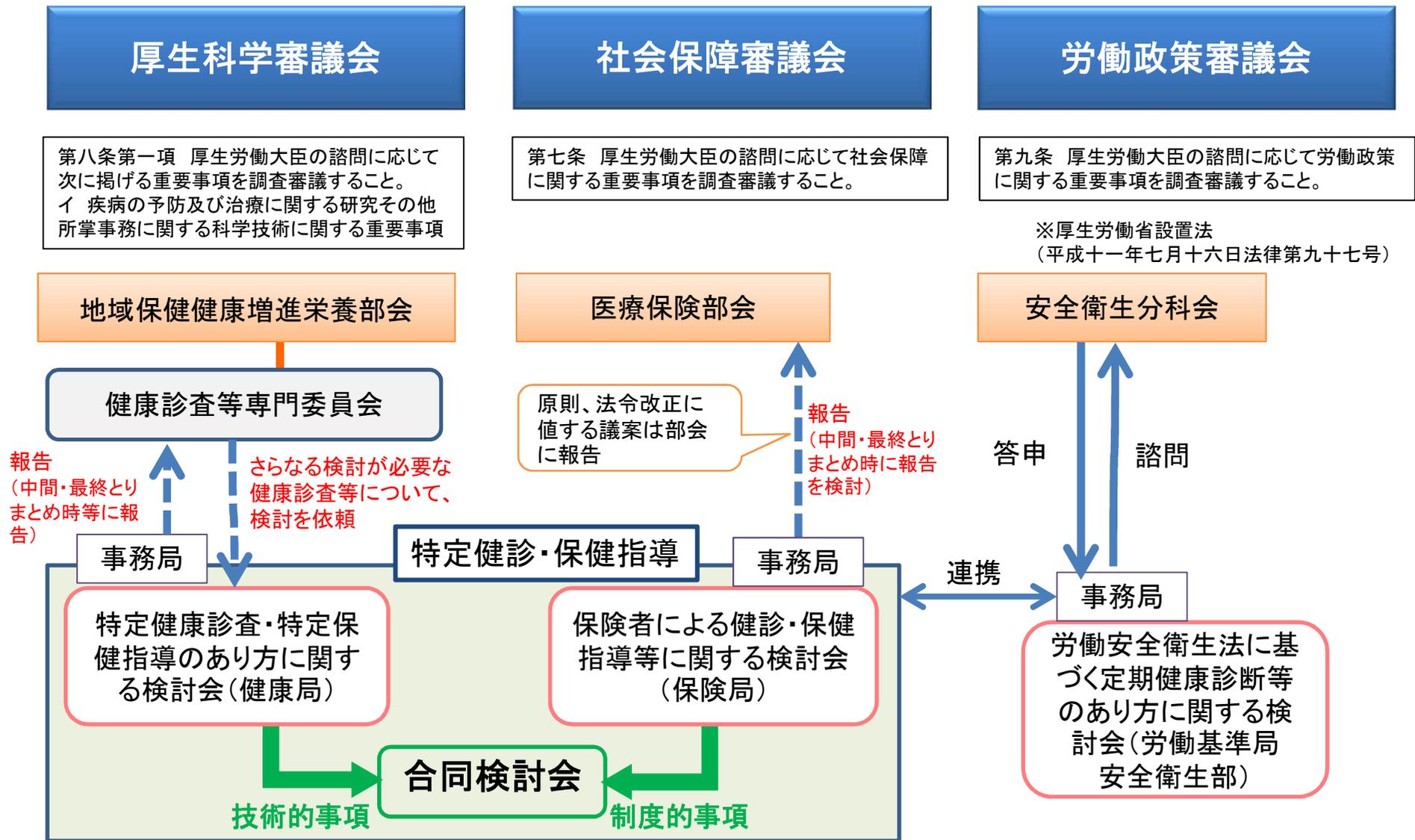


特定健診・保健指導に関する検討会の設置

参考資料1



健康診査等専門委員会の設置について

平成 27 年 9 月 14 日
厚生科学審議会
地域保健健康増進栄養部会了承

1. 目的

健康診査は、疾病を早期に発見し、早期治療につなげること、健康診査の結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導等を行うことにより、疾病の発症及び重症化の予防並びに生涯にわたる健康の増進に向けた自主的な努力を促進する観点から実施するものである。

厚生労働省では、これまでも、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 9 条第 1 項に基づき、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を定め、また、特定健康診査やがん検診をはじめとして、国民を対象として実施されている健康診査の内容等について検討を行ってきた。

今後さらなる国民の健康増進を図るため、公衆衛生的観点から健康診査等について検討することを目的として、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に、「健康診査等専門委員会」を設置する。

2. 検討事項

下記の項目について、科学的知見に基づき検討を行う。

- (1) 今後の健康診査等のあり方について
- (2) その他健康診査等に関連する事項について

3. 構成

- (1) 構成員は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会運営細則（平成 23 年 10 月 14 日地域保健健康増進栄養部会長決定、以下「運営細則」という。）第 2 条に従い、厚生科学審議会の委員、臨時委員又は専門委員の中から部会長が指名する。
- (2) 委員長は、運営細則第 3 条に従い、委員会委員の中から部会長が指名する。
- (3) 委員長に事故がある時は、専門委員会委員の中からあらかじめ委員長が指名した者がその職務を行う。

4. 委員会の運営等

- (1) 専門委員会は委員長が招集する。なお、審議の必要に応じ、適当と認められる有識者等を参考人として招致することができる。
- (2) 専門委員会の議事は公開とする。ただし、特段の事情がある場合には、委員長の判断により、会議、議事録及び資料を非公開とすることができる。
- (3) 専門委員会の庶務は、健康局健康課において総括し、及び処理する。

厚生科学審議会地域保健健康栄養部会
健康診査等専門委員会 委員名簿

井伊久美子	公益社団法人日本看護協会専務理事
飯山 幸雄	公益社団法人国民健康保険中央会常務理事
市原 健一	全国市長会理事・茨城県つくば市長
今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長
春日 雅人	国立研究開発法人国立国際医療研究センター一理事
鎌田久美子	全国保健師長会会長
迫 和子	公益社団法人日本栄養士会専務理事
清水 信行	全国町村会・東京都奥多摩町福祉保健課長
祖父江友孝	大阪大学大学院医学系研究科教授
◎ 辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
橋本 信夫	国立研究開発法人国立循環器病研究センター一理事
深井 稔博	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
本田麻由美	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
村上 顕郎	健康保険組合連合会常任理事
森 晃爾	産業医科大学産業生態科学研究所教授
弓倉 整	公益財団法人日本学校保健会専務理事

◎委員長

(五十音順、敬称略)

「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」開催要綱

1. 趣旨

特定健康診査・特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第18条に基づき作成される特定健康診査等基本指針に基づき、平成20年度から、保険者において実施している。

また、高確法第19条に基づき、保険者は特定健康診査等実施計画を5年ごとに、5年を一期として定めることとされているが、平成30年度に第三期特定健康診査等実施計画が開始されることから、健診項目等の見直しを行う必要がある。

