

資料 2

津下委員提出資料

基本健康診査の現状と課題

津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)

1) 対象者の範囲

(現行法)

- ・ 当該市町村の区域内に居住地を有する 40歳以上の者
- ・ 医療保険各法の保険者が行う成人病検診等のいわゆる保健施設活動や労働安全衛生法に基づき事業者の行う健康診断等の保健サービスであって保健事業に相当するものを受けた者又は受けることができる者については、市町村は重ねて本法の保健事業の対象とする必要はないものである。
- ・ 市町村の人口規模、年齢構成、地理的状況、住民の健康及び疾病の状況、保健事業の実施に必要な要員、施設の状況、財政事情等に配慮し、具体的な実施方法、事業量等に関し、地域の実情に即し、その特性を生かした実施の計画を作成すること

(現状)

- ・ 被雇用者やその家族の受診の増加
10人以下の事業所では市町村健診が45.1%を占めている(高知県：平成9年)
- ・ 医療機関委託による個別健診の普及につれて、定期的に治療観察中の患者の健康診査受診が増加(愛知県における個別健診の割合：この5年間で63.2%→67.5%)
- ・ 基本健康診査以外にも健診機会(個人でのドック受診など)があるが、その状況は把握できていない。地域・職域の重複受診者についても把握できていない。
- ・ 自治体独自の住民健診のひろがり：健診対象者、検査項目の拡大など(自治体間格差)
- ・ 高齢者の受診率は高率だが、壮年期層の受診率が低い。

(基本)

医療機関受診	被雇用者	被雇用者 健保家族	国保対象者
なし	労働安全衛生法による健診	健康保険組合等による健診事業	基本健康診査
あり			医療機関による検査
健診制度			

(現状)

医療機関受診	被雇用者	被雇用者 健保家族	国保対象者
なし	労働安全衛生法による健診(中小企業では基本健康診査の場合も)	場合によって基本健康診査受診	基本健康診査
あり			場合によって基本健康診査受診
健診対象者の現状			

表1. 基本健康診査の対象者

図1-a N市の健診受診状況(男性)

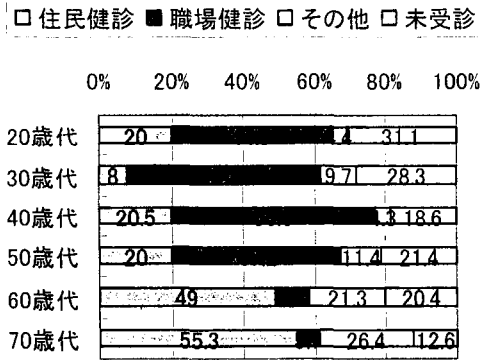
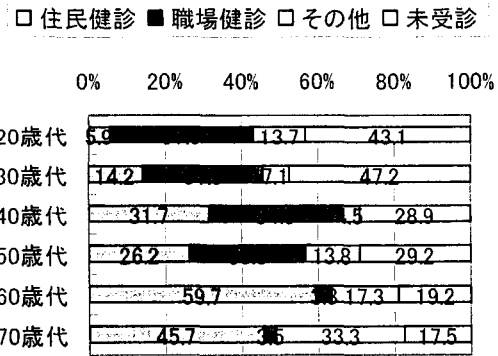
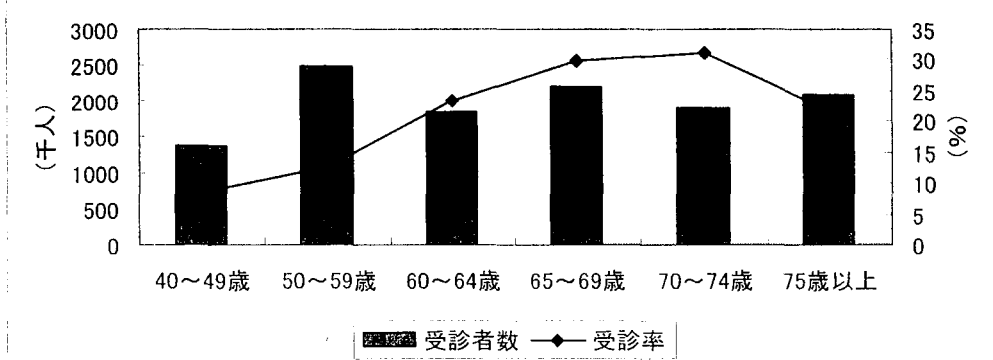


