

番号	日時	質問	回答	分類
1	2010年4月2日	D 1（要治療），D 2（要精密検査）どちらの判定区分が重いですか	<p>D 1（要治療），D 2（要精密検査）どちらが重いかの評価はできません。胸部X線検査を例にとって御説明します。</p> <p>気管支肺炎所見で抗菌薬の要治療（D 1判定）と評価されたAさん。</p> <p>肺異常陰影で肺癌濃厚である。CT検査や組織型判定などのために気管支鏡などの精密検査が必要（D 2判定）と評価されたBさん。</p> <p>肺異常陰影であるがほぼ良性と考える。しかし初回であるので念のためCT検査を（D 2判定）と評価されたCさん。</p> <p>この3名の病態重症度はBさん（D 2判定）>Aさん（D 1判定）>Cさん（D 2判定）と考えられます。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
2	2013年8月9日	治療中の判定区分等について	<p>1. E判定 薬物治療の該当項目の判定は、データの良し悪しにかかわらずE判定とします。</p> <p>1) データが良い場合 これは見かけ上薬剤によってよい結果を示しているためであり、よいデータという理由で判定をAにすれば勝手に薬を止めてしまう危険性があります。また、薬剤使用を明記することで、薬剤性肝障害などを発見できるきっかけとなります。</p> <p>2) データが悪い場合 一方、治療中であっても、数値・所見が悪い場合があります。たとえば固定性の心房細動では洞調律には戻りません。これは主治医の責任ではないし、自分の努力でも改善できません。薬剤抵抗性疾患では基準範囲にもっていくことは困難な場合があります。</p> <p>指導欄で「HbA1cのコントロールが不良です。主治医にご相談下さい。」などの注意書きを添えることでの対応などが考えられます。しかし血圧などは白衣高血圧などもあり、慎重にコメントする必要があります。</p> <hr/> <p>2. D1, D2判定 未治療の項目に使用します。「未治療」と「治療中」は、疫学上、明確に区別する必要があります。統計集計、論文作成で治療者を除く作業ができないからです。</p> <p>3. 総合判定 総合判定は行いません。①聴力1つがD判定であった場合と、②10項目がD判定であった場合ではまったく意味合いが違います。③C判定項目が10項目あれば（このことで総合判定をC）、④D判定1項目の状態（このことで総合判定D）より身体状況は悪いと考えられます。すなわち結果報告書に総合判定を記載することは推奨していません。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
3	2013年8月20日	性同一性障害者の性別について	<p>まず、性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律 平成20年（2008年）一部改正 が前提にあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 二十歳以上であること。 二 現に婚姻をしていないこと。 三 現に未成年の子がいないこと。 四 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。 五 その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。 <p>注釈</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 民法では、満20歳が成年年齢とされている。また、法的性別の変更という重大な決定において、本人による慎重な判断を要すること等が考慮されたもの。20歳未満の場合にも、法定代理人の同意による補完は、個人の人格の基礎である性別における法的な変更には馴染まず、あくまで本人自身の判断が必要であることが考えられたもの。 二 婚姻をしている性同一性障害者が性別を変更した場合、同性婚となり、現行法の秩序においては問題が生じてしまうためのもの。いわゆる事実婚、内縁はこの「婚姻」に当たらない。「現に」は、性別の取扱いの変更の審判の際、婚姻をしていないことをいう。過去に婚姻をしていても、離婚等で解消されていれば、審判を請求することができる。 	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
3		つづき	<p>三 現性別の取扱いの変更の審判の際、未成年の子がいないことをいう。審判を受けた者が後に養子縁組により子を持つことは可能。</p> <p>四 性別の取扱いの変更を認める以上、性ホルモンの作用による影響や、生物学的性別での生殖機能が残存し子が生まれた場合にさまざまな混乱や問題が生じるための要件。生殖腺がないこと」とは、生殖腺の除去、または何らかの原因で生殖腺がないことをいう。「生殖腺の機能」とは、生殖機能以外にも、ホルモン分泌機能を含めた生殖腺の働き全般をいう。</p> <p>五 公衆の場とくに公衆浴場などで社会的な混乱を生じないために考慮されたもの。</p> <p>戸籍抄本の取り寄せは困難と思われます。人間ドック健診を基に「診断書」を作成するケースも想定されます。人間ドック健診は自由診療ではありますが、これは医療保険適用か否かの問題であって、医療行為の範疇に入るものです。簡便な対策は、健康保険証の性別を記載することです。健康保険に加入していない場合は戸籍上の性別となります。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
