

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	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、鋳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 ニ 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 ウ 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項目の変遷

昭和47年(1972)年労働省令	平成元(1989)年労働省令	平成10年(1998)年労働省令	平成19(2007)年厚生労働省令
既往歴及び業務歴の調査	既往歴及び業務歴の調査	既往歴及び業務歴の調査	既往歴及び業務歴の調査
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	自覚症状及び他覚症状の有無の検査
身長、体重、視力及び聴力の検査	身長、体重、視力及び聴力の検査	身長、体重、視力及び聴力の検査	身長、体重、 <u>腹囲</u> 、視力及び聴力の検査
胸部エックス線検査及び喀痰検査	胸部エックス線検査及び喀痰検査	胸部エックス線検査及び喀痰検査	胸部エックス線検査及び喀痰検査
血圧の測定	血圧の測定	血圧の測定	血圧の測定
	<u>貧血検査(Hb、RBC)</u>	貧血検査(Hb、RBC)	貧血検査(Hb、RBC)
	<u>肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)</u>	肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)	肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)
	<u>血中脂質検査(TC、TG)</u>	血中脂質検査(TC、 <u>HDL</u> 、TG)	血中脂質検査(<u>LDL</u> 、HDL、TG)
		<u>血糖検査</u>	血糖検査
尿中の糖及び蛋白の有無の検査	尿検査(糖、蛋白の有無)	尿検査(糖、蛋白の有無)	尿検査(糖、蛋白の有無)
	<u>心電図検査</u>	心電図検査	心電図検査

定期健康診断等に関する法令等について

1. 労働安全衛生規則（抄）

（定期健康診断）

第四十四条 事業者は、常時使用する労働者（第四十五条第一項に規定する労働者を除く。）に対し、一年以内ごとに一回、定期に、次の項目について医師による健康診断を行わなければならない。

- 一 既往歴及び業務歴の調査
- 二 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 三 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
- 四 胸部エックス線検査及び喀痰検査
- 五 血圧の測定
- 六 貧血検査
- 七 肝機能検査
- 八 血中脂質検査
- 九 血糖検査
- 十 尿検査
- 十一 心電図検査

2 第一項第三号、第四号、第六号から第九号まで及び第十一号に掲げる項目については、厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略することができる。

2. 厚生労働省告示

労働安全衛生規則第四十四条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

次の表の上欄に掲げる健康診断の項目については、それぞれ同表の下欄に掲げる者について医師が必要でないと認めるときは、省略することができる。

（上欄）

（下欄）

項目	省略することができる者
身長の検査	二十歳以上の者
腹囲の検査	一 四十歳未満の者（三十五歳の者を除く。） 二 妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたもの 三 BMI（次の算式により算出した値をいう。以下同じ。）が二十未満である者 $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$ 四 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが二十二未満である者に限る。）
胸部エックス線検査	四十歳未満の者（二十歳、二十五歳、三十歳及び三十五歳の者を除く。）で、次のいずれにも該当しないもの 一 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令（平成十年政令第四百二十号）第十二条第一項第一号に掲げる者 二 じん肺法（昭和三十五年法律第三十号）第八条第一項第一号又は第三号に掲げる者
喀痰（かくたん）検査	一 胸部エックス線検査によって病変の発見されない者 二 胸部エックス線検査によって結核発病のおそれがないと診断された者 三 胸部エックス線検査の項の下欄に掲げる者
貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査及び心電図検査	四十歳未満の者（三十五歳の者を除く。）

定期健康診断項目における医師が必要でないと認める省略について

（血液検査）

定期健康診断においては、34 歳以下の者と 36 歳～39 歳の者については、医師が必要でないと認めるときは省略できることとされているが、この省略に際しては、個々の労働者の健康状況の経時的な変化、自・他覚症状等を勘案しながら判断することが大切である。

（抜粋：これからの健康診断「一般健康診断ハンドブック」労働省労働衛生課編）

（自覚症状および他覚症状の有無の検査とは）

雇入時および定期健康診断の項目に「自覚症状および他覚症状の有無の検査」がある（労働安全衛生規則第 43 条第 2 号、第 44 条第 1 項第 2 号）。

具体的な項目については、省令では示されていないが、雇入時健康診断では「当該労働者が就業を予定される業務に応じて必要とする身体特性を把握するための感覚器、呼吸器、消化器、神経系、皮膚および運動機能の検査が含まれ、その検査項目の選定は当該労働者の性、年齢、既往歴、問視診等を通じての所見などもあわせて医師の判断にゆだねられるものである。」との考え方が示されている。また、定期健康診断では、自覚症状の検査について、「最近において受診者本人が自覚する事項を中心に聴取することとし、この際本人の業務に関連が強いと医学的に想定されるものをあわせて行うものとする。」、他覚症状の検査について、「受診者本人の訴えおよび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こと。なお、この際医師が本人の業務に関連が強いと判断した事項をあわせ行うものとする。」との考え方が示されている。

こうした意味で自覚症状および他覚症状の有無の検査の具体的な内容については、当該健康診断を行なう医師にゆだねられている。

（抜粋：これからの健康診断「一般健康診断ハンドブック」労働省労働衛生課編）

年齢別の定期健康診断等の項目

○必須、△医師が必要でないと認めるときは省略可

	雇入時健康診断	定期健康診断									
		20歳未満	20歳		25歳		30歳		35歳		40歳以上
既往歴及び業務歴の調査	○										
自覚症状・他覚症状の有無の検査		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
体重、視力、聴力の検査											
血圧の測定											
身長検査	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△
腹囲の検査(注1)	○	△	△	△	△	△	△	△	○	△	○
胸部エックス検査(注2)	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
喀痰検査(注3)											
尿検査(尿糖、尿蛋白)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
肝機能検査	○	△	△	△	△	△	△	△	○	△	○
血中脂質検査											
血糖検査											
貧血検査											
心電図検査											

(年齢以外に省略できるもの)

注1 ○妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの
 ○BMI(次の算式により算出した値をいう。以下同じ。)が二十未満である者

$$BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$

 ○自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが二十二未満である者に限る。)

注2 四十歳未満の者(二十歳、二十五歳、三十歳及び三十五歳の者を除く。)で、次のいずれにも該当しないもの
 ○感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令(平成十年政令第四百二十号)第十二条第一項第一号に掲げる者
 ○じん肺法(昭和三十五年法律第三十号)第八条第一項第一号又は第三号に掲げる者

注3 ○胸部エックス線検査によって病変の発見されない者
 ○胸部エックス線によって結核発病のおそれがないと診断された者
 ○四十歳未満の者(二十歳、二十五歳、三十歳及び三十五歳の者を除く。)で、次のいずれにも該当しないもの
 ・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令(平成十年政令第四百二十号)第十二条第一項第一号に掲げる者
 ・じん肺法(昭和三十五年法律第三十号)第八条第一項第一号又は第三号に掲げる者

二次健康診断等給付について

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法の規定による定期健康診断等のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」という。）において、脳・心臓疾患を発症する危険性が高いと判断された人に対して、脳血管及び心臓の状態を把握するための二次健康診断及び脳・心臓疾患の発症の予防を図るための医師等による特定保健指導を受診者の負担なく受けることができる労災保険制度の保険給付です。

1. 二次健康診断等給付を受けるための要件

二次健康診断等給付は、一次健康診断の結果において、①血圧の測定、②血中脂質検査、③血糖検査、④腹囲の検査又は BMI（肥満度）の測定、のすべての検査項目について異常の所見があると診断された場合に 1 年度内に 1 回のみ受けることができます。

ただし、①から④の検査項目において異常なしと診断された場合であっても、所属する事業所に選任されている産業医等が、当該検査を受けた労働者の就業環境等を総合的に勘案し異常の所見が認められると診断した場合には、産業医等の意見を優先し、当該検査項目については異常の所見があるものとすることができます。

なお、労災保険制度に特別加入されている方及びすでに医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断されている人は対象外となります。

2. 二次健康診断等給付の内容

二次健康診断及び特定保健指導の内容は次の通りです。

（1）二次健康診断

- （a）空腹時血中脂質検査（LDL コレステロール、HDL コレステロール及び血清トリグリセライドの量の検査）
- （b）空腹時血糖値検査（空腹時の血中グルコース量の検査）
- （c）ヘモグロビン A1_c 検査（一次健康診断において行った場合は除く。）
- （d）負荷心電図検査又は胸部超音波検査（心エコー検査）
- （e）頸部超音波検査（頸部エコー検査）
- （f）微量アルブミン尿検査（一次健康診断において尿中の蛋白の有無の検査において疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると診断された場合に限る。）

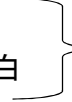
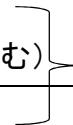
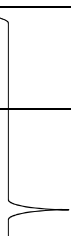
（2）特定保健指導

栄養指導、運動指導、生活指導

3. 問い合わせ先

都道府県労働局、労働基準監督署

定期健康診断項目の診療報酬点数

定期健康診断の項目		診療報酬点数
1	既往歴及び業務歴の調査	 該当なし(初診料等、基本診療料に含まれる。) 初診料282点、再診料72点、外来診療料73点
2	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	
3	身長、体重、腹囲、	
4	血圧の測定	
5	聴力	
6	視力	
7	胸部エックス線検査及び	(アナログ60点/デジタル68点)判断料85点
8	喀痰検査	342点(直接鏡検法50点、細菌塗抹検査32点、細菌培養検査260点(結核を疑った場合))
9	尿検査(糖、蛋白の有無)	 ○尿糖 ○尿蛋白 26点(判断料含む)
10	心電図検査	○心電図(130点)
11	(採血料)	25点
12	貧血検査(Hb、RBC)	○RBC、○Hb (「末梢血液一般検査21点」に含む)
13	血糖検査	(○HbA1c(49点)にて代替可)
14	肝機能検査 (GOT、GPT、γ-GTP)	 ○GOT17点※ ○GPT17点※ ○γ-GTP11点※
15	血中脂質検査 (LDL、HDL、TG)	 ○LDL(18点)※* ○HDL(17点)※* ○TG(11点)※
16	血糖検査	○空腹時血糖(11点)※
現行は健診項目でないもの		
17	クレアチニン	○クレアチニン11点※
18	血中脂質検査	○TC17点※*

※印の項目は実施数に応じて診療報酬点数が決まっている。

5～7項目	93点
8～9項目	99点
10項目以上	115点

* HDLコレステロール、総コレステロール及びLDLコレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。

※印の項目は実施数に応じて診療報酬点数が決定するが、1回に採取した血液を用いてHDLコレステロール、総コレステロール及びLDLコレステロールを含む5項目以上を実施する場合は、コレステロールの検査3項目の実施数を2項目とみなす。

特定健康診査

対象者	実施年度中に40－75歳に達する加入者（被保険者・被扶養者） 実施年度を通じて加入している（年度途中に加入・脱退がない）者 除外規定（妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等）に該当しない者 ※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に達するまでの間が対象
基本的な 健診の 項目	○ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等） ○ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ○ 理学的検査（身体診察） ○ 血圧測定 ○ 血液検査 ・脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c） 注）摂食時はHbA1c ・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP） ○ 検尿（尿糖、尿蛋白）
詳細な 健診の 項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 注）一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

特定健康診査の「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。

なお、他の医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに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、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

（１）１２誘導心電図

前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

（２）眼底検査

前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

（３）貧血検査

貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

① 糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上 又は
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上
② 質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上 又は
	b HDLコレステロール	40mg/dL 未満
③ 圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上 又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上
④ 肥満	a 腹囲 男性85cm 以上、女性90cm 以上 又は	
	b BMI $\geq$ 25kg/m ²	

資料出所：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】厚生労働省HP

(平成24年労働者健康状況調査)

定期健康診断の実施状況

区分	事業所			定期健康診断を実施した事業所の常用労働者	
	実施率			受診率	有所見率
合計	91.9			81.5	41.7
(事業所規模計)					
5,000人以上	100.0			87.8	45.4
1,000～4,999人	100.0			85.6	46.4
500～999人	100.0			82.6	46.8
300～499人	99.7			85.8	47.4
100～299人	99.5			83.9	45.9
50～99人	98.2			82.5	45.8
10～49人	90.7			78.3	34.9
30～49人	96.8			80.9	38.0
10～29人	89.4			77.0	33.3

(平成24年労働者健康状況調査)

定期健康診断の実施機関別事業所割合

区分	定期健康診断の実施機関				
	定期健康診断を実施した事業所計	事業所の自社病院・診療所等	健診を主たる業務とする健康診断機関	病院・診療所(健診を主たる業務とする病院・診療所を含む)	その他
合計	100.0	5.3	53.0	38.6	2.9
(事業所規模計)					
5,000人以上	100.0	18.4	61.4	20.2	-
1,000～4,999人	100.0	19.7	65.3	14.7	0.2
500～999人	100.0	17.1	60.4	22.1	0.3
300～499人	100.0	15.9	57.7	26.1	0.2
100～299人	100.0	12.1	59.8	27.2	1.0
50～99人	100.0	7.2	56.6	35.0	1.2
10～49人	100.0	4.4	52.1	40.0	3.3
30～49人	100.0	4.5	55.2	39.2	0.9
10～29人	100.0	4.4	51.4	40.1	3.8
不明					0.2

(平成24年労働者健康状況調査)

定期健康診断の異常所見労働者の有無及び定期健康診断の結果に基づく措置の内容別事業所割合

(単位:%)