図1-b N市の健診受診状況(女性)



(人口7万人、20歳以上の住民2,307名対象。回収率63%)

図2.年齢別基本健康診査受診者数と人口に占める割合(全国)



(受診率：年代別受診者数を人口動態統計の年代別人口で除した数)

(対策)

- ・ 年1回の健診受診券の発行等により、国民の権利として必要とされる健診が受けられる体制づくり (小児の予防接種方式または IC カードにデータを書き込む方式)
- ・ 小規模事業所、健保家族について、受診の機会を確保する。(市町村実施を考慮)
- ・ 高齢者に対する健診の在り方の検討が必要
 - 生活習慣病二次・三次予防は必要であるが、一次予防の意義は低い。
 - 判定基準等の見直し、事後指導との整合性を図る
 - 包括診療の場合、基本健康診査を実施することは重複になるのではないか。
 - 生活機能低下防止、介護予防につながる健診が必要
- ・ 健診制度等予防活動の自治体間格差についての情報を公開し、自治体が積極的に生活習慣病予防に取り組む環境をつくる。

2) 対象者の特性に応じた有効な健診項目

(現状)

- ・ 肥満者の若年化→生活習慣病の若年化に対応できていない。
- ・ 高齢者に対して、若年者と同様の基準で判定し、生活習慣病予防指導を位置づけている。
- ・ メタボリックシンドロームに対する対策が不十分である。

内臓脂肪型肥満、トリグリセライド高値、HDL-C 低値、収縮期・拡張期血圧高値、空腹時血糖高値の5つのうち3つ以上 (NIH 全米コレステロール教育プログラム成人治療専門委員会III)

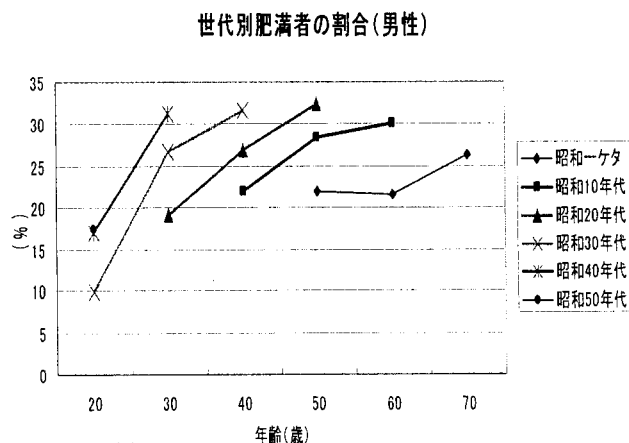
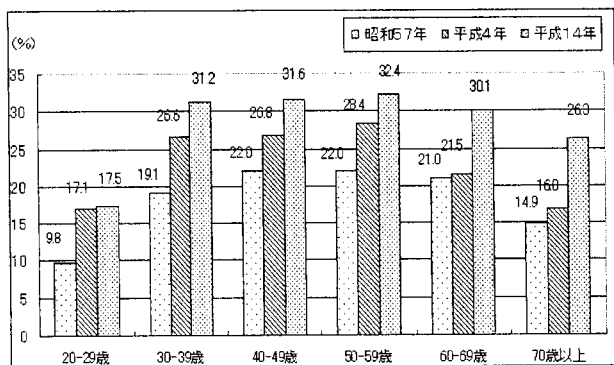
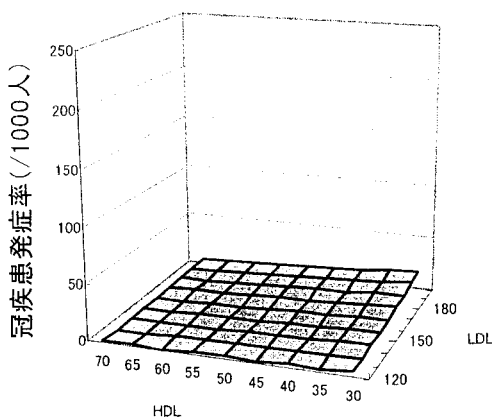
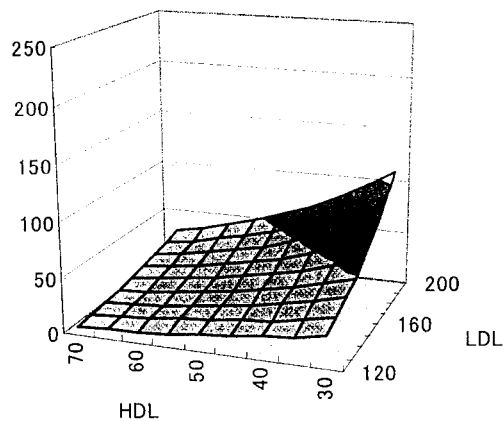


