

血圧の測定、胸部エックス線検査等に関する論点案

1 血圧の測定

文献レビューでは、精度、有効性ともに確立しているとしている。

高血圧は、日本高血圧学会の「高血圧治療ガイドライン2014」では、脳・心臓疾患の危険因子の1つとしている。

「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、収縮時血圧及び拡張期血圧を、就業制限に活用（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があるとしている。

これらから、定期健康診断においては、血圧の測定は、高血圧が脳・心臓疾患の危険因子の1つであり、就業上の措置において活用していることなどから、引き続き、現行の健診項目を維持してはどうか。

2 胸部エックス線検査、喀痰検査

胸部エックス線検査は、結核等の呼吸器疾患等の一般的なスクリーニング検査であるとしている。

喀痰検査は、結核の早期発見等を目的に実施されている。

胸部エックス線検査の必要性、対象者等は、平成 17 年の改正結核予防法の施行等に伴い、「労働安全衛生法における胸部エックス線等のあり方検討会」などにおいて調査・検討が行われた結果を踏まえたもの

であり、当該調査・検討から約10年経過している。

「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胸部エックス線検査を主に結核対策などに活用しており、グローバル化等に伴う人材の流動性の高まりにより必要性は高まっているなどと回答した調査結果があるとしている。

これらから、定期健康診断における胸部エックス線検査、喀痰検査については、本検査の必要性、対象者等に関する調査・検討から約10年経過していることから知見の集積等に努めるとともに、現行においては、従前の調査・検討等を踏まえて、引き続き、現行の健診項目等を維持してはどうか。

3 腹囲の検査

「高血圧治療ガイドライン2014」では、メタボリックシンドロームは心血管病の危険因子であり、また、メタボリックシンドロームはウエスト周囲径が一定以上で脂質値、血圧値、血糖値の内2項目以上が一定値以上を診断基準としていることから、腹囲は、他の因子と併せて心血管病の危険因子の1つとされている。

文献レビューでは、測定精度に懸念があることが課題、内臓脂肪蓄積

を簡易に測る指標としての有用性はあるとしている。

「第6回特定健康診査・特定保健指導のあり方に関する検討会」においては、現行の特定健康診査において、基本的な項目である腹囲の測定について、保健指導対象者の選定等において、血圧、血糖、脂質等の危険因子による循環器疾患の発症リスクが高い者を抽出し、腹囲等により対象者を選定し、対象者に適した介入方法を選択することが望ましいなどとしている。

これらから、定期健康診断においては、腹囲は、他の指標と併せて、心血管病防止のための就業上の措置において活用できることなどから、引き続き、現行の健診項目を維持してはどうか。

4 身長、体重、視力、聴力の検査

文献レビューでは、身長、体重、BMIは、精度、有用性とも確立しているとしている。

BMIが25以上の肥満は、「高血圧治療ガイドライン」においては、心血管病の危険因子の1つであり、BMIは身長、体重から算出される。

視力検査は労働者の機能的能力の1つである視覚機能を、また、聴力検査は労働者の聴覚機能を、評価し適正配置に配慮するためのものと

している。

これらから、定期健康診断においては、身長、体重、視力及び聴力の検査は、就業上の措置において活用が期待できることなどから、引き続き、現行の健診項目を維持してはどうか。

5 既往歴及び業務歴の調査

定期健康診断においては、罹患している疾病、健康状態を把握し、当該疾病が業務によって増悪しないよう就業上の措置を講じること、また、健康の保持のため保健指導に努めることなどが期待されているが、これらを効果的に行うためには、既往歴及び業務歴の調査はどうあるべきか。

6 自覚症状及び他覚症状の有無の検査

他覚症状に関する検査は、受診者本人の訴え、問視診に基づき、異常の疑いのある事項を中心として医師の判断により検査項目を選定して行うとされていること、また、自覚症状及び他覚症状の有無の検査により把握した情報により、健康診断項目の省略の可否を判断することなどが期待されているが、これらを的確に行うためには、自覚症状及び他覚症状の有無の検査はどうあるべきか。

7 血中脂質検査について

(1) 「特定健康診査・特定保健指導のあり方に関する検討会」においては、

1) 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こと。

2) 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こと。
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こと。

国際的なLDLコレステロールの評価はフリードワルド式(総コレステロールーHDLコレステロールー中性脂肪/5)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はLDLコレステロールを過小評価する可能性があること。

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能であること。

3) また、日本人のHDLコレステロールは諸外国よりも高く、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こと。

nonHDL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こと。したがって、日本人のコレステロールの評価にはnonHDLコレステロール（総コレステロール－HDLコレステロール）が望ましいこと。

4) これらから、血中脂質検査（現行の項目：中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）は、総コレステロールを追加し、LDLコレステロール直接法は廃止する方向で検討している。

(2) 日本高血圧学会の「高血圧治療ガイドライン2014」では脂質代謝異常症（低HDLコレステロール血症（40mg/dl未満）、高LDLコレステロール血症（140mg/dl以上）、高トリグリセライド血症（150mg/dl以上））は心血管病の危険因子の1つであり、空腹時採血によりLDLコレステロールはフリードワルド式で計算する。トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合にはnonHDLコレステロール（総コレステロール－HDLコレステロール）を使用し、その基準はLDLコレステロール＋30mg/dlとするなどとしている。

(3) 「特定健康診査・特定保健指導のあり方に関する検討会」においては、LDLコレステロール直接法は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ことを前提に、

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あることなどから、LDLコレステロール直接法は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方向で検討しているが、これについて、定期健康診断等においては、どのように取り扱うべきか。