

令和5年12月5日	参考資料 2-1
第1回 労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目等に関する検討会	

内閣府規制改革推進会議 第11回医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ 令和5年4月24日開催

- 資料1-1 聖母病院南郷氏・亀田ファミリークリニック館山岡田院長御提出資料
- 資料1-2 福島県医科大学葛西名誉教授御提出資料

2023年4月24日(月)14:00~15:00@Zoom online

健康診断項目の合理化について — 臨床現場からの提言

社会福祉法人聖母会 聖母病院 総合診療科

南郷栄秀

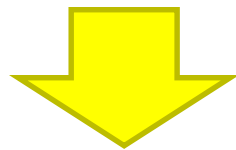
鉄蕉会亀田ファミリークリニック館山

岡田唯男

労安法に基づく定期健診の意義

労働安全衛生法に基づく定期健康診断（一般健康診断）は、常時使用する労働者について、その健康状態を把握し、労働時間の短縮、作業転換等の事後措置を行い、脳・心臓疾患の発症の防止、生活習慣病等の増悪防止を図ることなどを目的として事業者により実施されている。

労働者が健康に働けるようにするために
産業保健の観点から事業者に義務付けている



その目的を達成できるものになっているか？

労働安全衛生法に基づく定期健康診断

対象者	常時使用する労働者 注)特定業務従事者の健康診断(安衛則第45条)においては、労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に常時従事する労働者 ※
健康診断項目	<p style="text-align: center;">11項目</p> <ol style="list-style-type: none">① 既往歴及び業務歴の調査② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査③ 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査④ 胸部エックス線検査及び喀痰検査⑤ 血圧の測定⑥ 貧血検査（血色素量、赤血球数）⑦ 肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）⑧ 血中脂質検査（LDL・HDLコレステロール、TG）⑨ 血糖検査⑩ 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）⑪ 心電図検査 注) ④について、雇入れ時健康診断においては、胸部エックス線検査のみとなっている。

※ 労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務

イ 多量の高温物体を取り扱う業務及び著しく暑熱な場所における業務
ロ 多量の低温物体を取り扱う業務及び著しく寒冷な場所における業務
ハ ラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務
ニ 土石、獣毛等のじんあい又は粉末を著しく飛散する場所における業務
ホ 異常気圧下における業務
ヘ さく岩機、鋸打機等の使用によって、身体に著しい振動を与える業務
ト 重量物の取扱い等重激な業務
チ ボイラー製造等強烈な騒音を発する場所における業務
リ 坑内における業務
ヌ 深夜業を含む業務
ル 水銀、砒素、黄りん、弗化水素酸、塩酸、硝酸、硫酸、青酸、か性アルカリ、石炭酸その他これらに準ずる有害物を取り扱う業務
ヲ 鉛、水銀、クロム、砒素、黄りん、弗化水素、塩素、塩酸、硝酸、亜硫酸、硫酸、一酸化炭素、二硫化炭素、青酸、ベンゼン、アニリンその他これらに準ずる有害物のガス、蒸気又は粉じんを発散する場所における業務
ワ 病原体によって汚染のおそれが著しい業務
カ その他厚生労働大臣が定める業務

労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のあり方に関する検討会 報告書(平成28年12月28日)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000146412.html>