図3. 肥満者 (BMI ≥ 25) の割合 (男性) (平成14年度国民栄養調査)

糖尿病(-)、高血圧(-)、喫煙(-)



糖尿病(+)、高血圧(+)、喫煙(-)



糖尿病(+)、高血圧(+)、喫煙(+)

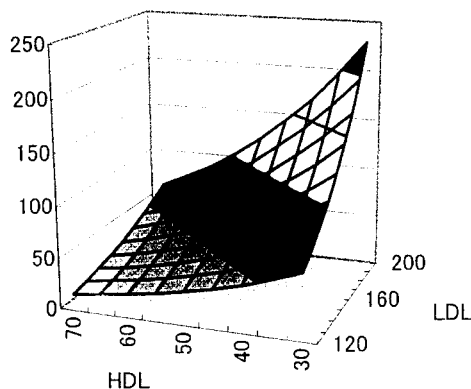


図4. 6年間の冠動脈疾患発症リスク (J-LIT チャートより作成)

(対策)

- ・ 生涯にわたる健康教育、健康診査の在り方を整理し、年代にあった効率的な健康診査・健康教育システムを構築する。
- ・ 基本健康診査の目的を明確にし、生活習慣評価を強化する。
- ・ 危険因子の重複に対する事後指導の徹底：判定基準、健康教育対象者選定基準の見直し
- ・ 健診データの経年管理・グラフ表示等により、異常値まで至らない健康状態の変化を認知させ、自らの健康管理意欲を高める。
- ・ 後期高齢者については、生活機能低下や低栄養状態を検出できる診査とする。

20～30 歳代：健康の自己管理意識をつけるための生活習慣問診を定期的実施、 体重管理、年齢指定検査（血液、骨密度、肝炎、心電図等）
40～60 歳代：生活習慣病予防、疾患の早期発見（一次予防、1.5 次予防重視） メタボリックシンドロームを重視
前期高齢者：生活習慣病健診（二次予防主体）、ADL 健診
後期高齢者：介護予防健診 ADL、疾患、生活環境調査

(生活習慣病予防検査項目)

Core 項目 体重、BMI、ウエスト周囲径、血圧、LDL、HDL、TG、空腹時血糖（またはHbA1c）、 ALT、 γ -GTP、尿酸（男性）、ヘモグロビン(女性)
+
節目 検査項目（5 年毎） 心電図、眼底、尿検査、胸部 X 線
+
年齢指定項目 骨密度健診 20 歳、30 歳、40 歳、45 歳（以後 5 年に一度）

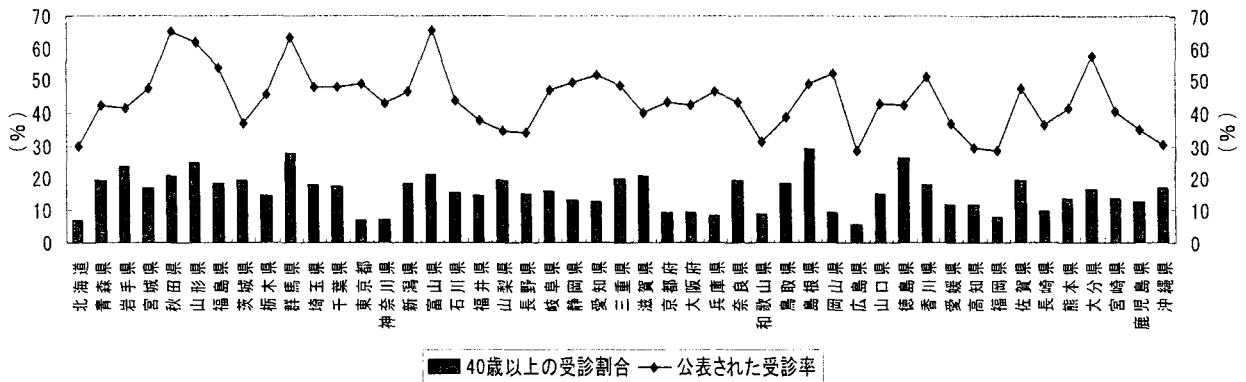
3) 受診率の向上

「受診率の向上＝未受診者の減少」となるべき

(受診率の現状)

