

平成27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28年1月29日(金)  
午後4時から午後5時30分  
場所 県行政庁舎 904会議室

(司会)

ただ今から、平成27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。

委員の皆様につきましては、昨年度から引き続き御就任いただいておりますが、宮城県対がん協会がん登録室長の金村委員におかれましては、今年度から委員をお引き受けいただいておりますので、本日御出席いただきました委員の皆様を御紹介させていただきます。

みやぎ県南中核病院脳卒中センター長兼統括診療部長兼脳神経外科部長の荒井委員でございます。宮城県対がん協会がん登録室長の金村委員でございます。東北大学名誉教授の白土委員でございます。

なお、宮城県医師会常任理事で本部会部会長の清野委員は所用により遅れるとの御連絡をいただいております。また、東北大学大学院医学系研究科副研究科長・副医学部長の辻委員は所用のため御欠席となっております。

ここで、本日の資料の確認をさせていただきます。

(資料確認)

ここからの進行につきましては、本来であれば部会長にお願いするところですが、本日の議事進行につきましては、白土委員にお願いしたいと思いますと思いますがよろしいでしょうか。

(委員各位)

異議なし

(司会)

それでは白土委員、よろしくお願いいたします。

(白土委員)

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

(白土委員)

ありがとうございました。

ただいまの説明に関しまして、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。全国では肺炎が死因順位の第3位となっていますが、宮城県では前年に引き続き脳血管疾患が第3位ということですが。肺炎は高齢になるほど死亡の順位が上がる疾患ですので、高齢化の影響が現れているということでしょうか。

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

(白土委員)

ありがとうございました。

ただいまの説明に関しまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

(金村委員)

検診の受診率を出す際には定義の問題がある。分子は受診者になると思うが、分母は取り方で数が変わることがあるため、分母、分子の定義を教えてください。計画を立てる際にも分母、分子の定義を気をつけなければならないという話もよくるので、できれば定義を欄外に記載すると良い。

(事務局)

がん検診の受診率は各市町村からの報告をもとにまとめているため、確認の上、受診率を算出した際に分母の定義を欄外に記載するようにいたします。

(白土委員)

他に何かありますか。

(金村委員)

4ページの特定健診・特定保健指導について、宮城県は受診率が高いということだが、どのような理由が考えられるか分かる範囲で教えてください。また、東京都は群を抜いて受診率が高いが、これは取り方の問題なのか何かわかれば教えてください。

(事務局)

東京都が高い理由については把握しておりませんが、宮城県が高い理由としては、本県は特定健診が始まる前から住民健診の受診率は高く、市町村では保健推進員等の地区組織の活用や、健診車を複数回に分けて健診を実施するなど住民が健診を受けやすい環境を整えていることなどがあげられております。

(荒井委員)

宮城県は、受診率が高く、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群割合も多いわりには、保健指導の実施率が低い。これは、受診はするが指導は受けないということになるが、周知の問題などでしょうか。

(事務局)

保健指導実施率が低いことは特定健診開始当初から課題となっているが、市町村別に見ると、実施率の高い市町村もあるが、人口規模が多く郵送で保健指導の案内をしている市町村などでは、なかなか実施率が上がらない現状となっている。

実施率が高い市町村では、健診当日に階層化し保健指導を実施しているところがある。健診とは別に再度呼び出しをしても、なかなか来ていただけないようです。

(金村委員)

確かに実施率が低いところは大都市のある県が多い印象はあります。

健診で動機付けをして予防していくという考え方からすると、保健指導実施率を上げることは大切ですので協議会や担当する部会で協議いただきたい。

(事務局)

協議会や循環器疾患等部会でも保健指導実施率が低いことは指摘があり、実施率の高い先進地を視察し参考にするなどの助言をいただきまして実施しているところではありますが、なかなか保健指導の実施率向上は難しい状況です。

(白土委員)

他にいかがでしょうか。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合がずっと全国ワースト2位ということは問題ですね。

(事務局)

