

平成26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

日時 平成27年1月30日(金)
午後4時から午後5時30分
場所 行政庁舎 904会議室

(司会)

ただ今から、平成26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・評価部会を開催いたします。

なお、この会議は、情報公開条例第19条の規定に基づき公開となります。

傍聴の方につきましては、傍聴要領に従って傍聴をお願いいたします。

委員の皆様にはおかれましては、この度の任期満了による委員改選に当たり、委員への就任をお願い申し上げたところ、快くお引き受けいただき、誠にありがとうございます。皆様の御指導をいただきながら、生活習慣病に関する検診及び保健指導の一層の推進を図って参りたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。あらかじめ皆様のお席に委嘱状を配らせていただいておりますので御了承願います。

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。

最後になりますが、本部会の他6つの部会で構成されておまして、各部会で御審議いただきました内容につきましては、3月24日の協議会で御報告をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、次第の2、部会長の選任に入らせていただきます。条例第5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おりますが、事務局案としましては、引き続き清野委員をお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

(委員各位)

異議なし

(司会)

それでは清野委員、引き続きよろしくお願いいたします。

それではここからの進行につきましては、清野部会長によりよろしくお願い申し上げます。

(清野部会長)

県医師会の常任理事の清野でございます。

本日は大変お忙しい中、そして大雪の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登録及び評価について御審議いただく部会でございます。生活習慣病による死亡率

の推移や検診の状況及び各登録事業の報告がございますので、この報告を基に、委員の皆様には市町村における生活習慣病検診に対する指導事項について御協議をお願いしたいと思います。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

まず、（１）生活習慣病の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）

資料１ 説明

（清野部会長）

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・御質問等はありませんでしょうか。

特にありませんでしょうか。

それでは、次に（２）生活習慣病検診の実施状況について、事務局から説明願います。

（事務局）

資料２ 説明

（清野部会長）

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・御質問等はありませんでしょうか。

（荒井委員）

感想になるかもしれませんが、メタボリックシンドロームについて宮城県はずっと高いですが、隣の山形県をみると急落している。これは何か差があるのですか。かといって、山形県の高血圧症服薬者割合などは決して低いということはない。面白いなと思ったのですが、隣なので。

（清野部会長）

事務局で何かつかんでいることはありますか。

（事務局）

山形県で特段顕著な取組をされているということは聞いておりません。

（清野部会長）

聞いてみてください。

また、毎年言われるが特定健診の受診率は高くても良いが、保健指導終了率が悪いということが問題とされるのですが、解析などはしているのでしょうか。

(事務局)

昨年度の段階で市町村直営で市町村の保健師さんが自らやっているところと健診団体や病院へ委託して行っているところを比較したところ、直営が高くても委託が低いということで、その旨、市町村への指導事項の中へも記載したところですが、昨年11月に開催しました協議会におきまして、単純にそういう問題ではないのではという御指摘を頂き、やはり企画力の問題などが大きく影響しているのではないかと。或いは国の医療費適正化計画の評価の中で、指導実施率が優良な取組として、健診結果から1回目の指導までの期間が短いと指導率が高くなるなどが紹介されていまして、今後そういった結果をもとに各市町村の実施状況等をアンケート調査などで把握しながら、改善策など考えていきたいと思っております。

(清野部会長)

健診受診率は良いのですが、本来の目的は保健指導ですので、いつまでもこのように下位のほうでは問題であり、何とかしていただければと思います。他にございませんでしょうか。それでは次に「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)

資料3-1です。

始めに資料1 症例収集状況ですが、収集期間は平成26年1月から12月で、平成23年の症例を収集しております。各施設から報告いただきました症例収集の合計が17,652件、また、職員が出張採録した件数が4,116件で、合計21,768件です。概ね23年の症例収集ですけれども、気仙沼市立病院のところは22年の症例収集です。震災で症例収集が遅れまして、その分症例の収集が1年遅れている状況でございます。次年度には遅れを取り戻すようにしたいところです。資料2は症例収集状況の推移を示したのですが、震災で収集が遅れた分を遡って収集しております。また、全国がん登録が改変されるということで症例収集を急がなければいけないという事情もございまして、先ほど申し上げた報告施設には24年、25年の2年分の症例収集をお願いしているところでございます。

