

日時 平成29年2月21日(火)
午後6時30分から午後8時まで
場所 県庁7階 保健福祉部会議室

(出席委員)

荒井委員, 金村委員, 白土委員, 高橋委員, 辻委員

(司会)

本日は御多忙の中また、夜間の開催にも関わらず御出席いただきましてありがとうございます。

只今から、宮城県生活習慣病検診管理指導協議会生活習慣病登録・評価部会を開催いたします。

本日の部会には、委員5名中全員御出席となっておりますので、生活習慣病検診管理指導協議会条例第4条第2項の規定により、本日の会議は有効に成立しておりますことを御報告いたします。

また、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ので、本会議の議事録につきましては、後日公開させていただきますので、御了承をお願い申し上げます。

なお、本日は任期満了に伴う委員改選後、初めての部会となります。本来であれば、お一人お一人に委嘱状をお渡しするところですが、会議の進行上、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。

それでは、開催に当たりまして、健康推進課長の岡本より御挨拶申し上げます。

(課長)

皆様こんばんは。お寒い中本日はお集まりいただきまして、ありがとうございます。

開会に当たり一言御挨拶申し上げます。委員の皆様には、日頃より、本県の保健・医療行政の推進につきまして、御支援、御協力を賜っていることに対しまして、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。ありがとうございます。

また、この度の委員の就任につきましても、快くお引き受けいただきましたこと、誠にありがとうございます。

本県の生活習慣病検診管理指導協議会は、7つの部会で構成されており、本生活習慣病登録・評価部会につきましては、がん、心疾患、脳卒中の各登録管理事業について、それぞれ御担当の先生方から、御報告をいただき生活習慣病の動向とその対策について、主に御審議いただく部会でございます。本日は限られた時間ではございますが、それぞれ御専門のお立場から忌憚のない御意見をいただきますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、挨拶とさせていただきます。よろしく願いいたします。

(司会)

ここで、本日御出席いただきました委員の皆様と事務局職員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。今回から委員をお願いしております、宮城県医師会常任理事の高橋委員でございます。東北大学大学院医学系研究科副研究科長・副医学部長で公衆衛生学分野教授の辻委員でございます。

続きまして、事務局を紹介させていただきます。只今、挨拶を申し上げました、健康推進課長の岡本でございます。私は、本日進行を務めさせていただきます、三浦でございます。なお、その他の職員につきましては、出席者名簿での紹介に代えさせていただきます。

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。事務局案としましては、前清野部会長の後任として、医師会から推薦いただきました高橋委員にお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

(全委員)

異議なし

(司会)

ありがとうございます。高橋委員，部会長席に御移動をお願いいたします。
それではここからの進行につきましては，高橋部会長によりしくお願い申し上げます。

(高橋部会長)

皆様，本日は大変お忙しい中，しかも突然の雪でお寒い中，お集まりいただきまして，誠にありがとうございます。部会長を務めさせていただきます高橋克子でございます。

本部会は，生活習慣病の罹患状況等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。本日は，検診や各種登録事業の実施状況，死亡率の推移等から生活習慣病の動向を把握し，生活習慣病予防対策について，御協議をお願いしたいと存じます。

それでは，早速議事に入りたいと思います。まず，報告事項「宮城県の健康課題と生活習慣病検診管理指導協議会」について事務局から御説明をお願いします。

(事務局)

資料1を説明

(高橋部会長)

只今の説明につきまして，御意見・御質問等はありませんでしょうか。
成人の喫煙率について，男性のみの記載ですが，女性の状況はどのような状況ですか。

(事務局)

女性の喫煙率は10%から20%くらいです。

(高橋部会長)

こちらは平成24年の少し古いデータですよ。

(事務局)

はい。平成24年のデータになります。平成24年度に国民健康・栄養調査の拡大調査が行われまして，対象が多かったこともあって，各都道府県のランキングが出た調査になります。

(高橋部会長)

何か御質問はありませんでしょうか。

それでは次に，協議事項(1)生活習慣病の動向について協議して参りたいと思います。

まず，生活習慣病検診の実施状況について，がん検診と特定健診の実施状況について，合わせて事務局から資料の説明をお願いします。

(事務局)

資料2-1，について説明

(高橋部会長)

ありがとうございました。只今の御説明につきまして，どなたか御意見・御質問等はありませんでしょうか。

(辻委員)