区 分	定期健康診断を実施した事業所計	定期健康診断の結果に基づく措置の内容(複数回答)																		所見のあった労働者はいない	不明
		所見のあった労働者がいる	健康管理等について医師又は歯科医師から意見を聴いた	地域産業保健センターの医師又は歯科医師から意見を聴いた	再検査・精密検査の指示等の保健指導を行った	就業場所の変更や作業転換の措置をとった	労働時間の短縮や時間外労働の制限の措置をとった	作業環境管理・作業管理の見直しのため、作業環境測定を実施した	作業環境管理・作業管理の見直しのため、施設又は設備の整備・改善を実施した	その他の措置をとった	特に措置を講じなかった										
合計 (事業所規模計)	100.0	77.3 (100.0)	20.7 (26.8)	3.0 (3.8)	52.6 (68.1)	4.0 (5.1)	3.7 (4.8)	1.8 (2.4)	2.0 (2.5)	4.9 (6.4)	16.2 (21.0)	22.6	0.0								
5,000人以上	100.0	100.0 (100.0)	69.8 (69.8)	- (-)	91.4 (91.4)	43.5 (43.5)	48.0 (48.0)	14.5 (14.5)	18.5 (18.5)	22.8 (22.8)	- (-)	-	-								
1,000 ～ 4,999人	100.0	99.9 (100.0)	73.0 (73.1)	1.6 (1.6)	96.6 (96.7)	26.9 (26.9)	33.0 (33.0)	13.5 (13.5)	13.0 (13.1)	14.1 (14.1)	0.9 (0.9)	0.1	-								
500 ～ 999人	100.0	99.6 (100.0)	62.8 (63.1)	1.1 (1.1)	89.6 (90.0)	11.7 (11.8)	19.4 (19.5)	5.2 (5.2)	5.7 (5.7)	10.6 (10.6)	2.7 (2.7)	0.4	-								
300 ～ 499人	100.0	98.9 (100.0)	60.9 (61.6)	2.3 (2.3)	87.6 (88.6)	9.9 (10.0)	15.9 (16.0)	4.1 (4.2)	3.8 (3.9)	9.1 (9.2)	1.9 (1.9)	1.1	-								
100 ～ 299人	100.0	97.6 (100.0)	48.2 (49.4)	1.1 (1.1)	80.9 (82.9)	7.7 (7.9)	9.1 (9.4)	3.0 (3.1)	3.2 (3.3)	9.8 (10.0)	6.7 (6.8)	2.3	0.0								
50 ～ 99人	100.0	95.0 (100.0)	37.7 (39.7)	2.7 (2.8)	75.2 (79.1)	5.9 (6.2)	8.3 (8.7)	2.3 (2.5)	2.6 (2.7)	6.6 (7.0)	8.9 (9.4)	5.0	-								
10 ～ 49人	100.0	73.6 (100.0)	16.3 (22.1)	3.1 (4.3)	47.6 (64.7)	3.4 (4.6)	2.6 (3.5)	1.6 (2.2)	1.8 (2.4)	4.3 (5.9)	17.9 (24.3)	26.4	0.1								
30 ～ 49人	100.0	85.1 (100.0)	21.9 (25.7)	4.2 (4.9)	64.2 (75.4)	4.6 (5.4)	4.4 (5.2)	1.4 (1.7)	1.6 (1.9)	5.3 (6.3)	11.9 (14.0)	14.9	0.0								
10 ～ 29人	100.0	71.1 (100.0)	15.0 (21.2)	2.9 (4.1)	44.0 (61.9)	3.1 (4.3)	2.2 (3.1)	1.7 (2.4)	1.8 (2.5)	4.1 (5.8)	19.2 (27.0)	28.9	0.1								

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
平成 4年	5.2	9.9	2.1	0.9	8.1	5.1	11.3	15.8	—	3.1	2.3	7.6	32.2
平成 5年	5.0	10.0	2.1	0.7	8.4	5.2	11.8	17.2	—	3.3	2.4	7.8	33.6
平成 6年	4.9	9.9	2.3	0.8	8.5	5.8	11.8	18.3	—	3.2	2.7	8.0	34.6
平成 7年	4.7	9.9	2.4	0.7	8.8	5.8	12.7	20.0	—	3.5	2.7	8.1	36.4
平成 8年	4.5	9.8	2.6	0.9	9.2	5.8	12.6	20.9	—	3.4	2.8	8.3	38.0
平成 9年	4.4	9.7	2.7	1.1	9.3	6.0	13.1	22.0	—	3.4	3.0	8.3	39.5
平成10年	4.4	9.4	2.9	1.9	9.7	6.2	13.7	23.0	—	3.5	3.3	8.5	41.2
平成11年	4.2	9.3	3.1	1.4	9.9	6.2	13.8	24.7	7.9	3.3	3.2	8.7	42.9
平成12年	4.1	9.1	3.2	1.5	10.4	6.3	14.4	26.5	8.1	3.3	3.4	8.8	44.5
平成13年	4.1	9.1	3.3	1.3	11.1	6.6	15.3	28.2	8.3	3.3	3.4	8.8	46.2
平成14年	3.9	8.7	3.3	1.4	11.5	6.6	15.5	28.4	8.3	3.2	3.5	8.8	46.7
平成15年	3.8	8.5	3.4	1.6	11.9	6.5	15.4	29.1	8.3	5.1	3.2	8.9	47.3
平成16年	3.7	8.4	3.6	1.5	12.0	6.6	15.3	28.7	8.3	3.1	3.5	8.9	47.6
平成17年	3.7	8.2	3.7	1.5	12.3	6.7	15.6	29.4	8.3	3.1	3.5	9.1	48.4
平成18年	3.6	8.2	3.9	1.8	12.5	6.9	15.1	30.1	8.4	2.9	3.7	9.1	49.1
平成19年	3.6	8.1	4.0	2.0	12.7	7.0	15.1	30.8	8.4	2.8	4.0	9.2	49.9
平成20年	3.6	7.9	4.1	2.0	13.8	7.4	15.3	31.7	9.5	2.7	4.1	9.3	51.3
平成21年	3.6	7.9	4.2	1.8	14.2	7.6	15.5	32.6	10.0	2.7	4.2	9.7	52.3
平成22年	3.6	7.6	4.4	2.0	14.3	7.6	15.4	32.1	10.3	2.6	4.4	9.7	52.5
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」

【定期健康診断結果実施状況】

健診実施 事業場数	受診者数	平均受診率	特 定 業 務 従事労働者数	医 師 の 指示人数	所見のあった者		歯 科 健 診		
					人 数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率
114,982	13,492,886	88.6	3,102,402	3,900,116	7,183,780	53.24	162,904	40,299	24.74

聴 力（1000HZ）			聴 力（4000HZ）			聴 力（その他）		
実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率
11,561,484	411,986	3.56	11,534,455	867,656	7.52	1,835,094	9,769	0.53

胸 部 X 線 検 査			喀 痰 検 査			血 圧			貧 血 検 査		
実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率
12,463,820	524,281	4.21	105,342	2,009	1.91	13,416,178	2,020,453	15.06	11,508,307	853,009	7.41

肝 機 能 検 査			血 中 脂 質 検 査			血 糖 検 査		
実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率
11,516,579	1,683,315	14.62	11,452,612	3,743,960	32.69	11,355,067	1,182,389	10.41

尿 検 査（糖）			尿 検 査（蛋白）			心 電 図 検 査		
実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率	実施者数	有所見者数	有所見率
13,313,088	329,880	2.48	13,325,349	562,817	4.22	10,011,339	972,159	9.71

【就業者数】

年齢	総数 (労働力状態)	労働力人口	就業者	(就業者) 主に仕事	(就業者)家事 のほか仕事	(就業者)通学 のかたわら仕事	(就業者) 休業者	完全失業者	非労働力人口	家事	通学	その他	不詳
40歳未満	37,911,337	24,934,273	23,050,411 <38.7%>	20,013,281	1,609,234	1,045,798	382,098	1,883,862	10,428,981	3,493,357	6,506,726	428,898	2,548,083
40歳以上	72,366,148	38,764,828	36,560,900 <61.3%>	29,570,292	6,284,391	19,808	686,409	2,203,928	29,943,392	14,292,461	38,238	15,612,693	3,657,928
総数 (15歳以上年齢)	110,277,485	63,699,101	59,611,311	49,583,573	7,893,625	1,065,606	1,068,507	4,087,790	40,372,373	17,785,818	6,544,964	16,041,591	6,206,011

資料： 1. 平成26年 規模別業種別定期健康診断結果実施状況報告

2. 平成22年国勢調査産業等基本集計 第1-1表 労働力状態(8区分)、年齢(各歳)、男女別15歳以上人口 ― 全国※、都道府県※

定期健康診断実施結果(業種別)(平成26年)

業 種	健診実施事業場数	受診者数	所見のあった者	
			人 数	有所見率(%)
01 製 造 業				
01 食 品 製 造	5,305 (1680)	624,624	340,098	54.5
02 織 維 工 業	441 (187)	40,586	22,453	55.3
03 衣 服 織 維	524 (63)	43,278	23,978	55.4
04 木 材 木 製	318 (117)	25,715	14,954	58.2
05 家 具 装 備	264 (57)	23,474	13,116	55.9
06 パ ル プ 等	874 (451)	88,232	47,473	53.8
07 印 刷 製 本	1,186 (429)	112,570	59,115	52.5
08 化 学 工 業	4,067 (2234)	526,599	270,724	51.4
09 窯 業 土 石	865 (428)	83,383	47,620	57.1
10 鉄 鋼 業	718 (465)	132,170	68,310	51.7
11 非 鉄 金 属	575 (342)	80,498	43,150	53.6
12 金 属 製 品	3,065 (948)	263,154	144,575	54.9
13 一 般 機 器	3,503 (1155)	535,003	274,893	51.4
14 電 気 機 器	4,185 (1680)	755,512	383,660	50.8
15 輸 送 機 械	2,876 (1453)	672,570	307,386	45.7
16 電 気 ガ ス	1,011 (447)	127,653	82,231	64.4
17 他 の 製 造	1,789 (453)	163,124	86,123	52.8
小 計	31,566 (12589)	4,298,145	2,229,859	51.9
02 鉱 業				
01 石 炭 鉱 業	2 (0)	254	194	76.4
02 土 石 採 取	22 (3)	1,124	824	73.3
03 他 の 鉱 業	27 (16)	2,062	1,493	72.4
小 計	51 (19)	3,440	2,511	73.0
03 建 設 業				
01 土 木 工 事	806 (93)	62,265	43,512	69.9
02 建 築 工 事	1,391 (146)	134,829	83,288	61.8
03 他 の 建 設	1,246 (234)	126,815	75,922	59.9
小 計	3,443 (473)	323,909	202,722	62.6
04 運 輸 交 通				
01 鉄 道 等	1,107 (554)	145,926	63,420	43.5
02 道 路 旅 客	3,012 (2057)	310,125	223,217	72.0
03 道 路 貨 物	5,151 (2410)	397,782	234,453	58.9
04 他 の 運 輸	44 (17)	5,830	3,017	51.8
小 計	9,314 (5038)	859,663	524,107	61.0
05 貨 物 取 扱				
01 陸 上 貨 物	1,056 (349)	102,000	55,306	54.2
02 港 湾 運 送	303 (94)	30,329	17,264	56.9
小 計	1,359 (443)	132,329	72,570	54.8
1号～5号 中計	45,733 (18562)	5,617,486	3,031,769	54.0

業 種	健診実施事業場数	受診者数	所見のあった者	
			人 数	有所見率(%)
06 農 林 業	163 (27)	9,689	6,506	67.2
07 畜 産 水 産	108 (12)	8,213	4,944	60.2
08 商 業	20,747 (3814)	1,645,362	889,646	54.1
09 金 融 広 告	3,936 (185)	612,946	312,421	51.0
10 映 画 演 劇	205 (58)	16,732	8,844	52.9
11 通 信 業	1,461 (175)	304,408	173,889	57.1
12 教 育 研 究	3,949 (636)	679,119	361,668	53.3
13 保 健 衛 生	16,732 (7743)	2,098,218	1,006,287	48.0
14 接 客 娛 楽	4,552 (1137)	272,463	139,282	51.1
15 清 掃 と 畜	2,895 (847)	277,080	186,348	67.3
16 官 公 署	100 (15)	17,515	10,884	62.1
17 他 の 事 業	14,401 (2584)	1,933,655	1,051,292	54.4
6号～17号 中計	69,249 (17233)	7,875,400	4,152,011	52.7
合 計	114,982 (35795)	13,492,886	7,183,780	53.2

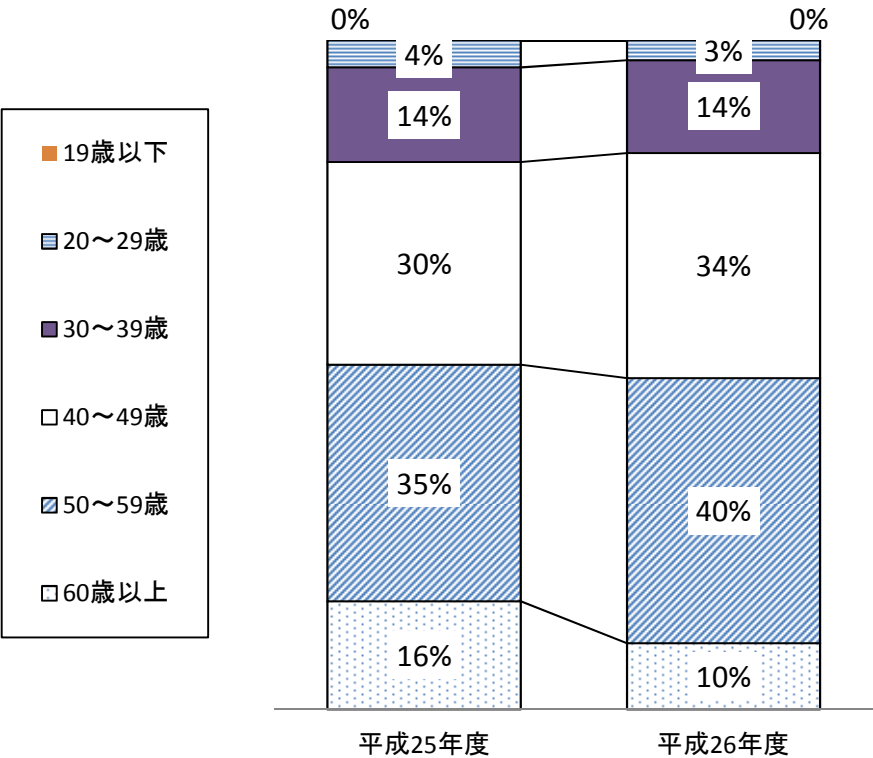
資料:厚生労働省「定期健康診断結果調」
(注) 1 「健康診断実施事業場数」欄は健診実施延事業場数である。
2 ()内は年2回以上健診を実施した事業場数で内数である。

脳・心臓疾患の年齢別労災支給決定件数

年度 年齢	平成25年度		平成26年度	
	支給決定件数		支給決定件数	
		うち死亡者		うち死亡者
19歳以下	0	0	0	0
20～29歳	13	6	7	5
30～39歳	43	19	39	21
40～49歳	92	46	93	42
50～59歳	108	47	111	40
60歳以上	50	15	27	13
合計	306	133	277	121