理論的に、項目が多いと有所見率も上がる

1つ以上の検査が異常となる確率 = $1 - (0.95)^n$

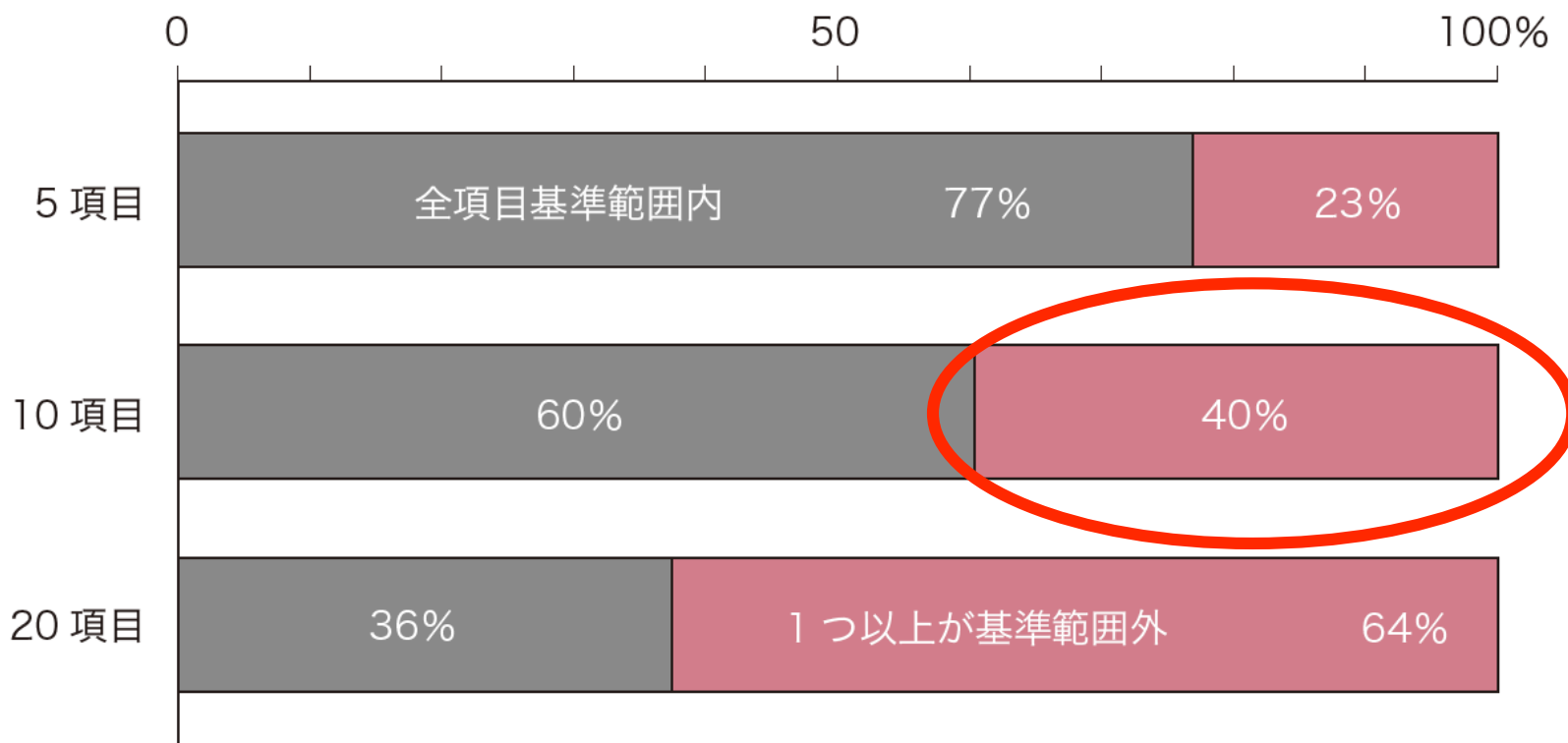


図3 多項目検査で健常者が異常値をとる確率

有所見率は50%を超える

定期健康診断項目別有所見率

	聴力 (1000Hz)	聴力 (4000Hz)	胸部X線検査	喀痰検査	血圧	貧血検査	肝機能検査	血中脂質	血糖検査	尿検査(糖)	尿検査(蛋白)	心電図	有所見率
平成 2年	5.1	8.2	1.6	1.0	7.1	4.2	8.7	11.1	—	2.7	1.8	6.2	23.6
平成 3年	5.2	9.3	2.6	0.9	7.7	4.9	10.1	13.6	—	3.1	2.1	6.8	27.4

実際のデータでも理論的計算と一致している
 経年的に増加している
 最多は血中脂質で3割を超える
 血圧, 肝機能検査, 血糖検査が10%を超える
→この中に, 治療が必要な異常がどれくらいあるか

平成23年	3.6	7.7	4.3	1.7	14.5	7.6	15.6	32.2	10.4	2.7	4.2	9.7	52.7
平成24年	3.6	7.7	4.3	2.2	14.5	7.4	15.1	32.4	10.2	2.5	4.2	9.6	52.7
平成25年	3.6	7.6	4.2	1.9	14.7	7.5	14.8	32.6	10.2	2.5	4.2	9.7	53.0
平成26年	3.6	7.5	4.2	1.9	15.1	7.4	14.6	32.7	10.4	2.5	4.2	9.7	53.2

資料:厚生労働省「定期健康診断結果調」

労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のあり方に関する検討会 報告書(平成28年12月28日)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000146412.html>

発見した異常に対してどうしているか

- 厚生労働省の「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」では、**異常所見により業務の軽減などを講じるように示されている**

このような状況の中で、労働者が職業生活の全期間を通して健康で働くことができるようにするためには、事業者が労働者の健康状態を的確に把握し、その結果に基づき、医学的知見を踏まえて、労働者の健康管理を適切に講ずることが不可欠である。そのためには、事業者は、健康診断（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条の2の規定に基づく深夜業に従事する労働者が自ら受けた健康診断（以下「自発的健康診断」という。）及び労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第26条第2項第1号の規定に基づく二次健康診断（以下「二次健康診断」という。）を含む。）の結果、異常の所見があると診断された労働者について、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について聴取した医師又は歯科医師（以下「医師等」という。）の意見を十分勘案し、必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少、昼間勤務への転換等の措置を講ずるほか、作業環境測定の実施、施設又は設備の設置又は整備、当該医師等の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会（以下「衛生委員会等」という。）又は労働時間等設定改善委員会（労働時間等の設定の改善に関する特別措置法（平成4年法律第90号）第7条第1項に規定する労働時間等設定改善委員会をいう。以下同じ。）への報告その他の適切な措置を講ずる必要がある（以下、事業者が講ずる必要があるこれらの措置を「就業上の措置」という。）。

