

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究

平成18年度 総括研究報告書

平成19(2007)年3月
主任研究者 岡山 明

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明
および治療効果の評価および活用に関する研究

平成18年度 総括研究報告書

平成19（2007）年 3月

主任研究者 岡山 明

目 次

I. 総括研究報告	
急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	1
岡山 明	
II. 分担研究報告	
1. 急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	
吹田地区における脳卒中・心筋梗塞の登録研究	9
岡山 明、野々木 宏、北風 政史、 峰松 一夫、成富 博章、小久保 喜弘 (資料-1) シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」(資料) (資料-2) 帯広地域脳卒中登録講習会資料 (資料-3) 阪大倫理委員会 臨床研究許可書 (資料-4) 吹田市個人情報保護審議会(答申) (資料-5) 吹田地域循環器病発症登録に関する協定書・覚書 (資料-6) 発症登録の同意書・登録票	
2. 急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	
大阪南部における心筋梗塞の登録研究	95
宮武 邦夫	
3. 急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	
北海道帯広市における脳卒中・心筋梗塞の登録研究	97
齋藤 重幸	
4. 急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	
岩手県二戸医療圏・久慈医療圏における脳卒中の登録研究	103
小川 彰、寺山 靖夫	
5. 急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	
岩手県二戸医療圏・久慈医療圏・宮古医療圏に おける心筋梗塞の登録研究	111
中村 元行	
6. 急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明 および治療効果の評価および活用に関する研究	
滋賀県高島市における脳卒中・心筋梗塞の登録研究	127
喜多 義邦	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	151
IV. 研究成果の刊行物・別刷	169
V. 発症登録参加施設・組織名および研究協力者リスト	193

I. 總括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）
総括研究報告書
急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明および治療効果の評価および
活用に関する研究

主任研究者 岡山 明 国立循環器病センター 予防検診部 部長

研究要旨:急性循環器疾患の発症実態を都市部および農山村部において把握するため、全国4カ所での地域発症登録の体制を整備した。北海道帯広市、岩手県北部3医療圏、滋賀県高島市および大阪府吹田市の住民を対象とした発症登録システムを構築するため、循環器疾患を主に扱う病院を中心として発症登録協議会を組織する体制を整えた。発症に当たっては悉皆性と同意に基づく追跡を両立させるため、全ての発症例に関する悉皆的登録の実施（基幹病院以外を含む）と個別に同意を取得し予後追跡を実施するよう配慮した。さらに脳卒中は要介護の重要な疾患であることから、脳卒中発症後の介護状況を把握することを目標とし、行政からの定期的な要介護情報を取得できる体制を整えた。また各病院の実態に応じ、同意取得が円滑に行える体制を整えた。

分担研究者:宮武邦夫(独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター院長)、野々木宏(国立循環器病センター部長)、北風政史(国立循環器病センター部長)、峰松一夫(国立循環器病センター部長)、成富博章(国立循環器病センター部長)、小久保喜弘(国立循環器病センター医員)、齋藤重幸(札幌医科大学医学部内科学第2講座講師)、小川彰(岩手医科大学医学部脳神経外科学講座教授)、中村元行(岩手医科大学医学部内科学第2講座教授)、寺山靖夫(岩手医科大学医学部神経内科学講座教授)、喜多義邦(滋賀医科大学福祉保健医学講座講師)

A. 研究目的

我が国では、地域や人口規模によって循環器疾患の死亡率が異なることが知られており、日本全体の動向を把握可能な地域設定を行う必要がある。そこで、都市部の代表として大阪府吹田市を対象とした発症登録のシステム構築を目指すこととした。従来の発症登録では、研究者主導による登録が主であったが、継続性や行政情報とのリンクに問題が生じることが考えられることから、現在の個人情報保護の基準に見合った発症登録基準の作成とそれを運用する発症登録協議会を整備することとした。

急性期治療の発達により循環器疾患（脳卒中・心筋梗塞）を発症しても多くは死亡せず、回復するか要介護状態へ移行する。そのため循環器疾患は、要介護のもっとも重要な要因といえる。しかし、我が国では地域での悉皆的な発症登録が系統的に実施されておらず、脳卒中や心筋梗塞の発症率や発症後の要介護状態への移行の割合や急性期死亡率などを治療内容を考慮して検討できる体制がほとんど整備されていない。本研究では、上記のような体制を整備することにより、地域での入院を要する循環器疾患の発症患者を治療内容や重症度を含めて悉皆的に把握することで、要介護状態や

生命予後との関連を明らかにするものである。

本年度は急性循環器疾患の発症状況を把握するとともに各地区における発症登録の立ち上げを行った。

B. 研究方法

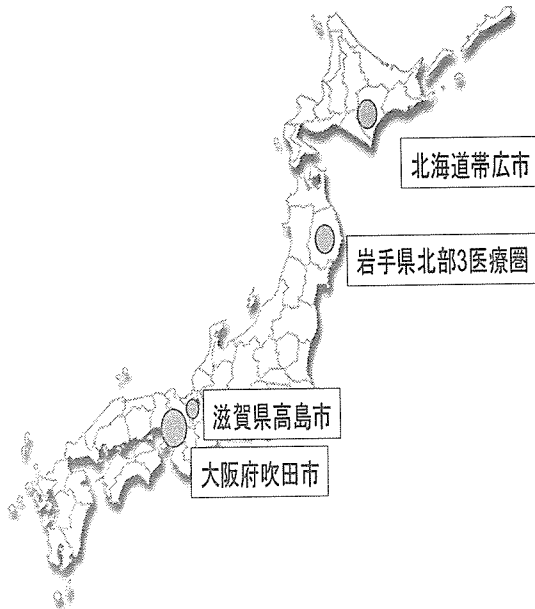
1) 発症登録体制の整備

(1) 発症登録地区の選定

図1に示すとおり、人口規模が適正なこと、脳卒中・急性心筋梗塞の両疾患が登録可能なこと、地域の協力体制構築が可能なこと、都市部と農山村部を含むことを条件に全国4カ所での登録地域を設定した。

北海道帯広市は、分担研究者齋藤が担当し、行政および登録に関わる医療機関の協力体制を整備することとした。岩手県北部3医療圏では、分担研究者小川（脳卒中）、中村（急性心筋梗塞）および坂田が担当し、3医療圏の発症および予後追跡体制を整備した。滋賀県高島市は、分担研究者喜多が従来の急性循環器疾患発症登録体制を基礎に予後追跡可能な体制を組織した。吹田地区は、主任研究者岡山を中心に国立循環器病センターの所属研究者が分担して吹田市および周辺での登録体制を整備した。

