

## 第3回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会の概要

### 1. 健診項目について

#### 1. 健診項目全般について

内外の診療ガイドライン等で将来の虚血性心疾患や脳血管疾患の発症・死亡を予測する指標（危険因子）として共通しているのは、血圧、喫煙、コレステロール（総コレステロール）、糖尿病であり、これらは虚血性心疾患や脳血管疾患の予防を目的とした健診では必須検査項目とすべき指標である。ただし健診においてコレステロールや糖尿病をどの検査指標で評価するかについて検討を要する。

#### 2. 脂質について

中性脂肪は随時採血であっても虚血性心疾患や脳血管疾患の発症予測能があり、健診項目として活用可能である。

non-HDL コレステロールを保健指導対象者の選定に用いる。（空腹時採血であればフリードワルド式で算出される LDL コレステロールも使用可）

LDL コレステロール直接測定法を健診項目から廃止し、総コレステロールを健診項目へ追加する。

#### （中性脂肪について）

健常人では血糖値は食後3～4時間程度で上昇し、食事量や前日の飲酒にも影響を受けるため、質問票等を活用して空腹時採血か随時採血かを区別し、食後の経過時間を把握する必要がある。

随時採血を実施する場合にも、食直後の採血は避ける必要がある。

随時採血であっても、保健指導判定値は150mg/dlとして差し支え無い。

#### （LDL コレステロール/non-HDL コレステロールについて）

国際的にはハイリスク者のスクリーニングや国際比較には総コレステロールが用いられている。

LDL コレステロール直接法はほぼ日本でしか用いられておらず、測定精度に関する懸念が国際的に指摘されていた。

国際的な LDL コレステロールの評価はフリードワルド式で行われている。しかしフリードワルド式は中性脂肪を減じる項を含むため、高トリグリセラ

イド血症や食後の中性脂肪高値の状況での採血では LDL コレステロールを過小評価する可能性がある。

また日本人の HDL コレステロールは諸外国より高く、総コレステロールのみで評価するとリスクを過大評価してしまう。

したがって日本人のコレステロールの評価には non-HDL コレステロールが望ましい。

non-HDL コレステロールは動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 で既にスクリーニングとしての診断基準が示されている。

ただし適切な試薬を使用して精度管理が行われれば、臨床検査としての LDL コレステロール直接法自体の使用は可能である。

一方で LDL コレステロールは、いわゆる悪玉コレステロールとして受診者にある程度定着しており、non-HDL コレステロールについて受診者等の理解を得られる取組が必要である。

現在の LDL コレステロールの保健指導・受診勧奨判定値は厳しすぎる。Non-HDL コレステロールの判定値についても、適切な保健指導対象者を選定する観点から、年齢等を考慮することが望ましい。

(総コレステロールについて)

総コレステロールは国際的に脂質の疫学調査項目として使用されており、健診項目とすることが望ましい。

### 3. 肝機能について

肝機能検査は肝機能障害の重症化を早期に評価するための検査である。

特に、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症予測能の低い AST(GOT)は、特定健康診査の健診項目からは廃止することも可能とする。

肝機能検査を実施すべき対象者、検査間隔等は改めて検討する。

-GT ( -GTP ) はアルコールとの相関が明確であるものの、その他の肝機能検査高値に対する保健指導による介入方法は確立されていない。

肝機能検査項目の中では、 -GT ( -GTP ) が虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病発症との関連を示す研究報告が最も多い。

AST ( GOT ) はメタボリックシンドロームや虚血性心疾患や脳血管疾患との関連に乏しい。

ALT ( GPT ) はメタボリックシンドローム該当者に対する保健指導の効果を評価するために有効である。

#### 4. 代謝系について

随時血糖でも虚血性心疾患や脳血管疾患の発症予測能があり、健診項目として活用可能である。

尿糖は健診項目から廃止することも可能とする。

##### (随時血糖について)

糖尿病の臨床診断のフローチャートでも、随時血糖はスクリーニング基準に位置づけられており、健診項目として活用可能である。

健常人では血糖値は食直後に上昇し食後約2時間程度で正常化する。随時血糖は測定するタイミングによって値が異なるため、判定値については検討を要する。

随時血糖を実施する場合にも、食直後の採血は避ける必要がある。

質問票等を活用して空腹時採血か随時採血かを区別する必要がある。

##### (尿糖について)

尿糖は腎臓の排泄閾値に影響を受けること、必ず代謝系の血液検査が実施され、HbA1c検査も普及してきたことから、健診項目から廃止することは可能である。

##### (空腹時血糖について)

空腹時血糖の保健指導判定値について、現在は100mg/dlとしているが、指導効果の高い保健指導対象者を選定する観点から、年齢等を考慮することが望ましい。

#### その他

健診項目は基本的な項目と医師の判断に基づき選択的に実施する詳細な健診の項目に区別されているが、健診項目に対応する主たる介入方法の違いに着目して、主として保健指導が必要な者を的確に抽出するための項目と、主として要医療者を抽出する項目に分類してはどうか。

(参考)

第1回健康診査等専門委員会及び  
第1回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会の概要

健康診査等の在り方について

1. 健診・検診の考え方について

健診は主に将来の疾患のリスクを確認する検査群であり、検診は主に現在の疾患自体を確認する検査群である。

健診は必ずしも疾患自体を確認するものではないが、健康づくりの観点から経時的に値を把握することが望ましい検査群であり、検診は主に疾患自体を確認するための検査群である。