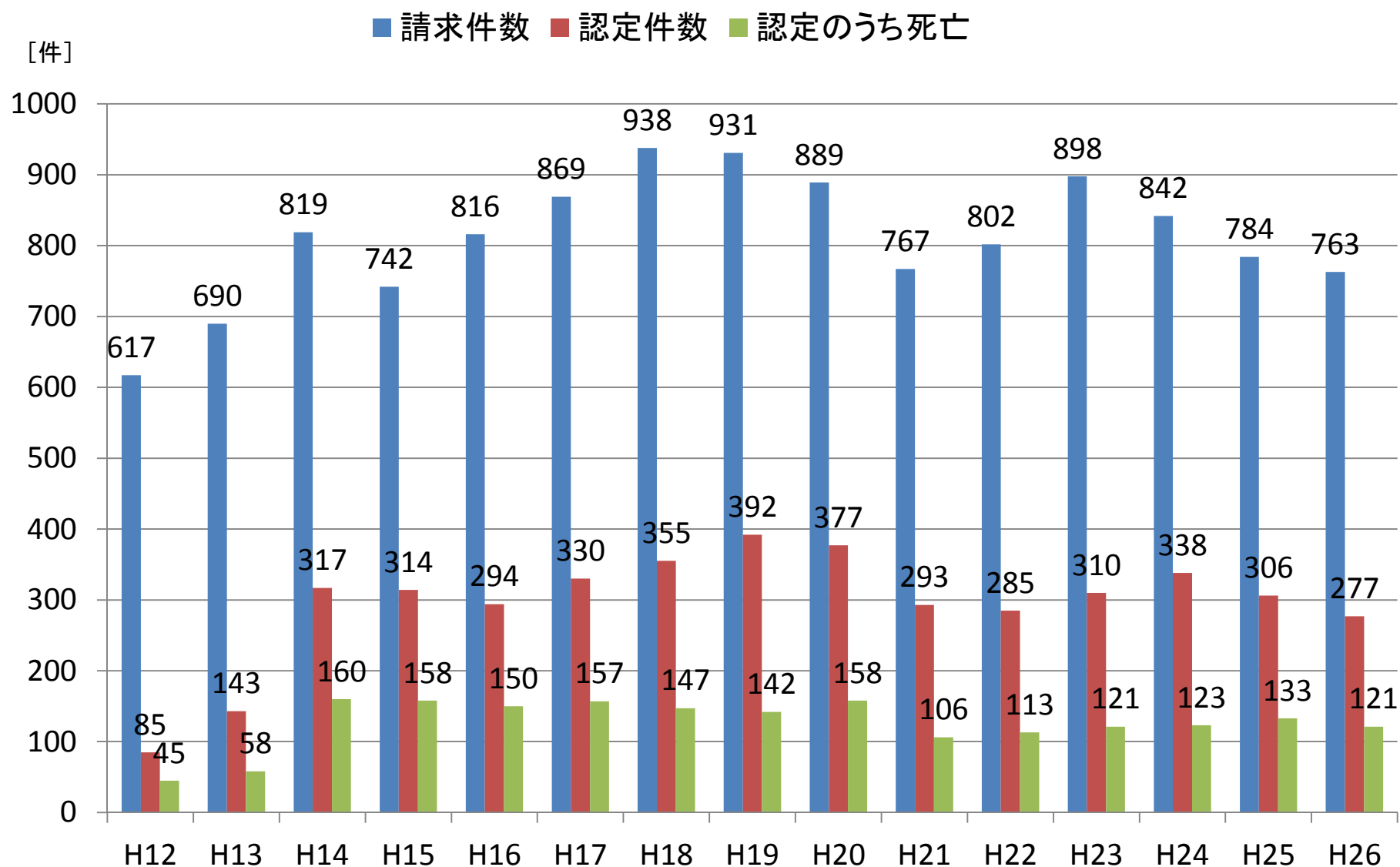
出典：厚生労働省職業病認定対策室調

脳・心臓疾患の年齢別構成比（労災支給決定件数）



出典：厚生労働省職業病認定対策室調

脳・心臓疾患の労災補償状況



出典：厚生労働省職業病認定対策室調

労働者死傷者数及び脳・心臓疾患労災支給決定件数における年齢別比較

(人)

	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40歳～49歳	50～59歳	60歳以上	計
全死傷者数(平成26年度)	2,811 (2%)	15,395 (13%)	20,051 (17%)	26,653 (22%)	27,523 (23%)	27,102 (23%)	119,535 (100%)
脳・心臓疾患労災支給決定件数 (平成26年度)	0 (0%)	7 (3%)	39 (14%)	93 (34%)	111 (40%)	27 (10%)	277 (100%)

資料出所: 1 厚生労働省「平成26年労働者死傷病報告調べ(休業4日以上)」による。
2 厚生労働省「平成26年度職業病認定対策室調べ」による。

※休業4日以上

定期健康診断及び事後措置の概要

(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)

定期健康診断の実施

健康診断を行った医師の判定(異常なし、**要観察、要医療等**)

異常所見者

異常所見への医師の意見

(産業医又は労働者の健康管理等を行うに必要な医学に関する知識を有する医師が適当)

- ・労働時間等の情報及び職場巡視の機会の提供
- ・必要に応じた労働者との面接



- ・就業区分の意見
(通常勤務、就業制限(就業場所の変更等)、要休業)
- ・作業環境管理・作業管理に関する意見

任意の再検査・
精密検査

任意の
結果の提出

労働者からの意見聴取

事業者による就業上の措置の決定

健康診断個人票

氏名		生年月日	年月日	雇入年月日	年月日	
		性別	男・女			
健診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
年齢	歳	歳	歳	歳	歳	歳
他の法定特殊健康診断の名称						
業務歴						
既往歴						
自覚症状						
他覚症状						
身長 (cm)						
体重 (kg)						
BMI						
腹囲 (cm)						
視力	右	()	()	()	()	()
	左	()	()	()	()	()
聴力	右 1000Hz	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり
	4000Hz	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり
	左 1000Hz	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり
	4000Hz	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり	1所見なし 2所見あり
	検査方法	1オーディオ 2その他	1オーディオ 2その他	1オーディオ 2その他	1オーディオ 2その他	1オーディオ 2その他
胸部エックス線検査	直接 間接	直接 間接	直接 間接	直接 間接	直接 間接	直接 間接
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
フィルム番号	No.	No.	No.	No.	No.	No.
喀痰検査						
血圧 (mmHg)						
貧血検査	血色素量 (g/dl)					
	赤血球数 (万/mm ³)					
肝機能検査	GOT (IU/l)					
	GPT (IU/l)					
	γ-GTP (IU/l)					
血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)					
	HDLコレステロール (mg/dl)					
	トリグリセライド (mg/dl)					
血糖検査 (mg/dl)						
尿検査	糖	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++
	蛋白	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++	- + ++ +++
心電図検査						

健 診 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
そ の 他 の 法 定 検 査					
そ の 他 の 検 査					
医 師 の 診 断					
健康診断を実施した 医師の氏名印					
医 師 の 意 見					
意見を述べた医師の氏名印					
歯科医師による健康診断					
歯科医師による健康診断を 実施した歯科医師の氏名印					
歯 科 医 師 の 意 見					
意 見 を 述 べ た 歯 科 医 師 の 氏 名 印					
備 考					

備考

- 1 労働安全衛生規則第44条、第45条若しくは第47条若しくは第48条までの健康診断、労働安全衛生法第66条第4項の健康診断(雇入時の健康診断を除く。)又は同法第66条の2の健康診断を行ったときに用いること。
- 2 「他の法定特殊健康診断の名称」の欄には、当該労働者が特定の業務に就いていることにより行うことになっている法定の健康診断がある場合に、次の番号を記入すること。
- (1. 有機溶剤 2. 鉛 3. 四アルキル鉛 4. 特定化学物質 5. 高気圧作業 6. 電離放射線 7. 石綿
8. じん肺)
- 3 BMIは、次の算式により算出すること。
- $$BMI = \frac{\text{体 重(kg)}}{\text{身 長(m)}^2}$$
- 4 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。
- 5 「聴力」の欄の検査方法については、オーディオメーターによる場合は1に、オーディオメーター以外による場合は2に丸印をつけること。なお、労働安全衛生規則第44条第5項の規定により医師が適当と認める方法により行った聴力の検査については、1000ヘルツ及び4000ヘルツの区分をせずに所見の有無を1000ヘルツの所に記入すること。
- 6 「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び労働安全衛生法第66条第4項の規定により都道府県労働基準局長の指示を受けて行った健康診断のうち、それぞれの該当欄以外の項目についての結果を記入すること。
- 7 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- 8 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。
- 9 「歯科医師による健康診断」の欄は、労働安全衛生規則第48条の健康診断を実施した場合に記入すること。
- 10 「歯科医師の意見」の欄は、歯科医師による健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について歯科医師の意見を記入すること。

【長時間労働者の場合】

長時間労働者関係 ・ **高ストレス者関係** 【該当するものに○】

面接指導結果報告書			
対象者	氏名	労働 太郎	所属 男・女 労働部 労働課 年齢 43 歳
1	勤務の状況 (労働時間、労働時間以外の要因) ・ 過去 3 か月間の月あたり時間外労働が 100 時間以上。 ・ 突発案件が多いために、休憩時間が確保しにくい。		
2	疲労の蓄積の状況 【長時間労働者のみ】 0. (低) 1. 2. 3. (高)		
	心理的な負担の状況 【高ストレス者のみ】 (ストレスチェック結果) A. ストレスの要因 _____ 点 B. 心身の自覚症状 _____ 点 C. 周囲の支援 _____ 点		(医学的所見に関する特記事項)
3	その他の心身の状況 0. 所見なし 1. 所見あり (血圧及び血糖値が高い)		
4	面接 医師 判定	本人への指導区分 ※複数選択可 0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 要経過観察 3. 要再面接 (時期 : 1 か月後) 4. 現病治療継続 又は 医療機関紹介	(その他特記事項) 脳・心臓疾患のリスクが高いため、医療面、就業面の措置が必要。また、措置の効果を確認するため、再面接が必要。

就業上の措置に係る意見書				
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業			
5	就業上の措置	労働時間の短縮 (考えられるものに○)	0. 特に指示なし	4. 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外
			1. 時間外労働の制限 20 時間/月まで	5. 就業の禁止 (休暇・休養の指示)
			2. 時間外労働の禁止	6. その他 休憩時間の確保
			3. 就業時間を制限 時 分 ~ 時 分	
	労働時間以外の項目 (考えられるものに○を付け、措置の内容を具体的に記述)	主要項目	a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他	
		1)		
2)				
	措置期間	1 月・週・月 又は 年 月 日 ~ 年 月 日		
	職場環境の改善に関する意見 【高ストレス者のみ】			
6	医療機関への受診配慮等	業務多忙のため定期的な受診が困難となっているので、業務量等について配慮が必要。		
7	その他 (連絡事項等)	就業上の措置を決定する際には、本人の意見を十分に聴くことが必要。		

医師の所属先	2015年 12月 10日 (実施年月日)	印
〇〇〇〇株式会社 健康管理室	医師氏名	安全 一郎

(記載方法)

1～7の説明

- 1: 人事・労務担当者からの情報収集（「労働時間等に関するチェックリスト（例）」（18頁）等を参照）や、労働者への聞き取りから判断して記載する。労働時間以外の要因については、「労働時間以外の労働に関する負荷要因（例）」（19頁）等を参考に情報収集・聞き取りを行う。
- 2: 本人の様子ややりとりから判断して疲労の蓄積の状況を評価し、0～3の中から該当するものに○をする。なお、「疲労蓄積度のチェックリスト（例）」（20頁）の判定等を参考に評価することも考えられる。
- 3: 本人の様子ややりとりから判断してその他の心身の状況を評価し、0（所見なし）又は1（所見あり）のいずれか該当するものに○をする。（ ）内には、必要に応じて所見の具体的内容を記載する。なお、その場での血圧測定結果、「心身の健康状況、生活状況の把握のためのチェックリスト（例）」（23頁）、「抑うつ症状に関する質問（例）」（25頁）等を参考に評価することも考えられる。
- 4: 1～3を総合的に評価し、指導区分として0（措置不要）～4（現病治療継続）の中から該当するものに○をする。また、「その他特記事項」には、特に留意すべき事項があれば記載する。
なお、必要に応じ、「脳・心臓疾患のリスク評価の方法（例）」（26頁）を参考にして評価を行い、その結果を「その他特記事項」に記載することも考えられる。
保健指導が必要な場合、「面接時の生活習慣・セルフケアのアドバイス（例）」（28頁）等が参考になるが、具体的な指導内容を報告書に記載する必要はない。
- 5: 「就業区分」として、0（通常勤務）～2（要休業）の中から該当するものに○をする。
具体的な就業上の措置については、該当するものに○をし、具体的な措置の内容についても記載する。なお、面接指導の時点では、具体的な措置の選択や内容まで判断がつかない場合には、考えられる措置（複数でも可）を選択し、具体的な内容の記載については、記載困難な場合は空欄とする。
「6. その他」の具体的な記載例としては、上記のほか、「代休の取得」、「休日出勤の減少」、「夜勤明けは休日とする」、「夜勤中に仮眠が取れるようにする」などが考えられる。
- 6: 医療機関への受診が必要な場合は、必要に応じて配慮事項を記載する。
- 7: その他、事業者に対して伝えておくべき事項があれば、必要に応じて記載する。

(7) 脳・心臓疾患のリスク評価の方法（例）

※長時間労働者に対する面接指導の際に使用可能

日本高血圧学会・高血圧治療ガイドライン2014年版による手順を示します。

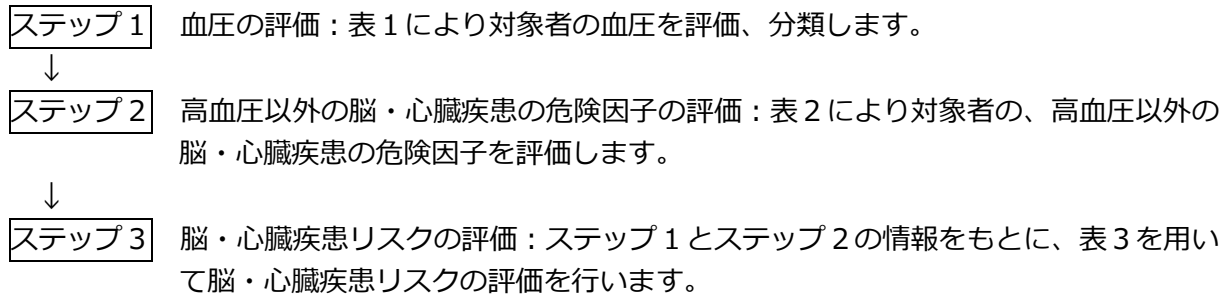


表1 血圧の分類

		収 縮 期 血 圧 (mmHg)		拡 張 期 血 圧 (mmHg)
正常域血圧	至適血圧	<120	かつ	<80
	正常血圧	120-129	かつ／または	80-84
	正常高値血圧	130-139	かつ／または	85-89
高血圧	I度高血圧	140-159	かつ／または	90-99
	II度高血圧	160-179	かつ／または	100-109
	III度高血圧	≥180	かつ／または	≥110
	(孤立性) 収縮期 高血圧	≥140	かつ	<90

高血圧治療ガイドライン2014年版から作成.

