

## 福島県民の健康長寿を目指して

福島県立医科大学 理事長兼学長  
竹之下 誠 一

福島県医師会 会長  
高 谷 雄 三

福島県保健福祉部 部長  
井 出 孝 利

福島県医師会 副会長（司会）  
佐 藤 武 寿

福島県立医科大学  
糖尿病内分泌内科学講座 教授  
島 袋 充 生

福島県医師会 常任理事  
岩 波 洋

# ◀◀ 新春座談会 ▶▶

## 福島県民の健康長寿を目指して

福島県立医科大学 理事長兼学長  
竹之下 誠 一

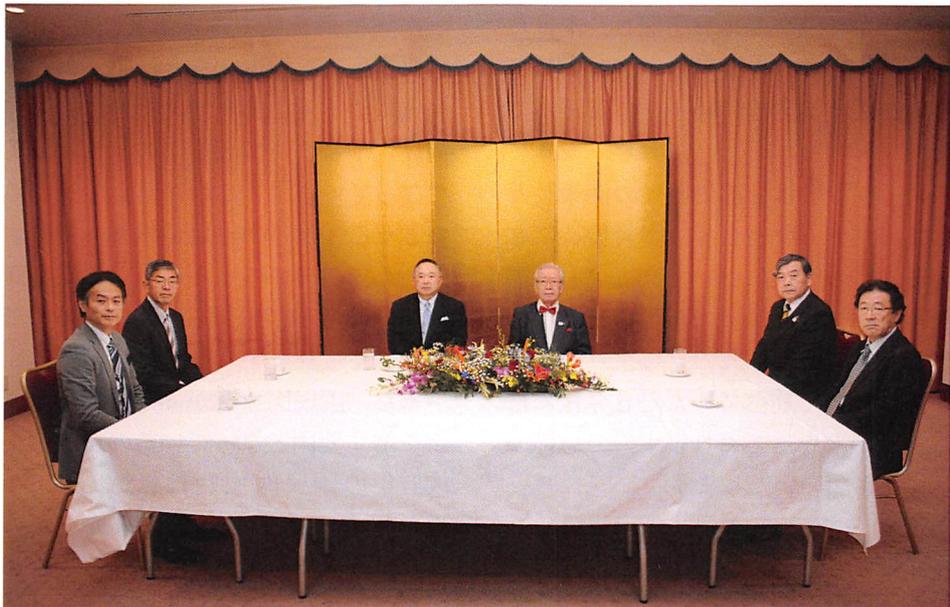
福島県医師会 会長  
高 谷 雄 三

福島県保健福祉部 部長  
井 出 孝 利

福島県医師会 副会長 (司会)  
佐 藤 武 寿

福島県立医科大学  
糖尿病内分泌内科学講座 教授  
島 袋 充 生

福島県医師会 常任理事  
岩 波 洋



**司会** 新年明けましておめでとうございます。これより毎年恒例となりました福島県医師会新春座談会を始めさせていただきます。私は県医師会で広報を担当しております副会長の佐藤です。本日の司会を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

まず初めに、福島県医師会の高谷会長よりごあいさつ申し上げます。

### あいさつ

**高谷** あけましておめでとうございます。

本日はお忙しいなかお集まりいただきありがとうございます。



昨年は全国の医師会が設立70周年を迎えた年であり本会においても去る11月23日(木・祝)に第150回福島県医師会医学大会と福島県医師会設立70周年祝賀会を同日開催し、本日も

お越しの井出部長をはじめ横倉日本医師会会長にもお越しいただき盛会裡に終了することができました。

本日の新春座談会は「福島県民の健康長寿を目指して」をテーマとして、震災後特に悪化している本県の健康について、福島県・福島県立医科大学・当医師会の担当の方々にお集まりいただき、それぞれの立場より取組状況や課題等について述べていただき今後に役立てていきたいと思っておりますので忌憚のないご意見をお願いいたします。

### 健康寿命がクローズアップされる 背景

**司会** 本日の座談会は、全国的にも関心が高い健康長寿を取り上げ、「福島県民の健康長

寿を目指して」というテーマで進めていきたいと思えます。「健康長寿の延伸」という言葉は、平成25年度からスタートしている国の「健康日本21 (第二次)」計画の基本方針のひとつになっているところですが、このように健康長寿がクローズアップされている背景や全国の状況などについて、まず、福島県保健福祉部の井出部長からご説明をお願いいたします。