本日参考資料として配付しておりますが、県としましてもこのことについては危機感を持っておりまして、今年度、知事が緊急事態宣言を行い、来月9日に健民会議を立ち上げ、来年度以降対策を強化し

て参りたいと考えております。

(白土委員)

年齢毎のメタボ割合など見てみると良いですね。

(事務局)

新聞にも掲載されておりましたが、宮城県は5歳児の肥満がワースト1位であり、その他の年齢においてもワースト10位に入ることが多く、子どもの頃からの肥満の問題があります。そしてさらに、20歳代、30歳代でさらに肥満が増え、40歳代ではメタボ割合が既に多い状況となっております。

(白土委員)

このことについては議事の最後にまた話があるとのことですので、よろしいでしょうか。

それではよろしければ、議事(3)各登録事業の実施状況について説明いただきます。金村委員から「がん登録事業」についてお願いいたします。

(金村委員)

資料3-1について御説明いたします。始めに1ページ資料1の症例収集状況ですが、平成27年1月から12月までの1年間収集した情報になります。報告いただいた病院は18施設で、「その他の医院、病院など」が22施設ございますので、全部で40の施設から報告いただいております。1番から18番までは、五十音順で掲載しております。対象年度は、平成24年、25年の2カ年であったり、24年のみであったり病院によって違いがあります。これは、全国がん登録が今年1月1日から開始されておまして、病院に届出が義務付けされることにより、地域がん登録と重なると病院が大変になるため2年分いただいております。収集件数は今までのほぼ倍である34,270件報告をいただいている。下段の採録病院については、職員が出張しカルテ等から情報を収集したものになりますが、対象年度は平成24年が主で、件数は約3,000件となっており、例年通りの件数となっております。報告件数と全て合わせると合計で37,301件となっております。例年では24,000件くらいの報告ですので、今回は多い報告となっております。

続いて2ページ資料2についてですが、こちらは年度別に推移を表したものになります。比較していただきますと、今回2年分収集しているところがあります。それらを入れておりますので平成25年分などは件数が多くなっております。

次に資料3については、集めた情報をデータベースに入れて集計した結果になります。最新の結果が平成20年のものになっておりタイムラグがあります。本来タイムラグはもう少し少なかったのですが、これは平成23年に震災があったことと、また宮城県独自のデータベースシステムから全国標準のデータベースシステムに移行する際に時間を要したことにあります。それでは平成20年の集計結果につい

てですが、男女別に記載しておりますが、男性の罹患数が8,111件、女性が5,641件になります。部位毎に多いものについては、男性では最も多かったものが1,670件、20.6%で胃であり、例年通りです。次が1,279件、15.8%で肺・気管・気管支になります。3番目は、がん登録する際は結腸と直腸を分けて採ることが多いが、一般的には大腸がんとして括りますので、741件と481件で合わせて約1,200件で大腸となっています。4番目は、前立腺で1,163件で14.3%、5番目は、肝臓で387件で4.8%となっています。全体的な割合としては例年と変わらない状況となっております。次に女性については、最も多いのが1,106件の乳房で19.6%と、登録されているがんの約5分の1が乳がんとなっています。2番目に多いのが結腸と直腸を合わせた大腸で約950件となっています。3番目は胃で747件、4番目は肺・気管・気管支で512件、5番目が子宮で337件となっております。男女ともに、上位3部位で約50%を占めています。

資料4の過去5年間の推移についてですが、男性は7千数百から8千となっており、件数はこの5年間で伸びている傾向があり、女性は5千2百から5千6百であり少し増えていると言えます。部位別では、5年の単位で見ると増えているものは、男性では結腸と直腸が5年前と比較すると若干増えているという印象です。後は、肺・気管・気管支です。理由は不明ですが、悪性リンパ腫が平成20年のみ少し高くなっております。女性については微増ですが、部位別で増えている傾向があるものは、結腸が667から703と微増、膵臓が214から260、肺・気管・気管支が421から512、数で見るとこのような傾向があります。次に、年齢調整をした罹患率を掲載しておりますが、高齢化とともに数は増えておりますが、年齢調整をしますと罹患率は増えていないということがわかります。