発見した異常に対してどうしているか

- これに対して、「労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のあり方に関する検討会 報告書（平成28年12月28日）」では、必ずしも結果が活かされていない実態が指摘されている

4) 肝機能検査は、肝機能障害を把握し就業上の措置などを行うことを目的としており、1)「産業医のコンセンサス調査（森教授）」では、調査対象のうち一定の産業医が肝機能検査を就業制限等に活用（勤務実態が適切な受診行動や生活習慣確保を妨げており就業制限等をかけ適切な受診行動・健康管理を促すために活用）するとした調査結果、2)「作業関連疾患の予防等に資する一般定期健康診断を通じた効果的な健康管理に関する研究（大久保教授）」では、調査対象の産業医等においては肝機能検査を就業制限・適正配置に利用することは少なかったと回答した調査結果があるとしている。

発見した異常に対してどうしているか

- 「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」では、医師等の判断例として、通常勤務、就業制限、要休業に分けられているが、**指針にはその具体的な判断の基準は示されていない**

(イ) 就業区分及びその内容についての意見

当該労働者に係る就業区分及びその内容に関する医師等の判断を下記の区分

(例) によって求めるものとする。

就業区分		就業上の措置の内容
区分	内容	
通常勤務	通常勤務でよいもの	
就業制限	勤務に制限を加える必要のあるもの	勤務による負荷を軽減するため、労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限、作業の転換、就業場所の変更、深夜業の回数の減少、昼間勤務への転換等の措置を講じる。
要休業	勤務を休む必要のあるもの	療養のため、休暇、退職等により一定期間勤務させない措置を講じる。

健診結果に基づく就業措置，保健指導

- 労働者の健康障害の実態，それ現在の健診有所見率は50%を超えているが，異常所見によって就業制限や要休業となっているものはどれくらいあるのか
- 就業制限や要休業の判断は，医師等によってまちまちである現状があるが，その実態を把握した上で健診の妥当性は検証されているのか
- 就業制限や要休業の判断や健診結果に基づく保健指導は個々の状況によって決めるべきものであることは言うまでもないが，エビデンスに基づいた一定の指針が必要ではないか

職場健診の項目の適正化

- 現在、業務の継続が困難となる不健康状態の理由は主としてメンタルヘルス
 - これは、労働していることが直接的な原因であるものであり、職場健診として特に力を入れるべき
 - 動脈硬化性疾患やがんは、就労しているかどうかにかかわらず全国民に等しい問題
- 職場健診の目的が、「労働者が健康に働けるようにする」ことであるならば、ストレスチェック制度が機能しているか検証し、実効性のあるものに改善することが重要だろう

職種による職場健診の項目

- 職種によりリスクが異なることから、全住民に共通して必要な健診は住民健診でカバーし、その上で各職種でリスクになるものを追加するのが望ましいのではないかと
 - 特殊健康診断項目
 - 職種に特有の疾患リスクに合わせた基準値の調整
 - 勤務形態に合わせた健診項目
 - 海外赴任する際の感染症抗体検査ならびにワクチン接種