図1
急性循環器疾患地域登録対象地域



(2) 発症登録項目の選定

本発症登録研究班は長期予後を追跡することから重症度を考慮した内容を登録項目とする必要が考えられた。そこで脳梗塞・脳出血では重症度の指標として広く世界で用いられている NIH Stroke Scale を採用した。くも膜下出血では WFNS のスケールを用いることとした。急性心筋梗塞では Killip 分類を用いることとし治療内容を考慮した登録票を作成することとした。診断基準としては急性心筋梗塞では WHO-MONICA プロジェクトの診断基準を基本とした。また、急性心筋梗塞症状で入院し、閉塞を血管撮影で確認後、再開通療法により心電図変化や酵素上昇に至らなかった例も採用することとした。脳卒中では入院を要することを登録項目とし、神経症状が 24 時間以上継続したものを登録対象とした。これらの項目を満たす登録様式を作成し、登録施設の希望に応じてパソコン用登録システムを作成することとした。

2) 発症登録協議会の構成

従来の循環器発症登録が研究者主導であり、必ずしも継続性や公共性が考慮されることが少なかった点を考慮し、発症登録協議会が運営する形式とした。発症登録協議会は登録対象病院関係者、医師会、行政および

住民代表で構成されるよう配慮した。更に登録事務局と登録データの活用や管理を指揮する理事会を区分して適正な情報管理を行う体制を整えた。

3) 発症登録のためのトレーニングシステムの開発

登録に当たる看護師等が急性循環器疾患の病態を十分理解した上で適切な手順にもとづいた同意の取得が行えること、診断基準に基づき発症登録票を記入できることを目標として、登録担当看護師のトレーニングカリキュラムを作成した。

更に各地区での長期予後追跡体制整備のために、重症度として中核となる NIHSS の測定方法に関する研修会を実施すると共に、研修会の際に用いるトレーニングビデオの作成を行った。

4) 発症登録におけるデータ活用の整備

登録データの適正かつ効果的な活用を行うため協議会運用規則にデータ活用のための規約を整備し、疫学研究における発症情報の取得や統計情報の利用が適正かつ円滑に行えるよう体制整備を行った。

5) 登録状況の検討

各地域で実施した登録の実施状況を発症数、発症率、同意の取得状況について比較検討した。

C. 研究結果

図1は地域発症登録の歴史的な経過や特徴をがんと循環器疾患について概念的にまとめたものである。がんでは多数のがんを漏れなく収集するため、大規模な登録が行政によって維持されてきている。一方、脳卒中や急性心筋梗塞はそれぞれのがんと比較すると罹患率が高く、個人の研究者の意欲的な取り組みでも十分実施可能な規模で

図1 がんと循環器疾患の地域発症登録との比較

	がん	循環器
登録対象疾患	多数	AMI, Stroke, (CHF)
発症率(10万人あたり)	5~100	50~200
適正登録規模	100万人以上	5-30万人
悉皆性指標	確立	未確立
行政の関わり	○	△~×
持続性	◎	○~△
社会的発言	◎	△
受診範囲	広い	狭い

あることから、行政による登録と研究者による登録が並行して実施されてきた。これらの取り組みは個別に実施され、十分補完されることもなかった。研究者による地域発症登録のメリットは地域の医療機関との連携により悉皆性を十分考慮した登録が可能であること、新たな登録事項に柔軟に対応できる点である。欠点としては継続性に欠ける面があり、長期にわたる継続は困難である。一方、行政による登録では継続的な登録が可能である反面、悉皆性については登録医療機関の熱意に強く依存している。また、がん発症登録と異なり国からの登録体制への支援がほとんど行われてこなかった。がん発症登録では一般的とされる登録の際の重症度の把握、人口動態死亡票との照合による登録漏れの把握など発症登録の精度管理や活用に必要な基礎的情報を収集する仕組みも十分整備されていないのが現状と考えられる。以上から望ましい発症登録の仕組みとしては①循環器疾患の罹患率を明らかに出来る適正な人口規模での発症の把握 ②悉皆性を確認・確保できる体制の整備 ③重症度の系統的な把握 ④データの活用も考慮した登録協議会の整備 ⑤予後の追跡 ⑥循環器疾患地域発症登録の重要性と意義について理解を促す啓発活動の継続が挙げられる。

1) 登録体制および支援体制

(1) 研究班で用いた発症登録項目

A. 脳卒中

脳卒中の発症登録では、脳卒中の定義を24時間以上続く神経症状の存在があり入院が必要であったものとした(循環器病研究委託費磯村班診断基準)。発症日時、入院日時および病型、入院時の重症度、既往歴・危険因子の有無を基本的登録内容とした(脳卒中登録票参照)。更に治療内容(急性期治療、リハビリテーション)および退院時の日常生活動作能力(Modified Rankin Scale)について記録した。脳梗塞および脳出血では重症度として NIH Stroke Scale (NIHSS) を採用した。くも膜下出血では WFNS の重症度スケールを採用した。

患者の同意を得ない施設や同意を得られない患者の場合には脳卒中の病型および発症日時、入院日時、生年月日を登録することとした。

B. 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞の診断基準は基本的に WHO-MONICA 研究の診断基準を採用し、典型的胸痛、心電図所見かつ血中心筋酵素逸脱の上昇をもって急性心筋梗塞と診断することとした(急性心筋梗塞登録票参照)。更に、

閉塞を冠動脈造影で確認出来、経皮的冠動脈形成術による急性期治療が実施された場合には、心電図および血中酵素逸脱は必須項目としなかった。急性心筋梗塞の重症度は Killip 分類を採用した。また既往歴および危険因子、治療内容、退院時 NYHA および退院日時を登録内容とした。

(2) 発症登録担当者トレーニング

発症登録を円滑に行うため、登録は専任調査員が行う体制と基本とした。専任調査員のトレーニング内容は、守秘義務、研究の意義、疾患の概要、同意取得の手順およびカルテからの登録内容の転記が行える基本的能力の習得とした。研究目的、同意内容等同意取得のための基本的な知識と技術習得、脳卒中・急性心筋梗塞の登録票作成のためのカルテ調査の方法について、講義、ロールプレイおよび事例検討から構成された1週間のトレーニングシステムを開発した。詳細なトレーニング内容および評価項目についてはトレーニングマニュアルに記載した。