4	2014年4月1日	画像判定マニュアルのC判定とD判定について	<p>今回の画像判定マニュアルは、平成14年度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（「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作成小委員会」）を10年余ぶりの改訂したものです。</p> <p>当時より規定されました下記の判定区分は今回においても変更していません。</p> <p>「判定及び事後指導区分」</p> <p>(A) 異常なし</p> <p>(B) 軽度異常あるも日常生活に支障なし</p> <p>(C) 軽度異常あり生活習慣改善，又は経過観察を要す</p> <p>(D1) 要医療</p> <p>(D2) 要精密検査（D1，D2判定不能の時は（D）とする）</p> <p>(E) 現在治療中</p> <p>さて</p> <p>判定Cの意味は、3ヶ月後，6ヶ月後等に人間ドック健診施設内で自費として，あるいは健康保険使用しての診療機関での再検査，画像検査では次回（1年後）の人間ドックでの確認でもかまいません。</p> <p>判定D2は自施設でCTや内視鏡を自費診療，あるいは健康保険使用での医療健康保険診療で診察を受けての精密検査でもかまいません。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
4		つづき	<p>判定Cは経過観察であって、再検査はD2というのは誤りであります。日本人間ドック学会の立場は、平成14年より、（同一手法により）再検査することを判定Cと定めています。</p> <p>くりかえしになりますが、判定Cは異常のあった項目を経過観察する、すなわち（生活習慣改善を行いながら）悪化・改善を判定・評価するために（施設や健康保険を問わず）同じ手法で再検査をするということであります。</p> <p>判定D1は（施設や健康保険を問わず）違う方法（CTやMRなど）や原因解明のために別の検査を加えて異常を解明するということであります。</p> <p>判定D2は医療機関を受診して治療なりを要する段階ということですよ。</p> <p>判定D1およびD2を下した後は、ほとんどが他医で行われるため、上記のようにD1、D2判定不能の時は（D）とする、とも記載しています。</p> <p>（参考文献）人間ドック健診フォローアップガイド 文光堂、2009年</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
5	2017年1月24日	<p>平成27年11月日本臨床検査標準協議会（JCCLS）が示すJCCLS共有基準範囲普及の依頼があり、都道府県によってはすでに対応していると聞いております。秋田県医師会では一部に福岡県医師会値を参考にした「統一基準範囲」を平成29年4月より利用することになりました。</p> <p>日本人間ドック学会としては、このような動きに関連して、基本検査項目の判定区分表の改定について、検討されておりますでしょうか？</p>	<p>現在、基本検査項目の変更（学術委員会担当）、判定区分の変更（健診判定・指導マニュアル作成委員会担当）がなされています。この最大の理由は、平成30年（2018年）4月より第3期の特定健康診査、特定保健指導が改訂され、検査項目の変更がまずありますので、それに伴って、基本検査項目にeGFR、non-HDLコレステロールが追加されます。その他にも現在見直しを進めているところであります。</p> <p>判定区分につきましては、特定健康診査の判定区分の発表にともない、eGFRの判定区分を変更（特定健康診査でeGFR45未満を受診勧奨としたため、現行の人間ドック学会のD区分を50未満から45未満に変更するなどの作業、ならびに日本人間ドック学会が実施した大規模調査結果を踏まえて、血小板などの判定区分を変更（血小板の基準範囲は、成書いずれも15万以上であるのに、唯一学会基準範囲は13万以上でした。しかし、大規模調査では15万以上であることが再確認され15万に変更）を行う作業を進めています。</p> <p>特定健診、特定保健指導の改訂により、全国の施設が2018年3月にコンピュータプログラムの改修があります。その準備に合せて、上記の変更提案を2017年3月もしくは8月の理事会への提出を目指しています。</p>	判定区分
6	2017年4月19日	HP一般のみなさまへの判定区分の解釈について	<p>日本人間ドック学会ホームページ、一般のみなさまへの欄をご覧くださいましてありがとうございます。さて、ここでの区分は、わかりやすく、（基準範囲）、（要注意）、（異常）の3区分で表記しております。医療者向け判定区分のA区分が（基準範囲）、B区分とC区分を合体させた範囲が、この（要注意）、D区分が（異常）となっております。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