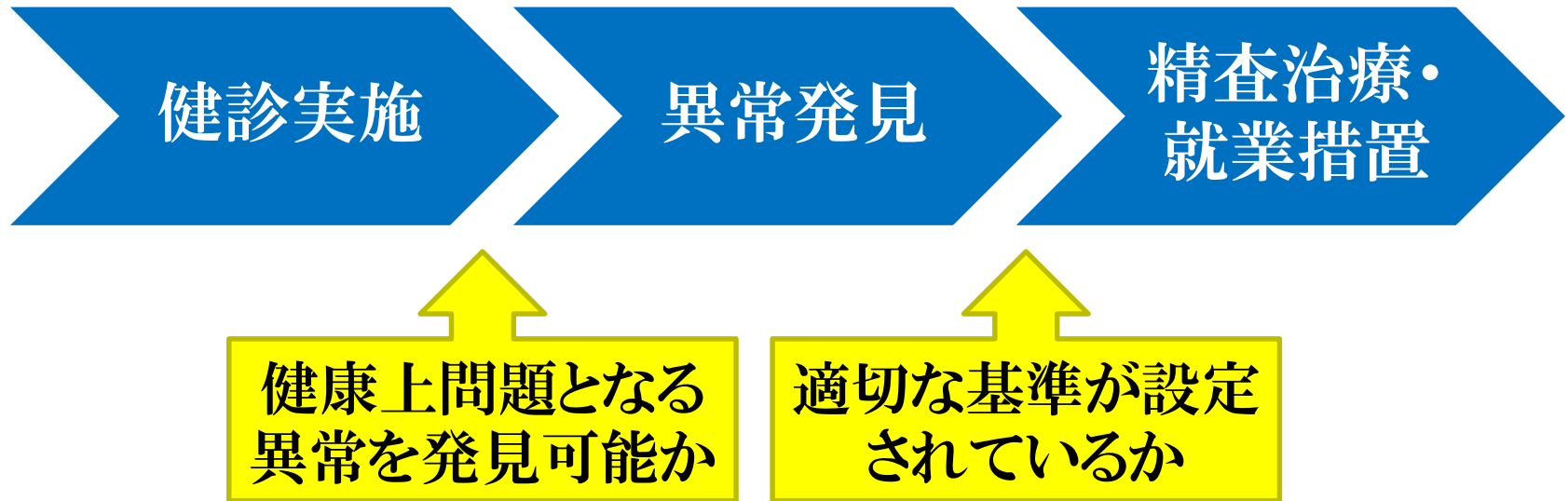
縦断的なデータ管理

- 動脈硬化スクリーニングとがん検診は、全国民が生涯にわたって受けるべき
 - 職場で行う健診は、在職中しか受けられない
 - 住民健診が行われるようになったいま、重複する項目は職場健診から除外したほうが良いのでは
 - 休職を要する異常結果があった場合に職場に申告
- 経時的な変化を評価することが重要
 - 一時点での検査結果では判断が困難
 - 一度精査不要とされた異常が繰り返し要精査に回され、不必要な受診・検査が増える
- 結果を一元化し、かかりつけ医のもと生涯に渡って健康管理をするのが望ましい

OECDからの指摘(2019)

- 最低限の質の基準を設定すべき(地方主権に委ねすぎ)
- もっと省庁間の連携を密にすべき(特に健康政策に関して)
- 健康診断の項目や頻度が多すぎる, 科学的, 根拠に基づいて再評価すべき(一方がん検診は不十分)
- データに基づく医療政策が不十分

健診項目の恒常的な見直しの仕組みづくり



- 実効性の確保のための エビデンスに基づいた健診項目設定
- エビデンスの蓄積により、最適なスクリーニング方法は 時代とともに変わる
- 項目の 恒常的な見直し と、そのための 実施機関 が必要
 - 米国USPSTFのような組織

国民に対する質の高い情報提供

- 目的が理解されているか
 - 健診/検診を受けるのは異常なしと言われたいから？
 - やらないよりやった方がいい？
 - 高価な検査ほどありがたい？
- 検査精度や異常値が出たあとの流れ
 - 便潜血反応陽性だったが大腸カメラは希望しない
- 自分のベースラインリスクを自分で知る仕組み
 - オーダーメイドの健診/検診
 - リスク評価を手軽に確実に
 - マイナンバーカード／アプリで管理
 - リテラシー教育
- かかりつけ医がサポート

健診診断項目の合理性検討のために 必要なことーまとめー

- 労安法に基づく定期健診，住民健診の目的の確認
 - 職場健診では，主にメンタルヘルスに重点を置くべき
 - 全国民が受けるべき健診・検診は職場検診では不要では
- 健診結果に基づく就業措置，保健指導の最適化
 - 個々の状況によって決めるべきものだが，エビデンスに基づいた一定の指針が必要
- 健診データの継続的な管理
 - 不必要な受診・検査を防ぐためにも，結果を一元化し，かかりつけ医のもと生涯に渡って健康管理をするのが望ましい
- 健診項目の恒常的な見直しの仕組みづくりとそのための組織を作るべき
 - 時代による有病割合の変化や検査法や治療法の進化に合わせ，エビデンスに基づいた健診の項目設定
 - 国際標準のエビデンスの質の評価と推奨決定ができる米国USPSTFのような専用の組織が必要
- 啓発と行うべき健診/検診実施率向上の仕組みづくり

内閣府 規制改革推進会議
医療・介護・感染症対策ワーキンググループ
2023年4月24日



健康診断項目の合理化等について

ヒアリング資料



葛西 龍樹

世界家庭医機構 (WONCA) マスター・ファカルティ
福島県立医科大学 名誉教授 (地域・家庭医療学)

Ryuki Kassai, MD, PhD, FRCGP

Master Faculty, World Organization of Family Doctors

Emeritus Professor of Family Medicine, Fukushima Medical University

ryukikas@fmu.ac.jp

我が国の健診・検診(スクリーニング)に必要な見直し

必要な見直し	対象となる検査項目の例
検査項目の削除	胸部X線、喀痰、心電図、空腹時血糖、血清トリグリセリド
検査項目の追加	うつ病、C型肝炎
検査方法の変更	血圧、胃がん、肺がん
検査間隔の変更	血中脂質、血圧、HbA1c
対象の限定(年齢)	がん検診
対象の限定(リスク評価)	骨粗鬆症、慢性腎臓病

見直しの前提となる改革

健診の保健医療システムでの位置付け
ステークホルダーの連携

共同意思決定
すべての現場で

臨床研究のエビデンスの批判的吟味
最新・最良のエビデンスか

有益性と害のバランス、費用対効果
多面的な検討

検討過程の透明化、説明責任
誰のための健診か

持続可能性の高いシステム構築
継続した更新を保証できるか

健診データの利用促進と研究課題推奨
国産エビデンスで健診を改善

これらのための人材育成
多職種にわたる専門教育

健診と検診

健診 health examination / health check-up

- 健康診断あるいは健康診査の略語で全身の健康状態を検査する目的で行われる

「全身の健康状態」?