すべての表に共通するのですが，平成25年度の下に(参考)資料平成26年度と記載がありますが，平成26年度の宮城県のデータなのですか。

(事務局)

はい。宮城県のデータになりますが，まだ確定していないデータであるため，参考としております。

(辻委員)

対象年齢は区切っていないのですか。

(事務局)

こちらは全年齢のものになります。次年度以降、記載の仕方を工夫しなければと思っております。

(辻委員)

そうすると人口、対象者数、受診率など平成24年度と同じような数値ということですか。がん発見率も似通っていますね。

(事務局)

同じような傾向になると思います。

(高橋部会長)

その他ございませんでしょうか。

(荒井委員)

対象年齢を区切ると受診率が減少しているのですが、受診率が減少するということは、受診しているのは高齢者の受診が多く、若者の受診が少ないということでしょうか。

(事務局)

その通りです。課題のひとつでもあります。実際69歳までの受診率というのは、国でも様々な目標値として使用しておりますが、このように受診率が下がるということは、高齢の方が多く健診を受けているという現状でございます。

(高橋部会長)

健診の実施状況につきましてはよろしいですか。それでは次に移ります。続きまして、特定健診・特定保健指導の実施状況について事務局より説明願います。

(事務局)

資料2-2について説明

(高橋部会長)

ありがとうございます。只今の説明について、御意見御質問等ございますか。

(辻委員)

資料2-2の4ページのメタボの減少率についてのグラフの見方なのですが、右側の例えば広島とか福井とか宮崎についてはマイナス表記となっておりますが、むしろメタボが増加しているということでしょうか。

(事務局)

その通りです。

(高橋部会長)

その他ございませんでしょうか。

メタボの減少率には差があるようですが、どのようなことが影響しているかはわかりますか。

(事務局)

メタボの減少率については、特定保健指導の対象以外の全ての受診者が対象となっているため、実施率だけではなく、ポピュレーションアプローチ等含め様々な要因が影響していると思われることから、要因の特定はできておりません。

(高橋部会長)

その他、何かございませんでしょうか。

それでは、各登録事業の実施状況としてがん登録事業について金村委員より、御説明をお願いいたします。

(金村委員)

まず、がん登録の中の資料1について説明します。これは、平成28年1月から12月までの1年間の収集状況ですが、症例収集は、大きくは2つの方法により行っております。上段の「報告病院」とは、病院に所定の項目を記入ないしデータでいただく方法で、下段の「採録病院」とは、病院に出向いて収集してくる方法です。報告では、昨年は平成26年の1年分を中心に収集しました。1から18までの定例的に報告いただいている18施設と19の不定期・随時で報告をいただいた12施設の合計30施設から21,513件を収集しております。採録では、平成24年から26年の3年分を中心に13病院から収集しまして、例年だと1年分で約3,000件を収集しているので、約2.5倍を収集していることになります。

次に資料2を御覧下さい。施設別での収集状況の推移になりますが、真ん中の二重線から上段が「報告病院」、下段が「採録病院」です。報告病院では、資料1で平成26年1年分を中心に収集したとご説明しましたが、平成26年の欄を中心に件数を計上しております。昨年は、平成24年と25年の2年分を集計したため、平成25年にまとめて計上していますが、これと比較すると、多くの施設がほぼ例年どおりの数を報告いただいております。採録病院では、資料1で平成24年から26年の3年分を中心に収集したとご説明しましたが、例えば、真ん中の二重線から5段目の栗原市立栗原中央病院では、平成25年と26年の2年分を採録しましたが、別々に集計しましたので、平成26年と平成25年に分けて計上しております。採録のほうも、多くの施設が、ほぼ例年どおり採録できております。一部、数が少ない施設、例えば、真ん中の二重線から9段目の仙石病院では、2年分をまとめて計上していて、比較の上では今回375件と数が少ない印象ですが、これは、今年1年で4年分を採録する計画としたため、あらかじめリストを提供してもらい、重複する症例を除外した上で効率よく採録できたために、見かけ上件数が少なくなっているものです。平成27年の症例までが、地域がん登録事業で収集いたしますが、報告、採録ともに夏頃までに収集を終えたいと考えております。