私の方からは以上でございます。

(白土委員)

ただいまの説明に関しまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

(金村委員)

只今の報告は平成20年までの状況ですので、震災の影響は気になるのですが残念ながらお示しできません。現在の進捗状況としましては、例年1年分のところを今年度2年分まとめて集計入力作業を行っておりますので、来年度さらに23年、24年の2年分集計入力しますと、ようやく震災の影響が見えるようになると思います。

(白土委員)

胃がんは男性と女性でこんなに差があるのですか。

(金村委員)

はい。

資料の作成について次回以降は表だけではなくグラフも使用し、もう少し見やすく出来ればと思います。

(白土委員)

その他いかがでしょうか。

女性の肺・気管・気管支癌が増えているとのことですが、喫煙が増えているなど日常生活の因子との関係はいかがでしょうか。

(金村委員)

女性の喫煙状況が戦後以降変わってきている影響が多分にあることが推測されますが、近年の喫煙状況について十分情報を把握していないところがあり、具体的な数値は本日お示しできないため、次回お示し出来ればと思います。一般的な傾向としては、生活習慣との関係はあるものと思われます。

(白土委員)

この部会では、疾患と喫煙との関係がよく問題にされるようです。

それでは次に「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)

資料3-2を御覧下さい。2014年の登録施設と登録数が2ページ目、表1にありますが、2014年は3,493例と例年より1,000例ほど少ない数となっておりますが、これはいくつかの施設からの登録が人事異動等担当者の変更により連絡不備などありまして遅れている状況です。来月には報告が来ることになっておりますので、本日の報告は暫定というところです。

表2は行政区別発症登録数ですが、こちら一桁の数字の地域については、登録がまだないことが反映されているためであり、申し訳ないところでございます。表3は各疾患の病型毎の登録数の年次推移を示したのですが、最も多いものは、脳梗塞で、続いて脳内出血、くも膜下出血となっております。男女別に見ますと、女性は1,632例、男性は1,861例となっております。

次に4ページですが、男女別の登録をパーセンテージにしますと、経年での疾患毎の構成区分には大きな違いは見られません。表4は疾患毎の性別構成を見ておりますが、例年と変化はなく、くも膜下出血は女性が多く、脳内出血、脳梗塞は男性が多い傾向が続いています。

次に5ページ、表5は全体の年齢分布ですが、下のグラフでは男女合わせたくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞の年齢構成を折れ線グラフで示しております。

6ページでは、各疾患について男女別に年齢構成を示しておりますが、図2くも膜下出血では、男女のピークの現れ方が異なっております。女性では75歳頃にピークがありますが、男性は45歳頃から65歳頃までの広い年齢層でフラットな形でピークが現れております。図3脳内出血も男女で少し異なっており、女性は75歳頃にピークがありますが、男性は60歳頃から75歳頃と割と広い年齢層でピークが現れております。

図4 脳梗塞ではそういった差は少ないですが、男性は70歳頃から80歳頃とやはりやや広いピークが現れております。

7ページ表6では疾患別に平均年齢を標準偏差で見ますと、7年間ではあまり大きな変化はないことがわかります。男性は少し波がありますが、特に女性に関しては、大きな変化はないようです。