「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」（以下「本検討会」という。）では、厚生労働科学研究等により新たに蓄積された、科学的な知見を踏まえて、特定健診・保健指導の項目や実施方法などの技術的事項について検討することとする。

2. 検討事項

- (1) 特定健康診査・特定保健指導の技術的事項について
- (2) その他特定健康診査・特定保健指導に関連する事項について

3. その他

- (1) 本検討会は健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本検討会には、健康局長の指名により座長を置き、検討会を統括する。
- (3) 本検討会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- (4) 本検討会は、原則として公開とする。
- (5) 本検討会の庶務は、厚生労働省健康局健康課が行う。
- (6) この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、健康局長が別に定める。

特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会 構成員名簿

磯 博康	大阪大学大学院医学系研究科
岡村智教	慶應義塾大学医学部
門脇 孝	東京大学大学院医学系研究科
杉田由加里	千葉大学大学院看護学研究科
武見ゆかり	女子栄養大学栄養学部
津下一代	あいち健康の森健康科学総合センター
寺本民生	帝京大学医学部
藤内修二	大分県福祉保健部健康対策課
永井良三	自治医科大学
福田 敬	国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

保険者による健診・保健指導等に関する検討会開催要綱

「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」構成員

井伊 久美子 (いい くみこ)	日本看護協会 専務理事
飯山 幸雄 (いいやま ゆきお)	国民健康保険中央会 常務理事
伊藤 彰久 (いとう あきひさ)	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
伊奈川 秀和 (いながわ ひでかず)	全国健康保険協会 理事
今村 聡 (いまむら さとし)	日本医師会 副会長
岩崎 明夫 (いわさき あきお)	産業医科大学 作業関連疾患予防学研究室
岡崎 誠也 (おかざき せいや)	全国市長会 国民健康保険対策特別委員長
金子 正 (かねこ まさし)	日本私立学校振興・共済事業団 理事
河合 雅司 (かわい まさし)	産経新聞社 論説委員
久野 時男 (くの ときお)	全国町村会行政委員会委員長・愛知県飛島村長
佐藤 文俊 (さとう ふみとし)	全国国民健康保険組合協会 常務理事
下浦 佳之 (しもうら よしゆき)	日本栄養士会 常務理事
白川 修二 (しらかわ しゅうじ)	健康保険組合連合会 副会長
鈴木 茂明 (すずき しげあき)	地方公務員共済組合協議会 事務局長
多田羅 浩三 (たたら こうぞう)	一般財団法人 日本公衆衛生協会 会長
津下 一代 (つした かずよ)	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
深井 稔博 (ふかい かくひろ)	日本歯科医師会 常務理事
細江 茂光 (ほそえ しげみつ)	全国後期高齢者医療広域連合協議会 副会長
武藤 繁貴 (むとう しげたか)	日本人間ドック学会 理事
吉岡 清八郎 (よしおか せいはちろう)	共済組合連盟 常務理事
吉田 勝美 (よしだ かつみ)	日本総合健診医学会 副理事長

1. 目的

「高齢者の医療の確保に関する法律」において、医療保険者は、特定健康診査及び特定保健指導を40歳以上の加入者に対し、計画を定め実施することとされており、平成20年度から実施されてきたところである。

今般、これまでの取組の実績や政府の方針等も踏まえ、医療保険者において、被扶養者を含めた加入者を対象として、より円滑な特定健診・保健指導の実施を推進し、保健事業の取組の強化を図るためには、医療保険者、事業者、市町村等の役割分担を明確にし、これらの関係者の連携を一層促進していくことが重要である。

こうしたことから、医療保険者における特定健康診査及び特定保健指導の提供方法等の今後のあり方について、今までの実績を踏まえて検討を行うため、関係者の参集を得て、厚生労働省保険局長が開催する。

2. 検討事項

- (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
- (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
- (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
- (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

3. 構成

- (1) 検討会は、医療保険者の代表者等から構成し、委員は別紙のとおりとする。また、厚生労働省健康局、労働基準局安全衛生部及び老健局の職員がオブザーバーとして出席する。
- (2) 保険局長は、必要に応じ、委員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 検討会の運営

- (1) 検討会の議事は、別に検討会において申し合わせた場合を除き、公開とする。
- (2) 検討会の庶務は、保険局医療介護連携政策課(本課)の協力を得て、同課医療費適正化対策推進室及び保険システム高度化推進室において行う。
- (3) この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、検討会において定める。

附則

この要綱は、平成23年4月25日から施行する。

平成28年6月17日	資料6
第3回健康診査等専門委員会	

特定健康診査・特定保健指導の在り方について
(これまでの議論の整理)

平成28年6月

特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会

特定健康診査・特定保健指導の在り方について (これまでの議論の整理)

平成28年6月

I. はじめに

健康診査は、自覚症状のない疾病または自覚症状のない段階で早期に危険因子や疾病を発見することが目的である。特定健康診査・特定保健指導は、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することは国民健康の確保の上で重要であり、また、医療費の伸びの抑制にも資することから、平成20年度から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づき、保険者が、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者に対して実施している。

特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与しているため、内臓脂肪を減少することで糖尿病等の諸病態の改善及び虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減が図られるという考え方のもと、血圧・血糖・脂質等に関する健康診査の結果から生活習慣の改善が特に必要な者を抽出して、医師、保健師、管理栄養士等が、そのリスクの程度に応じて、動機付け支援や積極的支援など生活習慣の改善のための指導を実施することにより、生活習慣病の予防を行うことを目的としている。国際的に肥満者の割合が増加する中で、我が国の肥満者の割合は横ばいもしくは減少傾向を示しており、特定健康診査・特定保健指導は内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病対策に貢献すると推察される。

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、保険者は特定健康診査等実施計画を、5年を一期として定めることとされており、平成30年度に第三期特定健康診査等実施計画が開始されることから、健診項目等の見直しを行う必要がある。特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会（以下、「本検討会」という。）では、厚生労働科学研究等により新たに蓄積された、特定健康診査・特定保健指導に関する科学的な知見を踏まえて、その項目や実施方法などの技術的事項について検討してきたところであり、その議論の経過を、ここにまとめる。

Ⅱ. 特定健康診査・特定保健指導の在り方について

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。

- 平成 28 年 1 月に開催された、保険者による健診・保健指導に関する検討会と本検討会の第 1 回合同検討会では、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とされた【参考 1】。
- 具体的には、がん検診はがんという疾患自体を発見するための検査群であるが、特定健康診査は虚血性心疾患、脳血管疾患等のハイリスク者を抽出するための検査群である【参考 2】。
- なお、特定健康診査は主に将来の虚血性心疾患、脳血管疾患等のリスクを確認する検査群であるが、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ことがあることに留意する必要がある。

2. これまでの特定健康診査・特定保健指導について

メタボリックシンドロームの概念に基づいた特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪蓄積に起因する生活習慣病対策に貢献すると推察される。