表2 高血圧以外の脳・心臓疾患の危険因子

高血圧以外の心血管病の危険因子	メタボリックシンドロームの診断基準（8学会 策定新基準, 2005）
1)年齢（65歳以上） 2)喫煙 3)脂質異常症 低HDLコレステロール血症（<40 mg/dL） 高LDLコレステロール血症（≥140 mg/dL） 高トリグリセライド血症（≥150 mg/dL） 4)肥満（BMI≥25）（特に内臓脂肪型肥満） 5)メタボリックシンドローム 6)若年（50歳未満）発症の心血管病の家族歴 7)糖尿病 空腹時血糖≥126mg/dL 負荷後血糖2時間値≥200mg/dL 随時血糖≥200mg/dL HbA1c≥6.5%（NGSP値）	1) 腹腔内脂肪蓄積 ウエスト周囲径 男性≥85cm 女性≥90 cm （内臓脂肪面積 男女とも≥100cm ² に相当） 上記に加えて下記のうち2項目以上 2) 脂質値 トリグリセライド ≥150mg/dL かつ／または HDLコレステロール <40mg/dL 3) 血圧値 収縮期血圧 ≥130mmHg かつ／または 拡張期血圧 ≥85mmHg 4) 血糖値 空腹時血糖 ≥100mg/dL

高血圧治療ガイドライン2014年版から作成.

表3 診察室血圧とその他の危険因子に基づいた脳・心臓疾患リスクの評価

	I 度高血圧 140-159かつ/または 90-99 mmHg	II 度高血圧 160-179かつ/または 100-109 mmHg	III 度高血圧 ≥ 180かつ/または ≥ 110 mmHg
リスク第一層（予後影響因子がない）	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層（糖尿病以外の1～2個の危険因子、または3項目を満たすメタボリックシンドローム）	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層（糖尿病、慢性腎臓病（CKD）、あるいは臓器障害/心血管病の存在、4項目を満たすメタボリックシンドローム、または3個以上の危険因子）	高リスク	高リスク	高リスク

高血圧治療ガイドライン2014年版を一部改変.

注：「予後影響因子」、「危険因子」は、表2「高血圧以外の脳・心臓疾患の危険因子」を参照

このほか以下のガイドラインも参考になります。

- 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理合同会議. 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート, 2015.
<http://www.naika.or.jp/info/crmcfpoccd/>
- 日本動脈硬化学会編：動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版, 2012.
- 厚生労働科学研究費（労働安全衛生総合研究）「過重労働等による労働者のストレス負荷の評価に関する研究」過重労働等健康リスク予知チャート, 2008.
<https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/riskchart/>

高血圧管理計画のためのリスク層別化に用いる予後影響因子

A. 心血管病の血圧値以外の危険因子

高齢 (65歳以上)

喫煙

脂質異常症^{*1} 低HDLコレステロール血症 (<40mg/dL)
高LDLコレステロール血症 (≥ 140 mg/dL)
高トリグリセライド血症 (≥ 150 mg/dL)

肥満 (BMI ≥ 25) (特に内臓脂肪型肥満)

メタボリックシンドローム

若年 (50歳未満) 発症の心血管病の家族歴

糖尿病 空腹時血糖 ≥ 126 mg/dL
負荷後血糖2時間値 ≥ 200 mg/dL
随時血糖 ≥ 200 mg/dL
HbA_{1c} $\geq 6.5\%$ (NGSP)

^{*1} 空腹時採血によりLDLコレステロールはFriedwaldの式 (TC-HDL-C-TG/5) で計算する。TG400 mg/dL以上や食後採血の場合にはnonHDL-C (TC-HDL-C) を使用し、その基準はLDL-C + 30 mg/dLとする

第3章

脂質異常症の診断基準

〔ステートメント〕

- 1 LDL-Cの上昇に伴い冠動脈疾患の発症率が上昇する。
- 2 HDL-Cの低下に伴い冠動脈疾患の発症率が上昇する。
- 3 TGの上昇に伴い冠動脈疾患の発症率が上昇する。
- 4 non HDL-Cの上昇に伴い冠動脈疾患の発症率が上昇する。

LDL-C²²⁾、TC^{23~28)}、non HDL-C²⁹⁾、TG^{30,31)}が高いほど、また、HDL-Cが低いほど^{26,32~34)}冠動脈疾患の発症率が高いことが欧米のみならずわが国においても疫学調査で示されている（図5）。わが国における冠動脈疾患の絶対リスク（発症率や死亡率）は、現時点では欧米に比べるときわめて少ない^{35~38)}。しかし、最近の生活習慣の欧米化に伴い日本人のLDL-C、TCが上昇している事実^{39,40)}や一部の

地域で冠動脈疾患の発症率が上昇に転じつつあるという報告^{40,41)}などにより、今後日本全体での冠動脈疾患の増加が懸念される。そこで、本ガイドラインにおいては冠動脈疾患発症予防重視の観点から脂質異常症の動脈硬化予防のためのスクリーニング基準値を表12のように設定した。

診断の手順として、まず早朝空腹時のTC、TG、HDL-Cを測定し、Friedewald式（LDL-C

表12 脂質異常症：スクリーニングのための診断基準（空腹時採血*）

LDLコレステロール	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症
	120~139mg/dL	境界域高LDLコレステロール血症**
HDLコレステロール	40mg/dL未満	低HDLコレステロール血症
トリグリセライド	150mg/dL以上	高トリグリセライド血症

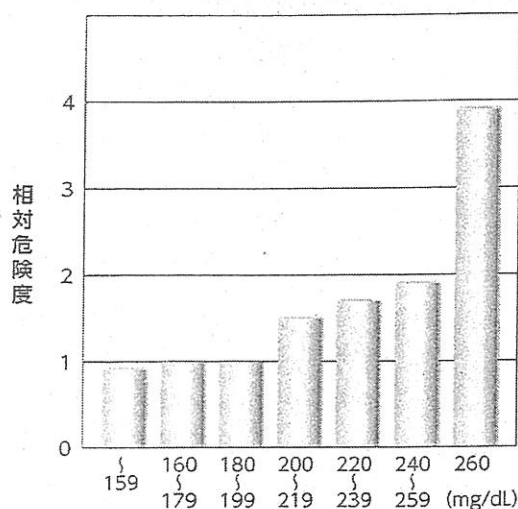
* LDLコレステロールはFriedewald（TC-HDL-C-TG/5）の式で計算する（TGが400mg/dL未満の場合）。

* TGが400mg/dL以上や食後採血の場合にはnon HDL-C（TC-HDL-C）を使用し、その基準はLDL-C+30mg/dLとする。

** 10-12時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし、水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。

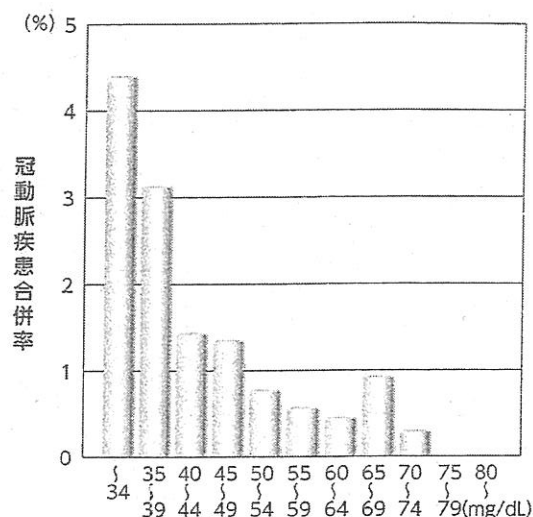
** スクリーニングで境界域高LDLコレステロール血症を示した場合は、高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する。

a) 総コレステロール値と冠動脈疾患死亡の
相対危険度 (男女) NIPPON DATA 80²³⁾



(Okamura T et al : Atherosclerosis , 190 : 216-223, 2007)

b) HDLコレステロール値と冠動脈疾患合併率



(Kitamura A et al : Circulation , 89 : 2533-2539, 1994のデータ²³⁾をもとに再解析)

図5 血清脂質と冠動脈疾患の発症頻度

$\text{LDL-C} = (\text{TC} - \text{HDL-C} - \text{TG}/5)$ よりLDL-Cを算出する。食後やTG 400mg/dL以上の時には誤差が大きいので本法を用いることはできない。LDL-Cの測定には直接法も臨床応用されているが、TG高値の時には精度やキット間のばらつきなどの問題があることが判明した⁴²⁾。したがってTG高値の場合にはnon HDL-Cを用いる

ことが勧められる。non HDL-Cは、TCからHDL-Cを減じたものである。

なお、日本の臨床検査室の脂質標準化の達成度は、国際的に見てTCはきわめて良好、HDL-Cはほぼ良好と判断される⁴³⁾。しかし、TGとLDL-Cの測定精度はまだまだ不十分で^{43,44)}、今後の標準化が望まれる。

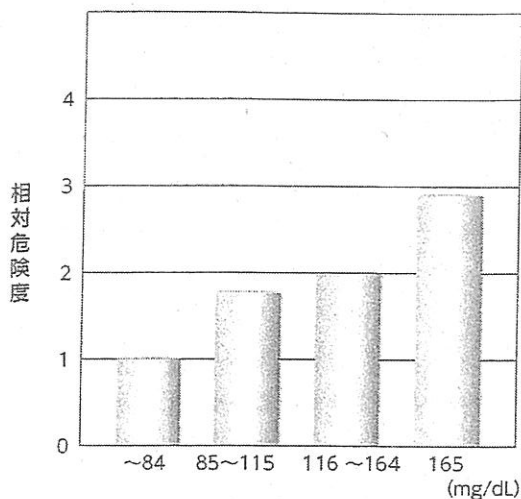
1. 高LDLコレステロール血症

Framingham studyをはじめ、欧米で行われた多くの疫学調査の結果、TC、LDL-Cの上昇に伴い、冠動脈疾患発症率・死亡率が上昇することが示されている。また、わが国においても、NIPPON DATA80²³⁾、Suita study⁴⁵⁾、JALS⁴⁶⁾、CIRCS²²⁾、Hiroshima/Nagasaki study²⁸⁾、厚生省原発性高脂血症調査⁴⁷⁾、全国76事業所を対象とした疫学調査 (3M study)²⁵⁾、沖縄コホート研究⁴⁸⁾、愛媛疫学調査³¹⁾などの疫学調査においてLDL-CやTCが上昇するとともに冠動脈疾患の相対リスクは連続的に上昇す

ることが確かめられている。

わが国の前向き疫学調査であるNIPPON DATA80にて、TC160~179mg/dLの群に対して200~219mg/dLの群では冠動脈疾患死亡の相対リスクが1.4倍、220~239mg/dLでは1.6倍、240~259mg/dLでは1.8倍、260mg/dL以上の群では3.8倍になることが示されている(図5a)²³⁾。特に男性では、TC、LDL-Cの上昇に伴い、冠動脈疾患発症率・死亡率は連続的に上昇し明確な閾値は認められない。

c) TG (随時) と
冠動脈疾患発症の相対危険度 (男女)³⁰⁾



(Iso H et al : Am J Epidemiol, 153 : 490-499, 2001)

一方、生活習慣の改善をはじめとして高コレステロール血症への介入試験により、冠動脈疾患が有意に抑制されることが欧米において明らかにされた。最近、わが国でも大規模臨床試験の結果が報告され^{49~52)}、日本人においても高LDL-C血症の治療は臨床的に重要であることが明らかになった。

米国のガイドラインであるNCEP-ATPⅢにおいては、高コレステロール血症の基準をMRFITでのTCと冠動脈疾患による死亡率の関係⁵³⁾から、相対リスクがTC200mg/dLのリス

クに比べ2倍となる240mg/dLとしている⁵⁴⁾。上述したように、冠動脈疾患の絶対リスクは日本人は欧米人よりも低い。この状態を今後も維持するためには、より早期からの予防への取り組みが必要である。

以上のことを考慮して、冠動脈疾患の予防・治療の立場からみた日本人のスクリーニング基準値としてNIPPON DATA80で示された相対リスクがTC180mg/dL未満の約1.5倍となるTC220mg/dLを採用し、この値に相当するLDL-C140mg/dLを高LDL-C血症の基準値と定めた。

最近の日本人を対象にした疫学研究CIRCS²²⁾では、LDL-C80mg/dL未満の群に対し80~99mg/dLの群では1.4倍、100~119mg/dLでは1.7倍、120~139mg/dLでは2.2倍、140mg/dL以上の群では2.8倍と冠動脈疾患の発症が増加することが示された。また、危険因子の重積は日本人においても冠動脈疾患の発生・死亡率を上昇させるが、重積により同じLDL-Cレベルでも発症・死亡率が増加すること、J-LITの一次予防の糖尿病群サブ解析において、糖尿病群ではLDL-Cが約30~40mg/dL低いレベルで非糖尿病群と同数の冠動脈疾患が発症すること⁵⁵⁾などにより、LDL-Cによるリスク上昇のレベルは併存する病態によって変化することが示唆された。これらを考え合わせて、本ガイドラインでは日本人のスクリーニング基準値に、他の危険因子の重複の影響を慎重に判断すべき境界域としてLDL-C120~139mg/dLを設定した。

2. 低HDLコレステロール血症

HDL-Cの低値は冠動脈疾患の発症リスクとなり、逆に高いほどリスクが減少する^{32,56)} (図5b)。NIPPON DATA90では、9.6年の観察期間でHDL-Cが全死亡や脳卒中死亡とも有意に逆相関していた⁵⁷⁾。地域、職域のコホート研究で40mg/dL未満で冠動脈疾患の発症リスクが上昇することが示されており^{32,58~60)}、シ

ンバスタチン服用者のコホートであるJ-LITにおいても、HDL-C40~49mg/dLの群に比べて40mg/dL未満は一次予防で相対リスクが1.3倍³³⁾、二次予防で1.6倍であった³⁴⁾。以上のことを考慮して、本ガイドラインでは40mg/dL未満を低HDL-C血症のスクリーニング基準とした。なお女性は一般的に男性よりHDL-Cは

高値を示す^{57,60,61})。しかしながらHDL-Cの性差による相違と男女別の冠動脈疾患との関連については十分なエビデンスがないのが現状であ

り、本ガイドラインでは男性と同じ基準値とした。

3. 高TG血症

TGの高値が冠動脈疾患リスクと関連することは欧米のみならず⁶²)、アジアやオセアニア地域⁶³)やわが国においても多くの報告がある^{30,31,60,64,65})。これらの幾つかの研究ではHDL-Cを補正してもTGと冠動脈疾患に関連を認めている^{30,62~64})。米国においてはFramingham studyより150mg/dL以上(空腹時)を高TG血症としている⁶⁶)。従来、TGの評価は空腹時採血で行われていたが、非空腹時のTGのほうがむしろ心血管イベントの予測能が高いという報告もある⁶⁷)。わが国の疫学調査では、冠動脈疾患の発症が空腹時TG150mg/dL以上で増加すること^{31,60,65})、非

