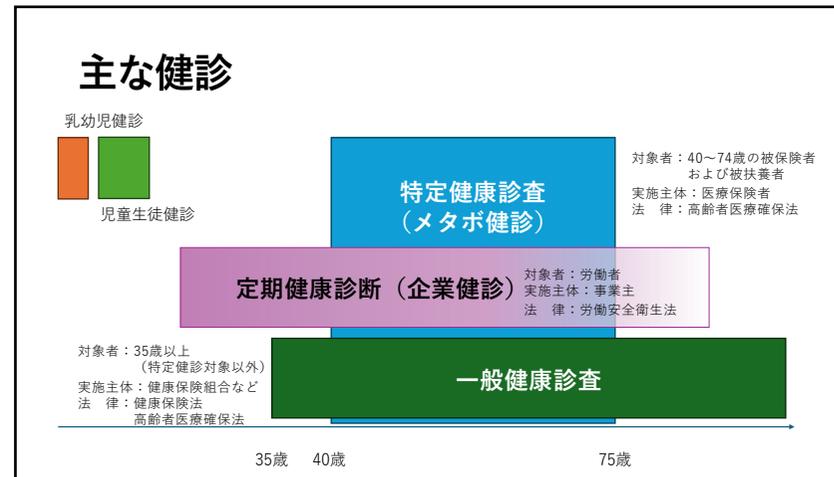


5



6

各健診における必須項目

項目	総合健診			特定健診		
	総合健診	生活習慣病予防健診	労働安全衛生法での定期健診	総合健診	生活習慣病予防健診	労働安全衛生法での定期健診
診察等	問診(既往症、自覚症状、他覚症状を含む)	○	○	○	○	○
	視力	○	■	○	○	○
	体重	○	○	○	○	■
	肥満度・標準体重	○	○	○	○	■
聴	聴力	○	○	○	○	○
	理学所見(身体診察)	○	○	○	○	○
	血圧(収縮期・拡張期)	○	○	○	○	○
	総コレステロール	○	○	○	○	○
脂質	中性脂肪	○	○	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○	○	○
	LDLコレステロールまたはnon-HDLコレステロール	○	○	○	○	○
	GOT (AST)	○	○	○	○	○
肝機能	GPT (ALT)	○	○	○	○	○
	γ-GTP (γ-GT)	○	○	○	○	○
	ALP	○	○	○	○	○
	空腹時血糖またはHbA1cまたは糖化血球	○	○	○	○	○
代謝系	尿酸	○	○	○	○	○
	尿糖	○	○	○	○	○
血液一般	ヘマトクリット値	○	○	○	○	○
	血色素測定	○	○	○	○	○
	赤血球数	○	○	○	○	○

https://www.kyokaikenpo.or.jp/shibu/tottori/cat040/2021072101/

7

定期健康診断 (企業健診)

- 労働安全衛生法に基づき定められた健診
- 業務が原因で労働者が疾病にかかる・悪化することを防ぐため
- 事業者には、常時使用する労働者を対象に年1回実施が義務 (罰則付き)
- 費用は全額事業者負担
- 労働者にも受診義務あり

8

労働安全衛生法に基づく一般定期健康診断の項目と関係する疾患

健診項目	健診の目的
既往歴及び業務歴の調査	適確な疾病情報等の把握、増悪防止等
自覚症状及び他覚症状	適確な疾病情報等の把握、増悪防止等
身長、体重、腹囲	脳・心臓疾患の危険因子の1つ
視力	・視機能の評価・業務起因性の視力障害・視機能変化の早期把握
聴力	・聴機能の評価・業務起因性の聴力障害・聴機能変化の早期把握
胸部エックス線検査及び喀痰	・呼吸器疾患等の一般的なスクリーニング、結核感染の把握 ・結核感染の早期把握
血圧	虚血性心疾患、脳血管疾患の危険因子の1つ 血圧の状態の若年からの定期的把握等
貧血	高齢期に増加する貧血、食行動の偏りによる貧血の把握等
肝機能	肝機能障害の早期把握、増悪防止等
血中脂質	虚血性心疾患、脳血管疾患等のハイリスク者スクリーニング等
血糖	脳・心臓疾患の危険因子の1つ等
尿	・脳・心臓疾患の危険因子の1つ・腎不全の把握等
心電図	意識消失を伴う不整脈、虚血性心疾患、高血圧に伴う心臓の異常等の把握等