NIHSS は脳梗塞・脳出血の重症度把握に広く用いられているが、緊急入院などの状況で円滑に実施するためには十分なトレーニングが必要となると共に、全ての施設で重症度把握が標準化される必要がある。米国 NIH では NIHSS のトレーニングビデオを開発しており、数度改訂されている。本研究班では NIH のトレーニングビデオを元に日本人がわかりやすいトレーニング用ビデオを作成した。

(3) 登録データの活用

発症登録が円滑に実施維持されるためには、登録状況の定期的な報告のみではなく、登録データ提出施設や発症登録協議会会員組織および関連研究者がデータを有効に活用されることは必要である。本協議会では積極的に活用可能な体制を整備することとした。

データの利用に当たっては、個人情報を含む場合と含まない場合に区分した。さらに、個人情報を含む場合は下記の2つに区分した。①発症登録を実施した施設の場合には申請があれば、理事会の審査を経て、原則的に全ての情報を提供するものとした。②発症登録を実施した施設以外の場合には、データ利用申請者の組織で倫理委員会の承認を得ていること、吹田市等の個人情報保護を所管する審議会の承認を受けていることを条件に、発症登録協議会理事会の審査の上、情報を提供できるものとした。

個人情報を含まない場合には、研究目的

が発症登録協議会の活動趣旨にあった内容であること、既申請課題と競合しないことを条件に発症登録協議会理事会の審議を経て情報を提供できるものとした。

3) 発症登録の推進状況

(1) 吹田地区

表 1 に吹田地区に於ける悉皆登録状況を示した。平成 18 年度に実施した登録件数は脳卒中で 987 件であり脳梗塞がもっと高い割合を示した。くも膜下出血は全体の約 8% を占めた。急性心筋梗塞は 204 件であった。

表1. 吹田地区に於ける脳卒中(脳梗塞: CI、脳出血: CH、くも膜下出血: SAH)及び急性心筋梗塞の悉皆登録状況と登録期間

	CI	CH	SAH	脳卒中計	心筋梗塞	悉皆登録
NCVC	538	222	77	837	177	(H17.12~)
A 病院	-	-	-	45	13	(H18.4~)
B 病院	36	10	2	48	13	(H18.4~)
C 病院	41	15	1	57	1	(H18.4~)
計	615	247	80	987	204	

表 2 は同意取得を行っている施設での同意率を示したものである。脳卒中では同意率は施設によってまた病型によって大きな差が見られた。特にくも膜下出血では同意率が極端に低く、登録制度を向上させる必要があると考えられた。

表2. 吹田地区に於ける脳卒中及び急性心筋梗塞発症患者に対する同意取得率

施設	CI	CH	SAH	脳卒中計	心筋梗塞	実施期間
NCVC	57%	47%	8%	51%	51%	(H17.12~)
A 病院	-	-	-	13%	54%	(H18.4~)
B 病院	-	-	-	12%	29%	(H18.4~)

登録症例を初発に限り H18 年 4 月から 12 月までの分を集計したものが表 3 である。急性心筋梗塞では 63 例が登録された。脳卒中では 293 例が登録され、約半数が脳梗塞であった。

表3. 吹田地区におけるH18年4月~12月の脳卒中、急性心筋梗塞の初発発症数

	CI	CH	SAH	脳卒中計	AMI
男	96	47	16	159	38
女	74	43	17	134	25
計	170	90	33	293	63

(2) 高島地区

喜多らは、1989 年から滋賀県高島市(旧高島郡、人口約 55,000 人)において脳卒中、急性心筋梗塞、突然死の発症率を明らかにする目的で発症登録研究を実施・継続している。滋賀県高島市は、琵琶湖の北西部に位置し、同地域に通ずる幹線道路は 1 本し

かない。また、入院および救急を担当できる医療機関は市内に 2 施設あり、高島市の全救急搬送症例の 95%以上が両医療機関に収容されるか、同施設を経由して高次医療機関へ搬送される。

本年度は平成 16 年から平成 17 年に発症し、登録された症例について登録数を示すこととした。

平成 16 年 1 月~12 月までに発症し、登録された症例は、脳卒中が男女合わせて 122 例、うち再発例が 22 例であり、よって初発例は 100 例であった。同様に急性心筋梗塞は、38 例で再発例はなかった。脳卒中の病型別の初発登録数(以下、初発例のみとする。)は、脳梗塞が 76 例、脳出血が 19 例、くも膜下出血が 4 例であった。

平成 17 年 1 月から 12 月までの登録数(再発例を含む)は、急性心筋梗塞が 38 例、うち再発 1 例であり、よって初発例は 37 例であった。脳卒中は、103 例うち再発 13 例、よって初発 90 例であった。脳卒中の病型別の内訳は、脳梗塞 57 例(初発例、以下同様)、脳出血 26 例、くも膜下出血 7 例であった。

(3) 帯広地区

登録対象地域は、北海道帯広市で、札幌市からは東に約 250km、北海道の東部に位置する十勝平野の中心都市である。十勝平野は畑作、酪農が中心の大規模な農作地域であり、小麦、馬鈴薯、甜菜などが主産物である。帯広はその農業地域の中心に位置し、農作部の集積、売買を中心に発達した。現在、人口は 17 万人を超え、社会生活資本は整備され、北海道内でも住みやすい町の 1 つとされている。十勝平野は北を北見山地、南を太平洋、西を日高山脈、東を根釧原野で隔てられ、他の医療圏への移動には 2 時間以上を要する。十勝管内住民 35 万人の二次、および三次医療圏の中心に帯広市があり、圏内での医療充足率は 95%以上であることが報告されている(北海道保健福祉部資料)。従って登録の悉皆性を考慮する上では良好な立地と考えられる。

昨年度に行った登録研究体制に基づき、本年度より実際の登録を開始した。平成 18 年 4 月 1 日から平成 18 年 12 月末までの時点で、該当施設において急性心筋梗塞は 54 例、脳卒中は 269 例が登録された。

登録された症例のうち、急性心筋梗塞の年齢階級別発症数を表 4 に示す。

表 4. 急性心筋梗塞の年齢階級別発症数

	男	女
年齢階級	発症数	発症数
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	0	0
15-19	0	0
20-24	0	0
25-29	0	0
30-34	0	0
35-39	0	0
40-44	1	0
45-49	3	1
50-54	3	0
55-59	1	0
60-64	4	0
65-69	5	2
70-74	8	1
75-79	4	4
80-84	1	8
85-89	3	1
90-94	2	1
95-99	1	0
100-	0	0
計	36	18