次に、資料3についてですが、一番最新の罹患集計で、昨年3月に集計した結果となっております。現在、平成23年について集計中ですが、結果がまとまっていないため、22年分について報告させていただきます。なお、平成24年以降の今年収集した分については、入力作業中です。

資料4は過去5年間の罹患数の推移、資料5は過去5年間の年齢調整罹患率の推移を示したものになります。お手元に、カラーのリーフレットを2部ご用意しました。これらは昨年3月に集計した平成21年と22年の集計結果になりますが、こちらが既に公表されていてわかりやすいので、こちらでご説明させていただきます。最新ということで、平成22年の集計結果をご覧ください。平成22年のがん罹患数は男女合計で約14,800件となっております。男女別での推移は、図1のとおりで、男性は緩やかな増加傾向、女性は平成20年にいったん減少しておりますが、再び増加傾向となっております。開いて右側のページの図2に部位別の罹患割合を示しておりますので、御覧下さい。男性では、胃、肺、前立腺、大腸、食道、肝臓の順番で、例年と順位に変化はございません。女性では、乳房、大腸、胃、肺、子宮、膵臓で、こちらも順位に変化はございません。下の表2に年齢階級別にみたがん罹患の状況を示しておりますが、男性では、30歳代、40歳代に大腸がんが最も多く、50歳代以上では胃がんが最も多くなっております。女性では、30歳代から60歳代まで乳がんが最も多く、70歳代以上では大腸がんが最も多くなっております。その下の図3に部位別のがんの死亡割合を示しておりますが、男性で3,879人、女性で2,661人が、がんで死亡しております。男性では、肺、胃、大腸、膵臓、肝臓、前立腺、胆のう・胆管の順番となっております。女性では、大腸、肺、膵臓、胃、乳房、胆のう・胆管、肝臓の順番となっております。左側のページの表1に検診で発見されたがんの割合を示しておりますが、胃30.8%、大腸31.4%、肺25.3%、乳房34.4%、子宮頸部51.9%となっております。見開きを開いていただきますと、付表1と付表2がありまして、付表1は、年齢階級別での罹患数を、上段が男性、下段が女性について掲載しております。付表2は、年齢階級別での罹患率を、上段が男性、下段が女性について掲載しております。最後のページで付表3では、過去5年間の罹患数と年齢調整罹患率を男女別で掲載したのようになりますが、男性の罹患数では、1ページの図1で「緩やかな増加傾向」とご説明しましたが、部位別では口腔・喉頭、食道、粘膜がんを含む大腸(結腸・直腸)、肺が増加傾向となっております。肝臓が減少傾向となっております。年齢調整罹患率では、1ページの図1ではご説明しませんでした。全体としては、減少傾向にありますが、部位別では、増加傾向はなく、肝臓、喉頭が減少傾向となっております。罹患数が増加したものの多

くは高齢化の影響が大きいと考えられます。続きまして、女性については、罹患数では、1ページの図1で、平成20年にいったん減少したが、再び増加傾向とご説明しましたが、部位別では、胃、粘膜がんを含む大腸、肺、上皮内がんを含む乳房、上皮内がんを含む子宮、上皮内がんを含む子宮頸部が増加傾向となっております。年齢調整罹患率では、1ページの図1ではご説明しませんでした。全体としては、一定の傾向はなく、部位別では上皮内がんを含む子宮、子宮頸部、上皮内がんを含む子宮頸部が増加傾向となっております。以上です。

(高橋部会長)

ありがとうございました。

只今の説明につきまして、御意見・御質問等はございませんでしょうか。

(白土委員)

肺がんは男性の場合25.4%が死亡となっていますが、発見が遅いということですね。

(金村委員)

進んだ肺がんは治療に限られますのでそういった傾向があります。

(白土委員)

これは通常の胸部写真だけで判定しているのですか。

(金村委員)

検診は、レントゲンとリスクのある方は、喀痰細胞診もあります。

(白土委員)

1cm未満で発見しないと助からないと言われているくらいですから、CTだと見えない影まで見えてくるので、CTを使うと小さなうちに発見できるので、良いのではないのでしょうか。

(金村委員)

発見率以外にも、受診率の向上や発症予防としてのたばこ対策も重要と考えております。

(白土委員)

たばこは肺がんだけでなく、全身に影響しますよね。

(高橋部会長)

その他どなたかございませんでしょうか。

(金村委員)

