかとかいろいろな問題点をご指摘頂いたと思えます。そういうことをしかし踏まえながら、特に大都市ではどのように糖尿病を中心として対策をやっているかとしておられるのか、これを藤永先生からご紹介頂きました。まず大まかなまとめとしてはこういうことになりかと思えます。これから、ざっと1時間あまりの時間を会場からの方々のご発言を踏まえながらの討論に移りたいと思えますが、まず本学会の理事長の多田羅先生おられますでしょうか？

〈川口〉

実はコメンテーターとしてのご意見を、特に多田羅先生はいろいろ地域、あるいは行政とのからみを詳しくご存じのようで、コメント頂ければ思ったのですけれども、おられなければ、もう一人の方を私の方で実は用意しています。自治医科大学の中村教授おられますか。中村先生は保健所長もされておられまして、地域の中で、ご自身でいろいろな疾病予防対策をおやりにになった経験がございます。現在は自治医科大学の教授をされておるわけですが、疫学を専門にされておられて、循環器疾患をはじめ地域の疾病管理の御専門家でございますので、先程のお話を聞いて先生の感じになられたご意見、あるいはご質問等がございましたらお願いしたいと思えます。よろしくお願い致します。

〈中村〉

御指名いただきました自治医科大学の中村でございます。川口先生のご紹介を多少訂正させていただきますと、保健所長まではやっておりません。保健所の係長とまりです。私は循環器とか糖尿病とか直接専門にしているわけではございませんので、本来こういう所で先生方のご報告に対してコメントする立場ではないのですが、外から見ていると見える所もあるのかなということで、気がついた点について若干コメントをさせていただきます。

まず、第1点でございますけれども、循環器あるいは糖尿病というところで他の疾患と違うのは、高血圧あるいは高血糖、これをそのまま糖尿病と言っていいのかどうかということをお自信勉強不足で分からないのですが、このへんのところが、いわゆる一次予防、二次予防、三次予防と切り分けたときに若干混乱が生じているような印象があります。それは今日の発表というわけではなくて全体的なのですが、糖尿病とか高血圧、これらの二次予防というのがすなわち次の脳血管疾患あるいは虚血性心疾患、そういったものの一次予防にそのままつながっている、そのところが二次予防と一次予防とをきちんと切り分けて整理されていなく、皆さん漫然と使っているんじゃないかしら、という気がいたしました。そのところをもう1回きちんと整理しなおさなければいけない、そのときにそれらの病態の natural history について、いまだにまだきちんと説明されてないのが現状かと印象を受けました。と申しますのは、血圧につきまして清原先生のご発表にもありましたように、20年前、30年前に比べて降圧剤のコントロールでむしろ血圧がきちんとコントロールされるようになったおかげで糖尿病というのができた、という貴重なご報告がありましたけれど、どの程度コントロールすれば、どの位次のイベントが予防できるのか、といったことについてはまだまだ疫学的な情報が不足しているのが現状ではなかろうかとお自信考えたわけでございます。それに付随致しまして、今日のご発表皆さん、これ批判しているわけではございませんけれども、relative risk についてのご発表が多ございました。ただ、その場合に、どれだけ本当にそういった病態が寄与しているのか、いわゆる寄与危険についてまだまだ説明しなければいけない点が多々あるのではなかろうかというふうに勝手ながら思った次第でございます。その寄与危険を検討する場合に、やはりわが国全体で、こういったリスクファクターと呼んでいいのかどうか難しいのですが、例えば血圧の分布、あるいは血糖値の分布、血糖値に関わるヘモグロビンA1c等の分布についてわが国全体でどういう分布をしているのか、ナショナルデータの重要性というのが出てまいります。こう言ったものがないことには attributable risk あるいはもっと突き進んで cost-effectiveness analysis といったことが現実問題として出てこない。ナショナルデータにつきまして田中先生がご紹介されておりましたように、循環器疾患基礎調査の資料がございますけれども、残念ながら今のところ10年前のデータが最新のものという

ことになっておりました、その後のものがない。それを補完する形で国民栄養調査、あるいは個々の研究者の先生がやられております、フィールドにおけるこれは全体から見るとモニタリングと考えていいと思うのですが、こういったデータが貴重な資料として提供されますけれども、やはりナショナルデータというのが非常に重要だろうと考えております。その時に、このナショナルデータを集めるということになりますと、どうしても保健所というものが前面に出てこざるを得ない。一研究者の立場でナショナルデータを作成するといったことはまず不可能でございます。その時に保健所でどういう形でデータを集めるのかといったことについて十分に認識していただいて、きちんとした形でデータを積み重ねていくというのが今後の検討課題ではなかろうかと思っております。1例を申し上げますと、これは放射線影響研究所にいらっしゃいました、現在広島大学にいらっしゃる児玉和紀先生が80年と90年の循環器疾患基礎調査の血圧データを解析されておりますけれども、解析の主眼は population strategy と high risk strategy でどちらが効いているのかということをお解析されたのですけれども、その時にその血圧の分布を1 mmHg 単位で出しますと、10で割り切れるところが非常に相対度数として高くなったのが現実でございます。これはやはりデータの集め方に問題があるのではなかろうかということで問題提起されてはいますが、そういったことまで含めて国と研究者と現場のレベルで今後とも疾病予防について対策を検討していかねばいけないということをお皆さん方のご発表をお聞きながら再認識させられた次第でございます。

最後にもう1点付け加えますと、小西先生の方で脳血管疾患、田中先生の方で虚血性心疾患ということで、先程嶋本先生がおまとめになられましたけれど、片方叩いて片方が出てくるのではないかん、これは当然のことですけれども、もう少し広げましてその他の疾患につきましても、考慮した上で全体的に例えばその全死亡の死亡率について確実に減少してきているのかどうか、あるいはある所を叩くと別のところが出てきていないのかといったこと、あるいは平均寿命などについても検討していかねばいけないのではなかろうかというふうに思いました。ピントはずれのコメントもあるかもしれませんが、今日のシンポジウムに参加させて頂きまして私の気がついた点でございます。どうもありがとうございます。

