

番号	コメント	回答
1	<p>1. マンモグラフィ検査判定マニュアル ・所見が2つ以上ある場合、一番重い所見の判定をとるが、所見用紙の記入方法、記入順などに決まりはありますか？(右左順・重い所見順 等)</p> <p>2. 乳房超音波検査判定マニュアル ・豊胸術は所見として記載すべきでしょうか？</p> <p>3. 総合判定 ・マンモグラフィにて腫瘍の所見あり、同時に超音波検査を実施していないが、以前に超音波検査を実施しており同部位に良性所見を認めている場合、最終判定として精密検査ではなく、経過観察に判定を落としてもよいでしょうか？</p> <p>以上 よろしくお願いたします。</p>	<p>1. 所見用紙で3つまで記入できるようにしています。重い所見の順に記入することとなっておりますが、本学会では特に他の画像マニュアルでも決まりはございません。取り扱い規約等をご参照ください。</p> <p>2. 豊胸術後 は、マニュアルとしては採用としました。（記載すべきと考えます）</p> <p>3. 総合判定については、各施設で判断でよろしいかと思ます。</p>
2	<p>判定マニュアルP.17の「触診」の項目が酷いと思います。 乳房触診は確かに推奨検査からは外されていますが職域健診を中心に「医師と直接話す機会が嬉しい」といったご希望の声もあり根強い人気から完全廃止には至らず、継続実施となっている施設も多いと思います。また、乳腺外科の先生方からは、詳細な手術歴や皮膚病変の情報、さらに最も大事な「乳頭異常分泌」の情報が得られるのは乳房触診のみであるとして乳房触診の廃止に大反対をされます。 受診者がご希望される医療サービスを適切に行うのは人間ドックの使命と考えます。 人間ドックの検査項目として「乳房触診」を行う可能性がある限り判定マニュアルにも手抜きせずきっちり記載をしていただきたいと思います。</p> <p>1. 私は「乳房触診」の行う最大の意味は「乳頭異常分泌」の確認にあると思います。 乳頭異常分泌の確認方法の詳しい記載、異常分泌の種類（色、両側か片側か、単孔性か多孔性か、潜血反応は陽性か）授乳歴、卒乳からの経過年数、服用している薬・サプリメント、月経歴の聴取異常分泌を認めた場合の判定基準などが必要と思われる。</p> <p>2. 乳房触診用紙 マンモグラフィや乳腺超音波の所見用紙と同様に、乳房触診にも所見用紙の見本の掲載が必要と思われる。</p> <p>以上、ご検討ください。何卒宜しくお願い申し上げます。</p>	<p>ご意見いただきありがとうございます。 触診については、WGにて検討し、他のご意見も併せ、マニュアルに反映しましたのでご確認願います。</p>
3	<p>超音波所見で嚢胞性パターンがカテゴリー2となっておりますが 嚢胞内腫瘍（乳癌）の場合はどのように対応したら良いのでしょうか</p>	<p>嚢胞内腫瘍は混合性パターンに分類されます。</p>
4	<p>乳房検診判定マニュアル（案）を拝見させて頂きました。 1点、気になるところがあります。</p> <p>2-2.診断名について 授乳期変化 推奨カテゴリー1 判定区分 A となっておりますが、当施設では授乳中の方は、乳腺の増生に伴い乳腺が厚くなり 正確な検査が困難なため、（例えば、腫瘍などがあつた場合など乳腺が厚くなり見えずらくなる場合もある） 同意書を頂いて検査しています。 判定も明らかな授乳中の方は、カテ2（判定区分B）とし同意書を頂戴しても、明らかに乳腺の厚みや乳管拡張がない場合は、カテ1としています。 同意書は、授乳中から断乳後6ヶ月以内の方を対象に頂戴しています。 ご検討の程、宜しくお願い致します。</p>	<p>大変参考になるご意見いただきありがとうございます。授乳中という情報があれば、授乳期変化は病的変化では無いため、カテゴリー1、判定区分Aとなります。</p>
5	<p>コメント p.9 表 ・構築の乱れは術後瘢痕もあるので、推奨カテゴリに「2」も加えるべきではないでしょうか。その場合、判定区分は「B」となるかと。 ・用語「高輝度点状エコー」は「点状高エコー」ではないでしょうか。用語のダブルスタンダードを避ける点からして訂正が必要かと思ます。</p> <p>p.10 表 ・乳管内乳頭腫などの乳管内病変に相当する診断名がないようです。 ・乳輪下膿瘍はカテゴリ3で判定「要治療」ではないでしょうか。ただし、乳腺超音波ガイドラインには乳腺炎、乳腺内血腫とともに乳輪下膿瘍の記述はありません。また乳腺炎、乳腺内血腫も要治療に相当するのではないかと思ます。</p> <p>p.11 ※4 乳腺線維「腫」は乳腺線維「症」の誤りと思われます。</p> <p>以上、超音波について、気がついた点を列挙しました。</p>	<p>p.9 表 所見名の表を削除しました。</p> <p>p.10 表 乳管内病変 は、「2. 所見・診断名について」の表の良悪性鑑別困難乳腺腫瘍*2 に追記しました。</p> <p>p.11 ※4 乳腺線維症 に修正しました。</p>

番号	コメント	回答
	<p>「第1章 乳房マンモグラフィ検査 判定マニュアル」について</p> <p>1) 4ページ「2. 判定」について 「画像が適切に・・・医師に相談する」との「医師」とは、具体的に誰のことを明記していただきたいです。でない、検診現場のパラメディカルが誰に相談すべきか分からず困ると思います。(乳腺専門医？読影医？ドックの診察担当医？) また、この場合の判定は「できるだけ速やかに再撮影、または他の検査法で判断」とするのが妥当と思われるので、判定区分：C(再検査)ではマニュアル上の矛盾が生じます。(5ページ「4. 判定区分を選択」において「判定区分：C」は1年以内の再検査となっており、速やかな再検査の場合は「要精密検査とすることが望ましい」の記載に該当するため)</p> <p>2) 5ページ「4. 判定区分を選択」の表について 判定区分Cの「カテゴリー」欄に「カテゴリー2, 3のうち・・・」の記載は、4ページの「2. 判定」の文中「カテゴリー3以上を要精密検査とする」と矛盾しています。 乳房超音波同様、判定区分Cはカテゴリー2に限定すべきと考えます。</p>	<p>1) 判定不能となった際は、できるだけ速やかに再撮影、または他の検査法で判断するかどうかを読影医師に相談する。 (マンモグラフィ検査など痛みで判定不能となり、再検査が必要な場合 など)</p> <p>2) 検討しましたが、このままとします。</p>
6	<p>「第2章 乳房超音波検査 判定マニュアル」について</p> <p>マニュアル案の中で「JABTSの乳房超音波ガイドラインを踏襲した」「ダブルスタンダードにならない様に配慮した」とありますが、残念ながら同ガイドラインの踏襲となっておらず、ダブルスタンダードが生じている箇所が複数あります。それらについてはぜひ、修正していただきたいです。なお、マニュアル案では触れられていないようですが、日本乳癌検診学会がJABTSおよび精中機構(NPO日本乳がん検診精度管理中央機構)のガイドラインに準拠した「超音波による乳がん検診の手引き」を2016年に策定しておますので、ぜひそちらもご参照いただきたく存じます。</p> <p>1) 13ページ、21ページ「混合性パターン」について</p> <p>JABTS・精中機構のガイドライン上に「15ミリ」という考え方はありません。同ガイドラインでは「5ミリ」を基準としています。その上で、5ミリを超えた混合性腫瘍については、充実性部分の立ち上がり急峻ならカテゴリー3、なだらかならカテゴリー4と判断することとなっています。15ミリという根拠のない目安は撤廃願いたいですし、また充実性部分に関する記載を盛り込んでいただきたいです。</p>	<p>乳房超音波検査判定マニュアルは、乳がんの診断に関しては、乳房超音波ガイドラインに基づいて作成しております。良性疾患の考え方や判定区分には異なる点があるため、ダブルスタンダードの文言は削除いたしました。</p> <p>1) は削除しましたが、混合性パターン15ミリ超はガイドラインに準じておりますのでご確認ください。</p>
	<p>2) 13ページ「多発小嚢胞」について</p> <p>JABTS・精中機構のガイドライン上、検診(健康診断)ではカテゴリー2にすることとなっています。同ガイドラインでは乳房超音波検診が2年毎に行われることを想定しており、多発小嚢胞のみで随伴所見を認めない場合、仮に癌だとしても2年後の検診までに人命にかかわる状況になる可能性はまず無い、というのが判断根拠となっています。診療の場では医師判断でカテゴリー3とすることも認められているため混同されがちですが、本マニュアルは診療ではなく検診(健康診断)として運用するものですので、JABTS・精中機構のガイドラインにならって一律カテゴリー2とするのが筋と言えます。カテゴリー2としても本マニュアル上、判定区分をCにして早めの再検査を勧奨できますので、JABTS・精中機構のガイドラインに反してまでカテゴリー3を設ける必要は無いと思われます。</p> <p>3) 18ページ 併用検診の表「局所性非対称性陰影」について</p> <p>JABTSの「マンモグラフィと超音波検査の併用検診における総合判定基準」では「マンモグラフィ上に局所性非対称性陰影が認められるが、超音波検査で正常乳腺であることが確認できれば要精密検査としない」こととなっています。よって、表中の「マンモグラフィ所見に対応する部位に所見が特定できなければ、マンモグラフィ所見を優先する」は不合理です。この記載だと、乳房超音波が「所見なし」にもかかわらず、マンモグラフィの局所性非対称性陰影を理由にして要精密検査となってしまいます。以上</p>	<p>2)、多発小嚢胞のみの所見は、ご指摘通りカテゴリー2でよろしいと思います。ただし、乳腺内の低エコー域や乳管の異常を伴う多発小嚢胞の場合で、特にあきらかな区域性の分布を呈する場合は低悪性度のDCISの可能性もあるため、カテゴリー3になります。JABTSの乳房超音波診断ガイドラインの多発小嚢胞のカテゴリー判定もご参照ください。</p> <p>3) フローチャート内 3つめの・を下記に修正しました。</p> <p>・マンモグラフィ上に局所性非対称性陰影が認められるが、超音波検査で正常乳腺であることが確認できれば要精密検査としない。</p> <p>※2つ以上の検査または視触診を行った場合は、マンモグラフィの所見用紙に記載する。も追記する。</p>
7	<p>*第一章 I 4. 判定区分 「判定区分Dは、要精密検査・要治療」のほうがいい</p> <p>II 乳房構成 「きわめて高濃度」の表現のきわめては省いたほうがいいのでは</p> <p>*総合判定 ・各検査所見用紙について 「部位の記載は、ABCDEC´のほか、SCMPXを追加したほうがいいと思います。 部位を図で示したほうがいいかと思います。」</p> <p>・マンモグラフィ所見用紙について 「部位の箇所のABCDEC´ではなく、OISWにしたほうがいいと思います。」</p>	<p>※現在の学会の定める判定：Dは現状となります。 区別する場合は、D1：要治療、D2：要精密検査で分けることが可能です。</p> <p>※極めて高濃度 に修正しました。</p> <p>※総合判定(部位の記載) 検討の結果、特に修正なしとしました。</p>

