

# 平成25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26年2月4日（火）

## 1 開 会

**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いております。

それでは、本日の会議は、お手元に配布致しました次第に従いまして進めさせていただきます。

本日は、5名の委員のうち4名に出席いただいております。辻委員におかれましては所用のため欠席となっております。委員の皆さまには昨年度に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、御紹介は省略させていただきます。

この生活習慣病検診管理指導協議会につきましては、本部会（生活習慣病登録・評価部会）のほか、循環器疾患等部会、胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がん部会の計7つの部会で構成されておりました。1月下旬以降順次開催しております。これらの各部会でご審議いただきました内容につきましては、3月25日の協議会でご報告をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

それではここからの進行につきましては、部会長の清野委員にお願いしたいと思います。よろしくお願申し上げます。

## 2 あいさつ

**部会長** 皆様本日は大変お忙しい中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

本部会は生活習慣病の罹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がございますので、この報告をもとに、委員の皆さんとは市町村への指導事項についてご協議をお願いしたいと思います。

## 3 報告事項

### (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

それでは、早速議事に入りたいと思っております。

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、事務局から説明願います。

（事務局説明）

**部会長** ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はありませんでしょうか。白土先生、いかがでしょうか。

**白土委員** （心疾患の死因内訳の中で、不整脈の割合が多いことに対して）不整脈が死因とは考えにくく他に原因疾患があるのではないのでしょうか。心房細動はお年寄りになれば多いのですが、これだけが死因ではないでしょう。今は服薬のガイドラインも出ていますので、以前ほど血栓に対する処置をしていないということはないと思います。

静脈で虚血が起こって動脈側に流れるということもありますから。高齢者の心臓は若い人とは違うので。この不整脈が多いというのはどうしてでしょうか。普通は心不全とか心筋梗塞とかで亡くなる方が多いのではないかと思います。先天性のものは、今はほとんど小児科での対応が上手ですから。

**事務局** 辻先生もなぜ宮城県の割合が高いのか、心筋梗塞で亡くなるというのが普通ではないかと、おっしゃっていました。

**部会長** こういう死因（不整脈）とはつけないんじゃないのかと思いますがね。

**白土委員** 直接死因が何か考えていない、ということですか。

**部会長** 心筋梗塞を起こして、最終的に不整脈ということでしょうかね。よく分かりませんが、不整脈が死因というのは漠然としていますから。全国でもこういう言葉を使うのですか？

**事務局** 全国と同じです。

**部会長** それから肺炎ですが、全国３位に上がってきて宮城県は４位ということなんです。宮城県医師会で、肺炎球菌ワクチンを高齢者 135,000 人位に打っています。経過を見てみないと分かりませんが、その効果が出たのかなとも思っています。もしこれがデータとして出てくれば面白い結果となるかなと期待もしています。今後の経過を見てからということですね。

その他、よろしいでしょうか。

## （２）生活習慣病検診実施状況について

それでは次に、（２）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）

**部会長** ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等はありませんでしょうか

か。

相変わらずワーストという結果だということですが。

### (3)各登録事業の実施状況について

#### ①がん登録事業

では次に、(3)各登録事業の実施状況のうち、①がん登録事業について、西野委員から説明願います。

**西野委員** それでは資料3をご説明させていただきます。

昨年は平成22年に診断された結果について、データを拾っておりまして、24,513件の収集を行っております。

資料1の「報告施設」というのは各病院から届出をいただいたもの、「出張採録実施施設」というのは委託を受けております対がん協会のスタッフが、病院でカルテを見て収集したものでございます。当初は採録の件数が多かったのですが、今は病院からの報告がほとんどでございまして、一部集まっていないデータもございまして、平成25年度も引き続き収集をしているところでございます。

資料2が病院毎の件数です。これは同一の患者さんの重複等もございまして、新規の罹患例は大体年間14,000件前後という数字になっており、死亡数の約2倍という数字になっております。

また、毎年集計結果を報告させていただいておりますが、昨年から30万件の分析のデータをデータベースへ移行する作業を行っておりまして、2008年以降は未集計となっております。これから2008年のデータ集計を行っておりまして、恐らく年内中に2009年のデータを集計ができるよう作業を進めているところでございます。以上です。

