

番号	日時	質問	回答	分類
1	2017年12月28日	<p>ドック学会の見解として、便潜血検査・尿検査・子宮細胞診について生理中は原則避ける、というような規定がありますでしょうか？</p> <p>施設の判断に任せているという形でしょうか？</p> <p>記載が見つかりませんでしたので質問させていただきました。</p> <p>よろしくお願いいたします。</p>	<p>規定は学会として定めていません。</p> <p>施設の判断に任せています。</p> <p>1) 便潜血</p> <p>参考資料</p> <p>日本医師会HPより引用</p> <p>https://www.med.or.jp/forest/gankenshin/type/largeintestine/qa/</p> <p>生理中の場合、大腸からの出血か判別がつかない可能性があります。生理期間は受診できないと定めている自治体もあるため、各自治体の大腸がん検診の注意事項を確認してみてください。</p> <p>月経中の採取は避けることが望ましい。どうしてもその期間に採取した場合、月経血の混入のみが原因とはいえないので、陽性の場合、必ず大腸内視鏡検査を受けることを受診者に伝えるとよいでしょう。</p>	検査注意

番号	日時	質問	回答	分類
1		<p>つづき</p> <p>→日本対がん協会リンク http://www.jcancer.jp/about_cancer_and_checkup/%E5%90%84%E7%A8%AE%E3%81%AE%E6%A4%9C%E8%A8%BA%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6/%E5%AD%90%E5%AE%AE%E3%81%8C%E3%82%93%E6%A4%9C%E8%A8%BA%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6/%E3%82%88%E3%81%8F%E3%81%82%E3%82%8B%E8%B3%AA%E5%95%8F</p>	<p>2) 尿検査 便採取と異なり、健診当日採尿となること、解剖学的見地から便よりも尿のほうが混入しやすいことにより避けたいところである。月経外期間に再度来院可能なら、それにこしたことはありません。 なお日本臨床検査医学会による血尿診断ガイドライン2013（下記URL）の5ページには下記の記述があります。 ⑧女性が月経中・直後の場合は、必ずその旨申し出るようにする 6ページの「健診での血尿検査はどのような採尿条件を推奨しますか？」には⑧を参照のことになっています。 さらに4ページには ④採尿時には外尿道口を清拭することが望ましい。女性では温水洗浄器トイレ（ビデ）による清拭が適する、という記述があります。 http://www.jslm.org/others/news/hugl20140523.pdf</p> <hr/> <p>3) 子宮細胞診 日本対がん協会のHPより引用 月経直前や直後などで出血がある場合は、目的とする細胞が十分に採れない場合があります。 生理中でも子宮頸がん検査は受けられます。しかし、正しい結果が得られない場合があります。生理5日目以降の経血量が少ない期間なら、検診が可能としているところや、生理期間中は、検査を実施しないと定めている自治体や病院もあります。 よって月経中・月経直後の受診は避ける、検診前の数日間は性交・膣洗浄は避けることが望まれます。</p>	検査注意

番号	日時	質問	回答	分類
2	2018年1月26日	人間ドック実施時の医師の注意義務はどのように考えれば良いでしょうか。	<p>病気の早期発見のために人間ドックは様々な医療機関で実施されているところですが、人間ドックを実施している医療機関及び医師は受診者に対してどのような義務を負うのでしょうか。</p> <p>この点について、東京地方裁判所平成4年10月26日判決（判例時報1469号98頁）がその義務の内容を明確にしているところです。</p> <p>このケースは、人間ドックを受診した際、便潜血検査の結果がプラスワンであったが、実施医療機関が独自の基準を採用して、検査結果を通知せず再検査や精密検査を指示しなかった。その後、S状結腸癌であることが診断されたが、根治的治療がもはやできず、転移性肝癌のため死亡した事案です。</p> <p>人間ドックにより精密検査の機会が与えられていれば確実に救命が可能であったのに再検査や精密検査を指示しなかったため、早期発見早期治療の機会を奪われて手遅れとなって死亡したとして、遺族は損害賠償請求をしました。</p>	その他