検診 case-finding

- ある特定の疾患を発見するために行われる臨床的な検査

個人へのアプローチ?

スクリーニングの定義

「スクリーニングとは、ある特定の障害による症状について、まだ医師の診察を受けていない人の中で、さらなる検査や直接予防措置を行うに足るほどその障害のリスクが高い個人を特定するための、検査や調査の体系的適用である」

- 健康上の問題を抱えている可能性が高いかどうかを調べる方法
- 疾患の早期発見はそれ自体が目的ではない
- 予後を変えずに診断を進めることは役に立たず有害かもしれない
- 早期治療を提供したり、情報に基づいた意思決定を行うための情報を提供できる
- 人的および経済的費用を正当化するのに十分な程度まで、その疾患による死亡または重度の障害を予防することが示さなければならない
- 診断のためではない、診断のための追加検査を受けべきサブセット集団を特定するため

UK National Screening Committee (Wald NJ, 1994) / The definition of screening. Editorial. *J Med Screen* (Wald NJ, 2001) / *Oxford Textbook of Medicine, 6th ed.* (Wald N, Law M, 2020) / NHS. NHS screening. / Johns Hopkins Medicine. Screening Tests for Common Disease.

日本の健診・検診の問題点（OECDレポートから）

- 政策立案やサービス提供の責任が、国、地方自治体、省庁間、保健所、職場と別れている上、医療機関とも連携できていない
- 数十年間にわたり、健康診断の項目と対象者の範囲が拡大してきた
- 健診の質は様々であり、便益とリスクが明確でなく、国際的な標準から程遠い
- がん検診の国の指針はあるが、実施母体によって対象集団、検診間隔が異なる
- 多くは年齢基準のみで、対象者のリスクに関係なく実施している
- 85%の市町村が、国の指針で推奨している5つのがん検診（胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がん）以外のがん検診も実施している
- 非常勤職員、失業者、高齢者が、産業医の配置やがん検診の対象から漏れている
- がん検診のデータが地方自治体、職域、医療機関で統合されておらず、全国レベルでの受診状況、有効性、経済性を評価するのが困難である
- 健診・検診の受診率を上げる施策推進のみで、それに伴う不利益は考慮されない

OECD. (2019) OECD Reviews of Public Health: Japan *A Healthier Tomorrow.*

<https://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-reviews-of-public-health-japan-9789264311602-en.htm>

共同意思決定 shared decision making

- 「入手可能な最良のエビデンスを用いて医療者と患者と一緒に意思決定するアプローチ」
- 患者は利用可能なケアの選択肢と起こりうる有益性と害について考えることを促され、自分の意向(好み)を医療者へ伝え、自分にとって最適な進め方を選ぶことを支持される。共同意思決定は、患者の自主性と積極的な参加を尊重する(Elwynら 2017)

<英国NICE guideline [NG197] Shared decision making (2021)>

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

- すべての医療現場で共同意思決定を日常のケアの一部にする方法について、共同意思決定を行うための医療者向けトレーニング、意思決定支援ツールを使用するリスク・害・有益性についてのコミュニケーションの仕方、そして保健医療組織の文化と業務に共同意思決定をどのように組み込むかについての推奨
- 教育と連動した改革は有効で、共同意思決定と費用対効果を考慮した適正医療を目指すことを当たり前の文化として浸透させることができる

メンタルヘルス・ケアの課題

- メンタルヘルスは、健康とウェルビーイング、および社会経済発展に必須
- メンタルヘルスの悪化が、身体健康アウトカムと社会的ウェルビーイングの悪化を招く
- うつ病と不安障害の総合的対策の経済的利益と費用の比率は、2.3～3.0 対 1 (健康回復の価値を含めると、3.3～5.7 対 1)
- このような介入による経済的利益は、全体的な医療費の削減と労働参加率の増加に一部起因
- 慢性疾患の世界的なコストは 47 兆米ドル超、そのうち 16 兆米ドルがメンタルヘルスの問題に起因 (世界経済フォーラム推計、2010～30年)
- メンタルヘルスケアへのアクセスと利用可能性の改善は、世界的な課題