少し付け加えさせていただいてよろしいでしょうか。がん登録なのですが、平成28年からすべての病院に届け出の義務が生じています。実際に全国的には今年からデータを収集する状況になっておりまして、1年間かけて収集します。おそらく、来年の末には正確な数が国で取りまとめられると思いますので、来年のこの委員会だと間に合いませんが、その次の年には全国的に同じ仕組みで収集したがんのデータで初めて比較することが出来ると思います。そこで宮城県の状況はどうか、改めて見る事が出来ます。

(高橋部会長)

ありがとうございました。その他何かございますか。

ではがん登録に関しましてはこの辺にいたしまして、次に、心疾患登録事業について白土委員から御説明いただきます。よろしく願いいたします。

(白土委員)

資料3-2を御覧ください。まず急性心筋梗塞ということで、どのような定義を設けているのかと言いますと、4ページ、急性心筋梗塞というのは、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27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。入院中に再発したものは異なる症例として2症例に数え、急性期に病状が悪化したものは1症例で集計しました。

5ページには、平成27年1月1日から12月31日までに退院した、急性心筋梗塞の患者は1,106例ありました。この宮城県心筋梗塞対策協議会の、心筋梗塞の治療に積極的にあたっている病院は、ほとんど含まれております。平成27年の心筋梗塞の致命率は8.2%です。各病院の患者の数と死亡例数を見ても、どこの病院も8%台とは限りません。12.1%のところもありますし、もっと少ないところもございます。逆に20%台とこの登録が開始した頃と同じようなデータの施設もございます。致命率につきましては、後で出てきますが、去年は8.3%で一昨年とだいたい同じでございます。

それから昭和54年からデータを取り始めましたので、今年で37回目の報告になります。全部で31,874例、登録集計されています。過去に各施設が扱った症例数がそちらに出ておりますが、波を打っておりますが、医者が変わればまた数も変わるというようなことがございまして、今と昔では扱う症例数が変わって来ております。それだけ37年間の歴史があるものですから、各病院の変化や、閉院した病院もございまして。

人口10万人当たりの心筋梗塞発症数は平成27年は47ということで、この数をどう見るかという点、少ないと思います。全部の心筋梗塞を扱っていない、重症なほど早く亡くなりますから、そのようなものは心臓死、突然死というように扱われて、ここには載って来ていないのだと思います。ですから、全例を見ている訳ではありませんが、病院に到着した症例の集計ということになるので、この倍ぐらいは本来発症はあるのではないかと思います。

8ページは、これは仙台医療圏の患者数を見たものですが、平成27年の仙台医療圏の患者数は457例発症しております。計算してみると、大体4日で5人ぐらいですかね。1日1.25人ですから、ひとり心筋梗塞の患者さんがいらしたら、その後はいないと、数字の上ではなっております。

病院がどこにあるかということで、その近くの住民の対応に当たっていればそれは理想的なのですが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、仙台市立病院は移転しましたから現在は太白区にあります。平成22年の太白区の症例は9例だったものが、平成27年は19例です。病院が移転するということは、その周囲の患者に影響するということですから症例数が変わってくる場合があります。そのようなことから、病院をどのように配置していくかということは重要で、仙台市内だけではなく、宮城県全体でどのようなところに基幹病院を配置しているかということが重要です。その病院が全体で扱っている数から仙台市の住人の数を引きますと、仙台市以外の症例数がわかりますが、中には100症例近く仙台市以外の症例を扱っている病院もあります。これは、昔のデータですと、どこから患者がきていたかというのがわかったのですが、今は個人情報問題から仙台市以外のどこの患者が仙台に運ばれてくるのかわからない状況です。遥かに遠いところから来るというのは、心筋梗塞の急性期の治療にはあまり好ましくありません。昔はたらいまわしにされるというのもあったのですが、そのようなことが起きていないかということは、今のデータからは、解析できません。仙台市内の症例もたくさん扱っているところもありますから、近くの病院であれば、搬送に時間がかかりませんので、時間がかかるようなところは、地方でカバーしないといけないと思います。なるべく短時間で対応することが重要でないかと思います。

9ページは、年代別の発症数になりますが、この会が発足した当時は、男性が60歳代、女性が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。それが最近、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。