- ・ 受診率 算定式が不統一のため 比較・評価が困難
- ・ 小規模事業所や医療受診者の増加による「見せかけの受診率」が増加している。
- ・ 個人でドックなど他の健診機会がある対象者について把握していない。

図 5. 基本健康診査受診率(平成13年度)



市町村	基本健康診査対象者の算定法 (受診率の分母)	40歳以上 人口	受診率
A	40歳以上の国保加入者+40歳以上の社保の女性×20%	3万	44.3%
B	40歳以上人口－(特別徴収者+普通徴収者数/2)	2万	54.8
C	男性 特別徴収者を除いた人口×0.65 慢性疾患 女性 特別徴収者を除いた人口×0.85 治療中は除く	2万	41.3
D	国民健康保険加入者+女性のみ社保加入者×0.2	1万	39.7
E	平成12年度世帯調査からの概算	1万	51.3
F	(40～69歳人口)×0.4+70歳以上人口×0.65	1万	53.7
G	人口×0.47 (平成10年度受診者調査に基づく)	1万	31.1
H	平成4年度の実態調査データ	5千	30.8
I	人口×0.65	3千	13.0
J	40歳以上の国保加入者	3千	58.3
K	年度はじめに調査票にて把握	2千	77.5

表 2. ある保健所管内の受診率算定根拠 (平成15年度 保健サービス評価委員会)

	全戸訪問	アンケート	広報→本人申請	その他の資料から推定
市町村数(%)	0 (0)	37 (42.5)	9 (10.3)	41 (47.1)

その他の資料: 住民基本台帳、国保加入者数、市町民税非課税者数、老人の療養者数、社会保険の20%、
国保レセプト、国民健康保険実態調査、国民衛生の動向の「高血圧症の通院者率」、人間ドック受診者
数、健康管理個人データなど

表 3. 基本健康診査対象者の把握法 (愛知県、平成13年調査)

(対策)

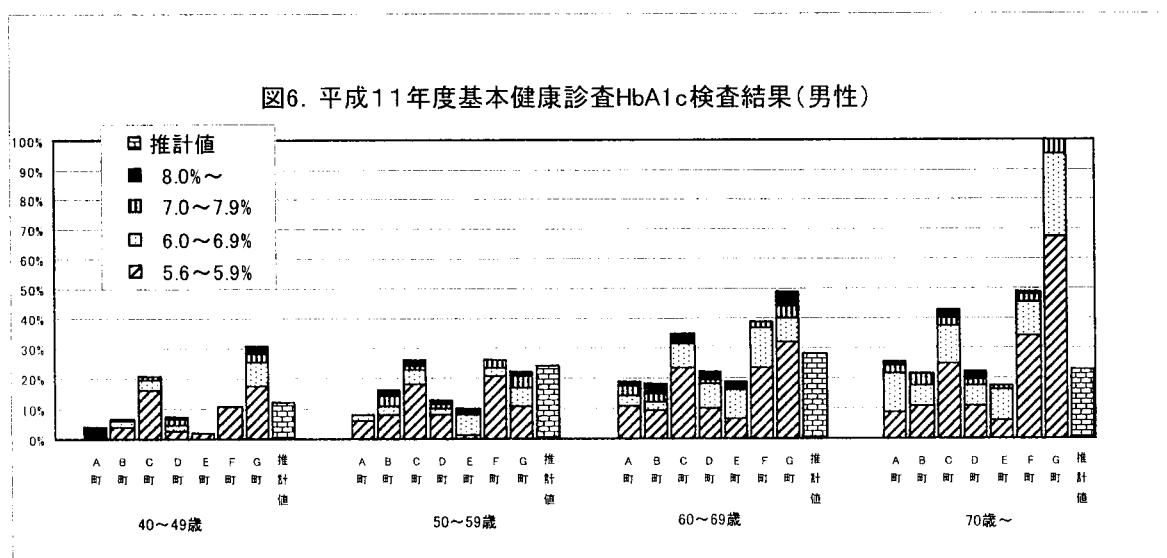
- ・ 受診率の算定法を統一・徹底する。
- ・ 真の受診率を高める工夫をする。
たとえば、規定の健診を受診した者が医療機関を受診した場合、初診料が減免になるなどのインセンティブを考慮
- ・ 医療機関の個別健診、集団健診それぞれの利点、欠点を整理し、受診しやすい環境の整備、時間の確保をおこなう。

4) 国の役割

① 検査の精度管理

(現状)

