

質問①（視力）
2017年3月28日

医療機関の眼科で視能訓練士が行う**視力検査**が望ましいのか、コンタクトレンズを作成する時の様に**機械**で行うものでも問題ないのでしょうか？

回答

これまでは複数の視標を視力ごとに配列した視力表（視力チャート）を専用の架台に掛けて用いられてきたが、最近の人間ドックの場では、自動視力計が多用されています。このほうがオンラインでデータがコンピュータに格納されるため、転記ミスなどありません。

質問②（視力）
2017年3月28日

視力検査の数値はどこまで記載させるべきなのでしょうか？

回答

自動視力計では0.1から2.0まで測定が可能です。問題は「0.1未満」のケースです。この場合、結果票に「0.1>」あるいは「0.1未満」と印字できるかという問題です。これは視力計からの送信側と受け取り側のPCの相互設定の問題になります。

質問③（視力） 2020年5月25日

回答

視力検査の判定区分について、判定区分 1.0 以上を A 判定、0.6 以下を D 判定とされたのですが、*0.9～0.7を区分「B」ではなく、「C」とされた理由(背景)をご教示いただきたく存じます。

*学校等の健康診断では視力が0.7以上あれば、日常生活に支障なし(B判定相当)と判定されるかと思いますが、人間ドックで、「C」と判定を厳しくしている理由(背景)は何でしょうか？例えば、近年、視力低下による労災発生件数が増加しており、視力矯正が強く求められるなどです。弊社では、視力がC判定の社員が多くおり、会社の安全配慮義務として、C判定となった理由に応じた対策を講じる必要がございます。

1) 学校健診での判定

学校健診での判定Bと人間ドック・予防医療学会の判定Bの意味は全く異なり、下記のように、学校健診での判定Bは原則、眼科受診勧奨となり、人間ドック学会の要精密検査に相当します。

学業への影響があるかどうかを短時間で検査するために、0.3、0.7、1.0の3種類の大きさの視力表を使って視力を検査する方法です。A(1.0以上)、B(0.7-0.9)、C(0.3-0.7)、D(0.3未満)という判定をおこないます。

A（1.0以上）：教室の一番後ろの席にいても黒板の文字を楽に読むことができる。

B（0.7～0.9）：教室の真ん中より後ろの席にいても黒板の文字がだいたい読めるが、小さい文字だと見づらいこともある。

C（0.3～0.6）：教室の真ん中より前の席にいても小さい文字があまり読めない。

D（0.2以下）：一番前の席に座っても眼鏡などが無いとはっきり読めない。

引用

https://www.gakkohoken.jp/book/pdf/H130020_other.pdf

2) 視力1.0

視力検査をするときに、アルファベットの「C」のような形はランドルト環といいます。ランドルト環のすきまと目の中心がつくる角度のことを視角といいます。視角は、1°の60分の1である1'（1分）で表されます。視力の単位は、文字や形を視標として用いて各部の太さや間隔を視角1分、その全体を視角5分としたとき、正常な眼はこれを見分けることができる、とされました。そこでランドルトは、この「5分1分角の原理」を用いてランドルト環を作りました。視力を測るには、水晶体が調節をしていない無調節状態で測ることが良いため、実際に測るときには5mの距離としました。そして、5mを基準にランドルト環の大きさが決まり、「5分1分角の原理」を用いたときの視力を1.0とした基準ができました。現在これが国際基準となっています。

3) 成人の視力低下

40歳台以降では白内障や加齢黄斑変性症、糖尿病網膜症など、視力低下を起こす病気も少なくありません。よって、1.0未満を判定区分で問題なし（判定B）とすることにはしておりません。一方、現代社会では、遠くのものを見ない環境変化による近視眼が増加しています。よって学校健診での0.7以上を要受診勧奨することは、成人では厳しいため、判定Cとしました。なお職業（消防士、パイロット等）によっては、それぞれ基準が決まっておりますので、特定の仕事に就く職域ではその職域での基準を適用されてください。判定区分は日本眼科学会との共同作成であります。

