

平成24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

平成25年2月5日（火）

（司会）

ただ今から、宮城県生活習慣病検診管理指導協議会生活習慣病登録・評価部会を開催致します。
この会議は、情報公開条例第19条の規定に基づき公開とさせていただきます。
また、本協議会の議事につきましては、後日公開させていただきますので、御了承をお願いいたします。
それでは、本日の会議は、次第に従いまして進めさせていただきます。

（司会）

2の委員の紹介に進みます。

委員の皆さまに一昨年度から引き続き就任いただいておりますが、清野委員におかれましては、宮城県医師会長の伊東委員の後任として宮城県医師会から推薦をいただきました。清野先生、よろしくお願ひ致します。

（清野委員）

宮城県医師会、常任理事の清野と申します。

昭和45年に東北大学を卒業いたしまして、高血圧などを主に専門にやっておりました。御指導のほどよろしくお願ひいたします。

（司会）

ありがとうございました。4名の委員の皆様におかれましては、一昨年から引き続き就任いただいておりますので、本日の名簿によりまして、御紹介に代えさせていただきますと思います。

では、ここからの進行につきましては、以前から部会長をお願いしておりました伊東委員の後任の清野委員をお願いしたいと思いますのですが、皆さまよろしいでしょうか。

* 承諾

それでは、清野先生、よろしくお願ひ申し上げます。

（清野委員）

それでは、僭越ではございますが、務めさせていただきます。

本部会は生活習慣病のり患状況と登録と評価について御審議いただく部会でございます。宮城県の生活習慣の現状や各登録事業の報告により、委員の皆さんとは市町村への指導事項について協議したいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

まず、報告事項ですが、（1）生活習慣病における死亡数及び死亡率の推移について、（2）本県の生活習慣の現状について、事務局から一括して説明願ひします。

（事務局 説明）

資料1、資料2

（清野委員）

ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

特にございませんでしょうか。私はたばこのところ（男女で地域差がある）、面白いなと思ってみま

した。何もありませんでしょうか。

どうもありがとうございました。

次に、(3)生活習慣病検診実施状況について、事務局から説明願います。

(事務局説明)

資料3

(清野委員)

ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

(辻委員)

すいません。教えていただきたいのですが、これは全保険者のデータですか？全国の企業の健保組合も都道府県別に分けているのでしょうか？

(事務局)

国保と、けんぽ組合と、協会けんぽ、共済組合、です。

(辻委員)

それぞれの宮城県支部分を集計したということですね。

(事務局)

そうです。あと、市町村別も国から還元される予定なのですが、まだ届いておりません。

(辻委員)

その市町村別も全保険者で出るのですね。

(事務局)

そうです。平成20年は、以前公表されていたのですが、H21年、22年まとめて、今年還元されました。

(辻委員)

例えばですよ。たとえば七十七銀行、各支店がありますよね。そうすると、全部仙台市に還元されるのか、支店ごとに分けられるのですか。

(事務局)

詳細については分からないところもあるのですが、平成20年度の時には、住所の郵便番号で分けて出したとは聞いていました。今回、「推計数」となっておりますので、計算させて、これぐらいが対象だろうと出てきておりました。

(辻委員)

都道府県なら問題ないと思うのですが。例えば仙台市外在住の人が仙台市で働いているとなると、市町村別だと見かけ上減りますよね。その辺はご検討ください。

(事務局)

まだ市町村別データがきていませんが、国から公表されたら気をつけたいと思います。ありがとうございます。

(清野委員)

他にございませんでしょうか。

ではないようですので、次に、(4)各登録事業の実施状況のうち、①がん登録事業について、西野委員から説明をお願いします。

(西野委員)

ご説明させていただきます。資料1は、昨年1月から12月までの1年間、上表は各病院から報告頂いている件数と、下表はこちらで収集した件数ということでございます。

診断の対象年は平成21年ですが、一部20年、22年というところがございます。震災の影響でそういったデータが集められなかったところは、その前後ということで、収集しているという形になっております。