番号	日時	質問	回答	分類
2		つづき	<p>裁判所は、人間ドックは、疾病、特に癌や糖尿病といった成人病の早期発見と、適切な治療を受けさせるためのアドバイスを主たる目的として行われるものであり、受診者も当時の医療水準における適切な診断とアドバイスを期待して人間ドック診療契約を締結するのであるから、人間ドックを実施する医療機関としては、当時の医療水準に照らし、疾病発見にもっとも相応しい検査方法を選択するとともに、疾病の兆候の有無を的確に判断して被験者に告知し、仮に異常があれば治療方法、生活における注意等を的確に指導する義務を有するといふべきであるとし、（但し指導義務について過失があったものの、死亡との間に因果関係は認めなかった）被験者は適切な指導を受けることにより大腸癌を含む疾病の早期発見、早期治療の機会を得ることを期待していたといふべきであり、この期待は法的保護に値するものとし、期待権侵害による慰謝料請求を認めました。</p> <p>この裁判例からは、人間ドックの場合にも、検査方法をきちんと選択し、異常があれば告知し、異常の場合には治療方法等を指導する義務があるといえ、医師としては右義務を怠らないようにしなければならないといえるでしょう。また、同じく定期健康診断においても、同様のことがいえると思われます。</p>	その他

番号	日時	質問	回答	分類
3	2018年8月9日	<p>朝から採尿までの飲水に規定はないでしょうか？</p> <p>上部消化管内視鏡検査や血糖脂質の空腹時採血のため、被検者は当日朝から絶食で来院します。「水分をとっていないので尿が少ない」という方がおいでます。当院では、内視鏡検査を含め、水や白湯などならコップ1杯程度の飲水は自由としています。検尿の蛋白尿や潜血、尿糖の判定に尿の濃い・薄い＝尿比重の影響を考慮する必要がありますか？飲水をして来た人としてこなかった人で、検尿結果に差が出るものでしょうか？</p>	<p>以前は、飲水不可の施設がほとんどでした。おそらくバリウム造影検査の観点からと思われます。下記参考文献の抄録を紹介します。「胃バリウム検査において検査前2時間以内の水分摂取が画像にもたらす影響を明らかにすることを目的に、3名(男性。20代、30代、50代)を対象に、2時間の飲水制限を行った状態と、撮影30分前に150mlの水分を摂取した状態の画像を医師2名、放射線技師4名により比較、検討した。その結果、2時間の飲水制限を行った画像に比べ、30分前に水分摂取した画像では医師および放射線技師による視覚評価の平均点が低く、胃の中でバリウムと水が混ざり、バリウムの濃度が低くなるため胃壁の描出が悪化したと考えた。」</p> <p>近年、人間ドック受診者でも服薬者、高齢者の増加がみられ、安全に行う観点から、飲水とともに服薬許可している施設が増加しています。</p> <p>飲水制限による検査値の影響は、成書に書かれている通りです。とくに尿比重は明白です。近年注目されているのは、脱水によるeGFRの低下です。再検査で上昇している場合は、人間ドックでの飲水制限と考えるのが妥当です。再検査の場合は通常の生活状態で行うことが望まれます。</p> <p>まとめますと、安全に実施する上では、検査開始2時間前までに飲水（ただし糖質を含まない）200mLは許可することはかまわないと判断します。</p> <p>（参考文献）上野 直樹,ほか. 胃バリウム検査において検査前二時間以内の水分摂取が画像にもたらす影響についての考察(原著論文)善仁会研究年報 34：109-111, 2013</p>	検査注意

番号	日時	質問	回答	分類
4	2011年12月14日	ASOを現在、オプション検査に採用しています。必要ですか。	<p>人間ドック健診に適する検査項目のもつ特徴は</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床的意義が明確にされている（健康保険収載項目） 2. 高価な大がかりな装置を要しない 3. 罹患率・有病率が高い 4. 異常に対する有効な手立てがある 5. 異常所見がQOL（生活の質）を低下させたり，死亡率を上昇させる 6. 費用対効果がある程度保たれる 7. 自覚症状が乏しく，検査をすることが病気発見につながる 8. 通例，年1回実施であるので，慢性疾患が対象になる。ここでいう慢性疾患とは1か月後でもほぼ同様な病態であること。 <p>などがあげられます。</p> <p>適さない検査項目は上記の逆になりますが，ASOは項番3，6，7，8に該当しません。</p> <p>感染症は，時間で病態が変化し，自覚症状が現れやすいため，人間ドック健診項目には適さないものがほとんどです。（例外として長期単位のB型，C型肝炎）</p>	オプション検査