財務省 財務総合政策研究所

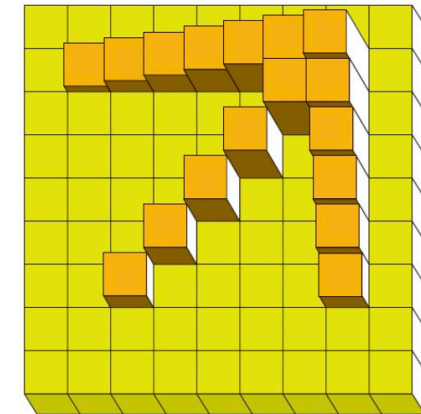
『フィナンシャル・レビュー』 第148号 2022年

ISSN 0764-9094(07-9)
フィナンシャル・レビュー

特集 「過剰医療と過少医療の実態：財政への影響」

■ 特集「過剰医療と過少医療の実態：財政への影響」
井伊雅子 一橋大学経済学研究所 / 国際・公共政策大学院教授 責任編集

糖尿病健診における過剰と過少
—医療資源の効率利用に関する研究—



ケアの現場で陥りやすい過剰・過少医療を減らすために：
EBM 教育と患者中心の医療の役割

■ 令和4年(2022年)第2号(通巻第148号) 令和4年3月刊行 ■
財務省 財務総合政策研究所 編集・発行

地域の医療機関の治療アウトカム評価の指標

山形県置賜二次保健医療圏における急性期病院の治療アウトカムの比較

https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list8/fr148.html

Public Policy Review (英語版)はこちら https://www.mof.go.jp/english/pri/publication/pp_review/ppr19_01.html

我が国のがん検診の構造的問題

<情報の非対称性に配慮していない>

- 厚生労働省: がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(令和3年10月1日一部改正)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000838645.pdf>
- 新旧対照表 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000838646.pdf>
- 「胃がん、子宮頸がん、肺がん、大腸がん、乳がん検診:69歳以下を特に推奨」
- 「がん検診の利益・不利益について」
(参考)『かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック～受診率向上をめざして～』(2010)

<エビデンスとそのレベルを明示していない>

- 「乳房を意識する生活習慣(ブレスト・アウェアネス)を30代から指導」
笠原善郎. 『乳がん検診の適切な情報提供に関する研究』?
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000754483.pdf>

<最新最良のエビデンスを検討していない>

- 厚生労働省: がん検診のあり方に関する検討会(中間整理 2020)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000616224.pdf>
- 肺がん検診の低線量CT(推奨グレードI)「不利益が利益を上回る可能性が否定できない」
根拠となる対象文献は2005年7月までのもの

肺がんスクリーニングの主要ガイドライン

学会・機関	対象	検査	間隔
日本・厚生労働省	40歳以上。喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上	質問、胸部X線 喀痰細胞診	年1回
全米総合がんセンターネットワーク(NCCN)	50歳以上、20pack-year以上の高リスク者	リスク評価、共同意思決定、低線量CT 50歳未満、20pack-year未満: 推奨しない	標準的低線量CTレポートで提案された間隔
米国予防医療専門委員会(USPSTF)	50~80歳、20pack-year以上で喫煙中または禁煙15年未満	低線量CT	年1回 標準的低線量CTレポートで提案された間隔
米国胸部疾患学会(ACCP)	55~77歳、30pack-year以上で喫煙中または禁煙15年未満	カウンセリング、共同意思決定 症状があれば診断検査へ 低線量CT 胸部X線・喀痰細胞診: 推奨しない 喫煙者への禁煙指導・治療	年1回 標準的低線量CTレポートで提案された間隔
アメリカがん協会(ACS)	無症状、55~74歳、30pack-year以上で喫煙中または禁煙15年未満	低線量CT 喫煙者に禁煙プログラム 胸部X線: 推奨しない	年1回
米国胸部外科学会(AATS)	55~79歳、30pack-year以上 79歳までの長期肺がん生存者 50~54歳、20pack-year以上の5年肺がん発生リスク5%以上	低線量CT	年1回
カナダ予防医療専門委員会(CTFPHC)	無症状、55~74歳、30pack-year以上の喫煙中または禁煙15年未満	低線量CT 胸部X線・喀痰細胞診: 推奨しない	年1回、連続3回まで

過剰医療と過少医療(日本の肺がん検診を例に)

過剰医療

- 胸部X線検査を40歳以上のすべての人に毎年実施している
- 喀痰細胞診を高リスクの50歳以上の人に毎年実施している
- 肺がん検診を終了する年齢を設定していない

過少医療

- 高リスクの人に低線量CTを実施していない
- 共同意思決定してから検診する流れになっていない

喫煙者・非喫煙者で毎年の胸部X線を通常ケアと比較して肺がん死亡率減少なし
(RR 0.99, 95% CI 0.91 to 1.07)

胸部X線＋喀痰細胞診を胸部X線のみと比較して肺がん死亡率減少に有意差なし
(RR 0.88, 95% CI 0.74 to 1.03)

高リスクの喫煙者と既喫煙者で毎年の低線量CTを胸部X線と比較して有意に肺がん死亡率が減少
(RR 0.80, 95% CI 0.70 to 0.92)

[Manser R *et al.* Screening for lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 21;2013(6):CD001991.
doi:10.1002/14651858.CD001991.pub3.]