- ・ 健診業者の選定は入札で行われていることが多く、精度管理についての取り決めがない。
- ・ 二次検査受診率が高過ぎる、すぐに投薬するなど、問題のある検査機関がある。



(対策)

- ・ 検査精度について外部評価を受けることが必要 (国の通達)
- ・ 精度管理の不良な業者に対する指導、委託の停止処分など (保健所機能)

② 判定の精度管理

(現状)

- ・ 判定基準が周知徹底されておらず、市町村、個々の健診機関でばらついている。
- ・ 基準値が変更されたときはとくに混乱している。
- ・ 老健基準と医師の判定にずれがあるとき、健康教育の対象者の選定に苦慮している。
- ・ 実際の判定は年代等も加味している可能性もある。(高齢者ではやや甘い判定)
- ・ 「要指導」「要医療」の具体的に意味することが不明確

- ・ 判定後のフォローが不十分（とくに要医療者について 治療勧奨が不十分な場合あり）

	老人保健法の判定基準	糖尿病学会の判定基準	医療機関の基準	市町村独自の基準	検査機関の基準
空腹時血糖	38 (44.7)	11 (12.9)	25 (29.4)	5 (5.9)	12 (14.1)
随時血糖	37 (43.5)	7 (8.2)	25 (29.4)	3 (3.5)	9 (10.6)
HbA _{1c}	38 (44.7)	10 (11.8)	29 (34.1)	6 (7.1)	11 (12.9)

表 4. 糖尿病健診の判定基準 数字は 市町村数 (%)

数値のみの判定と医師による判定の差	医師による判定が 1 段階重い	一致	医師による判定が軽い		
			1 段階	2 段階	3 段階
受診者数 (%)	244 (3.1)	4090 (52.4)	2973 (38.1)	499 (6.4)	3 (0.04)

表 5. 高脂血症判定の一致率 (平成 12 年度 O 市)

(対策)

- ・ 健診の目的に合わせた判定基準の作成と徹底が必要 (検査機関・医療機関への周知)
- ・ 治療の基準と予防の基準の明確化
- ・ 判定「要指導」→ 「生活習慣改善を要す」
「要医療」→ 「生活習慣改善しつつ定期的に検査をすること」
「精密検査を受けること」
「薬物治療を要する可能性があります」
等、受診者主体の、具体的でわかりやすい判定にすべきである。
- ・ 健診後のフローを明確にする。(市町村毎に作成してもらい、住民に明示する)

③ 評価と予防対策 (保健事業) の修正

(現状)

- ・ 受診率、異常率での評価：それぞれの算定根拠に問題がある。
- ・ 保健サービス評価委員会では踏み込んだ議論がされにくい。
- ・ 全国規模で実施している事業であり年間 1200 万人の受診者があるため、疫学的情報源として重要であるが、実施方法や対象者、判定基準が一定しないために大規模な調査は少ない。

(対策)

- ・ 評価は次の対策のためにある。Plan-Do-Check-Action
- ・ できるだけ生のデータを収集し、一定の基準で整理する。
- ・ 評価結果はすみやかに公表する。関係者だけでなく、一般国民にわかりやすく提示する。

・ 表 6. 検査項目別の判定基準値（平成 12 年度 A 県調査）

網掛けは老健基準（平成 12 年度改正前）と一致していることを示す

空腹時血糖			随時血糖			HbA1c		
	基準値	市町村%		基準値	市町村%		基準値	市町村%
異常なし	<94	1.2	異常なし	<120	4.7	異	<5.6	50.6
	<100	9.4		<140	55.3		<5.8	1.2
	<110	81.2		<150	14.1		<5.9	36.5
要 観 察	101-120	5.9		<160	1.2		<6.0	1.2
	110-115	10.6	要 観 察	120-160	3.5		<6.2	3.5
	110-120	12.9		140-150	1.2	要 観 察	5.6-6.0	7.1
	110-125	5.9		140-160	5.9		5.7-7.0	1.2
	110-130	7.1		140-170	4.7		5.8-6.5	1.2
	110-140	1.2		140-200	1.2		5.9-6.5	9.4
要 指 導	101-	2.4		150-170	14.1		6.2-6.5	3.5
	101-140	1.2	要 指 導	160-200	1.2	要 指 導	5.6-6.0	42.4
	110-116	2.4		120-180	1.2		5.8-8.0	1.2
	110-125	3.5		140-200	35.3		5.9-6.5	12.9
	110-130	2.4		140-250	1.2		5.9-6.7	9.4
	110-140	27.1		150-190	1.2		5.9-7.0	1.2
	116-125	10.6		160-	2.4		6.0-	2.4
	120-125	1.2	160-200	4.7	6.0-6.5		1.2	
	120-140	18.8	160-250	3.5	6.0-7.0		1.2	
	126-200	4.7	170-200	18.8	6.5-		2.4	
	130-140	5.9	要 医 療	180≦	1.2		6.5-6.6	3.5
	130-150	1.2		190≦	1.2		6.6-7.0	7.1
	140-170	1.2		200≦	64.7		7.0-8.0	1.2
	要 医 療	116≦		2.4	250≦		4.7	要 医 療
120≦		1.2	要 医 療	5.9≦	2.4			
126≦		16.5		6.0≦	43.5			
130≦		2.4		6.5≦	12.9			
140≦		57.6		6.6≦	4.7			
150≦		1.2		6.8≦	9.4			
170≦		1.2		7.0≦	9.4			
200≦		4.7		8.0≦	2.4			