7	2017年10月20日	<p>治療中、経過観察中の疾患があるが、検査、診察では異常なしであった場合の所見、ランクはどのようにつけるべきか 所見→異常なし、ランク→A 所見→異常なし、ランク→E 所見→「(病名)」、ランク→E 上記の中ではどの表記が一番適切でしょうか？</p> <p>医師の意見としてのコメントは治療中の疾患に関しては個別にコメントはなく、「(病名)」、「(病名)」(治療中の病名を並べて表記し)治療中のため主治医のもとで管理を継続してください。としています。</p> <p>経過観察中の病名に関しては、検査項目に関連したもののみ「経過を観察してください。」等と記載しています。これらは、病名とランクをパソコンに入力し、自動で表記されるようにしています。</p>	<p>ご質問の治療中&経過観察とは、治療しながら、経過を見ていると解釈し回答いたします。薬物治療中の場合は値が基準範囲、所見に異常なくても、人間ドック学会の定めるE判定(治療中)とします。</p> <p>投薬していない場合は、自施設の診断とします。患者の申告病名が絶対に正しいわけではないためです。</p> <p>全国の結果票を拝見しますと、判定の仕方に差異があります。</p> <p>たとえば乳腺について、診察とMMGを併せて判定する施設、それぞれを判定する施設などです。腎臓も、血液検査、尿検査、超音波で総合的に判定する施設があれば、各々の判定を表記するなど一定していません。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
8	2018年3月1日	<p>人間ドック学会の判定区分と「特定健診・保健指導（第3期）の改定」と比較しますと異なる区分がありますので教えてください。又肝臓疾患研修会ではGOTとGPTが31以上だと受診してHCV抗体とHBs抗原が未検査ならば検査した方が良いといわれました。</p> <p>①non-HDL-C ドック学会 D210以上 C170-209 特定健診 D170, C150</p> <p>②血圧 ドック学会 D160-110 特定健診 D140-90</p> <p>③肝機能 GOT ドック学会 D51以上 特定健診 D31以上</p> <p>GPT ドック学会 D51以上 特定健診 D31以上</p>	<p>1. 肝臓 人間ドックと特定健康診査では実施する項目が異なるため、判定区分が異なります。特定健康診査での肝臓に関する検査はAST, ALT, GGTの3項目のみです。一方、人間ドックでは、AST, ALT, GGT, 総ビリルビン, ALP, HBs抗原, (HCV抗体), 超音波検査です。 検査項目が3項目と少ないと、情報が限定されますので、判定値は低い値に設定せざるえません。 人間ドックではある意味特定健康診査の精査も含んだ7(8)項目により、肝臓の総合判定を行いますので、AST, ALT, GGTの判定値は高い基準となります。</p> <p>2. 血圧, 脂質 特定健康診査には表の判定値と裏の判定値があります。</p> <p>表の判定値は、ご指摘のような値になっていますが、これでは紹介を受ける医療機関はパンクしてしまいます。また受診者からも医療機関で十分な対応してくれない、経過観察でよいなど相当なクレームが生じるため、裏の判定値が厚生労働省から提示されました。これは平成20年、特定健康診査が開始されてからまもなく発表されました。下記URLは平成30年版のものです。人間ドックでは事後指導、保健指導があるため、下記の判定値を使うように指導を受けています。 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf</p> <p>すなわち、裏での医療機関受診レベルは、収縮期血圧160mmHg以上、拡張期血圧100mmHg以上、LDLコレステロールは180mg/dl以上、non-HDLコレステロールは210mg/dL以上、中性脂肪は500mg/dL以上であり、これをドック学会のD区分にしています。この値未満は生活習慣で、これが人間ドックの役割ですので判定区分Cとしています。</p> <p>注) 上記URL(第2編別添)が掲載されている全体版は http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
9	2018年4月2日	<p>【質問1】 どのようなときにD1にするか</p> <p>【ご質問2】 判定Eとするときは、何らかの所見があると思うが、判定にはEがないので、どのようにすればよいか</p>	<p>【回答1】 判定区分は、全領域に適用されます。 内視鏡 胃アニサキスや急性胃粘膜病変はD1になっています。</p> <p>【回答2】 糖尿病網膜症でレーザー治療等を受けている場合、乳頭陥凹で緑内障治療中の場合などはE（治療中）となります。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