高血圧(測定法)

- 日本高血圧学会 『高血圧治療ガイドライン2019』
https://www.jpnsnsh.jp/data/jsh2019/JSH2019_hp.pdf

「標準的な診察室測定法の指針に従った指針に従った血圧測定は、わが国の健診や診療の現場で行われることは少なく、多くの場合、測定精度は軽視、あるいは無視されている」(p.13)

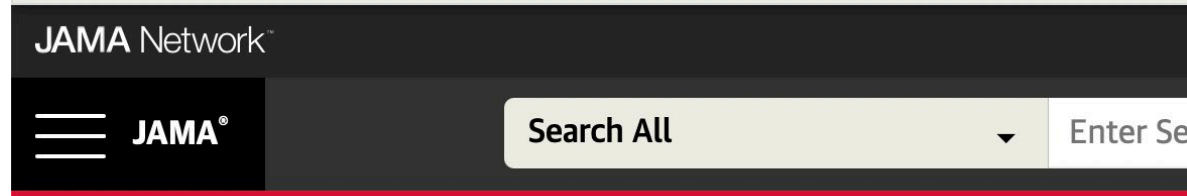
表2-1 診察室血圧測定法

1. 装置	<p>a. 電子圧力柱(擬似水銀)血圧計またはアネロイド血圧計を用いた聴診法による測定, および上腕式の自動血圧計による測定が用いられる。^{*1}</p> <p>b. 聴診法では, カフ内ゴム囊の幅13cm, 長さ22-24cmのカフを用いる。上腕周27cm未満では小児用カフ, 太い腕(腕周34cm以上)で成人用大型カフを使用する。</p>
2. 測定時の条件	<p>a. 静かで適当な室温の環境。</p> <p>b. 背もたれつきの椅子に脚を組まずに座って数分の安静後。</p> <p>c. 会話をかわさない。</p> <p>d. 測定前に喫煙, 飲酒, カフェインの摂取を行わない。</p>
3. 測定法	<p>a. 前腕を支え台などに置き, カフ下端を肘窩より2-3cm上に巻き^{*2}, カフ中央を心臓の高さ(胸骨中央あるいは第4肋間)に維持する。</p> <p>b. 聴診法では橈骨動脈あるいは上腕動脈を触診しながら急速にカフを加圧し, 脈拍が消失する血圧値より30mmHg以上高くして聴診器をあてる。</p> <p>c. カフ排気速度は2-3mmHg/拍あるいは秒。</p> <p>d. 聴診法ではコロトコフ第I相の開始を収縮期血圧, 第V相の開始^{*3}を拡張期血圧とする。</p>
4. 測定回数	1-2分の間隔をあけて少なくとも2回測定。この2回の測定値が大きく異なっている場合 ^{*4} には, 追加測定を行う。
5. 判定	<p>a. 安定した値^{*4}を示した2回の平均値を血圧値とする。</p> <p>b. 高血圧の診断は少なくとも2回以上の異なる機会における血圧値に基づいて行う。</p>
6. その他の注意	<p>a. 初診時には, 上腕の血圧左右差を確認。以後は, 測定側(右または左)を記載。</p> <p>b. 厚手のシャツ, 上着の上からカフを巻いてはいけない。厚地のシャツをたくし上げて上腕を圧迫してはいけない。</p> <p>c. 糖尿病, 高齢者など起立性低血圧の認められる病態では, 立位1分および3分の血圧測定を行い, 起立性低血圧の有無を確認。</p> <p>d. 聴診法では, 聴診者は十分な聴力を有する者で, かつ測定のための十分な指導を受けた者でなくてはならない。</p> <p>e. 脈拍数も必ず測定し記録。</p>

糖尿病スクリーニングの主要ガイドライン

学会・機関	対象	検査	間隔
特定健康診査・特定保健指導 (日本・厚生労働省)	40～74歳	空腹時血糖、またはHbA1c (実際は両方が多い)	年1回
米国糖尿病学会 (ADA)	妊娠糖尿病の病歴 抗レトロウイルス療法を開始、または 切替前のHIV患者 BMI ≥ 25 kg/m ²	空腹時血糖、HbA1c、 またはOGTT 2時間血糖	スクリーニング陰性の場合 3年ごと
米国予防医療専門委員会 (USPSTF)	過体重BMI ≥ 25 kg/m ² (アジア系は23)、 または肥満BMI ≥ 30 kg/m ² の35～70歳	空腹時血糖、HbA1c、 またはOGTT 2時間血糖	血糖が正常範囲だった場合 3年ごと
カナダ予防医療専門委員会 (CTFPHC)	検証済みのリスク計算法で、糖尿病高リスク者を特定	HbA1c	低～中リスク=しない 高リスク=3～5年ごと 極高リスク=毎年
米国疾病管理予防センター (CDC)	45歳以上+危険因子(太りすぎ、糖尿病の 一等親血縁者、高リスク民族グループ、妊 娠糖尿病の病歴、または座りがちな生活)	空腹時血糖、HbA1c、 OGTT 2時間血糖、 またはランダム血糖	
英国NICE	40歳以上、または25歳以上の高リスクの 成人に標準ツールでリスク評価	空腹時血糖、またはHbA1c	高リスク=1年ごと 低リスク=5年ごと