募集期間：2020年10月20日～12月21日

番号	ご意見	回答
1	日本がん検診・診断学会の1日研修を人間ドック専門医の更新単位として認めてもらいたい。	専門医更新単位に関してはマニュアル作成とは直接関係ありませんので各学会の専門委員会や理事会にお問い合わせください。
2	ドックでの超音波検査のレベルアップが必要、具体的にはレポート作成時に装置名、施行者名およびその認定資格（超音波検査士、指導医など）を明確にする。	個別の検査担当者の氏名を受診者向けの成績表に記載するという事は、超音波検査に限らず、他の検査についても行われていません。レベルアップについては、人間ドック学会と全国労働衛生団体連合会が共同して行っている腹部超音波検査精度管理調査の受審を強力に進めることが有用と考えます。
3	描出不良に関しては部位も合わせて明記するとの事ですが、どこまで記載する必要があるのですか。	必要に応じて描出不良の部位のみ記載いただければ良いと思います。
4	脾高エコー像15mm以上をD2とする根拠はありますか。	現状では以下の二点が主な理由です。新たなエビデンスが誕生するようでしたら次の改定で変更するなど柔軟な考えでおります。 ①高エコー腫瘤像にも充実性偽乳頭状腫瘍（SPN）や漿液腫瘍（SN）といった腫瘍性病変が含まれる事。 ②TS-1が $\leq 20\text{mm}$ であり、肝腫瘤の $\leq 15\text{mm}$ と同様にそれより小さな時期に対応すべきと考えられるためです。
5	血管異常をD2にする必要がありますか。	動脈瘤の場合は破裂の危険性があり2cm以上では治療の対象となります。しかし、肝内PVシャントなど精査不要な血管異常も存在するため、判定医が精検の必要がないと判断した場合はCとすることも可能です。
6	パニックに関して、D1P, D2Pなど新たな判定区分を作るのはコンピュータシステムの大幅な改修が必要で困る。	今回の大きな変更点でもあります。しかし、パニック値は迅速な対応が必要なことを示しているだけでありシステムを変える必要はありません。施設内で迅速な対応が可能なシミュレーションを行っているようでしたらPを除いて記載しても良いと考えます。

番号	ご意見	回答
7	脂肪肝について、旧版と同様、軽度、中等度、高度の症例画像を入れてほしい。	参考となる図を掲載の予定です。
8	パニック値ではなくパニック画像ではないでしょうか。	腹部大動脈では数値を示しているためパニック値としていましたが、他にも迅速な対応を要する画像所見があるので、D1P, D2P (P: パニック所見) と変更します。
9	読影診断医師の資格に臨床検査専門医を加えてほしい。	追加します。
10	前処置で摂取を禁じる食物に固形物のみでなく乳脂肪分を含む液体を追加してほしい。	<p>下記のように変更します。施設ごとの検査の順番などの関係もありますので、さらに細部の注意については各施設ごとのマニュアルを作成いただければと考えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・午前検査予定の受診者は、前日の22時以降は固形物や乳製品を摂取しない。 ・午後検査予定の受診者は、検査前6時間は固形物や乳製品を摂取しない。 ・脱水予防のための水分（水・白湯など）は、検査当日の2時間前まで200ml程度を目安とした摂取は可とする。 ・同日に消化管の検査を施行する場合には、炭酸ガスを用いた上部内視鏡以外（消化管造影検査も含む）は超音波検査を先に施行する。
11	具体的なエコーの症例写真をもう少し多くマニュアルに追加してほしい。	今回の改定ではこれまで質問があったものや画像の評価が分かりにくい所見について画像を追加する予定です。
12	「陶器様胆のう」についての記載を追加してほしい。	マニュアルであり、診断の書物ではありませんので、頻度の低い疾患は割愛しています。胆嚢がんのハイリスクグループであることは周知の事実ですが、描出不能や壁肥厚として指摘可能と考えておりD2となるので臨床的には問題がないと考えます。
13	IPMNを疑っても隔壁肥厚などなければ、単に嚢胞として扱ってよいでしょうか。	マニュアルは診断基準と異なるためここは大きさと振り分けます。5mm≦は要精査に含まれ、<5mmのIPMNの診断は他の画像診断でも困難と考えられるため、エビデンスのある5mm≦の大きさと振り分けます。

番号	ご意見	回答
14	脾血管腫の特徴があっても、カテゴリー3でよいでしょうか。	脾臓の充実性病変は頻度が低いのでカテゴリー3とします。他の画像診断でも脾臓の場合には血管腫の診断が困難な場合があります。判定医の判断で判定区分をCとすることで対応をお願いします。
15	“治療中“を”治療中・経過観察中“に変更することを希望します。専門医療機関で厳重経過観察されている場合はEとしたいため。	Cを『要再検査（3・6・12か月）・生活改善』とします。専門医療機関で厳重経過観察されている場合というのは特殊なので、細かな対応については各施設で適切に運用いただければと考えます。
16	Cについて、6か月後以外の期間も選べるようにしてほしい。	要再検査（3・6・12か月）に変更します。
17	肝の局所治療後はBでよいでしょうか。肝がんの局所治療後はたとえ再発がなくても高危険群です。カテゴリー3なのにBというのも整合性がないのではないのでしょうか。	局所治療後は継続して肝臓の治療を行ってEとなる症例が大半と考えられます。また、慢性肝障害を伴っている例も多く、その場合はCとなります。
18	判定区分表の区分Cは「要再検査」のみの表記にするか。 （経過観察は医療者間では使用してよいが）あるいは脚注に「受診者配布の結果報告書には「経過観察」・「定期的検査」は使用せず、要再検査（Xか月後再検査）」を用いてください。というような変更にしていただければ今後、統一性がとれます。腹部超音波領域判定区分Eで該当するものがあれば判定区分委員会のほうで追加します。	Cを『要再検査（3・6・12か月）・生活改善』とし、脚注に以下の点を補足します。 ・判定区分Cはこれまで要経過観察という用語も使用していたが、経過観察の期間が不明であり、各施設での用語を統一する目的で今回から要再検査と統一し、その際は具体的な期間を記入することとした。 ・再検査の期間は3・6・12か月としたが、判定医の指示により変更も可能とする。 ・再検査は、必要に応じ医療施設で行うが、再検査12か月は、翌年の検診受診を強く推奨するものとする。

眼底健診判定マニュアル パブリックコメント

募集期間：2014年12月19日～2015年1月26日

項番	ご意見	回答
1	<p>乳頭のところのリムの写真は欲しいと思われました。 C/D0.7以上では、リムがしっかりしている正常の乳頭が含まれてしまいます。 多分写真3のような分類くらいは人間ドック学会の判定医にしてもらってもよいのではないのでしょうか？ Focal ischemic(FI) 上極あるいは下極にノッチがある Myopic (MY) 耳側のリムがない Generalized Enlargement(GE) 全体に陥凹があり、いわゆる下掘れがあるSenile Sclerotic (SS) 加齢による硬化</p> <p>今ではOCTで横断面までわかるようになってきているので、より詳細に診断がドックでも可能ですが、いまだ高価でどの施設でも買えるわけではありません。二次元での判定をこのように分類した場合、どのタイプでより緑内障が発見されるかをドック学会で演題出していくとよいと思われます。</p>	<p>ご指摘のとおりです。視神経乳頭陥凹の拡大については、マニュアル本文の項番3-1) 緑内障の項目で書いております。写真は引用文献9)を参照することにしてはいます。それ以上の所見は、二次検診として眼科医の判断をゆだねて下さい。</p>
2	<p>当院の人間ドック眼底検査読影担当眼科医の一人より現実的に難しいのは承知のうえで、以下の一文をマニュアルのどこかに添えていただければ幸いとコメントを頂きました。 “眼底写真判定に当たっては、可能であれば眼科専門医、あるいは日常診療にあたっている眼科医による判定が望ましい” よろしくご検討下さい。</p>	<p>5)精度管理に「可能であれば眼科専門医もしくは日常眼科診療にあたっている医師による判定が望ましい。」を加筆しました。</p>
3	<p>いつも大変お世話になります。眼底健診判定マニュアル改訂(案)を拝読させていただきました。健診として特に重要な各疾患について、過去の判定や現在までのスタディを参考に最新の見解による基準案が示されており、大変有用性の高いものになっていると感じました。ありがとうございます。</p> <p>ところで、この判定を利用する健診医は非眼科医であることも多いかと存じます。その場合、この基準案に示された例えば加齢黄斑変性(滲出型もしくは萎縮型)のD1、糖尿病黄斑浮腫のD1、増殖前網膜症および増殖網膜症のD1についての判定を求めるのは若干負担になるかと感じます。私自身は眼科専門医ですが、例えば糖尿病網膜症での単純網膜症(福田分類A2程度)の「D2」と増殖前網膜症(福田分類B1程度)の「D1」を区別する場合は、1枚の眼底写真では多くの眼科専門医も迷うことが多いのではないかと感じられます。</p> <p>十分な時間が確保されない中で健診の判定をおこなっている先生方も多いのではないかと感じますので、その判定の時間になるべく迷う時間を要さないこと、また、D1と判定されると受診者は治療の意識で受診しますので、紹介先の対応によってはトラブルを生じる可能性を持ち得ることを考えますと、D1に判定されるべき区分も(貴委員会の基準がベストですが)D2として眼科での精査とした方がわかりやすいのではと考えます。 可能であれば一度ご検討いただけましたら幸いです。</p>	<p>ご指摘に従って、表5Aの糖尿病網膜症ならびに表5B糖尿病黄斑浮腫の判定区分をD1からD2に変更いたしました。</p>
4	<p>拝見しました。 1点気になる点を述べさせていただきます。 先ほどの投稿に紫外線のことも加えさせていただきます。</p> <p>表1で加齢黄斑変性でおそらくはドック医の知らないグレードで、いきなり、サブリのことがでできますが、癌の予防にも、サブリに頼らず、まずは食品かをとることを推奨されています。</p> <p>さらに、紫外線も有害なことが分かっているので、帽子やサングラスを使うことも必要かと思われます。</p> <p>まずは ルテインやビタミンA,C,E、亜鉛、ω-3多価不飽和脂肪酸など含む食品の例を挙げ、食品からとることができない場合はサブリを推奨するという書き方のほうがよいのではないのでしょうか？ 日本眼科医会の書き方が参考になるかと思ひます。 http://www.gankaikai.or.jp/health/40/09.html</p>	<p>判定マニュアルのため一般的な危険因子ならびに予防についてはとくに記述しませんでした。なお項番3-2)加齢黄斑変性での文章を改変いたしました。(旧)さらには視力の向上が期待できる。(新)さらには視力の向上が期待できる可能性が報告されている。</p>