日本人間ドック・予防医療学会 判定区分表に関する Q & A 【視力・眼圧・眼底】

質問④（眼圧） 2019年5月21日

眼圧検査の意義についてお尋ねします。人間ドック学会の施設認定では、眼底検査が必須と思いますが、緑内障についても正常眼圧緑内障が多く、以前からの学会報告でも眼圧による緑内障発見率は低いとされていると思います。今後、FDTやOCT検査が導入される施設も増えると思います。それらの検査に時間がかかるので、眼圧の検査は意義が低ければ検査はしなくてもいいとも考えます。施設認定を含め、眼圧検査の必要性についてご教示お願いいたします。

回答

基本検査項目は、①日本人間ドック・予防医療学会、②日本総合健診医学会、③日本病院会、④健康保険連合会の4者の合意で決定されます。すでに前3者はFDT（簡易視野検査）導入についての必要性を認識しております。FDTは片眼40秒と時間のかかる検査ではありません。

質問⑤（眼底） 2017年11月16日

従来使用しているScheie**分類**に個人結果表にも追加表記すべきなのでしょうか？XMLデータ上で対応していればいいのでしょうか？判定医師は、両方の応答は不要であろうと申しています。

回答

特定健康診査の標準的な健診・保健指導プログラム（案）【平成30年度版】では
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000178899.html>
の第2編
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000181097.pdf>
の96ページ（PDFの下表記では2-94）からの眼底検査の分類のように
Scheie分類，Keith-Wegener分類，Wong-Mitchell分類の3種類いずれかの使用となります。現在、アップデートされたエビデンスに基づき、簡便化したものとしてWong-Mitchell分類を追加しております。この機会に、Wong-Mitchell分類を使用されることをお勧めします。ご質問にある両方記載は不要です。対応表にあります通り、従来のScheie分類やKeith-Wegener分類からWong-Mitchell分類への変換が可能です。逆に、Wong-Mitchell分類からScheie分類やKeith-Wegener分類への変換はできません。従来の健診結果との比較などを念頭にご判断いただければと思います。なお、人間ドック学会の判定区分は、この厚生労働省の判定区分とリンクできるよう、厚生労働省判定区分作成者のご指導を受けて作成したものです。

質問⑥（眼底）
2019年5月21日

回答

表5Aの**糖尿病網膜症**の改変Davis分類の判定A：明らかな網膜症なし・異常なしは、パノラマ写真みるわけではなく、健診では無散瞳で後極しか撮影していないので判定Aとはできない。問診上糖尿病があって眼科受診してない場合は、すべてD2になるので、と眼科判定医師から再確認してとの事で、この分類も追加といいますと結果表に載せる必要があるのか、XMLデータへ反映させるのか、運用的には具体的にどんな状態が望ましいのでしょうか？

上記の厚生労働省HPの次項（PDF98ページ，下のページ表記では2-96），日本人間ドック学会も改変Davis分類使用での評価となります。よって結果票には改変Davis分類の記載を推奨します。
糖尿病網膜症については，眼底カメラによる判定と医師による眼底観察、散瞳下での眼底観察など複数の方法があり、特定健康診査ではその方法までを指定していないのが現状と思います。ご質問の趣旨は、多くの施設で行われているであろう無散瞳眼底カメラでの後極部眼底写真一枚での判定では網膜症なしとは言い切れないだろう、と理解いたしました。この点については施設毎の判断になるかと思いますが、厳密にすることを考えれば「無散瞳眼底カメラによる判定では網膜症なし」と条件付きで結果を返却するのも一案かと思います。確かに、糖尿病患者の「診療」では、糖尿病患者が年一回は眼科受診をすることを勧奨されていますが、特定健康診査では糖尿病患者であれば内科診療を受けており、その中で眼科への受診勧奨もなされているはずだという前提があります。特定健康診査では新たに糖尿病になった方、糖尿病が疑われる方に対する迅速な眼底検査を行うことでその後の糖尿病診療の助けになるようにという意味で今回眼底検査を進めることになったと理解しております。逆に、特定健康診査での無散瞳眼底カメラによる判定をもって本来受けるべき眼科定期検査の代替としているようなケースがある場合にはD2として受診勧奨することでより糖尿病管理の向上につながるかと思います。