**井出** 医師の先生方を目の前にして釈迦に説法となってしまいますが、今の日本の状況について簡単にご説明したいと思います。

現在の日本の平均寿命は、男性が80.98歳、女性は87.14歳です。これは香港に次いで世界第2位であり、平均寿命が非常に長い国として知られています。しかし、一方では生活習慣病が増え、また、寝たきりや認知症といった高齢化に伴ったさまざまな問題が起こっているという状況にあります。このため、単純な平均寿命ではなく、元気で長生きできる「健康寿命」という考え方が大事だという認識が生まれてきています。

疾病構造を見てみますと、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病など、生活習慣に基づく病気による死亡者が増えており、慢性疾患の重症化や合併症で要介護の状況に陥る方も多くなっています。これは、食生活が欧米化してきたことと運動不足が相まって肥満が非常に増えてきていることから、この肥満が生活習慣病の増加に影響を与えているのではないかと考えられます。

また、国民医療費が非常に増加し、財政赤字を増す要因となっているのが実情です。平成27年の国民医療費は42兆3,600億に上り、近い将来にはこの1.5倍にまで上がってしまうという試算も出ています。そのため、国では平成24年に「健康日本21」を定め、25年からスタートさせました。この中には、本日のテーマであります「健康寿命の延伸」に加え

結果、糖尿病が増えたことでのリスクのほうがかかなり大きくて、結果的に30倍以上になるということが分かりました。福島県はもともと心筋梗塞が多かったところに加えての糖尿病の増加ですので、心筋梗塞がこれまで以上に増えてしまうことを危惧せざるを得ない結論となりましたので、県全体でその対策を考えなければならぬと思っています。

**司会** ありがとうございます。これについて井出部長は何かお感じになることはありますか。

**井出** 心筋梗塞についてですが、これまで専門の先生方が一生懸命に努力されて指導もしてきたはずなのに、数字が悪くなっているというのは考えにくいとおっしゃる方もいらっしゃいます。真の心筋梗塞のデータはどうか県としても関心のあるところですので、そのあたりを確かめたいと思っているところです。

**岩波** 確かに当医師会でも数年前から死亡診断書の書き方について議論がありまして、以前は亡くなって死因がわからないと「心筋梗塞」と書くようなことが多くありました。そこで、現在は、わからないときは「不詳」と書くことになっていますので、何年かするとききちんとしたデータが出るだろうと思います。



**司会** ありがとうございます。その辺をぜひ検討していただきたいと思います。

### 糖尿病への早期介入の重要性

**司会** 次に、昨年の国民健康・栄養調査で糖尿病の患者さんが1,000万人を超したという報告があったのですが、生活習慣病の予防の

観点から島袋先生にお伺いしたいと思います。

**島袋** 先ほどお話がありましたように、心筋梗塞を発症して、その後、重症化して亡くなるというプロセスの中で、糖尿病は心筋梗塞の発症と重症化それぞれに大きく関わります。心筋梗塞や脳卒中（アテローム血栓性脳梗塞）を起こす割合は、コレステロールによるものが20～25%で、これはメタボは関係がありません。しかし、残りはほとんどメタボ型・糖尿病型なんですね。糖尿病が原因になる心筋梗塞は15%から20%で、最も多いのは、メタボあるいは境界型で心筋梗塞を起こす人で50%を示します。メタボ・境界型と糖尿病を合わせると実は7割ぐらいあるんです。したがって、心筋梗塞・脳梗塞を予防するには糖尿病であるかどうかとも重要ですけど、その前の肥満という状態も併せて考えることが重要です。肥満という要素に介入して減らすことが心筋梗塞、脳梗塞の根本的な発症予防につながると考えられます。

健康長寿にかかわる病気のほとんどに肥満や糖尿病がかかっています。梗塞に関してはメタボに介入することが重要ですけども、一方がんや認知症に関しては糖尿病にしっかり介入することが有効ということがわかっていまして、そうした肥満と糖尿病の両方にアプローチすることが大事だと思います。