番号	日時	質問	回答	分類
4		つづき	<p>1. A群β溶血性連鎖球菌咽頭炎は、感染症法での5類の小児科定点把握疾患であり、定点調査でもピークは6-8歳で成人では発症率が低い。成人では扁桃炎が現れ、健診をしなくても自覚症状で医療機関を受診します。発生には6月、12月に多いといった季節変動があり、健診には適しません。</p> <p>2. リウマチ熱は、5~15歳が好発年齢である。関節炎は移動性・多発性で疼痛、発赤、腫脹、圧痛を生じます。また小舞蹈病や無痛性の皮下小結節を小児において多く発症し、移動性の輪状紅斑も見られる。発熱、前胸痛、腹痛、頭痛、倦怠感、食欲不振などを起こす。健診を行わなくても発症すれば自ら医療機関を受診する疾患です。</p> <p>3. しょう紅熱、感染性心内膜炎、敗血症はさらにまれな疾患でこれを予防するために、ASOを検査するのは、不合理です。</p> <p>4. 急性糸球体腎炎は、溶連菌の初感染を起こす4~12歳の小児に多い疾患です。前症状として全身倦怠感、頭痛、咽頭痛、悪心、嘔吐、下痢、便秘等を生じ、その後に主症状である浮腫、血尿、高血圧が診られ、尿量も減少するため、健診で見つける病気ではありません。</p>	
5	2014年3月7日	人間ドックのアルブミン、リウマチの判定の仕方についてご教示願います	<p>アルブミンについて 日本臨床検査医学会からの注意を参照して下さい。 http://www.jslm.org/others/news/20131225albumin.pdf</p> <p>リウマトイド因子について 日本リウマチ学会からのリウマトイド因子標準化のガイドラインを参考にされてください。https://www.ryumachi-jp.com/publish/guide/news110817/</p> <p>しかしながら、関節リウマチの新診断基準では自覚・他覚症状がある人での補助検査ですので、抗CCP抗体とともに、人間ドック健診での実施は推奨していません。さらに健常者では偽陽性、偽高値のために受診者、健診機関ともに悩まされる問題をはらんでいることを留意しておく必要があります。</p>	オプション検査

番号	日時	質問	回答	分類
6	2015年12月11日	人間ドックにおけるASO検査の判定について、	<p>人間ドックは、通例年1回、自覚症状は保険診療の医療機関受診するほどではないレベルの人が対象となるため、急性疾患である感染症（例外：ピロリ菌など）は対象外となります。</p> <p>ASOは溶血性連鎖球菌感染症の診断に用いられています。日常診療においても、少なくとも咽頭炎があることでASO検査を行うかもしれませんが、無症状の者にASO検査は実施されない。ましてや無症状に近い人間ドック受診者にASO検査を行う意義はありません。さらに下記c)のように健常者でも高値となることがあり、受診者のみならず、紹介された医師にも迷惑を被らせてしまいます。</p> <p>成書では</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 咽頭炎がありASO陰性ならA群溶連菌感染を否定できる。 b) 咽頭炎がありASO陽性ならA群溶連菌感染と診断しうる。 c) 咽頭炎がなくASO陽性の場合 <ul style="list-style-type: none"> - 室温が高温のための弱凝集を起こすことがある - 口蓋扁桃のA群溶連菌保菌者である（健常者の15-20%） 	オプション検査

番号	日時	質問	回答	分類
7	2016年8月24日	<p>健康診断で電解質（Na,Cl,K,Ca）の検査項目を実施しています。基準値判定区分の項目に電解質の判定区分の掲示がありませんでした。もし電解質の判定区分の参考になるものがありましたら教えていただきたく問い合わせさせていただきました。</p>	<p>人間ドック健診では、無症状であるが、検査をするとある一定以上の割合で異常所見があり、その異常が何らかの危険因子である、あるいはその異常を放置することで病気が惹起されるものを、対象としています。</p> <p>電解質の基準範囲は、①臨床検査ハンドブック2015-2016（医学書院）では、ナトリウムは135-149 mEq/Lと記載されています。②今日の臨床検査2015-2016（南江堂）では135-147 mEq/Lと記載されています。</p> <p>電解質濃度はホメオスターシスが働き、一定範囲内で維持されます。よって、日本人間ドック学会が全国の施設から収集したデータ中で、電解質検査を実施した356,801人中、ナトリウム値が上記の範囲を外れるものは、①では459名（0.12%）、②でも801名（0.18%）しかおりません。D区分（要精査）は上記の範囲外該当者数の5.7%を当てますので、①②ともに全体の0.01%しか該当しません。健常者を対象に行う場合は、きわめて効率の悪い検査であります。</p> <p>ナトリウムは脱水、浮腫、高血圧などの体液量の異常がある場合に検査するものであって、そうでない者に検査する意義は極めて乏しいと考えます。カルシウムは、多飲・多尿、精神症状、テタニー、てんかん様発作がみられる場合に検査がされます。すなわち、健常者には検査の必要性はなく、何らかの病状がみられる場合に検査するため、さらに上記のように費用対効果の面からして、人間ドックの基本検査項目に入れておりません。それにともなって判定区分も作成しておりません。</p>	オプション検査