空腹時TG165mg/dL以上で心筋梗塞、労作性狭心症、突然死が増加することが示されている(図5c)³⁰)。さらに冠動脈疾患より弱い関連ではあるが、高TG血症が脳梗塞のリスクだとする報告も多い^{60,63,68~70})。以上のことを考慮して、本ガイドラインでは150mg/dL以上を高TG血症のスクリーニング基準とした。ただし、高TG血症にはレムナントリポ蛋白の増加、small dense LDLの増加、低HDL-C血症合併、メタボリックシンドロームの所見など、別の重要な意味が含まれることが多く、TG上昇に伴う他の因子を十分考慮する必要がある。

4. non HDLコレステロール

高TG血症合併時、特にTG400mg/dL以上の時は、前述のようにFriedewald式を用いることができず、また直接法にも問題があるため正確なLDL-Cを算出できない。このような場合はnon HDL-Cを用いることが有用である。non HDL-CはTCからHDL-Cを減じた簡便な指標であるが、レムナントリポ蛋白などの動脈硬化惹起性のリポ蛋白をすべて含むためLDL-Cよりも動脈硬化性疾患の発症予測能が優れているという考え方がある^{71,72})。non HDL-Cと冠動脈疾患の関連については、最近、国内から多くの疫学調査成績が報告されている^{29,45,46,70,73})。non HDL-Cと心筋梗塞の関連は、LDL-Cと心筋梗塞発症の関連と同様の傾向を示し、両者の心筋梗塞発症予測能は同等であった⁴⁵)。一方、non HDL-Cの心筋梗塞発症予測能はTCより優れていた⁴⁶)。

non HDL-Cの冠動脈疾患、心筋梗塞の発症・死亡リスクは男性では170~180mg/dL以上で明らかな増加を認めるが、女性では一定の傾向を認めていない^{29,45,46,73})。高TG血症の有無でnon HDL-Cの心筋梗塞発症リスクを検討した報告では⁷⁰)、高TG血症(150mg/dL以上)かつnon HDL-C 190mg/dL以上で心筋梗塞リスクの明らかな上昇を認めた。またJELISのサブ解析でも、LDL-Cとnon HDL-Cの管理目標を両方達成しているグループに比し、それ以外のグループの冠動脈疾患発症率は高くなっていた⁷⁴)。最近、日本人のnon HDL-C値は米国と同様、LDL-C+30mg/dLのレベルであることが示された^{75,76})。以上の結果から本ガイドラインでは170mg/dL以上をnon HDL-Cのスクリーニング基準とした。

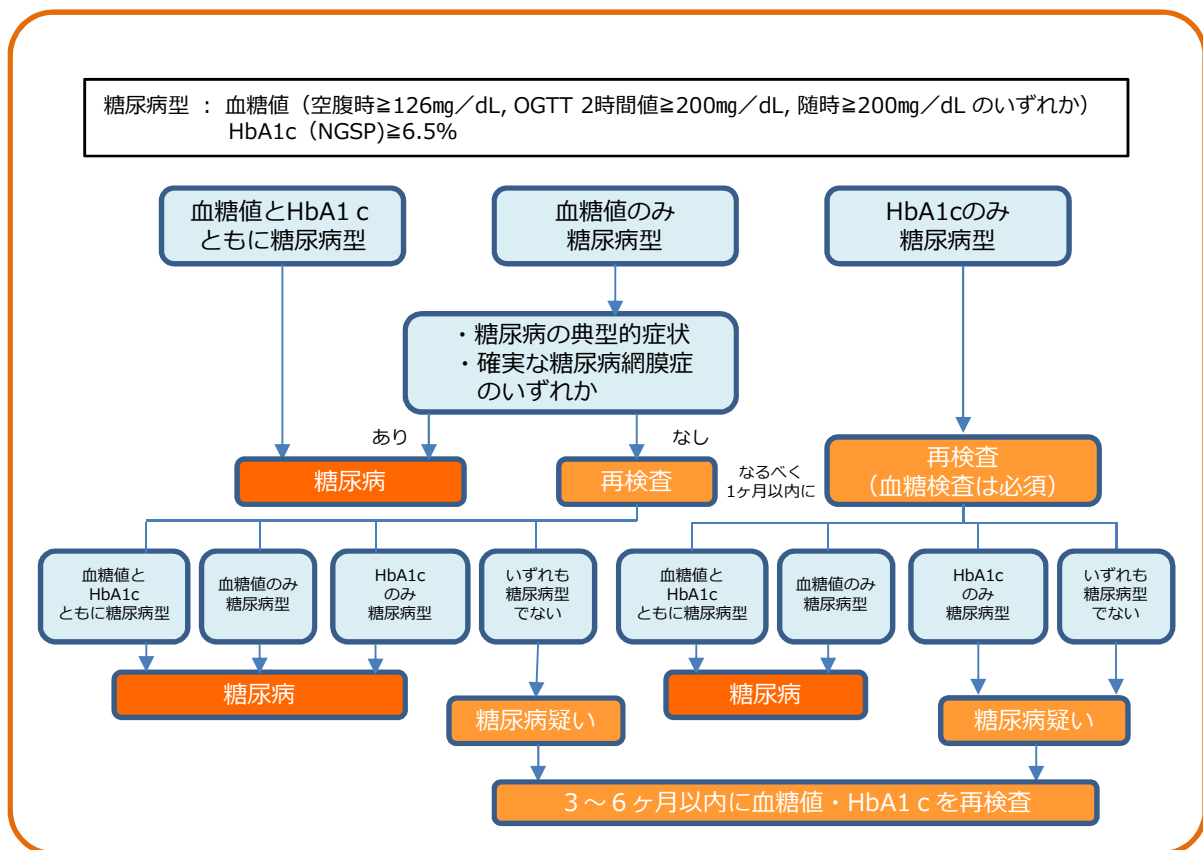


図1 糖尿病の臨床診断のフローチャート

出典：科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013

原疾患別の慢性腎臓病（CKD）の特徴

○慢性腎臓病（CKD）

- ・(1) 病理、画像診断、血液・尿異常で腎障害の存在（特に、アルブミン（蛋白）尿）、
- (2)GFR低下 ($60 \text{ ml/min/1.73m}^2$) のいずれかまたは両方が、3カ月間以上持続する病態
- ・日本のCKDの有病者数は1330万人と推定

○原疾患別の透析導入患者の特徴（透析新規導入患者数は平成24年は36,377人/年）

1. 糖尿病性腎症（新規導入患者15,809人（43.5%）、維持透析患者数は11.8万人）

- ・高血糖による糸球体細小血管障害が主で、糸球体硬化が主病変
- ・アルブミン尿が早期診断マーカーと考えられてきたが、陰性でもGFR低下例がある。
- ・eGFRが正常でも大量の蛋白尿（ネフローゼ症候群）を呈することがある
- ・蛋白尿陽性例は、腎、心血管及び生命予後が悪い

2. 慢性糸球体腎炎（新規導入患者6,466人（17.8%）、維持透析患者数は9.8万人）

- ・IgA腎症、膜性腎症、膜性増殖性腎炎などの糸球体原発の各種腎炎の総称
- ・早期診断には尿検査（血尿、蛋白尿、沈査など）が有効
- ・早期なら免疫抑制療法（ステロイドや免疫抑制剤）が有効で、導入数は減少傾向

3. 腎硬化症（新規導入患者5,151人（14.2%）、維持透析患者数は2.8万人）

- ・腎髄質の細小動脈硬化による虚血からネフロンの破壊と腎間質線維化が起こる
- ・蛋白尿が陰性（軽度）で、緩徐にGFRが低下する例が多い
- ・高血圧が原因と考えられ、高齢化によって増加傾向

年齢別のCKD患者の頻度

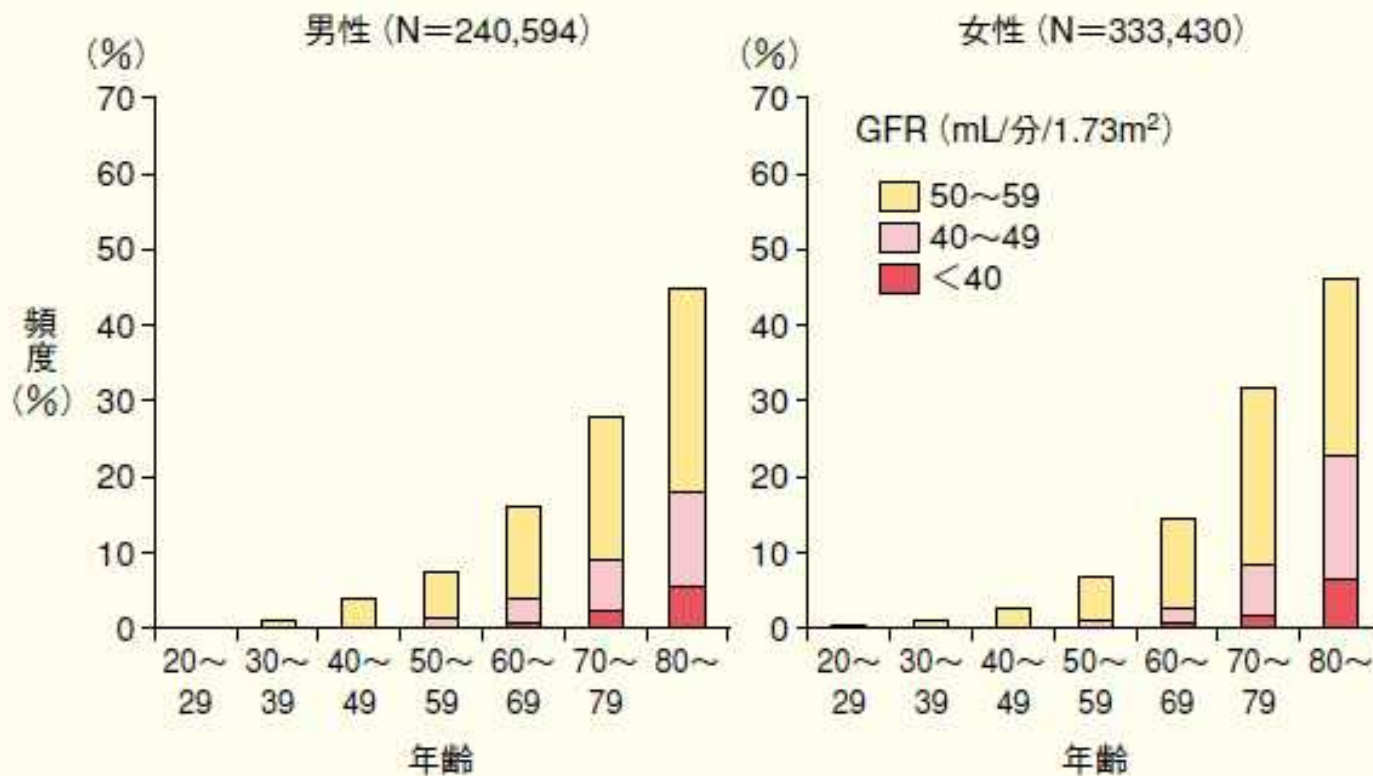


図7 年齢別のCKD患者の頻度

日本腎臓学会では、全国10の都道府県（北海道、山形県、福島県、茨城県、東京都、石川県、大阪府、福岡県、宮崎県、沖縄県）で行われた574,024名の健診のデータ（男性240,594名、女性333,430名）をもとに、2005年の国勢調査に基づき年齢別のCKD患者頻度を推

定した。図7に示すように、男女とも年齢が高くなるほどCKD患者頻度は高くなる。特にステージ3が多く、60歳代では、男性の15.6%、女性の14.6%、70歳代では男性の27.1%、女性の31.3%、80歳以上では、男性の43.1%、女性の44.5%が相当する。

特定健康診査の健診項目について(脂質・肝機能・代謝系)											
検査項目		検査内容	検査						事後措置(治療・介入)		
			(4)		(5)				(6)		(7)
			目的(※1)	対象集団	簡便性・安全性	精度/有効性	カットオフ	実施体制	対象者	方法	保健医療体制
脂質	脂質	中性脂肪 (トリグリセライド)	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての脂質異常症の評価	40歳から74歳の男女	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012によって示されている	空腹時採血が望ましいが、健診現場では必ずしも空腹時採血が実施できないことがあることが課題	特定保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	特定保健指導及び受診勧奨	これまでも特定保健指導として実施している
		HDLコレステロール	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての脂質異常症の評価	40歳から74歳の男女	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	特定保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	特定保健指導及び受診勧奨	これまでも特定保健指導として実施している
		LDLコレステロール	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての脂質異常症の評価	40歳から74歳の男女	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	直接法は測定精度に懸念があることが課題 〔Nakamura M. et al. 2009〕 〔Miller WG. et al. 2009.〕 有効性は確立している	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	特定保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	特定保健指導及び受診勧奨	これまでも特定保健指導として実施している
		総コレステロール	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての脂質異常症の評価	40歳から74歳の男女	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012によって示されている	これまでも臨床検査として実施しており、特定健康診査としても実施可能である	日本人はHDLコレステロールが高いことが知られており、保健指導対象者の選定に総コレステロールを用いると過大評価となる懸念があることが課題	保健指導及び受診勧奨	健診項目に導入した場合、特定保健指導と同様の体制で実施可能である
		non HDLコレステロール	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての脂質異常症の評価	40歳から74歳の男女	総コレステロール及びHDLコレステロールから算出される 「non HDLコレステロール」＝「総コレステロール」－「HDLコレステロール」	精度/有効性とも確立している	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012によって示されている	これまでも臨床検査として実施しており、特定健康診査としても実施可能である	保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	保健指導及び受診勧奨	健診項目に導入した場合、特定保健指導と同様の体制で実施可能である
肝機能	肝機能	AST(GOT)	肝機能異常の重症化の進展の早期の評価	40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	日本消化器学会肝機能研究班意見書によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値は定められているが、保健指導方法が明確でないことが課題		受診勧奨者に対する医療は実施可能である
		ALT(GPT)	肝機能異常の重症化の進展の早期の評価	40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	日本消化器学会肝機能研究班意見書によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値は定められているが、保健指導方法が明確でないことが課題		受診勧奨者に対する医療は実施可能である
		γGT(γ-GTP)	肝機能異常の重症化の進展の早期の評価	40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	日本消化器学会肝機能研究班意見書によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値は定められているが、保健指導方法が明確でないことが課題		受診勧奨者に対する医療は実施可能である
代謝系	代謝系	空腹時血糖(※2)	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての糖尿病の評価	40歳から74歳の男女	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	糖尿病治療ガイドによって示されている	空腹時採血が望ましいが、健診現場では必ずしも空腹時採血が実施できないことがあることが課題	特定保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	特定保健指導及び受診勧奨	これまでも特定保健指導として実施している
		HbA1c(※2)	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての糖尿病の評価	40歳から74歳の男女	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	糖尿病治療ガイドによって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	特定保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	特定保健指導及び受診勧奨	これまでも特定保健指導として実施している
		尿糖(半定量)	虚血性心疾患・脳血管疾患の危険因子としての糖尿病の評価	40歳から74歳の男女	尿検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度は濃縮尿や希釈尿では過大あるいは過小評価する可能性があることが課題 有効性は糖尿病の診断基準に位置づけられていないことが課題	循環器病予防ハンドブック(社団法人日本循環器管理研究協議会編)によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	特定保健指導対象者及び受診勧奨判定値以上の者	特定保健指導及び受診勧奨	これまでも特定保健指導として実施している