それからこの心筋梗塞は発症から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、震災前は60%台の頃もあったのですが、一時期50%台まで下りまして、平成27年は約57%となっております。発症してから6時間以内に病院に到達するのは6割、残りの4割は遅れて到達しているということです。

次の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、入院中に発症した場合に、時間的にはすでに病院におり条件としては良いのですが、実際はどうかということ、平成27年では病院内で発症した21症例のうち、死亡数が6例ですので、致命率は28.6%となり、先程の8.2%より遥かに高く、ここには重症例が多いということがわかります。しかし、発症6時間以内、外から運

ばれてきた症例を見ますと、それは死亡例が56症例で全症例数が632症例ですから、致命率は8.9%ということになります。先程の8.2%よりも少し高くなります。心筋梗塞は、発症早期ほど死亡例が多い、また、発症早期ほど治療すると心機能の回復が期待されるという病気でもありますので、発症早期に対応することが非常に重要なのです。

また、入院中に発症した症例では28.6%の致命率ですから、病院に到達する前に亡くなっている例もあり、ここにデータとしてあがってこない症例がかなりあるのではないかと思います。

13ページの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。昼過ぎにもう一つピークがあります。そして夜の9時から10時ぐらいにもうひとつピークがあります。しかし、これを見ますと、心筋梗塞が発症していない時間帯はないことがわかります。ですからこれは24時間体制で対応していかないと、発症時間帯には対応できないということです。

次に、病院に来るときに救急車を使っているのか、いないのかということですが、最近では70%くらいが、救急車を使って来院しております。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あり、それが大体30%くらいあります。救急車なしでの来院は、病気を考えますと心室細動になる可能性や何が起きるかわからないわけですから、できるだけ救急車で来ていただきたいものです。

次に14ページの責任血管別患者数では、冠動脈の支配領域が広いほど重症例であり、心機能は低下します。ですから死亡率もまた高くなります。一番怖いのは5番ですが、こちらは症例数が4%しかありません。5番というのは左の冠動脈の出入り口ですから、左心室の血流をほとんどブロックしてしまいます。そうしますと、一瞬にして心機能は落ちて急性心不全になり、収縮出来ない状態で突然死するわけです。ですからそのようなことも反映して病院到達数では4%くらいしかないのです。昔は外科の専門領域でしたが、今は内科医もバルーンで拡張をして、その中に金属製のメッシュを入れるということをはほとんどの施設が行っているのではないかと思います。ですから5番6番7番というのは比較的領域が広いところです。1番から4番は右の冠動脈で、徐脈になってショック状態になることもあります。房室結節に血液を送っているのは、右の冠動脈ですからそういうことも起こるわけです。後でまた出てきますが、部位によって死亡率が異なってきます。

それから生存別在院日数についてですが、在院期間の非常に短いところでは心死例がほとんどです。心死例では59%が一週間以内に死亡し退院しています。2週間ですと68%です。生存して退院するのは大体2週間から3週間です。病院によっては1か月置いておくところもありますが、昔は2ヶ月から3ヶ月くらい時間を要していました。これを可能にしたのは、PTCAという手法が出て来て、早く詰まったところを開いて血流を流すということが出来てからです。

次の15ページは、病院別の在院日数を示しておりますが、施設によって違いますし、心不全などを合併すれば、当然帰せません。症例によっても違いますが、大体2から3週間で帰している施設が多いようです。

16ページは、リスクファクター別患者数についてですが、これは心筋梗塞になった人のリスクファクターであって、先程報告のあったものと少しレベルが違うものです。高血圧というのは、40代以下でも60%くらいありますが、どんどん年をとると増えます。80代では82.7%です。糖尿病も年齢ごとに増えて60代、70代は約40%となりますが、急に最初から糖尿病が発生するということはなく、生活習慣の乱れから徐々に起きてきます。それと共に、高脂血症にもなってきます。

40代以下では高脂血症が約40%で、70代、80代になると減ってきます。LDLコレステロールも40代以下では35.3%で若年の暴飲暴食をする年代で、食事の面でのリスクファクターが出て来ています。それからたばこは60代くらいから急に減ってきて、70代になるとCOPDなども出てきてたばこが吸えるような状態ではなくなるのか、高齢になるほど減ってきます。自分の体を顧みないで、仕事に熱中している時に暴飲暴食をして、気が付いた時には心筋梗塞の危険性が増しているということです。要するに、心筋梗塞の防止には生活習慣病のリスクファクターをどうコントロールしていくかということが非常に重要であるということを示しているデータだと思います。