次に8ページ、表7では発症時の意識障害の程度を示しています。意識障害に関しては10段階ですが、それをⅠ桁、Ⅱ桁、Ⅲ桁と大きく3段階に分けてパーセンテージで評価しています。アウトカムに関しては、表8の退院後予後として下に説明がありますが、GR、MDは社会復帰がほぼ出来る方、SD、VSは寝たきりに近く大きな障害を受けた方、Dは亡くなった方と分けて示しております。表7と表8を見比べますと、クモ膜下出血に関しては、Ⅰ桁の発症時の意識がほぼ清明な方が約5割、Ⅱ桁の意識障害の強い方が約15%、Ⅲ桁のほぼ昏睡状態の方が約35%おります。この方々が退院時には、GRとMDを合わせて約5割、SDとVSで約26%であることを考えますと、意識障害Ⅲ桁の35%のうち約10%は死亡するような状況から助けることが出来たということであり、治療の効果であると思われれます。脳内出血も同じように見てみますと、Ⅰ桁の発症時の意識がほぼ清明な方が約6割、Ⅱ桁の意識障害の強い方が約15%、Ⅲ桁のほぼ昏睡状態の方が約20%おりますが、この方々のアウトカムを見ますと、SDとVSを合わせて約5割になっておりますので、意識は良いが、障害を強く残してしまう方が約20%近くいることとなります。また、意識障害Ⅲ桁の19%のうち5%は死亡するような状況から助けることが出来たというのが推測されます。脳梗塞については、もともと意識障害が強くでる疾患ではないためⅠ桁の意識レベルの方が87.7%ですが、予後では、寝たきりなどの介護が必要な障害が残る方が約35%おりますので、意識障害を起こさなくても、社会的な制約を受けてしまうということがこの疾患の特徴であると言えます。

以上が2014年の登録に関する報告になりますが、数につきましては早急に収集したいと思います。以上でございます。

※清野部会長到着

(白土委員)

ありがとうございました。

ただいまの説明に関しまして、何か御意見・御質問等はございませんでしょうか。

(金村委員)

資料3ページの表3病型についてですが、くも膜下出血の下に血管奇形などがありますが、通常、脳内出血、脳梗塞、くも膜下出血として見る人が多いかと思いますが、この場合の血管奇形やモヤモヤ病はそれらと重複するのですか。

(荒井委員)

モヤモヤ病も血管奇形も出血という発症例ではあるが、一応原因まで調べて、モヤモヤ病や血管奇形という疾患があればそれで登録している。残りの高血圧性脳内出血といった血管異常が画像診断上ないものをここでは脳内出血としています。

(白土委員)

その他、何かございませんでしょうか。

去年も質問しましたが、まだ発売されて間もないところではありますが、臨床の場では新しい経口抗凝固薬が検査なしに容易に使用できるようになっているようですが、心原性の脳梗塞は一般的に重症例が多いが、この新薬の使用によって、心原性の脳梗塞が減ってきているという印象はありますか。

(荒井委員)

仰るように心原性の脳梗塞は重症例が多いです。今回はそこに注目して調べてはおりませんが、レジストリーの中で言えば、意識障害の強い脳梗塞に注目して、経年変化を見れば何か言えることがあるかもしれませんので、次回は見てみたいと思います。ありがとうございました。

(白土委員)

その他にいかがでしょうか。

男性は女性よりも発症年齢のピークが早いですが、女性は血管病には有利なところがあるのでしょうか。やはりホルモンの影響など性差でしょうか。

(荒井委員)

それもありますし、後は、特に一人暮らしの若い男性は喫煙など日常生活が女性に比較し荒れていることも影響しているのではないかと考えられます。

(清野委員)

先ほどのNOACについては、まだ正確なデータはとれていないようです。

(白土委員)

使用はされているものの、エビデンスはこれからでしょうか。

他にいかがでしょうか。

(金村委員)

質問なのですが、こういった脳卒中の登録は全国的にはどの程度行われているのですか。



(荒井委員)

かなりの県でレベルは様々ですが行われていると思います。がんのように法律で定められてはいませんが、脳卒中協会などの外郭団体の政治的な動きもあるようです。

(金村委員)

協力施設はほぼ網羅されているのですか。

(荒井委員)

疾患によってカバー率が異なるのではとされているところであり、くも膜下出血はほぼカバー出来ているが、脳梗塞はまだカバー仕切れていないところがあると思います。

(白土委員)

ここからの議事進行は清野部会長にお願いしたいと思います。

(清野部会長)