項番	ご意見	回答
5	<p>① 糖尿病の疑いまたは診断されている受診者については結果報告書に【糖尿病性網膜症の精査を受けてください】と記載し、受診勧奨している</p> <p>② 糖尿病性網膜症の国際重症度分類はstagingの方法が米国と日本では異なるため、日本の実情にはあまりそぐわないのではないかと考えるが、どちらに基づくにせよドックの写真のみでは難しい</p> <p>③ 表2のScheie分類のSとHのstageで判定が異なるのはどうなのか？</p> <p>④ 表5Aについては、ドック時の写真のみではどの分類を用いるにせよstagingは無理である。</p> <p>⑤ 表5Bについては、ドック時の写真のみでは黄斑浮腫の有無やその評価は無理である。</p> <p>⑥ 表6の“視神経乳頭陥凹の拡大”と“緑内障性乳頭変化の疑い”を分ける必要があるのか？</p> <p>⑦ 表6の“レーザー治療後”の判定BはactiveなものもCまたはD判定が望ましい。</p> <p>⑧ 表6の“白内障・白内障の疑い”はあくまでも推測であり、角膜の病変がある場合と白内障がある場合はどちらも眼底写真上では同じようにうつるので当クリニックではこの所見名は使用していない。</p> <p>⑨ 表6の“判読不能”の判定は空白になっているがどうするか？ 当クリニックはD2にしている。</p>	<p>①2頁下から10行目に記載しております。</p> <p>②日本でも糖尿病眼手帳に国際重症度分類が採用されるなど。移行期にあたっては旧来の分類を使用した際に、対応として国際重症度分類を提示しました。</p> <p>③最近のエビデンスでは、Hのほうがグレードが上がるにしたがって危険性が高くなるので、Sの判定よりも厳しくなっています。</p> <p>④⑤ご指摘のとおりです。スクリーニングですので、ステージングが難しい場合は要精査(D2)として下さい。</p> <p>⑥“視神経乳頭陥凹の拡大”はC/D0.7以上、それ以外の所見すなわち0.7未満でリムの変化などがあれば“緑内障性乳頭変化の疑い”を採用して下さい。</p> <p>⑦判定区分をBからB/Cとしました。</p> <p>⑧ご指摘の通りです。よって「白内障・白内障等の疑い」は、「白内障等の疑い」としました。</p> <p>⑨判定表記は「空白 *」とし枠外下に「* 症例によって眼科受診を勧める」を付記することにしました。</p>

胸部エックス線健診判定マニュアル パブリックコメント

本案に対して、多数のパブリックコメントをお寄せ頂き衷心から感謝申し上げます。お寄せ頂いた数々の貴重なご意見について当委員会において慎重に審議を行い取捨選択させて頂きました。本診断判定マニュアルは、胸部単純X線検査が人間ドック基本項目であることからその内容に制約を受けており、また、判定区分の一部「D1、D2」の定義は本学会全ての分野において共通に使用され、当委員会のみにおいて変更することが不可能である等の事情についてご理解賜りましようお願い申し上げます。

	ご意見	回答
1	<p>①表1 結果記載の表1-1所見の部位に、「8 腋下」を追加して下さい。その関連で、表2所見の中に「腋下病変」を追加し、その内容として「腋下リンパ節の石灰化」は必ず入れて下さい。その他は「腫瘤影」「その他」を追加してはどうでしょうか。</p> <p>追加の理由 腋下リンパ節の石灰化はまれに認めますが、ほとんどは刺青による貴金属の集積や炎症性変化です。(受刑者の健診結果では頻繁に見られますが、論文は書いておりません)。その他はまれに結核性などもあります。</p> <p>②表1-1 所見の部位と 表1-2判定区分の定義の間に、「表1-2 比較読影」を追加して下さい。内容は「比較読影実施の有無」</p>	<p>「腋窩」は使用頻度が低い問題があり、表1-1に「8. 肺外」を新設し、心臓などについても広く使用できるようにします。本マニュアルは骨子を示すものとし、「腋窩」を独立させるか否かは各施設に任せます。ローマ数字項目は「左右、両側、側面」のみとします。</p> <p>「腋下(腋窩)リンパ節の石灰化」については、表1所見の【その他】に「リンパ節の石灰化影」を新設しましたので、部位名と組み合わせでご使用下さい。</p> <p>先生のお考えを反映させるのは、他臓器マニュアルとの整合性上困難であります。代わって「二重読影」と「比較読影」の必要性について本文中に記載します。</p>
2	<p>他の項目に関しては専門医を規定するにも関わらず、胸部レントゲンは呼吸器専門医の指定がないのはなぜでしょうか？他との整合性が??です。</p>	<p>人間ドック健診施設機能評価 評価基準Ver3.0において、「3. 人間ドック健診の質の確保」中の項目「3.3.2検査結果を適切に判定している」の下に「3.3.2.1画像は放射線科医、または専門的知識を有する医師が行っている」と記載されており、これに準拠しております。</p>
3	<p>大変よくまとまったマニュアルだと思います。委員の先生方のご尽力に心より敬意を表します。</p> <p>一点だけ、ご検討をお願いいたします。 「所見名と病名の併記について」の第3段落に、「XP 上に」とありますが、単純 X線検査をXPと略記するのは本邦のみであり、国際的には使われておりません。適切な略語ではありませんので、本文の他の表記と整合性をあわせ、「X線画像」あるいは「X線写真」と表記したほうがいいのではないかと思います。</p> <p>よろしく願い申し上げます。</p>	<p>ご指摘のように写真はイメージであり、モニター診断が主流になりつつありますので「X線画像」と変更します。</p>
4	<p>胸部X線検査のシルエットサインはこのままでは使いづらい所見名です。 心シルエット不鮮明、大動脈シルエット不鮮明、横隔膜シルエット不鮮明、に変更した方が使いやすいと思います。</p>	<p>重要なご意見と考えますが「シルエットサイン」に「表の1-1の所見の部位」の「上肺野、中肺野、下肺野、横隔膜面」との併記で対応したいと考えます。</p>
5	<p>・「ペースメーカー装置」を「人工臓器装置」と変更されたが、表現が仰々しいように思う。</p> <p>・判定区分の定義がD2要精検、D1要治療となっているが、D1要精検、D2要治療のほうが良いのではないと思う。</p> <p>・判定区分の定義においてD2要精検、D1要治療となっているが、判別しにくいのでD要精検、E要治療、F要治療継続としていただきたい。</p>	<p>「人工臓器装置」は「医療機器装置」と名称を変更します。</p> <p>冒頭に記しましたようにD1、D2の使用については本学会で汎用されており、変更は困難です。尚、原案において表1-2判定区分の定義の一部に誤りがありました。本学会共通の定義に訂正いたしましたのでご確認頂ければ幸いです。</p>