症例収集の推移では、東北公済病院宮城野分院はまもなく統合されるとのことで、昨年症例収集に御協力いただけなかったものですから、依頼しまして症例収集の了解を頂きましたので、今年改めて複数年まとめて今年と来年収集を行うということと、仙石病院の方も症例の収集が遅れておりますけれども22年以降の症例の収集を行っていく予定でございます。症例収集状況は以上でございます。

続きまして、がん罹患等の集計に関する進捗状況について、口頭で説明させていただきます。2007年の集計を行った後、がん登録のデータベースについて全国共通のものを導入いたしました。導入の移行作業等で集計を中断したものでございますから、がん罹患等の集計が遅れている状況です。20

08年分の集計がまもなく終わり、3月には皆様に報告できると思いますので、その時になりましたら資料等を送らせていただきたいと思います。2009年以降についても、できれば2009年、2010年分を次年度に集計させていただければと思っております。

がん登録等の推進に関する法律が成立したものですから、来年から全国がん登録が始まり、がん登録事業につきましては、全国がん登録のデータ収集及び国等への報告という事業と、従来の県のがん登録のデータ収集及び集計という事業を、しばらく並行して進める予定です。

私のほうからは以上でございます。

(清野部会長)

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。

それでは次に「脳卒中登録管理事業」について、荒井先生から説明願います。

(荒井委員)

資料3-2をご覧ください。

2013年1月1日から12月31日までの脳卒中発症例を登録したものです。登録施設と登録数が3ページ目、表1にあります。2013年は4,575例の登録を各施設からいただきました。表2が地域別発症登録数です。大きな変化はありませんが、仙台市が少なかったのが目立ちました。

4ページ、表3は発症登録数の年次推移です。脳内出血、くも膜下出血、脳梗塞、いずれも全体的な発症数に変化はありませんでした。表4は各疾患の性別割合を示しております。例年と変化はなく、くも膜下出血の女性優位、脳内出血、脳梗塞の男性優位の傾向は同様です。

5ページ、表5は全体の年齢分布ですが、図1のグラフで説明します。年齢構成で1番尖っているのが脳梗塞でピークは80歳代にあり、441例でした。2番目の山は脳内出血でピークがやはり80歳代、158例でした。一番なだらかなくも膜下出血では60-75歳になだらかな山頂を認めます。それぞれの疾患の性別年齢構成を6から7ページに示します。図2くも膜下出血では、男女間で年齢分布にかなり差があります。男性では60歳から65歳、女性では75歳から80歳にピークがあります。脳内出血でも同様の傾向で、男性では60歳から65歳、女性では80歳から85歳の間にピークがあります。脳梗塞は男女それぞれ75歳から80歳、80歳から85歳ピークが近接していますが、男性では45歳以降女性に比べ急激に増加する傾向があります。

表7は各疾患の発症時の意識障害を3-3-9度方式で9段階評価しています。1桁が意識ほぼ清明、Ⅱ桁が呼びかけなどの刺激で開眼、Ⅲ桁が開眼できないいわゆる昏睡状態を示します。脳卒中の8割が、1桁で、Ⅱ桁、Ⅲ桁はそれぞれ10%でした。くも膜下出血は27.6%が3桁で、重症例が多くなっています。脳内出血はⅢ桁が21.2%を占めています。脳梗塞はⅢ桁は少なく、3.5%で塞栓症、脳幹梗塞の例と推察されます。

