山内邦昭 予防医学事業中央会常務理事 談

どうあるべきか

本当に役立つ健診を考える

市区町村や事業所、健保組合や健康支援機関など健康増進事業実施者に対する「健診の指針」がさる6月14日に告示され、8月から実施されることになった（本紙第377号既報）。そこで今月は、指針実施に先立って、健康増進法の立案からヘルス・アセスメントの作成、さらには今回の健診の指針作成など21世紀の新しい健康増進施策の立案・作成に関わってこられた吉田勝美聖マリアンナ医科大学教授と、全国の民間健康支援機関のリーダーとして生涯にわたる健康づくりに取り組んできた山内邦昭予防医学事業中央会常務理事に、指針をふまえて、これからの健診はどうあるべきか、生涯にわたる健康増進に本当に役立つ健診を実施するためにはどういうことが必要か、その考え方は？　などをめぐって縦横に語り合っていただいた。

健診項目・方法の統一化、結果通知の標準化などは？

山内常務　先生もその一員でいらっしゃった指針の検討会が昨年の9月から開かれ、第1回、第2回の検討会の議事録などを拝見していますと、「これはすばらしい指針ができ上がるのではないか」とわれわれも大いに期待していたのです。ところが、でき上がった指針ではそうした議論が必ずしも反映されていないように感じます。

しかし、検討会や、その前に健康診査の指針策定に関する調査研究事業がありましたが、そういうところで先生は健診について非常に具体的な方法などを提案されています。そこで、少し具体的な点についてお話いただきたいのですが、健診項目の統一化とか、健診方法の統一化ということも検討会の初めの頃は議論されましたね。

吉田教授　はい。それぞれのライフステージに最適化した健診項目の統一化というか、標準化がなされるべきだと。ある年齢では健診の項目や方法は共通したものであるべきですし、高齢者と若年者では変えていく、といったことが必要だと思います。

ですが今はまだ労働安全衛生法とか老人保健法とかいった法律的な縛りから健診項目が論議されていて、受診者のサイドに立って健康増進のために何をサポートするかという議論にはなっていません。「始めに根拠法ありき」からスタートしているので、それぞれの法律の壁の間を貫いて一本化しようとしても、うまくいかないのです。

今、老人保健法の第5次見直しが行なわれていますが、そこで、ヘルス・アセスメントで健診という立場から健康評価をするという発想が強く押し出されてくると、健診項目の統一化とか共通化といったことが必要だという認識は広まってくると思います。

山内邦昭
予防医学事業中央会常務理事

山内常務　検査とか健診の方法について統一基準を作る、といったことはどうなんでしょうか。

吉田教授　検討会では、基準については検査と読影、問診、それから健診全体の精度管理の4点について議論されたと思います。このうち検査に関しては、これまでいろいろな団体や施設で精度管理の努力がなされてきているので、大方の意見としては、とりあえず一定の基準に到達しているのではないかと。一方読影に関しては、いろいろ議論が出ましたが、二重読影や読影のコード体系などはまだ普遍的に利用できるものはないというのが現状です。また問診に関しては、生活習慣病対策が重要だと言われながら、その標準化については残念ながらあまり議論がなされませんでした。

4番目の健診全体の精度管理、これは非常に重要だと思いますが、これに関してもあまり議論されませんでした。たとえば検査値が36だった場合、ある施設では再検査とされ、別の施設では経過観察とされている、というのが現状です。しかし、再検査と経過観察では180度違うわけで、健診全体の精度管理は今後最重点課題としてやらなければならないと思います。

山内常務　結果通知の問題なども、どの施設で健診を受けようとも、健診データは継続して見られるような通知表にしようとか、保健指導の内容や指導の結果はどうだったかというようなことも含めて1枚の紙に記入できるようにしよう、といった議論も検討会の当初はされたようですが。

吉田教授　最初は情報をきちんと伝えようということで、いろいろ議論されました。項目自身のわかりにくさや、事後指導もただ検査結果を単純に説明しているだけで十分に活用できない情報なので、これらをわかりやすく、活用しやすいものにしようと。

しかし、それ以上議論は進みませんでした。その原因は何かというと、健診情報を活用しやすいものにするノウハウを持っていなかった、ということだと思います。たとえばASTの基準値は40以下だと。では40以上いくつまではどういう意味を持つのか、といったノウハウを持った委員がいないのです。このあたりの評価がきちんとできるような知識を持っていないと、結果通知に書き込める内容は非常に単純になってしまう。まだと思うのです。健診はスープにあたる前菜で、次のメイン料理は健康教育や保健指導であり、それを支えるような事業所なり地域での健康増進活動があって、最後に評価がデザートとしてあって次のサイクルに入っていく、そういうコースで設定すべきだと考えています。

健診は単品料理ではなく、コース料理。

山内常務　そうしたことが、今後いろいろな機会に議論されて、1歩でも2歩でも前進できれば、われわれも皆さんの健康増進に役立つ健康支援活動が大変やりやすくなります。いろいろ問題点はありますが、今回出された指針をきっかけに健診についての議論が活発に行われるようになって、今後さらに改善されて国民の健康づくりを支える良い指針ができるのを期待したいですね。