**司会** 島袋先生は糖尿病性腎症重症化予防プログラムにも関係なさっておられますが、このプログラムはどのような内容で、効果はどのようなものだとお考えでしょうか。

**島袋** 糖尿病腎症は現在厚労省で進めている重症化予防の中心ですが、その背景にあるのは「心腎連関」という考えです。今は心筋梗塞の治療が大変進んでいまして、福島県の各医療施設でも大変いい治療がなされています。改善すべき点は、心筋梗塞や脳梗塞の発

症予防の方法なのです。

心筋梗塞の原因は、先ほど言ったようにコレステロールとメタボ・糖尿病ですけれども、実はメタボや糖尿病の中に隠れているのが腎症なんですね。LDLコレステロールが高いだけでは腎症は起こりにくいのですが、メタボまたは糖尿病をもって腎症を起こし透析にいたる例が福島県でも半分以上をしめています。したがって、腎症に対するアプローチは結果的に心筋梗塞や脳梗塞の予防につながるのです。

ただし、糖尿病腎症の重症化予防だけでは末期腎不全への進行を遅らせる効果として十分ではなく、腎症の発症予防が最も重要です。いずれにしても、心筋梗塞・脳梗塞予防には、糖尿病・メタボの治療と同時にこれらによる腎症の発症予防が重要です。

**司会** 糖尿病の患者をずっと長く診ていると、コントロールがとても悪いのに腎症を発症しないという方も多くて説明がつかないことがあるのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

**島袋** 糖尿病から腎症になるのは3割で、残りの7割はコントロールが悪くても腎症にならないことがわかっています。これだという答えはまだ見つかっていませんが、遺伝的な理由と考えられています。ただ、3割の人は血糖・血圧コントロールが悪いと確実に腎症を起こしていきますので十分な注意が必要です。

**井出** スクリーニングをかけることができれば、その中から重症化予防のプログラムに乗せていくことができるのだと思いますが、健診を受けない、食生活にも関心が低いという人たちの中にたくさん患者さんがいるのではないかと思います。それをどうやって見つけるのが難しいですが大事だと思っております。

我々としましては、先ほど竹之下理事長が

言われたように、データの提供と解析対策の実践を連動して進めていくことが非常に有効ですので、医科大学、医師会、そして県が一体となって進めていく体制づくりをさらに推進したいと考えております。

**司会** ありがとうございます。さまざまな視点から健康寿命と生活習慣病の予防についてお話しいただきましたが、これまでの発言に対してご意見、ご質問がありましたらお願いいたします。

**岩波** 気になっているのは、例えばHbA1cがいくつからだったら治療するかということにしても、内科の先生方の考え方が異なっているんですね。女性ですと更年期になるとLDLコレステロールが上がってきやすいですし、どういう数値のときに内服治療をしなければいけないのかということが統一されていないといえますか、医者側でも考えが違うものですか、なかなか難しいと思うことがありますね。

**島袋** LDLコレステロールの目標基準は、医学的エビデンスに基づいたガイドライン(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)が出ていますので、それに従って行う必要があります。LDLコレステロールが高いことによる心臓血管病のおこり方にはかなり男女差、疾患差があります。健康な女性はコレステロールを下げてあまり効果がなくて、問題になるのはほとんど男性や糖尿病、冠動脈疾患患者です。薬を飲むべき人(薬で心筋梗塞が減らせる人)は決まっているのですが、先生がおっしゃるように、医師の間に「内服により狭心症・心筋梗塞が減る対象者」の存在が十分認識されていないと思います。

**司会** 本日、島袋先生が提供してくださった資料で、糖尿病について「徳島県医師会糖尿病認定医」の事例についてご紹介いただきたいと思います。福島県においてもこのようなローカルな認定医をつくったほうが良いとい

て、「健康格差の縮小」も重要なキーワードとして盛り込まれております。特に福島県は地域による健康格差という問題を抱えておりますので、県といたしましても、これを解決していかなければならないという認識でさまざまな施策を講じているところです。

**司会** ありがとうございます。確かに生活習慣の乱れが問題になっていますね。島袋先生は沖縄のご出身だそうです、何かお気づきになった点はございませんか。

**島袋** 今ほど井出部長から、肥満が背景となる慢性疾患が健康長寿に影響している可能性があると同いました。沖縄県は肥満が全国一



多くて、まさにおっしゃるとおりのことが起こっています。肥満になってすぐ慢性疾患が現れるのではなくて、まずメタボになって、脂肪肝や肥満2型糖尿病になり、その後

に慢性合併症、具体的には、神経症、網膜症、腎症それから健康長寿にかかわる脳梗塞、心筋梗塞、がん、認知症、転倒・骨折を起こします。これらはすべて肥満が影響していることがわかっていまして、福島県でもまさにそういうことが起こっている可能性が高いと思います。