次に9ページの疾患別予後です。左からGRは神経症状なく回復された方、MDは軽症神経脱落症状あり、

SDは重症神経脱落症状例、VSは寝たきり状態、Dは死亡例です。一番下の総計ではGRが35.6%、神経脱落症状を残し何らかの介護が必要な方がMD、SDで47.3%、寝たきり例、死亡例合わせて17.1%でした。その疾患別内訳では、くも膜下出血はGR36%、一部用介護が36.3%、予後不良のVSと死亡例は26.7%です。脳内出血も死亡例とVSを合わせると25.2%です。またSD、MDの神経脱落症状を示す例も46.7%に至ります。脳梗塞で死亡例は6.1%と少数ですが、MD、SD、VSを合わせると57.7%となり、半数以上が介護を含めた何らかのサポートが必要な状態であることを示します。

図5は脳卒中発症数を月別に見ています。脳梗塞が一番上の折れ線ですが、2011年3月に増加しています。似たピークは2013年1月、2008年1月にもありますが、2011年のピークはやはり震災と関連しているものと思われます。以上です。

(清野部会長)

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。

(白土委員)

2013年の1月と2008年の1月にピークが見られる原因は何でしょうか。この年は寒かったのでしょうか。

(荒井委員)

2013年は寒かったかと思いますが、2008年はうろ覚えです。

(白土委員)

もう一つ。最近NOACという新しいタイプの抗凝固薬が出ていますが、薬屋さんは心房細動からの脳梗塞が減ると言うのですが、これで見てもなかなか減っていないように見えるのですが実際はいかがでしょうか。

(荒井委員)

結構使っている方は増えている。一番期待したいのは出血などが減ってくれないかなと思っているのですが。ワーファリンなど結構使っている方はいるのですが。

(白土委員)

ワーファリンはモニタリングができるから良いけれども新しいNOACはモニタリングはできないが。

(荒井委員)

モニタリングはできないが、出血率は今のところ色々なデータから出ている限りではワーファリンより優れている。

(白土委員)

一般に心房細動からの脳梗塞は重症例が多いですよ。発売されて間もないですけど、その割合は減ってきたんですかね。

(荒井委員)

脳塞栓症に対する新しい治療介入は、血栓溶解療法と最近のNOAC導入があります。本登録では脳梗塞の病型を分類していないので不明ですが、今後登録がスマイルネット、更にMMWINに移行すると解析に加えることができると思います。これからの課題です。

(清野部会長)

ありがとうございます。他にございませんでしょうか。

(白土委員)

女性と男性で20歳くらい違うのですかね。女性は、非常に長生きなのですね。

(白土委員)

女性はホルモンに守られているということがあるからね。

閉経後に高脂血症などがでてくる。

(清野部会長)

心筋梗塞もそうですか。

(白土委員)

心筋梗塞は10歳違いかと見ていたのですが。女性の方が発症が遅いのは遅いですけどね。

(清野部会長)

それでは続きまして心疾患登録について、白土委員から説明願います。

(白土委員)

それでは資料3-3をご覧ください。

急性心筋梗塞というのは、心筋梗塞を発症から3週以内に収容した症例です。25年1月1日から1月31日まで退院した症例を集計したものです。一旦良くなってまた発症したものは、2例になります。退院後に起こしたのも2例になります。ただし急性期に悪化したというものは1例ということで集計しました。

5ページ、平成25年は44の施設に協力いただき、登録件数は1,159例でございます。死亡例は107例でしたが、心疾患で亡くなった方は81例でした。致命率は7%です。

それから6ページ7ページは細かいのですが、登録は昭和54年から始まっていて、今年で報告書は35冊目になります。昭和が10冊、平成になって25冊の報告書を出しております。各施設途中で併合したり名前が変わったりしているのもその経過を示しているのですが、その数は全部で2万9,653例になりました。人口10万人当たりどのくらい心筋梗塞を発症するのかということが一番下に書いてありますが、平成25年は49.9で、四捨五入して人口10万人に対して約50ですが、これは確実に正しいのかどうかということに関しては足りないということが考えられます。その中には急死例が入っていないのではないかと考えられます。病院に到着する前など発症早期に亡くなる方が多いので、あるいは病院にも行けなかったということで抜けているのがあるのではないかと。全国こういう統計をとると大体40台くらいです。他も沖縄で昔やったことがあるのですが、心筋梗塞死が30で急死が10、合せて40くらい。でも最近は本報告では50近くになっています。