健診において行われる検査項目の一部は、測定値等により疾患リスクの確認と疾患自体の確認の両方の性質を持つ。

2. 評価の考え方について

健康診査等の対象者や対象疾患を検討するに際し、健康診査等が満たすべき要件を整理するとともに、プログラムとしての評価を行う必要がある。

特定健康診査等の主に将来の疾患のリスクを確認する検査群では、リスクの蓄積を阻止するための保健指導等の介入方法も含めてプログラムとして捉える必要がある。

健康診査等の対象者や対象疾患は有病率や社会的負担を考慮して検討することが望ましい。

健康診査等に関する新たな知見は日々変化していくため、定期的に評価し見直すことが望ましい。

特定健康診査・特定保健指導の在り方について

3. 特定健康診査・特定保健指導の在り方について

特定健康診査・特定保健指導を生活習慣病対策の一部と捉える必要がある。

特定健康診査・特定保健指導は、生活習慣病の上流の概念としての肥満に着目し保健指導を行う制度である。

一方で、内臓脂肪型肥満は30歳代から始まることが知られており、前期高齢者では低栄養に伴うフレイル・サルコペニアが増加する。内臓脂肪型肥満だけでなく、非肥満者も含めて生活習慣病全体に光を当てた議論を行う必要がある。

高齢化による疾病構造の変化等を踏まえた特定健康診査・特定保健指導の在り方が検討されることが望ましい。

父母に対する生活習慣病対策は、家庭を通じて小児期からの生活習慣の形成や地域の健康づくりに資するという視点も大切である。

#### 4．健診項目や保健指導対象者の選定と階層化等の見直しについて

科学的エビデンスに基づき検討することを原則とし、現時点でエビデンスが不十分なものは、可能な範囲で演繹的に検討していく必要がある。

アウトカムを明確にし、効果的な保健指導を検討することが重要である。

健診項目は疾患のリスクや疾患自体の発見だけでなく、個人の健康管理に資する項目が含まれることも大切である。

適切な実施頻度に関しても検討を行うことが必要である。

保健指導対象者の選定と階層化は保健指導の実施可能性を含めて検討する必要がある。

特に保健指導は実施主体により対象集団に特徴があることを踏まえて検討を行う必要がある。

#### 5．特定健康診査・特定保健指導の評価について

特定健康診査による将来の疾患のリスクや現在の疾患自体の確認に対する評価のみならず、システム全体としての評価を行うことが重要である。

費用対効果も含めて評価を行う必要がある。

## 第2回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会の概要

### ・特定健康診査・特定保健指導の満たすべき要件について

健診項目は科学的なエビデンスに基づき、特定健康診査・特定保健指導の満たすべき要件や実施可能性を踏まえ検討を行う。

公衆衛生上重要な健康課題を世代ごとに検討し、対策へつなげていく視点が重要である。

健診項目や判定値は事後措置としての介入手段を意識して議論する必要がある。

### ・特定健康診査の健診項目について

#### 1．検討の進め方について

健診項目の判定値や健診項目は、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検討を行う。

尿検査や肝機能検査等、保健指導対象者の選定に用いられない項目や、導入が見送られている血清尿酸や血清クレアチニンなどの項目についても検討を行う。

本検討会では、特定健康診査・特定保健指導の在るべき姿を考えつつ、現実的な問題をどのように解決するか検討することが重要である。

特定健康診査が対象とする主たる健康事象は最終エンドポイントである虚血性心疾患、脳血管疾患等であり、内臓脂肪に起因しない生活習慣病への対応も検討する必要がある。

#### 2．健診項目の基本的考え方について

健診項目は虚血性心疾患や脳血管疾患等の危険因子もしくは生活習慣病の重症化の進展を早期に発見する項目で、かつ介入可能なものである。

保健指導が必要な者を的確に抽出することに加えて、必要に応じて要医療者を抽出する検査項目も健診項目とするべきである。

健康診査の事後措置には保健指導と要医療が含まれる。

例えば、高血圧で治療中の者が他の危険因子の保健指導対象者である場合に、特定保健指導が受けられない現状は再検討するべきであり、主治医へ適切な健診情報の共有が行われる必要がある。

要医療の者が受診した際、医療機関から保険者へフィードバックする仕組みが必要である。

健診項目は、対応する事後措置が保健指導、要医療のいずれの比率が高いのかを考慮して検討する必要がある。

### 3．質問項目について

標準的な質問項目は、生活習慣病リスクの評価、保健指導の階層化、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することに加えて、地域の健康状態の比較を行う観点も重要である。

それぞれの質問項目の目的を明確にする必要がある。

必須とすべき質問項目についても整理する必要がある。

### 4．詳細な健診について

詳細な健診は、生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするものであるが、医療で行うべき検査との違いを明確にして、必須項目に追加することで新たに抽出できる健康事象や生活習慣病予防への寄与について検討する必要がある。

対象者や実施頻度（数年に一度実施など）について健診項目ごとに検討する必要がある。

健診項目ごとに明確な実施基準を検討する必要がある。

### 5．保健指導対象者の選定と階層化について

保健指導対象者の選定は虚血性心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病に対するリスクの程度に応じて行う。

対象者の年代によっても保健指導の安全性は異なることから、リスクの程度に応じた保健指導が実施できる選定方法が望ましい。

受診勧奨判定値以上の者では、保健指導を実施しながら医療と連携することが望ましい者と、医療を基本に保健指導を併用していくことが望ましい者がいるため、きめ細かく対応できることが望ましい。

ハイリスクな非肥満者に対しては、具体的な保健指導の方法や実施体制を検討する必要がある。

受診勧奨は通知だけの場合もあるため、効果的な実施方法を検討する必要がある。