10	2018年9月10日	<p>【ご質問1】 昨年要精検で精査の結果異常なし（例えば、胸レントゲン結節影→胸CTで異常なし）、今年同じ所見（胸レントゲンで結節影）の場合、昨年の精査の結果も含めて判定を行っていいのでしょうか？（この場合、昨年胸CTで異常なし、今年の胸レントゲン結節影も昨年と変化なしなので、経過観察（C判定）にするなど）それとも過去の経過は一切考慮せず、今回の結果のみで判定すべきなのか？ ※これに関しては、受診者さまから強い要望があります（本当に今年も精密検査が必要なのか）。</p>	<p>【回答1】 受診者にとって、同じ施設で人間ドックを受け続ける利点は、過去データ・情報（既往歴など）を鑑みて判定、指導してもらえるところにあります。貴施設で、前回問題となった所見について、その後の精密検査で問題なく、今回その状態が変化していない場合は、判定はBもしくはC判定をお願いします。</p>	判定区分
		<p>【ご質問2】 重複しますが、視力、聴力で要精密の判定がされる方は、基本的に回復の見込みがなく（急性疾患によるものが否定されていることが前提）、毎年要精密になってしまうと思うのですが、病院独自の基準で判定してもよいのか（例えば、前年と変化がなければ、経過観察（C判定）にするなど）。</p>	<p>【回答2】 受診者にとって、同じ施設で人間ドックを受け続ける利点は、過去データ・情報（既往歴など）を鑑みて判定、指導してもらえるところにあります。たとえば医療面接で聴取した小児期中耳炎で回復しない聴力低下がある場合は、判定はCとなります。</p> <p>【総括】 判定区分はあくまでも初回のもので、2回目以降は、受診者の状況に合わせて変更をお願いいたします。</p>	

番号	日時	質問	回答	分類
11	2018年9月28日	<p>悪玉コレステロールLDLの基準値ですが、2014年ごろに発表された日本人間ドッグ学会の新基準値案では男性は72～178を健康として話題になっていましたが、最近出された2018年4月の日本人間ドッグ学会の判定区分表では「異常なし」の区分が60～119とありました。このずれは何でしょうか？</p> <p>あと、日本人間ドッグ学会のHPの判定区分表でも、新基準案のものに改訂された形跡がありませんでしたが、そもそも新基準案LDL72～178は改訂へ実施されなかったのでしょうか？</p>	<p>基準範囲とは、健康な人の95%が示す範囲です。</p> <p>ご指摘のように、検証の結果、男性のLDLコレステロールの基準範囲は72-178mg/dLでした。これは（平均値-2倍の標準偏差）～（平均値+2倍の標準偏差）で求めます。</p> <p>LDLコレステロールは、動脈硬化を進行させ、心筋梗塞などの血管障害を引き起こします。</p> <p>LDLコレステロールが178 mg/dL以下であっても、120mg/dL以上（予防医学的閾値）が続くと、血管障害を引き起こす可能性が高くなります。よって、日本動脈硬化学会などでは、この予防医学的閾値を用いています。日本人間ドッグ学会もこの閾値以上を判定B区分としています。</p>	判定区分 基準範囲

番号	日時	質問	回答	分類
12	2018年12月28日	<p>健診システムでの結果処理に関しては、健診システムの機能を最大限に活用し、循環器系の総合判定においては、国や県が定める判定基準に基づき、医師の監修のもとに作成した自動判定ロジックを健診システムに登録し、迅速かつ間違いのない判定を総合判定として結果通知を行ってまいります。</p> <p>なお、判定は、最も医学的に重度な判定を総合判定とするとともに、場合によっては、医師が事実確認した上で自動判定結果を手動で変更（修正）を行うことも想定しております。</p> <p>また、循環器判定に係る血液データについては、健診システムに組み込まれた「至急連絡値」により自動的に至急取扱者（至急連絡者）が選定され、医師の指示のもとに「至急連絡」を実施することとしております。</p>	<p>判定は、最も医学的に重度な判定を総合判定とするとともに、場合によっては、医師が事実確認した上で自動判定結果を手動で変更（修正）を行う。ならびに健診システムに組み込まれた「至急連絡値」により自動的に至急取扱者（至急連絡者）が選定され、医師の指示のもとに「至急連絡」を実施することは重要なことです。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
12	つづき	<p>上記のことを踏まえまして「総合判定」の考え方について御教示願います。</p> <p>健診システムの機能を活用し、医師の監修のもとに作成した自動判定ロジックを健診システムに登録し、自動で導き出した判定を総合判定として結果通知を行う際に留意すべき点はございますでしょうか。</p> <p>(循環器系判定の流れ)</p> <p>1) 基準値に基づく数値による判定行う検査項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧判定・糖尿判定、肝機能判定、脂質判定、腎機能判定、貧血判定 <p>2) 医師の読影・判定に基づき判定行う検査項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診察判定、眼底判定、心電図判定 <p>※1) 2) の判定で1番重い判定の抽出</p> <p>判定区分 O:異常なし A:要観察 B:要指導 C:要精検 D:要治療</p>	<p>しかしながら、1臓器は要治療（女性の鉄欠乏性貧血）で残りはすべて異常なしよりも「多くの臓器が要再検査レベル」のほうが全身的には不健康ということもしばしばありますので、もっとも悪い判定を転記する総合判定の提示は推奨いたしません。