

## 第2編 健診



## 第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、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、発症してしまっても、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、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いう考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などに至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる。

## 第2章 健診の内容

### 2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

#### （1）基本的考え方

○糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。対象集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、血清クレアチニンなどの他の検査項目も必要に応じて追加することが望ましい。

○標準的な質問項目は、①生活習慣病リスクの評価、②保健指導の階層化、③健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し、活用するものであるという考え方に基づくものとする。対象集団の特性等を踏まえ、他の質問項目も必要に応じて追加することが望ましい。

#### （2）具体的な健診項目

特定健診の項目として健診対象者の全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下のとおりとする。

##### ①特定健診の基本的な項目（別紙1参照）

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

※ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\begin{aligned} \text{JDS 値 (\%)} &= 0.980 \times \text{NGSP 値 (\%)} - 0.245\% \\ \text{NGSP 値 (\%)} &= 1.02 \times \text{JDS 値 (\%)} + 0.25\% \end{aligned}$$

## ②特定健診の詳細な健診の項目（別紙2参照）

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）のうち、一定の基準（別紙2参照）の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、別紙2の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明する必要がある。

## ③その他の健診項目

特定健診以外の健康診査においては、それぞれの法令・制度の趣旨・目的や対象となる集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、必要に応じて①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。中でも、血清尿酸や血清クレアチニン等については検査を実施することが望ましい。

## （3）質問項目

特定健診の基本的な健診の項目に含まれる質問項目を含めた標準的な質問票を別紙3とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。選定・階層化に必要とされる質問項目1～3（服薬状況）、4～6（既往歴、現病歴）、8（喫煙習慣）は、特定健診における必須項目である。労働安全衛生法における健診結果等、他の健診結果を活用する場合、必須項目を確実に取得することが必要である。

なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも保健指導の際の重要な情報となる。

## （4）測定方法とその標準化

- 医療保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。
- 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
- 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
- 健診の検査実施方法および留意事項については別紙4を参照。
- 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定値については別紙5を参照。

## (5) 測定値の精度管理

- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。
- 内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「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」（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）（別紙 6 参照）における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。
- ①内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること）

健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように務め、検査値の精度を管理する。
- ②外部精度管理（健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすること）

日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施している外部精度管理調査を少なくとも 1 つは定期的に受け、検査値の精度が第三者によって管理されているようにする。

## (6) 健診項目の判定値

- 各健診項目における保健指導判定値及び受診勧奨判定値は別紙 5 参照。
- これらの判定値は、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の関係学会のガイドラインとの整合性を確保する必要がある。
- 国は、学会との連携の下、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の知見に基づく判定基準値とするよう定期的に検討する必要がある。

## (7) 健診項目の定期的な見直し

効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、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健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。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、その有効性、必要性について費用対効果を含め、対象集団の特性を踏まえて検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。

## 2-2 健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について

### （1）基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する（フィードバックする）ことが重要である。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。
- 特に、特定健診の結果、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、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。

### （2）具体的なフィードバックの内容

フィードバックはすべての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者が対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、別添資料の文例集を参考に、対象者個々人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

#### ① 確実に医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、医療機関においてすみやかに治療を開始すべき段階であると判断された対象者については、確実に医療機関を受診し治療を開始することを支援する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

なお、このことはかかりつけ医のいない対象者にとってかかりつけ医を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終わるのではなく、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえ、認知を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることもある。

## ② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれもが含まれ得る。こうした者へのフィードバックでは、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関での受療を促すというきめ細かな方法も考えられる<sup>\*</sup>。

なお、血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

※受診勧奨判定値を超えた場合でも、Ⅰ度高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

### ③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックするとともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

### (3) 情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題があり再測定が重要であること、中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

### (4) 受診勧奨後のフォローアップ

医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

## 第3章 保健指導対象者の選定と階層化

### (1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・血糖高値・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の選定を行う。
  
