

第2章 健診の内容

2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

（1）基本的考え方

- 糖尿病や脳・心血管疾患（脳卒中や虚血性心疾患等）等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。
- これに加えて、標準的な質問項目については、下記に際して、活用するものであるという基本的な考え方に基づくものとする。
 - ①特定保健指導対象者の階層化や詳細な健診の対象者の選定に関する項目
 - ②健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し活用可能な項目
 - ③生活習慣病のリスクの評価に資する項目
 - ④地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目
- 上記④に関連して、対象集団（地域や職場等）の特性等を踏まえ、ほかの検査項目・質問項目も必要に応じて追加することが可能である。

（2）具体的な健診項目

特定健診の項目として健診対象者全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下とおりとする。

① 特定健診の基本的な項目（P.75別紙1参照）

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査^a（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪（空腹時（絶食10時間以上）以外に採血を行う）により脂質検査を行うことを可とする。）を除き随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。）、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール^b）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ

^a 特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

^b 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）でもよい。

-GT (γ-GTP))、血糖検査^{od} (空腹時血糖又はHbA1c^e検査、やむを得ない場合には随時血糖)、尿検査 (尿糖、尿蛋白)。

② 特定健診の詳細な健診の項目 (P.76別紙2参照)

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査 (赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査 (eGFR^fによる腎機能の評価を含む) のうち、一定の基準 (別紙2参照) の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、別紙2の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を保険者に通知するとともに、受診者に説明する必要がある。

③ そのほかの健診項目

特定健診以外の健康診査においては、それぞれの法令・制度の趣旨・目的や対象となる集団の特性 (地域や職場の特性) やそこから見いだされた健康課題を踏まえ、必要に応じて①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。

^o 特定健康診査においては、空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

^d 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1~2か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。ただし保健指導後の評価指標として用いる際には、当日の状態ではなく、1か月以上前の状態を反映していることに留意すべきである。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を用いて、階層化を行う。

やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。

^e HbA1c検査については、平成25年度からはNGSP値で表記している。それ以前の検査値はJDS値で記載されているため、比較する場合には注意が必要である。なお、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\text{JDS値 (\%)} = 0.980 \times \text{NGSP値 (\%)} - 0.245\%$$

$$\text{NGSP値 (\%)} = 1.02 \times \text{JDS値 (\%)} + 0.25\%$$

^f eGFR (mL/分/1.73m²) = 194 × Cr^{-1.094} × 年齢 (歳)^{-0.287} (女性は×0.739)

(3) 質問項目

特定健診の基本的な健診の項目に含まれる質問項目を含めた標準的な質問票をP.77別紙3とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。階層化に必要とされる質問項目1～3（服薬状況）、8（喫煙習慣）は、特定健診における必須項目である。労働安全衛生法における健診結果等、ほかの健診結果を活用する場合、必須項目を確実に取得することが求められる。

なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも特定保健指導の際の重要な情報となる。

(4) 測定方法とその標準化

- 保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目ごとの測定値の標準化が必要となる。
- 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
- 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
- 健診の検査実施方法及び留意事項についてはP.121別紙4を参照。測定方法の標準化が重要である。
- 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定値についてはP.125別紙5を参照。

(5) 測定値の精度管理

- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。
- 内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（平成16年厚生労働省告示第242号）(P.170別紙6参照)における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。
 - ① 内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること）

健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように努め、検査測定値の精度管理を行う。

② 外部精度管理（健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすること）

日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施する外部精度管理調査を少なくともいずれか一つ定期的に受け、検査測定値の第三者による精度管理が行われるようにする。

（６）健診項目の判定値

- 各健診項目における保健指導判定値及び受診勧奨判定値はP.125別紙5参照。
- これらの判定値は、関係学会のガイドラインとの整合性を確保する必要がある。
- 国は、学会との連携の下、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の知見に基づく判定基準値とするよう定期的に検討する必要がある。