各臓器・病態判定で、D判定を赤字にするなどの工夫により、受診者や紹介先医療機関あるいは産業医、かかりつけ医にとっては、体のどの臓器・病態がどの程度異常なのか容易にわかることのほうが重要です（小山和作：人間ドック成績報告書の共通化を目指して 施設長としての立場から、日総合健診医会誌 1998；25：305-307.）。報告書の配列は検査項目別よりも疾患・臓器系統別の方が受診者にも医師にも分かりやすい。（柴田定康：人間ドック成績報告書の共通化を目指して システム構築者の立場から、日総合健診医会誌 1998；25：311-312.）。最初のページに指導文章が並ぶと、忙しい臨床医は指示に対応する検査結果を見出しにくいことから、最初に全臓器・病態別の判定を提示、次に各臓器・病態別の過去3回時系列データと今回の検査結果に対する指導文を一体化して表記することが望まれます。</p> <p>なお判定区分として日本人間ドック学会は「E：治療中」の記載を求めています。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
13	2019年2月12日	<p>貴会の判定区分の「総蛋白」「アルブミン」「血色色素」の項目について伺います。それぞれの項目に(D要医療)の区分があります。人間ドックの血液検査の結果でこの (D要医療)の区分に該当した場合 検査を実施した医療機関は 検査報告として検診者に対して 通常の場合 要再検査の通告をしますか？それとも数値をみた医師の主観により 経過観察で済ませる場合もありますか？</p> <p>また (D要医療)の区分に該当した場合 要再検査の通告は義務づけられていますか？</p>	<p>通常は、健診機関から異常の原因を明らかにしていただくために、内科等の受診を勧めます。ただし、年齢、これまでの経緯から判断して、値がD区分（要精査・要治療）であっても、健診機関での再検査を行い変化を確認することもあります。</p> <p>「経過観察」とは健診機関が再検査を行って変化を観察する意味ということならば、「再検査」と同一用語と思われず。</p> <p>要医療（判定D）は再検査（判定C）とは異なります。よって、再検査の通告ではなく、要医療の通告となり、内科等の受診を勧めます。たとえば、血色色素がD区分にまで低下しているならば、網赤血球、鉄、フェリチンなど健診項目にない検査なども必要になり、内科等の紹介をして精査、必要に応じて治療をしていただく必要があります。たとえ、D区分に低下していなくても前回から2g/dL以上減少している場合（血色色素は個人の基準範囲が、集団の基準範囲に比べて狭いため）は、値がC区分であっても判定D、要医療とすべきです。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
14	2019年5月15日	<p>結果の判定区分について、教えていただきたいのですが、経過観察中や定期受診中などで治療をしていないものは、A異常なし・B軽度異常・C要経過観察（生活改善・再検査）・D要医療（D1要治療・D2要精検）・E治療中では、どこの部分に該当しますか？よろしくをお願いします。</p>	<p>結果報告書には、あくまでも貴施設の評価での判定を表記します。たとえばHbA1c8%代で食事療法と運動療法でよいとかかりつけ医療機関から言われているケースは少なくありません。その結果、気が付いたときには合併症を起し、インスリン注射が必要なケースもでてきます。あくまでも、人間ドックの先生がご判断された判定を記載（セカンドオピニオンにも相当）するのが望まれます。ただし、ご質問に記載されているように、結果の高低にかかわらず治療中はEとします。</p>	判定区分
15	2019年8月26日	<p>E判定は 1.食事療法のみや、検査による経過観察中でも治療中とするのか。 2.漢方薬による治療中はE判定とするのか。 以上についてご教示をお願いします。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・E判定は「医師」処方による治療（薬物，放射線，人工透析やペースメーカーなどの人工臓器など）をさします。このような治療行為を受けるために，医師診察を含んだ医療機関を受診している場合がE判定となります。 ・漢方薬は医師が処方している場合はE判定とします。市販薬，OTC，通信販売による薬（漢方薬含む），サプリメント，健康食品による治療はE判定に含めません。 ・医療機関であっても，検査（体重，血圧測定含む）だけを受けている場合は，E判定に入りません。 ・食事，運動療法はE判定に入りません。食事量を減らす，運動の量を増やす，内容構成を変えるとといった生活習慣に関する変更はE判定といたしません。同様に飲酒量を減らしていることもγGTPをE判定にしません。 	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
