

## 特定健診・保健指導における健診項目等の見直しに関する研究

研究代表者 永井 良三 自治医科大学学長

### 研究要旨

本研究では、循環器疾患の発症リスクを軽減させる予防介入のあり方を最新のエビデンスや国際動向、技術動向を踏まえて検討した。研究班では、「健診項目等の検討」、「施策実効性の検討」の課題に応じて、2つの分科会を設けた。健診項目等の検討では、脳・心血管疾患の発症予測能、予防介入可能性の視点から、既存および新規の項目を検討した。各検査項目の異常による発症リスクが必須健診項目(高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、喫煙歴)と独立して認められるかどうか重要であるが、今回検証した多くの項目は独立指標として脳・心血管疾患等を予測していた。一方、必須健診項目以外の異常所見には、それ自体に対する明確なエビデンスがある介入手段がないことが多く、実際の予防は併存する前述の必須健診項目への介入と考えられた。すなわち追加検査項目の異常と必須健診項目の異常が合併していた場合、後者の管理を通常よりも厳重に行うことによってリスクの低減を図ることができるかが重要となる。施策実効性の検討では、健診受診後に意識・行動変容を促す事後フォローとしての保健指導への参加を促す働きかけを試行し、実施率を向上させる構造が把握された。また、重大な疾患の発症を防ぐ視点から、肥満化する前段階、リスクが小さい段階、そして服薬レベルになる前段階の早期介入の重要性が示唆された。

尾形 裕也

東京大学政策ビジョン研究センター健康経営  
研究ユニット 特任教授

磯 博康

大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学  
教授

津下 一代

あいち健康の森健康科学総合センター  
センター長

苅尾 七臣

自治医科大学循環器内科学 主任教授

三浦 克之

滋賀医科大学公衆衛生学部門 教授

宮本 恵宏

国立循環器病研究センター予防医学・疫学情  
報部 部長

岡村 智教

慶應義塾大学衛生学公衆衛生学教室 教授

古井 祐司

東京大学政策ビジョン研究センター健康経営  
研究ユニット 特任助教

## A. 研究目的

循環器疾患の発症リスクを軽減させる予防介入のあり方を最新のエビデンスや国際動向、技術動向を踏まえて検討する。

## B. 研究方法

### (1) 研究体制の整備

研究を進めるうえで協力が必要な医療保険者、経済団体、関連学会、関連研究班の関係者に本研究の趣旨および概要を周知し、研究への参加・協力を得る。

また、本研究班では、「健診項目等の検討」、「施策実効性の検討」の課題に応じて、2つの分科会を設ける。

### (2) 健診項目等の検討

循環器疾患の発症リスク軽減の視点から、予防介入が可能であることや若年層のリスク評価なども考慮し、健診項目、対象、頻度などを検討する。

検討にあたっては、エビデンス調査やこれまでのコホート研究などを踏まえる。

### (3) 施策実効性の検討

特定保健指導対象者の参加を促すために、保健指導プログラムの目的、方法、意義を周知する案内書(媒体)を新たに作成し、事業所ごとに配布し、前年度の参加率との比較を行った。

また、レセプトデータと特定健診データとの突合分析により、重症疾患(心筋梗塞、脳梗塞、脳出血、腎不全)の発症状況を服薬者、非服薬者ごとに把握し、効果的な介入方策を検討した。

(倫理面への配慮)個人に係る試料・資料等の取扱がある場合には、個人情報保護法や各種指針等にしが、情報管理及び倫理面に十分配慮する。また、専門職の介入などによる予防プログラムを実施する場合には、同意を得ることとする。

## C. 研究結果

### (1) 健診項目等のあり方

本研究では将来の脳・心血管疾患等のハイリスク者をスクリーニングできるかどうかという視点で健診項目の選定を行った。その際、各検査項目の異常による発症リスクが必須健診項目(高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、喫煙歴)と独立して認められるかどうか重要であるが、今回検証した多くの項目は独立指標として脳・心血管疾患等を予測していた。

一方、必須健診項目以外の異常所見には、それ自体に対する明確なエビデンスがある介入手段がないことが多く、実際の予防は併存する前述の必須健診項目への介入と考えられた。すなわち追加検査項目の異常と必須健診項目の異常が合併していた場合、後者の管理を通常よりも厳重に行うことによってリスクの低減を図ることができるかが重要となる。要するに予測因子としては必須健診項目から独立しているほうがいいが、予防面からはある程度の合併がないと対処法が提示できないという矛盾があり、今後、介入手段に何らかのブレークスルーが望まれる。

### (2) 施策実効性を高める方策

保健指導プログラムの目的、方法、意義を周知する案内(媒体)により、保健指導の参加率が上がり、職場からの働きかけを組み合わせることで効果が増す可能性が示唆された。

重症疾患の発症状況については、服薬者が非服薬者をうわまわった。服薬者・非服薬者ともに、発症率は非肥満よりも肥満のほうが、また動脈硬化リスクが大きいほど高い。非服薬者では、肥満・非肥満ともにリスクが大きくなるほど発症率は2.1~2.2倍高まっていたが、その一方で、服薬者ではリスクの大きさによる差は1.1~1.4倍であった。

## D. 考察

### (1) 健診の評価および設計

国内の発症・死亡リスクの予測ツールは7つあり、血圧、喫煙、糖尿病についてはすべての

ツールで予測要因として用いられていた。一方、高コレステロール血症については5つのツールで用いられていたが、脳卒中のみを対象とした2つのルールでは予測要因として用いられていなかった。いずれにせよこの4つは脳・心血管疾患のリスク評価の基本項目であることは、前年のガイドラインのレビューと同様であった。

一方、今年度の追加文献レビューの結果からも、ASTや貧血検査は本研究のアウトカムとの関連を示すという報告はみられなかった。

-GTPは糖尿病の発症だけでなく、脳・心血管疾患の発症も予測することが示された。また慢性腎臓病、各種の心電図所見や眼底検査所見は脳・心血管疾患の発症を、蛋白尿は腎機能低下を予測する指標であった。ただしこれらについては、心房細動など一部を除いて異常所見そのものに対する有効な非薬物的な介入手段があまりない場合が多い。

個々の健診項目については、将来の脳・心血管疾患等の発症予測という面からの検証に加えて、適切な非薬物的な介入手段があるかどうかという視点でも検証すべきと考えられた。

## (2) 効果的な保健事業の設計

政府の骨太方針下で進められる経済・財政一体改革では、国民の健康寿命の延伸を重要な柱として、社会保障においても Key Performance Indicators (KPI) を設定している。

2年度の研究成果において、集団の健康度を相対的に測り、施策検討に資する指標として活用した「悪化率」、「改善率(健康維持率)」に加え、3年度の研究で用いた「重症疾患の発症率」や「服薬コントロール率」も将来の KPI の候補として議論されており、地域および職域集団の見える化、および疾病予防策の検討に資する検証が希求される。

## E. 結論

循環器疾患の予防を目的とした健診の設計に向け、脳・心血管疾患の発症予測能、予防介入可能性の視点から、既存および新規の項目を検討し

た。その結果、各検査項目の異常による発症リスクが必須健診項目と独立して認められるかどうか重要であるが、今回検証した多くの項目は独立指標として脳・心血管疾患等を予測していた。一方、必須健診項目以外の異常所見には、それ自体に対する明確なエビデンスがある介入手段がないことが多く、実際の予防は併存する前述の必須健診項目への介入と考えられた。施策実効性の検討では、重症疾患の発症率の構造から、早期介入施策の重要性が示唆された。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

該当なし

## H. 知的所有権の取得状況

該当なし