（７）健診項目の定期的な見直し

効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の科学的知見に基づき健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。新しい検査項目を導入する際だけでなく、既存の検査項目についても、その有効性、必要性について費用対効果を含め、対象集団の特性を踏まえて定期的に検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。

2-2 健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）について

（1）基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することが多い。健診の検査データを対象者が確認することは、自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、階層化に用いられるか否かにかかわらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やそのほか必要な情報について、健診受診後速やかに全ての対象者に分かりやすく情報提供する（フィードバックする）ことが重要である（P.127第2編別添資料・フィードバック文例集参照）。その際には、個々の検査データに関する評価だけでなく、それらの個々の検査データを統合した総合的な重症度の評価を行うことが望ましい。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機付けを目的として行うべきである。その上で、医療機関への新規受診や継続治療が必要な対象者の受診継続、服薬が重要であることや、健診受診者全員が継続的に健診を受診する必要があること等の情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることに加え、ナッジ等の行動科学の理論を活用することが望ましい。検査結果が全て揃わない場合であっても、健診実施機関等が主体となり、健診当日にフィードバックすることが推奨される。
- また、非肥満でも危険因子（血糖高値・脂質異常・血圧高値）が重複する場合には将来の脳・心血管疾患発症リスクが高まるため、特定保健指導の対象とならない非肥満かつ危険因子を保有する対象者への対応も重要である（P.239第3編第3章3-7（3）⑤、P.278第3編第3章3-8参照）。

- 特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受診に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。また、必要な情報が確実に伝わるよう、内容を分かりやすく説明する工夫も必要である。さらに、重症度に応じて受診勧奨方法を変更する等の工夫も必要である。健診当日に、健診実施機関等が主体となって受診勧奨が実施できるような工夫も重要である。医療機関の受診に際しては、健診受診者の状態に応じて、受診する医療機関を適切に選択することが重要である。

- 保険者はデータヘルス計画等において、分かりやすい情報提供や疾患の発症予防・重症化予防のための保健事業の計画を作成する際、本プログラムの内容を参照されることが望ましい。

(2) 具体的なフィードバックの内容

フィードバックは全ての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後速やかに保健指導実施者等が個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、第2編別添資料のフィードバック文例集(P.127)を参考に、対象者個々人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

① 確実な医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、直ちに医療機関の受診をすべき段階であると判断された対象者については、確実な医療機関の受診を勧奨する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

なお、このことは、かかりつけの医療機関がない対象者にとっては、自身の健康状態を継続的に診てもらい医療機関を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合又は受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終始するのではなく、本人の考え方や受け止め方を確認、治療に抵抗する要因を考慮した上で、受診の優先順位が高まるような働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながる可能性がある。

また、レセプト等を活用し、対象者が確実に受診したかを確認する等その後の状況を把握することが望まれる。

② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①の場合のような緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれも含まれ得る。こうした者に対するフィードバックに当たっては、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられな

いようなら医療機関への受診を促すというきめ細かな方法も考えられる⁶。

なお、血圧及び喫煙については、健診当日でも状態の把握が可能であるため、当日を含め、速やかに面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援及び積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックするとともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。もし、健診データが基準範囲内であったものの徐々に数値が悪化している場合には、注意喚起することが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促す等、前向きな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者や多量飲酒者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙や多量飲酒等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

(3) 情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題が生じる場合もあり、再測定が重要であること、血糖や中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

検査結果に基づき、すぐに医療機関を受診すべきと判断された対象者については、実際に受診したかどうかをレセプト等を用いて確認し、未受診の場合には受診を確実に勧めることが望ましい。

医療機関を受診し薬物療法が開始された者については、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

治療中断者に対しては、再度受診をするように受療勧奨等を行うことが望まれる。これらは重症化予防の一環としても行われるものである。

⁶ 受診勧奨判定値を超えた場合でも、I度高血圧（収縮期血圧 140～159mmHg、拡張期血圧 90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導等必要な支援を保健指導として行う方法の2とおりが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。