〈川口〉

どうもありがとうございました。非常に基本的な大事な点をいくつか指摘して頂きました。確かに高血圧、あるいは高血糖の予防という糖尿病とか高血圧の一時的な発生を予防するのを一次予防、さらに高血圧患者あるいは糖尿病患者の重症化防止という観点からいけば二次予防に相当するものですが、脳卒中あるいは糖尿病による腎症等からみれば一次予防になってくる。その辺の概念をきちんと整理して取り組まなければならないだろうというご指摘もありましたし、relative riskだけでなく attributable riskについてももう少しきちんと検討する必要がある、そのためにはナショナルデータというものをきちんととらなきゃならないといったご指摘もあったと思います。この点については、まず清原先生いかがでしょうか。血圧コントロールと糖尿病の関係を言われたわけですが、中村先生のご指摘にあったどの程度コントロールすればどの程度明らかに、どの程度減少するのかと、そういう面での研究なりあるいは何かご意見があれば頂きたいと思います。

〈清原〉

血圧はですね、どの程度下げたら脳卒中を予防できるかということなのですが、それは久山町のデータではですね、第1集団から第2集団、60年代の集団から70年代の集団にかけてはですね、降圧治療というのが脳卒中の予防に大きく寄与したと考えているんですが、ただ今日示しましたように第3集団にかけて、また90年代にかけて血圧のレベルが久山町でどんどん下がっているのですが、脳卒中の発症率、脳梗塞も脳出血もみな横ばいになってしまって血圧を下げて脳卒中を予防できないという状況になってまいりました。それはやはりそれに変わる危険因子が台頭してきたためにちょうど降圧治療の予防効果と台頭してきた新しい糖尿病などの危険因子が拮抗しているために横ばい状態になっているという久山町の状況でございまして、だから血圧をどの程度下げれば予防につながるかということが非常に見えにくくなっているということでございます。こんど逆に、糖尿病のほうどの程度予防すれば循環器疾患が予防出来るかというのは、今のところデータを持ち合わせていません。

〈川口〉

どうもありがとうございます。また只今中村先生のご指摘にもありましたナショナルデータの問題

が出てきております。先程、田中先生のほうから国の非常に大きな目でみた対策としての分析をいろいろされたわけですが、いかがでしょうか。もちろん地域レベルに下ろしたら行政機関では保健所ということになるわけですが、どのようなデータを集めて、どのような分析をしていったらいいのか。田中先生、ご意見、アドバイスを頂けたらと思います。

〈田中〉

循環器疾患基礎調査は、多分来年度行われるのではないかなあと考えておりますが、これは私、厚生省当局でありませんので明確なお答えは出来ませんが、行われるのではないかと考えております。ただどういう項目を見ていったらいいかという、やはり traditional なリスクファクターは従来どおり見ていくであろうと思いますが、いろんな新しいリスクファクター等につきましては、血液を保存しておくという形が私は一番効率的ではないかなあと考えております。全員測定するには非常にお金が高くつきますし、ある意味では役に立たないという話にもなりますから、疑われたことが言いだされた時にそれを計る、いわゆる nested case-control study を目指したようなやり方がいいのではないかと考えております。また、ライフスタイルの関連の調査は国民栄養調査で行われておりますから、それとドッキングした調査がなされたらいいのではないかなあと考えております。

〈嶋本〉

ありがとうございました。これから、先程ちょっと中村先生もご指摘されたのですが、保健所の数が少なくなると同時に地域における公衆衛生の高度専門機関としての役割が期待されているわけです。そういう中で地域における健康情報の集積、収集、あるいは分析、そういう役割が今後期待されてくるのだらうと思います。ちょうど藤永先生が行政、東京都という行政の立場におられますが、そこを先生のプログラムの中でも保健所に期待する役割というものはどういうものが出てくるのか、あるいは行政、行政サイドとして期待しているのか、いかがでしょうか。

〈藤永〉

東京都の場合ですと、ようするに特別区の保健所、いわゆる都立の保健所とは役割が違うとは思いますが、一般的な話でいいますと、老人保健事業の

実施主体は市町村なのですが、その事業を実施した上で評価と申しましょうか、公衆衛生的、専門学的見地からその分析評価ということについて保健所が今後、ある意味では支援という形で行っていく役割をやはり期待されているのではないかと考えています。

〈川口〉

どうもありがとうございます。おそらく会場の方、先生方、会場のご出席の方々はこの答えだけではいたれないだろうし、またこれから皆さん方の中でお考えになられている事をこれからご意見賜りたいと思います。コメンテーターの質問をまたさらに突っ込んだ議論をして頂くことにして、シンポジスト、座長の間での何か追加発言、先程色々の発表を聞きまして追加発言、あるいは質疑があればここで追加したいと思いますが、如何でしょうか。

〈小西〉

私の方で、お示しましたスライドの中で、脳出血、穿通枝系脳梗塞それから皮質枝系脳梗塞と心筋梗塞の成因を出したスライドがあったと思うのですが、あの時に皮質枝系の脳梗塞なり心筋梗塞が増加しているのではないかと指摘をし、それに対する対応策が必要だということを申し上げたのですが、田中先生は全国的なレベルで死亡率が低下している、他の地域でも罹患率はそれほど増えていない、というようなご指摘もありました。それで私の方と矛盾するのではないかと誤解があっては困りますので少し説明させていただきます。私のところでも全国的なレベルで死亡率さらにその虚血性心疾患の死亡率だけでなく心不全、心不全の中に虚血性心疾患も含まれている可能性もあるという見直しをして再検討した上でも虚血性心疾患の死亡率は減少しているということを認めております。それは確かだと思うのですが、ただごく一部大都市の勤務者集団においては、どうも虚血性心疾患が増えていっているという、これは大阪府立成人病センターの成績としてつかんでいるわけです。秋田県で調べますと、増えているどころかむしろ減っている。これは以前にも報告していますが、心筋梗塞にも二通りがあって、高血圧の非常に影響を受けた粥状動脈硬化からくる散在型の心筋梗塞と、小さな壊死層の集合体としての心筋梗塞、一方ではmassiveタイプと申しましょうか、非常に大きな心筋梗塞で、こちらの方はコレステロールとの関連が強いということ、これは病理学的な検討もされているわけですが、

従来、日本人には穿通枝系脳梗塞と非常によく似たような形で散在性、散在式型の心筋梗塞がたくさんあったのではないかと。それが脳卒中対策と言いますか、高血圧管理によってそちらのほうの心筋梗塞例は減ってきている可能性がある。ただ、ごく一部massiveタイプのものが一部の集団では増えてくるし、今後それが全国的に広がらないように予防の面でも考えていかなければならない、そういう意味でその報告をさせて頂いたのです。