	ご意見	回答
6	<p>1. 第一に、この読影の対象であるが、胸部X線健診判定マニュアルとあるが、内容を見ると、CTに関する記載も多く認められます。多くの人間ドックにオプションで低線量CTが加えられているので、この判定はCTにも用いられると思うので「エックス線」と入れずに、「胸部画像健診判定マニュアル」でよいのではないかと考えます。</p> <p>以下、CTも含めてという意味でコメントさせていただきます。</p> <p>2. 表1-1に関して</p> <p>CTの場合、肺だけでなく頸部から胸壁、上腹部の臓器の診断がある程度可能になり、病変がある場合に無視することはできないので、下記の様な分類を提案します。</p> <p>まず大きく、「肺野」、「頸部・縦隔」、「胸郭・胸壁」、「腹腔内」、「体外」と分類し、</p> <p>肺野を(Ⅰ)右、(Ⅱ)左、(Ⅲ)両側</p> <p>さらに、1. 肺尖、2. 上肺野 3. 中肺野、4. 下肺野、5. 肺門、6. 横隔膜、7. 全体に分類。</p> <p>頸部・縦隔 は頸部軟部、上縦隔、前縦隔、中縦隔、後縦隔、甲状腺、気管、食道、リンパ節、大血管、心臓、心膜に分類。 胸郭・胸壁 は 胸郭全体、椎骨、肋骨、鎖骨、肩甲骨、上腕骨、胸壁軟部、乳腺、に分類 腹腔内は 腹腔全体、肝臓、胆嚢、すい臓、腎臓、副腎、消化管に分類 体外は 体外とアーティファクトに分類</p>	<p>1.人間ドック基本項目が「胸部単純X線検査」であるため、CT検査を含めることは出来ません。本マニュアルのタイトルは現行通り「胸部X線健診判定マニュアル」と致します。尚、現時点ではCT装置を持たない人間ドック健診施設が多数存在しています。</p> <p>2.貴重なご意見を頂戴し有難うございました。前述のように本マニュアルにはCT検査を含みませんので、「表1-1所見の部位」に下記のみを追加します。</p> <p>5: 全肺野(新設) 9: 肺外(新設;表1-1のローマ数字の「肺外」を移動)</p>
6	<p>3. 表2に関して、表1の分類に応じた項目を別々に作るべきと思います。</p> <p>3. 1. 結節に関して、すりガラス結節、混合結節、充実結節を区別することを提案します。</p> <p>3. 2. 空洞に関して、これが単独で存在することはありえないので、有空洞腫瘍、有空洞浸潤影としてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 3. シルエットサインも単独で認められることは少なく、原則として2つの陰影の間のサインですので、これは不要ではないでしょうか。</p> <p>3. 4. 肺門部腫大も、部位で肺門を選ぶことができるので不要ではないでしょうか。</p> <p>3. 5. 縦隔に関して、それぞれの臓器が判別できるので、腫瘍、先天異常も加えてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 6. 肋骨に限定しないで、骨折、骨折治癒、変形、先天異常、骨島、術後などをまとめてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 7. 心大血管に関して、CTでは冠動脈の石灰化も認めるので加えてほしい。</p> <p>3. 8. 心大血管の各種の先天異常も認めるので、そのほかを加えてほしい。</p> <p>3. 9. 撮影条件不良も必要かと思えます。</p>	<p>3.単純写真では判別が困難であります。</p> <p>3.1.単純写真では判別が困難であります。</p> <p>3.2重要なご提言と認識しておりますが、単純写真で鑑別するのは必ずしも容易でなく、また、「多発性空洞影」に遭遇することもあるところから、「空洞影」の標記に止めて汎用性を持たせたいと考えます。</p> <p>3.3シルエットサインは、CT診断では不要でありましたが、単純写真では必要な所見と考えます。</p> <p>3.4「肺門疾患」のカテゴリーを新設し、その下に「肺門リンパ節腫大」と「肺動脈拡張」を置きます。</p> <p>3.5単純写真では判別が困難であり、既存の「縦隔の腫瘍影」以上に広げるのは実際的でないと考えられます。</p> <p>3.6単純写真では現分類法が実際的ではないかと思えます。鎖骨の項目内容を増して、「鎖骨の異常影」の項目を追加します。また、「肋骨島」を所見の項目に追加します。</p> <p>3.7「冠動脈の石灰化」は単純写真では認識できず、追加は困難です</p> <p>3.8本マニュアル案には単純写真で認識できる範囲の先天異常を掲載してあります。</p> <p>3.9望ましい撮影条件等については、本文中に述べております。</p>
6	<p>4. 表2と表3の切り分けについて</p> <p>表2は本来X線やCTでの所見に限るべきと思われるが、気胸、胸水、ヘルニア等、病名が入ってきており、これらに関しては表3. では同じ文言を再び選ばなくてはならず面倒になります。表2で終わりにしてよい所見と、表3に進むべき病変を明らかにする必要があります。今後コンピュータで処理する場合に必要と思えます。</p> <p>5. そのほか</p> <p>人間ドックについて複数回受診している人も多いため、時間的な経過についての所見の記載も必要と思えます。</p> <p>初回、新出病変、前回より増大(増悪)、前回と不変、前回より縮小(改善)の項目を、所見と病名の間に入れてはいかがでしょうか。</p>	<p>4. 「気胸」、「胸水」は所見名で、例えば「自然気胸」となれば病名と認識しております。「食道裂孔ヘルニア」は所見として比較的認識しやすく、「横隔膜ヘルニア」はMorgagni孔、Bochodalek孔經由などの病態が代表的ですが、初診時には「食道裂孔ヘルニア疑い所見」として認識し、精査の段階に進むと考えられます。</p> <p>5. 回答:大変重要なご提言と考えますが、現今人間ドック健診のシステム化が進み診断装置が普及する中で、各システム間に相違が生じている可能性が高いと考えられ、一律に統一するのは困難と推定されます。比較読影の重要性については本文中に記載致します。</p>

	ご意見	回答
7	<p>追加で私が入りました東京都予防医学協会で使用しているコード表を送ります。 このあとマイナーチェンジが行われていますが、</p> <p>基本的に、</p> <p>第一階層は、病変の存在する部位、</p> <p>第二階層は、病変の所見</p> <p>第三階層は、病変の時間的経過</p> <p>第四階層は、想定される疾患名</p> <p>受診者には第二階層までが報告されるようになっていきます。</p> <p>第4階層には記号がありませんので省略しています。</p> <p>参考にしていただくと幸いです。 ※添付資料参照</p>	<p>優れた診断システムをお示し頂き有難うございました。しかし、全国的な規模で診断システムの普及状況を勘案しますと相当多様性があると推察され、取り入れ困難な施設が多数を占めるのではないかと推定されます。</p>
8	<p>1) 胸部エックス線健診に低線量CT肺がん検診を含むことは基本的な問題と考えます。低線量CT肺がん検診を今回のマニュアルに記載する必要があると判断されても、別項あるいは附記とすべきと考えます。したがって、緒言が冗長となっています。</p> <p>2) “癌”と“がん”の使用法を統一してください。</p> <p>3) 一所見には一判定としてください。一所見に複数の判定区分があることは利用者として判定に困惑します。</p>	<p>1) 貴重なご指摘を頂き有難うございました。 低線量CT肺がん検診については、本マニュアルが人間ドック学会基本項目に関するものである事から記載致しません。 緒言は、胸部単純X線診断を取り巻く環境に言及した俯瞰的内容としており、委員の統一見解としております。</p> <p>2) 国が「がんセンター」、「肺がん検診」など固有名詞として「がん」を使用している文言に限定して「がん」を使用し、学術用語としては「癌」を使用することで統一したいと考えます。</p> <p>3) ご指摘有難うございました。先ず、「E」を表2、3の表から削除します。「E」については状況に応じて施設毎に対応して頂ければ良いと考えます。</p> <p>他の判定については、初回時の判定とそれ以降における複数回目とでは判定が異なる可能性が大きいため、判定区分を2つに絞ります。</p>

上部消化管エックス線健診判定マニュアル パブリックコメント

※重複のご質問については割愛させていただいている場合がございますので、ご了承ください。

	ご意見	回答
1	<p>消化器がん検診学会専門医の判定が望ましいとなっておりますが、全国にこの資格を保有している医師が何名いるのでしょうか？ 極めて少数の学会の専門医を指定するのは、どうかと考えます。</p>	<p>「消化器がん検診学会認定医の参加が望ましい」は削除しました。 現在同学会の認定医は100名近く存在し、対策型胃がん検診に対する国のチェックリストでは、同認定医の読影参加が条件となっていることから、人間ドック健診における上部消化管X線検査も対策型として行われることがあり、上記の文を挿入しました。しかし、地域によっては同認定医が偏在する傾向もあること、さらに日本消化器がん検診学会では専門医制度への移行を準備中のことなどから削除することとしました。 しかしながら、X線読影能を一定以上持つ医師の参加は重要であり、消化器病学会や内視鏡学会の専門医・認定医がX線読影能を有するとは必ずしもいえないことに十分に留意する必要があります。 少なくとも消化器がん検診学会認定医(胃区分)相当のX線読影能を有する医師の参加は強く望まれます。</p>
2	<p>上部消化管エックス線検査健診判定マニュアル見直しについて部位の表記について煩雑になるので一部を除いて、従来の表記を踏襲して良いと考えます。</p> <p>食道は従来通り 1. 上部 2. 中部 3. 下部</p> <p>胃については従来通り 4. 噴門部 5. 穹窿部 6. 体上部 7. 体中部 8. 体下部 9. 胃角部 10. 幽門前庭部 11. 幽門前部</p> <p>十二指腸以下 12. 十二指腸球部(直観的に12に配置するのが良いと思う、変更は混乱するだけでメリットない) 13. 十二指腸下行脚以下 14. 胃全体(新設:Hp感染によるpanngastritisの部位表記にはこれが必要であり、新設が必須と考えます。) 15. 管腔外 これ以外は妥当と存じます。</p>	<p>今回のマニュアルは、あらゆる施設で最低限の精度を担保する目的で作成しました。その際、操作・手順にかんしては、上記の目的達成のためにNPO法人消化器がん検診精度評価機構の「胃がんX線検診 技術部門テキスト 2011」に準ずることとしました。 既に電算上部位表記等をコード化しており、その変更が困難であれば、今回の部位表記に全面的に従う必要は必ずしもありません。施設間の部位表記の大きな差異をなくすことを目的に作成したもので、今回のマニュアルと著しく異なるものでなければ差し支えないと思えます。</p>
3	<p>上部消化管エックス線健診判定マニュアル(案)に対する意見を申し上げます。</p> <p>1. 「緒言」では、胃X線検査を取り巻く背景や歴史的事項が述べられていて、それ自体は悪くないのですが、結局何を言いたいのかがよくわかりません。この案を作成した「目的」をはっきりと記載すべきです。また、ヘリコバクター・ピロリ(Hp)感染と胃粘膜萎縮が胃がんのリスクであることを「緒言」でははっきりと記載すべきです。その上で、「ABC法」のことに言及すべきです。</p> <p>2. Hp現感染者は慢性活動性胃炎、既感染者は慢性非活動性胃炎、未感染者は正常胃です。これらは胃X線像で明らかに異なる所見を呈し、それぞれX線診断可能です。本マニュアル案は、Hpが胃がんリスクであると明らかになった時代に発表するマニュアルとしては、時代遅れではないでしょうか。人間ドック学会は、時代の先取りをすべきです。胃X線検査で慢性胃炎の有無、すなわち背景胃粘膜を診断し、受診者にリスクに関する正確な情報を提供すべきです。また、慢性胃炎がありHp感染が疑われる人に対しては、Hp検査と除菌療法目的で積極的に医療機関受診を勧めるべきです。このために最もよい方法は、背景胃粘膜診断+局所診断の2本立て診断です。2本立て診断に関しては、添付ファイルをご参照ください。</p> <p>3. ガイドライン作成委員に胃の専門家がいらっしゃるのでしょうか。胃の専門家とは、胃X線、内視鏡、病理、Hp、疫学、健診、検診のすべてに精通している医師のことです。マニュアル案を読ませていただき、委員の中に専門家がいらっしゃらないのではないかと思いました。</p>	<p>今回のマニュアルは、あらゆる施設で最低限の精度を担保する目的で作成しました。その際、操作・手順にかんしては、上記の目的達成のためにNPO法人消化器がん検診精度評価機構の「胃がんX線検診 技術部門テキスト 2011」に準ずることとしました。 既に電算上部位表記等をコード化しており、その変更が困難であれば、今回の部位表記に全面的に従う必要は必ずしもありません。施設間の部位表記の大きな差異をなくすことを目的に作成したもので、今回のマニュアルと著しく異なるものでなければ差し支えないと思えます。 また、図解の要求がありましたが、本マニュアルが膨大になることを避けたため、割愛しました。 図解を希望される施設は「胃がんX線検診 技術部門テキスト 2011」を参照されるようお願いいたします。</p>

