

平成29年度山形県生活習慣病検診等管理指導協議会

循環器部会 議事録

日 時：平成30年2月8日（木）

午後3時30分～4時40分

場 所：県庁10階 1001会議室

《 次 第 》

- 1 開 会（進行：健康長寿推進課健康づくりプロジェクト推進室 音山室長補佐）
- 2 あいさつ（阿彦 健康福祉部医療統括監）  
＜委員・出席者紹介＞
- 3 協議
  - （1）平成28年度特定健診・特定保健指導の実施状況について
  - （2）脳卒中・心筋梗塞発症登録評価研究事業について
  - （3）山形県健康調査実施要項の改正について
  - （4）その他

事務局説明

- （1）平成28年度特定健診・特定保健指導の実施状況について

大道寺議長

特定健診の受診率は、前年比あるいは年次推移で少しずつ改善している。61%で全国2位ですね。ただメタボの該当者が少しずつ増加している。でも低い方から11位ということは全体ではかなり少ない方ですね。特定健診・特定保健指導の実施状況について何かご質問ありませんか。ないようですので次へ進みます。

事務局説明

- （2）脳卒中・心筋梗塞発症登録評価研究事業について

大道寺議長

脳卒中・心筋梗塞発症登録評価研究事業について何かご質問ありませんか。

渡邊委員

県の事業ということでやらせていただいて大変感謝申し上げます。手弁当で各病院の先生にかなりご負担をかけて集めているデータなので県の行政に資するものであればと考えています。あと学会等で発表してこんなことをやっていると周知して評価をいただいているところでもあります。ありがとうございます。

## 阿彦医療統括監

今、保健医療計画を作っているんですけども、5疾病の医療連携のことを記載することになっているのですが、脳卒中については、今までは死亡率の減少だけが目標だったのですが、脳梗塞は発症から4.5時間以内に治療を開始すれば抗凝固療法 rt-PA 療法が出来るということで4.5時間以内に病院に到着している割合というのが30%しかいないというデータが登録事業から出ていまして、それを早くに到着する人の割合を40%とかに上げようということを目指して取り組むことが計画案になっております。そのためには“脳梗塞の症状があればすぐ救急車呼んだ方が良い”という啓発をしていきたいと思います。それから心筋梗塞については渡邊先生が新聞などにも掲載いただいたことがありましたけれども、死亡票のみで届出がなかったという割合が結構多くて、医療機関受診前に亡くなっていたのでないか、というような方を少なくしようという目標を立てていますので、こういった登録事業をやらないと評価できないので医療計画の評価のためにもこの登録事業を継続して評価いただきたいと思っていますところでは。

## 大道寺議長

発症後に出来るだけ早く専門的な治療に結びつけられれば、かなり助かる率が高くなりますし、あとは症状を残さず済むような時代になっていますので、そのアプローチが非常に重要だというお話でありました。次に(3)の山形県健康調査実施要領の改正について事務局から説明をお願いします。

## 事務局説明

(3) 山形県健康調査実施要領の改正について

## 大道寺議長

山形県健康診査実施要項の見直し案についてはどうでしょうか。“市町村長は翌年度の年間検診実施計画（別記様式代12号）を策定し11月末まで検診実施機関に提出する”とありますが、実際やられているところで問題ありますか。ご意見頂きたいと思います。いかがでしょうか。（参加者から意見無し）

## 渡邊委員

P16の健康審査受診勧奨値該当者（糖尿病・慢性腎臓病）精密検査回報書の診断名はどのように決まっているのでしょうか。“1異常なし 2腎性糖尿 3糖尿病 4胃切除後高血糖・慢性腎臓病”という項目ですが、こういった基準で診断名が選ばれているのかがわからないのですが。

## 事務局

県で作りました糖尿病性・腎臓病性重症化予防プログラムで先生方にご検討いただいたところで、寒河江の検査センターさんで使っている雛形がございまして、そちらの診断名にプラス腎臓病のところを慢性腎臓病として追加したものを提案し了解を得たというものです。県の医師会にもご相談し了解いただいて糖尿病と慢性腎臓病に限ったものだけの診断名を書かせていただいております。