※1 特定健康診査で実施される健診項目の検査の目的には、①特定健康診査の最終エンドポイントである虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)の評価
②生活習慣病の重症化の進展の早期の評価 がある
※2 いずれかの項目の実施でも可

特定健康診査の健診項目について(尿腎機能・詳細な健診)										
検査項目		検査内容	検査						事後措置(治療・介入)	
			(4)		(5)				(6)	(7)
			目的(※1)	対象集団	簡便性・安全性	精度/有効性	カットオフ	実施体制	対象者	方法 保健医療体制
基本的な項目	尿腎機能	尿蛋白(半定量)	腎機能異常の重症化の進展の早期の評価	・現在は40歳から74歳の男女に実施 ・40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	尿検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度は濃縮尿や希釈尿では過大あるいは過小評価する可能性があることが課題 有効性は確立している	エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値が定められておらず、保健指導方法が明確でないことが課題	受診勧奨者に対する医療は実施可能である
		血清クレアチニン	腎機能異常の重症化の進展の早期の評価	・現在は40歳から74歳の男女に実施 ・40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	eGFRは実測値と比べてばらつきが大きく、計算式に年齢が加味されていることから、対象集団によっては過大評価する可能性があることが課題 有効性は確立している	エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013によって示されている	これまでも臨床検査として実施しており、特定健康診査としても実施可能である	保健指導及び受診勧奨判定値が定められておらず、保健指導方法が明確でないことが課題	健診項目に導入した場合、受診勧奨者に対する医療は実施可能である
詳細な健診の項目	血液一般	ヘマトクリット値	貧血の重症化の進展の早期の評価	・現在は40歳から74歳で、貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者のうち、医師が必要と認める者実施	採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドラインによって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値が定められておらず、保健指導方法が明確でないことが課題	受診勧奨者に対する医療は実施可能である
		血色素量	貧血の重症化の進展の早期の評価		採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドラインによって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値は定められているが、保健指導方法が明確でないことが課題	受診勧奨者に対する医療は実施可能である
		赤血球数	貧血の重症化の進展の早期の評価		採血検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している	人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドラインによって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値が定められておらず、保健指導方法が明確でないことが課題	受診勧奨者に対する医療は実施可能である
	12誘導心電図		心疾患の重症化の進展の早期の評価	・現在は40歳から74歳で、前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、一定の基準に該当した者のうち、医師が必要と認める者に実施 ・40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	非侵襲的な臨床検査であり、重篤な副作用等は報告されていない	精度/有効性とも確立している(判定は日本循環器管理研究協議会心電図コード2005で確立している)	循環器病予防ハンドブック(社団法人日本循環器管理研究協議会編)によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値が定められておらず、保健指導方法が明確でないことが課題	受診勧奨者に対する医療は実施可能である
	眼底検査		眼疾患の重症化の進展の早期の評価	・現在は40歳から74歳で、前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、一定の基準に該当した者のうち、医師が必要と認める者に実施 ・40歳から74歳で詳細な健診として実施する対象者の選定が課題	侵襲的な臨床検査であるが、重篤な副作用等は報告されていない	片眼の測定では眼科疾患の多くを見逃している可能性があること、写真撮影は安定した手技だが、判定は判定医の経験、技量に左右されることが課題	循環器病予防ハンドブック(社団法人日本循環器管理研究協議会編)によって示されている	これまでも特定健康診査として実施している	保健指導及び受診勧奨判定値が定められておらず、保健指導方法が明確でないことが課題	受診勧奨者に対する医療は実施可能である

※1 特定健康診査で実施される健診項目の検査の目的には、①特定健康診査の最終エンドポイントである虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)の評価
②生活習慣病の重症化の進展の早期の評価 がある

健診の検査実施方法および留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

- ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。
- イ 午前中に健診を実施する場合は、血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。
- ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c 検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。

(2) 腹囲の検査

- ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
- ウ より詳細については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ (<http://www0.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html>) において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
- イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ (<http://www.jacd.info/method/index.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。
- イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。
なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。
- ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。ただし空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上であれば、中性脂肪が400mg/dL以下の場合に限り、Friedewald式を用いてLD

Ｌコレステロールを算出することができる。

オ 肝機能検査の測定方法については、ＡＳＴ（ＧＯＴ）及びＡＬＴ（ＧＰＴ）検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、 γ -ＧＴ（ γ -ＧＴＰ）検査については、可視吸光光度法等による。

（５）血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。なお、空腹時に採血が行えなかった場合には、HbA1c検査を実施する。

ア 空腹時血糖検査

- ① 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、１０時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。
- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。
- ③ 採血後、採血管を５～６回静かに転倒・混和する。
- ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から６時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から１２時間以内に遠心分離し測定する。
- ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から７２時間以内に測定する。
- ⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（ＥＤＴＡ）入り採血管を用いる。
- ② 採血後、採血管を５～６回静かに転倒・混和する。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、４８時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（ＨＰＬＣ）法、酵素法等による。

（６）尿中の糖及び蛋白の検査

ア 原則として、中間尿を採尿する。

イ 採取後、４時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は２４時間以内、冷蔵で保存する場合は４８時間以内に測定する。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)において示されているので、これを参考とされたい。

(7) 詳細な検査

①貧血検査

- ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。
- ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

②心電図検査

- ア 安静時の標準12誘導心電図を記録する。
- イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)において示されているので、これを参考とされたい。

③眼底検査

- ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。
- イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)や財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ(<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>)においても示されているのでこれを参考とされたい。

●●●血圧測定●●●

- 血圧測定(水銀血圧計を用いた場合)
- 血圧測定(自動血圧計を用いた場合)

血圧測定(その1)(水銀血圧計を用いた場合、昭和54年改訂)

測定器具

- 1 点検済(注1)の水銀血圧計を用いる。
- 2 マンシエツトは、ゴムノウの幅が約13cm、長さは22～24cmのものを用いる。(注2)
- 3 膜型の聴診器を使用する。(注3)

測定の条件

〈環境の条件〉

- 1 静かな部屋で、室温は寒さ暑さを感じない程度に保つ。室温は20～25℃とする。

〈被験者の条件〉

- 1 測定前の運動、食事、タバコ、寒冷ばくろなど、血圧測定値に影響ありと考えられる条件をさけるようにする。
- 2 あらかじめ排尿させ、測定前5分以上の安静(注4)をとったあとに測定する。
- 3 体位は椅子の座位とする。臥位の場合はその旨記録する。
- 4 測定部位は右上腕、左の場合は記録する。
- 5 上腕を緊縛する衣服を着ている場合は脱衣のうえ、マンシエツトを巻く。

測定方法

- 1 水銀血圧計を垂直に置く。
- 2 マンシエツトの中の空気を完全にぬき、そのゴムノウのちゅうおうが上腕動脈にかかるように巻く。巻き方は、ゆるからず、かたからず、きちっと、マンシエツトの下縁が肘窩2～3cm上になるように巻く。
- 3 測定の際には肘関節を伸展させ、測定部位の高さは心臓と同じ高さにする。

- 4 まず、触診法で最大血圧を推定し、いったんマンシェット圧をゼロに落とす。さらに触診法による推定圧値より30mmHg上にあげてから、聴診法で最大血圧および最小血圧を測定する。(注5)
 - 5 水銀を落とす速度は、血圧測定点付近では1拍動2mmHgとする。
 - 6 最小血圧は第5点をとる。(注6)
 - 7 目の高さは目盛りと同じ高さにする。
測定値の末尾の数字の読みは、偶数値読み(2mmHg単位)とし、中間の場合は低い値をとる。(注7、8)
-

【注1】点検の内容は次のようなことがらである。
(戻る)

イ 水銀血圧計を垂直において圧力を加えないときは、常に指針がゼロ位にもどっていること。

ロ 使用する血圧計全部を連結して送気をおこない、度目200mmに達したとき送気を中止して弁を閉じ、そのままで3分間静置するも水銀柱が2mm以上下降してはならない。

ハ 次に弁を全開したとき、すみやかに1秒程度で指針がゼロ位にもどること。

【注2】(戻る)

JIS(日本工業規格)に準拠する。

【注3】(戻る)

聴診器はマンシェットにふれたり、または下に挿入しないようにする。

【注4】(戻る)

測定前5分以上の安静とは、測定前測定される状態で5分以上の安静という意味で、体位の変化があってはいけない。

【注5】(戻る)

加圧は連続的にすみやかに行い、再測定にさいしては、圧をゼロにもどして加圧しなおす。

【注6】(戻る)

第4点を測定し、記録することが望ましい。

【注7】(戻る)

同時に連続して2回以上血圧を測定したときは、測定値のとり方を明記する(何回目の値か、平均か、高いほうか、低いほうかなど)。

【注8】(戻る)

測定年月日、時刻、室温などを記録する。

このページのトッ
プへ

血圧測定(その2)(自動血圧計を用いた場合)

測定装置

- 1 点検済みの自動血圧計を用いる。(注1)
- 2 血圧の測定原理が明らかで、かつ測定点の明確な自動血圧計を用いる。(注2)
- 3 感度調節が可変式の場合には、標準感度の設定基準が明らかな自動血圧計を用いる。(注3)
- 4 マンシエットは、ゴムノウの幅が約13cm、長さは22～24cmのものを用いる。(注4)
- 5 マイクロフォンなど血圧情報検出のためのセンサーが、マンシエットのゴムノウの表面から内側に突出していないものを用いる。

測定の条件

〈環境の条件〉

- 1 静かな部屋で、室温は寒さ暑さを感じない程度に保つ。室温は20～25℃とする。

〈被験者の条件〉

- 1 測定前の運動、食事、タバコ、寒冷ばくろなど、血圧測定値に影響があると考えられる条件をさけるようにする。
- 2 あらかじめ排尿させ、測定前5分以上の安静(注5)をとったあとに測定する。
- 3 体位は椅子の座位とする。臥位の場合はその旨記録する。
- 4 測定部位は右上腕、左の場合は記録する。
- 5 上腕を緊縛する衣服を着ている場合は脱衣のうえ、マンシエットを巻く。

測定方法

- 1 自動血圧計を、振動が少なく操作しやすい位置に安定させて置く。
- 2 電源が交流式の場合には、スイッチを入れてから5～10分以上たってから、血圧測定を開始する。(注6)
- 3 マンシエットの空気を完全にぬいてから、マンシエットに装着されているマイクroフォンなど血圧情報検

出のためのセンサーがあらかじめ決められた上腕の所定の位置に密着するように巻く。巻き方は、ゆるからず、かたからず、マンシェットの下縁が肘窩にかからないようにきちっと巻く。

- 4 測定のさいには、肘関節を伸展させ、測定部位の高さは心臓と同じ高さとする。
- 5 まず、排気バルブを閉じ、血圧測定に必要なかつ十分な加圧をした後、バルブを静かに操作しながら排気速度を調節して血圧測定を行う。(注7)
- 6 圧の下降速度は1秒間に2～4mmHgとする。(注8)
- 7 圧目盛り表示がメーター式の場合には、測定値の末尾の読みは偶数読み(2mmHg単位)とし、中間の場合は低いほうをとる。デジタル式の場合には、表示の数値をそのまま直読して測定値とする。
- 8 血圧測定中は、自動血圧計、とくにマンシェットとその付属するゴムチューブへの振動は極力さけるように配慮する。

【注1】点検の内容は次のようなことがらである。
(戻る)

イ 圧力を加えないときは、圧目盛りの表示が常にゼロ位を示していること。

ロ 自動血圧計と水銀血圧計を連結して送気をおこない、200mmHg、150mmHg、100mmHgの各度目において両者の圧表示が一致すること。

ハ 200mmHgまで加圧して排気バルブを閉じ、そのままで3分間静置した後の圧目盛りの表示が2mmHg以上下降しないこと。

ニ 200mmHgまで加圧した後、排気バルブを全開にして圧目盛りの表示がすみやかに1秒程度でゼロにもどること。

ホ バッテリーを電源とする自動血圧計においては、バッテリーの電圧が常に規定通りであること。

【注2】(戻る)

イ 血圧測定の指標とする生体情報がコロトコフ音なのか、そのほかの生理現象(位相差法、超音波ドップラー法など)なのかを明らかにする。

ロ 血圧測定点について、コロトコフ音を血圧測定の指標とする場合には、とくに最小血圧がスワンの第4点か第5点かを明らかにし、コロトコフ音以外の生体情報を測定の指標とする場合には、最小血圧のみならず最大血圧についてもその基準を明確にする。

【注3】(戻る)

感度調節が固定式か可変式かを明らかにし、可変式の場合にはあらかじめ決められた標準感度のレベルを変更しない。やむをえず変更した場合には、その増幅度またはレベル変動の程度を明示する。

【注4】 (戻る)

JIS(日本工業規格)に準拠する。

【注5】 (戻る)

測定前5分以上の安静とは、測定前測定される状態で5分以上の安静という意味で、体位の変化がないことが望ましい。

【注6】 (戻る)

電源が直流式(バッテリーを用いたもの)の場合には、スイッチを入れると同時に測定可能である。

【注7】 (戻る)

イ 加圧は連続的にすみやかにおこない、加圧が不十分で測定不能の場合には、急速排気で圧をいったんゼロにもどしてから加圧し直す。

ロ 加圧は、血圧測定に必要なかつ十分な範囲にとどめるべきで、過度な加圧はさけることが望ましい。

【注8】 (戻る)