16	2019年9月10日	<p>本学会の判定区分表は受診者が薬を飲んでいない状況時のA B C D判定区分なのか、どうか。つまり、血圧なら薬を飲んで収縮期129以下ならA判定なのか、それともE判定にするのか教えて欲しい。</p>	<p>本学会の判定区分表は受診者が薬を飲んでいない状況時のA B C D判定区分です。血圧なら薬を飲んで収縮期129以下なら、すなわち値にかかわらずE判定となります。</p> <p>(背景)</p> <p>治療中で収縮期160mmHgの場合は判定D「高値のために治療を受けてください」という内容であり、受診者は言われなくてもすでに治療を受けていると反発されます。一方で、129mmHgであると判定A「異常なし」となり薬を勝手に中止してしまう危険があります。</p> <p>薬物治療中のデータは本来のその人の姿ではありません。治療群を独立させないと、疫学調査では値にかかわらず治療中データは排除すること多いこと、治療者データの解析ができないこと、などが欠点となります。</p>	判定区分
17	2019年9月10日	<p>判定区分のE判定について（治療中）どのような場合にE判定となるか</p>	<p>該当検査項目の異常是正のために、化学的・物理的手法の人為的介入＝医療行為がある場合をE判定とします。</p> <p>化学的手法には、薬剤（経口、経静脈、点眼薬など）、物理的手法には人工透析、人工ペースメーカーなどがあります。</p> <p>ホルモン剤使用によりコレステロール変動が副次的に生じるが、コレステロールの変化を主たる目的として使用しないので、この場合はE判定としない。</p> <p>保険診療・自費診療の区別は問いません。</p> <p>自己努力による食生活改善、運動療法はE判定としない。</p> <p>医療機関において軽症糖尿病のために、外来栄養食事指導を受けていてもそれは生理的変化の強化であって、E判定としません。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
18	2019年10月18日	<p>血液検査等の結果値ですが、基準値と基準範囲があり、基準値の中央95%が基準範囲という事は理解しています。いろいろな施設の人間ドックの報告書はほぼ「基準値」と表示されています。人間ドック学会のHPでは「基準範囲」とあります。基準値としている病院の値も人間ドック学会の定めた数値です。数値は同じで基準値と基準範囲のどちらを印字させるのがよろしいのか教えてください。</p>	<p>日本臨床検査医学会発行の「臨床検査のガイドライン2018」では「基準範囲」という言葉で説明されています。 https://www.jslm.org/books/guideline/2018/03.pdf また日本臨床検査標準協議会でも基準範囲という用語で説明されています。 http://www.jccls.org/techreport/public_20190222.pdf 基準範囲の上限値と下限値の上下の「基準値」あるいは基準（範囲の）上限値、基準（範囲の）下限値とよびます。 よって記載は上限値と下限値を記載するため基準値と基準範囲のどちらでもかまいませんが、しだいに「基準範囲」が主流となっているようです。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
19	2019年11月5日	<p>胸部レントゲンで、判断基準からは、D2所見でも、精査済みで、数年来変化がなければ、C1としてもよいでしょうか。また、同様に、C1のものが、数年来経過がなければ、Bにしてもよいでしょうか。基準通り、D2とすると、職場経由の方は呼び出されたり、大変に困惑するようです。経年的に変化のないものはどのようにしたらよいでしょうか。</p> <p>超音波では、経過観察して問題なければ、DからC、Bなどに落とすような文言がありますが。</p>	<p>判定区分を、すべての人に、また人間ドック毎に常に適用させることは、医学的にむしろ不適切であります。年齢、閉経有無（ALPは閉経後約1.5倍になる）、月経中（尿潜血陽性化）、既往歴などを勘案して、各症例によって変更していただくことが必要です。胸部X線についても「判定マニュアル」4ページに「臨床症状などを参考にしたり、血液検査データが手近にあれば参照して判定することが望ましい」</p> <p>https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/ChestRadiographyScreening.pdf</p> <p>「人間ドック健診の実際」（日本人間ドック学会監修，文光堂，2017）の76ページにその旨の記載をしております。</p> <p>すなわち、病変に変化がない，あるいは既往歴・精査結果の医学的情報を踏まえて，判定を変更することが必要となります。</p>	判定区分 胸部X線

番号	日時	質問	回答	分類
20	2020年3月9日	<p>高血圧、糖尿病、脂質異常症などの方で治療中でもコントロール不良で「D」判定値が出た場合の判定区分について、「治療中はEにしてください。」との回答をいただきました。</p> <p>ただ、胃のX線バリウム検査で胃十二指腸疾患治療中の方に「D」判定所見を認めた場合「E判定」で適応して良いのでしょうか。人間ドックの健診項目の中で、悪性腫瘍のような特定の疾患を確認するための「検診」の項目では「治療中」を自動的に「E」としてしまうと、プロセス指標値の精度管理にも問題を生じますし、「D」と「E」の違いは、結果を受けとった受診者の受け取り方に差が生まれ、「見逃し」に繋がるのではないかと心配致します。このような「検診」の色彩の強い項目では、判定は「D」とし、「主治医に相談してください。」