	ご意見	回答
3	<p>4. その他、細かい点は以下のとおりです。</p> <p>(1)「緒言」8行目の、「最近では施設内健診での...(中略)...加速している。」という文章ですが、これは健診をたくさん行っていない施設の場合だと思えます。多数の健診を行っている健診医療機関では、内視鏡検査のcapacityは限られていますから、依然としてX線健診を受ける人が多いです。例えば、うちの健診センターでは年間2万人胃の健診を受ける人がいますが、そのうち内視鏡検査を受けてもらえるのは2000人に過ぎません。これは内視鏡のcapacityの10倍の受診者がいるからです。したがって、この文に、「一部の施設では」という文言を加えていただきたいです。なお、緒言下から6行目に脱字が見られます。</p> <p>(2)5ページの部位と壁在性に関してですが、食道と胃の境界の上下2cm胃内を食道胃接合部とするのですから、「食道側噴門部」「胃側噴門部」という言葉ではなく、両者を合わせて食道胃接合部として一つのentityにしてはどうでしょうか。</p> <p>(3)6ページの第4段落、収縮輪と幽門に関しては、図説が必要ではないでしょうか。文章だけではよくわかりません。</p> <p>(4)9ページ「胃がんリスク分類ABC法について」のところで、「ピロリ菌感染が疑われるような胃炎等の場合…」と記載されていますが、表3には「ピロリ菌感染が疑われるような胃炎」のことはまったく書かれていません。表3にそのような胃炎のことを加える方がよいのではないのでしょうか。しかし、「安易に「B」と判定することは…「D」として処置する必要があります。」は非常によい文章だと思います。人間ドックにおいては、Hp感染者を積極的に除菌し、胃がんリスクを減らすべきです。</p> <p>(5)表1-1の13.「幽門前部」を「幽門および幽門前部」とする方がよいと思います。</p> <p>(6)表2の3.「辺縁」という言葉の意味がよくわかりません。ここで「辺縁」とは、胃壁の輪郭のことですね。「辺縁」という言葉を使用する場合、「何の辺縁」かをはっきりさせるべきだと思います。</p> <p>(7)表3のA表もB表も、1つの例に過ぎないことを強調すべきです。そうでないと胃X線検査の読影をしている医師は困ってしまいます。また、施設としてもシステムを変更したりしなくてはならず、費用と手間がかかります。必ずしもこれと同じようにする必要はなく、1つの例だということをどこかに記載して下さるよう、お願いいたします。正直言って私はこの通りにはしたくありませんが、参考にさせていただきます。なお、「急性胃(粘膜)病変」は、前庭部型AGMLのことでしょうか、症状が強いので胃X線検査を受けないのではないのでしょうか？もし受けていたとしても、胃X線検査だけでは胃がん鑑別が難しいので「胃がん疑い」の中に入れてしまってもよいのではないのでしょうか。わざわざAGMLで1つの臨床診断名を作る必要はないと思います。</p> <p>(8)表3の脚注で、「従来、楕状発赤や…とする。」の文章ですが、これは内視鏡所見ですので、胃X線検査では関係ないことです。この文章の中で、「表層性胃炎」は削除するというのは賛成ですが、これは内視鏡でないとわからないので必要ないと思います。「びらん性胃炎」もなくすべきです。「胃炎」はHpの現在または過去の感染、および自己免疫性胃炎に対してのみ使用するべきです(特殊な場合を除く)。「びらん」があってもHp陰性なら組織学的胃炎はないし、Hpの現在または過去の感染なら、びらんの有無にかかわらず組織学的胃炎はあります。つまり、「びらん」は「胃炎」ではないのです。ですから、「びらん性胃炎」という診断名も使用すべきではありません。内視鏡診断に関する専門家のコンセンサスでも、「びらん性胃炎」は使用しないようにしようと思ったところですが、胃X線写真では、びらんが写っていることがありますが、びらんがあっても必ずしも胃炎はありませんので、X線診断名として「びらん」とすべきです。「びらん性胃炎」は使用するのをやめましょう。</p> <p>以上です。失礼なことを書いたと思いますが、よいマニュアルにしたいので、あえて書かせていただきました。個人的な恨みのようなものはまったくありません。</p>	<p>本マニュアルは、上部消化管エックス線検査が対象であり、胃がんリスク分類ABC法の諸言での記載は不要と考えます。</p> <p>ただし、ピロリ菌感染胃炎に対する除菌の保険適応がなされた現在、同菌感染が疑われるような胃炎等の場合、安易に放置することなく積極的な管理検査等の対策を立てることが肝要と思われま。</p> <p>これについては、表3の註記に記載していますので、ご参照ください。</p> <p>「びらん性胃炎」という病名は削除し、「胃びらん」としました。「急性胃(粘膜)病変」は、稀ではあります人間ドック健診でも経験することがあり、内視鏡検査を待たずともX線で診断できる場合がありますので、残すことになりました。</p>
4	<p>表1 部位と壁在性 5ページの解説に、噴門部は食道側・胃側に分けるとの記載がありますが、表1-1では噴門部のみの記載で、食道側・胃側に細分されていません。“食道側噴門”は不要で、腹部食道に統一が適当と思われるます。</p>	<p>今回のマニュアルは、あらゆる施設で最低限の精度を担保する目的で作成しました。その際、操作・手順にかんしては、上記の目的達成のためにNPO法人消化器がん検診精度評価機構の「胃がんX線検診 技術部門テキスト 2011」に準ずることにしました。</p> <p>既に電算上位表記等をコード化しており、その変更が困難であれば、今回の部位表記に全面的に従う必要は必ずしもありません。施設間の部位表記の大きな差異をなくすことを目的に作成したもので、今回のマニュアルと著しく異なるものでなければ差し支えないと思います。</p>
5	<p>1) 上部エックス線健診ですので、ABC検診についての記載は不要と考えます。記載が必要と判断された場合でも、別項あるいは附記とすべきと考えます。</p> <p>ことに、緒言の第2パラグラフの、“ABC法を行えばX線健診は不要”という風潮は拡がりつつある。”は不適切な記載と考えます。p9の、胃がんリスク分類ABC法についての記載と齟齬のあるように思えます。</p> <p>2) 二重読影については、重要な記述ですが、総論で記述すると良いと考えます。</p> <p>3) 他の編と比較して、記載内容、ことに項目が多いと考えます。項目を必要最小限にされると良い考えます。</p> <p>4) 一所見に対して複数の判定区分があり、利用者での判断が異なってくる可能性があります。一所見、一判定区分としてください。</p>	<p>上部消化管X線検査は、他の人間ドック健診で施行される画像検査と異なり造影検査です。従ってその精度を規定する因子は多岐に亘ります。一定以上の検診精度を保障するためのマニュアルとしては、これが最低限と考えられます。</p> <p>本マニュアルには、所見に対応する判定区分はありません。読影判定表がA/Bと2種類あることを指しているのであれば、註をよく読んでください。A/B表の2種類がマニュアルに組み込まれた理由は、健診施設と受診者とのコンフリクトを避ける手段です。健診施設が選択できる形にしましたので、ご理解願います。</p> <p>一読影判定に対して複数の判定区分があるとの指摘だと仮定すると、他のコメントにおいては判定区分は読影医師が決めるもので一つや二つに限定すべきではないとの意見もありましたので、二つまでの判定区分の設定は妥当と考えています。</p>

	ご意見	回答
6	<p>【医師読影】のところで</p> <p>表2 所見 0異常所見なし、1以下所見が続いていますが、ヘリコバクターピロリ(H.p)が慢性萎縮性胃炎の原因であり、また胃がん発生源母地であることが判明してきたこともあり、最初に【背景粘膜】の項目を設け【背景粘膜】を判断してから、細かな所見を読影すべきであると考えます。</p> <p>案1 【背景粘膜】X線画像上、胃癌発生リスクが低いとされる①H.p未感染相当胃と②H.p現感染の胃粘膜：活動性萎縮性胃炎と③H.p既感染の胃粘膜：非活動性萎縮性胃炎(除菌例、自然排出例)の3つは基本分類されるべきです。本来であれば3つの背景粘膜で分類されるべきだとは思いますが、実際の読影での判断は①や②は比較的容易ですが③は迷う症例も多いです。④不明、判断出来ない、を選ぶ選択肢はあった方が読影医は楽だとは思いますが。</p> <p>案2 【背景粘膜】大きく①H.p未感染相当胃粘膜か②非H.p未感染相当胃粘膜とし、さらに②非H.p未感染相当胃粘膜を②-1活動性萎縮性胃炎と②-2非活動性萎縮性胃炎に分類させる。④不明、判断できない、はあった方が実際の読影では楽ですし、必ずしも専門医が読影出来ない施設も多いので現実的です</p> <p>案1、2のように先ず【背景粘膜】を判断させてから、表2の所見表にあるような所見をつけていくことが、リスク別の読影に結び付くと考えています。これを2段階とする先生方もいらっしゃると思います。先に【背景粘膜】の項を先ず判断してから細かな所見判断に進むべきです。</p> <p>そうすれば、透亮像所見があった場合、【背景所見】のところで①H.p未感染相当胃粘膜と判断されていれば、胃底腺ポリープであろうと言うことになり、【背景粘膜】のところで案1では②か③、案2では②(②-1、②-2)を選択しての透亮像所見であれば、炎症性であるか腫瘍性であるかを判断していくことになり、</p> <p>ところで表2 所見の所で透亮像(付着すべき造影剤が弾かれている場合も含む)とありますが、意味が不明です。あくまでも有意所見として判断される場合のみ、「透亮像」とすべきであり、泡が弾かれている等、有意所見、病的所見では「透亮像」とすべきではないと考えます。</p> <p>表3 読影判定と判定区分</p> <p>A,B,C,Dの判断は読影医師により、胃憩室がC or D1、胃粘膜下腫瘍(良性)D2 or C、胃粘膜下腫瘍(良性)疑いD2、と限定されていることにも違和感があります。大きさ等で読影医師が判断するものでしょう。慢性胃炎 B or Cの「B」も胃がん発生の母地であるとの観点からは不適切だと思います。上部消化管造影検査で描出された「胆石」がD2 or Cも疑問です。「胆石」についての事後指示は腹部超音波検査から出されるべきものであり、上部消化管の検診目的で実施されているX線造影検査の判断(特にDor C)は内視鏡検査対象者としての判断に限るべきだと思います</p> <p>他にも気になる部分はありますが、以上とさせていただきます。</p>	<p>今回は人間ドック学会として、上部消化管X線写真に対する統一判定マニュアルとして作成し、すべてのドック施設での導入を目標としています。パブリックコメントで指摘されましたように、本来は直接癌を疑う局所所見とピロリ菌感染を疑う背景粘膜診断(高危険群の抽出)の2段階診断が本来あるべき姿だと思います。ただ、マニュアル完成版の4ページに記したようにすべての施設に独立して背景診断を求めるのは時期尚早と思われ、当分の間は各施設での判断にゆだねることとなりました。背景粘膜診断を義務付けなくとも、読影医が萎縮の程度を判定し、萎縮胃炎群の中から、緊急性を考慮して受診や経過観察と判定することで、胃がんの高危険群の抽出は可能と思われ、</p> <p>胃憩室については、X線上憩室と判断できるものの判定は「B」に統一しました。SMTについては、良性と判断できれば必ずしも精検の必要はありません。(医師の判断によりますが)。一方、X線で良性と断定できない場合は内視鏡等での判断となりますから判定は「D2」となります。慢性胃炎に「B」は不適切との指摘ですが、判定「B」を下さないということは、慢性胃炎と診断した以上「A」はあり得ないので全ての慢性胃炎が「C」となり医師の管理監督下におかれることとなります。軽度の慢性胃炎で毎年受診でも十分と判断できる受診者は少なくないと考えます。解説文で述べていますが、X線検査は単なる内視鏡検査への誘導手段ではありません。X線検査としての診断を下すべきです。人間ドック健診の一部として検査をする以上、得られた所見を無視することは許されません。胆道系は腹部超音波検査で診ていますが、稀ではありますが陽性結石の場合に超音波よりもX線で明確に分かる例もあります。(X線所見で胆石を認めた場合、超音波検査所見と照合するのは当然です)</p>