**司会** ありがとうございます。今お話しただきましたように「健康寿命の延伸」という命題と「生活習慣病の予防」の対策は不可分の関係にあると考えられるわけですが、この点について、国民・県民の現状認識や意識はどのようになっているのか岩波先生に伺いたいと思います。

**岩波** 生活習慣病に関してですが、これまで県医師会としてはがん検診を中心に行ってま

いりました。しかし、なかなか受診率が上がらないのが実情でした。特に都市部の受診率が非常に低くて、郡山、福島、いわき、会津若松の受診率は15%前後でした。全国的にも、例えば神戸ですと5%という状況で、いかに都市部の受診率を上げるかが課題となっていました。そこで、集団ではなくかかりつけの先生のところで検診が受けられる施設検診が始まりました。

さらに、がん検診ばかりではなく、生活習慣病の予防に力を入れていかなければいけないということで、平成20年から特定健診が始まったわけですが、特定健診はメタボリックシンドロームに特化した健診であるために、受診者が困惑して受診率が急に下がってしまいました。また、保健指導を受けずにやりっ放しになっている方がたくさんいらっしゃいます。もう少し魅力ある項目を増やすなどして受診率を高めたり、早めに保健指導を受けられるように工夫しないと、以前行っていた基本健康診査と同じになってしまうような気がしています。ただ、特定健診になって良かった点としては、「メタボ」という言葉が一般的に周知されることで、国民・県民が生活習慣に少しずつ気をつけるようになってきたことだと思っています。

### 福島県的生活習慣病の現状と課題

**司会** それでは、次に、福島県の健康寿命の状況や生活習慣病の現状と課題について、井出部長にお伺いします。

**井出** 本県の状況についていくつかお話ししますと、もともと福島県民は塩分摂取量が多い傾向があり、かねてより心筋梗塞などの死亡率が高い状況にありました。それに拍車をかけたのが震災による影響だったと思います。長期にわたる避難であるとか、放射能の不安から外に出ない、野菜をあまり食べないというようなことがあり、心筋梗塞はいまだ

に全国でワースト1のままです。また、メタボリックシンドロームは、先ほど話題になりました沖縄県がワースト1ですが、次が宮城県、そして福島県がワースト3という順番になっています。

健康寿命で見てみますと、震災前は、男性が全国で34位、女性が16位だったものが、最新のデータでは、男性が41位、女性が35位と明らかに下がってきています。また、介護認定率は全国平均を少し上回る程度であったものが、震災後は被災地域の介護率が10ポイントぐらい急上昇していますので、今はまだ緊急事態が続いているのかと認識しているところです。

これらの現状を踏まえ、病気になる前のところでなんとか食い止めたいたいというのが私たちの願いであり、予防に対するムーブメントを起こしていくためのさまざまな取組を始めたところです。

**司会** ありがとうございます。では、福島県立医科大学としては、我が国や本県の現状をどのように受け止められているのでしょうか。竹之下理事長にお願いいたします。

**竹之下** 福島県立医科大学附属病院は病気を扱う特定機能病院ですから、やはり関心が高いのは死亡率です。そうしますと、震災前の2010年、震災後の2015年、どちらも男女とも心筋梗塞の死亡率が日本で一番悪いということは大変深刻な問題です。

では、心筋梗塞をいかに減らすかというこ

とですが、高血圧、糖尿病、脂質異常などが危険因子になりまして、いずれもメタボリックシンドロームが関係しています。井出さんが指摘されましたよう



に、本県のメタボ率は全国で3番目に悪いという状況ですから、もともと心筋梗塞が多いところへ、さらにその危険因子を持つ人が増えたということは、この先、死亡率が落ちることはないのではないかと非常に危惧されます。心筋梗塞の危険因子は脳卒中と共通していますので、健康寿命を延ばすためには、いかにこの危険因子を減らして心筋梗塞や脳卒中を防ぐかにかかってくるので、いわゆる疾病対策から予防医療に転換していくことが重要になるわけです。