〈川口〉

どうもありがとうございました。その他でシンポジストの間で永井先生どうぞ。

〈永井〉

違うのかもかもしれませんが、中村先生のお話でrelative riskの話は出てくるけれども全国としてはどうか、ということをお私に誤解して受け止めたのかもかもしれませんが。今、小西先生あるいは田中先生のお話を伺って、モデル地区でがんばってやってきたと、それでこんないい結果が出てきたというお話であった。しかしながら、全国ではそんなにがんばっていたわけではないわけで、しかしながら、例えば、脳卒中が減ってきたというのは全国的な傾向であると、その疫学的知見はモデル地区で得るとするのはいいのだけれども、全国でそれが落ちてきたのは、つまりモデル地区でやったことをしなくても落ちてきたのだらうなあと理解するのだけれども、それではなんて言うのでしょうか、言い換えると私の目から見るとあんなにがんばらなくてもいいのじゃないかしら、というふうな意味なのですね。そういう意味で中村先生のコメント、皆さんのモデル地区の話ではなくて、全国ではどうなのか、どこまでがんばればいいのかというようなところのコメントが頂けるといいなあという気がしたのですが。

〈田中〉

モデル地区がやはり歴史的に特に脳卒中の罹患率の減少に寄与したというような成績はやはり1960年代、70年代で実ってきたと思うんですね。その成果を受けて1980年代に入った。厳密には82年でしたか、老人保健法の医療以外の保健事業というものが全国へ普及していったわけですね。ですから、モデル地区のそういう成果を踏まえて一般化されていったのが循環器疾患の対策の大きい特色でありますし、また職場においても定期健康診断、あるいはそれプラス成人病検診という形で広く国民にいき渡っ

た成果が全国レベルの結果として出ているのであり、決して、そういう一般の人はそんなに一生懸命にやってなかったのではなくて、私は少なくともこの学会に参加されている保健所の方や保健センターの方は、一生懸命その老人保健法に基づいて、がんばって来られた成果であると評価しております。

〈嶋本〉

田中先生が仰られたことは、私もそのとおりだと思うのです。しかし、どうして一般の地区ではモデル地区と同じような成績が全部出てこないのかということになりますけれども、これはやはりデータの取りやすいものと取りにくいもの、つまり日常のルーチンワークとしてデータが取れるもの、それからそれでは無理で、やはりモデル地区での努力をして初めてデータの得られるものというところがあると思うのです。例えばこの罹患率の問題がそうでありまして、脳卒中の罹患率、脳卒中を全体として抑えるということの特定の地域を、これ全部発生を抑えるというのはなかなか大変な仕事でありまして、ましてその中で病型別に脳出血がどうであるとか、脳梗塞がどうであるとかいうことになると、やはり地域での病院の先生方の全面的な協力というのも頂けなければなりません。それが1年や2年では駄目でありまして、5年、10年、15年と継続しなければなりませんから、そうなりますとそういうものを全国から一律に全部求めるというようなことは、これは、私は無理じゃあなかろうかと。やはりそういうデータは特定のモニタリングをするような地域で得ていく。実際それ以上できないのかと。それからその地域の血圧のレベルはどう変わったかとか、あるいは高血圧の服用率はどう変わってきて、それと同様にレベルがどう変わったか、というようなこともこれもやはりモデル的な地域、モニタリングをやっているような地域は、検診を受けて頂く方の率が20%や30%ではその血圧値の推移を見ても何を見ているのかわかりませんから、やはり8割以上の方は受けて頂くということのためにやはりそれだけの努力をやっておるわけでございます。ただその努力を全国どの地域もやれと言えどこれは恐らく、とくに大都会なんか大変なことだと思います。ですから、やはりモニタリングをやっているような地域で得られるデータ、それから一般的にルーチンワークの中で、業務として得られてくるようなデータでの評価、やはり2本立てをしなければならぬのではないかな、と私はそんなふうに考えています。

〈川口〉

ありがとうございます。確かに、わが国の統計、全体統計で見ても地域のデータで見ても高血圧、脳卒中対策についてはかなりの成果を上げてきたのだらうと考えます。しかしこれからの問題となっている糖尿病については、果たしてそれに相当するような地域のデータがあるかどうか、そこでちょっと永井先生に大変恐縮ですが一つお伺いしたいのですが、永井先生は長崎県のある島の町のなかで、住民の第1次検査として糖尿病負荷試験にスタートして、その後自己管理をして5年以上にわたり非常に貴重な研究をされております。その成果は清原先生にありました有病率の調査、IGTあるいは糖尿病の有病率の調査など非常に高く評価されておるわけですが、学問的にはそういう価値のあるデータがでてくるのはわかるのですが、町の行政当局はその事をどう受け止めたかという、やはりこれは行政の事業として受け止めているのですから、住民の糖尿病予防という観点から取り組んでいるのだらうと思います。そのように考えたときにこのように5年間は地域の住民のきちんとしたほとんどに貴重なデータなのですが、かなり高い受診率とそういう様なものをきちんととってそれを行政にどう活用してきたのか、それがどう予防につながってきているのか、つながってこないとしたらどこに問題があったのか、そういうことを恐らく皆さん方、地域の方、これから取り組もうとされる方は聞きたいことだらうと思います。それについては永井先生のご経験を基にご紹介頂きたいと思います。いかがでしょう

〈永井〉

先程申し上げたのですが、89年に疫学、糖尿病に疫学研究班というものが出来まして、その糖負荷試験をした有病率が必要である。どこかで出来ないか。みんなでいろんな所でやろうじゃないかということになりました、先生は5年と言われましたけれども、91年に長崎県の五島の北にある小さな島ですが、小値賀という町がありまして、流行りの言葉で言うと過疎ですけれども、なんといいますか全般的にはわが国は過密であろうと思いますので、それに比べればちょうどいい人口密度だなあとと思いますけれども、島で海の綺麗なお魚をたくさん食べている、魚がたくさんとれる小さな島で、やはり疫学調査をしたい、負荷試験をしてくれないかということをお願いしました。町、保健所の理解、あるいは町当局の理解を頂きまして、これは調査の役にもたつ