質問⑦（眼底）
2018年3月15日

回答

H30年度より法改正で健診眼底判定方法にWong-Michellなど指定される健保が増えて、当院も導入すべく動いております。さて先日、眼科医へ判定分類が法改正で増えることを伝えましたら、そもそも現状での撮影方法で判定は困難であると指摘を受けました。現状の撮影方法では完全ではない旨、結果欄に追記することでご納得いただきました。

そこで、健診眼底マニュアルにある4) **撮影方法** は人間ドック学会が認定されている方法と解釈し、結果欄コメントに”眼底写真撮影方法は日本人間ドック学会で認定されている眼底健診判定マニュアルに沿ったスクリーニングを目的としており、撮像範囲内での判定としております。もし最近見えにくいなど気になる症状があるようでしたら眼科にご受診されることをお勧めします。”と追記しても問題ありませんでしょうか？当院が推奨している方法というところ少し問題があると考えております。いかがでしょうか？

人間ドックは、症状のない方に侵襲の多くない方法で疾病の発症の危険や早期発見に対して貢献するものと考えます。眼底写真で明らかに判読できない場合は、所見は「判読不能」として判定は「空白」もしくは、「D（要精査）」とします。（判定マニュアル13ページ参照）。

眼科医から、「そもそも現状での撮影方法で判定は困難」の指摘ですが、眼科診療とは異なり、散瞳下での撮像でないため限界は明らかに存在します。また、健診項目ごとにその目的を明確にしておく必要があるかと思います。しかし、無散瞳眼底検査は、全国一律同一のスクリーニング検査としての位置づけで行われるため、訴訟でもその限界は踏まえます。これは、腹部超音波検査において脾臓の全体像を撮像できないのと類似しています。

そもそも、Wong-Mitchell分類は将来の循環器疾患の危険を評価するもので、特定健診で血圧が高めの方の臓器障害の評価として行われるものです。同様に血糖値が高めの方に対して糖尿病網膜症のスクリーニングの意味で眼底検査が勧められています。糖尿病の診断を受け治療を受けている患者が眼底評価のために人間ドックの眼底検査で医療における眼底検査（眼科医による散瞳下の眼底検査）の代わりとするのは間違いです。

貴殿案を一部修正して、「眼底写真撮影方法は日本人間ドック学会で認定されている眼底健診判定マニュアルに沿ったスクリーニングを目的としており、撮像範囲内での判定としております。また、すべての眼の病気を発見できるものではありません。もし最近見えにくいなど気になる症状があるようでしたら眼科にご受診されることをお勧めします。」の記載は問題ないかと思います。

日本人間ドック・予防医療学会 判定区分表に関する Q & A 【視力・眼圧・眼底】

質問⑧（眼底） 2018年4月2日	回答
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	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。
質問⑨（眼底） 2018年4月9日	回答
今回からWong-Michellと改変Davis分類も判定するのですが、結果表への分類の表記方法として問題ないか確認をいただきたいと思います。 Wong-Michell分類 → WM：なし など改変 Davis → Davis：網膜症なしこのように表記を略した形にして問題ないでしょうか？理由としては、コメントが結構増えてしまい、あまり文字数を取られたくないためです。標準的な略記があればご教示いただけますでしょうか？	学会としては、各施設の表記法までコメントしておりません。厚生労働省の指定の報告書形式（電子データ）が達成できればよいと判断されます。 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/13_44.pdfの2-62ページ すなわち結果票の検査項目名称は2項目 眼底WM，眼底Davis 所見欄がそれぞれ 所見なし、軽度、中等度、重度 網膜症なし、単純網膜症、増殖前網膜症、増殖網膜症 提出コードはそれぞれ 1, 2, 3, 4 1, 2, 3, 4

質問⑩（眼底）
2018年9月18日

回答

当院では、他院より非常勤で眼科医が来て、眼底検査の判定を行っています。医師は曜日に異なります。当院の年間ドック受診者数は約7000人で、40歳代、50歳代、60歳代の順に多く、30歳代と70歳代がわずか、という受診者層です。統計をとると**眼底検査の要精検率**が30-40%程度と非常に高く、人間ドック学会の施設認定 ver.3.0 の取得施設平均の6.4%と大きく異なります。所見としては、視神経乳頭陥凹拡大が圧倒的に多く、ドルーゼン、網膜前膜が続きます。