腹部超音波健診判定マニュアル パブリックコメント

	ご意見	回答
1	<p>カテゴリー分類と判定の間に開離がある場合があり、整合性がない。たとえばカテゴリー3、良性とも悪性とも判定できないとカテゴリー1分類されているにもかかわらず、判定が経過観察のC判定となっているのは整合性に問題はないのでしょうか？</p>	<p>カテゴリーは良悪性についての判定です。一方、判定区分は検査後の方針を示唆する区分です。良性でも要治療の疾患があるのは当然のことです。</p>
2	<p>肝機能に異常を認めない脂肪肝が、臨床的に病的であることは極めてまれと考えられますので、その場合はBと判定してよいのではないのでしょうか。エコーで脂肪肝の診断が非常に多く、Cと判定された受診者が心配して問い合わせってきます。そう言う場合は肝機能が正常だから心配ないと答えています。</p>	<p>肝機能に異常を認めない脂肪肝であっても、生活指導は必要です。ALT値が基準値内であることが、すなわち肝臓が正常であることを意味しているわけではありません。中にはNASHや線維化が進行している例も存在しています。腹部超音波で脂肪肝が見られたということは、ALT値に関わらず、先々のインスリン抵抗性をベースとした耐糖能異常などが懸念されます。従って、C判定の中でも生活指導という点が特に重要になるものと考えます。</p>
3	<p>今回乳癌のマンモグラフィ検査の判定と同じように、腹部超音波検査の今までの「A～E」の判定区分に、カテゴリー区分を加える案に関しては、今後の何がしかの資料作成には必要かも知れませんが、乳癌と違って、対象臓器が多い、腹部超音波検査では二度手間のような作業が増え、忙しい日常ドック業務で更に煩雑な業務が増えむしろ間違いが増え、よろしくないと思える。カテゴリーを否定はしないが、必要な場合、前もって指定、依頼のある臓器のみを対象とする場合には対応出来るかもしれない。</p>	<p>まず、「超音波画像上認められた異常所見」を特定すれば、「カテゴリー」と「判定区分」とは一連のセットになっていますので、煩雑ではないと思われます。さらに、コンピュータシステムに組み込んでいただければ非常に簡便に作業できると思われます。</p>
4	<p>・腫瘍と腫瘤という言葉が混在し、非常にわかりづらい 同じ「腹部エコー」というくくりの中に、「腫瘍」「腫瘤」という言葉が二つあるのはとてもわかりづらく、混乱の元になるのではないのでしょうか(技師さんなどは厳密に区別して使用はしていないと思います)。SOLという意味で使いたいのであれば「腫瘤」に統一するのが適切ではないのでしょうか。良悪性の区別を示したいのであれば、今回導入となるカテゴリーを併記するのが一番わかりやすいと思います。例えば乳腺USでは、「腫瘤」に対しての良悪性かの区別にはカテゴリーを使用しています。カテゴリーだけでも良悪性の確信度がわかりますので、重宝しています。腹部もぜひ同じようにして欲しいです。 ・カテゴリー2なのにD2判定のところが何箇所か有り、違和感があります。がんかどうかということに対してのカテゴリー分類とは思いますが、要精査であるなら良性病変であってもカテゴリー3としたほうが万人にわかりやすいのでは。 ・腎臓の充実性病変について、「中心部エコーの乖離及び変形」がどうということなのか言葉ではわかりにくい。 ・全体的に表がとてもわかりにくく、見づらい。ぱっと見てわからず、また探しにくい。もう少し整理して見やすい表にして欲しいです。</p>	<p>”腫瘍”と”腫瘤”とは受診者向けの所見名です。悪性が強く疑われるカテゴリー4.5の場合には”腫瘍”という強い表現を用いて精査を促す効果を期待しています。悪性の疑いの高くない場合には”腫瘤”というやや抑えた表現をしています。 ・なお、良性でも、精査や治療の必要な疾患があるというのは当然のことです。</p>
5	<p>消化器がん検診学会専門医の判定が望ましいとなっていますが、全国にこの資格を保有している医師が何名いるのでしょうか？極めて少数の学会の専門医を指定するのは、どうかと考えます。</p>	<p>本マニュアルは、日本超音波医学会および日本消化器がん検診学会との共通のマニュアルとして作成しています。日本超音波医学会では超音波専門医、消化器がん検診学会では肝胆膵領域を専門領域とする認定医がそれぞれ認定されています。日本人間ドック学会には、認定医、専門医がありますが、腹部臓器や超音波検査の領域に特化した専門分野の認定資格がありませんので、超音波検査の読影・診断の担当者としては取り上げていません。</p>
6	<p>記録法として動画保存が望ましいとなっているが、当施設では設備等の問題から現実的ではない。</p>	<p>必須としているわけではありません。</p>

	ご意見	回答
7	<p>1. 診断技術の走査法の項にて、「16画面以上を記録する」とあります。診断画面の例が図1に示されていますが、この図では1画面にて16枚記録されています。当院では2画面を10枚以上という記録を実施、異常を疑うまたは異常な病変があれば、1画面にて拡大を実施したりその都度必要に応じた記録を実施しています。勿論、2画面をランダムに記録するのではなくて、臓器の連続性をとらえて記録しています。臨床領域では、この様な記録法が多く用いられていると思います。この記録法でよろしいでしょうか。</p> <p>2. 精度管理について 「検診に関する基本的な指標の管理」、「予後調査」とあります。日本総合健診医学会という学会があります。この学会では、「検診に関する基本的な指標の管理」や「予後調査」を業務とする事務職の方のために総合健診業務管理士という認定制度を設けています。こう言った「総合健診業務管理士」の方が精度管理を行うのが望ましいと思います。</p> <p>日本人間ドック学会には、この様な管理士の認定制度はないのでしょうか。また、総合健診医学会との共有での総合健診業務管理士の制度ではないのでしょうか。</p>	<p>①記録画像は例として示しただけで、これにこだわる必要はありません。②本マニュアルは、日本人間ドック学会、日本消化器がん検診学会、日本超音波医学会の3学会の共通のマニュアルとして作成しています。従って、これらの3学会で認定している資格のうちの適切な資格を採用させていただきましたが、総合健診業務管理士に相当する認定資格はありませんでした。</p>
8	<p>診断装置、診断技術等の項目は非常によくまとまっております。各施設での機器及び検査内容の均一化には非常に有用と思います。但し、今回のマニュアルより提案されているカテゴリ分類については以下のような問題点があると考えます。</p> <p>カテゴリ分類の問題点 ①臨床においては診断に利用している検査でありながら健(検)診ではあえて診断しない？ 同じ機器を使用していながら臨床と健(検)診とで区別することは混乱を招くのではないのでしょうか？</p> <p>一超音波検査は機器の進歩により他の画像診断とともに診断能力の非常に高い検査です。例えば臨床において、肝臓の腫瘍性病変であれば肝血管腫、肝細胞癌、転移性肝癌等を鑑別しています。</p> <p>但し、超音波検査の場合には検者がそれぞれの腫瘍の特徴を知っていなければ鑑別することは不可能です。また特徴的な画像を記録し評価するためには、それぞれの典型的な特徴や鑑別上の注意点、さらに病理との対比等の知識も必要となります。</p> <p>カテゴリ分類による1画像所見による判定は中途半端な知識で検査を実施することになりかねないのではないのでしょうか？ 今まで日本超音波医学会、日本超音波検査学会等が築いてきた精度の高い検査の提供に逆行していると思われてなりません。</p> <p>②カテゴリ分類と判定区分の二段階評価にする必要性はあるのでしょうか？ 複雑になりますし、忙しい健(検)診の現場はさらに多忙にもなってしまいます。</p> <p>一超音波画像所見とカテゴリ分類については、超音波所見(結果通知表記載)と判定区分に至る過程であり超音波所見の判断項目とすればいいのではないのでしょうか？ その場合には、同じ超音波所見であっても大きさや径の違いで判定が変わるので分かり易いのではないのでしょうか？</p> <p>※質の高い超音波検査の提供をするために検討されたと思いますが質の低い超音波検査を提供している施設を肯定し兼ねない今回のカテゴリ分類の一部表現(各臓器の腫瘍性病変部分等)は再考していただくと幸いです。</p>	<p>1. 診療の一環として行われる超音波検査では、①まず医師の診察があり、②医師が診断のために超音波検査が必要であると判断し、③自己覚症状や既往歴も含めて考慮した上での医師の検査目的が示されます。その上で検査が行われます。健(検)診での超音波検査では、通常、事前に何の情報もなく検査を行いますので診療での検査とは全く状況が異なります。このような条件で行われる検査であるからこそ、標準化された判定基準が必要となります。</p> <p>②“カテゴリ”は良悪性に関する判定、“判定区分”は精査や治療の必要性についてのコメントですから全く別次元の評価であり両方必要です。</p>