8ページには仙台市内に住んでいる方の患者数を見たものですが、区毎に住所が分けてあります。どこの施設がどこをカバーしているかというのは重要だと思いますが、その近くの患者さんをそこに集めてくること。その近くの病院で処理されるというのは病院まで運ばれる時間も短くなるので、そういう面で施設のあるところの地域をカバーしている傾向があれば一番良い。そういう傾向は見られると思います。例えば仙台オープン病院は泉区、宮城野区、循環器病センターは泉区が多いというように。昔はどこの地域に住んでいる方が分かったのですが、今は個人情報問題から、仙台市以外のどこの患者さんが仙台に運ばれてくるのかわからない。医療を考えた場合にどういう所に病院を作っていけば良いかということにもなっていく訳ですけど、そういう解析が最近のデータからは出来ない。注1のところには仙台市の発症症例数ですが、20年ほど前の仙台市は1日に1人心筋梗塞が起これば、後は起きないと言われていた。ところが最近は3日に4人起こるようになってきたんですね。ですから仙台市の人口を考慮してデータを見直す必要があるだろうと思います。平成23年は499で、その前は大体300名くらい。震災の年ですから仙台に避難したのでしょうか。その辺のデータを仙台市の人口の推移と併せて解析が必要と考えております。

9ページに移りますが、昔は男性が60歳代、女性は70歳代にピークがあった、だから先ほど10歳違いかたと話したわけですが。それが途中から男性が70歳、女性が80歳にピークが移ってきた。人口構成の補正はかけていなかったのですが。ところが、震災の前の年から、ピークが男性は60歳代に戻り始めた。女性は70歳代に戻るのかなと思ったら25年は80歳代になっている。その可能性としては、1つはやはり人口構成が変わってきているだろうというのが1つ。それと生活習慣病等と言われ

ていますが、キャンペーンなど頑張っているけれどあまり効果がなくて若い人達の食生活が乱れているために早く起こるという考え方もあると思います。これは人口を補正していただいたのですが、これを見ますとどうも人口構成が変わって、団塊の世代が今ちょうど60歳代に入ってきて、その人口の比率が増えて、それに合せて発症が増えてきたと見るべきというデータになっております。ただ、女性の解析は難しいということだったので男性のみ解析したのですが、人口1万人あたりにしてどのくらい起こっているのかという経過を見ますと、平成20年から24年まではほとんど数字が変わっていませんが25年に14前後の値が17に増えたんですね。これは注目していかなければならないと考えて、今後しばらく経過を見ていかなければと思っております。いずれにしても2013年は男性のピークは60歳代になりました。女性は70歳代から80歳代にまた戻っております。過去のデータを見ますと、男性60歳代女性70歳代にピークがあるのが、この登録を始めた当初はしばらく続いておりますが、人口構成を補正する必要があるということでありまして。それから、発症から6時間以内に再灌流を行うと良いと言われておりました。ですから6時間以内の症例が注目されておりますが、25年は53.7%と以前は57%から59%くらいの年が多かったので、少し少なくなりました。

11ページですが、先ほど言いましたが発症早期ほど重症例が亡くなる。発症から6時間以内に入院した患者さんの致命率はどのくらいかということ、全体では7%ですが6時間以内に収容された症例622人うち、心疾患で死亡された方は58人致命率は9.3%。7%より大であります。特に入院中に発症したのが36例で、亡くなられた方が6例。ですから、いかに発症早期ほど重症例が多くて助けられない症例がいるかということが分かると思います。この致命率は16.7%かなり高いということでございます。