④ 地域保健と職域保健の整理

(職域保健の問題)

- ・ 終身雇用制度が崩れつつあり、企業が一元的に健康管理をすることが難しい。
- ・ 被雇用者家族については実施主体があいまいである（市町村ごとに対応が異なる）。
- ・ 企業健診の受診率は高いが、事後の保健指導の実施状況は企業間格差が大きい。
- ・ 安全衛生法の健診項目は老人保健法の項目よりも少なく、生活習慣病の一次予防、二次予防の観点から見直すべき。

(対策)

- ・ 過労死などの情報を提供、企業の責任を明確化

企業が労務に配慮を要する疾患についての健診は労安法健診で行う。

(体重、血圧、肝機能、LDL、HDL、血糖、心電図、眼底検査、聴力検査等)

- ・ 単独で健康教育を実施できるのは大企業に限られている。保健所・市町村の協力、健康増進施設の活用など地域の資源も活用できるようにする。
- ・ 転勤、退職時にも継続的に管理できるよう、データは個人のICカードに蓄積する。
- ・ 健診を実施できない企業には、一定の基準を設けて補助

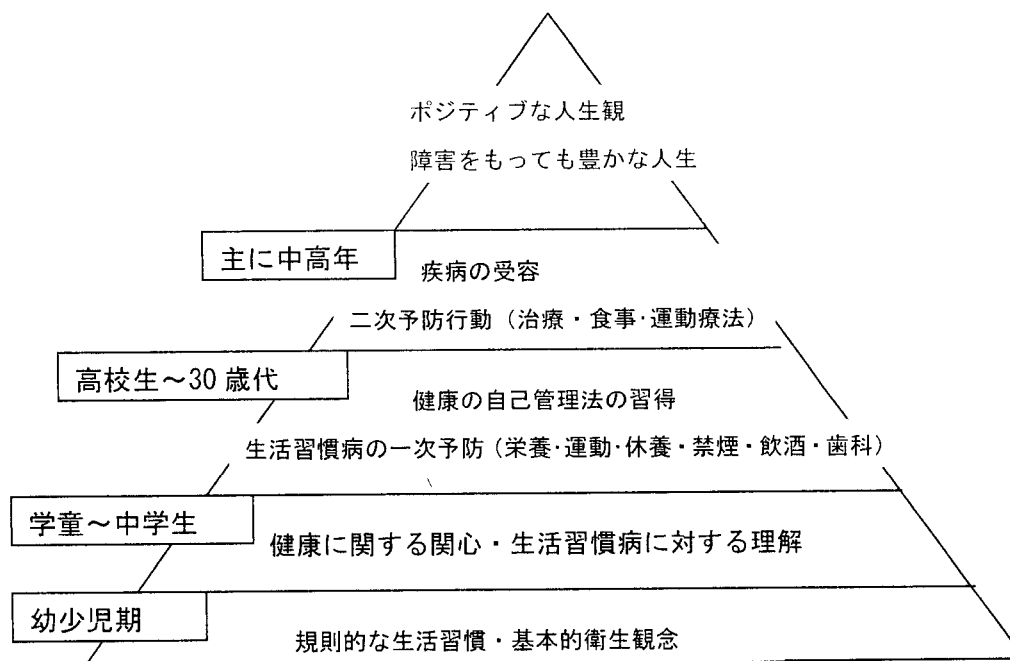


図7. 生涯を通じた健康行動