それでは「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3-3を御覧ください。まず4ページですが、急性心筋梗塞調査報告では、心筋梗塞発症から3週以内に収容した症例を対象とし、平成26年1月1日から12月31日までに退院した症例を集計しております。軽快した後に再発したものや、退院後の再発は異なる症例とし、急性期に悪化したというものは同一症例ということで集計しました。

5ページには平成26年の病院別患者数を示しておりますが、病院コードとして45までありますが、県内で心筋梗塞の治療を積極的に行っている施設はほぼ含まれていると思われます。平成26年の症例数は1,115例、死亡例は110例、心疾患で亡くなった方は93例でした。致命率は後ほどでてきますが8.3%となっております。

それから6ページ7ページは細かいですが、登録は昭和54年から行っていまして、今年で36回目の報告になります。平成26年の宮城県人口に誤りがありまして、人口はおそらく2,325千人であると思われます。人口10万人当たりの心筋梗塞発症数は平成26年は48ということで、少ないという印象です。実際はもっといるのではないかと考えられますが、急死例や病院に到着する前の発症早期に亡くなる方の死亡例などが抜けているのではないかと考えられます。これだけの地域がありますが、施設によっては陸の孤島と称されて自分の地域から外には行かないため、地域のデータはほぼ網羅しているという話を聞いたことがあります。県北の岩手県と接する地域では発症数が少ない状況であり、岩手県の一関あたりに行っている可能性も考えられます。

8 ページは仙台医療圏の患者数を見たものですが、仙台医療圏の方はほぼ仙台市内の医療機関に行っていると思われませんが、平成 26 年の仙台医療圏の患者数は 423 名でした。平成 23 年は震災の年ですが、震災のストレスで発症が増えたのか避難してきた方々の影響かはわかりませんが 499 名もおりました。最近では 400 名を超えた数値が続いております。ここでは区毎に患者の住所を分け、どこの施設がどこの患者をカバーしているかを見ております。心筋梗塞の治療は発症からより短時間に治療に結びつけることが重要であるため、地域毎に病院があることが望ましいと言えます。例えば仙台オープン病院は泉区、宮城野区を見ており、仙台医療センターは宮城野区、仙台市立病院は太白区、市立病院は移転しましたから太白区は 102 名の患者がおりますので、今後どの程度カバー出来るのかは興味があるところです。仙台循環器病センターは泉区、徳洲会病院も泉区が多くなっております。病院のあるところの患者をカバーするのは理にかなっておりますが、たくさんの症例をあちこちから集めるのが本当に良いのかということがあります。患者搬送にどれだけの時間をかけるかということですが、例えば仙台厚生病院は青葉区、太白区、泉区、若林区と様々な地域から患者が来ておまして、近くに受入病院がなかったのかもしれませんが、総件数は 281 件ですので、仙台市外からの症例が 99 例おり、どこから来ているのかは不明です。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がわからない状況です。基幹病院を考える際には、どこの患者がどこの病院に運ばれてくるのかを把握することは非常に重要なことではありますが、難しい状況です。仙台では 1 週間に 8 人、単純計算では、1 日約一人の発症ということになります。

9 ページ年代別の発症数になりますが、2014 年は男性が 60 歳代、女性が 80 歳代に発症のピークがあります。昔は男性が 60 歳代、女性は 70 歳代にピークがあり、それが途中から高齢化の影響か男性が 70 歳代、女性が 80 歳代にピークが移ってきました。それが震災の前の年から、男性は 60 歳代にピークが戻りました。理由としては、人口構成が変わり団塊の世代が 60 歳代に入り、その人口の比率が増えそれに合せて発症が増えてきたものと見ております。これまでの 35 年間の症例をまとめますと、男性は 60 歳代、女性は 70 歳代にピークがあります。

それから 10 ページですが、発症から 6 時間以内にどのくらいの症例が入院しているかを見ておりますが、平成 26 年は 56.4%であり、最近では 60%を切っております。良い時は 67%ということもありましたが最近では下がっており、再発では割と早く受診しますが、初発例については胸痛がある際はすぐに受診することを呼びかける必要があります。