- 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、特定健康診査の結果、40～74 歳の被保険者・被扶養者の内臓脂肪蓄積が疑われる対象者に保健指導を行うこととしている。
- 国際的に肥満者の割合が増加する中で、我が国の肥満者の割合は、女性では横ばい、男性では平成 20 年以降増加が止まり、横ばいもしくは減少傾向を示している【参考 3】。
- 内臓脂肪蓄積型肥満は若年期からの危険因子の重積と関係するため、特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪蓄積に起因する生活習慣病対策に貢献すると推察される。

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。

- 生活習慣病の自然史を踏まえ、特定健康診査は、保健指導などの生活習慣に対する介入を前提とする検査群と、受診勧奨などの循環器リスクに対する治療による介入を前提とする検査群によって構成されていると考えることができる【参考4】。
- 特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪を減少することで糖尿病等の諸病態の改善及び虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減を図るものであるが、一方で、肥満者の割合が少ない我が国では、腹囲にかかわらず血圧、血糖、脂質等の危険因子に対する対策も必要である。
- 虚血性心疾患、脳血管疾患等の予防では、高齢化による疾病構造の変化や、リスク構造を踏まえた対策を行うことが肝要であり、特定健康診査・特定保健指導は、生活習慣病対策の一環として位置づけられる【参考5, 6】。
- また、父母に対する特定健康診査・特定保健指導等の生活習慣病対策が、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こと等も重要な視点である。
- 特定健康診査・特定保健指導の対象者の中に、非肥満の危険因子保有者が一定数存在することを踏まえ、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【参考7, 8】。
- 特定健康診査・特定保健指導を導入した当初に想定された通り、これまでの特定保健指導や非肥満の危険因子保有者に対する保健指導、受診勧奨などの介入を含めて、特定健康診査・特定保健指導を総合的な生活習慣病対策として捉える必要がある【参考9】。

4. 評価の考え方について

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。

- 平成28年1月に開催された、保険者による健診・保健指導に関する検討会と本検討会の第1回合同検討会では、特定健康診査は主に将来の疾患のリスクを確認する検査群であり、危険因子の蓄積を阻止するための特定保健指導や受診勧奨を要する危険因子に対する治療による介入等も含めて、一連のプログラムとして捉え、費用対効果も含めてシステム全体の評価を行うことが重要であるとされた【参考10】。
- 特定健康診査・特定保健指導の評価は、予測される発症確率や介入による

リスク低減効果に加え、健診受診率や保健指導の受診率、受診勧奨後の医療機関への受診率等を考慮して行う必要がある【参考 11, 12】。

- 特定健康診査・特定保健指導に関する新たな知見は日々蓄積されるため、定期的に評価し見直しを行うことが望ましい。

Ⅲ. 特定健康診査・特定保健指導の目的等について

1. 特定健康診査の目的について

特定健康診査の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価すること、危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価することである。

- 特定健康診査は、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病である糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防可能であり、また、発症した後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるとの考え方に立脚している。
- 本検討会では、特定健康診査の目的を、虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価すること、危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価することと整理し、アウトカムを虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症の抑制として検討を行った。

2. 健診項目の基本的考え方について

特定健康診査の健診項目は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価する基本的な項目と、危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価する詳細な健診の項目で、かつ介入可能なもので構成される。

- 特定健康診査の健診項目は、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る。
- 基本的な項目は虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価する項目、詳細な健診の項目は危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価する項目とした。
- 健診項目は検査可能なだけでなく介入可能である必要があり、基本的な項目は主として保健指導により生活習慣の改善を行うものであり、詳細な健診の項目は主として受診勧奨を行うものとした。
- 詳細な健診の項目は、健診項目ごとに対象者や実施頻度等について明確な実施基準を検討する必要があり、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。
- 健康診査と医療が担うべき役割は区別されるべきであり、治療中の患者が

治療の代用として特定健康診査を受けるべきではなく、それらの者に対しては、確実な受診勧奨を行うべきである。

3. 健診項目や保健指導対象者の選定の見直しについて

健診項目等の検討に際しては、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、現時点でのエビデンスを前提に、可能な範囲で論理的に検討していく必要がある。

- 健診項目等の見直しでは、特定健康診査・特定保健指導のアウトカムを明確にし、諸外国の知見も参考にしつつ、特定健康診査・特定保健指導の満たすべき要件を策定するとともに、厚生労働科学研究費補助金による研究班等の結果を踏まえ、それらの要件を満たすかどうか、検討を進めた【参考13-16】。
- 将来の虚血性心疾患や脳血管疾患の危険因子として発症・死亡を予測する国内外の診療ガイドライン等で共通した指標は、血圧、喫煙、脂質（総コレステロール）、糖尿病であり、これらは特定健康診査の健診項目に必要と判断した【参考17】。それ以外の項目については、文献レビューや国内のコホートの結果から、健診項目としての科学的エビデンスを精査した。なお、コレステロールや糖尿病をどの検査で評価するかについては、改めて検討した。
- 健診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との視点も重視しつつ、検査の目的や対象集団などに関して整理を行い、事後措置としての治療・介入についても対象者や方法について検討した。また、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ことに留意した。
- 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。

IV. 健診項目の見直しについて

1. 血圧について

血圧は引き続き基本的な項目に位置づける。

- 血圧は、将来の虚血性心疾患や脳血管疾患の危険因子として発症・死亡を予測する国内外の診療ガイドライン等で共通した指標であり、特定健康診査でも引き続き基本的な項目に位置づける【参考 17】

2. 脂質について

1) 総コレステロールと LDL コレステロール直接測定法について

総コレステロールを健診項目へ追加し、LDL コレステロール直接測定法を健診項目として廃止する。

- LDL コレステロールは虚血性心疾患、脳血管疾患の発症予測能を備えているが、国際的には、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ことが指摘されている。
- LDL コレステロール直接測定法は、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る。LDL コレステロール直接測定法は、中性脂肪が高いとばらつきが大きくなることから、現状では健診項目として適切でない【参考 18】。なお、全体的に測定精度は向上しつつあるため、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測定法自体の使用は可能である。
- 総コレステロールは脂質の主たる疫学調査項目として使用されており、国際的に虚血性心疾患、脳血管疾患等のハイリスク者のスクリーニングや国際比較に用いられていることから、特定健康診査においても健診項目とするべきである【参考 17】。

※「LDL コレステロール」＝「総コレステロール」－「HDL コレステロール」－「中性脂肪」/5

2) LDL コレステロール/non-HDL コレステロールについて

non-HDL コレステロールを保健指導対象者の指導に用いる。（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）

- 諸外国に比較して日本人の HDL コレステロールは高いことが指摘されて

いるため、総コレステロール高値の者には、LDL コレステロールは高値ではなく HDL コレステロールのみ高値の者が含まれてしまい、虚血性心疾患、脳血管疾患のリスクを過大評価してしまう懸念が指摘されていた。