圧の下降は円滑におこない、最小血圧の確認後は、急速排気ですみやかにゼロ位にもどす。

【その他の留意事項】一般に不整脈、聴診間隙のある場合の処理は不十分である。

このページのトッ
プへ

<海外の一般定期健康診断の例>

	健診項目	備考
フランス	・問診 ・身体計測：身長，体重，胸囲 ・身体所見：聴診，打診， 運動機能，平衡感覚 ・視力 ・聴力 ・特定要因への耐性 (・血液検査) (・レントゲン検査) など	健康診断は「労働者が就くことができる職種を判定する」ためのものであり、適正配置に関わる項目(身体計測・感覚器・運動機能・筋力・特定要因への耐性など)と産業医の判断で必要に応じて行う項目(血液検査やレントゲン検査)とに分かれている。 〔労働法典Code du Travail〕
ベルギー	項目の指定は無し	検査項目の指定は無く、医師が時間をかけて問診をし、受診者に合わせた検査項目を決定している。 〔Royal Decree of 28 May 2003 on the health surveillance of workers〕
韓国	・問診：既往歴，作業経歴， 自覚症状，他覚症状 ・身体所見：視診，触診，聴診， 体重 ・血圧 ・尿検査：尿糖，尿蛋白 ・血液検査：貧血，血糖，GOT， GPT，γ GTP， コレステロール ・視力 ・聴力 ・レントゲン検査 など	就業適正判定のために、使用者負担で健康診断を実施している。配置転換や勤務時間短縮等の就業上の配慮についても規定されている。 〔産業安全保健法 第43条〕 〔労働安全衛生法施行規則 第100条〕

(厚生労働省労働衛生課 調)

6 ストレスチェックの実施方法等

(1) ストレスチェック制度の実施体制

- ✓ 事業者は事業場の労働衛生管理体制等を整備の上、実施者等を選定します。
- ✓ 事業場の状況を日頃から把握している者（産業医等）が実施者となることが望まれます。
- ✓ 実施者は、ストレスチェックの企画と結果の評価に関与します。

(検査の実施者等)

第 52 条の 10 法第 66 条の 10 第 1 項の厚生労働省令で定める者は、次に掲げる者（以下この節において「医師等」という。）とする。

① 医師

② 保健師

③ 検査を行うために必要な知識についての研修であって厚生労働大臣が定めるものを修了した看護師又は精神保健福祉士

2 検査を受ける労働者について解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者は、検査の実施の事務に従事してはならない。

附則

(労働安全衛生法第 66 条の 10 第 1 項の厚生労働省令で定める者に関する経過措置)

2 前項ただし書に規定する規定の施行の日の前日において、労働安全衛生法第 13 条第 1 項に規定する労働者の健康管理等の業務に該当する業務に従事した経験年数が 3 年以上である看護師又は精神保健福祉士は、第 1 条の規定による改正後の労働安全衛生規則（次項において「新安衛則」という。）第 52 条の 10 第 1 項の規定にかかわらず、同法第 66 条の 10 第 1 項の厚生労働省令で定める者とする。

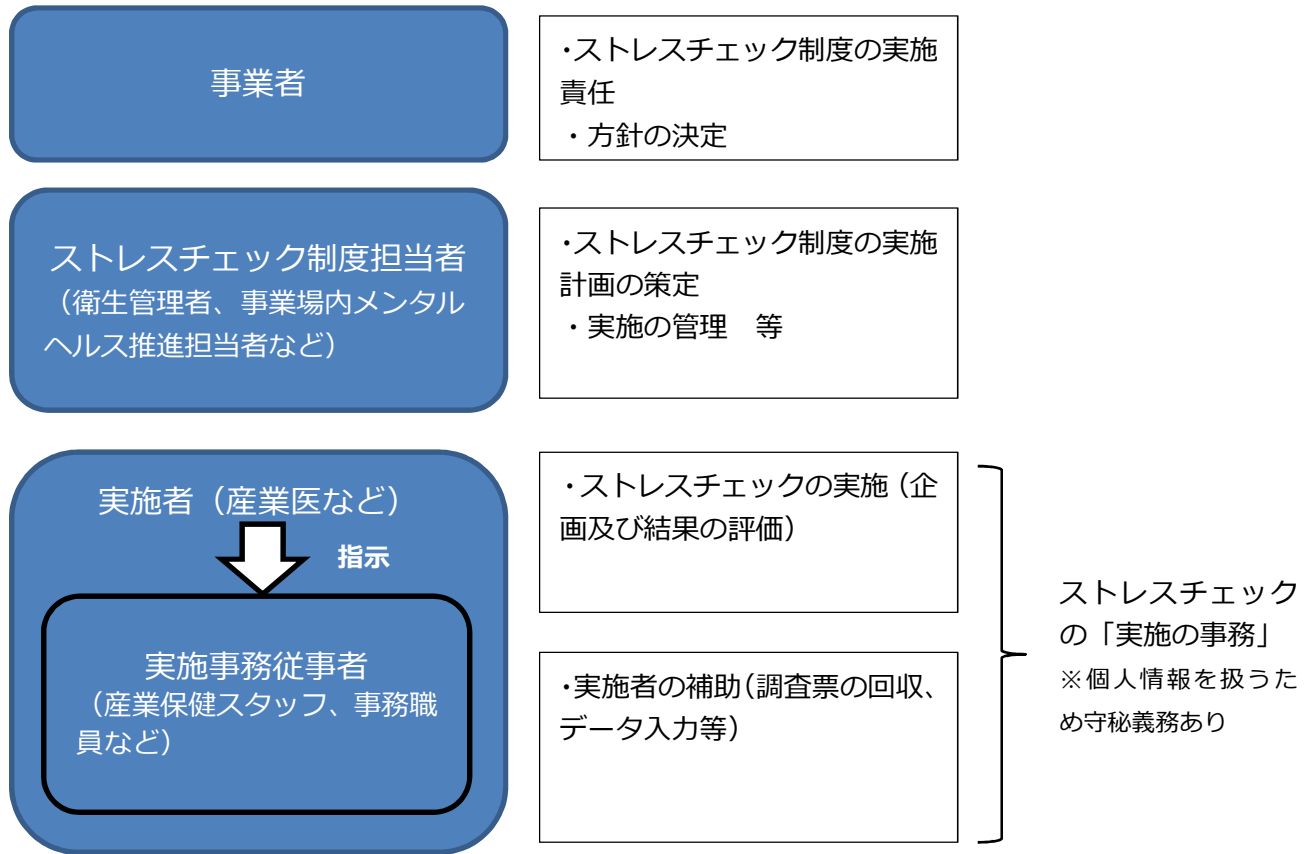
(規則より抜粋)

○ストレスチェック制度の実施体制の整備

ストレスチェック制度は事業者の責任において実施するものであり、事業者は、実施に当たって、実施計画の策定、当該事業場の産業医等の実施者又は委託先の外部機関との連絡調整及び実施計画に基づく実施の管理等の実務を担当する者を指名する等、実施体制を整備することが望ましい。当該実務担当者には、衛生管理者又はメンタルヘルス指針に規定する事業場内メンタルヘルス推進担当者を指名することが望ましいが、ストレスチェックの実施そのものを担当する実施者及びその他の実施事務従事者と異なり、ストレスチェック結果等の個人情報を取り扱わないため、労働者の解雇等に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者を指名することもできる。

<解説>

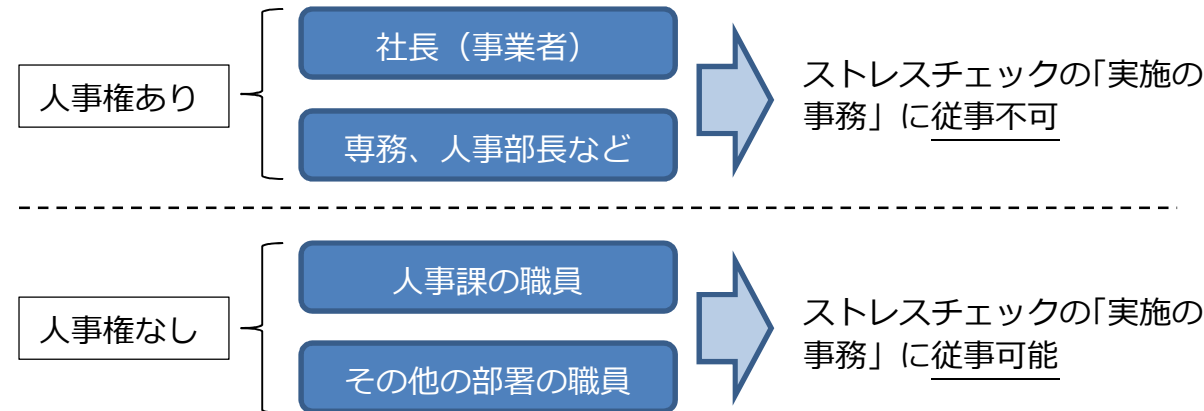
- 事業者は実務担当者（ストレスチェック制度担当者）を指名します。実務担当者は、ストレスチェック結果等の個人情報を取り扱わないため、実施事務従事者と異なり、人事課長など人事権を持つ者を指名することもできます。
- 事業場又は委託先の外部機関の、医師、保健師、一定の研修を受けた[※]看護師、精神保健福祉士の中からストレスチェックの実施者を選定します。看護師等を対象とする研修の科目や講師要件は、巻末資料に示されています。
- ※ ストレスチェック制度が施行される日の前日である平成 27 年 11 月 30 日現在において、労働者の健康管理業務に 3 年以上従事した経験のある看護師、精神保健福祉士については、研修の受講が免除されます。
- 事業場で選任されている産業医が実施者となることが最も望ましいでしょう。また、産業医として選任されていなくても、当該事業場の産業保健活動に携わっている精神科医、心療内科医等の医師、保健師、看護師など、日頃から事業場の状況を把握している産業保健スタッフも実施者として推奨されます。
- ストレスチェック制度の実施体制のイメージは次のとおりです。



- ストレスチェックの実施を外部機関に業務委託する場合にも、産業医等の事業場の産業保健スタッフが共同実施者として関与し、個人のストレスチェックの結果を把握するなど、外部機関と事業場内産業保健スタッフが密接に連携することが望めます。

※ 産業医が共同実施者でない場合には、個人のストレスチェックの結果は労働者の個別の同意がなければ産業医が把握することができず、十分な対応を行うことが難しくなる可能性があります。

- ストレスチェック結果が労働者の意に反して人事上の不利益な取扱いに利用されることがないようにするため、当該労働者について解雇、昇進又は異動（以下「人事」という。）に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者は、ストレスチェックの実施の事務（ストレスチェックの実施を含む）に従事してはいけません。
- なお、「解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ」とは、当該労働者の人事を決定する権限を持つこと又は人事について一定の判断を行う権限を持つことをいい、人事を担当する部署に所属する者であっても、こうした権限を持たない場合は、該当しません。
- 人事に関する直接の権限（人事権）の有無により、ストレスチェックの「実施の事務」に従事可能かどうかを整理すると次のとおりです。



- 人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事することができない事務は、ストレスチェックの実施に直接従事することと、労働者の健康情報を取扱う事務であり、従事することができない事務と、従事することが出来る事務を整理すると以下のようになります。

ストレスチェックの「実施の事務」

（人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事できない事務）

労働者の健康情報を取扱う事務をいい、例えば、以下の事務が含まれます。

- ① 労働者が記入した調査票の回収※、内容の確認、データ入力、評価点数の算出等のストレスチェック結果を出力するまでの労働者の健康情報を取扱う事務。
- ② ストレスチェック結果の封入等のストレスチェック結果を出力した後の労働者に結果を通知するまでの労働者の健康情報を取扱う事務。
- ③ ストレスチェック結果の労働者への通知※の事務。
- ④ 面接指導を受ける必要があると実施者が認めた者に対する面接指導の申出勧奨。
- ⑤ ストレスチェック結果の集団ごとの集計に係る労働者の健康情報を取扱う事務。

※封筒に封入されている等、内容を把握できない状態になっているものを回収又は通知する事務を除く。

その他の事務

（人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事できる事務）

労働者の健康情報を取扱わない事務をいい、例えば、以下の事務が含まれます。

- ① 事業場におけるストレスチェックの実施計画の策定。
- ② ストレスチェックの実施日時や実施場所等に関する実施者との連絡調整。
- ③ ストレスチェックの実施を外部機関に委託する場合の外部機関との契約等に関する連絡調整。
- ④ ストレスチェックの実施計画や実施日時等に関する労働者への通知。
- ⑤ 調査票の配布。
- ⑥ ストレスチェックを受けていない労働者に対する受検の勧奨。

雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項
(平成27年11月30日 改正：労働基準局長通達)

第1 趣旨

この留意事項は、雇用管理分野における個人情報保護に関するガイドライン（平成24年厚生労働省告示第357号。以下「ガイドライン」という。）に定める雇用管理に関する個人情報のうち健康情報の取扱いについて、ガイドラインに定める措置の実施等に加えて事業者が留意すべき事項を定めるものである。

第2 健康情報の定義

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「法」という。）第2条及びガイドライン第2に定める雇用管理に関する個人情報のうち、この留意事項において取り扱う労働者の健康に関する個人情報（以下「健康情報」という。）は、健康診断の結果、病歴、その他の健康に関するものをいい、健康情報に該当するものの例として、次に掲げるものが挙げられる。

- (1) 産業医、保健師、衛生管理者その他の労働者の健康管理に関する業務に従事する者（以下「産業保健業務従事者」という。）が労働者の健康管理等を通じて得た情報
- (2) 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。以下「安衛法」という。）第65条の2第1項の規定に基づき、事業者が作業環境測定の結果の評価に基づいて、労働者の健康を保持するため必要があると認めたときに実施した健康診断の結果
- (3) 安衛法第66条第1項から第4項までの規定に基づき事業者が実施した健康診断の結果並びに安衛法第66条第5項及び第66条の2の規定に基づき労働者から提出された健康診断の結果
- (4) 安衛法第66条の4の規定に基づき事業者が医師又は歯科医師から聴取した意見及び第66条の5第1項の規定に基づき事業者が講じた健康診断実施後の措置の内容
- (5) 安衛法第66条の7の規定に基づき事業者が実施した保健指導の内容
- (6) 安衛法第66条の8第1項の規定に基づき事業者が実施した面接指導の結果及び同条第2項の規定に基づき労働者から提出された面接指導の結果
- (7) 安衛法第66条の8第4項の規定に基づき事業者が医師から聴取した意見及び同条第5項の規定に基づき事業者が講じた面接指導実施後の措置の内容
- (8) 安衛法第66条の9の規定に基づき事業者が実施した面接指導又は面接指導に準ずる措置の結果
- (9) 安衛法第66条の10第1項の規定に基づき事業者が実施した心理的な負担の程度を把握するための検査（以下「ストレスチェック」という。）の結果
- (10) 安衛法第66条の10第3項の規定に基づき事業者が実施した面接指導の結果
- (11) 安衛法第66条の10第5項の規定に基づき事業者が医師から聴取した意見及び同条第6項の規定に基づき事業者が講じた面接指導実施後の措置の内容
- (12) 安衛法第69条第1項の規定に基づく健康保持増進措置を通じて事業者が取得した