11 ページは発症から 6 時間以内に入院した患者数についてですが、発症早期ほど死亡例が多い、重症例は発症してまもなく亡くなるということですが、患者さんの致命率はどのくらいかということ全体では 8.3%ですが、6 時間以内に収容された症例 628 例のうち心疾患で死亡した方は 59 例ですので、致命率は 9.4%と全体より悪い数値となっております。特に入院中の発症は 18 例で、死亡した方は 2 例で致命率は 11.1%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。過去には悪い時には 41%ということもありました。

次に 13 ページ発症時刻別患者数についてですが、毎年間違いなく朝方の 6 時から 10 時頃までにピー

クがあります。以前はよく午前9時と午後9時にピークがあると言われていましたが、今回は夕方8時前後に小さいピークがあるようです。過去には昼過ぎにピークを示すことも多かったのですが今回の報告では目立ちませんでした。次に、救急車の利用状況と入院経路についてですが、救急車の利用は例年は60%台ですが、平成26年は70%でした。救急車利用であれば設備が整っており安心ですが、よく問題になるのが救急車利用なしの来院で、その中でも前医からの紹介で救急車利用なしで来る例が全体症例の9%くらいあり、毎年そのくらいの数値となっております。紹介する医療機関が救急車を利用することで負担が増えることが要因のようです。また、昨年報告から内訳の割合の掲載の仕方が変わっております。

14 ページの責任血管別患者数では、ナンバーは心臓を養っている血管の部位を示しておりますが、1番は右の冠動脈の入り口で、入り口が塞がりますとそれだけ支配領域が大きいからですから重症になります。5番は左の冠動脈の入り口でパーセントは少ないですがここが塞がりますと左心室の収縮がほとんどできませんので急死状態となり非常に危険な状態となります。右と左に分かれて番号がついておりますが太いところほど死亡率が高くなっており、急死している可能性が高いと思われま

す。それから在院日数についてですが、生存例と死亡例がありますが、死亡例は発症早期に多いということですから、在院期間の非常に短いところで心死例の数が多くなっております。それに対して、最近では冠動脈形成術によって救命率が非常に高くなり、同時に在院日数も短くすることができ、医療費の削減にも貢献しております。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週間から3週間以内で社会復帰できるようになっています。

15 ページは病院別の在院日数を示しておりますが、現在は大体7日から13日に退院する方が355例、次に14日から20日が346例となっております、在院日は非常に短くなっております。

16 ページのリスクファクター別患者数は生活習慣に関するところですが、40歳代でも心筋梗塞になる方が107名いるわけですが、年齢とともに増えてピークは60歳代ですがそれからまた減っております。40歳代以下で心筋梗塞になる方は、高血圧62.6%、糖尿病35.5%、高脂血症44.9%、タバコ63.6%とリスクファクターを多く保有しています。40歳代、50歳代、60歳代は現役ですが、高血圧や糖尿病、高脂血症、タバコが多く、若い人にはこのようなリスクファクターが多くあることから、若い人でこのようなリスクファクターが多い人は、心筋梗塞を発症しやすいと言えます。70歳を過ぎますと、動脈硬化で高血圧が増えますが、高脂血症やタバコは減っております。それから、年代別死亡数を見ても、高齢者になればなるほど死亡率は高くなっておりますが、40歳代の若い年代でも死亡する例もあります。

17 ページは発症からの経過時間ですが、発症から来院までの時間は昔から3時間くらいかかっており、現在も変わっていない状況です。来院から冠動脈造影までは1時間半、再灌流までは20分ですので、いかに早く受診するかが重要であり、来院までの時間を短縮することで救命率が高くなり、また重症化を防ぐことができます。発症から再灌流までの期間は3時間以内が理想ですが、ゴールデン・タイムの6時間以内に再灌流が行われている割合は約50%ですので、この値がもっと上がることが重要で