また、報告施設の「宮城県立こども病院」と採録施設の「仙石病院」は、新しく加わった病院でございます。

資料2は、宮城県の新生物レジストリー症例の推移で、今平成22年の収集をはじめたところでございます。

資料3(宮城県におけるがんの性別、部位別り患数及び平均)ですが、平成19のデータとなっております。

男性8,367件、女性が5,859件、合せて年間14,226件のり患数でございました。男女で部位別にみると、男性は、胃がん、次が肺がん、ですが、大腸は結腸直腸と分けておりますので、合せると胃がんの次に高いという状況でございます。女性は乳がん、大腸の結腸直腸を合わせますと乳がんと同数程度という結果でございました。

資料4はり患数の推移です。今年の3月に報告書を出す予定にしておりますが、平成15年から平成19年、平均のり患数そのものも増えております。

資料5は全部位のがんのり患数及びり患率の推移ですが、高齢化の影響もあると思いますが、年齢調整した値も増えております。

資料6で年齢調整り患率の推移を占めしておりますが、特に顕著な増加は、女性の乳がんの増加が著しいという傾向がありました。前立腺がんが平成10-14年から平成15-19年で倍近く増えているという傾向がありました。この間、各市町村の住民検診等が始まっておりますので、その影響もあるのではないかと考えております。

資料7ですけれども、5年生存率を部位別、性別別に示しております。全体的にみますと、徐々に増加、生存率向上を示してございまして、全部位の男女計、2004年-2006年を見ますと、63.2%と60%を超えてございました。

部位別に見ますと、検診等で早期がんの発見例が増えたということで、高い結果であるというのが考えられるというふうに思います。

(清野委員)

西野先生、ありがとうございました。

ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

特にございませんので、続きまして(4)②脳卒中登録事業について、荒井委員から説明願います。

(荒井委員)

2010年と2011年があるのですが、2010年の登録数をみていただきますと、登録数は3,915件となっております。ところが2011年の2010年の欄を見て頂きますと4,193件となっております。これは、県に報告したあとに、報告を頂いたものを加えたものです。

報告施設を見ると、2011年は18施設から登録を頂いております。

表3は疾患別の登録数を男女別で見たもので、表4は疾患別の年齢の平均を男女別で見たものです。表4の平均年齢ですが、女性の方が高齢で発症する、いずれも5歳くらいの年齢差がございます。

p5は疾患別の年齢構成の表ですけれども、脳梗塞や脳内出血は、だいたい55~80歳くらいまで

がピークになっており、くも膜下出血は（グラフが）平坦で、大きなピークを持たないような結果でした。

p 6を見ていただいて、脳梗塞は、女性が平均77歳で80～85歳にピークを迎えています。男性では平均が71歳で、75歳のところがピークになっています。

脳内出血は、男性と女性で（グラフの）出方が違っていて、男性は75歳でピークを迎えていて、男性は60、70、80でピークがきます。

くも膜下出血は、女性は75歳にピークが来ていますが、男性は60から80歳はグラフ変化が少ないようです。

p 7に行きますと、発症して入院したときの意識障害を示しています。意識がほぼ良いとっていいJCSの1桁のところは68.9%。意識が悪いのが約1割、9.6%で、脳卒中中のイメージと違うのかもしれない。

表8では予後をみると、全体でSD、VSと書いているところが、全面的に介護を必要とする方ですが、退院時を見ると、約30%が要介護の状態です。

図5は2007年から2011年まで月別で推移をみていまして、震災のあった3月に矢印をつけておりますけれども、脳梗塞のところ、3月は多かったという印象があります。

図6で3月の日別の登録をみると、3月11日に矢印をつけておりますけれども、16日に脳梗塞が18件、22～24日あたりまでもピークが見られています。これは、震災の影響があった可能性があるかと推察しました。

施設の登録の中で、沿岸部、石巻日赤と仙石病院のデータが収集できてなくて、まだこのデータが入るとどうなるか、もっと変化するのではないかと予想はしているのですが、暫定的なデータです。逆にいえば、沿岸部が入ってなくても、こういう傾向が見られたということも言えるのかなと思います。