まだ多くの方が、健診はスクリーニングで、受けることに意義があるといった捉え方をしています。しかし、今求められているのは健康増進のための健診で、コース料理としての健診メニューというのが出てきて初めて、健診は事業として完成するのだと思います。

山内常務　健診はただ実施すればいいというものではなく、受診者個人については、その結果がうまく本人にフィードバックされて、自分自身の健康増進にその情報を役に立てることができるようにしなければいけない。そのためには、健康教育とか保健指導をきちんとやって、その後、半年とか1年後にその人が生活をどう改善できたかを評価する、そういうことが非常に大切ですね。

そのためのツールとして、先生が開発された個人の健康評価としての健康危険度予測（HRA）や自己健診のチェックシート、こうしたツールを大いに活用させていただいて、われわれの健診はこういう情報まで提供することができ、活用していただくことができますよ、といったことをもっと社会にアピールしていかないといけないと思っています。

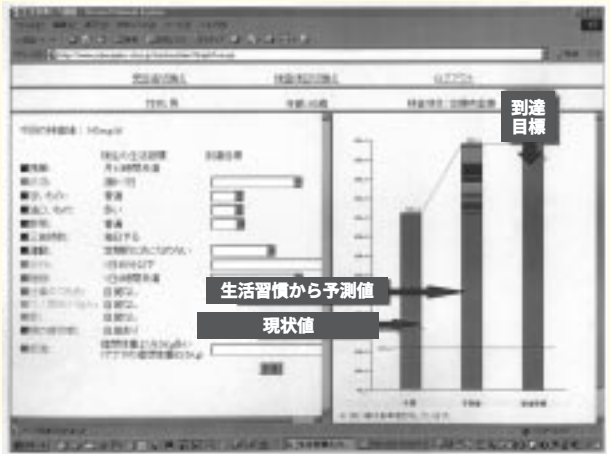
さらに、先生にご指導いただいて、先生とわれわれ中央会グループの協力研究として地域・職域診断サービスという素晴らしいシステムをつくりました。これは、われわれ中央会グループが全国で実施している地域や職域の300万人分の健診データと問診データを集めて解析し、検査結果からみた健康異常と、問診結果からみた健康リスクについて全国、都道府県、対象集団の有所見率を算出し、市や町、企業など対象集団の健康課題が何であるかをわかりやすいグラフで示すとともに、その集団の健康対策としてどういうことが必要かを明確なコメントとして示す、というものですね。

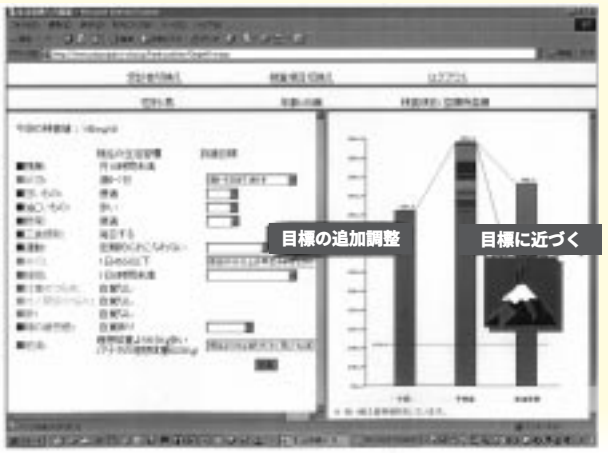
今、全国3000市町村のなかで、健康増進計画を策定できている市町村はまだ800にも達していないということです。そうした市町村に、自分の地域の健康課題が何であるかを把握して、健康増進計画を策定してもらうためにも、この地域・職域診断サービスシステムは非常に役に立つのではないかと。

吉田教授　その地域や企業にどういう健康問題があって、それに対してどのようなアプローチが必要で、対策を実行してどうだったか、そういうことをきちんとしたデータの裏付けのもとに明確に示すことがとても大事だと思います。そのためのノウハウの開発が長年の夢だったのですが、中央会の全支部が参加してくださったおかげで、この地域・職域診断サービスができました。

そのことと関連してですが、最近「健康しきい値」というものをつくるべきだと考えています。これまで私も、検査データの基準値とか基準範囲ということをいろいろ論議してきたのですが、基準値というのは健常人の95％がその中に含まれるという値であって、それが健康上許容できる値なのか、できない値なのかを示してはいないのです。しかし健診で必要なのは、この値までは許容できる、だがここからはアクションをおこすべき値、そういうシステマティックな判断ができるような「しきい値」をつくることではないかと。検査データを、基準値に縛られない、ちょっと違う発想に切り替えたときに初めて、健診に活用できるような値になるのではないかと。そういう新しい許容値として、「健康しきい値」というものをこれから理論構築したいと思っているのです。

『健康危険度予測（HRA）』で生活改善を促す





（図表は吉田勝美教授提供　無断転載はご遠慮ください）