だろうけれども、糖尿病対策はこれから重要になるのであって、きちんとした負荷試験をみんなにするのは有用であろうと評価を頂きまして、住民検診、老健法に基づく住民検診に乗せていただいて負荷試験を行うということで実施して頂きました。これが91年でございます。この結果に基づいて当然保健指導をしてまいりました。要医療の紹介、あるいはI G Tの人たちに対する食事指導、あるいは運動指導、いろんな一般的な工夫として希望者を募って糖尿病教室を実施するというようなことを行っています。それから91年、96年にもまた改めてもう一度全員に全員にというのは91年に陽性でなかった人も含めて96年に5年後の結果も見てみようということでご協力頂き、これは有病率調査とし、その後の資料に役立たせて頂くということでやっております。東京に離れておりますが、やはり町の規模が小さいということで、マンパワーの不足があるかと思いますが、やはりなんと申します、それに加えてなんでしょう、運動しましょうね、食事に注意しましょうね、エネルギー制限しましょうね、という以上になんといましよう、効果的と言いますか、継続的にそれを実施して頂けるような具体的な手段がなくて、それこそ努力すればするほど行動変容が得られるのであらうと思っておりますが、なかなか結果と結びついて目に見えるような成果を示すことは難しいだらうなあと考えております。管理指針、ようするにせっかく検診をして基準に当てはまる糖尿病を見つけ、あるいはI G Tを見つけ、もちろん事後指導をし、継続フォローアップをするという体制はしていますが、さらにもっと効果的な管理方針、指導方針、手段を示すことが課題であるというのが、私の課題の一つでございます。

〈川口〉

私は、そういう一つの集団をつかまえ、例えば健康診断でもいいのですが、毎年毎年受診している、そういう管理された、あるいは健康教育できちんと生活習慣の変容を行ったグループとそうでないグループについて、例えば病気の発生状況あるいは医療費そういうふうなものに本当に差が出るのか、どうかということをきちっと実証していくのも一つの評価方法だらうと思っております。その意味で一生懸命そういう集団をつかまえて予防していくことからはたして脳卒中がどのくらい出て、小西先生でしたか、確かデーターを出しておりましたが、ああいうふうな発生率あるいは医療経済的な評価をこれは是非やって頂きたい、そのことをただ漫然と受診率を上

げることもあるいは大事なことだらうとは思いますが、受診率、受診率という数字だけにとらわれていくのでは私は結果的にですね、先程、藤永先生の報告のなかにございましたように、健康診断を受けた後要指導に行った人は要指導で指導を受けた人の7割でした。3割の人は投げられているわけです。要指導を受けていない。要指導と言われたけれども指導を受けていない。その7割の受けた人たちのなかで約6割、75%約1/4の人はその後生活単位も何も変化していない。その両方を合わせると、合計では半数の人が結局、健康診断を受けたあと、結果的にはその健康診断を受けても受けなくても何も変わらなかったというグループになってしまう訳です。だから約半数の人はまず生活行動の変容につながっているわけですけども、そういう意味でやはり事後指導、自己管理のフォローをする両方を取るとともに、そういう管理をすることによってどのようなメリットが出てくるかということを示していくことが大事じゃないかなと感じております。

〈上畑〉

国立公衆衛生院の上畑です。今日のシンポジウムは大変興味深く聞かせていただきました。ありがとうございます。いくつか申し上げたいことがあったのですけれども、2つだけちょっと申し上げさせていただきます。1つは今日の組み立て方で循環器疾患対策と糖尿病対策というような組み立て方をされているわけですけど、ただそういう組み立て方がいいのか、例えば糖尿病と言うことになりましたと、小西先生や田中先生、清原先生のお話でもリスクファクターの1つとして取り上げられておられるわけです。これは全く高血圧と全く同じ取り上げ方でありまして、私はそれでいいんじゃないかと思うのです。と言うのは、糖尿病対策ということになりますと、糖尿病をどうやってなくすのかというお話になって、地域のなかで実際保健活動をする上では糖尿病もやらなければならない、脳卒中もやらなければならないということで、仕事がいくらでも増えるわけです。だから私はもう一つだと、中村先生はもっと大きく広い目でね、全死亡に与える影響という事を言われたと思いますが、そうでなくてもいいですから循環器対策の一環として糖尿病をやるのだということでも私はいいのではないかと思っておりました。これは健康日本21の計画といつもオーバーラップして聞いていたのですけれども、あの中で糖尿病対策、脳卒中対策という2つの例示がされていますが、あれがよくないと思うのです。あれをもっと整理すべ

きだと思いました。それからもう一つですが、結局そうすると地域のなかでは一次予防か二次予防か三次予防かと議論はあるわけですけども、具体的に対策を打っていく上に、やっぱり検診から出発するということはあると思いました。その中で、それではその次はどうするのかということで、藤永先生のお話があったわけです。これは特に大都市もその疾病の構造自体から都市化しておりますので、大都市における対策と言うことがどうしても大事になってくると思うのですが、藤永先生のお話のなかでちょっと不満だったのは、確かに医療機関でいろいろ受診を、検診を調べられていると、対策を指導していると言ったけれどもその中身が実は問題だと思うのです。それはほんとに小西先生や田中先生がやっておられるなかで、ほんとに事後指導とか、とは何か。そこをきちっとやりながら詰めていった訳で、そんな厳密さは確かにいらないと思うのですが、その中身はどうだったのだと言うところまで詰めて頂かないと、行政的にはやっているということで済めばいいのですが、その中身をもう少しやる、精度管理だとかそういうことになると思うのですが、そこのところをもう少し詰めてほしいなと感じがしました。

〈川口〉

どうもありがとうございます。この問題を取り上げるときに、糖尿病と循環器というふうなものを並べ立てて検討したわけですけども、あきらかにゲネゼが違い、それから病気の経過も違う。ようするに変性性の変化を中心とする循環器と、それから糖尿病というのは、変性性の変化もありますけども、toxicity、中毒性というものもあるわけです。そこを同じ次元に並べたところで無理があるのですが、糖尿病対策、循環器を中心にした一部として取り上げるべきなのか、糖尿病を柱にして循環器をその一部として取り上げるのか、そこは共通の部分もあるのですが、違う部分もあります。そこは実は、企画した時に、嶋本先生と私が議論して明らかに違うものを一緒に現場で提供するときには、健康教育としては共通のものがあるのですが、少なくとも取り組みの体制は違うのではないかなということをちょっと議論していました。

〈嶋本〉

上畑先生のご指摘のことは大変良くわかるのですが、実際問題として、シンポジウムを組むという段になりますと、循環器に比べて糖尿病に関してはわが国でも疫学的なデータがなかなか十分に集まっ