**部会長** ありがとうございます。

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。

県外の病院が2つ入っていますが、これは宮城県の方が県外の病院を受けられたということでしょうか。

**西野委員** そうですね。宮城県に住所がある患者さんの分を収集しています。

**部会長** 資料2の横棒の施設は、登録事業をやっていないということでしょうか。

**西野委員** 例えば東北大学病院を見ると、以前は科毎にいただいていたものを、病院として報告をいただくようになりまして、病院の体制の変更、あるいは合併等によってデータの収集方法が変更したところを横棒としております。

**部会長** ありがとうございます。

## ②脳卒中登録事業

それでは続きまして（３）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 それでは宮城県脳卒中発症登録について、説明させていただきます。

１ ページ目の通り「SmileNet」が始まりまして、そちらからデータを収集していただく予定になっています。2012年の時点で「SmileNet」の稼動状況を見ますと、３施設が本格的に導入しているのですが、今回は従来の方法でまとめておりました。また広南病院については従来の方法でもいただいております、データの齟齬といいますか、同じようなデータが収集できるかどうか、検討をさせていただきます。

２ ページ目をご覧ください。表１ですが、2012年は3,724件のデータが集まりました。確かにいくつかデータをいただけてないのでまだ不十分なんですけど、昨年よりも1,000件減っておりますが、先ほどの資料１で脳血管疾患が減っているのを見ると、呼応しているのかなと興味深く見てみていたところです。

３ ページ目、表３では疾患別登録数、表４には2012年の登録数が書いております。毎年同じなんですけど、くも膜下出血は女性が多くて、脳内出血と脳梗塞は男性が多いという傾向がございます。

４ ページ目、表５に疾患別年齢が書いております。くも膜下出血は全体平均64.9歳くらいですが、男女別に比べますと男性が7.8歳も低いんですね。あと脳内出血に関しては6.9歳、脳梗塞に関しても7.6歳、男性のほうが若いうちに発症することが分かります。この年齢分布の表をグラフにしたのが図の１～４です。

図２のくも膜下出血は、女性のほうが明らかに多く、年齢のピークが後半に来ていることが分かります。図３の脳内出血は男性で55～60歳でピーク、図４の脳梗塞についても男性の70歳がピークと、若い年齢にピークを迎えていることが分かります。

表７は入院されたときの意識障害の程度と重症度を表していますが、脳卒中で昏睡状態になって運ばれてくる方、JCSⅢ桁が昏睡状態ですけれども、ほぼ１割程度でした。その他ほとんどは比較的意識レベルは良い状態で運ばれてきてまして79.4%という結果でした。意外と脳卒中って言うのはそういうものだなというのが興味深いところです。

ただ、やはり表８予後を見ますと、「GR」というのがほとんど元の生活に戻れる方なのですが、全体では45.4%。特に脳内出血になると、麻痺や意識障害が強くて27.9%しかグッドリカバリーまで行かない状況です。また「SD」「VS」「D」

を合わせて見ますと、脳内出血では 50%以上になってしまいます。くも膜下出血では 4 割弱になっております。脳梗塞の「D」の 65%は 6.5%に修正をしていただきたいのですが、「SD」以下で 35.1%でした。これだけの方々が介護を要するレベルになってしまうということがわかります。

次ページに移りまして、「SmileNet」からのデータ収集移行についてですが、広南病院を例にとって検討してみました。

まずは脳梗塞、くも膜下出血、脳内出血のそれぞれ年齢分布を示しながら症例数をみていただきますが、脳梗塞は 165 例、くも膜下出血は 58 例、脳内出血は 152 例、これは「SmileNet」から収集できた症例数です。また、いままでの方法で収集した症例というのが表の網掛部分ですが、くも膜下出血が 90 例、脳内出血が 167 例、脳梗塞が 652 例ということで、症例数を見ただけでもかなり違うんですね。

これを検討してみますと、当然従来の方法と「SmileNet」と収集のやり方が違うということが 1 つと、「SmileNet」は発症登録に重きを置いているというわけではなくて、病院間の連携、つまり急性期の病院からリハビリテーションなどの中間の医療施設に移行するときの連携を図るために作られているシステムというところで、若干登録されている数に差がでてきているのかなとも思います。当然、発症登録にも使えるようにということで急性期のデータも入力していただくのですが、より早い急性期のうちに亡くなってしまった人についての症例が登録なされていない、あるいは漏れている可能性もあって、数として十分集まっていないかもしれません。あと、「SmileNet」というシステムに慣れていないということがあるかもしれないのですが、たぶん一番慣れているであろう広南病院を例にとって今回解析してこの結果でしたので、これはもう少し検討させていただきたいと思います。「SmileNet」からデータをもらえるようなシステムにすぐにはできない、やはり数年、システムに慣れるまでの時間がかかるのだらうということが分かりました。もう少し検討させていただきたいと思います。