プレ糖尿病（≡境界型糖尿病）はどうするか



This Issue Views **16,814** | Citations **0** | Altmetric **234**



Review

April 11, 2023

Diagnosis and Management of Prediabetes A Review

Justin B. Echouffo-Tcheugui, MD, PhD¹; Leigh Perreault, MD²; Linong Ji, MD³; [et al](#)

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA. 2023;329(14):1206-1216. doi:10.1001/jama.2023.4063

空腹時血糖 100～125mg/dL,
OGTT 2時間血糖 140～199mg/dL
HbA1C 5.7～6.4% または 6.0～6.4%

毎年10%が糖尿病へ進行する

英国NICEのアプローチ

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Search NICE...



Sign in

Guidance ▾

NICE Pathways

Standards and indicators ▾

Life sciences ▾

BNF ▾

BNFC ▾

CKS ▾

About ▾

More ▾

Read about [our approach to COVID-19](#)

Home > NICE Guidance > Conditions and diseases > Blood and immune system conditions > Blood and bone marrow cancers

Suspected cancer: recognition and referral

NICE guideline [NG12] Published: 23 June 2015 Last updated: 29 January 2021

- 2015年、がんスクリーニングをやめて、がんを疑う場合のパスを導入した「無症状の患者を見つける」→「症状が出たら速やかに対応する」
- 全年齢の、全身にわたる、がんを疑う症状ごとにパスを設定している
- プライマリ・ケアのレベルでのエビデンスを参考にしている
- PPV(陽性的中率)3%を検査・2次医療への紹介の基本にしている

NICE. (2015) Suspected cancer: recognition and referral. (NG12) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>

肺がんが疑われる場合のケアの進め方(英国NICE)

別の理由で胸部X線を撮って肺がんが疑われる
または40歳以上で説明できない血痰

➡ 2次医療(病院)へ紹介
(2週間以内)

40歳以上で説明できない次の**症状*** 2つ以上
(喫煙経験者は症状1つ以上)

➡ 胸部X線 (2週間以内)

* 咳、疲労、息切れ、胸痛、体重減少、食欲低下

40歳以上で次の**症状**** どれかがあれば

➡ 胸部X線 (2週間以内)

** 胸部感染症の持続または再発、ばち指、
鎖骨上窩リンパ節腫大または持続する頸部リンパ節腫大、
肺がんにも矛盾しない胸部所見、血小板増多症

予防の質指標(米国AHRQ)



Agency for Healthcare
Research and Quality

	Prevention Quality Indicators (PQIs)
PQI 01	糖尿病の短期合併症の入院率
PQI 03	糖尿病の長期合併症の入院率
PQI 05	高齢者の慢性閉塞性肺疾患または喘息の入院率
PQI 07	高血圧の入院率
PQI 08	心不全の入院率
PQI 11	細菌性肺炎の入院率
PQI 12	尿路感染症の入院率
PQI 14	コントロール不良の糖尿病の入院率
PQI 15	若年成人の喘息の入院率
PQI 16	糖尿病患者の下肢切断率

AHRQ. List of AHRQ Prevention Quality Indicators. (accessed 2023.4.24)
https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/V2022/AHRQ_QI_Indicators_List.pdf

AHRQ. Prevention Quality Indicators Technical Specifications. (accessed 2023.4.24)
https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/PQI_TechSpec

2型糖尿病ケアの質 (英国NICE)

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

ステートメント 1	2 型糖尿病のリスクが高い成人には、NHS 糖尿病予防プログラムへの紹介が提供される [2016 年、2023 年更新]
ステートメント 2	2 型糖尿病の成人には、診断時に構造化された教育プログラムが提供される [2011 年、2023 年更新]
ステートメント 3	2 型糖尿病の成人で、毎日複数回のインスリン注射があり、毛細血管血糖モニタリングを使用できない状態または身体障害がある場合は、自己モニタリングをサポートするために持続的グルコース モニタリング (CGM) が提供される【2023年新作】
ステートメント 4	インスリン治療を受けている 2 型糖尿病の成人で、ケア ワーカーまたは医療専門職によって血糖値が監視されている場合は、CGM が提供される【2023年新作】
ステートメント 5	2 型糖尿病の成人には、慢性心不全、心血管疾患、または慢性腎臓病が併存しているために有益性がある場合、SGLT2 阻害剤が提供される【2023年新作】
ステートメント 6	2 型糖尿病の成人は、12 か月ごとに 9 つの主要なケア プロセスを完了する【2023年新作】
ステートメント 7	入院した 2 型糖尿病の成人は、糖尿病による足の問題を発症するリスクを評価する【2023年新作】

NICE. (2023) Quality standard [QS209] Type 2 diabetes in adults.
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs209/chapter/Quality-statements>