- ・ 検査で得られた画像の質
- ・ 所見のつけ方
- ・ 所見の解釈

上記いずれかの問題（もしくは複数）だと考え、OCT機器付きの新しい眼底検査機器を購入予定ですが、人間ドック学会が公表している「眼科健診判定マニュアル 2015」の内容以外に注意する点がありますでしょうか？（このマニュアル通りに判定すれば、要精検率が10%以下になるはず、という解釈で良いのかというのが質問の趣旨です） また、他院から本件と同様の質問が学会の方にくることはないでしょうか？

このマニュアル通りに判定すれば、要精検率が6%前後（になるわけではありません。そもそも、緑内障専門医であっても、緑内障の眼底所見の一致率は高くありません。人間ドックというスクリーニングでは、境界病変も多いことから、一致率はさらに低下するものと考えられます。とくに乳頭陥凹は、乳頭自体の大きさに影響され、とくに近視眼の多い日本では評価が難しいという問題があります。要精査指示は、眼科医個人の考え方に依存します。とはいえ、緑内障の有病率が40歳以上で5.0%、加齢黄斑変性は50歳以上で1.3%を考えると、眼底写真での要精査率は、その1.5倍すなわち10%以内が理想と考えられます。貴施設での精査率を低くするには、FDT自動視野検査やOCT検査の付加も一案かと思われます。

（資料）
<http://www.ryokunaisho.jp/general/ekigaku/tajimi.html>
<http://www.nanbyou.or.jp/entry/2434>

質問⑪（眼底）
2018年4月2日

回答

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

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。

質問⑫（眼底）
2020年3月9日

回答

Scheie 分類の判定の表記について
・現在ローマ数字で表記しているが、数字が正しいのではないかと指摘を受けた。いつから表記が数字になったのかが知りたい。（2015 年のマニュアルより以前か）
・ローマ数字での表記は間違っているのか。

原典は SCHEIE HG. : Evaluation of ophthalmoscopic changes of hypertension and arteriolar sclerosis. AMA Arch Ophthalmol. 1953 Feb;49(2):117-38.
ここではローマ数字で記載されています。
一方で、厚生省（現在の厚生労働省）が監修して発行した書籍，老人保健法による健康診査マニュアル（日本医事新報社）平成 6 年 3 月発行，57 ページで，Scheie 分類はすでに算用数字で表記されています。この健康診査が平成 20 年度から特定健康診査に変更になりました。
現在の特定健診での表記，登録は下記のように算用数字になっています。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf> の第 2 編別紙 2-62 ページ
また第 2 編別添である以下 2-94 ページ
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf
日本人間ドック学会の判定マニュアルでの表記はこの厚生労働省の表記に準拠しています。よって，いつからというご質問にはお答えしかねます。少なくとも，ローマ数字表記は間違っていない，といえるでしょう。
一方で，平成30年度の特定健診の改訂の際に，健診では健常者を主に扱い，近年の疫学的調査からScheie 分類より Wong-Mitchell 分類への変更が推奨されました。しかしながら，急なシステム変更は無理なため，上述のように3種類の併記となりました。

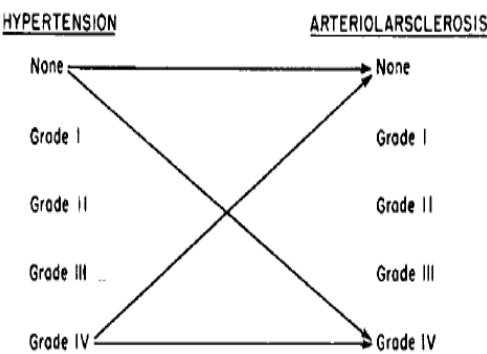


Fig. 11.—Correlation of degree of retinal changes of hypertension and degree of retinal arteriolar sclerosis.