- 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。
  
- 若い時期に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行う。
  
- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、選定・階層化を行い、特定保健指導を実施する。

## (2) 具体的な選定・階層化の方法

### ステップ1 (内臓脂肪蓄積のリスク判定)

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
  - ・腹囲 男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上 →(1)
  - ・腹囲 (1)以外 かつ BMI $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup> →(2)

### ステップ2 (追加リスクの数の判定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、  
④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

①血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上	又は
	b HbA1c (NGSP) の場合	5.6%以上	又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)		
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満	又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)		
③血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上	又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)		
④質問票		喫煙歴あり	

※ 血糖検査については、HbA1c 検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にとっては、HbA1c を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

※ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\begin{aligned} \text{JDS 値 (\%)} &= 0.980 \times \text{NGSP 値 (\%)} - 0.245\% \\ \text{NGSP 値 (\%)} &= 1.02 \times \text{JDS 値 (\%)} + 0.25\% \end{aligned}$$

### ステップ3 (保健指導レベルの分類)

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述のとおり、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

#### (1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者は	積極的支援レベル	
1の対象者は	動機づけ支援レベル	
0の対象者は	情報提供レベル	とする。

#### (2)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は	積極的支援レベル	
1又は2の対象者は	動機づけ支援レベル	
0の対象者は	情報提供レベル	とする。

### ステップ4 (特定保健指導における例外的対応等)

○65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL (Quality of Life) の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要である等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機づけ支援」とする。

○降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているため、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、医療保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じて主治医に情報提供することが望ましい。

### (3) 留意事項

- 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、必要に応じて保健指導の実施を検討することが望ましい。特に、腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、血糖高値・血圧高値・脂質異常等のリスクを評価する健診項目を用い、個別の生活習慣病のリスクを判定する。
  
- 65歳以上の者に保健指導を行う場合は、ロコモティブシンドローム<sup>1</sup>、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下の予防等に留意し<sup>2</sup>、対象者の状況に応じた保健指導を行うことが望ましい。
  
- 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果や質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。
  
- 今後は、特定健診・特定保健指導の実績や新たな科学的知見に基づき、必要に応じて保健指導対象者の選定・階層化基準についても見直す必要がある。

---

<sup>1</sup> ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は、運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態と定義される。ロコモティブシンドローム予防には歩行能力の維持向上が大切である。【参考】ロコモティブシンドローム診療ガイド 2010（日本整形学会編）

<sup>2</sup> 栄養改善（血清アルブミン値の維持など）、口腔機能の維持向上、認知機能低下予防（特に軽度認知障害の高齢者に対する脳の活性化を含む運動・身体活動の積極的取り入れ）等は、いずれもプログラムの有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル(改訂版:平成 24 年 3 月 厚生労働省老健局)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

## 第4章 健診における各機関の役割

### (1) 医療保険者に期待される役割

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対し、保険者の義務として特定健診を実施する。その際、受診率向上のために文書や電話等の受診勧奨の取り組みを被扶養者も含めて行う。また、委託する際は、適切な健診機関を選定する。
- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては確実な受診勧奨を行う。
- 服薬中の者に対しても、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、保健指導等を検討する必要がある。
- レセプトデータ等に基づき、受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行う。適切に受療していない場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始を促すことが重要である。

### (2) 健診機関の役割

- 医療保険者より委託された健診機関は、適切に特定健診を実施する。
- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。

### (3) 市町村の一般衛生部門の役割

- 市町村の一般衛生部門が、医療保険者の保有する健診データやレセプトデータ、市町村の介護部門が保有する介護保険データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談などを行おうとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であるため、医療保険者や市町村の介護部門と連携し、**別紙7**に定める取扱いを行う必要がある。
- 上記を踏まえた上で、市町村の一般衛生部門においては、主治医や医療保険者と連携し、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 医療機関を受診する必要があるにもかかわらず医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等について、医療保険者と連携してレセプトデータの受療情報等により行うべきである。
- 保健指導を実施する際に、医療機関を受診する必要があると判断されているにもかかわらず対象者が医療機関を受診していない場合は、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症予防のために治療が必要であることを指導することが重要である。