ていないというようなことからそれだけで組むというのもちょっとしんどい。実際の対策の上でも地域で循環器と恐らく組みながら対策をやっていくということになる場合が多いでしょうから、それではこういう組み合わせ方でやってみようではないかということでもやったわけでありまして、必ずしも並列、並べ方として並列に致しましたけれども根本的に並列のものだと考えておったというわけではありません。それから藤永先生の、藤永先生のお話これは大都市の特に実態のわからない、どうしてもこれまでこういう話をいたしますと疫学研究の話というのはどうしても農村的な集団でないという調査がしにくいということからそちらの話が主題になってまいります。そこで藤永先生には大分無理を言って大都会でがんばって、とにかく言えるところまで出してもらいたいというところでも出しましたので、彼自身もまだ自分自身でこれで十分とは思っていないと言っておられますので、少しそのあたりはお察しして頂きたいと思います。

〈川口〉

藤永先生、今後の先程のプロトコールの中にですね、医療機関に対してかなり期待している部分も多いようにお見受けいたしましたが、上畑先生は非常に大事な点を指摘されました。中身はどうなっているのだと、本当に医療機関にそのまま渡してできるのかと、どういう指導がされていくのだということをきちんとして押さえているのかどうかと、そこのところはいかがですか。

〈藤永〉

先程、上畑先生からのご指摘で実際の医療機関でどういう指導がやられているのかということで、一応項目としては指導内容を聞いてはおります。これも更なる、例えば医療機関や、そうですね糖尿病の要指導に対してなどいろいろ分けて検討しなければとは思いますが、その時糖尿病の要指導者に対してどう指導しているのかと聞いていますので、スライドに示していないのですが、お話をすると、適正体重、これはあくまで資料しているというふうに答えたドクターの中でいろんな項目について聞いているのですが、適正体重について指導しているというドクターが94.2%、食事内容の実態把握は66%、1日に必要なエネルギー量の提示は76.7%、あとは食品交換表による指導というところまでやっているというのは54.8%、あと運動の実態把握が6、7割、運動実施の適宜評価が半数、等々という形にお聞きは

しとりますが、これもさらなる分析が必要かと思えます。

〈永井〉

私の誤解かもしれませんが、シンポジウムの組み立てが循環器疾患対策、及び糖尿病対策であるということの批判であるというのなら別にどうでもいいのですが、糖尿病対策は循環器対策である、したがって循環器対策をするなかで糖尿病対策は当然でてくるのだから糖尿病対策と言わずに、循環器対策と言えいいというのは間違いだと私は思います。原因が違うとかということではなくて、もちろん糖尿病が循環器疾患のリスクファクターになるということはあるにしても、糖尿病、血糖値が高いというわけではありませんで、特有の合併症がある、脳卒中の、高血圧の合併症として脳卒中があるのと同じようにいわゆる糖尿病と病態の合併症として、それこそ腎疾患、網膜症、その他があるのであってなんといえますか別に立てるべきであると考えます。

〈清原〉

私どもはもともと何故、1988年に久山町で糖負荷試験をやったかと言いますと、最初に脳卒中と虚血性心疾患がありきで申し上げましたように、血圧をいくら下げてもどうも発症者が減っていないよということ、他の危険因子が台頭してきているんじゃないかということで、耐糖能異常に目を付けて糖負荷試験をやったわけでございますので、私どもの捉え方はあくまでも、循環器疾患のリスクファクター把握のために糖負荷試験をやり、糖尿病というものが浮かび上がってきたとそういうことであれば、その循環器疾患の予防、ひいてはその糖尿病の予防にも高血圧の予防と同じように糖尿病の予防ということが入ってくるわけでございます。ですから、最初にリスクファクターがあり、そしてそれによって動脈硬化が進んで循環器疾患が起こることから考えれば、循環器疾患の予防には高血圧を予防するように耐糖能異常も予防しなければいけない。そうなってきますと、今度は糖尿病の一次予防として、今後何をすべきかということが大きな問題ではないかというように考えます。ちょっと話がそれるかもしれませんが、では糖尿病をいかにして地域の中なり、集団の中で把握するかというのは、これは非常にやっかいな問題ではないかというように思います。高血圧というの、血圧計が一つあれば健診どこに行っても測定して、休み、安静の時間でもいければ5分、10分で計ることが出来るので

すけども、耐糖能異常をいかに把握するのは、たまたま久山町は糖負荷試験をやりましたが、これはものすごいエネルギーがいりまして、2000人以上の人に糖負荷試験をやって、実は久山町側がもうこんな検診はしたくないと言ったぐらい大変でございました。ですから、こういうある特定地域で糖負荷試験をやってそれを実態調査とするといいいのですが、それを普遍化して、日本全国の事業所なり保健所でその耐糖能異常者を見つけるにはどうすればいいか、ということは大きな問題ではないかと考えております。

〈川口〉

清原先生からご指摘があったわけです。皆さん方もご存じのように脳卒中、循環器対策がこれだけ日本でもなんらかの形で成果を上げてきた。それには保健婦さんたちが血圧計を持っていろんな家に訪問して血圧を計って高いからこうしなさい、といろんなことをやってきた。糖に対してもですね、今はご存じのように私は医療機械屋の提灯持ちはではありませんが、簡易血糖計とかいろいろなものが出てきている訳でございます。そういう武器を持ってですね、そういうものを利用してまたさらに地域住民に対して、随時血糖、いろんな方が随時血糖、空腹時血糖を計りながら指導していく、そういう武器をやはり保健婦さんに与えていかなければいけないと思っていのです。ただ行って、あなたは食事、太っている、体重、体重ぐらいわかりますから、体重からBMIが太っているから減らしなさいよ。と言うのではなくて、やはり血糖を計ってみてこのとおり高いね、やはりもう少し食事に注意しなければならぬ、肥満に注意しなければと、全然インパクトが違ってくるのです。そういう意味で、かなり医療は進歩しているわけですから、そういう武器を持って私は地域に入っていって変わってくるんじゃないかなって感じがしています。これは行政対策として、感じているところです。フローアの方からいかがでしょうか。

〈多田〉

島根医大の多田ですけど、ちょっと小西先生の発表のからヒントを私も同じようなことを感じていたので、意見を言いたいと思うのですけど、地域保健法ですね、実施後ですね、今保健所という話も出てきますけど、一応基本的には市町村が主体でやる場所ですから、ほとんど検診団体が入ってきたのです。そういうことで我々も昔血圧の検診を始めた