（清野委員）

どうもありがとうございました。

ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

（白土委員）

脳梗塞の種類と年齢的にはどうですか？

（荒井委員）

脳梗塞は色々と種類がありますが、登録では区分していません。登録されているピークの年代をみると、平均より1歳程度上なので高齢者が高いかなという印象です。

（白土委員）

こういう結果、震災の時に問題になったのは薬ですね。薬が飲めなくなって、食事の問題もあって、心不全は起こる。沿岸部が入ると増えるのでしょうかね。私の病院でも、ワーファリンが飲めなくてという患者さんがいました。

（荒井委員）

先生おっしゃるようなケースの方も、病院に行けなくて心房細動とかで運ばれてくる方がいらっしゃいました。

（白土委員）

もし心筋梗塞とか心不全とかのサブ解析できれば、もっと情報が増すのではないかと思います。その際、治療法の継発性が出てきたのかどうかも気になります。

この結果は、地震というストレスだけで起きたのか？

（荒井委員）

因果関係ですよ。解釈は難しいのですが、深読みすると、3月13日14日が低いですよ。これは、救急活動ができなかったというか、運ぶことができなかったということもあるかもしれないです。

(白土委員)

震災直後は道路もひどかったですからね。

高血圧は増えたって話も聞いていましたが、脳内出血でなく脳梗塞の方が多かったのですね。

(荒井委員)

月別でみると多いように思うのですが、こういうのをどうやって判断するかは難しいですね。

(辻委員)

前の年と比べるとどうですか？

(荒井委員)

例年、脳梗塞は3月にはピークを持たないと思っています。それがピークを持つというのは特異だったのかなと思います。

(白土委員)

心筋梗塞は4月に多いです。

(荒井委員)

脳卒中は冬に加え秋ですね。9月位が多いかなと思っています。

(清野委員)

ありがとうございます。他にございませんでしょうか。

それでは続きまして(4)③心疾患登録事業について、白土委員から説明願います。

(白土委員)

資料が2つございます。

調査方法は、心筋梗塞を発症して3週間以内に収容した症例を対象として、その年の1月1日から12月31日までに退院された症例を報告するというようになっており、再発は(1例ではなく)2例ということで、とっております。

p5をみていただきたいと思います。この時(平成22年度)は、気仙沼市立病院は通常と変わりなく業務を行っていたと思います。他の病院が、年間どのくらい症例を扱っているかがわかります。

その次に死亡数ですけれども、入院してどれだけ死亡例があるかということです。施設によって、成績のいいところと悪いところとあります。いわゆる発症早期の行動、心筋梗塞になった場合は早く治療しなければいけませんから、時間がたって病院に到達しないところで死亡されることもあるのだらうと思います。4%、5%。ひどいところは30%や60%。たぶんこれはPCIをやっていない病院でしょうね。

平成22年は1,135例の症例がありましたが、23年は1,084例で、過去3年間報告された症例数で最も少なかった。23年1,084例、22年は1,135例、21年は1,150例位です。ところが震災の年は1,084例。これを少ないと見るのか、不変と見るのか。ただ、この年は人口が変動していると思いますし、人口の変動を考慮した上で、解析していかないといけないのだらうと思いますが、されておりません。これまで人口の大きな変動はないのだらうということで、人口構成の補正は行っておりませんでした。この年は特別な年でございます。たぶん症例は増えているのだらうとは思いますが、増えているという数値はここにはありませんでした。

それから、p8は仙台市内の患者さんが、どこの病院にかかっているかというのを見ています。仙台圏の平成22年375名、震災の年は499名と増えています。先ほど全体では減っているのですが、仙台