- 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 において、既にスクリーニングとしての診断基準が示されている。また、non-HDL コレステロールは、総コレステロールから HDL コレステロールを減じたものであり（※）、日本人に多い HDL コレステロール高値や、高トリグリセライド血症、食後の中性脂肪高値が与える虚血性心疾患、脳血管疾患のリスク評価における影響を排除できる。また non-HDL コレステロールの虚血性心疾患、脳血管疾患の予測能は LDL コレステロールと同等もしくは優れていることが明らかとなったことから、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【参考 41】。
- なお、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一定程度定着しており、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ことに留意する。

※ 「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」

3) 中性脂肪について

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。

- 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、保健指導判定値は中性脂肪 150mg/dl として差し支え無いことが確認された【参考 41】。
- 中性脂肪は、健常者では食後 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り、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。

3. 代謝系について

1) 随時血糖について

随時血糖は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。

- 日本糖尿病学会が作成した糖尿病の臨床診断のフローチャートにおいて、随時血糖はスクリーニング基準に位置づけられており、虚血性心疾患や脳血

管疾患の発症予測能があることから、健診項目として活用可能である【参考 19, 41】。

- 健常者では、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検査値が異なるため、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り、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。

2) 尿糖について

尿糖は健診項目として廃止することも可能とする。

- 尿糖は腎臓の排泄閾値に影響を受けること、特定健康診査では血糖もしくはHbA1cの血液検査が実施されることから、健診項目から廃止することが可能である。

3) 空腹時血糖について

空腹時血糖の保健指導判定値は、年齢等を考慮することが望ましい。

- 現在は空腹時血糖の保健指導判定値を年齢に関係なく100mg/dlとしているが、特に高齢者の判定値については、指導効果の高い保健指導対象者を選定する観点から検討する必要がある。

4. 肝機能について

1) 肝機能検査の目的と位置づけについて

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り、基本的な項目から詳細な健診の項目へと位置づけを整理する。

- 高血圧や糖尿病、アルコール等に伴う肝機能障害に対する特定保健指導以外に、保健指導の有効性は確立しているとはいえない。
- 肝機能障害の者は、特定保健指導対象者である内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病を有する者と必ずしも一致しないこと、肝機能検査は主として医療機関への受診勧奨の対象者を選定するために実施する検査であることから、基本的な項目から詳細な健診の項目へと位置づけを整理し、検査の対象者を明確にした上で実施する【参考 20】。

2) 肝機能検査の対象者、検査間隔について

肝機能検査は、NAFLD/NASH やアルコール性肝障害等を対象疾患とし、血圧、脂質、代謝系検査が保健指導判定値以上の者や問診等で不適切な飲酒が疑われる者で医師が必要と認める者に対して実施する。

- 肝機能検査の対象疾患は、主として内臓脂肪蓄積に起因する脂質高値や代謝系異常により惹起される NAFLD/NASH や飲酒に起因するアルコール性肝障害等がある。血圧高値と NAFLD/NASH の関係性については議論があるが、飲酒に起因する高血圧が関与する肝機能障害もありうることから、対象者に含むことが妥当とした。
- 本来であれば、当該年の検査値に基づいて詳細な健診項目の対象者を選定すべきであるが、現状では検査結果が迅速に判明しない等の状況も認められることから、当該年もしくは前年の検査結果に基づいて対象者を選定することも可能。

3) 肝機能の検査項目について

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。

- γ -GT (γ -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肝機能検査項目の中で最も多く、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ことが明らかとなった【参考 21, 22】。また、 γ -GT (γ -GTP) は飲酒習慣と関連がある【参考 23, 41】。
- 保健指導の観点からは、 γ -GT (γ -GTP) 高値の者に対しては飲酒に対する保健指導が有効と考えられるが、その他の肝機能検査高値に対する保健指導は確立されているとはいえない。
- 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との意見があった。

5. 尿腎機能について

1) 尿腎機能検査の目的と位置づけについて

尿腎機能検査は腎機能障害の重症化を早期に評価するための検査であり、基本的な項目から詳細な健診の項目へと位置づけを整理する。

- 血圧 (塩分制限を含む)、血糖、肥満、禁煙、節酒等の特定保健指導以外

で腎機能障害に対する効果的な非薬物的介入方法は、蛋白制限(※)、NSAIDs等の薬剤使用の注意などである。

- 高血圧による腎硬化症及び糖尿病による糖尿病性腎症は、原因となる危険因子に対する有効な保健指導が確立しており、また多くが緩徐進行型であるため予防的介入が可能であるが、慢性糸球体腎炎は原因に対する保健指導が確立しているとはいえず、多くが急性進行型であるため予防的介入が困難である。
- 尿腎機能障害の者は、特定保健指導対象者である内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病を有する者と必ずしも一致しないこと、尿腎機能検査は主として医療機関への受診勧奨の対象者を選定するために実施する検査であることから、基本的な項目から詳細な健診の項目へと位置づけを整理し、検査の対象者を明確とした上で実施する【参考 24】。

※蛋白制限食に関しては、非糖尿病慢性腎臓病に対する腎保護効果は有意、糖尿病腎症では有意差は認めなかったというメタ解析結果がある。

2) 尿腎機能の対象者、検査間隔について

尿腎機能検査は、40才から74才の対象者に多くみられる高血圧による腎硬化症、糖尿病による糖尿病性腎症等を対象疾患とし、血圧又は代謝系検査が保健指導判定値以上の者で医師が必要と認める者に対して実施する。

- 若年者に多くみられる腎機能障害の主たる原因は、尿蛋白検査が早期発見につながる慢性糸球体腎炎であり、中高年者に多くみられる腎機能障害の主たる原因は、糖尿病性腎症や腎硬化症である。
- 一般に腎機能障害の進展は緩徐であるため、尿腎機能検査は毎年実施する必要はないという議論もあり、実施間隔を含めて医師が必要と認める者に実施することとする。
- 当該年の検査値に基づいて詳細な健診項目の対象者を選定することが望ましいが、現状では検査結果が迅速に判明しない等の状況も認められることから、当該年もしくは前年の検査結果に基づいて対象者を選定することも可能とする。

3) 尿腎機能検査の検査項目について

特定健康診査の詳細な健診項目として血清クレアチニン検査を実施するものとし、糖尿病性腎症等の重症化予防等が課題となっている保険者が、尿蛋白検査を併せて実施することも可能とする。

- 尿腎機能検査では、尿蛋白、血清クレアチニンとも腎機能の低下又は虚血性心疾患、脳血管疾患の予測能が認められた【参考 25-27, 41】。
- 中高年者に多くみられる糖尿病性腎症では尿蛋白検査、血清クレアチニン検査のいずれもが早期に異常を呈しうること、腎硬化症の早期発見にはクレアチニン検査(eGFR)が有効であることから、特定健康診査では腎硬化症、糖尿病性腎症のいずれとも関連する血清クレアチニン検査を実施する。
- 尿蛋白検査は起立性尿蛋白など腎機能障害がなくとも尿蛋白陽性となる偽陽性に加えて、尿蛋白陰性でも 30%程度は異常アルブミン尿が存在する偽陰性も明らかとなり精度に課題があること、血清クレアチニン検査による eGFR は、実測値とのばらつきが大きく偽陽性も多いため、経年変化で判断する必要があることについて、留意が必要である。