この表と平成18年の帯広市の年央人口をもとに、急性心筋梗塞の粗発症率を計算すると、人口1,000人あたり男性は0.437人/年、女性は0.202人/年となった。さらに昭和60年のモデル人口を基準人口とすると、急性心筋梗塞の年齢調整発症率は人口1,000人あたり男性0.290人/年、女性0.097人/年となった。

今後この6病院と札幌医科大学第二内科、帯広市保健担当部局を中心とした発症登録協議会を整備する予定であり、継続的かつ悉皆的な発症登録システムを整備する。以上の病院では原則として入院患者または家族の了解を得て、要介護・死亡など長期予後に関する情報収集を実施する。同意の得られない患者については発症情報のみを収集する。また悉皆性を担保するため患者受人数の少ない病院での登録も推進する。

(4) 岩手県北地区

a) 脳卒中発症率について

平成17年度の報告では、二戸医療圏と久慈医療圏における平成7年～平成11年にお

ける脳卒中発症率及び悉皆性調査結果を報告した。今年度は、岩手県地域脳卒中登録事業の協力を得て平成15年～平成17年における両医療圏の脳卒中発症率を調査した。

二戸医療圏における平成15年～平成17年の3年間の新規（初発）脳卒中発症者は男377人、女390人、計767人であった（表1）。久慈医療圏では同様に3年間で男261人、女261人、計522人であった。

この3年間における2医療圏合計のデータを解析したところ、脳卒中全体では人口対1,000人あたりの年齢調整発症率は、男1.931、女1.150であった。さらに脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血の病型別に検討すると、脳梗塞は人口対1,000人あたりの年齢調整発症率は、男1.144、女0.534であった。脳出血は人口対1,000人あたりの年齢調整発症率は、男0.601、女0.397であった。クモ膜下出血は人口対1,000人あたりの年齢調整発症率は、男0.187、女0.219であった。

平成18年1月～平成19年1月の期間における、岩手県立二戸病院での脳卒中発症者数は、脳梗塞160人、脳出血97人、クモ膜下出血19人で計276人であった。このうち追跡調査の同意が得られた患者は計102人であった。また平成18年8月～平成19年1月の期間における、岩手県立久慈病院での脳卒中発症者は、脳梗塞113人、脳出血22人、クモ膜下出血10人で計145人であった。このうち追跡調査の同意が得られた患者は計83人であった。

b) 急性心筋梗塞発症率について

2002年4月から2004年3月までの2年間で再発入院を含めてAMI/急性死（SD）入院数は定義1が233件（男性148件、女性85件）、定義2が181件（男性114件、女性67件）であった。

AMI/SD患者の年齢は男性で29歳～103歳、女性39歳～98歳であった。平均年齢は定義1：男71.9±13.3、女78.6±11.0、定義2：男71.3±13.8、女78.8±10.9（歳）であった。65歳以上の高齢者は全体で81%、男性で74%、女性で92%であり、80歳以上の超高齢者は全体で34%、男性で26.4%、女性で47.1%であった。

急性死で心疾患以外の原因が考えにくい症例と急性心筋梗塞発症者を合計した場合当該地域の人口10万人あたりの年間入院件数を計算すると定義1：173人（男性：228人、女性：122人）、定義2：134人（男性：176人、女性：96人）となった。発症率は若干男性で高いものと考えられた。発症率を年齢調整すると、昭和60年モデル人口を

基準人口にした日本標準人口では定義 1：男性 86 名（129 人、女性 43 人）、定義 2：68 名（男性 101 人、女性 32 人）（人口 10 万人あたり）、世界標準人口では定義 1：70 名（男性 117 人、女性 24 人）、定義 2：57 名（男性 95 人、女性 19 人）（35～64 歳の人口 10 万人あたり）であった。

D. 考察

急性循環器疾患は我が国の国民の死因の 3 分の 1 を占めると同時に、医療費負担や介護要因としてもきわめて重要な位置を占める。しかし、現状では、循環器疾患の発症数ががんに比較して多いことから、都道府県単位の登録ではきわめて多数の登録が必要となり、悉皆性の維持と発症の把握の両立が困難であることが多い。急性循環器疾患の地域発症登録では循環器疾患の特性に応じた登録体制を整備する必要がある。

具体的には適正な登録規模としては、脳卒中の場合、人口 5 万人以上で上限は 30 万人程度であること、急性心筋梗塞では発症率が脳卒中の 3～5 分の 1 程度であることを考慮し、人口 20 万人以上であることが望ましい。以上のことから、急性循環器疾患の発症登録地域は少なくとも人口 5 万人以上 30 万人程度までであり、これ以上人口規模の大きい地域では登録数が多く悉皆性の維持が困難となる。一方、人口規模の小さい地区では発症率の推移を把握することが困難となる。また、急性循環器疾患の医療体制が適正に確保されていること、地域外への搬送が比較的少ないことも登録体制を維持するのに重要な条件となる。また、急性循環器疾患の死亡率は都市部と農山村部では異なっていることが報告されており、都市部における急性循環器疾患の把握もきわめて重要である。国立循環器病センターが所在する吹田市は地域中核病院が市内に配置されており、急性循環器疾患の多くはこの地域で受診する可能性が高く、これらの病院の協力が得られれば都市部の中でも地域発症登録に比較的適した地域といえる。

脳卒中と急性心筋梗塞を同時に把握することも重要な条件となる。現状では脳卒中と急性心筋梗塞では従事する医師の専門分野が異なっているため、別々に取り組まれることが多いが、急性循環器疾患の救急医療体制の面からは脳卒中と急性心筋梗塞は類似した側面が多く、対策も共通したものが多くと考えられる。また適正な医療資源の分配の視点からも急性循環器疾患の発症状況を両疾患を比較しながら把握することが重要と考えられる。

急性循環器疾患の予後は梗塞範囲などの重症度が最も予後に影響することは明らかであり、治療の有効性や長期予後を検討するには系統的な重症度の把握が重要となる。従来の地域発症登録でも重症度の把握が行われてきたが、近年の臨床研究の成果を元に系統的な重症度指標を用いた登録が可能となってきた。本研究班では重症度を系統的に把握することで長期予後と治療内容や地域比較を可能とすることを目的の一つとしている。