それからこの登録事業が始まった最初の頃問題にされたのですが、13ページ、発症の時刻はいつなのだということです。昔は午前9時と午後9時と言われ、9時前後に山ができてくることが多く、時にお昼過ぎにピークを示すことが多かったが、最近は24時間いつでも起きるということで、24時間待機していなければいけないんだということをよく言ったものですが、今は各施設がいつでも引き取ってくれるようになりました。昔はたらい回しということもございましたが、最近は努力して対応していただいていると思います。

それから冠動脈の部位はいいでしょう。14ページの生存例と死亡例がありますが、心臓死が81例ありますけども死亡した方は発症してから在院日数0~2日の発症間もない時間に集中しています。発症早期ほど死亡例は多いということでございます。生存例も在院日数をご覧ください。15ページ、在院日数は、昔は2ヶ月から3ヶ月入院していたのですが今は大体2週間で帰される方が多い。施設によっては3週間以内で帰すところもあり、施設によって違うようですが、治療した場合の在院日数は極めて短くなって早く社会復帰ができるようになってきたということでございます。そういう面では早く再灌流して心筋の助けられる部分が多ければ多いほど心臓の機能は残るわけですから、早く再灌流をして詰まったところを再び血流を再開させてそして在院日数を短くする。ですから医療費の面でもかなり医療費を削減しているということですのでそれだけの効果があがっていると思います。そういう意味では今の再

灌流療法は優れた療法だろうと思っております。治療法が変わって血栓を溶かす薬がでてき、それではあまり著明な改善が見られなかったが、PTCAというバルーンを入れて開くことができ死亡率がだいぶ減った。そして今はステントがありますから救命率も高くなってきています。

16ページのリスクファクターのところ、生活習慣病に関するところがございますけれども、40歳以下で発症する方もいるし、50歳代を見ていきますと、糖尿病や高血圧は若い人にもありますけれども、比率は年をとるほど多くなっています。高血圧は高齢者が高くなってきますからね。若い人は仕事もするけれども食事の面で暴飲暴食なんてことが起こるのではないかと思います。そういうことで糖尿病の率も段々年齢が増すにしたがって増えてきますね。それから高コレステロール血症、これは若い人40歳代でも55%もある。ところが不思議と70歳代になると減ってくる。たばこは40歳代50歳代になると少しずつ減っていきませんが、70歳以降急に減って少なくなります。たばこを吸っていた人も年をとると慢性閉塞性肺疾患ではありませんが吸えなくなってきますからね。70歳代になると高脂血症とか喫煙などが比率的には減っていく。仕事をしている時と退職した後と、何かあるのでしょうか。その辺詳しくは分かりませんが。

それから、年代別死亡数がでていますが若い人でも亡くなる方がいます。しかし、高齢者になればなるほど死亡率は高くなっていくということがそのパーセントでお分かりいただけるかと思います。

それで先ほど言いましたけども、6時間以内できれば3時間以内に病院に来ていただきたいと思う。3時間以内に再灌流が完了すればもっと成績は良くなる。早く血流の再開ができれば心臓のダメージも少なく済む訳です。これは発症から病院まで来るのに何時間かかっているかという3時間、病院に着いて冠動脈造影するのに1時間、そして再灌流が完成するまでに30分くらい。24時間以内に再灌流が完成した方は病院に来るまでの時間が短い。しかし、その後着いてから造影するまで1時間、再灌流が完成するまでに30分。そうするとどこを詰めればいいのかという発症から来院までの時間です。患者さんが病院に行くという決断をするのに3時間かかっているが、再発の人はすぐ来る傾向があります。初発の人は待っていれば良くなると思いつている間に3時間がすぎてしまう。昔調べた時にも同じ値ですね。このあたりの教育というか、胸が苦しくなったらすぐ病院に行きなさいというように教育するともっと良くなると思う。6時間以内に再灌流出来ているのは48%くらいしかない。