市内だけみると増えている。人口が増えたのかもしれないということでございます。地震の影響があったことを示唆するデータです。

それから、p 5 と p 8 を見ていただくと、地震の前の年の平成 22 年で見ますと、たとえば A 病院は平成 22 年に 87 名を加療しておりますが、仙台市の住民は 64 名、それ以外の方は仙台市外から来ているということになります。近くからきているというのであれば、問題ないと思うのですが、仙台市外の遠いところから、仙台市内に運ばれてくるということは、本当に良いことなのか、悪いことなのか。というのは、心筋梗塞はできれば 3 時間以内に治療を行うということですが、遠くから仙台市に運んでくるということであれば、病院の配置を考えなければいけないということになります。もう大学とか仙台市内じゃなければできないということではないのです。地方の病院でも治療出来るようにもっていかないと、3 時間以内の治療が行われないのではないかと。B 病院は平成 22 年は症例数 285 例。仙台市の住民は 117 名、他は仙台市外から来ている。以前は住所まで分かったのですが、最近は個人を特定しづらいいけないという個人情報保護法という条例が出来てから、データが出なくなりました。昔はそれができて、ある市町村から運ばれてくる症例が多いなどのデータもとれました。これが近くだけだったらいのですが、6 時間を越すようなら、本人にとって不利になります。適切な医療機関の配置を考える上では、大切であると思います。これだけの症例が仙台市外からもきているということ。その傾向は震災の時に増えた気がします。

p 9 は重要な意味を示すと思います。33 年間のデータがあるのですけれども、当初は症例数は、男性では 60 歳、女性では 70 歳にピークがありました。途中でピークが男性は 70 歳代になって、女性は 80 歳代になりました。よって、10 歳年齢が上がったのですが、2010 年と 2011 年を見ますと、男性のピークが 60 歳代に戻っています。これをどのように解釈するかということですね。人口構成が変わってきたと言われるかもしれないのですが、高齢者の人口は増えているはずなのに、昔の状況に戻ってしまった。早い年代で心筋梗塞を起こすようになったのかと、疑問が出てきます。ただ、女性は 80 歳代にピークがあり不変でした。

推測の 1 つには、男性の動脈硬化、心筋梗塞を起こす状況が早まったのではないかと悪いようにも取れるのですね。この数値は、今後注意していかなければいけない。発症年齢が若くなったということは、働き盛りが心筋梗塞になるということで、社会的な大問題です。人口をベースにした分析をおこなっておりませんのでわかりませんが、心配な状況が見えました。

それから、p 10。発症から 6 時間以内に病院に到達するのがだいたい 60% だったのですが、震災の年は 57%。過去は発症 6 時間以内に入院させるのが至上命令で、最近良くなってきたと思っておりますが、震災後は 60% を切ったということです。なぜ 6 時間以内を重視するかというのは、p 11 をご覧いただきたいのですが、この年の致命率は、平成 22 年全体で 8.8%。6 時間以内に入院した例の致命率は 12.3% と高くなっています。早く到達した例の致命率が高いということです。病院で発症しても死亡率が高い成績が示されています。もし家庭で発症した場合、突然死という形で、病院に到達しないうちに亡くなったという可能性のある症例が多数おると考えられます。心筋梗塞は発症早期に死亡率が高いですから、こういう発症早期に死亡する症例には重症が多いとも言えます。しかし、重症例が多いといいますが、最近は治療法が確立してきたということもいえます。

p 13 は救急車の利用率ですけれども、大体 65% が利用しております。ただし問題は、救急車なしで来院する方が平成 22 年で 34.4%。平成 23 年は 33%。そのなかでも問題なのは、医者にかかっているのに救急車を使わないできたという方。もしくは心筋梗塞と診断されながら、救急車呼ばないということです。

直接来院は、信じられないです。いずれ、救急車を呼ばずに、前院に紹介された例というのがこれだけあるということです。

最近の治療の結果、p 14 になりますけれども、退院が 2 週間以内、あるいは 3 週間以内に退院する例が増えてきています。これは P T C A が行われるようになってから、早期に退院できるようになりました。以前は 2 か月から 3 か月かかっていた。これは、6 時間、あるいは 3 時間以内に治療した結果がこうなっているということです。

p 15。どこの病院がどのくらいの期間で退院しているか。多くは 2～3 週間以内というところにピークがあります。

それから、先ほども60歳代にピークが戻ってきたというお話をしましたけれども、そのp16にAMI患者のリスクファクターが示してあります。高血圧の頻度は、加齢とともに増えてくる。40歳代、50歳代と、年とともに増えている。それから糖尿病のピークは60歳代ですけれども、脂質異常症のファクター（高コレステロール、高LDL、高TG）は、40歳代という若い年代に高くなっています。そして喫煙の頻度は年齢が上がれば低くなります。40歳代で59.3%、50歳代で53.9%。年齢とともに減ってくるのは、年齢とともにタバコを吸えなくなっているということかもしれません。