従来の循環器疾患発症登録では悉皆性の指標として、発症数と発症登録が実施された同時期に報告された死亡数との比を求めて比較することが行われてきた。これは、死亡数に対して発症数が一定数以上把握されていれば悉皆性が維持されている可能性があるとの考え方に基いている。しかし、死亡診断書は地域によって死因の記入状況が異なる可能性があること、急性期治療の発達により、脳卒中などの重症度が低下し急性期死亡率も低下していることから、死亡発症比に時系列や地域差を考慮した場合にどの程度の比較の可能性があるかは明らかではない。以上のことから、急性循環器疾患の悉皆性を把握する仕組みが十分整備されていないのが現状である。一方、がん発症登録では死亡票から登録漏れの可能性のある事例を個別に把握したり、逆に発症登録で把握されたものが死亡票に記載漏れがされていないかの照合を行うことで、登録の悉皆性を把握する仕組みが整備されている。これからの急性循環器疾患発症登録では急性循環器疾患の特性に応じた悉皆性指標を整備して、地域比較や時系列の比較が可能な基盤を整備する必要があると考えられる。悉皆性指標として有効であると考えられるものとしては上記に挙げたもの以外に一定期間のカルテについてレセプト病名が脳卒中・急性心筋梗塞である総数を確認する、救急発症記録と照合する、急性死登録（ウツタイン登録）と照合することからがんと比較して比較的狭い範囲の医療機関を受診している可能性が高く、登録地域周辺の主要な医療機関の調査を行うことで悉皆性の向上も期待できる。

従来、循環器疾患の予後調査は、受診先病院からの郵送や電話による調査が主であった。地域発症登録でも長期予後の把握が試みられた時期があり、主に受診先病院を通じ日常生活の維持状況について調査を行った。しかし、郵送調査の場合の回収率は必ずしも高くなく、予後を正確に把握できない問題点があ

った。平成 11 年度から介護保険が導入され脳卒中などで日常生活動作能力が低下した場合、申請に基づき介護サービスを受けることが可能となった。

導入当初は判定基準に地域格差があること等が議論されたが、施行後数年を経て全国的に比較が可能な基盤が整備されてきているため、こうした基盤を活用することが研究の質を高める要因と考えられる。

従来の悉皆性を意識した急性循環器疾患発症登録では、研究者の自発的な取り組みにより実施されてきた。しかし、発症者の悉皆的な把握および、異動情報や要介護情報の把握を系統的に実施するには行政機関との密接な連携が必要であり、社会的な認知も重要な条件となる。登録の実務と登録データを運用する機能を区分することとし、登録の実務は研究者が中心となって組織し、登録データの運用については発症登録協議会に行政や住民代表が関わることで適正使用を確保する体制を整えた。都市部では病院間の連携をとった登録体制を整備することは困難であり、登録の質を高めるためには、各施設に於ける合意形成が重要と考えられた。

現状では各地区で前向き登録を開始して 1 年以内であるため発症登録に基づく地域間の比較は困難であった。次年度は発症登録体制の整備とその推進要因を明らかにすると共に、介護情報などを用いた予後追跡の仕組みを実践し、急性循環器疾患発症登録の仕組みが保健医療を支える社会基盤であることを実証したい。

E. 結論

全国 4 地区で地域発症登録体制を整備した。急性循環器疾患の医療のあり方の検討や予防施策の評価にはこうした登録に基づくエビデンスがきわめて重要であることを実証していきたい。今後は研究を推進するとともに登録の意義や社会的な役割について広く社会に発信していくことも重要とである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表:別紙参照
2. 学会発表:別紙参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得:特になし
2. 実用新案登録:特になし
3. その他:特になし

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書
急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明および治療効果の評価および
活用に関する研究
吹田地区における発症登録に関する研究

分担研究者	岡山 明	国立循環器病センター	循環器病予防検診部	部長
	野々木 宏	国立循環器病センター	緊急部長	
	北風 政史	国立循環器病センター	臨床研究センター	部長
	峰松 一夫	国立循環器病センター	リハビリテーション部	部長
	成富 博章	国立循環器病センター	臨床心理部	長
	小久保喜弘	国立循環器病センター	循環器病予防検診部	

研究要旨:急性循環器疾患の発症実態を都市部において把握するため、大阪府吹田市住民を対象とした発症登録システムを構築するため、循環器疾患を主に扱う病院を中心として発症登録協議会を組織する体制を整えた。

発症率の悉皆的な把握は吹田市基幹病院での院内掲示によって把握可能な体制とした。更に重症度が把握可能な施設では同意を取得し要介護認定状況及び異動情報とのリンケージが可能な体制を整えた。悉皆登録対象に対する同意率は急性心筋梗塞では 29%-54%であり、脳卒中では 12%-51%にとどまっていた。今後は同意率の向上を高める方策を検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

我が国では、地域や人口規模によって循環器疾患の死亡率が異なることが知られており、日本全体の動向を把握可能な地域設定を行う必要がある。そこで、都市部の代表として大阪府吹田市を対象とした発症登録のシステム構築を目指すこととした。従来の発症登録では、研究者主導による登録が主であったが、継続性や行政情報とのリンケージに問題が生じることが考えられることから、現在の個人情報保護の基準に見合った発症登録基準の作成とそれを運用する発症登録協議会を整備することとした。

急性期治療の発達により循環器疾患（脳卒中・心筋梗塞）を発症しても多くは死亡せず、回復するか要介護状態へ移行する。そのため循環器疾患は、要介護のもっとも重要な要因といえる。しかし、我が国では地域での悉皆的な発症登録が系統的に実施されておらず、脳卒中や心筋梗塞の発症率や発症後の要介護状態への移行の割合や急性期死亡率などを治療内容を考慮して検討できる体制がほとんど整備されていない。本研究では、上記のような体制を整備することにより、地域での入院を要する循環器疾患の発症患者を治療内容や重症度を含めて悉皆的に把握することで、要介護状態や生命予後との関連を明らかにするものである。

本年度は吹田地区に於ける悉皆登録状況を病院別に比較すると共に同意率について検討した。

B. 研究対象と方法

(1) 吹田市発症登録協議会の組織

循環器発症登録は研究者主導ではその重要性が必ずしも理解されない場合があり、継続性が不十分であることから、地域の保健医療に関わる組織が連携した発症登録協議会が運営する形式とした。構成メンバーは登録対象病院関係者、医師会、行政および住民代表で構成されるよう配慮した。更に登録事務局と登録データの活用や管理を指揮する理事会を区分して適正な情報管理を行う体制を整えた。

(2) 発症登録のためのトレーニングシステムの開発

登録に当たる看護師等が急性循環器疾患の病態を十分理解した上で適切な手順にもとづいた同意の取得が行えること、診断基準に基づき発症登録票を記入できることを目標として、登録担当看護師のトレーニングカリキュラムを作成した。