それから男性と女性の心臓死、18ページになりますが、女性の死亡率は高いんですね。発症率は低いけれども。昔この会議が始まったころ、若い女性の心筋梗塞の死亡率がなぜ高いんだと話題になった。項目18に書いてあるのは一番死亡率が高いのは冠動脈のナンバー5、ナンバー5と言うのは右と左に冠動脈があるんですね。左の方は左心室という壁の厚い大動脈に血液を出す左心室の栄養血管です。ですから5番というのは大動脈の出口でここが詰まっちゃうと支配領域が大きいですから心機能が落ちて死亡率は高くなる。昔ここはPTCAをやっちゃいけないと言われてたところなんです。ところが最近ではステントができて症例によっては開いてしまう。ステントが入れば昔ほどの危険性は無いのかもしれませんが。昔はここは外科に回すという鉄則だった。この部位の閉塞は死亡率がかなり高いんですね。43%くらいですか。半数死んでしまう。急死という状態になるのではないのでしょうか。一番というの

は右の冠動脈、心臓の血管の支配でも大きく違ってきます。19ページに今までの致命率といいますか心筋梗塞になった場合にどのくらいの方が亡くなったのか、昭和54年からでています。当初は再灌流法などなかったですから、大体18%とか多いところでは26%ですから4人に1人死んでいたんですね。しばらく18%か17%、今でも再灌流をしないと20%くらい死亡しますから。それが段々減ってきて、バルーンで冠動脈を開く方法ができてから救命率がずっと上がった。そして現在は致命率が7%。10人に1人まではいかないというところまで救命できるようになりました。

色々な治療法がある訳ですが、20ページ、2の再灌流療法と心臓病死数、最初から冠動脈を開く治療法で治療しますと生存例は924、心死例54、心死率は5.5%なんですね。20人に1人くらいはまだ亡くなりますが、19人は助けられるということになりました。しかし今でも再灌流を行わないと19.5%ですから約20%で5人に1人は亡くなる。そういうことで、なるべく現在の治療では予防医学も重要であり、リスクファクターを減らすということも重要であります。心筋梗塞が発症したらすぐに病院に行く、そしてなるべく早く再灌流療法をやってもらう。そうすることによって救命率は上がる傾向があり、25年もそういう傾向でございました。

(清野部会長)

白土先生ありがとうございました。

こちらの内容について、何か御質問はございますでしょうか。

(西野委員)

たばこはがんのリスクファクターでもありまして、私共は世代毎の喫煙率を健康管理しておりまして、実は昭和20年代、終戦でタバコが欠乏している時期がございまして、それより少し前に喫煙開始年齢に達した世代は全部の世代に比べ喫煙率が低いということが知られております。私共は肺がんの動向が気になっているのですが、一時的にその世代がいわゆるがん年齢になって肺がんの罹患率など横ばいになっているのですが、その後の世代が今がん年齢になってきていますのでまた増えるのではないかと懸念しております。年齢別の動向を御覧になるときに、世代ごとのリスクファクターの状況も考えていただいて見ていただくとよろしいのかなと考えました。

(白土委員)

戦後のベビーブームで生まれた方々が60歳代になって、そうするとこういうようにデータも変化していくということですね。

(西野委員)

もしかして団塊の世代が心筋梗塞発症年齢に達し、それより高い年齢の喫煙率が累積として低かったのが、また喫煙率が高い世代になってきてまた下の年代に戻ったということも考えられるのではと思います。

お伺いしておりました。

(白土委員)

1万人当たりの60歳代の心筋梗塞の発症が低めなのですね。全部調べてみないといけないですが。ただ、25年の調査では増えてきていたという成績でした。たばこは良くないですよ。

(西野委員)

戦後すぐの世代は喫煙率が最高8割くらいまでいった時期がありますから。たばこ関連疾患の増加というのはきちんと見ていかないといけない。特に戦後すぐのベビーブーム世代は喫煙率が高い世代ですので、今はやめていたとしても、過去に吸っていたことがありますので注意して見ていかなければと思います。