- 健康測定の結果、健康指導の内容等
- (13) 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第27条の規定に基づき、労働者から提出された二次健康診断の結果
 - (14) 健康保険組合等が実施した健康診断等の事業を通じて事業者が取得した情報
 - (15) 受診記録、診断名等の療養の給付に関する情報
 - (16) 事業者が医療機関から取得した診断書等の診療に関する情報
 - (17) 労働者から欠勤の際に提出された疾病に関する情報
 - (18) (1) から (17) までに掲げるもののほか、任意に労働者等から提供された本人の病歴、健康診断の結果、その他の健康に関する情報

第3 健康情報の取扱いについて事業者が留意すべき事項

- 1 事業者が健康情報を取り扱うに当たっての基本的な考え方
 - (1) 健康情報は労働者個人の心身の健康に関する情報であり、本人に対する不利益な取扱い又は差別等につながるおそれのある機微な情報であるため、事業者は健康情報の適正な取扱いに特に留意しなければならない。
 - (2) 健康情報は、労働者の健康確保に必要な範囲で利用されるべきものであり、事業者は、労働者の健康確保に必要な範囲を超えてこれらの健康情報を取り扱ってはならない。
- 2 法第17条に規定する適正な取得に関する事項（ガイドライン第5の1から3関係）
 - (1) 事業者は、法令に基づく場合を除き、労働者の健康情報を取得する場合は、あらかじめ本人に利用目的を明示し、本人の同意を得なければならない。ただし、自傷他害のおそれがあるなど、労働者の生命又は身体の保護のために緊急に必要がある場合はこの限りではない。
 - (2) 安衛法第66条の10第2項において、ストレスチェックを実施した医師、保健師その他の厚生労働省令で定める者（以下「実施者」という。）は、労働者の同意を得ないでストレスチェック結果を事業者に提供してはならないこととされており、事業者は、実施者又はその他のストレスチェックの実施の事務に従事した者（以下「実施事務従事者」という。）に提供を強要する又は労働者に同意を強要する等の不正の手段により、労働者のストレスチェックの結果を取得してはならない。
- 3 法第20条に規定する安全管理措置及び法第21条に規定する従業者の監督に関する事項（ガイドライン第6の2及び3関係）
 - (1) 事業者は、健康情報のうち診断名、検査値、具体的な愁訴の内容等の加工前の情報や詳細な医学的情報の取扱いについては、その利用に当たって医学的知識に基づく加工・判断等を要することがあることから、産業保健業務従事者に行わせることが望ましい。
 - (2) 事業者は、産業保健業務従事者から産業保健業務従事者以外の者に健康情報を提供させる時は、当該情報が労働者の健康確保に必要な範囲内で利用されるよう、必

要に応じて、産業保健業務従事者に健康情報を適切に加工させる等の措置を講ずること。

- (3) 個人のストレスチェック結果を取り扱う実施者及び実施事務従事者については、あらかじめ衛生委員会等による調査審議を踏まえて事業者が指名し、全ての労働者に周知すること。
- (4) ストレスチェック結果は、詳細な医学的情報を含むものではないため、事業者は、その情報を産業保健業務従事者以外の者にも取り扱わせることができるが、事業者への提供について労働者の同意を得ていない場合には、ストレスチェックを受ける労働者について解雇、昇進又は異動（以下「人事」という。）に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者に取り扱わせてはならない。また、事業者は、ストレスチェック結果を労働者の人事を担当する者（人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者を除く。）に取り扱わせる時は、労働者の健康確保に必要な範囲を超えて人事に利用されることのないようにするため、次に掲げる事項を当該者に周知すること。
 - (a) 当該者には安衛法第 104 条の規定に基づき秘密の保持義務が課されること。
 - (b) ストレスチェック結果の取り扱いは、医師等のストレスチェックの実施者の指示により行うものであり、所属部署の上司等の指示を受けて、その結果を漏らしたりしてはならないこと。
 - (c) ストレスチェック結果を、自らの所属部署の業務等のうちストレスチェックの実施の事務とは関係しない業務に利用してはならないこと。
- (5) インターネットや社内イントラネット等の情報通信技術を利用してストレスチェックを実施する場合は、次に掲げる事項を満たす必要があること。
 - (a) 個人情報の保護や改ざんの防止等のセキュリティの確保のための仕組みが整っており、その仕組みに基づいて個人の結果の保存が適切になされていること。
 - (b) 本人以外に個人のストレスチェック結果を閲覧することのできる者の制限がなされていること。

4 法第 22 条に規定する委託先の監督に関する事項（ガイドライン第 6 の 4 関係）
健康診断、ストレスチェック又は面接指導の全部又は一部を医療機関、メンタルヘルスケアへの支援を行う機関等（以下「外部機関」という。）に委託する場合には、当該委託先において、情報管理が適切に行われる体制が整備されているかについて、事前に確認することが望ましい。

5 法第 23 条第 1 項に規定する本人の同意に関する事項（ガイドライン第 7 の 1、2 及び 4 関係）

- (1) 事業者が、労働者から提出された診断書の内容以外の情報について医療機関から健康情報を収集する必要がある場合、事業者から求められた情報を医療機関が提供することは、法第 23 条の第三者提供に該当するため、医療機関は労働者から同意を得る必要がある。この場合においても、事業者は、あらかじめこれらの情報を取得する目的を労働者に明らかにして承諾を得るとともに、必要に応じ、これらの情

報は労働者本人から提出を受けることが望ましい。

- (2) 安衛法第 66 条第 1 項から第 4 項までの規定に基づく健康診断及び第 66 条の 8 第 1 項の規定に基づく面接指導については、これらの規定において事業者は医師若しくは歯科医師による健康診断又は医師による面接指導を行わなければならないとされている。事業者は、健康診断又は面接指導の実施に当たって、外部機関に健康診断又は面接指導の実施を委託する場合には、事業者は、健康診断又は面接指導の実施に必要な労働者の個人情報を外部機関に提供する必要がある。また、安衛法第 66 条の 3、第 66 条の 4、第 66 条の 8 第 3 項及び第 4 項において、事業者は、健康診断又は面接指導の結果の記録及び当該結果に係る医師又は歯科医師からの意見聴取が義務付けられており、第 66 条の 6 において、事業者は、健康診断結果の労働者に対する通知が義務付けられている。事業者がこれらの義務を遂行するためには、健康診断又は面接指導の結果が外部機関から事業者に報告（提供）されなければならない。これらのことから、事業者が外部機関にこれらの健康診断又は面接指導を委託するために必要な労働者の個人情報を外部機関に提供し、また、外部機関が委託元である事業者に対して労働者の健康診断又は面接指導の結果を報告（提供）することは、それぞれ安衛法に基づく事業者の義務を遂行する行為であり、法第 23 条第 1 項第 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、本人の同意を得なくても第三者提供の制限は受けない。

- (3) 事業者は、ストレスチェックの実施に当たって、外部機関にストレスチェックの実施を委託する場合には、ストレスチェックの実施に必要な労働者の個人情報を外部機関に提供する必要がある。この場合において、当該提供行為は、安衛法に基づく事業者の義務を遂行する行為であり、法第 23 条第 1 項第 1 号の「法令に基づく場合」に該当することから、本人の同意を得なくても第三者提供の制限は受けない。

また、安衛法第 66 条の 10 第 2 項において、あらかじめストレスチェックを受けた労働者の同意を得ないで、その結果を事業者に提供してはならないこととされている。このため、外部機関が、あらかじめ本人の同意を得ないで、委託元である事業者に対してストレスチェック結果を提供することはできない。

さらに、安衛法第 66 条の 10 第 3 項において、ストレスチェックの結果の通知を受けた労働者であって、厚生労働省令で定める要件に該当するものが申し出たときは、事業者は、面接指導の実施が義務付けられている。事業者がこの義務を遂行するためには、当該労働者が厚生労働省令で定める要件に該当するかどうかを確認するために、労働者にストレスチェックの提出を求めるほか、ストレスチェックを実施した外部機関に対してストレスチェック結果の提供を求めることも考えられるが、労働者の申出は、事業者へのストレスチェック結果の提供に同意したとみなすことができることから、事業者の求めに応じて外部機関が事業者にストレスチェック結果を提供するに当たって、改めて本人の同意を得る必要はない。

なお、事業者が、安衛法第 66 条の 8 第 1 項又は第 66 条の 10 第 3 項の規定に基づく面接指導を委託するために必要な労働者の個人情報を外部機関に提供し、また、外部機関が委託元である事業者に対して労働者の面接指導の結果を提供することは、5 (2) に規定する健康診断等の場合と同様に、安衛法に基づく事業者の義務を遂行す

る行為であり、法第 23 条第 1 項第 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、本人の同意を得なくても第三者提供の制限は受けない。この場合において、本人の同意を得なくても第三者提供の制限を受けない健康情報には、面接指導の実施に必要な情報として事業者から当該外部機関に提供するストレスチェック結果も含まれる。

(4) 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（昭和 60 年法律第 88 号）（以下「労働者派遣法」という。）第 45 条第 10 項及び第 14 項において、派遣先事業者が安衛法第 66 条第 2 項から第 4 項までの規定に基づく健康診断及びこれらの健康診断の結果に基づき安衛法第 66 条の 4 の規定に基づく医師からの意見聴取を行ったときは、健康診断の結果を記載した書面を作成し、当該派遣元事業者に送付するとともに、当該医師の意見を当該派遣元事業者に通知しなければならないこととされている。このことから、派遣先事業者が、派遣元事業者にこれらの健康診断の結果及び医師の意見を記載した書面を提供することは、労働者派遣法の規定に基づく行為であり、法第 23 条第 1 項第 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、本人の同意を得なくても第三者提供の制限は受けない。

(5) 事業者が、健康保険組合等に対して労働者の健康情報の提供を求める場合、健康保険組合等は当該事業者に当該労働者の健康情報を提供することを目的として取得していないため、法第 23 条の第三者提供の制限に該当し、健康保険組合等は労働者（被保険者）の同意を得る必要がある。この場合においても、事業者は、あらかじめこれらの情報を取得する目的を労働者に明らかにして承諾を得るとともに、必要に応じ、これらの情報は労働者本人から提出を受けることが望ましい。

ただし、事業者が健康保険組合等と共同で健康診断を実施する場合等において、法第 23 条第 4 項第 3 号の要件を満たしている場合は、当該共同利用者は第三者に該当しないため、当該労働者の同意を得る必要はない。

(6) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 27 条第 2 項及び第 3 項の規定により、医療保険者は、加入者を使用している事業者又は使用していた事業者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、安衛法その他の法令に基づき、その事業者が保存している加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができ、健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者は厚生労働省令で定めるところにより、その記録の写しを提供しなければならないとされている。このことから、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）第 2 条に定める項目に係る記録の写しについては、医療保険者からの提供の求めがあった場合に事業者が当該記録の写しを提供することは、法令に基づくものであるため、法第 23 条第 1 項第 1 号に該当し、本人の同意なく提供できる。

なお、事業者が保存している加入者に係る健康診断に関する記録のうち、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 2 条に定める項目に含まれないもの（業務歴、視力、聴力、胸部エックス線検査、喀痰検査）については、労働者に対して定期健康診断の結果の情報を医療保険者に提供する旨を明示し、同意を得ることが必要となるが、同意については、定期健康診断実施時の受診案内等への記載や健診会場での掲示等黙示によるものが含まれる。

6 法第 25 条に規定する保有個人データの開示に関する事項（ガイドライン第 8 の 2 関係）

事業者が保有する健康情報のうち、安衛法第 66 条の 8 第 3 項及び第 66 条の 10 第 4 項の規定に基づき事業者が作成した面接指導の結果の記録その他の医師、保健師等の判断及び意見並びに詳細な医学的情報を含む健康情報については、本人から開示の請求があった場合は、原則として開示しなければならない。ただし、本人に開示することにより、法第 25 条第 1 項各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができる。

7 法第 31 条に規定する苦情の処理に関する事項（ガイドライン第 9 関係）

ガイドライン第 9 に定める苦情を処理するための窓口については、健康情報に係る苦情に適切に対応するため、必要に応じて産業保健業務従事者と連携を図ることができる体制を整備しておくことが望ましい。

8 その他事業者が雇用管理に関する個人情報の適切な取扱いを確保するための措置を行うに当たって配慮すべき事項

(1) 事業者は、安衛法に基づく健康診断等の実施を外部機関に委託することが多いことから、健康情報についても外部とやり取りをする機会が多いことや、事業場内においても健康情報を産業保健業務従事者以外の者に取り扱わせる場合があること等に鑑み、あらかじめ、ガイドライン第 8 に掲げるもののほか、以下に掲げる事項について事業場内の規程等として定め、これを労働者に周知するとともに、関係者に当該規程に従って取り扱わせることが望ましい。

(a) 健康情報の利用目的及び利用方法に関すること

(b) 健康情報に係る安全管理体制に関すること

(c) 健康情報を取り扱う者及びその権限並びに取り扱う健康情報の範囲に関すること

(d) 健康情報の開示、訂正、追加又は削除の方法（廃棄に関するものを含む。）に関すること

(e) 健康情報の取扱いに関する苦情の処理に関すること

(2) 事業者は、(1) の規程等を定めるときは、衛生委員会等において審議を行った上で、ガイドライン第 10 の 1 に定めるところにより労働組合等に通知し、必要に応じて協議を行うことが望ましい。

(3) H I V 感染症や B 型肝炎等の職場において感染したり、蔓延したりする可能性が低い感染症に関する情報や、色覚検査等の遺伝性疾病に関する情報については、職業上の特別な必要性がある場合を除き、事業者は、労働者等から取得すべきでない。ただし、労働者の求めに応じて、これらの疾病等の治療等のため就業上の配慮を行う必要がある場合については、当該就業上の配慮に必要な情報に限って、事業者が労働者から取得することは考えられる。

(4) 労働者の健康情報は、医療機関において「医療・介護関係事業者における個人情報

報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき取り扱われ、また、健康保険組合において「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき取り扱われることから、事業者は、特に安全管理措置等について、両ガイドラインの内容についても留意することが期待されている。

第4 個人情報取扱事業者以外の事業者による健康情報の取扱い

個人情報取扱事業者以外の事業者であって健康情報を取り扱う者は、健康情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保すべきものであることに十分留意し、第3に準じてその適正な取扱いの確保に努めること。