ときも、そういうことをかなり強調したのですが、大変いろんな機械の精度管理が悪い、例えば過去やって保健所が中心になっていろいろ町村とやっていたころのデータとですね、そういう団体が入ってからのデータが全く一致しないようなことがたくさん出ております。例えば血圧計一つにしてもいろんな会社が自動血圧計を出しております。事業者自体はかなり合理化していきたいということで、そういう機械をかなり導入してくるのです。そういうことで大変そのへんについても今、糖尿病のことも同じことが言えますけれども、そういうことをやっぱり一般化するにはどこまでどうしたら出来るかというような事もですね、学問だからそうじゃないと言われるかもしれませんが、数値になってしまうと例えば身長、体重一つにしてもですね、数値になると大変いろいろトラブルがありましたね。そういうようにその辺の意識を精度管理的な面でも是非押さえて頂きたい。それから小西先生の発表でもありましたように、検診当日なかなか指導しないというのも現実的に起きていることです。というのがほとんどですね、当日出るデータが少ないと言うようなことからですね、次にやればいいし、来た人はすぐ帰っていくから時間が節約できるから、こういう健診システムでいこうというようなかっこうで、ある程度後でみな検査することが多いわけですが、結果がわかってからやろうとですね、今度結果をわかってから保健指導すると集まる人は検診に来たときの半分しか集まらないという現状が現実にあっています。そういうことで、是非とも、今日、小西先生方が問題提起された、あの辺の問題というのはですね、我々が昔・脳卒中対策をやった時の基礎血圧なりそういう随時血圧なりの区別その他のことをですね、きちっとやっぱりマニュアル人間的な人が大変増えておりますので、その辺もやっぱり先生方のモデル地区だけでなく、そういうものを一般行政化して団体になって現在我々はいろんなものを現場に出て感じていますので、その辺是非とも小西先生が指摘されたようにですね、もっと評価とかそういう所にご利用頂ければと、そういう具合で思っております。

〈小西〉

精度管理の問題ですけれども、わたしが愛媛県にまいりまして新しいフィールドを始めようとしたときに、検診団体が2つ入っているのですね。それがこう全く別々にやっているような状況であったのですけれども、やはり精度管理というのは非常に重要

で全体として見ていくためには両方共通した形で見ないといけないということで、これは私たちと市町村、保健所それから検診団体を入れて話し合いをしまして共通なものでやろうというようなことで始めております。そういうような、例えば、問診一つにしてもですね、取り方が全然違ったりすると全部一つの市の中でいろいろ分析するにも差し支えが出てくるわけですね。そういうことで精度管理というのは非常に重要だと思いますのでその辺はできれば、保健所が中心になってですね、精度管理の面でいろいろと変えていけるところは変えていくように指導して頂きたいと思っています。それから、事後指導とかいうことについては、我々のところでも確かに時間がなくて、当日データが出てこないから別の日に来てもらう、そういうような検診のやり方もしているわけですが、なかなか思うようには集まらないというのも現実だと思います。個別指導と同時に集団指導も入れてですね、ぜひ検診の後のデータを十分に理解してもらうような努力が今後ますます重要になってくると思うのです。自己管理、自己責任の時代ですから自分の健康を自分で守る、そのためには自分の健康指標というのをしっかり持ってもらうような指導というものがぜひ必要になってきます。そういう面で私のところで調べますと、例えば自分のコレステロール値というものをどれほど皆さん知っているかと調査いたしましたら、女性で10%、男性で5%くらいの人しか、自分のコレステロールレベルがいくらあるかというようなことを認識していないですね。コレステロールというのは、私は一つの健康指標として重要なものだと思っているのですけれども、これから心筋梗塞あるいは皮質枝系脳梗塞というもの、増やさないようにして脳出血性、穿通枝系脳梗塞を減らしていくためにはやっぱりコレステロールのコントロールというのは適当なところに持っていくというのは重要なので、そここのところ認識状況をしっかりと持ってもらう。市町村ではそういうことも可能な訳です。認識状況がどう変化したか、それが事後指導の効果、評価にもなってくるわけで、先程、嶋本先生がおっしゃったように、その疾患の罹病率がどう変化したかというようなことの評価まではいかなくても、そういった当たりの問診なりで継続してやっていけば評価が可能になってくる、そういう形で今後とも取り組んで頂きたいなとそういうふうに思います。

〈清原〉

精度管理管理のことで、追加させて頂きたいのですが、糖尿病ですので、糖尿病関連の血糖値、それからヘモグロビンA1cはですね、検査会社の測定というのは非常に安定してきていますので、特に日本の糖尿病学会がヘモグロビンA1cのスタンダードなどを作っていますから、日本全国検査会社はだいたい安定してきていると思うのです。ただ問題なのは、現場のほうですね、採血するやり方で血糖値のばらつきが出てきているのではないかと思います。血糖値というのは採血しまして置いておきますと、採血から測定までに時間がありますと、赤血球が血糖値をくってしまうのですね。ですから午前中に採血して午後測定すると血糖値が10から20ミリまで下がってしまうというようなことがよくありまして、検診ですぐ測定した場合は高血糖なのだけれど病院で測定してもらったと正常値だということになることがありますので、血糖を測定する場合は必ず解糖阻止剤を入れるか、採血後すぐに測定しなければ血糖値にばらつきが出るという問題がございます。

〈川口〉

ありがとうございます。実は精度管理の問題は非常に重要な問題だろうと思います。さっき小西先生が保健所のほうの役割ということを少し、皆様方も恐らく期待していると部分があると思います。どなたか保健所の方おられますかね。

〈藤田〉

静岡県の御殿場保健所の藤田と申します。ちょうどコメントと説明のお願いがあるのですが、まず、精度管理についてですけれどもちょっと少し観点を変わらせてお答えしたいと思います。私、県に入る前に大学病院とか民間の病院にいましたので、その時に住民検診だとか、あるいは企業の検診に立ち会っていたので違った観点でお答えしたいと思います。私が検診を担当したときに、事務方の方から検診の結果で要指導とか要医療とかその割合によって、その事業者の方が労働基準監督署に届けなければならないということがあるものですから、何%に押さえてくれと、そういうようなサプレッションがかかります。例えば、保健所で科学的なことを説明しても、そういう検診機関でサプレッションがかかっていますので、労働省関係と厚生省とか、保健所も含めてですけれども、そこでの連携を持ってやっていかなとなかなか難しいかなと思います。本来として私の聞いたかったことを申し上げますけれども、ま