### (4) 医療機関の役割

- 医療機関においては、健診の結果を踏まえて受診した者に対し、必要な医療を提供するとともに、栄養・運動等を含めた必要な生活習慣改善支援も継続的に行う。その場合、診療報酬で定める各種要件を満たせば、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を算定できる。
- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の未治療者・治療中断者が見いだされた場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始・治療再開を促すことが重要である。

## 第5章 健診データ等の電子化

### 5-1 健診データ提出の電子的標準様式

#### (1) 基本的考え方

- 特定健診・特定保健指導においては、高齢者医療確保法に基づき、次のように健診データ等の授受がなされ得る。

##### <健診データ等>

- ① 健診実施機関・保健指導実施機関→医療保険者
- ② (被扶養者の健診を行った) 医療保険者→(被扶養者所属の) 医療保険者
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→(当該労働者所属の) 医療保険者
- ⑤他の健診等を受けた被保険者・被扶養者→医療保険者

##### <特定健診・特定保健指導の実施状況等>

- ⑥医療保険者→国、社会保険診療報酬支払基金

- このように、特定健診・特定保健指導においては関係者間で様々な情報のやりとりがあり、その際のデータは膨大で情報伝達経路も複雑である。そこで、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを扱えるようにするため、電子的な標準様式を国が設定している。

#### (2) 留意事項

- 健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。
- 今後、人間ドック等他の健診データ等も、この電子的標準様式を基本とした形式で収集できるようにすることが望ましい。
- 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。
- 医療保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

#### (3) 具体的な様式

- データの提出様式については、別紙8-1、別紙8-2、別紙8-3とする。

## 5-2 健診項目の標準コードの設定

### (1) 基本的考え方

- 特定健診においては、電子化された膨大な健診データ等が継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目や質問項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的使用しなければ、同一の検査等であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目や質問項目ごとに標準コードを設定する必要がある。

### (2) 具体的な標準コード

- 健診データは全て、日本臨床検査医学会が作成した JLAC10 コード又はこのコード体系に準じて設定された 17 桁のコードを使用する。
- 今後新たに項目が追加される場合についても、JLAC10 コードに準じたコードを、日本臨床検査医学会と協議の上で設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ

(<http://www.mhlw.go.jp:10080/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02i.html>) より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例 (JLAC17桁コードを使用)

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327101
	紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327201
	その他	3F015000002399901

## 5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定

### (1) 基本的考え方

- 医療保険者が管理する健診データ等は、健診機関ごとに特定のコードが収載されている。
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価及び健診データ等の十分な分析を行うことが必要であるため、健診機関・保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、各健診機関、保健指導機関コードの設定が必要である。
- なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用しており、健診機関コードについても下記のルールで設定が行われているため、別途独自にコードを設定しないようにする必要がある。

#### (参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※詳細は特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省保険局）参照

- ・ 健診機関には既存の保険医療機関コードを持つ医療機関が多く含まれることから、このコード体系を活用することが合理的であり、「都道府県番号（2桁）＋機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）＋チェックデジット（1桁）の計10桁」とする。
  - ※ 二重発番の可能性を排除するため、発番する機関を一箇所とし、廃止番号や空き番号等の一元的な管理を行う必要がある。
- ・ 前項のルールに従い、保険医療機関である場合は、機関コード及びチェックデジットの部分は、既存の保険医療機関コードをそのまま活用（機関区分コードは医科を意味する1となる）。
- ・ 保険医療機関のコードを有さない機関は、機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）の部分を、付番・一元管理する機関に申請しコードを付与されるものとする。
- ・ 保険医療機関のコードを有さず、新たに健診・保健指導のみ実施する機関が、新規登録申請を行った場合は、機関区分コードを2とする。