〔労働安全衛生法に基づく定期健康診断のあり方に関する検討会〕報告書(平成28年)より作成

9

労働安全衛生法に基づく一般定期健康診断項目の変遷

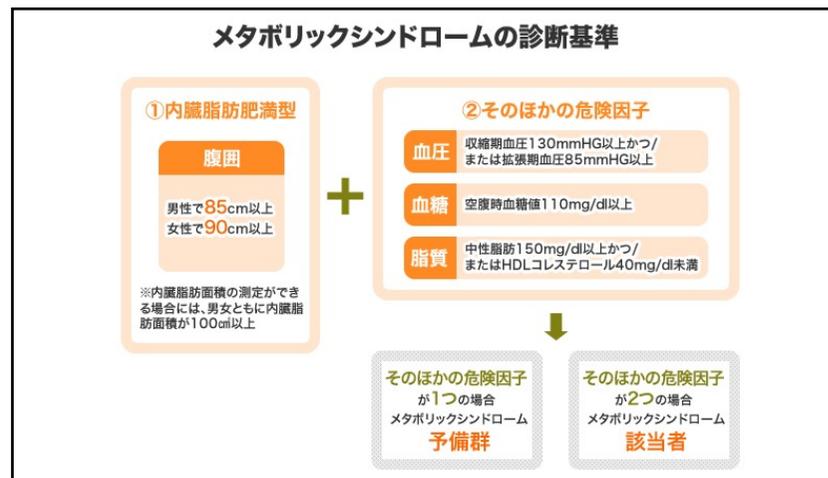
	昭和47年(1972)年労働省令	平成元(1989)年労働省令	平成10年(1998)年労働省令	平成19(2007)年厚生労働省令
項目	既往歴及び業務歴の調査	既往歴及び業務歴の調査	既往歴及び業務歴の調査	既往歴及び業務歴の調査
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	自覚症状及び他覚症状の有無の検査
	身長、体重、視力及び聴力の検査	身長、体重、視力及び聴力の検査	身長、体重、視力及び聴力の検査	身長、体重、 腹囲 、視力及び聴力の検査
	胸部エックス線検査及び喀痰検査	胸部エックス線検査及び喀痰検査	胸部エックス線検査及び喀痰検査	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
		貧血検査(Hb、RBC)	貧血検査(Hb、RBC)	貧血検査(Hb、RBC)
		肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)	肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)	肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)
		血中脂質検査(TC、TG)	血中脂質検査(TC、HDL、TG)	血中脂質検査(LDL、HDL、TG)
			血糖検査	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)
改正の経緯	結核等の感染症をできる限り早期に発見することに加え、感染症以外の健康管理を目的として	高齢化社会の著しい進展等により脳・心臓疾患等の成人病を有する労働者が増加したことから、労働者一人一人に着目した疾病の予防・早期発見のための項目を充実化。(平成元年8月22日基発第462号より)	高齢化の進展等により脳・心臓疾患等につながる所見を有する労働者が増加したことから、当該疾患との関連性の報告、LDLが半検で当該危険因子となる等)が得られたため。(平成20年1月21日基発第0121001号より)	脳・心臓疾患に関連する項目について新たな医学的知見(当該疾患と脂質との関連性の報告、LDLが半検で当該危険因子となる等)が得られたため。(平成20年1月21日基発第0121001号より)
	※上記改正の他、平成28年には「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」において各診断項目の妥当性について検討を行っている。			