危険因子となる高血圧、糖尿病、脂質異常などは、例えば薬を飲む、食生活を改善する、運動量を増やすなど、自分が決断して努力すれば危険因子を減らすことができますし、たばこも本人が決めればやめられます。つまり、自分の健康を保持増進して病気になる危険を減らすには自分自身の努力が大事であるということ、まず皆さんに知らせるべきでしょうね。

また、別の面でいいますと、健康寿命を延ばすということは、要介護や寝たきり、認知症を防ぐということですので、最近よく言われるようになったフレイル・サルコペニアにならないようにしなければなりません。そうしますと、筋肉の力をつけたり心肺機能を維持するためにも、運動をもっと奨励すべきであるということでは全般に通じて言えることではないかと思っています。

**司会** ありがとうございます。ところで、医科大学では、避難住民の支援活動を通じた研究で、放射線の影響よりも生活習慣の変化に伴う糖尿病増加の方がリスクが高いと発表されていますが、これについて簡単に説明していただけますか。

**竹之下** 健康リスクコミュニケーション学講座の村上准教授らが、相双地域において被ばくした量からがんになるリスクと糖尿病が増えたことでがんにつながるリスクを比較した

うご意見だと思いますが、これについて少しお話をいただけますか。

**島袋** 福島県の糖尿病の専門医数を調べてみたところ、人口当たりで全国平均の6割と少ないんですね。それを一気に増やすことはできませんので、実際糖尿病診療にかかわっておられる非糖尿病専門医の先生方に糖尿病の標準的な治療を実践していただいているという提案です。糖尿病の治療は標準化されていて、その通りに行えば多くの糖尿病合併症や健康寿命の改善につながります。徳島県ではローカルの「糖尿病治療認定医制度」を導入しています。これは内科だけではなく、糖尿病診療にかかわる整形外科や脳外科の先生にも糖尿病治療にかかわる講義を受けていただいて、受けていただいた方に医師会や県のホームページに名前を載せて「糖尿病治療認定医」としてインセンティブを得ていただくというものです。治療方法の改善により糖尿病合併症が減り、非常にうまくいっているということでした。これを福島県でも考えてみてはどうかと思っています。すでに活動がさかんな福島県糖尿病療養指導士と同じような仕組みですが、療養指導士制度は医師の参加が少ないことが課題でした。ですから、やはりインセンティブの問題は大事で、これについてはHPで名前を出すことが有効だったと聞いています。

もうひとつ追加させていただくと、福島県は県土が広いので、ウェブなどを使って糖尿病専門医と非専門医が相互にコミュニケーションをとり診療や情報交換をおこなうことが有効ではないかと思っています。

**司会** さまざまなご提案を含めてご発言いただきました。ありがとうございます。

### 今後取り組むべき課題

**司会** では、次に、現在取り組まれている事業と、今後、福島県として力を入れて取り組

むべき対策等についてご意見をいただきたいと思っています。まず、井出部長からよろしくお願ひします。

**井出** 先ほど、国も健康寿命の延伸に力を入れていると申し上げましたが、本県では、健康寿命を伸ばしていくために、県民運動のテーマに「健康」を掲げ、県民を挙げて健康になろうという気運を盛り上げたいと考えており、「食」と「運動」と「社会参加」を3本の柱にしています。



では、それをどうやって健康につなげていくかということですが、まずは個人を健康にしていくことが大事で、その次に職場・学校と広げ、さらには地域全体へと展開していくことで健康づくりと地域づくりが一体となるのが最終的な姿だと思っています。

個人へのアプローチでは、「ふくしま健民アプリ」を一昨年リリースしまして、バージョンアップを重ねながら楽しく運動できるように工夫しています。庁内では、ウォークビズといって歩いて通勤することを奨励したり、立って会議をするワークサイズを導入しています。また、最近になって注目されているのが「健康経営」という考え方で、従業員を健康にすることで職場のパフォーマンスが上がって収益が上がったり、従業員の定着率が上がるというデータがありますので、こういった考え方を行き渡らせるため、事業所等へのモデル事業の展開を始めているところです。社会参加については、「地域づくり総合支援事業」という県の事業がありますので、健康をテーマにして独自の発想で取り組む活動を支援するというのも29年度から始めております。