- 健診機関コード情報の収集・台帳の整理に際しては、社会保険診療報酬支払基金において発番されている10桁のコードを使用する必要がある。

## 5-4 健診結果の保存と活用について

### (1) 基本的考え方

- 医療保険者は、蓄積された健診データを使用することにより、効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となる。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データの保存が望まれる。
- このため、医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。
- さらに、医療保険者は、個人ごとに健診データ等を整理し、生涯を通じた健診情報のデータ管理を行うことができるようなシステム構築を検討することが望ましい。
- また、被保険者・被扶養者が医療保険者間を異動した際には、本人の同意を得た上で、医療保険者間で健診データ等を適切に移行させることが望ましい。
- ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。

### (2) 具体的な保存年限

- 医療保険者は、特定健診の結果を、次のうちいずれか短い期間保存しなければならない。
  - ① 記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間
  - ② 被保険者・被扶養者が他の医療保険者に加入した日の属する年度の翌年度末までの期間
- 但し、上記(1)の観点から、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは、当該医療保険者が健診データを保存することが望ましい。

### (3) 留意事項

- 医療保険者間を異動した場合のデータの授受の方法としては、前に所属していた医療保険者において、健診データ管理に用いられていた記号・番号を、異動後の医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが考えられる。

- 医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないように、例えば 1 年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- 被保険者が希望する場合には、40歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。
- 本人が継続的に健診データを把握し自ら健康管理に活用できるように、経年的にデータを蓄積できる仕組みの構築を検討し、そうした経年的データを保健指導に積極的に生かしていくことが望ましい。このことは集団の健康状態に関する分析、経年変化の分析等により、予防戦略の立案に資する。

**(参考)**

**一意性を保って健診データ等を管理する際に  
個人の固有番号等を利用する場合の考え方**

- 既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ 8 桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など）を用いる。
- 固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下 2 桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。
- 被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。

（例）兵庫県尼崎市役所においては、職員の健診記録は原則として、在籍している限り保存することとなっている。この長期保存データを遡って見た場合、心筋梗塞等が重症化した者は、10 年以上前から肥満があり、中性脂肪も併せて高いことなどが確認され、早期の段階で介入すれば予防することができたのではないかという評価が可能となり、さらに、今後同様の状況にある者に対して、優先的に介入するなどの戦略を立てることができる。

## 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング（外部委託）

### （1）基本的考え方

#### ①アウトソーシングを推進する意義

アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日に行うなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われなないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下につながるような委託先における健診の質を確保することが不可欠である。

#### ②外部委託の具体的方法

健診の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、特定健診・特定保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。

#### ③委託側の健康増進事業実施者に求められる事項

委託契約期間中には、健診が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。

個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱わなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされていることから、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。

なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は平成25年厚生労働省告示第92号（外部委託基準）及び第93号（施設等に関する基準）に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。（別紙9-1、別紙9-2参照）

#### ④受託側の事業者求められる事項

受託側の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。

なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、受託側の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

健診機関は、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取組みを積極的に行う必要がある。

また、健康増進事業実施者自らが実施する場合も本基準と同じ基準を満たす必要がある。

## (2) 具体的な基準

特定健診で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成25年厚生労働省告示第92号（外部委託基準）及び第93号（施設等に関する基準）を参照すること。なお、特定健診以外の健診について外部委託する場合も、この告示に準拠することが望ましい。（別紙9-1、別紙9-2参照）

## 第7章 75歳以上の者及び40歳未満の者に対する健診・保健指導の 在り方

### 7-1 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方

#### (1) 基本的な考え方について

- 75歳以上の者については、医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
- 75歳以上の者の生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果は、75歳未満の者よりも大きくないと考えられ、それ以前の年齢層の者に比べて生活習慣の改善が困難な場合も多い。さらに、体重減少や低栄養のリスクが増すことから、QOLを確保し、自立した日常生活を営むために生活機能低下の予防が重要となってくる。
- したがって、75歳以上の者については、身体状況等の個人差が大きいことに留意し、生活習慣病の予防に加え、75歳以上で増加するロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下を予防するため、個人の状態をアセスメントした上でその対象者の状況に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。