6. 血液一般について

血液一般は貧血の重症化を早期に評価するための検査であるが、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病ではなく、特定健康診査において実施すべき健診項目とはいえないことから、健診項目として廃止することも可能とする。

- ヘマトクリットに関しては、虚血性心疾患、脳血管疾患と関連するとのエビデンスはみられるものの、検査室を持たない施設ではヘマトクリット、赤血球数は精度管理が困難であり、現状の特定健康診査ではエビデンスが十分とはいえない。
- ヘモグロビンに関しては、国内の一般集団（非患者集団）のコホート研究において、虚血性心疾患、脳血管疾患と関連するとのエビデンスは認められない【参考 41】。

7. 12誘導心電図について

1) 12誘導心電図の目的と位置づけについて

12誘導心電図は次年度に詳細な健診として実施するのではなく速やかな受診勧奨を行うこととする。ただし、特定健康診査において速やかに検査の実施が可能な場合は、引き続き詳細な健診として実施することは妨げない【参考 28】。

- 臓器障害を評価するための検査であるため、対象者にはできるだけ早期に検査を実施するべきであり、異常を指摘された場合はできるだけ早期の精密検査や医療による介入が望ましいことから、12誘導心電図は主として医

療機関で実施することとし、特定健康診査では基本的に対象者に受診勧奨を行う。

- 労働安全衛生法に基づく定期健康診断などのように、特定健康診査と同時に12誘導心電図を実施する場合もあることから、速やかに検査の実施が可能な場合は、引き続き詳細な健診として実施することは妨げない。

2) 12誘導心電図の対象者、検査間隔について

12誘導心電図は、左室肥大や心房細動等を対象疾患とし、血圧が受診勧奨判定値以上の者や問診等で不整脈が疑われる者で医師が必要と認める者に対して実施する。

- 12誘導心電図で早期発見が期待される介入可能な健康事象には、高血圧による左室肥大や心房細動などの不整脈等がある【参考29】。
- 異常を指摘された者は医療による介入が行われるため、詳細な健診であっても同一人物に毎年実施する必要はなく、医師が必要と認める者に対して実施することとする。

8. 眼底検査について

1) 眼底検査の目的と位置づけについて

眼底検査は、次年度に詳細な健診として実施するのではなく速やかな受診勧奨を行うこととする。ただし、特定健康診査において速やかな検査の実施が可能な場合は、対象者を明確にした上で引き続き詳細な健診として実施することは妨げない【参考30】。

- 臓器障害を評価するための検査であるため、対象者にはできるだけ早期に検査を実施するべきであり、異常を指摘された場合はできるだけ早期の精密検査や医療的な介入が望ましいことから、眼底検査は主として医療機関で実施することとし、特定健康診査では基本的に対象者に受診勧奨を行う。
- 特定健康診査と同時に眼底検査を実施するなど、速やかに検査の実施が可能な場合は、引き続き詳細な健診として実施することは妨げない。

2) 眼底検査の対象者、検査間隔について

眼底検査は、高血圧性網膜症や糖尿病性網膜症等を対象疾患とし、血圧又は代謝系検査が受診勧奨判定値以上の者で医師が必要と認める者に対して実施する。

- 眼底検査で早期発見が期待される介入可能な健康事象には、高血圧や糖尿病に伴う網膜症等がある。
- 異常を指摘された者は医療による介入が行われるため、詳細な健診であっても同一人物に毎年実施する必要はなく、医師が必要と認める者に対して実施することとする。
- 当該年の検査値に基づいて詳細な健診項目の対象者を選定することが望ましいが、現状では検査結果が迅速に判明しない等の状況も認められることから、当該年もしくは前年の検査結果に基づいて対象者を選定することも可能とする。

3) 眼底検査の検査項目について

眼底検査の判定は判定医の経験、技量に左右されるため、検査の精度が明確でなく、健診として実施する場合には判定基準の標準化を担保する必要がある。

9. 腹囲について

1) 腹囲と虚血性心疾患・脳血管疾患の発症リスクについて

虚血性心疾患・脳血管疾患は、腹囲にかかわらず血圧、血糖、脂質等の危険因子と関連している。

- 現行の保健指導区分に基づき、腹囲及び BMI が基準未満の者を「対照群」とした場合、積極的支援群では男女ともに虚血性心疾患、脳血管疾患の発症リスクが高いこと、腹囲が基準以上であっても危険因子を保有しない者は、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクは上昇しない【参考 31】。
- 腹囲及び BMI が基準未満で危険因子を持たない者を「厳密な対照群」とした場合、動機づけ支援群、積極的支援群とともに、腹囲及び BMI が基準未満で危険因子を1つ以上持つ者は、男女ともに虚血性心疾患、脳血管疾患の発症リスクが高いことが明らかとなった。さらに、腹囲及び BMI が基準未満で危険因子を1つ以上持つ者は、腹囲又は BMI が基準以上で危険因子を持たない者よりも、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクが高い【参考 32】。
- 虚血性心疾患や脳血管疾患の発症を予防するためには、腹囲及び BMI が基準未満で危険因子を保有する者に対して、さらなる対応を実施する必要がある。
- また、女性では、腹囲及び BMI が基準未満の者における虚血性心疾患・脳血管疾患の発症者数が、腹囲又は BMI が基準以上の者における発症者数を上

回ることから、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症リスクだけでなく発症者数にも留意して対策を行う必要がある【参考 32】。

- 高齢、血圧高値、血糖高値、脂質異常、喫煙は、男女ともに虚血性心疾患・脳血管疾患の発症リスクを高める主たる危険因子であった【参考 33, 34】。喫煙は虚血性心疾患・脳血管疾患の発症に強く関連することから、現在情報提供レベルである喫煙以外の危険因子を持たない者に対しても、対策を検討するべきである。

2) 腹囲の位置づけについて

腹囲が基準以上の者で危険因子が重積する者では、内臓脂肪の蓄積が危険因子を増加させる主たる原因であり、腹囲は内臓脂肪の減少を図る特定保健指導の対象者を効率的に抽出する簡易な手法であるが、感度・特異度などの測定精度に課題があるため、より適切な検査法が求められる【参考 35, 36】。

- インピーダンス法や CT などを用いた測定で明らかのように、腹囲が基準以上であれば必ず内臓脂肪の蓄積があるわけではなく、また、腹囲が基準未満であっても内臓脂肪の蓄積がある場合がある。

3) 保健指導対象者の選定・階層化について

保健指導対象者の選定・階層化基準においては、非肥満者を含め、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、腹囲が基準以上の者については従来の介入方法（特定保健指導）を選択し、腹囲が基準未満の者については新たな介入方法を行うことが妥当である【参考 37】。

4) 腹囲の基準値について

腹囲の基準値は、男性 85cm 以上、女性 90cm 以上とする。

- 現状の腹囲の基準値は、内臓脂肪を 100cm^2 有する者の腹囲である男性 85cm 以上、女性 90cm 以上を採用している。これらは危険因子を 1 つ有する者の腹囲の値とも一致する【参考 38】。
- さらに、女性の腹囲を 85cm へ変更した場合を検討したが、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症リスクに与える影響は小さいことから、現状の基準値を維持する。【参考 39】。