のようなコメントをつけるのが妥当な選択ではないかと考えます。</p>	<p>治療中（区分E）ができた背景は、平成20年度から発足した特定健康診査であります。</p> <p>検査値にかかわらず、治療薬を使用している場合は判定Eとしました。受診者から値が良好であるのに該当になったというクレームを避けること、該当者を明確にすることにありました。</p> <p>さて、ご質問の画像検査については、1つの検査で異なる病態、疾患が同時に見つかるため、判断に苦慮されるケースも少なくないと思います。（胃粘膜障害を引き起こしやすい）他薬剤使用中で胃粘膜防御のための薬剤使用中の場合に、別の病態・疾患である胃がん所見が見つかった場合です。マニュアルには明記してはいませんが、判定E（治療中）でなく、判定D（要精密検査・要治療）にされ、その旨のコメントに書くことは、不適切とはいえません。これは、その薬剤の効能範囲外の重要な病態・疾患が見つかった場合の例外的対処です。多様性があるため、画像検査の判定マニュアルには明記しておりません。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
21	2020年3月10日	<p>判定区分の注記で「眼圧、総ビリルビン、ALP」に対して判定区分を設定せずとなっています。これはこれらの測定はドックとして望ましくないと言っているのか、測定、判定は各施設に任せるという意味かよくわかりません。</p>	<p>基本検査項目に対する判定区分表は20年以上前から公表し何度かの改訂をしてきました。これまで、基本検査項目にある眼圧、総ビリルビン、ALPの判定区分表がないことのご質問を何度か受けてきましたので、今回の改定の機に、脚注に明記することにいたしました。</p> <p>眼圧の基準範囲内（日本眼科学会では7～20mmHg）に7割の病人（緑内障、慢性緑内障の9割）が存在します。眼圧は緑内障しか検出できませんので、この範囲内をA区分「異常なし」と言えないため、判定区分を作成しないことが最大の理由であります。緑内障（有病率5.8%）の発見には細隙灯検査、OCT検査などもありますが、スクリーニング検査にはFDT視野検査が考慮されます。視野検査を導入した場合、眼科治療者はそれだけで3倍（1.7%が5.2%）になることは確認されています。（https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhep/44/3/44_517/_article/-char/ja/）</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
21		つづき	<p>今年も4者（日本人間ドック学会，日本総合健診医学会，全日本病院協会，健康保険連立組合）で，平成30年度からの基本検査項目改訂に関する委員会で協議中ではありますが，視野検査導入は審議対象外になっています。しかし，成人中途失明第1位の緑内障発見が現行のしくみでは不十分ですので，8月の学術大会では，眼科健診に関するシンポジウムを開催し，会員が現状の問題点を理解していただき，将来の人間ドックでの眼科検査のありかたを検討いたします。</p> <p>総ビリルビンの基準範囲は，成書では0.2～1.2 mg/dLとされています。しかしながら，人間ドックでは空腹時間が長いために上昇するため，大規模調査結果では7.0～28.1 (μmol/L) =0.41～1.64 (mg/dL) となります。判定区分を作成しえない理由は1) 空腹時間が長時間化するほど生理的に上昇する，2) 超音波検査，他の肝機能検査がすべて異常なく，単独で総ビリルビンのみ上昇する場合のほとんどが体質性黄疸であること，3) 2.34mg/dL(=40 μmol/L)以下では，総ビリルビンの抗酸化作用で，低値ほど死亡率は高く，動脈硬化度が強くなる，4) その一方で肝臓・胆道疾患が総ビリルビン値を上昇させる，5) 人間ドック受診者140万人のデータから2.4mg/dL以上はわずか0.4%であります。一方で，肝臓・胆道疾患を発見するために直接ビリルビンの新規採用を提唱案がありましたが，健診施設のプログラム修正の負担が大きくなることを理由に却下されました。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
21		つづき	<p>ALPの判定区分を作成しにくい理由は、1) LSIメディエンス社（100～325U/L）、SRL社（115～359U/L）など検査会社により基準範囲自体が異なること、2) 閉経前後で基準範囲が異なること（日本臨床検査標準協議会による共用基準範囲：閉経前100～266、閉経後114～352、日本人間ドック学会による大規模調査：閉経前100～242、閉経後100～326）、3) 空腹時採血でも血液型により基準範囲が異なること（閉経前女性の基準範囲上限A型218 U/L以下、O型279 U/L以下）のために、ALP測定法が日本臨床化学会（JSCC）法から国際臨床化学連合（IFCC）法への変更が現在検討されている最中であること。以上より各健診施設で判定区分を設定していただきたく存じます。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