10

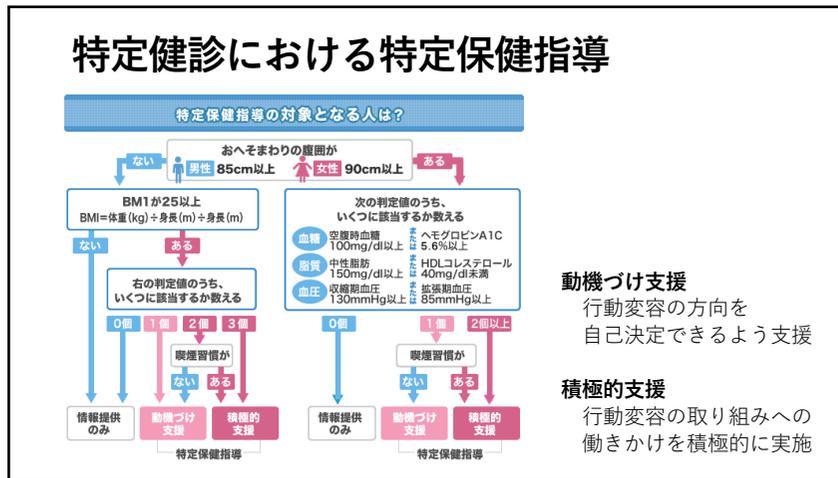
特定健康診査（特定健診・メタボ健診）

- 老人保健法による基本健康診査に代わり2008年より開始
- 「特定健診」と「特定保健指導」の2本立て
- 「特定健診」：メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病のリスクを早期に発見
- 「特定保健指導」：運動習慣や食生活、喫煙といった生活習慣を見直すための指導
- 健診項目
 - 追加：腹囲・LDLコレステロール
 - 廃止：総コレステロール・尿潜血・血清クレアチニン

11



12



13

世界から注目される特定健診・特定保健指導

- 特定健診・特定保健指導の仕組みは、40～74歳の全員を対象として大規模な一次予防を行うという、世界に例のない先駆的な取組として、各国のマスメディア・政府関係者から取材を受けています。
- 特に欧州先進国から注目されていることが特徴です。



オランダ



ドイツ



フィンランド

国名	組織名	年月
オランダ	保健・福祉・スポーツ省医療局	2008年11月
ドイツ	第2ドイツテレビ (ZDF)	2009年4月
フィンランド	フィンランド議会訪日代表团	2009年5月

14

(参考) 特定健診・特定保健指導の実施状況について (2022年度)

	特定健診			特定保健指導の対象者		特定保健指導の終了者	
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
2022年度	51,924,629	30,166,939	58.1%	5,118,152	17.0%	1,353,893	26.5%
2021年度	53,801,976	30,389,789	56.5%	5,262,265	17.3%	1,294,289	24.6%
2020年度	54,183,746	28,939,947	53.4%	5,225,668	18.1%	1,200,740	23.0%

特定健診実施率は年々増加
受診者における特定保健指導の対象者割合は減少

2019年度	53,960,721	27,056,103	50.1%	4,530,136	16.7%	792,655	17.3%
2014年度	53,847,427	26,163,456	48.6%	4,403,850	16.8%	783,118	17.8%
2013年度	53,267,875	25,374,874	47.6%	4,295,816	16.9%	759,982	17.7%
2012年度	52,806,123	24,396,035	46.2%	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%
2011年度	52,534,157	23,465,995	44.7%	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
2010年度	52,192,070	22,546,778	43.2%	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
2009年度	52,211,735	21,588,883	41.3%	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
2008年度	51,919,920	20,192,502	38.9%	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%

15

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移

(1) 特定健診受診者数に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数・割合

	人数		割合		男性		女性		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
2022年度	8,758,151	29.0%	28.1%	6,993,053	42.4%	43.4%	1,765,098	12.9%	13.3%
2021年度	8,831,930	29.1%	28.3%	7,026,854	42.6%	43.7%	1,805,076	13.0%	13.3%
2020年度	8,540,786	29.5%	28.6%	6,837,103	43.0%	44.2%	1,703,683	13.0%	13.5%
2019年度	8,433,431	28.2%	27.4%	6,745,171	41.4%	42.5%	1,688,260	12.4%	12.7%

メタボリックシンドロームの割合は増加傾向

	総数		市町村国保		国保組合		全国健康保険協会		船員保険		健康組合		共済組合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
2022年度	8,758,151	29.0%	1,998,116	31.7%	221,532	31.6%	3,021,998	29.6%	10,439	46.6%	2,805,642	27.7%	700,424	25.1%
2021年度	8,831,930	29.1%	2,068,429	31.8%	217,931	31.7%	3,050,177	29.3%	10,994	47.3%	2,773,676	27.8%	710,723	25.5%
2020年度	8,540,786	29.5%	1,989,885	32.1%	208,317	32.2%	2,859,337	29.6%	11,358	48.7%	2,756,784	28.4%	715,105	26.2%
2019年度	8,433,431	28.2%	2,136,249	30.3%	215,332	30.6%	2,755,959	28.5%	11,471	46.9%	2,618,029	26.8%	696,391	25.7%
2018年度	8,127,008	27.6%	2,144,778	29.6%	209,158	29.9%	2,531,884	27.9%	10,851	46.4%	2,536,077	26.4%	694,260	25.5%
2008年度	5,418,272	26.8%	1,979,658	28.4%	157,822	29.7%	955,656	24.6%	7,027	41.3%	1,738,445	26.3%	579,664	26.4%