5) 現在は特定保健指導の対象とならない非肥満の危険因子保有者への対応について

循環器疾患による年齢調整死亡率等を低減するため、現在は特定保健指導の対象となっていない非肥満の危険因子保有者に対して、従来の特定保健指導の対象者と同等程度の介入を実施すべきである。

- 腹囲が基準未満で危険因子を保有する者のうち、内臓脂肪の蓄積がある者は特定保健指導で対応可能であるが、内臓脂肪の蓄積以外の原因に起因する危険因子が集積する者については、その原因を特定し可能な介入方法を検討する必要がある。
- また、腹囲が基準未満の者が保有する危険因子は高血圧が最も多く、主としてナトリウム（食塩）摂取、運動不足、アルコール摂取などが原因であるが、個人によって異なる要因が作用しているため、危険因子を増大させている原因を個人ごとに特定し介入可能な方法を検討する必要がある。
- 腹囲が基準未満の者は喫煙者の割合が多い傾向にあることが明らかとなったため、特に腹囲が基準未満の者に対しては、これまで以上に禁煙対策を強化する必要がある。
- 非肥満の危険因子保有者に対する介入は、危険因子の原因ごとに対象者や介入方法等をプログラム化して提示する必要がある、その際、受診勧奨判定値以上では、適切に医療につなげることも重要である。
- 非肥満の危険因子保有者に対する対策に取り組む保険者を評価する仕組みが必要であることに留意する必要がある。

6) 我が国のメタボリックシンドロームの診断基準について

メタボリックシンドロームの診断基準は、学術的に再検討を行う必要がある。

- 我が国のメタボリックシンドロームの診断基準は、策定して10年が経過していることから、諸外国の診断基準との整合性を含め、新たな知見に基づき、学術的に再検討を行うよう関係学会に求める【参考40】。

10. 理学的検査（身体診察）について

特定健康診査において、自覚症状や既往歴等の確認などの問診、聴診、脈診などの基本的な身体診察は必要である。

- 一般に医学教育の場では、理学的検査という用語は用いられなくなりつつあるため、表記を身体診察とすることが望ましい。
- 貧血、不整脈については、質問項目での把握に加えて、身体診察での確認を行う必要がある。

11. 標準的な質問項目について

1) 質問項目の見直しについて

- 糖尿病、脂質異常症、高血圧症などの危険因子や虚血性心疾患、脳血管疾患の発症・死亡の予測能等を踏まえ、既存の項目、追加の項目について検討された改訂質問票（案）が提案されたが、以下のような意見が出された。
- 腎機能障害の可能性のある対象者を広く抽出する観点から、慢性腎臓病（CKD）は軽症から重症まで幅広い概念であることに留意しつつ、質問項目の腎不全の標記を CKD へ変更することが望ましい。
- 虚血性心疾患等のリスクは喫煙者、禁煙者、非喫煙者の順で高まるため、現在の非喫煙に加えて禁煙の有無や禁煙期間を把握することが重要であり、リスクの層別化のためには、ブリンクマン指数を概算可能な質問項目が必要である。
- 栄養摂取や食習慣の状況を把握する観点から、歯の数や咀嚼等、幅広く歯科口腔を把握する質問項目を追加することは評価できる。
- 虚血性心疾患や脳血管疾患の発症・死亡を予防する観点から、食塩摂取や野菜摂取等、肥満と関係しない食習慣に関する質問項目についても検討が必要である。
- 肥満と関係する食事の過量摂取を質問する方法と、肥満とも関連し改善可能な食習慣である食事の速度を質問する方法のいずれを採用すべきか、さらなるエビデンスの蓄積が必要である。
- 食塩や野菜等の摂取量を推定する質問項目では、二択形式以外の回答形式を検討する必要がある。
- 魚類は必須脂肪酸を多く含む一方で、食塩摂取の原因でもあるなど、特に食生活に関する質問では、目的に応じた質問項目と質問形式を採用する必要がある。
- 生活習慣や食習慣は年代によって異なるため、年齢を考慮した質問項目とすべきとの意見もあるが、実施可能性の観点からも検討する必要がある。

- 12誘導心電図の対象者を広く抽出する観点から、脈の乱れに関する質問項目が必要である。
- 特定健康診査の質問項目については、広く国民の生活習慣を把握する観点から、他の健康診査における質問項目や国民健康・栄養調査等の調査における質問項目等との整合性等も検討した上で、40歳以上75歳未満の者に対する質問項目の在り方を検討する必要がある。

2) 質問項目に関する検討の進め方について

- 各質問項目に関して科学的エビデンスを整理するとともに、生活習慣病の危険因子や、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症・死亡の予測等に対する質問票全体としての効果を評価する必要がある。
- 現状の特定健康診査のシステムでは、多くの生活習慣に関する質問項目がデータとして蓄積されておらず、質問票全体としての効果を評価することが困難であることが明らかとなった。地域の健康状態を比較するためにも、健康状態に関する質問を登録する必要があるとの意見があった。
- また、質問票の見直しに際しては、現行の質問票の効果について検討するとともに、新たな質問票の効果について妥当性の検証を実施する必要があるとの意見があった。

3) 標準的な質問項目について

- 健診受診者全員に対して実施する質問項目は、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の他、生活習慣病のリスクの評価に資する項目、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、地域の健康状態の比較に資する項目である。
- 質問票は可能な限り簡素であることが望ましく、特定健康診査時に受診者全員に実施する質問項目と保健指導時に対象者に実施する質問項目は区別する必要があるとの意見があった。
- 虚血性心疾患や脳血管疾患の発症・死亡を予防する観点から、喫煙、飲酒、身体活動の質問項目については、肥満者、非肥満者にかかわらず健診受診者全員に実施する必要があるとの意見があった。

V. おわりに

糖尿病、脂質異常症、高血圧症は、虚血性心疾患、脳血管疾患などにつながる危険因子である。糖尿病、脂質異常症、高血圧症は、自らの生活習慣を見直すことにより予防可能であり、また、発症した後であっても、血糖や血圧等に対する保健指導や治療による介入を実施することによって、虚血性心疾患や脳血管疾患等への進展や重症化を予防することが可能である。

本検討会では、特定健康診査・特定保健指導の在り方、目的等について議論を行うとともに、特定健康診査・特定保健指導の満たすべき要件を踏まえ、厚生労働科学研究を中心に蓄積された科学的エビデンスに基づき、健診項目の見直し等について技術的な検討を行ってきた。本稿は、虚血性心疾患や脳血管疾患等の生活習慣病の発症や死亡率の減少を実現するため、現時点での最新の知見に基づき、特定健康診査・特定保健指導の科学的基盤の確立に資することを目的としてまとめたものである。