大道寺議長

本人に通知する P 1 6 左側の様式第 1 号の健康診査受診勧奨値該当者（糖尿病・慢性腎臓病）、検診結果連絡票は、検診でひっかかってどこにも受診していないとか、一回糖尿病で治療に来ていたけれども半年以上治療が中断している人に限りにこれを出す、個人に連絡票を出してその結果を診た所で、精密検査回報書を書いてもらって出すといった流れになりますかね。

渡邊委員

これは糖尿病と慢性腎臓病以外の、たとえば高血圧とかは無いんですか。

事務局

糖尿病についてのプログラムが出来たということで、これまで全くないところでこれだけでまずはスタートして他のものはまだこれからです。

渡邊委員

わかりました。

大道寺議長

糖尿によってチェックされるか、蛋白尿によってチェックされるかの人しか適用にならないということですね。8P の“(3) 保健所長は市町村間の不均衡が生じないように必要に応じ、関係機関と連携を密にして指導調整を図る”とありますが見直し案のように特別問題がなければこのようにして出したいという提案ですがいかがですか。では特に問題がないということでよろしいですね。それでは次の P 1 2 で新しく特定健康診査判定基準の血中脂質検査のところに Non-HDL コレステロールという項目が入るという提案、それから、詳細な検診の項目の方に eGFR、眼底のところに改変 Davis という糖尿病性の網膜症をチェックする方法での診断が入る、という提案、これらは厚労省からの“できるだけしなさい”という提案なのでしょうか。

事務局

雛形としての段階ではございますけれども、厚労省から出ているものに沿った改正です。

大道寺議長

基準値は

Non-HDL コレステロール

150未満	異常なし
150～170未満	要指導
170以上	要受診

ということで一般的には LDL に 30 を加えた数字が該当するというように日本動脈硬化学会の方での基準でもそうなっているようです。ただ Non-HDL コレステロールを計るとなると総コレステ

ロールを計らなければいけなくなるんですよね。Non-HDL コレステロールの項目は必ず埋めて返さなければいけないのでしょうか。そうすると総コレステロールの測定が必要となります。食後の採血の人とか中性脂肪が400以上でいわゆる Friedewald の計算式が使えないような人は Non-HDL コレステロールで動脈硬化との性質の関連をみれるようにとのことだと思のですが。従来通り中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロールこの3つを測定していれば、中性脂肪が400以上とか食後の採血という条件を外して、普通の空腹時の採血であればその3つがあれば、Non-HDL コレステロールを検査しなくてもいいと理解してもいいのでしょうか。

事務局

国の通知に計算式が載っておりまして、おっしゃるとおりの解釈でよろしいかと思えますけれども、検診機関さんでちょっと違うというところがあれば教えていただければと思います。

大道寺議長

実際やられているところでは必ずしも空腹時でない人も来られると思うんですが、そういった場合合メタボリック症候群の診断基準も空腹時血糖100としかないですよね。空腹時血糖がとれない人はもう一度来てもらうとか・・・。細かなところで問題があるのではないかと思うのですが。

阿彦医療統括監

注釈が必要ですかね。中性脂肪が高ければ計算上は低くなるので LDL コレステロールの値が使えないので Non-HDL コレステロールの値を使ったらどうかということだと思のですが、全ての検査で Non-HDL コレステロールも計算して成績に載せなければならいとすると検診機関も大変ですよね。

大道寺議長

そうでしょうか。直接法で、従来通り LDL をやっているところでは、わざわざ Non-HDL を測定しなくても間に合うと思いますし、そうでなければ総コレステロールを測定しなくてはいけなくなるということでしょうか。費用の面からも大変になるのではないかと思うのですが。

阿彦医療統括監

Non-HDL を載せることについて、何らかの注釈を付けるということですか。

大道寺議長

そういうことですね。

渡邊委員

努力目標であって必須ではないということですね。動脈硬化学会は今までは Friedewald 式でのトータルコレステロールを計って HDL コレステロールを引いて1/5のTGを引くという計算式 ( $LDL-C = TC - HDL-C - TG/5$ ) で LDL コレステロールを求めるやり方をやってきたと思うので

すが、こちらの検診ではほとんどの所が LDL の直接法で測定していたと思うのですが Non-HDL を書くとなると、先生がおっしゃるように余計に費用がかかるということで、LDL を計るのをやめて、トータルコレステロールを計るようにすれば、同じくらいの値段もしくは安くなるのかもしれないのですが、そうすると今までと整合性がとれなくなるので簡単ではないという気がします。