16

特定健診受診者、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の服薬状況

(1) 特定健診受診者のうち、薬剤を服用している者の割合

	1種類以上の薬剤を服用している者の割合		
	1種類の薬剤を服用	2種類の薬剤を服用	3種類の薬剤を服用
2022年度	30.7%	19.7%	9.0%
2021年度	30.2%	19.5%	8.8%

(2) メタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、薬剤を服用している者の割合

	1種類以上の薬剤を服用している者の割合		
	1種類の薬剤を服用	2種類の薬剤を服用	3種類の薬剤を服用
2022年度	53.8%	30.9%	18.1%
2021年度	52.9%	30.8%	17.6%

薬剤服用者の割合は増加傾向
(特定保健指導は「服薬治療者は対象外」)

年度	1種類以上の薬剤を服用している者の割合	1種類の薬剤を服用	2種類の薬剤を服用	3種類の薬剤を服用
2015年度	28.1%	18.9%	7.8%	1.4%
2014年度	28.1%	19.0%	7.7%	1.3%
2013年度	28.0%	19.1%	7.6%	1.3%
2012年度	27.7%	19.1%	7.4%	1.2%
2011年度	27.1%	19.0%	7.1%	1.1%
2010年度	26.8%	18.9%	6.8%	1.0%
2009年度	26.2%	18.8%	6.4%	1.0%
2008年度	25.9%	18.8%	6.2%	0.9%

17



18

健診にエビデンスはある？

- 体系的な健康診断の実施は有益である可能性は低く、不必要な検査や治療につながる可能性がある
- いかなる原因による死亡リスク、心臓疾患や脳卒中に対して、ほとんどもしくは全く影響を及ぼさない

Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 31;1 (1)

- メタボ健診
 体重減少, 心血管リスクの低減につながらない
 処方数, 入院数, 医療費では変化がない
 外来受診数の減少につながる

JAMA Intern Med 180 : 1630-1637, 2020
BMJ Open 12 : e056996, 2022

19

Q：人間ドックで異常がない人の割合は？

- 約36%
- 約26%
- 約16%
- 約6%

20

Q：人間ドックで異常がない人の割合は？

1. 約36%
2. 約26%
3. 約16%
4. **約 6%**

人間ドック学会による全国集計報告（2015年1月1日～12月31日の検診実施状況）

反対に約94%に異常と診断しており、
不必要に「病気を作り出している」可能性も念頭におくべき

21

OECDによる提言（2019年2月6日）



この人口高齢化により医療制度の財源がかつてないほど逼迫しているにもかかわらず、日本では国民の健康促進と疾病の早期発見を目的とした健康診断を幅広く取り入れています。異常なほど多くの健康診断を頻繁に行っても効果はなく、費用対効果も悪く、有害にすらなりかねません。

提言：
国民に提供されている健康診断を合理化する

OECD Reviews of Public Health: Japan Published on February 06, 2019

22

では、健診はむだ？

- うつ病や高血圧などの慢性疾患の発見の増加
 - 血圧やコレステロールなどの危険因子の中等度の改善
 - 大腸がんや子宮頸がん検診などの受診増加
 - QOLや自己評価による健康状態などの患者報告の改善
- **リスクの高い集団**に対して、一般的な健康チェックが妥当

General Health Checks in Adult Primary Care^A Review JAMA 2021;325(22):2294-2306

リスクが高い集団とはいえ「健診」「検診」は保険診療ではできません
療養担当規則では、
「各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。」
「健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。」
と定められています

23

NHS Health Check

- 2009年に開始された英国のNational Health Service（NHS）による無料の健康診断プログラム
- 40～74歳の健康な成人が、5年ごとにGeneral Physicianの元で検査を行う（薬局の場合もあり）
- 内容
 - 問診（家族歴・喫煙歴・飲酒歴・運動）
 - 身長・体重・腹囲測定、血圧測定
 - 血液検査（血糖・コレステロール）
- 結果
 - 10年間の心疾患、脳卒中・2型糖尿病・腎臓病のリスクをスコアにして表し、生活改善等に関する指導を受ける