上部消化管内視鏡健診判定マニュアル パブリックコメント

	ご意見	回答
1	<p>若輩者ですが、現場の意見をと考え、僭越ながら筆をとらせていただきました。大変参考になるマニュアルと思います。当施設においても施行医による判定の格差に悩まされており、このような素晴らしいマニュアルが広く流布されれば、格差解消になると期待しております。</p> <p>①癌の判定について 癌は最終的には治療になりますが、検診の検査に加えて、精査(拡大内視鏡、EUSやリンパ節転移の有無検索など)が必要となるためD1だけではなくD2判定でもよいのではないのでしょうか。また、X線など昔からある検診項目は癌=要精密検査という判定で、D2判定が一番重い判定であるという習慣もあると考えますがいかがでしょうか。</p> <p>②胃腺腫は逆に精査なしでESDという事もあると思いますので、D2だけでなくD1判定でもよいと考えますがいかがでしょうか。</p> <p>③頻度が高く、B・C・D2など判定の幅が広いものはある程度具体的に記載していただきたいと思います。それにより検診機関や施行医での判定の差が解消されるため、学会として指針をだしていただきたいです。例えば、逆食グレードMならB判定にするといった様に。SSBEや粘膜下腫瘍などはやたらとC判定にするより、B判定をつけたいのですが、どこが境目なのか難しい判断だと思われま。しかし、現場ではそこが知りたいところです。</p> <p>④萎縮性胃炎の判定も重要と考えますが、B・C・D1と幅が広がっております。ピロリ感染胃炎ならD1(除菌治療)、既感染胃やA型胃炎ならC、軽度の萎縮性胃炎はあるがピロリ感染によるものではないという場合はBと推測しますが、具体的にしないと判定格差がしやすい箇所と考えます。</p> <p>⑤鳥肌胃炎はB・C・D1となっておりますが、D1(除菌治療)が良いのではと考えます。もしくは治療後に軽度遺残するのも含め、最低でもC判定でいかがでしょうか。</p> <p>⑥アニサキス症はその場で摘出すると考えますので、摘出後はB判定でいかがでしょうか。治療せずにD1判定で結果を返すということは無いと考えます。</p> <p>⑦以前ブルネル腺腫と言われていたものは、多くはブルネル腺過形成であると言われていたようですがいかがでしょうか。</p> <p>⑧残渣ありの場合は、D2精密検査よりも、Cで再検査が実際的ではないでしょうか。</p>	<p>①ご指摘のような考え方もあり、D判定(要精検または要治療)とさせていただきます。</p> <p>②胃腺腫も同様にD判定とさせていただきます。</p> <p>③判定区分の見直しを行いました。また、判定の幅に関しては、所見に応じて施行医が判断し、コメント等で対応されればよいと思います。</p> <p>④⑤判定区分の見直しを行いました。これも施行医の判断にお任せしたいと思います。</p> <p>⑥アニサキス症は治療するのが通常なので、D1とさせていただきます。</p> <p>⑦ご指摘の通りです。Brunner腺腫・過形成と変更し、癌化の可能性も考慮して判定区分をC,D2とさせていただきます。</p> <p>⑧御指摘の通りです。C:要再検査とさせていただきます。</p>
2	<p>上部消化管内視鏡健診判定マニュアルに関して5ページ内視鏡所見:萎縮性胃炎 判定区分:B・C・D1となつていますが、萎縮性胃炎でピロリ菌感染を疑い、当日出来なかったピロリ菌感染の有無を調べる検査を後日勧めるケースが多くなつています。その場合のD2があってもいいのではないのでしょうか。</p>	<p>ピロリ菌現感染が判明した場合、通常は要治療になると思われま。判定区分を見直し、C,D判定としました。ご指摘の件は、運用面で対処していただければよろしいかと思います。</p>
3	<p>パブリックコメントとは趣旨が違うかもしれませんが、ご検討頂ければ幸いです。</p> <p>胃内視鏡検査の判定(病名)の「逆流性食道炎」で、内視鏡所見としてGERD(M)の扱いについて明記をお願いいたします。</p> <p>当健診センターではGERD(M)の場合、「逆流性食道炎」と病名表記され、該当症状を自覚する場合は近医内科を受診するようコメントされます。</p> <p>その結果、9割の受診者が逆流性食道炎と診断されております。(私の外勤先でもGERD(M)患者への病名は「逆流性食道炎」でした)内視鏡医ではないため勉強不足かもしれませんが、</p> <p>RE = GERD(A・B・C・D)</p> <p>GERD(M) = NERD ≠ REと理解しましたが、当院内視鏡医に確認したところ GERD(M) = RE で問題ないと返事を頂きました。</p> <p>現実の問題として、自覚症状の無い受診者(GERD・M)が、当院ドック結果票コメントを見た直後から自覚症状に苦む例(特に女性)が多く、受診者から健康相談を受ける立場として、REとNERDでは症状の成因や、PPI効果が違う可能性があり、悩ましく感じております。</p> <p>GERD(M)の扱いについて、学会として明記して頂ければ非常に説明しやすくなるため、是非ご検討をお願いいたします。</p>	<p>1-③をご参照ください。</p>

	ご意見	回答
4	<p>上部消化管内視鏡健診判定マニュアル(案)に対するコメントをお送りさせていただきます。</p> <p>1. 全体的にはほほよいと思います。とくにヘリコバクター・ピロリ(Hp)感染や胃粘膜萎縮が胃がんのリスクであることを考慮して判定基準が作成されているように感じました。ただ、Hp感染や萎縮が胃がんのリスクであることを「緒言」ではっきりと記載していないので、一般の読者には伝わるのかわかりません。「緒言」にはっきりと胃がんのリスクに関して述べるべきです。その上で、「ABC検診」のことに言及すべきです。なお、「ABC検診」という言葉は使用するべきでないという専門家のコンセンサスが得られていますので、「ABC分類」、「ABC胃がんリスク評価」などという言葉を使用すべきです。</p> <p>2. 「表1-2胃」の脚注にHp感染状況(未感染、既感染、現感染)を考慮したコメントが記載されていますが、Hp感染が胃がんのリスクであることが明らかになり、Hp感染性胃炎の除菌療法が保険適用になった現在、この脚注1)の内容こそが最も前面に出るべき文言だと思います。脚注として目立たなく記載するのではなく、冒頭に堂々と記載すべきです。むしろ、Hp感染状況をまず診断し分類することが、人間ドックにおける内視鏡診断の基本だと思います。つまり、背景胃粘膜診断をすべきです。なお、内視鏡診断と病理診断は一致すべきですので、Hp既感染は慢性非活動性胃炎、現感染は慢性活動性胃炎と分類し、Hp未感染を正常胃とすべきです。要するに、背景胃粘膜を、正常、慢性非活動性胃炎、慢性活動性胃炎の3つに分類し、そのあとに局所病変の有無を記載するという2本立て診断がよいと思います。(例)慢性活動性胃炎(O-1)+胃潰瘍(O-1とは木村・竹本分類の萎縮診断です)</p> <p>3. 表1-2胃の中で、萎縮性胃炎に対し「木村・竹本分類を記載するのが望ましい」となっています。しかし、実際に木村・竹本分類をしっかりと説明できている文献は少ないです。ですから、木村・竹本分類の説明と図を掲載すべきだと思います。図が載せられない場合は、文献を示したかどうか。ちなみに、私の書いた以下の論文で、木村・竹本分類を図示しながら明確に記載しておりますので、参考文献にさせていただいたかどうかと思います。中島滋美、榊 信廣、服部隆則:組織学的胃炎のtopographyと内視鏡所見 Helicobacter Research 2009; 13(2): 74-81.</p> <p>4. Hp感染性胃炎の除菌療法は保険適用ですので、感染が疑われた場合(慢性活動性胃炎、慢性非活動性胃炎のどちらか)、医療機関受診やHp検査・除菌を勧めるべきです。表1-2に、慢性胃炎、慢性活動性胃炎、慢性非活動性胃炎を加えてください。</p> <p>5. 表1-3十二指腸で、Brunner腺腫とありますが、Brunner腺過形成ではないでしょうか？</p>	<p>1. 「ABCリスク分類」と修正させていただきます、御意見に基づき諸言を修正しました。</p> <p>2. 4. ご指摘の通りですが、現状では全ての人間ドック施設に要求するのは不可能です。従って、現時点では原案通りにさせていただきます。</p> <p>3. 木村・竹本分類に関しては、内視鏡を行う医師にとって基本的、常識的な事項であると思われます。ご指摘に従い、参考文献を追加させていただきます。</p> <p>5. Brunner腺腫・過形成と修正し、判定区分も修正させていただきます。</p>
5	<p>上部消化管内視鏡検査 表1-3 十二指腸</p> <p>Brunner腺腺腫単独ですが、過形成も良く見られますので、“ブルネル腺腫・過形成”併記が適切と思われます。</p>	<p>Brunner腺腫・過形成と修正し、判定区分も修正させていただきます。</p>
6	<p>1) 一所見、一判定区分としてください。</p>	<p>一所見、一判定区分は現実的に不可能と思われます。</p>
7	<p>基本的には判定マニュアルですので特にコメントはありませんが、あえて言うなら以下の点をご検討ください。 日本消化器内視鏡学会のガイドライン委員会のメンバーの意見を集約したものです。</p> <p>ヘリコバクター・ピロリに関する点ですが、“内視鏡所見から、ヘリコバクター・ピロリ未感染、現感染、また、病歴から除菌後が判断できれば、記載することを推奨する”にしたらいかがでしょうか。</p> <p>術者のところですが、“など”とするのでしたら、日本消化器内視鏡学会専門医、日日本消化器がん検診学会認定医、などでいいのではないのでしょうか。消化器病学会専門医をいれると、消化器外科の専門医等の扱いが難しくなるのではないのでしょうか。</p>	<p>* 内視鏡所見から「除菌後」を判断することは、ある程度可能と思われます。また、本人が除菌したと言っても、現感染所見を呈することがあります(除菌不成功例:除菌後の判定を受けていない例がよくある)。従って、原案通りにさせていただきます。</p> <p>* 「熟練した内視鏡医が検査を施行するのが望ましい」と記載してありますので、現状ではこのままにさせていただきます。</p>