#### (2) 健診について

- 糖尿病等の生活習慣病に着目した健診項目は、75歳以上の者についても、基本的には75歳未満と同様の項目とする。
- 健診項目は、基本的には、生活習慣病に着目した特定健診の必須項目と同様の項目とするが、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
- 医師の判断により実施する詳細な健診の項目（心電図等）については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な診察を実施する。
- なお、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医等の医療機関を受診している者については、必ずしも健康診査を実施する必要はないと考えられる。

### (3) 保健指導について

- 75歳以上の者については、本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が相当程度異なっている場合が多い。そのため、40～74歳と同様に行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、本人の求めに応じて、健診結果を踏まえ、健康相談や保健指導の機会を利用できる体制が確保されていることが重要である。

### (4) 介護との連携について

- 市町村においては、高齢福祉担当課が主体となって介護関連事業を実施し、高齢者の健康確保と生活機能の維持・向上に努めていることから、高齢者の健診・保健指導については、データ等の相互提供等により介護関連事業と連携を図りながら実施することが望ましい。

## 7-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- メタボリックシンドロームの該当者・予備群は、30歳代以前と比較して、40歳代から増加する。40歳未満の者については、正しい生活習慣及び生活習慣病予防の重要性に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。一方、普及啓発等に加えて、医療保険者においては、特定健診・特定保健指導の対象となる以前（例えば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、特定保健指導対象者を減少させる上で有効であると考えられる。
- また、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発が重要である。

※例えば、20歳からの平均約30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.61倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている。(Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech. 2009. 097964, 2011)

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法※4	
診察	質問項目(問診)	○	○ ※1	○	
	計測	身長	○	●1	○
		体重	○	○	○
		BMI	○	○	○
		腹囲	○	●2 ※2	○
	理学的所見(身体診察)		○		
	血圧		○	○	○
	視力			○	○
	聴力			○	○
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査			○	○
脂質	中性脂肪	○	●2	○	
	HDL-コレステロール	○	●2	○	
	LDL-コレステロール	○	●2	○	
肝機能	AST(GOT)	○	●2	○	
	ALT(GPT)	○	●2	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	●2	○	
代謝系	空腹時血糖	◎	◎	◎	
	HbA1c	◎	◎	◎	
	尿糖(半定量)	○	○	○	
血液一般	ヘマトクリット値	△			
	血色素量	△	●2	○	
	赤血球数	△	●2	○	
尿腎機能	尿蛋白(半定量)	○	○	○	
	尿潜血				
	血清クレアチニン				
12誘導心電図		△	●2	○	
眼底検査		△			
胸部エックス線検査			●3	○	
上部消化管エックス線検査					
喀痰検査			△ ※3	△	

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

●1: 20歳以上の者については医師の判断に基づき省略可

●2: 40歳未満の者(35歳の者を除く。)については医師の診断に基づき省略可

●3: 40歳未満の者(20歳、25歳、30歳及び35歳の者を除く。)のうち、感染症法で結核に係る定期の健康診断の対象とされている施設等の労働者及びじん肺法で3年に1回のじん肺健康診断の対象の労働者のいずれにも該当しない者については、医師の判断に基づき省略可

※1 喫煙歴及び服薬歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知(平成20年1月17日 基発第697号)

※2 以下の者については医師が必要でないと認めるものについては省略可

1. 40歳未満の者(35歳の者を除く。)

2. 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

3. BMIが20未満である者  $BMI[kg/m^2] = \text{体重}[kg] / (\text{身長}[m])^2$

4. 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが22未満である者に限る。)

※3 胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと診断された者について医師の判断に基づき省略可

※4 教職員を対象とする

## 「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血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上	又は
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上	
②脂質異常	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血圧高値	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 <sup>2</sup>		