

人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン作成委員会報告

日本人間ドック学会（以下、本学会）では、人間ドック健診受診者が全国どの施設においても均一な、質の高い人間ドック健診が受診できるとともに、全国同一の成績判定と、その判定に基づく事後指導（保健指導）が受けられることを目的に、人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン（以下、本ガイドライン）を平成15年度に一部改訂し公表してきたが、今回5年ぶりにそのガイドラインを改訂する。

その理由としては、まず、平成20年4月より施行される「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき特定健診・特定保健指導（以下、新健診）が実施されるが、その新健診においては、新たに「健診判定値」ならびに「受診勧奨値」が定められたことである。したがって、この新健診では、人間ドック健診受診者も特定保健指導の対象となることから、本ガイドラインも新健診に準じた判定区分を設定する必要があることである。

この判定区分の設定において考慮すべきことは、本学会は予防医学を担う学術団体であることから、「受診勧奨値」を超えた受診者に対し直ちに服薬治療をすることなく、脳・心血管疾患発症リスクである高血圧、高血糖、脂質異常に対する事後指導（保健指導）により脳・心疾患発症予防を達成することに努める必要があることである。事実、「標準的な健診・保健指導プログラム」においても“「受診勧奨値」を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行なうことが一般的であり、特定保健指導の対象となった者については、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、受診勧奨を行なうことが望ましい”としている。したがって今回の改訂では、ことに「受診勧奨値」を超えた受診者の事後指導（保健指導）における判定区分を従来のC：要経過観察・生活改善から、C1：積極的支援（1）、C2：積極的支援（2）と2区分に設定することとした。また、本ガイドラインでの「受診勧奨」を定めた（付1）。

この際、是非とも理解しておいていただきたい重要事項は、本ガイドラインでの「受診勧奨」は“服薬治療開始値”であることであり、生活習慣修正を継続するとともに服薬を直ちに開始することを意味する点である。また、積極的支援（1）、（2）は、3～6ヶ月の生活習慣修正後にも改善しない場合は、本ガイドラインの受診勧奨とする点、すなわち、リスク保有者については、むやみに生活習慣修正を継続せず、必要に応じて服薬治療を行うことを意味する点である。したがって、新健診での「受診勧奨値」が、本ガイドラインでは、「積極的支援（1）」、「積極的支援（2）」と「受診勧奨（服薬開始値）」に判定区分されている点を理解いただきたい。

なお、この判定区分作成に際しては、日本高血圧学会、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、及び日本痛風・核酸代謝学会の各ガイドラインとともに、これまでのエビデンスと

しての無作為化コントロール試験のデータ（A(1)および B(2)）を中心に検討した。ことにプラセボ比較試験において、プラセボ群において脳・心疾患の発症がどの期間から治療群に比較して有意となるかについて、すなわち、新健診での「受診勧奨値」を超えた者の事後指導（保健指導）の安全な期間について検証した結果を参考とし、その期間を 3 ヶ月および 6 ヶ月と設定した。

その他の本ガイドラインの改訂理由としては、厚生労働省の推進する医療機能の分化・連携との関連、すなわち、かかりつけ医と専門医の連携である。人間ドック健診においても、人間ドック健診担当医は受診者の健康を管理する、かかりつけ医である。この連携、ことにかかりつけ医としての人間ドック健診担当医と各学会専門医との連携について二つの学会より提言があったことである。

まず、日本呼吸器学会から慢性閉塞性肺疾患（COPD）の早期診断のため、本ガイドラインに COPD の診断基準を導入することの必要性とともに、専門医への受診勧奨値が提言された。本学会も“COPD は生活習慣病である”との認識から、この提言を受け入れ、呼吸機能の評価に日本人を対象とした予測式を用いて求めた予測 1 秒量に対するパーセント値（FEV₁%predicted、%予測 1 秒量）を導入することとした（付 2）。

なお、日本人における 1 秒量予測式のスパイロメーターへの設定は、自施設で対応できない場合は、各スパイロメーターのメーカーに問い合わせることにより、各メーカーが設定することとした。

また、日本腎臓病学会からも慢性腎臓病（CKD）の早期診断のため、本ガイドラインに CKD の診断基準を導入することの必要性とともに、専門医への受診勧奨値が提言された。本学会も CKD が心血管疾患のリスクであること、すなわち、心腎連関を認識していることから、日本人を対象とした推算式による推算糸球体濾過量（eGFR）を本ガイドラインに導入することとした。

なお、eGFR は付 3 に示した推算式を用いて各施設で推算することとした。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム」では、ヘモグロビン、ヘマトクリットの健診判定値および受診勧奨値を本ガイドラインの判定値から改変したことから、それに準じた改訂をそれぞれについて行なった。

今回改訂される新ガイドラインが、わが国における人間ドック健診に役立つことを切に願うものである。

「人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン作成委員会」

委員長 山門 實

委員 伊藤千賀子、大森久光、原 茂子、日野原茂雄、
福井敏樹、高橋英孝、和田高士

付1. 新旧ガイドラインの判定区分の比較

旧	新	
A 異常なし	A 情報提供	現在は正常であるが、至適値に付いての情報を提供
B 軽度異常	B 動機付け支援	正常高値であることを認識させ、必要な生活習慣を修正
C 要経過観察	C1 積極的支援（1）	6ヶ月の生活習慣修正後にも改善しない場合は受診勧奨
	C2 積極的支援（2）	3ヶ月の生活習慣修正後にも改善しない場合は受診勧奨
D1 要医療	D 受診勧奨	D1 要治療（生活習慣修正とともに薬物療法を開始）
		D2 要精密検査
E 現在治療中	E 治療中	治療継続。可能であれば、治療効果についてコメント（セカンドオピニオン）

付2. 1) 1秒量予測式（予測1秒量：FEV₁）

$$\text{男性 } FEV_1 \text{ (L)} = 0.036 \times \text{身長} - 0.028 \times \text{年齢} - 1.178$$

$$\text{女性 } FEV_1 \text{ (L)} = 0.022 \times \text{身長} - 0.022 \times \text{年齢} - 0.005$$

2) %1秒量計算式

$$\%1 \text{ 秒量 } (\%FEV_1) = 1 \text{ 秒量実測値} / 1 \text{ 秒量予測値} \times 100\%$$

付3. 推算糸球体濾過量（eGFR）

$$\text{男性 } eGFR \text{ (mL/min/1.73m}^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

$$\text{女性 } eGFR \text{ (mL/min/1.73m}^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

Cr：血清クレアチニン