以上です。

**部会長** 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。

**事務局** 辻先生のほうから、6 ページのところで、脳内出血の 50～60 歳代の比較的若い年代にピークがあるのは、どんなリスクファクターがあるのか確認してほしいとおっしゃっていたのですが、いかがでしょうか。

**荒井委員** 現在の登録方法ではリスクファクターを収集してなくて（分からないです）。本来であればリスクファクターというのは、あるコホートの中で脳内出血になっ

た人を見た方がいいと思います。

どうしても発症登録だとレトログレードになってしまうので、あまりリアルなデータは出ないと思ってはいたのです。これに関しては、男性の若い人に発症しているというのは、注意喚起する上でも必要だと思うので、少しポイントを絞って、特に50歳の脳内出血に絞ってといった調査をしてみてもいいのかなとも思います。検討させてください。

**部会長** よろしいでしょうか。

脳内出血は特に高血圧が非常に関連し、この高血圧に関係するのが食塩の摂取量ということになるのですが、後から説明があると思いますが、資料4の6ページに食塩の摂取量が書いています。50歳代の摂取量が非常に多いですね。これは、スペキュレーション (speculation) に過ぎないのですが、食塩の摂取量と高血圧がやはり関係していると思います。食塩摂取量が下がって、高血圧も減ってきて、最終的に脳出血も減るだろうということも考えられます。

それから先ほどガイドラインの話がありましたけれども、薬は飲んでいながらも血圧を下げられないで居る人が半分くらいいるんですね。他のファクターもいっぱいあると思いますけれども、脳出血に限ると血圧が非常に強いファクターで出てくるので、その辺はぜひ分析していただきたいと思います。

他にありますでしょうか。

### ③心疾患登録事業

それでは続きまして(3)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** それでは報告させていただきます。

急性心筋梗塞調査は、心筋梗塞発症から3週間以内に収容した症例のうち平成24年1月1日から平成24年12月31日までの間に退院した症例を報告するというものでございます。そして、その症例がいったん良くなって退院した後に再発したものは異なる症例として、急性期に病状が拡大した場合には同一症例としております。

平成24年の実態調査の結果ですが、登録症例は1,044例、致命率は5.8%でした。

次のページに昭和54年からの各施設での登録症例数であります。全症例で合計28,494例となります。平成24年の人口10万対の登録数は45例でした。この数値は低く信用ができないので、実際にはこの2~3倍近くはあるんじゃないかと考えられておりますが、毎年50付近で推移しております。

次に 8 ページになりますが、仙台市内の症例は、419 例でした。大体 1 日に 1 ～ 2 人の方に心筋梗塞が起きている割合であります。

それからこの表は、患者が発症した場合にどこの病院がどれだけカバーしているかを示しています。理想的にはその患者が存在する地域内で対応するのが望ましく、あまり遠くから患者さんを運んでくることが良いのか悪いのか考えなきゃいけないということにもなるのですが。どうやら太白区や若林区では対応している病院が少ないようで、青葉区の病院に運ばれて処置されている傾向があるのではないかと思います。たぶん病院の配置を換えることによって、その地域での病院の役割というのが重要視されてくると思います。

ちなみに仙台オープン病院は宮城野区・泉区、仙台医療センターは宮城野区、仙台循環器病センターは泉区、仙台徳洲会病院は青葉区・泉区、仙台厚生病院は青葉区をカバーしていますが、太白区・若林区からも患者さんが運ばれてくることが分かります。患者さんの搬送がスムーズであれば問題ないでしょうが、適正な位置に病院が配置されることを考えるデータでもあります。

次に 9 ページです。これは昨年も問題点としてお話させていただきましたが、震災の前の年から男性の発症症例のピークが 70 歳代から 60 歳代に若返ってしまったことを示しています。昔は 60 歳代であったものが高齢化に伴い 70 歳代になったのです。ところが高齢化社会でありながら 60 歳に戻ってしまいました。女性も昔は 70 歳代から 80 歳代になったのですが、平成 24 年には 70 歳代にピークが戻ってしまっています。これは、全体的に若いうちに心筋梗塞になってしまうというになります。これは年齢別人口構成にも関係すると思います。これが人口構成の問題なのか、本当に若くして心筋梗塞を起こすようになってしまったのか解析したいと思いますので、性・年齢別の人口構成がもし分かれば教えていただきたいと思います。