番号	日時	質問	回答	分類
8	2018年6月25日	受診者の方より「腹部CTはできないのか?」といった質問を受けるのですが、健診で腹部CTを行うエビデンスなどはあるのでしょうか?	<p>学会が定める基本検査項目に腹部CT検査は入れておりません。</p> <p>人間ドックは自由診療ですので、基本検査項目以外での実施は任意となりますが、再検査等を考えると、オプション検査は保険診療項目が望まれます。</p> <p>腹部CT検査は、メタボリックシンドローム診断のための内臓脂肪面積測定として実施している施設はあります。</p> <p>腹部超音波検査を施行した上で、腹部CTを行う場合には造影CTにすべきかも考慮する必要があり、またエックス線被曝が問題となります。</p>	オプション検査

番号	日時	質問	回答	分類
9	2019年2月12日	<p>H30.12月の検診で(女性56才) 総蛋白 10.7 H アルブミン 3.3 L 血色素 8.9 Lの診断を受けて 再検査となり 再検査において多発性骨髄腫の疑いと診断されました。総蛋白からアルブミンを引いた数値が5g以上あるようだ M蛋白があり多発性骨髄腫も疑われるとある血液内科の先生が 多発性骨髄腫の記事でおっしゃっているのですが 12月の検診の数値は 10.7-3.3 = 7.4 再検査の数値10.7-3.1 = 7.6 となっています。</p> <p>また1年前の H29.11月の検査においても総蛋白8.6 H アルブミン 3.5 L 血色素 10.6Lと貴会の判定区分では (D要医療)の数値が出ています。1年前の 結果コメントは「わずかに基準範囲をはずれています 日常生活に差し支えありません」 でした。本来であれば 1年前のD要医療の数値の際に 再検査・精密検査を実施する必要があったのではないのでしょうか？ちなみに 10年以上 おなじ検診機関で人間ドック検査しています。また2年前の H28.11月の検査では 総蛋白 アルブミンの数値は正常でした。</p>	<p>このような問題が生じないように、健診自動判定プログラムに、日本人間ドック学会判定区分を掲載しておく必要があります。本判定基準は各検査の関連する20学会の承認を得ています。</p> <p>どの程度の異常レベルなのか、稀であるかの参考資料として、日本人間ドックでは、140万データ分析結果をホームページに掲載しています。(タイトルバーの「その他の情報」をプルダウンされ、「プレリリース」の「資料」参照) ご相談の症例の平成29年データ、総蛋白8.6g/dLは50歳女性全国148,674人中、わずか300人程度ということがわかります。同様にアルブミン3.5g/dLは200人程度しか存在しません。</p>	その他の検査

番号	日時	質問	回答	分類
10	2019年5月8日	CEAの基準範囲について	CEAは、測定法（CLIA, ECLIA, CLEIAなど）と測定する試薬の種類によって、基準範囲は異なります。 またCEAは、喫煙、加齢によって上昇するため、施設によっては喫煙有無、年齢別に基準範囲を設定しているところもあります。	オプション検査
11	2019年5月9日	判定区分の中に、PSAは含まれていない理由をおしえてください。子宮頸部細胞診は挙げられているので、その辺りの兼ね合いも教えていただければと思います。	誰しものが受けるのに値する検査を「基本検査項目」と定めています。PSAは男性のみ、子宮細胞診は女性のみですのでオプションとしています。 判定を一律に行っても良い場合は、「判定区分」を作成、掲載しています。しかし、ALPのように血液型、閉経で大きく基準範囲が異なるような検査項目については、基本検査項目であっても判定区分は作成しておりません。なお子宮細胞診は年齢に依存しないため、公示しております。 PSA値は加齢変化いたします。日本泌尿器科学会によるガイドライン（下記文献72ページ）では50～64歳：0.0～3.0ng/ml, 65～69歳：0.0～3.5ng/ml, 70歳以上：0.0～4.0ng/mlと記載されています。それ以上に、現在、健診機関からの紹介にあたり問題となっているのは、80歳以上例であります。そのカットオフ値で、日本泌尿器科学会からも公表はされていません。 https://www.urol.or.jp/lib/files/other/guideline/32_prostate_cancer_screening_2018.pdf A区分（異常なし＝基準範囲以下）の設定のみならず、C区分・D区分の境界値（＝泌尿器科紹介基準）も明確にされていない現状では、判定区分作成は作成しえないのが現状であります。	オプション検査