24

NHS Health Checkのエビデンス

- 糖尿病、高血圧、血圧上昇、コレステロール、慢性腎臓病などの危険因子や罹患の発見を全体的に増加
- 心血管疾患の危険因子の発見と診断の増加と関連

[BMJ Open, 2022; 12\(2\): e052832.](#)

- 直後2年間では、健診受診者の高血圧、高コレステロール、慢性腎臓病の診断率が、対象群に比べて高い
- すべての多臓器疾患転帰において有意にリスクが低く、心血管疾患および全死因死亡率が低下
- 高血圧や高コレステロールなどの主要な危険因子の早期発見と治療によるリスク修正に起因すると考えられる

McCracken et al. BMC Medicine (2024) 22:1

25

スクリーニングのエビデンス

- 米国予防医学専門委員会による推奨
(U.S. Preventive Services Task Force : USPSTF)

A	推奨する。利益が害を相当上回ることの確実性が高い。
B	推奨する。利益が害を中程度に上回ることの確実性が高いか、利益が害を中程度から相当上回ることの確実性が中程度である。
C	専門的な判断と患者の希望に基づいて、個々の患者に選択的に提供することを推奨する。利益が害を上回る程度が小さいことの確実性は少なくとも中程度である。
D	推奨しない。利益がない。もしくは利益が害を上回らないことの確実性は中程度から高度である。
I	利益と害のバランスを評価するだけの十分な根拠がない。エビデンスが不足している。質が低いもしくは相反する状態のため利益とのバランスを評価できない

26

喫煙歴

評価：A（推奨）

対象：すべての成人

方法：タバコについて

尋ねる・助言する・評価する・援助する

→喫煙状態はバイタルサインである

フォローアップを手配する

→行動カウンセリングや薬物療法を手配する

Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons JAMA. 2021;325(3):265-279.

27

肥満

評価：B（推奨）

* 肥満は65歳未満の成人の死亡リスク増加と関連

対象：BMIが30以上の成人

方法：食事の変更、身体活動の増加をもたらす行動介入を行うこと

Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults JAMA. 2018;320(11):1163-1171.

28

糖尿病

評価：B（推奨）

対象：BMIが25以上の35～70歳の成人

* 2015年版の「40歳～70歳」から35歳～に前倒しになる

方法：空腹時血糖またはHbA1c測定、または経口ブドウ糖負荷試験

	糖尿病	前糖尿病
空腹時血糖	126mg/dl以上	100～125mg/dl
2時間負荷後血糖	200mg/dl以上	140～199mg/dl
HbA1c	6.5%以上	5.7～6.4%

間隔：正常の場合は3年ごとのスクリーニングが妥当な可能性

Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes JAMA. 2021;326(8):736-743.

39

糖尿病

利益：・診断後の介入後 10～20 年で全死亡率、糖尿病関連死亡率
および心筋梗塞のリスクを中程度に低減させる
・境界型糖尿病への予防的介入は進行を抑制する
血圧や脂質レベルなどCVDリスクを軽減する中程度の効果がある

害：小さい

Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes JAMA. 2021;326(8):736-743.

30

高血圧

評価：A（推奨）

対象：高血圧の既往のない18歳以上の成人

方法：診察室血圧測定でスクリーニング
臨床現場以外の血圧を確認する
測定：5分間の安静後に座位をとり上腕で測定

間隔：40歳以上、リスクのある人（正常高値、過体重、肥満）
1年に1回のスクリーニング
上記以外（正常血圧の18～39歳の成人）
3～5年ごとの測定

Screening for Hypertension in Adults JAMA. 2021;325(16):1650-1656.

31

高血圧

利益：心血管イベントの発生率が大幅に減少する

害：ほとんどない

Screening for Hypertension in Adults JAMA. 2021;325(16):1650-1656.