さらに、脳卒中登録の際にキーとなる重症度指標である NIH STROKE Scale を登録を行う全ての施設で実施可能な体制を整備するため、トレーニングビデオを作成した。

(3) 発症登録におけるデータ活用の整備
登録データの適正かつ効果的な活用を行うため協議会運用規則にデータ活用のための規約を整備し、疫学研究における発症情報の取得や統計情報の利用が適正かつ円滑に行えるよう体制整備を行った。

(4) 登録状況の把握

各施設での悉皆登録状況及び悉皆登録数に

対する同意数を求め同意状況を把握し、今後の方策を検討した。

C. 研究結果

1) 吹田地区発症登録体制の整備

吹田市における循環器救急医療受け入れ体制は下記の通りである。北部は国立循環器病センター、大阪大学医学部付属病院が中心となって患者を受け入れている。中央部では市立吹田市民病院、済生会千里病院、大阪府立千里救命救急センターおよび医療法人協和会病院が受け入れている。南部では済生会吹田病院が主に救急患者を受け入れている。吹田市市民を対象とした発症登録体制としては、上記の7カ所の基幹病院は入院中の患者に、生命予後および要介護状況を追跡するための同意を得て登録する（ホットレジストリー）施設と設定した。

また、これ以外の医療機関については発症状況および病型をモニタリングするため定期的にさかのぼって登録（コールドレジストリー）を実施する施設として区分することとした。

(1) 発症登録項目

A. 脳卒中

脳卒中の発症登録では、脳卒中の定義を24時間以上続く神経症状の存在があり入院が必要であったものとした（循環器病研究委託費磯村班診断基準）。発症日時、入院日時および病型、入院時の重症度、既往歴、危険因子の有無を基本的登録内容とした（脳卒中登録票参照）。更に治療内容（急性期治療、リハビリテーション）および退院時の日常生活動作能力（Modified Rankin Scale）について記録した。脳梗塞および脳出血では重症度として NIH Stroke Scale（NIHSS）を採用した。くも膜下出血では WFNS の重症度スケールを採用した。

患者の同意を得ない施設や同意を得られない患者の場合には脳卒中の病型および発症日時、入院日時、生年月日を登録することとした。

B. 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞の診断基準は、基本的に WHO-MONICA 研究の診断基準を採用し、典型的胸痛、心電図所見かつ血中心筋酵素逸脱の上昇をもって急性心筋梗塞と診断することとした（急性心筋梗塞登録票参照）。更に、閉塞を冠動脈造影で確認出来、経皮的冠動脈形成術による急性期治療が実施された場合には、心電図および血中酵素逸脱は必須項目としなかった。急性心筋梗塞の重症度は Killip 分類を採用した。また既往歴および危険因子、治療内容、退院時 NYHA および退院日時を登録内容とした。

(2) 発症登録協議会の構成

発症登録を継続的に実施するため吹田地域循環器病発症登録協議会を組織することとし、吹田市の承認を得て吹田市民病院が登録開始した上で正式発足することとした。発症登録協議会の責務は発症登録の実施、登録データの適切な活用および社会への情報発信とした。発症登録協議会の構成員は登録実施組織、医師会、行政および住民代表とし規約を定めた。更にデータ活用のための利用規程を整備した。

(3) 発症登録担当者トレーニング

発症登録を円滑に行うため、登録は専任調査員が行う体制と基本とした。専任調査員のトレーニング内容は、守秘義務、研究の意義、疾患の概要、同意取得の手順およびカルテからの登録内容の転記が行える基本的能力の習得とした。研究目的、同意内容等同意取得のための基本的な知識と技術習得、脳卒中・急性心筋梗塞の登録票作成のためのカルテ調査の方法について、講義、ロールプレイおよび事例検討から構成された1週間のトレーニングシステムを開発した。詳細なトレーニング内容および評価項目についてはトレーニングマニュアルに記載した。

NIHSS は脳梗塞・脳出血の重症度把握に広く用いられているが、緊急入院などの状況で円滑に実施するためには十分なトレーニングが必要となると共に、全ての施設で重症度把握が標準化される必要がある。米国 NIH では NIHSS のトレーニングビデオを開発しており、数度改訂されている。本研究班では NIH のトレーニングビデオを元に日本人がわかりやすいトレーニング用ビデオを作成した。

(3) 登録データの活用

発症登録が円滑に実施維持されるためには、登録状況の定期的な報告のみでは十分ではなく、登録データ提出施設や発症登録協議会会員組織および関連研究者がデータを有効に活用されることは必要である。本協議会では積極的に活用可能な体制を整備することとした。

データの利用に当たっては、個人情報を含む場合と含まない場合に区分した。さらに、個人情報を含む場合は下記の2つに区分した。①発症登録を実施した施設の場合には申請があれば、理事会の審査を経て、原則的に全ての情報を提供するものとした。

②発症登録を実施した施設以外の場合には、データ利用申請者の組織で倫理委員会の承認を得ていること、吹田市の個人情報保護審議会の承認を受けていることを条件に、

発症登録協議会理事会の審査の上、情報を提供できるものとした。

個人情報を含まない場合には、研究目的が発症登録協議会の活動趣旨にあった内容であること、既申請課題と競合しないことを条件に発症登録協議会理事会の審議を経て情報を提供できるものとした。

(4) 登録状況

表1に吹田地区に於ける悉皆登録状況を示した。平成18年度に実施した登録件数は脳卒中で987件であり脳梗塞がもっと高い割合を示した。くも膜下出血は全体の約8%を占めた。急性心筋梗塞は204件であった。

表1. 吹田地区に於ける脳卒中(脳梗塞:CI、脳出血:CH、くも膜下出血:SAH及び急性心筋梗塞の悉皆登録状況と登録期間

	CI	CH	SAH	脳卒中計	心筋梗塞	悉皆登録
NCVC	538	222	77	837	177	(H17.12~)
A 病院	-	-	-	45	13	(H18.4~)
B 病院	36	10	2	48	13	(H18.4~)
C 病院	41	15	1	57	1	(H18.4~)
計	615	247	80	987	204	

表2は同意取得を行っている施設での同意率を示したものである。脳卒中では同意率は施設によってまた病型によって大きな差が見られた。特にくも膜下出血では同意率が極端に低く、登録制度を向上させる必要があると考えられた。

表2. 吹田地区に於ける脳卒中及び急性心筋梗塞発症患者に対する同意取得率

施設	CI	CH	SAH	脳卒中計	心筋梗塞	実施期間
NCVC	57%	47%	8%	51%	51%	(H17.12~)
A 病院	-	-	-	13%	54%	(H18.4~)
B 病院	-	-	-	12%	29%	(H18.4~)