ず第1点が低コレステロールから血管壊死になっていくという図があったのですが、いまひとつよくわからないのですが、例えば低コレステロールで、私の予想なのですが、低コレステロールでそういうコレステロールのアンバランスが起こって結果的に微小血管の壊死が起こって血管壊死が起こるのか、あるいはそういうアンバランスで例えば血管壁のそういう蛋白とか糖脂質のそういう構成が悪くなってアンバランスになってこうなってしまうのか、機序の方を説明して頂きたいと思います。第2点、多くて申し訳ないのですが、危険因子とか生活習慣ですか、そういうものを問題にしてもなかなか効果が上がらないというお話がありました。この点は出来れば、厚生省の方がいいのですが、学校保健、私個人的にも学校保健医に関して興味があるものですから、大人ではなくてそういう保護者も含めた学校保健との関わり合いでもってそういう教育をしたらどうかと思いました。あと合併症を把握することが難しいとか罹患率を全国レベルで把握するのは難しいというコメントが、お話があったのですが、これはまるっきり私の個人的な意見なのですが、死亡小票があります。死亡小票で見えますとなかなかおもしろい表記の仕方がありますが、出来ればその小票の方を例えばその死因の方が3つあります。あともうひとつ4こ目にその他というのがありますけれども、できれば死亡診断書にも例えば合併症みたいなものを書けるような書式にしていけば合併症に関しても、そういう罹患率でも死因じゃない直接死因じゃないにしても、そういう例えば糖尿病だとかあるいは心筋梗塞だとかそういうものに罹っていたという情報が得られるわけですから、修正かなにかあればどうかと思いました。あと対話のある検診であるとか、あと結果説明時の教育のお話があったのですが、できれば、医療機関でやって貰いたいというのはわかるのですが、医療機関の場合でもやっぱりある意味では検診の結果説明では、横には普通の一般の患者が待っている訳ですよ。そういうとなかなか3分間診療とか言われる時代ですから、そのへんを行政の方で、コストをしっかりと払って頂かないとそういう医療機関もなかなか出来ないと思います。時間の設定だとか、あるいはお金の面ですね、それについてお願いします。

〈川口〉

ありがとうございます。非常にたくさんのごことが聞かれましたので全部答えるには13分しかございませんので、コレステロールと脳卒中の話どなたでし

たか。

〈小西〉

私ですけれども、これはもう今回のシンポジウムの題とあまり関係がない、直接関係がないようですので、是非文献を読んで頂きたいと思います。血管壁の内膜の血管浸潤から自己融解が起こって血管壊死がおこると簡単に言えばそういうことです。

〈川口〉

それから、死亡小票についての分析ですが、実は私どもがやっているのです。全国の死亡小票を全部取り寄せまして、第1、第2、第3死因全部やっております。私、糖尿病の疫学班を永井先生といっしょにやっております、私も厚生省の統計情報部にいたものですから死亡小票、やはり死亡小票では把握しきれないといったことが本音のところがございます。それから医療機関の指導のなかにそういう医療費体系をかえたらもう少し変わるのではないかということは、私、非常に示唆に富んだご提案だと思えます。これは生活習慣病というのはただ生活習慣に関わるから生活習慣病と名前を打ったのではなくて、もし生活習慣に起因する病気だったら生活習慣に重視した、例えば出来高払い、今のような個別の出来高払いではなくて、丸めて一人当たり請負方式でやってくれる包括医療方式とか、それも指導も含めたですね、そういうふうな形のものを含めて検討していかなければいけないと思います。しかし、その場合にもっとも大事な事は、さっき上畑先生の言われたようにその指導の質、中身が何を指導されるか、ちゃんと行われるかそちらの方が非常に大きな問題になってきます。そういうふうな事をきちんとやっつけていかなきゃならないだろうと思っております。精度管理についてはまたいろいろな意味でいろんな条件がある事はわかりましたので、保健婦さんの方でどなたかおられますか。

〈山崎〉

保健婦ではありませんが、保健所の立場からちょっとお話をさせていただきます。福井県の敦賀保健所の山崎と申します。保健所今630余りになったらしいですが、そのうちですね政令指定都市型の保健所と都道府県、県型の保健所随分質が違うので、県型の保健所のイメージで申し上げさせていただきますと、いろいろと保健所に期待して頂いているのはきついですね、今までの保健所の実績等に基づいてのご期待だと思って非常に有り難いものだと思って

いるのですが、現実にはなかなかですね、老人保健法で市町村に老人保健事業が活かされて以来、現実には市町村事業に老人保健法がなっているということ、もしくは地域保健法で現在非常に人員削減が行われているというような問題ですね、対物サービスはともかく、対人サービス、特に一般的対人サービスは市町村にしろということになっておりまして、保健所がもし関わるとすれば、市町村からこういうような問題に関して解明してほしい、といった具体的な要請があった場合は市町村を指導するというのが地域保健法のなかでしっかり明記されておりますのでできるかなと思っております。ですから、もし保健所にそういうようなことを期待される部分がおありであれば、我々も同じことですが、やはりその市町村で何が問題かということをしてできるだけ明示していただいて、それで例えば先程の脳卒中が多発しているとか、各市町村と比較してこの町村は問題があるというようなことを大学の先生等にも精一杯市町村のデーターを見て頂いて、そして市町村に働きかけて頂ければ我々は動くことが可能かと思うのですが、なかなか市町村の求めなしに我々がこういうような問題があるというふうに市町村に言っても現在のところ動きにくい部分があると思っております。ただ、市町村も今介護保健でバタバタしておりますけれども、介護保健の担当者自身も介護予防って言いますか、このままではできないと、やはり予防事業が大事だというようなことを認識しておりますので、市町村への働きかけを大学の先生等もデーターを基に説得して頂ければ、我々も協力していく余地もあるのではないかなと思っております。よろしく申し上げます。

〈川口〉

どうもありがとうございます。おそらく市町村の方がおられれば、今の発言を聞いて一言、そのままそうですねというふうに言われるのでしょうか。市町村の方おられますか。保健婦さんでも結構ですよ。ほんと保健所に私ははっきり申し上げて、保健事業の評価のときに、保健、市町村の評価をするのはやはり保健所と市町村が一体となってやって頂きたいというふうに申し上げました。地域の保健情報をきちんと疫学的に分析して、そしてきちんと何が問題なのかということ把握して市町村に示してあげる、市町村は現実問題、介護保健があり、老人保健があり、小児保健、母子保健があり、とにかくてんてこ舞いをしているわけでございます。どうしても自分の業務に追われてしまう。それをもう少し広