このコレステロールとタバコが多いというのは、生活習慣病予防の普及啓発として行っておりますけれども、未だに「暴飲暴食」が若い人たちにはあるのかもしれない。

p17は発症からの時間経過で、発症から入院までは、全体の中央値で約3時間50分かかっています。発症から24時間以内に入院した方も約3時間50分でした。再灌流までの時間は比較的早くなっています。このことから、問題は患者さんが病院に行くまでの時間が大切です。早く病院に行きなさいということに関して、昔よりはよくなってきているんだろうと思いますが、このへんを啓発する必要性もあるのではないかと思います。

それから、p19。死亡例と致死率が過去からずっと載っておりますけれども、昭和57年は26.1%。これはつまり、4人に1人が亡くなっていたという状態でした。このころ心筋梗塞の患者はどうやって運ばれていたかという、タライ回しと言われていた時代です。それから再灌流をやるようになって、それから平成3、4年あたりからPCIを行うようになって致死率は1桁台になっています。現在は各施設は症例数を競うようになってきまして、一時は5.7%まで改善をしたわけです。大体トータルで致死率は7.8%になっています。

p20。致死率はPrimaryPCI+Stentで5.2%。PrimaryPCIを受けた患者でも5.9%。震災の次の年でも5.4%。PrimaryPCI+Stentで4.6%と、当初の成績からみると、素晴らしい成績になっています。高齢者でもPCIを行いますと致死率を改善させることができるというデータから得られております。

この2年間の経過をみてみまして、気になったのは「若年性」です。心筋梗塞のピークが男性で70歳であったのが、ここ2年間、60歳代に戻ってしまったということです。これはどういうことを意味するのか、十分注意してみていかなければいけない。

震災の年は、全体の症例数は減っていますが、沿岸部の人口も減っていると思いますので、その辺を加味した解析をしていかなければいけないと思っております。仙台市は増えている印象もありますから。毎年の人口の変動を加えました見方をしていく必要があると思います。以上です。

（清野委員）

白土先生、ありがとうございます。全国的にも有名なデータでございました。これにつきまして、何かご質問等ありますでしょうか。

救急車のデータがあるとは知らなかったです。やはり啓発が大切だと思います。脳卒中なんかは救急車を呼びなさいと言ったものですが、最近は無くなったと思っていました。心筋梗塞かどうか分からない症例もあるのに送って「何だ、この先生」と言われる時代があったのですが、今は皆さん気にしないで、送って下さいということになっていますよね。

それにしても、歩いていくというのは信じられないですね。

（荒井委員）

確かに誤診と言われると。昔はそうでしたがね。今そういうこと言う先生はいないと思いますが。

（白土委員）

高齢者になると身体状況が典型的ではないですからね。再発の方は早く来ます。

（清野委員）

確かに無症状の人もいますからね。

（事務局）

すみません先生。お聞きしてもよろしいですか。

先ほど、「生活習慣が」というお話があったのですけれども、健診を受けていた人なのか、そうでない人なのか、ということは、おわかりになりますでしょうか。

(白土委員)

そういう項目は入っていません。そういうところに目がいていなかったです。

(事務局)

私どものほうで、医療費適正化の関係で、市や町で健診を受けた人と受けていない人で追跡していくと、どうも健診を受けていない方のなかに、急に倒れるという方が多いのだというのがあるのですが、実際に倒れた方がどうなっていたのかなと思ったものですから。

(白土委員)

今までは、そういうアンケート項目は取っていませんでしたね。

(清野委員)

他にございませんでしょうか。

では、続きまして、協議事項ですが、市町村への指導事項について、事務局から説明願います。

(事務局説明)

(清野委員)

ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

(白土委員)

健診を受けても本人がどれだけ理解しているかと聞くと、全然理解していない人が多い。「こういうこと言われた？」と聞くと「言われたかも」という。去年どういうデータだったのかも覚えていない。お年寄りくらいしか覚えていないです。喫煙は減っているようですが、COPD だけは増えている。日本の中の粉じんはたばこのことですから、禁煙指導は大切なんじゃないかと思います。