次に 10 ページ、発症から入院までの時間は 60%近くが 6 時間以内だったのですが、2012 年は 50%台と低くなりました。皆さん努力されていらっしゃると思うのですが、ゴールデンタイムの 6 時間を超えてしまったという症例の割合が増したという結果でした。

11 ページ目の入院中に発症した症例の救命率、逆に言えば致命率ですが、発症早期の致命率は 17.6%と高かったのです。この年の致命率は 5.8%ですので、入院していても 17.6%は死んでしまうというのは、いかに重症なものが途中でドロップアウトしてしまうかということです。このことは、心筋梗塞の重症例は、こちらに報告されてきていない可能性が高いということも言えます。それから発病 6 時間以内に入院しても 7.6%と 2012 年平均の 5.8%よりも高い

致命率という結果でした。心筋梗塞は発症早期になくなる方が多いのでなるべく早く対応することが重要ですが、そういう努力にも関わらず亡くなる方が多い、それだけ重症例が多いということになります。

次に 13 ページに移ります。一般的に心筋梗塞は午前 9 時・午後 9 時にピークが来ると言われておりますが、この年はお昼前後にピークがありました。午前中から正午過ぎまでは発症数も多いのですが、心筋梗塞はいつでも起こりますので、24 時間体制で対応しなければならないということで、今では病院ではそのように対応していただいていると思います。

次に救急車の利用ですが、いつもよりは 2% 3% 近く減っていました。ただ救急車なしで前医院が紹介してくる例も 9.8% あります。受診していてということになりますので改善の必要があると思います。

次に罹患部位に番号がついておりますが中でも「# 5」, 左の冠動脈の大動脈から出たところが「# 5 左冠動脈の主幹部」ですが、ここが詰まると体に血液を送り出す左心室のほとんどの領域に血液が回らなくなるということで、下手をすると急性心筋梗塞で心停止となります。この場所は本来は PCI という冠動脈形成術はやってはいけないということになっているのですが、器具も良くなっておりますし、ステントというものありますので、症例によっては治療していると思います。ここは死亡率が高いところですので本来は外科での処置ということになっていたのですが、症例数をみると 1.8% ということで少ないですね。病院に到達する前に死亡されていることが予測されます。

次に在院日数ですが、最近の治療は「冠動脈形成術」といって詰まったところを開いてしまう、還流を再度戻すという治療が一般的で、2012 年は在院日数が 2 週間にピークがきています。最近は 2~3 週間、1 ヶ月以内には退院するという傾向にあります。過去には 2~3 ヶ月かかっていました。それだけ医療費がかかるわけですから、そういう意味では、この治療が早く治癒・回復させて、心機能の落ちを最低限に抑えて、早い社会復帰をさせるという意味では、この治療が医療費削減に貢献しているということです。15 ページは各病院の在院日数です。

16 ページはリスクファクターです。40 歳代以下、あるいは 50 歳代の若い頃のリスクは、コレステロール値が高いとか、喫煙が多い。たばこを吸って暴飲暴食という方が多いのではないかと思います。高血圧は年をとるほど多くなりますが、喫煙は若い人で多くなっています。これは COPD などもあるので年をとると吸えなくなるんじゃないかと思います。若い人のリスクファクターの改善には、教育が重要なんじゃないかと思います。若い人は若さに任せてが



むしゃらに働くという年代なのかもしれません。そうすると今の生活習慣病の指導は何やってるの、ということにもなりそうです。この傾向はなかなか改善してきませんね。若いときのリスクファクターは高齢者にも影響を及ぼします。年代別の死亡率は男女ともに年齢の増加に伴って高くなっています。

次に 17 ページ。6 時間以内に再灌流まで持っていけるかということです。痛みが発生してから入院するまで、そして病院がカテーテルをと行うまでの時間です。以前調べた時は、患者さんが少し待てば良くなるのではないかとということで、時間が伸びていたようなのです。再発の人は病状が分かりますのですぐ病院に行きますが、初回の人は待っていればよくなるだろうということだんだん遅くなってしまいます。通常は 6 時間以内に再灌流療法まで持って行けた例は 42.7%。2012 年はわずかに低い気がします。