32

脂質異常症

USPSTFのページでは2013年を最後に更新されておらず、CVDの一次予防のためのスタチン投与の事項のみとなる

評価・対象：

評価	対象
A	35歳以上の男性
A	冠動脈疾患のリスクが高い45歳以上の女性
B	冠動脈性心疾患のリスクが高い20～45歳の女性
B	冠動脈疾患のリスクが高い20～35歳の男性

*冠動脈疾患リスク：糖尿病、冠動脈疾患or動脈硬化の既往歴、心血管疾患の家族歴、喫煙、高血圧、BMI30以上

方法：総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール異常時に再検し、平均値を使用する

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lipid-disorders-in-adults-cholesterol-dyslipidemia-screening-2008#fullrecommendationstart>

33

脂質異常症

USPSTFのページでは2013年を最後に更新されておらず、CVDの一次予防のためのスタチン投与の事項のみとなる

間隔：最適な間隔は不明だが、5年ごとが妥当な可能性
治療水準に近い場合は短く、正常が続く場合は長くする
中止する年齢は確立されていないが、高齢者で正常なら、スクリーニングを繰り返すことは重要ではない

利益と害：メリットは潜在的な害を大幅または中程度に上回る

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lipid-disorders-in-adults-cholesterol-dyslipidemia-screening-2008#fullrecommendationstart>

34

心電図検査

定期健康診断・一般健康診断で必須項目として行われる

評価・対象：

評価	対象
D	CVDイベントのリスクが低い無症状の成人
I	CVDイベントのリスクが中程度または高い無症状の成人

無症候の低リスク成人において二次精査（運動負荷心電図など）
→利益より有害事象のデメリットのほうが大きい

Cardiovascular Disease Risk: Screening With Electrocardiography JAMA 319 : 2308-2314, 2018

35

胸部レントゲン検査

一般健康診断で必須項目として行われる
定期健康診断では、40歳未満で医師が認める場合は省略可能

評価・対象：

評価	対象
D	無症状の人に対するCOPDのスクリーニング

Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease JAMA. 2022;327(18):1806-1811.

USPSTFでは、肺がんのスクリーニングは低線量CT（推奨B）
結核のスクリーニングはツベルクリンかIGRA（推奨B）を
高リスク者に実施するとしており、胸部レントゲンは言及なし

36

視力

- 定期健康診断に含まれるのみ
- 特定健診では眼底検査が含まれている
- USPSTF
無症状の65歳以上へのスクリーニングはエビデンス不足 (I)
(症状あり・他の医学的状態 (例: 糖尿病性網膜症) は対象外)

Impaired Visual Acuity in Older Adults: Screening JAMA Published online May 24, 2022

37

聴力

- 定期健康診断に含まれるのみ
- USPSTF
無症状・加齢性感音性難聴の50歳以上へのスクリーニングはエビデンス不足 (I)
(症状あり・伝音性難聴・先天性難聴・騒音暴露は対象外)

Screening for Hearing Loss in Older Adults JAMA. 2021;325(12):1196-1201

38

貧血

- 定期健康診断に含まれるが、特定健診は医師の指示がある場合のみ
- USPSTF
明確な推奨はなし
鉄欠乏性貧血に関する記載のみ
- 年齢が上がることで貧血の有病率は上がるため、年齢により判定区分が同じ場合は、高齢者では該当する場合がある

39

肝機能

- USPSTF
肝酵素のスクリーニング測定の推奨はない
B型肝炎・C型肝炎のウイルススクリーニングは推奨度B
- 日本肝臓学会
ALT30をカットオフにして、それを超える場合は受診勧奨
根拠は日本肝臓学会のHPを参照
なお、本邦の健常人における該当は15%になるようです



40

尿検査

- 定期健康診断・特定健診とも、尿糖と尿蛋白で尿潜血は含まない
- 一般健康診査では、尿潜血も含んでいることがある
- USPSTF
無症状の成人に対する膀胱癌スクリーニング尿検査はエビデンス不足
腎疾患スクリーニングについての記載はない
- 無症候性血尿 = 原因不明 79%、腎炎 11%、尿路結石 4%

J Urol 163 : 524 - 527, 2000

41

まとめ

- 健診は、対象者ごとに受けることができるものが異なる
- 健診そのもののエビデンスは乏しく、生命予後を改善しない
- リスクのある層に対して実施する、あるいはGPが管理することで効果を生む可能性はある
- 実施にあたって利益と害を考慮して、受診者に対して説明できることが望ましい

42

2025.6.20 FRI → 22 SUN

第16回
日本プライマリ・ケア
連合学会学術大会
The 16th Annual Conference of Japan Primary Care Association

会場 札幌コンベンションセンター
札幌市産業振興センター

「そこ・そこ」のプライマリ・ケア
～それぞれの場で、ふざわしくするには～

演題募集
2024年11月18日(月)～2025年1月9日(木)
※締切の延長はございません

一次参加登録
2025年2月4日(火)～2025年4月24日(木)

43