心電図健診判定マニュアル パブリックコメント

	ご意見	回答
1	<p>判定区分は無症状の場合と有症状の場合に分けて作成すべきと考えます。一般的に、健診受診者は無症状の場合が多いと考えられますので、その場合は以下のように変更すべきと思われます。</p> <p>R波増高不良 C 軽度ST異常 C PG短縮 B 心室内ブロックで器質的疾患を疑わない場合 B 心室内ブロックで器質的疾患を疑う場合 D 左脚前枝ブロック B 左脚後枝ブロック B 上室性調律 C 早期再分極 B</p>	<p>心電図の判定は症状の有無のみでなく、前回の所見、体形、年齢などより変わりうるものと考え、最終判定は判定医師の判断により変更可能とし、それぞれの条件による分類は多岐にわたるため、行いませんでした。</p>
2	<p>判定に関して、循環器学会専門医が判定するのが望ましいとなっていますが、中々、健診機関に専門医が所属している可能性が少なく、この文言は外すべきではないかと思えます。</p>	<p>「日本循環器学会循環器専門医または人間ドック健診専門医など、心電図診断に関して十分な知識と経験を有する医師」と変更しました。</p>
3	<p>右胸心での心電図検査方法について標準的な方法の記載をお願いします。</p> <p>標準12誘導を記録した後、肢誘導やV1V2誘導はそのままとしてV3～V6をV3R～V6Rに付け替えるのか http://blogs.yahoo.co.jp/soyashi/53325946.html</p> <p>V1V2も左右付け替えるのか http://www.waringijp.org/kaihou/seiri.pdf</p> <p>心電図の専門家にご確認いただき、学会としての統一方法を周知していただければ幸いです。</p>	<p>どちらの方法でも良いと判断しました。</p>
4	<p>心電図の判定について、意見を述べさせていただきます。</p> <p>以下の項目については、変更ないし廃止が妥当と考えます。</p> <p>①軽度の右軸変異 B→A ②高電位 C→B ③心室内ブロック D2→C ④心拍過多 A ⑤洞性頻脈 101- 廃止し、⑥と⑦を新設 ⑥洞性頻脈(120>HR≥100) B(新設) ⑦著しい洞性頻脈(HR≥120) D2(新設) ⑧ブルガタ型ST上昇(saddle back型) D2→D2 or C (失神の既往歴、突然死の家族歴、高位肋間にCoved波形がないならば、Cで良し) ⑨反時計回転・時計回転 廃止 ⑩早期脱分極症候群 D2→D2 or C (失神の既往歴、突然死の家族歴がないならば、Cで良し)</p> <p>理由 ①④⑨に関しては、まさしく正常範囲内の変化で有り、所見をつけるべきではないと考えます。特に心拍過多や軽度の洞性頻脈に関しては、健診における精神的緊張でさえ拾ってしまうことになり、軽度の頻脈となりうる原因(貧血や熱、甲状腺機能亢進症、心不全)はそもそも心電図だけで診断するものではなく、他の健診項目や自覚症状、体重変化などで捉えるべきと考えます。その様に考えると、以前の人間ドック学会の判定基準である⑥⑦は、心電図だけで捉える異常として、心拍数として120は経験的にも当を得ていると考えますので、⑤を廃止し、以前の診断基準に戻すべきと思われます。</p> <p>②は、日本人においては痩せ形のためか容易に高電位を呈する人が多く、特に若い人ではその傾向が強いため、これはB程度が妥当と考えます。著しい高電位は左室肥大Cとしているわけですので、これで充分拾い上げができていますと考えます。</p> <p>③も、左室高電位に伴っているとか、異常Q波に伴っているとかあれば、まさしくD2の意味合いが出てくると思いますが、ただQRS≥120をもって、D2判定は拾いすぎになると考えます。精査をしても、異常はほとんどない集団と考えます。</p> <p>⑧⑩に関しては、むやみに病院受診を多くし不安を助長するだけと考えます。特に、⑩に関しては、ブルガタほど学問の体系が確立しておりませんので、今回は取り上げなくても良いのではないかとも思えます。我々の施設では、検査技師を指導して、ブルガタ波形が疑われた場合は病歴と家族歴、高位肋間の心電図を追加するように指導しており、充分C判定で対応出来ておりますし、鎌倉史郎先生の論文(日本医事新報No.4670,2013-10-26,p33-39)でもその様な記載になっておりますので、全てをD2にする必要はないと考えます。また、⑩に関しては、添付のPDFファイル (http://www.udatsu.vs1.jp) の記事がよくまとまっており、再検討の参考になると思い、添付しました。昨年の、日循でも鎌倉先生は、健診にて早期再分極症候群を指摘する必要はないとコメントされておりました。</p> <p>以上、意見を申し上げます。ご検討の程、よろしく願い申し上げます。</p>	<p>①②③⑧最終判定は判定医師の判断により変更可能です。 ④⑤⑥⑦疫学的な検討から作成された判定区分(2012年4月1日改定)の心拍数(仰臥位)に準じて区分してありますので原案通りにしました。 ⑨廃止しました。 ⑩早期再分極症候群についてはご指摘の通り今回のマニュアルへの記載はしないこととしました。</p>

	ご意見	回答
5	<p>前略 この度、「心電図検査」における意見概要と判定区分(案)に対する意見の募集の知らせを日本循環器管理研究協議会から頂きました。貴案を拝見しましたが、全体としてよくまとめられているとの印象を持ちました。しかし、二三気付いた点がありましたのでそれらをパブリックコメントとして記し、遅らせて頂きます。ご参考にして頂ければ幸いです。</p> <p>1) 緒言の6-7行で「心電図検査による左室肥大の診断精度は、特異度は高いが感度は低いとされており6)」と記されています。時間がなくて原著論文にあたっておりませんが、「感度は高いが特異度が低い」の誤りではないでしょうか？ 何故ならば、6頁の高いR波の欄外の「左室肥大の定義は、「RV5+SV1≥40mm、V5またはV6のR波>30mmとする。」との記述は、現行の基準(RV5+SV1≥35mm、V5またはV6のR波>26mm)に比べて、感度を下げ、特異度を上げた基準を設けたことを表しています。もし引用なされた記述が正しいとすると、新しい基準は現行基準の改善にならず、改悪になっているからです。</p> <p>2) ST接合部とST下降:6頁の表中の「ST-T異常」との記述は「ST低下」と表した方が良くはないですか？確かに4-1, 2, 3のコードは5-1, 2, 3のいずれかを伴うというルール上からは、ST-T異常としてST所見とT波所見をまとめた表現が適していると思いますが、この表ではST低下の4コードのみを扱っていますので。</p> <p>3) 10頁「その他」の表中のブルガダ型ST上昇(coved型)にミネソタコード9-2-3をあてはめておられ、同(saddle back型)は、空白です。これらに該当する日循協2005年版ミネソタコードは9-2-3と9-2-4です。両者の違いはJ点からのST部の下降勾配が0.08秒間に0.05mV以下か大きいかという点のみです。従って、coved型とsaddle back型のいずれも両コードを取り得ますが、ST下降の形から最初の0.08秒間で「より緩やかな下降」がcoved、「より速やかな下降」がsaddle backと想定すると、coved型は9-2-3と推測されますが、これに関するデータの蓄積はあるのでしょうか。データがない場合には、いずれの下降に対しても9-2-3, 9-2-4の両者を記載するのが適切のように思えます。なお、STの下降勾配は1982年版のミネソタコードで定められておりますので、それとの整合性を取るためにこのような区分を設けました。</p> <p>4) 10頁「その他」の表中の早期再分極はミネソタコード欄が空白ですが、日循協2005年版における9-2-1(LとI)がこの所見に該当しますので、記載なさることを進言いたします。</p> <p>5) この質問はこの委員会にお聞きするのは適切ではないかもしれませんが、判定区分はAからEに進むほど異常の程度が強くなると考えられます。しかし、Dの中においてD1は要治療でD2が要精密検査という分け方は、順序が逆の様に思いますが、どの様に理解すればよいのでしょうか。</p> <p>以上、愚見で恐縮ですが、ご考慮頂ければ幸いです。コメントとして具申させていただきます。</p> <p>早々</p>	<p>1) 現行の基準に変更しました。 2) 3) 4) ご指摘通り 変更しました。</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> ・「R波増高不良」は「R波減高」で使用している。 ・「I度房室ブロック」は「PR延長」で使用し、判定区分はBが多い。 ・「左室肥大」は陰性T派、ST変化を伴う場合の所見としている。 ・若年男性における高電位はB判定としている。 ・東京都総合組合保健施設振興協会の心電図所見コードとの相違があり、統一していただきたい。 ・「心拍過多」心拍数86-100のC判定は重過ぎる。(健診部 弘中美保子) ・「洞除脈」心拍数50はA判定、「洞除脈」心拍数41-49はB判定でいいと思う。 	<p>心電図所見の表記は使用機器により異なります。学会での所見記載名の統一は現状では無理と考えます。I度房室ブロック、高電位の判定をC-B、もしくはC-D2に変更することは判定医師の判断により可能です。心拍数については、疫学的な検討から作成された判定区分(2012年4月1日改定)の心拍数(仰臥位)に準じて区分しておりますので、原案通りになりました。</p>
7	<p>高いR波 1) 左室肥大と高電位の違いの記載をお願いしたいと思います。 高電位(ミネソタ3-4)より電位が記載のものを超えるものが左室肥大と定義し、所見をわけ、T, ST変化を伴うものをD2とするという認識でよいでしょうか？</p> <p>2) 両室肥大については、(所見頻度は高くはないと思われます)所見判定はD2が望ましいのではないかと考えますが、Cの根拠を明確にしていれば幸いです。</p> <p>房室伝導障害 3) WPW症候群について、自覚症状の有無で判定を変更してもよいのではないかと考えます。経験上、全く症状のない方も多く、当施設では、その場合経過観察としております。</p> <p>不整脈 4) 上室性調律 ミネソタコード8-4-1は持続性上室性調律ですので、「持続性」を入れたほうがよいと思います。(異所性心房調律との区別から)</p> <p>その他 5) 心電図所見の表記が一部特定のメーカーのものと推測されますが、違うメーカーでは表記が異なります。この点を考慮していただいた作成が望ましいと考えますが、いかがでしょうか？(現時点で当施設において、ミネソタコードを利用していないため、ミネソタコードでの対応が今後必要なのであれば、その点をご教示いただけると幸いです)</p>	<p>1) 高いR波のみから肥大を診断することは困難と考え、心電図所見は高電位のみになりました。高電位にT波、ST-Tの異常を伴う場合はD2判定としました。 2) ご指摘通りD2と変更しました。 3) 最終判定は判定医師の判断により変更可能です。 4) ご指摘通り変更しました。 5) 心電図所見の表記を人間ドック学会で統一することは現状では無理と考えます。</p>