(白土委員)

なにしろCOPDが増えている。確かにタバコの影響だと思いますよね。

(清野部会長)

肺がんとたばこはだいぶ周知されてきましたが、たばこを吸うことで心筋梗塞になることが周知されていない。特に若い人がたばこの関係を全然感じていない。COPDとタバコの関係は少しずつ認知されてきているが、県としても周知していかないと、実際40歳代50歳代の人はまだかなり吸っていますから60歳代あたりに発症しても不思議じゃない。

それから13ページの時間毎の変化ですが、季節的な変動についての分析はされているのですか。何月に多いのかはわからないが、寒い時なのか暑い時なのかなど。

(白土委員)

それはやっておりませんね。春先3月4月頃人が出歩くようになると多いというデータはあったような気がしますが。

(清野部会長)

一般の人は意外とそういう所に注目するんですよ。時間も非常に大事ですが。

それから15ページですね、確かにステントが入ってすぐ帰してくれることが多いですが、平均在院日数も関係していると思います。14日間で帰さないとだめだとか、患者さんは意外ともう少し入院したいと言うが早く帰されて私らの病院によく転院して来るんです。平均在院日数の関係や、確かにステントを入れればすぐ終わっちゃいますから、このようなデータが出てくるのだと思います。

(白土委員)

確かにこの施設ではこれで帰るけれども、そのあとフォローしている施設があるのかもしれないね。

(清野部会長)

大概送ったところに帰されますからね。専門の病院はステントを入れて終わりのことが多く、たばこ、血圧管理、糖尿病などの教育をしないで帰ってくる。その辺りも考えていけると良いと思います。

他にございませんでしょうか。詳しい内容、ありがとうございました。

続きまして、(4)市町村における生活習慣病検診に対する指導事項(案)について事務局から説明願います。

(事務局)

資料4 説明

(清野部会長)

ありがとうございました。

それではまず1ページから6ページまでの「特定健診・特定保健指導」の部分について、御意見等いただきたいと思います。ご意見等ございませんでしょうか。

特になければ、次に7ページ以降の「生活習慣病予防対策」の部分についてですが、特に、8ページの点線の部分については、先に御説明いただいた各登録事業のデータを踏まえて記載することとしています。何か御意見はございませんでしょうか。

このままでよろしいでしょうか。

(荒井委員)

傾向としては同じですね。脳内出血に限らず、脳梗塞もピークは男性に関しては若年の方からの発症が多いので、脳卒中全体としてもいいかもしれませんね。

(事務局)

脳内出血ですとピークは60歳、脳梗塞であればもっと早い年代ということで、その辺りをまとめた形で記載させていただきたいと思います。心筋梗塞については引き続きこのような形ですが、辻先生のところに先日御意見を伺いに行きましたところ、50歳から60歳への働きかけという観点では、協会けんぽさんとの連携が重要ではないかという御指摘をいただきました。中小企業の従業員なりその被扶養者の方々が対象になっているということで、なかなか行政からはアプローチしにくいところがございますので、協会けんぽさんと連携した取組等も検討したいと思います。

(清野部会長)

協会けんぽは県と協定を結んでおりますし、取り組んでいただきたい。

11ページのたばこのところで、「様々な疾病の発症リスク」といい加減な表現になっていますが、肺がんとか心筋梗塞などは非常に関係すると言ったほうが良いのではないのでしょうか。

(西野委員)

受動喫煙は肺がんもそうですし心筋梗塞、脳卒中への影響も確立しておりますから。

(事務局)

具体的な記載としたいと思います。

(清野部会長)

それ以外で何か、御意見や御質問等はありませんでしょうか。では以上で、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。委員の皆様から何かございますでしょうか。ないようなので事務局にお返しいたします。

(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。

本日の会議の検討結果についてはまとめさせていただきました上で、3月24日の協議会に当部会の意見という事で御報告させていただきたいと思います。以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。