次に、年代別死亡率ですが、高齢になると死亡率は増えます。再発例も出てきますから、弱っている時に追い打ちをかけて動いていた心筋を動かなくしてしまうということは、死亡率を高めるあるいは日常の活動を抑えてしまうということになりますので、高齢者ほど死亡率は高くなります。

17ページは、発症から来院までと発症から造影まで、発症から再灌流まで、どのくらいの時間で行っているかを示したものです。全体の症例と発症から再灌流まで24時間以内に病院に到達した症例を

区別してみた場合ですが、まず、患者さんが胸が痛くなって受診行動をとるまでに約3時間、その後病院に行き、さらに診断が出るまでに時間がかかります。その中で、病院に行くまでの3時間というのは、昔も今もあまり変わっていません。再発例は同じ病気だと感じて病院に行くまでの時間は短いのですが、初発の場合はそうはいきません。当然太い血管がやられてしまった場合には、3時間も経ってしまったら心臓は止まってしまいます。3時間をいかに短縮させるかということが非常に重要で、6時間以内と言っていますが、本当は3時間以内でないといけないと思います。その後のことは、いかに早く診断をつけて、早く血流を再開させてやるかということですから、慣れている病院だと20分もあれば、血流を流します。病院側の対応も非常に重要です。再灌流までの時間ですが、6時間以内、出来れば3時間以内が理想的ですが、該当する症例は47.4%となっております。

次に、責任血管ごとの生死別患者数ですが、先程太い血管という話をしましたが、1番は右の冠動脈の入り口、5番は左の冠動脈の入り口です。5番は生存例が32例、死亡例が12例です。致命率が27.2%ですから、8.2%から見ますと成績が非常に悪く、ここは心臓全体が動かなくなり、ショックを起こしやすい場所です。太い血管ほど障害が大きいので、早く再灌流し心機能のダメージの程度を少なくすることが重要です。再灌流療法が出てきて治療はともよくなってきたのですが、19ページを見ていただくと、昭和54年からデータをとっておりますが、昭和57年は致命率26.1%ですから4人に1人の方が亡くなっていました。この頃はPTCAが無い時代でした。ICUもどのようにするかと論じていた時代でした。途中から血栓溶解療法が出てきて、血栓溶解療法を行えば、詰まっている血管は再通して血流は再開するだろうと思ったのですが、それほど著明な改善ではありませんでした。ドラマティックな改善というのはやはりPTCAです。PTCAでステントを入れ、血流を保つという方法が出来るようになり、平成17年は致命率5.7%と素晴らしい状況でしたが、また最近では8%台に戻っております。

再灌流療法でどういう治療がいいのかということが20ページにあります。再灌流療法と心臓死数を見ますと、経静脈的冠動脈血栓溶解療法のみは生存例が15例、死亡例が3例で心死率は16.7%もあります。ですから致命率改善は求めれないということです。経静脈的冠動脈血栓溶解療法に血管拡張を行ったのが2例、冠動脈に血栓溶解薬を入れるという方法が1例、それでは十分ではないので血管拡張を行ったというのが2例ありました。多くは狭くなったところを直接広げるPCIを行います。従来の方法のみで行うPOBA、ステントを入れるBMSです。生存例が802例で5.4%の死亡率というのはDESで金属に薬剤が入っているものです。DESを行うと4人に1人亡くなっていたという状態が、今は20人に1人ぐらいになって改善されたというデータが出ております。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。また心筋梗塞を起こさせないためには、生活習慣の見直しをし、リスクファクターを減らすことも重要です。以上です。

(高橋部会長)

ただいまの説明につきまして、御意見・御質問等はありませんでしょうか。
ないようですので、次に、脳卒中登録事業について荒井委員から御説明をお願いします。

(荒井委員)

資料3-3を御覧下さい。登録協力施設19施設からいただいております。表1で2007年から2015年までの施設別、市町村別に示しています。2014年は4,473例で、2015年が5,964例になっており、数が非常に増えているのですが、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などにより、協力いただけるようになったところが増え、去年に比べ、1,700例ほど増えています。これを維持していければ良いと思っております。