登録症例を初発に限りH18年4月から12月までの分を集計したものが表3である。急性心筋梗塞では63例が登録された。脳卒中では293例が登録され、約半数が脳梗塞であった。

表3. 吹田地区におけるH18年4月~12月の脳卒中、急性心筋梗塞の初発発症数

	CI	CH	SAH	脳卒中計	AMI
男	96	47	16	159	38
女	74	43	17	134	25
計	170	90	33	293	63

D. 考察

急性循環器疾患は我が国の国民の死因の3分の1を占めると同時に、医療費負担や介護要因としてもきわめて重要な位置を占める。しかし、現状では、循環器疾患の発症数のがんに比較して多いことから、都道

府県単位の登録ではきわめて多数の登録が必要となり、悉皆性の維持と発症の把握の両立が困難であることが多い。急性循環器疾患の地域発症登録では循環器疾患の特性に応じた登録体制を整備する必要がある。

具体的には適正な登録規模としては、脳卒中の場合、人口5万人以上で上限は30万人程度であること、急性心筋梗塞では発症率が脳卒中の3~5分の1程度であることを考慮し、人口20万人以上であることが望ましい。以上のことから、急性循環器疾患の発症登録地域は少なくとも人口5万人以上30万人程度までであり、これ以上人口規模の大きい地域では登録数が多く悉皆性の維持が困難となる。一方、人口規模の小さい地区では発症率の推移を把握することが困難となる。また、急性循環器疾患の医療体制が適正に確保されていること、地域外への搬送が比較的少ないことも登録体制を維持するのに重要な条件となる。また、急性循環器疾患の死亡率は都市部と農山村部では異なっていることが報告されており、都市部における急性循環器疾患の把握もきわめて重要である。国立循環器病センターが所在する吹田市は地域中核病院が市内に配置されており、急性循環器疾患の多くはこの地域で受診する可能性が高く、これらの病院の協力が得られれば都市部の中でも地域発症登録に比較的適した地域といえる。

脳卒中と急性心筋梗塞を同時に把握することも重要な条件となる。現状では脳卒中と急性心筋梗塞では従事する医師の専門分野が異なっているため、別々に取り組まれることが多いが、急性循環器疾患の救急医療体制の面からは脳卒中と急性心筋梗塞は類似した側面が多く、対策も共通したものが多くと考えられる。また適正な医療資源の分配の視点からも急性循環器疾患の発症状況を両疾患を比較しながら把握することが重要と考えられる。

急性循環器疾患の予後は梗塞範囲などの重症度が最も予後に影響することは明らかであり、治療の有効性や長期予後を検討するには系統的な重症度の把握が重要となる。従来の地域発症登録でも重症度の把握が行われてきたが、近年の臨床研究の成果を元に系統的な重症度指標を用いた登録が可能となってきた。本研究班では重症度を系統的に把握することで長期予後と治療内容や地域比較を可能とすることを目的の一つとしている。

従来の循環器疾患発症登録では悉皆性の指標として、発症数と発症登録が実施された同時期に報告された死亡数との比を求め

て比較することが行われてきた。これは、死亡数に対して発症数が一定数以上把握されていれば悉皆性が維持されている可能性があるとの考え方に基いている。しかし、死亡診断書は地域によって死因の記入状況が異なる可能性があること、急性期治療の発達により、脳卒中などの重症度が低下し急性期死亡率も低下しているとされていることから、死亡発症比に時系列や地域差を考慮した場合にどの程度の比較の可能性があるかは明らかではない。以上のことから、急性循環器疾患の悉皆性を把握する仕組みが十分整備されていないのが現状である。一方、がん発症登録では死亡票から登録漏れの可能性のある事例を個別に把握したり、逆に発症登録で把握されたものが死亡票に記載漏れがされていないかの照合を行うことで、登録の悉皆性を把握する仕組みが整備されている。これからの急性循環器疾患発症登録では急性循環器疾患の特性に応じた悉皆性指標を整備して、地域比較や時系列の比較が可能な基盤を整備する必要があると考えられる。悉皆性指標として有効であると考えられるものとしては上記に挙げたもの以外に一定期間のカルテについてレセプト病名が脳卒中・急性心筋梗塞である総数を確認する、救急発送記録と照合する、急性死登録（ウツタイン登録）と照合するなどが考えられる。また、急性疾患であることからがんと比較して比較的狭い範囲の医療機関を受診している可能性が高く、登録地域周辺の主要な医療機関の調査を行う

E. 研究発表

1. 論文発表：別紙参照
2. 学会発表：別紙参照

F. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得：特になし
2. 実用新案登録：特になし
3. その他：特になし

G. 研究協力者

住田陽子、
(国立循環器病センター)

ことで悉皆性の向上も期待できる。

従来の悉皆性を意識した急性循環器疾患発症登録では、研究者の自発的な取り組みにより実施されてきた。しかし、発症者の悉皆的な把握および、異動情報や要介護情報の把握を系統的に実施するには行政機関との密接な連携が必要であり、社会的な認知も重要な条件となる。そこで吹田市の発症登録では発症登録協議会を国立循環器病センターと吹田市医師会で組織し、行政および住民代表が運営に関わる体制とした。登録の実務と登録データを運用する機能を区分することとし、登録の実務は研究者が中心となって組織し、登録データの運用については発症登録協議会に行政や住民代表が関わることで適正使用を確保する体制を整えた。吹田市では個人情報保護審議会での審査が行政情報の提供の条件となっており、現在こうした体制に基づくデータ提供の妥当性について検討をお願いしている。

従来の発症登録では持続性や悉皆性指標、データ活用の視点が十分でなく地域発症登録の重要性が社会で十分理解されていないのが現状である。しかし、急性循環器疾患の医療のあり方の検討や予防施策の評価にはこうした登録に基づくエビデンスがきわめて重要であることも事実である。今後は研究を推進するとともに登録の意義や社会的な役割について広く社会に発信していくことも重要と考えられる。

(資料-1)

シンポジウム

脳卒中と介護の関わりを明らかにする

— 医療・介護の壁を越えた脳卒中对策と地域発症登録 —

抄録集

主催 国立循環器病センター・厚生労働科学研究班
共催 大阪府医師会・吹田市医師会・循環器病研究振興財団・
大阪府看護協会・日本脳卒中協会
後援 吹田市・大阪府
協力 吹田循環器病予防友の会