い立場で市町村間の比較、県との比較、あるいは国とのデータの比較、そういうことをきちっとやって、少なくとも保健所は地域における公衆衛生の専門機関と言えるのであれば、それだけの専門性をもってやはりぜひアプローチをして頂きたいし、そのことを私は強く保健所に期待しているのです。今、保健所に対し、リストラもあって人が足りない、保健対策に対して予算もない金もない人もないということは良く聞きますけれども、私は、いずれ消費税が今の5%ではもたない、いずれ10%、15%になっていくと思うのです。その時に、否応なくとも福祉目的税にせざるを得ない。介護保険でとか医療費です、その膨大な費用を食っていったらもたないのです。どうしても保険投資、予防投資につなげて介護保険のお世話にならないような医療費の、ただ治療費だけの医療費に終わらないような予防にもっていかなければ、これからの医療は持ちこたえないんですね、21世紀に向けて。そういう方向の中で、保健投資、予防投資に何をやるの、その効果はほんとに医療経済を含めて効果があるの見せてください、と言われたときに我々、保健サービスをやった人間がその証拠すらもっていませんというのでは、その手当てがなければもうどうにもならないのですよね。ですから私は、そういう意味で保健所が是非、地域の高度専門機関としての役割を果たせるような体制を地域で作って欲しいし、これから市町村も、よくタイアップしてやって頂きたいというのが私の意見でございます。

〈嶋本〉

少し私も付け加えさせてもらいたいと思うのですが、先程の御殿場の藤田先生、それから今の敦賀の山崎先生、保健所の立場から、苦しい立場から色々、積極的に発言して頂いたのですが、やはり川口座長も言われたように、地域保健法との両方で重層的にやるということになっておる、その分を市町村からやかましく言われたらやるけども、まあやる気がないというように聞こえなくもないと言うわけでありまして。例えば、学校保健の問題でリスクファクターの問題、子供のときからどうやったらというようなお話がありましたけれども、これは公衆衛生学会ずっと終えてきて勉強してきたならばそういう試みをやって、発表しているデータがございまして。今度も茨城県の協和町からそのデータの発表もありますから、どうぞひとつ見て頂きたいと思っております。ここで詳しいデータをない時間で言えませんから、ご覧頂きたいと思っております。それから死亡小

票だけでは苦しいと川口先生が言われたのは、これはやはり昔と違いまして、脳卒中を減らしましても発生が減っても生存、生き残りですね、これはリハビリとかそういうことは進歩いたしましたから当然ながら後遺症を抱えても生き残る人が随分増えてきたわけです。そうすると今後の寝たきりとか痴呆とかいう問題との兼ね合いを考えると死亡率だけでは充分でない、全国的にと申しませんけれども、やはりモニタリングのできるような地域ではこれは罹患率ということを押さえたいかないと、それから病型の変化ということを見ていかないと全国データでそういうふうなものを得ようとしても得られない。しかし必要なものは必要な訳です。全国データは死亡小票しかなんともならないでしょうから補い合うしかないわけで全国では得られないがモニタリングできる地域で得て、それをリスクファクターの解析に使うとか、あるいは寝たきりやほけがどうなったかということと、どうつながったかというところを見ていかないと死亡小票だけからのスタートでは難しかりょうと思っております。それから山崎先生が仰られたように確かに保健所の人員削減なんかで大変な訳ですけれども、やはり普段から協力体制をとっておきませんと、いざいざときだけ助けてくれと言われた、さあ出ていく、ということで果たして十分なサポート、指導ということが出来るかどうか、ずっとそういう技術力を保持しうるかと、これは非常に大きな問題だと思っております。普段やらずにおいていざいざときだけやるというのは、我々だって自信がないと正直言っ言わざるを得ないというわけです。そういうところはやはり突き放したことは言わないで、もうすこし普段から温かい手を市町村に忙しいと思えますけれども、差し伸べて頂きたいと私はそう思います。

時間が大変迫ってまいりましたので、まだまだ時間があればちょっと尋ねたいと思っていたこともあるのでございましてけれども、もう時間が参りましたのでこれで終わりにしなければなりません。脳卒中、虚血性心疾患につきましては3人の演者の先生方からかなりこれまでの対策の成果、しかし今後残った高齢者の寝たきりや痴呆を予防するための介護保険との係わりなんかも含めての問題、どうやるべきかそれからさらにその元になる結局のところは高齢になるまで元気でやれるような恰好で高血圧そのものを一次予防しなきゃいかんというところに来るわけで有りまして、今日はその一次予防のそのさらに詳しい所までは話がいかんかったと思っております。しかしそういう観点でお話をいただいたと思

います。それから糖尿病についても清原先生にはつきりお話頂いたと思います。それから糖尿病の一次予防それ自体の予防ということでは循環器に比べてまだ、例えばそのスクリーニングの指針にしても管理方針にしても、あるいはリスクファクターとの関わり、生活習慣との関わり、有病率の問題、それから合併症把握といったことで、まだ現状としての実情としての把握が循環器ほどのデータが豊富にないという永井先生のご指摘は一生懸命データ集めて頂いたわけですから、痛切にお感じになられている所だと思います。これはやはり、われわれは謙虚に受け止めなければならないと思いますし、そうゆうことに基づいてこれから次の対策をやって、次にその評価をすべきであろうと思います。評価というのは非常にやかましく言われますけれども、やはりしかるべき方針に基づいてきちっと対策をやらないうちで評価だけを急ぎましても得られるものはあまり無いということで足元しっかり見つめてやってくれということがおそらく永井先生のおっしゃりたいポイントではなかろうかと私は受け止めたわけでございます。糖尿病についてはこれから増えてきて重要だということもポイントは一致していたと思います。ただ今言われましたような諸問題についてこれから大いに努力を必要とするそういったことが結論でなかろうかと思えます。また、藤永先生から非常にこういうことではデータが出にくい東京都という大都会で悪戦苦闘しながらなんとかデータを出していただきました。ただフロアの上畑先生からもご指摘ありましたようにまだそういつてはなんですが、他のデータに比べるとまだ多少突っ込みが甘い、ご自身がそう言うておられるわけですから、實際上役立てるためにはこれを更にお詰め頂いて、またこういう機会にぜひ発表して頂ければと思います。

非常につたないまとめで、まとめとも言われなくてもかもしれませんが、少なくとも両疾患の現状とこれまでの経過、今後どうあるべきかということについての方向性だけは示し得たのではないかと思います。それでは時間になりましたので、これで終わりたいと思います。どうもご静聴ありがとうございました。

20000902

以降は雑誌/図書等に掲載された論文となりますので、
P.74-76の「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。