今後ということになりますと、その地域において何が問題なのかという地域特性について、健康状態の見える化が必要ではないかと思っています。そこで、医科大学の健康増進センターにデータ解析をお願いして、地域の課題について客観的なエビデンスを示してもらい、それにふさわしい対策を考えて実行に移したいと考えています。最先端の治療ができる環境は整ってきておりますので、そちらのほうはあまり心配していません。健康寿命の延伸を頑張りたいというのが私どもの取組の内容です。

**司会** ありがとうございます。ウォークビズの発表のときには、知事もスニーカーを履いてきて、県庁の職員はこれからスニーカーを履いて通勤すると表明されていましたが、それは実行されているのでしょうか。

**井出** 私自身は1つ手前の駅で降りるようにしておりますし、庁内でもできるだけエレベーターに乗らずに階段で移動するようにしています。職場には靴も置いておきますが、スニーカーで歩く日のほうが多いぐらいです。

**司会** そうですか。そういうことが実行されればいいですね。県医師会でもぜひやるようにお願いしたいところです。

では、次に、竹之下理事長をお願いします。

**竹之下** 今、井出部長からお話がありましたけれども、昨年度本学に新設された健康増進センターでは県からの業務委託を受けておりますので、それを中心にお話をさせていただきます。

もともと医科大学は、どこの大学でもそうですが、教育・研究・診療が本来の使命です。しかし、震災後、福島県立医科大学は新たな使命を担うことになりました。それは、県民の健康の長期にわたる見守りと健康長寿の実現、これが我々の新たな歴史的使命となりまして、教職員一同、不屈の精神で一生懸命に

やっているところです。

その中で、健康増進センターは、この健康長寿の実現という新しい使命を果たすための業務を平成29年の4月から本格的に開始いたしましたして、県や市町村が施策を立てる際のシンクタンクとしての役割を担ってまいっています。

具体的には、まず1番目に、県民の健康に関わるさまざまなデータを分析・評価しまして、その結果を見える化します。そして2番目には、分析・評価した結果をもとにして、我々自身で効果的な健康増進活動を企画し、それを県・市町村に提案までいたします。3番目には、その疾病予防を推進する人材を健康増進センターで育成します。

では、これまで何を成果として出したのかといいますと、まず最初に市町村別の健康寿命を算出しまして、これは県から「お達者度」として公表されました。また、分析・評価については、県が選定いたしました11のモデル市町村を中心にやっているところです。3番目の人材育成ですが、地域医療、社会医学、行政という、これまで我々が弱かったところの知識と経験を積んで、将来、本県の保健医療活動の中心となる人材を育成するために、社会医学系の専門医をセンター職員として雇用し、育成しています。

こうした取組は県と常に協議しながら一緒に進めているところです。また、先ほどから話題になっている健康寿命の延伸についても、福島県は広いですから、モデル地区でやるのはいいけれども、県内で地域格差ができると、またそれは大変な問題になりますので、健康格差の縮小という点についても県と一緒に取り組んでいるのが今の活動の状況です。

**司会** ありがとうございます。島袋先生はいかがですか。

**島袋** 竹之下理事長が言われたように、メタ

ボや糖尿病の予防や治療を効果的におこなうには分析をして見える化することが大事だと思います。データが出てくればどこにアプローチしたら予防・治療できるかがわかってきますので、社会医学系の方々を育てていただいて、専門医と一体となって絵を描いて有効にアプローチしていくことが可能になります。

**司会** ありがとうございます。最後に岩波先生、何かご意見ございますか。

**岩波** 県の医師会としては、やはり各地区で医療の格差がかなり広がってきていることについて問題意識を持っています。例えば、50歳以上は隔年で胃カメラを受けられるように県のほうが動いているのですが、医師の少ないところではなかなか胃カメラができないわけで、いわゆるがん医療の均てん化がなかなかできない状況にあります。早期がんは検診を受けないと見つからないわけですから、がん検診を受けないとどうしようもないわけですね。

また、糖尿病についてですが、健診を受けても、その結果が本人に戻るまでに1カ月ぐらいかかります。今、38～42歳ぐらいのアラフォー男性に、HbA1cも高くてメタボだという方が非常に増えています。結果がすぐに知らされないことでそのままになってしまうようです。そこで、協会けんぽさんから即日指導してほしいという要請がありまして、少しずつ努力しているところです。受診者の立場からすると、お金を出して健診を受けているのに医者や看護師に怒られるなら受けたくないという人もいますので、その辺はうまくやらないといけません。健診をやっている医療機関ではできるだけ即日に指導していただければと思っています。