次 18 ページの罹患部位です。「#5」症例は少ないのですが、主幹部の一番太いところですから、根元がやられると心筋梗塞の領域は副血行路がない限りは範囲が広がっていきます。

19 ページは致命率ですが、昭和 57 年は 26.1%と、4 人に 1 人は亡くなっていましたが、平成 24 年は 5.8%。100 人の心筋梗塞の方のうち 5～6 人お亡くなりになるというところまで改善しています。

ちなみに 20 ページに書いてあるのは、手法よっての致命率のことですが、「primary PCI」を受けた患者は 890 名で、死亡率は 3.6%でした。これはバルーンで拡張させて、メッシュみたいなステントを入れるかまたは入れないか、そういう手法を含めて致命率は 3.6%でした。血栓溶解療法は、理論的には詰まった血栓を溶かしてやれば良いとの方法ですが、血栓溶解療法だけでは十分な効果は得られず、PCI に及ぶものではありません。ですから現代は、できるだけ早くバルーンによって詰まったところを拡張し、冠動脈の血流を再開してあげるとするのがもっとも良い治療効果をもたらしています。

これが 2012 年の宮城県における急性心筋梗塞の実態調査の結果でございました。

**部会長** ご説明、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。

16 ページのリスクファクター、生活習慣病にも関連するのですが、やはり 40 代 50 代のたばこ、高血圧、コレステロールですか。こういうのを若い人に知っていただく、例えばコレステロールは先生がおっしゃるように食べ過ぎ・飲み過ぎかも知れませんが、ある程度コントロールできるものもありますので、辻先生の指

摘しているところですが、今後市町村への指導にも（盛り込めると良いと思えますね）。

他に何かございますか。

これは貴重なデータですね。がんのレジストリーが、IACR 総会で賞をもらいましたけれども、こちらにもそれに値するデータだと私は思います。

#### 4 協議事項

##### (1) 市町村等への指導事項（案）について

それでは次に移ります。次に協議事項ですが、市町村等への指導事項（案）について事務局から説明願います。

（事務局説明）

**部会長** ただいまの説明につきまして、何か御意見・御質問等ございませんでしょうか。栄養調査はどのような調査ですか

**事務局** 対象者の方に1日の食事を記録していただいたものを分析するものです。

**部会長** 食塩の摂取量の調査はなかなか難しいのですけれども。尿でやったことはないですね？

**事務局** 県の調査では実施したことはありません。国民健康・栄養調査も同じ方法で実施されています。

**部会長** まだまだ食塩の摂取量は宮城県多いですね。たばこもそうですが。

歩数も非常に大事で、最近外国の論文ですが、歩く人のほうが心血管系の合併率が1,000歩程度歩くだけで違ってくるというものもありますので、非常に大事だと思います。

**白土委員** たばこは循環器系だけでなく肺の慢性閉塞性肺疾患、COPDも今後死亡原因として上位にあがってきます。これにはのっていませんけれども、COPDも生活習慣の1つとして入れていかなければいけないと思いますね。

**事務局** まだまだ宮城県は下位のほうにいますが、全国的な傾向を見ると上がってきていますし、男性だけを見ると10位以内に入ってきてつつあります。男女足すと順位は下がりますが。

COPDもタバコのところに入れたほうがいいでしょうか。

**白土委員** そうですね。COPDは最終的には日常の活動を制限し、生活の質の低下をきたらします。

**部会長** 他にございませんでしょうか。

**事務局** 2ページ目の各調査報告から載せるというのは、辻先生が指摘していた点、「脳卒中登録から脳出血が若い年齢から発症する」といった点は、入れたほうがよい

でしょうか。

**部会長** 確かに、辻先生が指摘しているとおりに、どれだけ本気度でこれができるかということでしょうか。私も産業医としてある運輸関係の会社を見ているけれども、非常に悪いですね。糖尿病，高血圧，高脂血症など，非常に多く持っています。運輸関係の人は非常に不規則な生活をしていて食事などもバランスが悪い。こういうのは職場で話をしないと。なかなか市町村レベルから職場にまで行きませんのでね。

他にございませんでしょうか。

以上で，本日予定していた議事を終了したいと思います。

## 5 その他

次に，その他ですが，事務局から何かありますか。委員の皆様から何かございますでしょうか。ないようですので，ここで司会をお返しします。

**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。