表3は疾患別に見ているのですが、くも膜下出血は約30例、脳内出血は約240例、脳梗塞は約1000例近く登録が増えています。性別で見ると、脳内出血は女性では100例、男性では150例、脳梗塞は女性では30例、男性で600例ほど増えている状況です。

次のページ表4になりますが、疾患別の年齢構成を見ていくと、女性の脳梗塞の割合は2014年では51.4%でしたが53.7%と増えている、その傾向は男性でも若干ですが見られます。前から予想はされていたことだったのですが、集録数が増えると脳梗塞が集まってきていることを示しています。

その下に男女比を載せていますが、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。

各疾患について男女別に年齢構成を示しておりますが、5ページ以降の図1, 2, 3, 4に示してあります。これで見えていきますと、図1で説明させていただきませんが、これはくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞の男女合計のピークですか、脳梗塞は大体80歳頃にピークが来ています。脳内出血、くも膜下出血になると、ピークがなだらかになってくるのですが、脳内出血に関しては高いところは60代から80代、くも膜下出血はもっと扁平な状況であまりはっきりとしたピークはありません。

次に、くも膜下出血の性別年齢分布ですが、男女で差があります。男性のピークは40代にあります。男性の平均が60.7歳で女性の平均が66.5歳にあります。脳内出血と脳梗塞では男性は若いころにピークを迎えるという傾向がみられます。平均年齢で見えていくとその差はあまりないのですが、分布は男女で差があることがわかります。

経年変化に関しては、図5から7でそれぞれの疾患別に平均値を見ているのですが、くも膜下出血はほとんど変化がなく、脳内出血は男性が2007年当初に比べれば上がっています。脳梗塞に関しては女性で約2歳、男性で0.6歳くらいの微増がみられます。

8ページの疾患別入院時意識障害は一番下を見ていただくと、これが脳卒中全体の発症時の意識障害の程度を示しています。JCSというのは意識のスケールで、ほぼ意識障害のない状態のI桁が約8割です。II桁が1割でIII桁の昏睡状態も1割近くあります。疾患によって当然差がありまして、くも膜下出血では36.2%が昏睡状態で、その内60%くらいは手術の適用がない状態です。脳内出血も20.5%が昏睡状態で救命できるのがII桁までなので79.3%くらいの方がなんとか治療をして効果があげられるかというところですが、脳梗塞は、意識のある方が89.2%です。昏睡状態になる方は脳幹の梗塞や損傷が含まれるのですが、3.8%で、II桁と合わせると約10%になります。血栓症などの脳梗塞を含めた数字なので、MRI等の診断技術を反映して詳細に集めていかなければと思っております。

最後が疾患別退院時予後を示しているものですが、くも膜下出血の46.0%が社会復帰可能な方です。30.3%が介護を要する状態になってしまいます。そして23.6%が死亡になります。脳内出血に関してもその傾向は多くて、特にSD, VSの介護を要する状態になる率が46.9%と多くなっており、問題になっています。脳梗塞の62.7%は軽症で済み、SD, VSの32.7%が介護を要する状態になっております。脳卒中全体で見ると、全体の6割が社会復帰し、家庭生活が営めるようになる可能性があつて、3割の方がハンディキャップに陥り、1割が死亡するというのが2015年の状況でした。

(高橋部会長)

ありがとうございました。只今の御説明につきまして、御意見・御質問等はございませんでしょうか。では、次に、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4について説明

(高橋部会長)

只今の御説明につきまして、御意見・御質問等はございませんでしょうか。では次に、協議事項(2)生活習慣病予防対策について、まず事務局から資料の説明をお願いします。

(事務局)

資料5, 資料6について説明

(高橋部会長)

ありがとうございました。県の取組と、生活習慣病の動向をまとめたもので、課題と強化すべき対策及び市町村等への指導事項(案)の説明がありました。只今の説明につきまして、御意見・御質問等はございませんでしょうか。それぞれの専門の立場から、荒井委員いかがでしょうか。

(荒井委員)

只今、県の取組について説明がありましたが、今医師会に関わっているMMWINやメガバンクとの連携が何かあっても良いのかと思うのですが、どうなのでしょう。

(事務局)

資料5の3ページにございますが、産学官連携を行っております。確かにメガバンクも様々な統計を取っておりますし、今県で持っている統計もありますので、そのあたりの分析や御助言につきましては、大学の先生方の御支援をいただきながら、大学とも連携をし、双方の持っているデータを突合などしていきたいと思っております。