それから、井出部長から県の取組についてお話がありましたが、医師会はこの部門や領域を担当すればいいのかと、これまではどうしてもがん検診の分野になってしまいがち

だったので、今年からは生活習慣病を担当する医師を出してもらって取り組みたいと考えています。

**司会** ありがとうございます。今、健診の話が出たところでお聞きしたいのですが、島袋先生、血糖は正常でもHbA1cが高い患者さんの診断について少しアドバイスをいただけますか。

**島袋** 一般的に、糖尿病は、空腹時血糖で見つかるのが3割で、食後で見つかるのが7割です。HbA1cが6.5以上あれば食後に血糖値が上がってくると判断していいと思います。

**岩波** LDLとHDLの比についてはどのくらいの有効性があるのでしょうか。

**島袋** 大事なのは比よりもLDLコレステロールの値そのものです。福島県の男性はLDLは平均140ぐらいで、通常は治療しなくていいのですが、例えば糖尿病であれば120にした方がよいと考えられます。内服でLDLを140から120にすると心筋梗塞がおよそ30%減ります。男女、年齢、血管病の有無でも変わるので患者さん毎に判断することが必要です。女性でLDL以外に動脈硬化症リスクがなければ160まで、高齢女性であれば180でもいいかもしれません。ただ、LDL140～160は男性であれば心筋梗塞リスクをあげること、内服で20～30%そのリスクが減ることが知られています。治療のメリットは大きいと思います。又、狭心病や心筋梗塞をおこした方はLDL100以下にすることが2回目の発作をやはり30%へらします。

スタチンは筋肉痛などの副作用のことが言われますが、それは心筋梗塞発症抑制効果、寿命延長効果を考えれば比較的問題の少ない合併症だと思っています。

**司会** 貴重なご助言をいただきありがとうございました。

## 福島県、医科大学と医師会との 連携強化に向けて

**司会** 最後にまとめの意味も含めまして、福島県、福島県立医科大学、そして福島県医師会が今後どのように



に連携を図りながら、また、どのような役割を担いながら必要な対策を講じていったらいいのかということについてご意見を伺いたいと思います。先ほどからお話を伺っていますが、まずは井出部長からお願いたします。

井出 事業を構築する上では、現場で何が起

こっているかわかっているかどうかが大事です。県と医師会さんとの連携という観点では、現場の状況を常に話し合える環境が必要だと思っています。また、この現場主義と併せて、医科大学の力を借りて学術的な知見や科学的にどうなっているか分析してもらったり最新の学術的な知恵を提供してもらうことで、我々行政は施策を組み立てていくことができるわけです。

もうひとつ行政側がやらなくてはならないことは、そういった施策の組み立てと併せて、実際にできるようにするために何をすればいいのかということを考えることです。実現のために必要なのは人でありお金でありというものを探してきて、ぜひ県民の健康長寿を実現したいと思っています。

**竹之下** 私はいつも申し上げているのですが、震災以降、福島県が最も良かった点は、県立の医科大学だったことだと思います。国立大学は文科省の管轄となりますが、本学のように県立ですと、厚労省、環境省、経産省とさまざまな協議ができたこと、これが良かったと思うんですね。

それから、県と医科大学と医師会の先生方が何かあればすぐ集まれるというのは、日本全国でもそんなに例がなく、福島県ぐらいではないでしょうか。だからこそ震災という最も危機的な状況をなんとか乗り切ることができたのだと思います。今度はネクストステージの健康長寿、疾病予防に当たっていくということですので、この仕組みをさらに強固にしていけば絶対にうまくいくと思っています。我々は様々なところから提供いただくデータの分析、評価を行い、対策の提言に結びつけ、それを県が施策化して、医師会の協力をいただきながら実行していくということで引き続きお願いしたいと思います。

**岩波** おっしゃるとおりだと思います。医科大学、県、そして県医師会という三者がタッグを組んだ動きは非常に順調にいらいますので、我々としては、さらに郡市医師会や各医療機関との連携強化も図っていきたいと考えているところです。

**司会** 皆さんから貴重なご意見をいただきありがとうございます。これらを今後の対策の留意点としてお互いに共通認識を図り、健康長寿日本一を目指して頑張っていきたいと思っています。今日は長時間にわたりありがとうございました。