阿彦医療統括監

現在の検診機関は直接 LDL で計られるのでしょうか。

渡邊委員

ほとんど直接法でやっていると思うんですけど。

本間委員

メタボ検診が始まったときに、直接法に切り替わっていると思うんです。ですから総コレステロールはあまり書かない検診結果になってきていると思うんです。それをまた総コレステロールに戻すとなると、またやり方を戻さなければいけなくなると思うんです。

渡邊委員

空腹時というお話があったと思うんですけども、Non-HDL コレステロールは中性脂肪が非常に高い人とか、ごはんを食べてきてしまった人でもある程度の指標になるということで最近注目をされていると思うんですけども、基本的にはトータルコレステロールの値が必要になる検査なので、今までの流れで直接これを書いても測定しないから書けないというようなことになってしまう気がします。

大道寺議長

食後の採血の人や中性脂肪の400を越すような人とかは、必ずしも必要はないけれども、そのような場合には検査して下さいというような形で注釈を付けないと欄をうめなくてはいけないのではないかと思うのでは。

阿彦医療統括監

では今回は入れない方がいいでしょうか。基準から除いた方が・・・。協会健保さんとかは県外の検診機関が来しているところもいっぱいあると思うのですが。

大道寺議長

理論的には計算値が良いと学会では勧めていますよね。特定健診が10年ほど前に始まった時、LDL に直接法が入ったのでその流れできているわけですが、途中から直接法の検査そのものの精度が十分管理されてないと、中性脂肪が400未満に関しては計算式の方がより LDL 値の実質の方に添っているのではないかということをお願いしたので、理屈と実際にやっている検診とが少し齟齬しながら平行移動しているんだと思うんです。これからそのままいくのか、厚労省で方針を変え

て直接 LDL 法ではなく総コレステロールでの計算値が中心ですよ、中性脂肪が400以上とか食後の時は Non-HDL をしなさい、というように統一してくれば簡単なのですが、それが今、両方平行しているんですよ。なので注釈をつけた格好で、載せることは悪いことではないと思います。理屈的にはそのような考えが良いとされているので。いかがでしょうか。

本間委員

ガイドラインにのってしまったので、それを無下にできないということなんじゃないでしょうか。

大道寺議長

ガイドラインで勧めていますからね。難しいですけど、全部やらなければいけないということではなくて、従来通りで良いけれども特定の条件ではこれを参考にすると。

阿彦医療統括監

今先生が今おっしゃったように、こういった場合は Non-HDL コレステロールを参考値として推奨するといった文言ですかね、こちらでも整理して部会長と再度相談するという事でよろしかったら勧めたいと思いますけれども。必須ではないということ。

大道寺議長

では eGFR の項目ですけれども eGFR を検査するということはクレアチニン値を測定するという事です。クレアチニン値はこの欄にはないということですが、これは、わざと外しているのか・・・、クレアチニンの解釈が難しいからなのか、男女で違ったり、筋肉の量や体格や年齢とかで違うので、それで補正した eGFR というものしか使わないという考えでクレアチニンが出ていないのか、そのあたりがわからない。せっきく数字として出ているのでクレアチニン値があってもいいのではないかと思うんですが。

阿彦医療統括監

ダブルでどちらかで引かかるとなかなか大変ですね。

大道寺議長

一番標準だとは思いますが。体格の小さな人がクレアチニン値 1 mg/dl だとしても、腎機能から見ると悪いとかクレアチニンだけでは判断ができないので標準化した格好で eGFR で見た方が検診としては精度が高いという考え方なんだと思うのですが、それはそれでよろしいでしょうか？

本間委員

一番最後の検診結果連絡票ではクレアチニンの記載なってますよね。だと両方書くことになりませんか。

阿彦医療統括監

判定基準には使わないですけども、検診結果には出てくるということです。

大道寺議長

それであれば問題ないですね。eGFR の判定基準は

60 以上 異常を認めず

60 未満～45 要指導

45 未満 要受診

こちらもこれでよろしいでしょうか。

あと、眼底の改変 Davis は糖尿病の眼底所見をできるだけ早くチェックしましょうということだ  
と思うのですがご意見ありませんか。

阿彦医療統括監

眼科の先生の負担があるので、県医師会の常任理事会にご説明申し上げて協力をお願いすること  
にしております。現時点でも Davis 分類で結果を書いてくれる人もいるそうですが、Scheie 分類  
の他も報告もお願いすることになると眼科医会とか医師会の先生方への周知と協力依頼が必要だ  
ということで今月の県医師会の理事会に諮るということで準備を進めています。