平成 18 年 10 月 15 日
14:00~17:00
於：梅田スカイビルタワーウエスト36F

シンポジウム 「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」 — 医療・介護の壁を越えた脳卒中对策と地域発症登録 —

がんと比較して整備が遅れがちな脳卒中発症登録の社会的役割についての認知の向上、特に要介護との関連を明らかにするための社会基盤整備の重要性について議論します。

日時：平成 18 年 10 月 15 日（日） 午後 2 時～5 時

場所：梅田スカイビルタワーウエスト 36F

開催にあたって

循環器病疾患発症登録の充実に向けて 北村惣一郎（国立循環器病センター総長）

基調講演

司会 岩尾總一郎（WHO 健康開発総合研究センター所長）

WHO における脳卒中克服戦略と地域発症登録

Robert Beaglehole 博士（WHO 本部慢性疾患対策部長）

Ruth Bonita Beaglehole 博士（WHO-ISS 脳卒中サーベイランスコーディネイト協会）

メインシンポジウム

座長 瀬上清貴（国立循環器病センター運営局長）

脳卒中急性期診療の立場から 峰松一夫（国立循環器病センター脳血管内科部長）

脳卒中看護のこれから 川口桂子（国立循環器病センター看護師長）

リハビリテーション・介護の立場から 石川 誠（初台リハビリテーション病院理事長）

疫学研究者の立場から 岡山 明（国立循環器病センター予防検診部長）

特別発言

日本の脳卒中对策推進に向けて —特に超急性期の対応について—

山口武典（国立循環器病センター名誉総長

（社）日本脳卒中協会理事長）

閉会の辞

友池仁暢（国立循環器病センター病院長）

事務局 厚生労働科学研究循環器疾患等総合研究事業「発症登録研究」班
連絡先：国立循環器病センター予防検診部
電話：06(6833)5012（内線 2188）

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

開催にあたって

国立循環器病センター

総長 北村 惣一郎

国立循環器病センターは関西に位置する唯一の国立高度専門医療センターであり、我が国の循環器病の予防、治療、合併症予防の手本を示す役割を担っております。本年1月には循環器病を克服し「いきいき健康長寿」をめざした循環器病克服10カ年戦略を作成しました。その大きな柱は循環器病にかからないための社会的な仕組みを充実させること、たとえ循環器病にかかっても健康な社会生活を送れるよう治療手段を充実させることでもあります。これからも国立循環器病センターは循環器病の克服に向けて研究・治療法の開発拠点として役割を果たしていきます。

さて、数ある循環器病の中でも、脳卒中は全死因の15%を占め、全死因の中で大きな割合を占める疾患です。回復したとしても、手足の麻痺や失語症、認知症などの深刻な後遺症を残し、着替えや排泄などの日常生活動作能力を低下させる重大な要因となっています。そこでWHOでは循環器疾患の中でも脳卒中对策を最も重要な課題のひとつとして取り上げています。我が国でも脳卒中は要介護の最も重要な原因であり、男性で約50%、女性でも約20%、平均すると40%を占めることがわかっています。

幸い脳卒中の死亡率は年々減少し、最も多かった1960年代に比較して5分の1まで減少しました。これは日本が長寿国となった理由の一つとなっています。しかし、発症はどうなっているのでしょうか。残念ながら我が国では脳卒中の発症は減っているのか増えているのか、治療成績は向上しているのかを把握する制度がありません。こうした情報を得るには、ある地域全体の脳卒中患者のすべての発症を把握し、その後の観察により要介護、死亡の有無を把握することが必要です。こうした制度を地域発症登録といいます。我が国ではがん登録がよく知られていますが、脳卒中登録が円滑に実施されるには研究者・医療機関・行政が連携して取り組む必要があります。

本講演会ではWHOの慢性疾患対策部長ROBERT BEAGLEHOLE氏および脳卒中登録の世界的権威であるRUTH BONITA BEAGLEHOLE氏を迎え基調講演をいただくとともに、シンポジウムの中で脳卒中の治療や予防対策の要としての脳卒中登録の意義と制度確立のための問題点について議論したいと思います。

この会が脳卒中登録の普及にとって起爆剤となることを祈念して挨拶とさせていただきます。

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

きわめて価値ある投資としての慢性疾患予防

世界保健機構 (WHO) 慢性疾患対策部

部長 ロバートビーグルホール

慢性疾患とは循環器病(心疾患、脳卒中)、がん、慢性肺疾患および糖尿病を含むもので、現在世界では3千5百万人が慢性疾患で死亡しており、全死因の60%を占めている。これはすでに先進国の問題ではなく、幅広く世界の問題となっており、慢性疾患死亡による国民所得への影響は莫大なものとなっている。現在世界的に10もの誤解があるが実際には慢性疾患の脅威は急速に世界の問題となりつつあり、世界的な認識が追いついていないのが現実である。しかし、こうした誤解は克服可能である。

- 10:慢性疾患は先進国での問題と信じられているがこれは誤解である。実際には80%の慢性疾患死亡は発展途上国で生じており、先進国のみの問題ではなくなっている。
- 9:発展途上国では感染症対策推進を主とすべきであるというのは誤解である。慢性疾患の死亡数と感染症の死亡数は比例しており、同時に対策を打つ必要がある。
- 8:慢性疾患は金持ちの病気であるとするのは誤解である。貧困な人々に多大な影響を与えている。
- 7:慢性疾患は主に高齢者の病気であるとするのは誤解である。実際には死亡者のほぼ半分が70歳未満である。
- 6:慢性疾患は男性の病気であり、女性には大きな問題ではないとするのは誤解である。実際には男女ともほぼ同じ程度に影響を受ける。
- 5:慢性疾患は不健康な生活習慣によるとするのは誤解である。貧困な人々や子供たちにとって生きていくための選択肢は限られているのである。
- 4:慢性疾患は予防できないとするのは誤解である。実際には80%の循環器病や2型糖尿病は予防可能である。がんでも40%は予防可能である。
- 3:慢性疾患の予防や制御は費用がかかりすぎて現実的ではないとするのは誤解である。低廉で費用対効果の高い介入手段が存在するのである。
- 2:私の祖父は喫煙者で96歳まで生きたというのは、半分は本当である。しかし、こうした人々は例外なのである。
- 1;人は誰でもみんな一度は死ぬというのも半分は本当である。しかし、時間をかけ苦しみながら、若くして死亡する必要はない。

慢性疾患の原因はすでに明らかになっている。しかも対策の要点も明らかになっている。こうしたことを理解した上で、世界中で適切な予防への投資を行うことが大切なのである。

(講演スライドの要約:文責 岡山)