特定健康診査・特定保健指導の枠組みや円滑な実施の在り方を検討するに当たっては、本稿に指摘した科学的エビデンスを踏まえ、実施率の向上等の観点から制度的な検討が行われることを期待する。さらに、本稿を契機として、国民一人ひとりが、自らの生活習慣を見直すことによって、糖尿病、脂質異常症、高血圧症の知識を高め、以て虚血性心疾患や脳血管疾患等の疾病の発症及び重症化を予防し、生涯にわたる健康の増進に向けた自主的な取組みを実践することを願うものである。

特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会 構成員名簿

磯 博康	大阪大学大学院医学系研究科
岡村智教	慶應義塾大学医学部
門脇 孝	東京大学大学院医学系研究科
杉田由加里	千葉大学大学院看護学研究科
武見ゆかり	女子栄養大学栄養学部
津下一代	あいち健康の森健康科学総合センター
寺本民生	帝京大学医学部
藤内修二	大分県福祉保健部健康対策課
○永井良三	自治医科大学
福田 敬	国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

○座長

特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会における検討経緯

第1回検討会（平成28年1月8日）

（第17回 保険者による健診・保健指導等に関する検討会と合同開催）

議題：（1）合同検討会について

（2）特定健康診査・特定保健指導に関する検討体制について

参考人（敬称略）

辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科

第2回検討会（平成28年1月19日）

議題：（1）議論の進め方について

（2）特定健康診査・特定保健指導の満たすべき要件について

（3）特定健康診査の健診項目等について

（4）その他

第3回検討会（平成28年2月2日）

議題：（1）特定健康診査の健診項目について（脂質・肝機能・代謝系）

（2）その他

第4回検討会（平成28年3月11日）

議題：（1）特定健康診査の健診項目について（尿腎機能・詳細な健診）

（2）その他

参考人（敬称略）

渡辺 毅 独立行政法人労働者健康福祉機構 福島労災病院

第5回検討会（平成28年4月5日）

議題：（1）健診・検診の考え方と尿腎機能検査の位置づけについて

（2）特定健康診査の健診項目について（腹囲・その他）

（3）その他

第6回検討会（平成28年5月10日）

議題：（1）特定健康診査の健診項目について（腹囲・その他）

（2）これまでの議論の整理

第7回検討会（平成28年5月17日）

議題：（1）標準的な質問項目について

（2）その他

参考人（敬称略）

中山健夫 京都大学大学院医学研究科

三浦宏子 国立保健医療科学院国際研究協力部

（ 事務局注 ： 以降の【参考資料】は省略している ）

**第三期特定健康診査等実施計画期間に向けての
特定健診・保健指導の実施について
(これまでの議論の整理)**

平成 28 年 8 月 10 日
保険者による健診・保健指導等に関する検討会

1 はじめに

平成 30 年度から 35 年度までの第三期特定健康診査等実施計画期間における特定健診・保健指導の在り方については、平成 28 年 1 月の本検討会及び「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」(健康局)の合同検討会の開催以降、本検討会では、6 回に渡って議論したところである。

今後の保険者を始めとする関係者の実施準備に資するよう、現時点での見直しの議論について、以下のとおり、とりまとめる。

2 基本的な視点

本検討会では、「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」での科学的知見の整理を前提としつつ、これに加え、生活習慣病対策全体を俯瞰した視点、実施体制、実現可能性と効率性、実施率、費用対効果といった視点を踏まえ検討を行った。

また、「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」において議論が行われていることも踏まえ、整合性の取れた健診項目とする。

3 特定健診・保健指導の枠組みについて

(1) 腹囲基準について

- 特定健診・保健指導としては、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目した現行の特定保健指導対象者の選定基準を、引き続き、維持する。
- 内臓脂肪の蓄積を評価する方法は、現行の腹囲基準(男性 85cm 以上、女性 90cm 以上)を維持する。

※ 特定健康診査は、高齢者の医療の確保に関する法律及び政令において、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって内臓脂肪の蓄積に起因するものに関して実施する健康診査とされている。また、特定保健指導は、この特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対して実施する保健指導とされている。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、「保健指導対象者の選定・階層化基準においては、非肥満者を含め、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、腹囲が基準以上の者については従来の介入方法(特定保健指導)を選択し、腹囲が基準未満の者については新たな介入方法を行うことが妥当である」と整理された。

(2) 特定保健指導の対象とならない者への対応

- 腹囲が基準未満でリスク要因（血圧高値、脂質異常、血糖高値）がある者は特定保健指導の対象者とはならないが、これらのリスク要因がある者への対応方法等については重要な課題であり、引き続き、検討を行う。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、「循環器疾患による年齢調整死亡率等を低減するため、現在は特定保健指導の対象となっていない非肥満の危険因子保有者に対して、従来の特定保健指導の対象者と同等程度の介入を実施すべきである」と整理された。

4 健診項目について

特定健康診査については、特定健診・保健指導として既に8年以上運用されており国民に定着してきた健診であること、検査値の連続性を担保する必要性、被扶養者及び国保加入者にとっては制度上義務づけられた唯一の健診であること等から、現在実施している健診項目等について基本的に維持することとする。その上で、科学的知見の整理及び労働安全衛生法に基づく定期健康診断の見直しを踏まえて、以下の項目について見直しを行う。

(1) 基本的な健診の項目

①血中脂質検査

- LDL コレステロールは、いわゆる「悪玉コレステロール」として既に国民や健診・保健指導の現場で定着しており、特定健康診査の円滑な運用及び検査値の連続性を担保するため、引き続き、健診項目として維持すべきである。ただし、LDL コレステロールの代わりに non-HDL コレステロール^{注1)}を用いることも可とするかどうかも含め、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の見直しを踏まえ、引き続き検討する。

注1) 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)

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、「non-HDL コレステロールを保健指導対象者への指導に用いる。(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)」とされ、non-HDL コレステロールは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ことから、「総コレステロールを健診項目へ追加し、LDL コレステロール直接測定法を健診項目として廃止する」と整理された。また、「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測定法自体の使用は可能である」と整理された。

②血糖検査

- 血糖検査は原則として空腹時血糖又はヘモグロビン A1c を測定することとし、空腹時以外はヘモグロビン A1c のみを測定することとする。ただし、

健診受診率の向上のために、随時血糖を検査項目に新たに位置づけることが有効であるとの意見があったことから、やむを得ず空腹時以外においてヘモグロビン A1c 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。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、「随時血糖は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」と整理された。

③尿検査

○ 尿検査は、既に基本項目として特定健康診査の全ての対象者に実施されており、侵襲性も低い検査項目であるため、引き続き、基本的な項目として維持すべきである。労働安全衛生法に基づく定期健康診断の見直しを踏まえ、引き続き検討する。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、「尿糖は健診項目として廃止することも可能とする」とされ、尿蛋白検査は尿腎機能検査の中で議論され、「尿腎機能検査は腎機能障害の重症化を早期に評価するための検査であり、基本的な項目から詳細な健診の項目へと位置づけを整理する」、尿腎機能検査の検査項目としては、「特定健康診査の詳細な健診項目として血清クレアチニン検査を実施するものとし、糖尿病性腎症等の重症化予防等が課題となっている保険者が、尿蛋白検査を併せて実施することも可能とする」と整理された。