大道寺議長

私の方からも質問ですが eGFR も眼底も詳細な健診なので全員がやるわけではないんですよね。  
詳細な健診に該当する eGFR の対象者のチェックポイントは今年までとは少し違っているわけ  
ですか。

事務局

眼底検査についての基本的な健診の項目の

血圧：収縮期 140 以上、または拡張期 90 以上、

血糖検査：空腹時血糖 126 以上、ヘモグロビン 6.5 以上

のところの項目については前回と同じです。eGFR は今回から追加になっていまして

血圧：収縮期 130 以上、または拡張期 85 以上

血糖検査：空腹時血糖 100 以上、ヘモグロビン 5.6% 以上

というような国のプログラムになっています。

大道寺議長

eGFR はほんの少し超しても対象になるということですよ、血圧と血糖が。HbA1c5.6 でひっ  
かかるわけだからほとんどの人が eGFR は適応ですね。他に何かございませんか。

本間委員

資料 2 の P1 のところの見直しのスケジュール（案）ところタイムテーブルが出ているんですけ

れども今検討した項目に関しての見直しのスケジュール（案）ではないんですか。

事務局

がん検診にかかる報告が今二本立てになっていて、それをこの見直しのスケジュールで直したらどうかということで、このスケジュール（案）はがん検診のみに関わるものになります。

本間委員

わかりました。

大道寺議長

（４）の「その他」になりますが何かありますか。

阿彦医療統括監

前に戻って資料１の保険者別の成績表ですが、例えばP7の表から男女別になっていますが、国保連合会を通じてデータをいただいています。国保以外の、健保組合、共済組合、協会けんぽの男女別のデータが集計不可能で取れないのですが、例えばP1に戻ってもらうと、内臓脂肪症候群に該当する該当者の割合と予備群の割合というのは保険者毎に差があるのですが、全体の合計で見ても男性はメタボ該当率が23.9%で女性が8.4%で男性と女性で女性は該当者の割合が男性の1/3しかないですよ。ということは受診者全体の中で男性の受診者の割合の高いところが高くなるのは当たり前なので、本当であれば男女別に分析しないと保険者間の違いがわからない。

例えば健保とか共済はもしかすると女性の受診者比率が高いから低いのではないかと思うのですが、それが分からなくなっています。

都道府県較差もおそらく、男性の受診者の割合が高いところは高く、女性の受診者比率が多いところは低いということで、本当は全国集計も都道府県間の比較も性別にしないと絶対にダメな指標だと思うのですがそれがなくなっているので、これは国に要望しないといけないのですが。この辺は来年度に向けて男女別に出せるものはがんばってみますけれども、例えば協会けんぽさんは男女別には内部的に出ているのですか。

荒木委員

支部ごとで男女別化はしていませんけれども、協会けんぽ全体では出ている状況です。ただ、やはり男性の方が高いというのはもちろん同じような結果になっております。

阿彦医療統括監

データ管理システムの構成上というのはどういうことですか。国保には合計しか上がらないということですか。今からお願いしても毎年、集計不可能になってしまうのですか。

荒木委員

システムが全く違うものを使っておりますので同じような形で提出するのが非常に難しいのと、

保険者協議会でも議論はしているのですが進めるのは難しい状況にはなっております。

阿彦医療統括監

細かい数字はなくても、大きい該当者の人数とかだけでも出るといいのですが。

大道寺議長

3倍近いから相当違う。外国だと逆にメタボという判定は女性が多いと言われていますが、腹位基準が90cm大丈夫で男性は85cmで引かかるので性別の違いがあればやはり女性の職員が多い少ないで成績が一見悪くみえてしまう。統計上工夫していただければと思います。その他、何かございませんか。

最後まで熱心な協議ありがとうございました。予定されておりました協議事項はすべて終了しました。