

判定区分の作成過程と意義

判定区分は、特定健康診査の判定基準、それ以外の基本検査項目については各学会が発表しているガイドラインを基に、各分野の専門医師で構成された健診判定・指導マニュアル作成委員会の 10 以上の各小委員会で作成しています。検体検査では日本腎臓学会など、画像検査は日本超音波医学会、日本眼科学会などより委員を派遣していただいています。

人間ドックでは、基準範囲以上に、精密検査や治療のために紹介すべきレベルが重要となります。特定健康診査の項目では、厚生労働省 HP の「健診結果とそのほか必要な情報の提供（フィードバック文例集）」

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf

を最優先とし、これに含まれない項目は

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/13_44.pdf

の別紙 5「健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値」を採用しています。

作成された「案」は、関連する日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本血液学会、日本臨床検査医学会、健診団体連絡協議会など 20 関連学会・団体には文書にて意見を伺い、また学会会員にはホームページのパブリックコメントから意見を頂いて、決定しています。

判定区分は、施設間判定の格差をなくし、国民から判定への不信解消のために重要と考えています。産業医学の分野では定期健康診断の有所見率を所管の労働基準監督署に提出することになっておりますが、有所見判定基準は公表されていません。それゆえ、各健診機関での判定基準で行われることとなりますが、日本人間ドックの判定区分が実際の産業医の現場でも使用されている間接的な根拠が明らかにされています（和田高士：人間ドックデータから算出した C・D 判定率と職域定期健康診断の有所見率との比較－2017 年度人間ドック健診の有用性に関する大規模研究委員会分担研究。人間ドック 2108 ; 33 : 614-618.）

判定区分は初回受診者の判定にはきわめて有用です。しかし、2 回目以降は前回受診以降の精査結果や、変化（陰影径など）などで個々に判定を変えていく必要があります。また初回であっても、既往歴、精査歴あるいは年齢によっては、適宜変更をすることも必要となります。白血球や血色素、ALP などは、集団の基準範囲よりも個体の基準範囲がはるかに狭いため、経年変化も吟味して評価する必要があります。この作業こそが、人間ドック健診専門医の果たす責務ともいえましょう。

健診判定・指導マニュアル作成委員会 委員長 和田高士