④肝機能検査

○ 肝機能検査は、従前から基本的な健診の項目として実施され、健診受診者に定着してきた項目であり、特定保健指導の現場でも重要な指標である。被扶養者及び国保加入者にとっては制度上義務づけられた唯一の健診であり健診項目を削除する場合はこの点も十分に考慮する必要があること、当該検査を詳細な健診の項目とした場合に、健診受診者のうち肝機能検査の対象者が占める割合が高い可能性があり、むしろ実務的負担が増す可能性があること等を踏まえ、引き続き、現状の検査項目を基本的な項目として維持する。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、肝機能検査の位置づけについては、「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り、基本的な項目から詳細な健診の項目へと位置づけを整理する」とされ、検査項目については、「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」と整理された。

(2) 詳細な健診項目

①心電図検査

- 心電図検査の対象者は、当該年の特定健康診査の結果等において、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認めるものを対象とする。
- 実施方法は、血圧測定値は特定健康診査当日に把握可能であるため、当該年の特定健康診査の結果等に基づき速やかに検査を実施する（速やかに心電図検査が行えない場合は、受診勧奨を行う）こととするが、運用方法の詳細については別途検討する。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、対象者には早期に検査を実施するべきであることから、「12誘導心電図は次年度に詳細な健診として実施するのではなく速やかな受診勧奨を行うこととする。ただし、特定健康診査において速やかに検査の実施が可能な場合は、引き続き詳細な健診として実施することは妨げない」とされ、対象者については、「左室肥大や心房細動等を対象疾患とし、血圧が受診勧奨判定値以上の者や問診等で不整脈が疑われる者で医師が必要と認める者に対して実施する」と整理された。

②眼底検査

- 眼底検査の対象者は、原則として当該年の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認めるものを対象とする。
- 実施方法は、原則として当該年の特定健康診査の結果等に基づき速やかに検査を実施する^{注2)}（速やかに眼底検査が行えない場合は、受診勧奨を行う）こととするが、運用方法の詳細については別途検討する。
- 本検討会では、血糖検査は特定健康診査を実施した当日に検査結果を把握できない場合があり、健診受診者の利便性を考慮し、眼底検査が必要な者に速やかに検査を実施するためには、前年の検査結果に基づき対象者を選定することも引き続き可能とすべきとの意見があった。

注2) 血圧測定値は特定健康診査当日に把握可能であるため、当該年の特定健康診査の結果等に基づき速やかに眼底検査が行える場合は、詳細健診として実施することができる。

※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、対象者には早期に検査を実施するべきであることから、「眼底検査は次年度に詳細な健診として実施するのではなく速やかな受診勧奨を行うこととする。ただし、特定健康診査において速やかに検査の実施が可能な場合は、対象者を明確にした上で引き続き詳細な健診として実施することは妨げない」とされ、対象者については、「高血圧性網膜症や糖尿病性網膜症等を対象疾患とし、血圧又は代謝系検査が受診勧奨判定値以上の者で医師が必要と認める者に対して実施する」と整理された。

③血清クレアチニン検査

- 糖尿病性腎症に対する重症化予防の取組を保険者として推進しており、血清クレアチニン検査（eGFR）は国民にとってもわかりやすい腎機能の評価であることから、特定健康診査で実施すべきという意見であった。ただし、健診項目の位置づけについては、基本的な項目に位置づけ健診項目を充実させるべきという意見と、尿蛋白検査で一定程度腎機能の評価できるため詳細な健診の項目として実施すべきという意見の両論があった。
- これを受け、今回の見直しでは、血清クレアチニン検査を詳細な健診の項目に追加し、eGFRで腎機能の評価することとする。
- 血清クレアチニン検査の対象者は、当該年の検査結果を用いて対象者を選定するとした場合、採血を2回実施する必要性があり、健診受診者及び実施者の負担が倍増する等の課題がある。一方で、65歳以上の者では、血圧又は血糖値が保健指導判定値以上の者が健診受診者の8割以上となる^{注3)}。
- これらを踏まえ、対象者は、血圧又は血糖値が保健指導判定値以上となる割合が高い年齢を設定した上で、医師が必要と認める者として考えられる。なお、設定する年齢や運用方法については、別途検討する。

注3) NDBより平成26年度特定健診・保健指導実施分について保険局で集計。

- ※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、尿腎機能検査は腎機能障害の重症化を早期に評価するための検査であり、検査項目としては、「特定健康診査の詳細な健診項目として血清クレアチニン検査を実施するものとする」とし、対象者は「高血圧による腎硬化症、糖尿病による糖尿病性腎症等を対象疾患とし、血圧又は代謝系検査が保健指導判定値以上の者で医師が必要と認める者に対して実施する」と整理された。

④貧血検査

- 貧血検査は、従前から詳細な健診の項目として実施され、健診受診者に定着してきた項目であること、被扶養者及び国保加入者にとっては制度上義務づけられた唯一の健診であり健診項目を削除する場合はこの点も十分に考慮する必要があること、女性の健診受診を促す観点からも重要な項目であること等を踏まえ、引き続き、詳細な健診の項目として維持する。

- ※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、「血液一般は貧血の重症化を早期に評価するための検査であるが、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病ではなく、特定健康診査において実施すべき健診項目とはいえないことから、健診項目として廃止することも可能とする」と整理された。

(3) 標準的な質問票

- これまでの質問項目との継続性を考慮しつつ、必要な修正を加えるとともに、生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取組の端緒となる質問項目を追加することとする。質問項目については、別添のとおりとする。

5 特定保健指導対象者の選定について

血糖検査において随時血糖（食直後を除く）を可とした場合の基準を定め、保健指導対象者の選定基準に追加する。

6 今後の対応

- 健診項目の見直しに伴い、以下については更なる科学的な知見の整理に基づき決定する。
 - ・ non-HDL コレステロールの受診勧奨判定値及び保健指導判定値
 - ・ 血糖検査が随時血糖のみとなった場合における随時血糖の階層化判定基準、受診勧奨判定値及び保健指導判定値
 - ・ 随時血糖の除外要件とする「食直後」の定義
 - ・ 血清クレアチニン（eGFR）の受診勧奨判定値及び保健指導判定値
 - ・ 眼底検査の実施方法
- 詳細な健診項目の見直しに伴う実施・運営方法の詳細については、別途検討する。（「実務担当者による特定健診・保健指導等に関するWG」で検討し、検討会に報告する。）
- 特定保健指導の見直しや特定健診・保健指導の実施率向上に向けた対応については、引き続き、検討を行う。

※ 下線部が変更箇所である。質問項目 13 は、「この 1 年間で体重の増減が±3kg 以上増加している」を削除し、新たに「食事をかんで食べる時の状態」の質問を加えた。質問項目数の変更はない。

	質問項目	回答
	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 ※(「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9	20 歳の時の体重から、10kg 以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食(菓子類・果物など)や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない

17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール 500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