22	2020年11月6日	<p>採血の各項目基準値に関してですが、どの会社の採血基準値を使っているなどは分かりますでしょうか。我々が使用しているSRLの基準値と数値が違うものが散見されたため、SRL会社の基準値との互換性に関して調べたいと思いご質問させて頂きました。</p>	<p>日本人間ドック学会宛へのご質問ですので、主に健診を主眼としてお答えします。「どの会社の採血基準値を使っている」とは、「誰が」が重要になります。基準値には、将来重大な疾病が発症する危険の評価する検査項目（脂質など）と、検査項目自体が疾病の重症度を表す（白血球など）があります。前者は、各専門学会で①予防医学的閾値として設定しています（中性脂肪は150mg/dL未満など）（下記参考1）16ページ項番C参照）。後者は健常者、医学的には選定された基準個体（下記参考1）12ページ項番B参照）から求めた平均±1.96標準偏差を②基準範囲と設定しています。</p> <p>国が実施する特定健康診査の基準値は、参考2）の2-52ページの保健指導判定値です。これは①を主体にして、関連学会から意見を聴取して作成されました。なお「健診」とはリスクの評価であり、「検診」は病気を発見するものであるため、前者では上限値、下限値しか設定されていません。すなわち「基準範囲」とはいいがたいものです。</p> <p>日本人間ドック学会では、人間ドック機関を対象に判定区分を作成し、参考3）として公開しています。人間ドックでは、異常があれば医療機関に紹介するという中間的立場であるため、基準範囲以上に、要精密検査・要治療の閾値の設定を重要視しています。人間ドックを受診することで、特定健康診査も受診したこととなるため、人間ドックにおける特定健康診査の項目は厚生労働省の基準値（参考2）を採用し、そしてこれには前述のように下限値、上限値がないため、日本人間ドック学会で検討した基準個体から基準範囲を求めました。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
22		つづき	<p>この内容と、後述の共用基準範囲と多少の差異については、参考1) 15ページに紹介されています。すなわち、人間ドックの基準範囲は、主に基準個体から算定したが、特定健康診査で上限値、下限値が決まっているものは、それを採用しています。</p> <p>労働安全衛生法で定める事業主健診の定期健康診断は、そのほとんどが民間の健診機関に委託して実施されています。そして、人間ドックと同じように、その受診をもって特定健康診査の受診となることから、日本人間ドック学会の基準範囲を採用するかあるいは委託の健診健診で設定した基準範囲が使用されています。SRLなどの臨床検査会社での基準範囲は、以前は②で表記していましたが、近年は①も採用しつつあります。しかしながら、専門学会では、特定健康診査と同様にリスク評価を主としているため、たとえば中性脂肪では上限値(150mg/dL)のみを設定し、下限値は設定していません。その結果、各社の基準範囲の上限値は①を、下限値は②といった変則的な基準範囲となっています。しかも個々の検査会社によって採用する基準個体が異なることや会社の考え方があり、SRLの中性脂肪は50~149mg/dL、LSIメディエンスでの中性脂肪は30~149mg/dLとなっています。</p> <p>大学付属病院ではそれぞれの臨床検査部が独自の基準個体を用いて基準範囲を設定してきました。このような差異は決して好ましい状況ではありません。そこで臨床検査医学関係の専門家による日本臨床検査標準協議会で、共用基準範囲を策定しました(参考4)(参考1, 15ページの項番G参照)。</p>	判定区分

番号	日時	質問	回答	分類
22		つづき	<p>現在，大学付属病院ではこの共用基準範囲が広く採用されています。なお共用基準範囲では，純粹に②すなわち平均±1.96標準偏差で算出しているため，中性脂肪は男性40～234mg/dL，女性30～117mg/dLとなっています。</p> <p>以上をとりまとめますと，冒頭に記述した「誰がどの基準値を採用しているか」については，自治体は参考2)の特定健康診査の基準値，事業主健診である定期健康診断は参考2)と参考3)のミックスあるいは委託健診機関の基準範囲，人間ドック機関は，参考3)の日本人間ドック学会の基準範囲，大学付属病院などは参考4)の共用基準範囲，開業医など臨床検査会社に委託している場合はその各臨床検査会社の基準範囲といえるかと思えます。</p> <p>(参考)</p> <p>1) 日本臨床検査学会 2018 ガイドライン 基準範囲・臨床判断値 https://www.jslm.org/books/guideline/2018/03.pdf</p> <p>2) 厚生労働省 特定健康診査 https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf</p> <p>3) 日本人間ドック学会 判定区分2020 https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/69ab66f1e59f3c9e295b3e00e161ff30.pdf</p> <p>4) 日本臨床検査標準協議会 共用基準範囲 http://www.jccls.org/techreport/public_20190222.pdf</p>	判定区分