す。虚血性心疾患から心不全になると死亡率が他の心不全よりも高くなる傾向がありますので、できるだけ軽症うちに再灌流を行うことが重要です。

18 ページの責任血管毎の生死別患者数では、先ほども申しましたが5 番は死亡率が高く、18 例中6 例が死亡しており致命率が23%と、19 ページの全症例の致命率8.3%よりも高くなっております。

19 ページですが、全症例の致命率が高いときは26.1%で4 人に一人が死亡しておりました。それが最近では再灌流療法により致命率が非常に改善し、平成24 年は5.8%、平成26 年は8.3%と最近は一桁となっております。

20 ページについてですが、色々な治療法がありますがI V-T 経静脈的冠動脈血栓溶解療法のみでは心死率が22%でありあまり良くなく、再灌流をしない場合の心死率は21.3%であり、血栓溶解療法のみ的心死率とほぼ同様となっております。冠動脈形成術を行いますと心死率は5.9%と非常に低い値となっておりますので、現在は出来るだけ早く冠動脈形成術を行うことが重要となっております。

以上になります。

(清野部会長)

非常に詳しい御説明をありがとうございました。

何か御質問はございますでしょうか。

(金村委員)

資料の9 ページで、男女別年代別の数を教えていただきたいのですが、先ほど荒井先生の報告で男性と女性の発症のピークの話がありましたが、同じ血管の問題ということで、男性の発症が60 歳代と早めにピークがあり、女性は80 歳代にピークがあるように見えるので、予防的なことで考えると血管病の予防では同じなのではないかと拝見させていただきました。

(白土委員)

確かに、男性は女性より10 歳早く年をとるような感じがありまして、男性が60 歳代に発症のピークがある時は、女性は70 歳代にピークがあり、男性が70 歳代にピークがある時は女性は80 歳代にピークがありました。女性は閉経期過ぎてからコレステロールが高くなりますので、女性はホルモンで守られているところはあると思います。しかし女性では若い人の心筋梗塞の死亡率が高くなっている状況もあります。数では男性が早く発症のピークを迎えています。

(清野部会長)

他にいかがでしょうか。

(荒井委員)

資料 13 ページの救急車の利用についてですが、くも膜下出血などでも時々問題になるのですが、軽症の方は救急車を利用せず歩いて受診する方がいるが、心筋梗塞でも歩いて受診する方は軽症で死亡率の低い方が多いのでしょうか。

(白土委員)

救急車の利用の有無と病状の程度の関係はこのデータからわかりません。

(荒井委員)

重篤で発作が強い時には救急車を利用しますが、程度が軽いと救急車を利用しない傾向があるため、そういうことがあるのではと思ひまして。

(清野部会長)

他にはいかがでしょうか。

(白土委員)

支配領域が広いか狭いかは心筋梗塞では重要ですが、もう一つ怖いのは不整脈です。不整脈は大きさに関係なく、心室細動を起すと、誰かが側にいて A E Dがあれば良いですが、なければ重篤な状態となります。

(清野部会長)

時間も迫っておりますので、他になければ続きまして、(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。

事務局案について、御意見等ございませんでしょうか。特に、点線で囲んだ箇所については、登録事業の報告をもとに審議をすることとしておりますが、このままでよろしいでしょうか。

よろしいようですので、事務局案のとおりということでよろしく申し上げます。

それでは最後になりますが、事務局から何かありますか。

(事務局)

参考資料 2, 参考資料 3 説明

(清野部会長)

ただいまの説明につきまして御質問等がございますか。

(金村委員)

レセプトデータの分析はどのように行うのでしょうか。

(事務局)

国保と協会けんぽのレセプトデータと特定健診結果を活用し, 分析は大学等に委託して実施する予定としております。

(金村委員)

ありがとうございました。

(清野部会長)

他にございませんか。それでは全体を通して皆様から何かございませんでしょうか。

それ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。進行を事務局にお返しいたします。

(司会)

清野部会長, 白土委員, 議事進行をありがとうございました。委員の皆様, 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。

本日の審議内容につきましては, 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っております。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。