(荒井委員)

例えば、MMWINは、患者さんに実際に加入を進めているわけですね。加入すると医療情報が共有されるので、患者さん自身も自分のデータを見られるようになって、そこに検診の結果も組み込まれるようになると患者さんのモチベーションも上がると思います。産学官連携の輪を見ると周りに様々な機関が書いてあり、中央に県民と書いてあるのですが、逆に県民の皆様に参加していただく方が良いのではないのでしょうか。周りからのアプローチはしていても、もう少しボトムアップがどうにかならないのでしょうか。

(高橋部会長)

やはりそれは、広報や宣伝が大事ということでしょうか。

(荒井委員)

実際に加入していただく時がひとつのチャンスですね。こんなこともできるんだよと情報提供することで、自分の健康に関心を持ってもらうきっかけになります。

(事務局)

患者さんや、住民の方に自分のデータを見える化することに合意をしていただいて、様々な医療情報や検診データが集積出来るような仕組みが整っていけば一番いいと思うのですが、なかなかそこまでのボトムアップができていないという現状です。

(高橋部会長)

ありがとうございます。

金村委員いかがでしょうか。

(金村委員)

やはり予防というのが大切になってくると思います。教育機関での取組が見えないと思うのですが、そのあたりはどのようになっていますか。

(事務局)

学校保健統計でも宮城県の場合は、肥満傾向児が多く、教育部局としても大きな問題だと思っております。そこで、知事部局のスマートみやぎの取組については、教育庁の教育企画室やスポーツ健康課とも連携をしており、今年からはより繋がりを密にしていこうということで、本日も打ち合わせを行ったところでございます。

(高橋部会長)

子どもの小さい時からの健康教育というのはとても大事なことです。

白土委員いかがでしょうか。

(白土委員)

血管系の領域というのは、血管を若く保つということですね。動脈硬化のリスクファクターがどのようなことで起こってくるのかが重要です。心筋梗塞を起こす70歳、80歳になってからではなく、特に若い人に教えないといけないのです。心筋梗塞も、脳梗塞も動脈硬化です。若い血管をいかに保つかということで、日頃の生活習慣への教育が大切です。起きてしまった時はいかに対応を早くするかということが大切で、それはがんにも言えることだと思います。早期発見、早期治療のためにも検診は受けなければならないのです。

(高橋部会長)

ありがとうございました。

辻委員、公衆衛生のお立場からいかがでしょうか。

(辻委員)

この減塩、適正体重、禁煙の3つの柱は良いと思います。ポピュレーションアプローチとして、先週、宮城県職員が積極的に階段を上ろうというのは、非常に良かったと思います。

ひとつお願いしたいのは、宮城県全体、市町村としても、インセンティブの導入などがまだ始まっていないかなと思います。他の県ですと、大分県では金融機関などとタイアップして金利の優遇などをおこなっていますので、参考にすると良いのではないのでしょうか。今まで健康づくりにあまり興味のなかった人達も巻き込めるようなことを行うといいと思います。

大分県では信用金庫で、特定健診を受けた証明書を持っていくと、定期預金の金利を0.2%上乗せするというを行っており、たくさんの方が利用しているそうです。

(高橋部会長)

ありがとうございました。色々御意見が出ましたので、本日の御意見を事務局の方で最終的に調整してもらい、3月の協議会で報告したいと思います。

最後に、(3)その他ですが、委員の皆様から何かございますでしょうか。

事務局から何かありますか。

(事務局)

事務局から、今後のスケジュールについて、簡単に御説明をさせていただきます。

本日、御審議いただきました内容につきましては、後日、議事録として、内容等の確認をさせていただきますので、御協力をお願いいたします。

なお、本日の審議内容及び指導事項につきましては、3月24日に開催されます協議会にて報告し、全ての部会からの意見を踏まえ審議されたものを、協議会からの指導事項として、各市町村及び検診団体等に通知するとともに、委員の皆様にも送付させていただきます。事務局からは以上になります。

(高橋部会長)

只今の事務局からの説明につきまして、御質問等はございませんでしょうか。

その他に、委員の皆様からございませんでしょうか。ないようですので、以上で、本日予定していた議事を終了したいと思います。ここで司会をお返しいたします。

(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。

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。ありがとうございました