若い女性がたばこを吸うようになっているのは…(問題は)肺だけじゃないですよ。

(清野委員)

私も保健指導やったことあるんですが、本当に来ません。全く来ないです。実際来られる方が5人くらいしかいないですから、どういう方法が一番良いか分からないんですけれども、昔はかえって一般の健診の方が良かったんです。みんな集めて、何十人も来て、説明したものです。本当にこの保健指導は来ないですよ。県全体でも10%程度ですか。興味がないというかね。

そして、全国一律にやっているのですからね、本当に申し訳ないけれども、つまらないスライドを15分もしゃべらなきゃいけない。マイナーチェンジ位はいいけれども、必ずこれでやって下さい、全国統一だからこれでやってくださいと言われる。まずはこれをしゃべっていただいて、それから先生のお話を付け加えるのはいいと言われるが。本当にお役所が考えたシステムという気がしてやっています。

(辻委員)

さっき、県の方のお話で、健診を受けている人と受けていない人の医療費を比べると、という話がありましたけれども、特定健診・保健指導の状況、資料をみると、宮城県がやらなきゃいけないのは、健診受診率はベストに入っていますよね。もちろん延ばさなきゃいけないのですけれども、むしろ特徴としては、健診受診率が高いのに、保健指導の実施率がかなり低いというのがあるので、今、清野先生もおっしゃいましたけれども、保健指導を受ける人をどう増やすかが大事で。そこを工夫しなきゃいけな

い、どうするんだという話になりますが、そこを知恵を絞らないダメなのかなと思います。

毎年同じ人が集まって同じ話を聞かされたのでは、いかがかなと思います。だから、例えば、保健指導に関していうと、実際に健診を受けて、さらに保健指導を受けた人と受けてない人の医療費がどうかという比較も、そちらの方が意味があるかなと思います。ただ、どの程度効果があるかどうか、私も分からないのですが、データを国が持っていたら、あるいは県がそういうデータを持っていたら、そういったもので見た方がいい。

保健指導の方法について、もうちょっとやりようがあるのかなと思います。来る人が減ってきていますよね。

(清野委員)

一律に決められた方法でしかやらないから。実際にもう少し柔軟に対応できるシステムであれば、やり方も考えられるのでしょけれど、これで一律となると、聞く方も面白くない、やっている方も面白くないですからね、もう少し柔軟性を持たせていいと思います。

(白土委員)

本当は、その人のデータをみて、その人に合った話を、その人の生活の裏にある話を聞いて、実際のケースにあった指導をすることが大切であると思います。お決まりのことだけじゃなくて、ケースバイケースの話をするのがよいと思います。

(荒井委員)

診察していると、健診結果を見せてくれる人がいます。その場で時間を取られるケースもありますが、通院も定期的にしていて、健診も受けている人は、健康に対する意識が強い人です。そういう人はちゃんとやっていると思います。問題は、男性の若い人が問題かなと思っています。

自分の方もちゃんと見てみないと分からないのですが、脳内出血も若年化しているんじゃないかと思いました。

(事務局)

若年化について、指導事項に入れてもよろしいでしょうか。

(白土委員)

若い人の教育をどうするかが大事ですね。

(清野委員)

健康プランのp50を見ると、食塩摂取量が高い。これも喫煙と一緒に啓発していかないといけないと思います。

(事務局)

減塩についても入れてということですね？

(清野委員)

私の意見としては、大事な点だと思っています。他に何もありませんでしょうか。

それでは、以上で、本日本日予定していた議事を終了したいと思います。次に、その他ですが、事務局から何かありますか。

(事務局)

さきほど、保健指導を受けた人と受けていない人の医療費の関係については、国の方で研究班で実施するようですので、それで見たいかなと思っています。

それから、健診と発症の関係で、できればなんですけど、過去3年くらいで健診を受けたかどうか、登

録のアンケートに1項目追加して頂ければと思います。御検討願います。

(司会)

委員の皆様，本日は長時間にわたりまして貴重な御意見をありがとうございました。
それでは，本日の会議は以上で終了とさせていただきます。
大変ありがとうございました。