眼底検査（高血圧性変化）に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	Scheie 分類 H3 以上、 Keith-Wagener 分類 IIb 以上、 Wong-Mitchell 分類 中等度以上	①すぐに医療機関の受診を
	Scheie 分類 H1-2、S1-4、 Keith-Wagener 分類 I-IIa、 Wong-Mitchell 分類 軽度	②高血圧、そのほかの危険因子の予防と管理の徹底を
	Scheie 分類 H0、S0、 Keith-Wagener 分類 0、 Wong-Mitchell 分類 所見なし	③今後も継続して健診受診を

眼底検査所見について
Scheie 分類において、H（0～4度）は高血圧性変化を、S（0～4度）は動脈硬化性変化を指します。
Keith-Wagener 分類（慶大）変法（KW）も高血圧性変化の分類で、0群から IV 群までに分類されます。
Wong-Mitchell 分類（WM）は循環器病のリスク評価の観点から所見なし、軽度、中等度、重度の4段階に分類されます。

質問⑬（視力） 2021年1月26日	回答
視力（裸眼，矯正両方の場合は矯正で判定）（悪い側で判定）との文言について、つまり悪い側で判定とは、左と右で計測した場合はより悪い視力の方にあわせて、左右併せた総合判定すると云う事か、もしくは裸眼と矯正両方を計測して、その悪い方という意味か。	1）裸眼のみ実施：左・右眼で測定を実施し，悪い視力値で判定 2）矯正のみ実施：左・右眼で測定を実施し，悪い視力値で判定 3）裸眼・矯正両方実施：2）の左・右眼での悪い視力値で判定します。 文献： 視力・眼圧・眼底：人間ドック健診の実際130-133，文光堂，2017
質問⑭（視力） 2021年3月27日	回答
視力検査で片眼視力が無いとの申告若しくは結果がない場合の結果表への記載表現はどのようにしたら良いですか？ 視力 0（ゼロ）？	健診での視力の測定方法は2種類あり，①5メートルの距離から検査する方法と，②自動視力計で検査する方法があります。ともにランドルト環などが0.1で最大の大きさとなっています。 前者①で0.1が見えない場合，50cm近付いて認識ができれば視力は「0.09」，それでも認識できない人は、更に50cm近づいてみて認識出きたら「0.08」とします。このように0.1未満では50cmずつ近づくことで視力測定をすることができます。 一方，②自動視力計で0.1が見えない場合は，0.1未満となります。 特定健康診査におけるデータ表記法は https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html の第2編別紙の2－61ページにありますように，右端のように表記は小数点以下2桁となっていますが，1.5や0.1は小数点1桁表記でかまいません。 ①で，0.1未満で上記のように，より近くでの測定まで行った場合は，0.09などを表記します。0.01未満は0.00と表記します。0.1が見えない場合で5mより近づいての検査を行わない場合は0.10と表記します。「0.1」は0.1が見えた場合，「0.10」は0.1が見えず0.10未満を意味します。 ②では0.1が見えない場合，0.10と記録します。 ①②ともに，上記の表で「小数点以下2桁」を勘違いして0.7を0.70としないことです。 なお病気等で目が見えず，視力検査を実施しない場合は空欄にします。 別途，検査不能の場合には別項目を設けて，空欄の理由（義眼の為など）を登録するのが理想です。保険者との契約で空欄の理由の如何によって検査費用支払いが変わってくることもあるからです。

質問⑮（視力） 2021年3月9日	回答
片眼が 失明 されている受診者は片眼が1.0で正常の為、A判定正常で良いのか	現行の厚生労働省から提示されているデータ登録の仕組みでは、視力の項目は数値データのみの記載となっています。視力を実施しない理由を別途書く欄が設定されていないため、失明側の値の記載欄は空白とし、視力判定はAとします。別途、「失明のため実施せず」の記載をするかどうかは、貴施設と保険者とのやりとりになります。
質問⑯（眼底） 2021年9月11日	回答
眼底検査のデータ作成についてお伺いしたいことがあります。状況として当院では眼底検査をすることが出来ないので、他院に検査を委託しております。 本題に入りますが、これまで当院が請求した際は「キースワグナー」「シェイエHとS」「SCOTT」「改変Daivis」「Wong-Mitchell」の判定を入れたデータを作成し、送付させていただいておりました。 これはデータ作成ソフトの都合もありますが、この中で請求のデータに最低限必要な項目があればお教えいただけませんか？ 委託先の医師より可能であれば請求時に必要不可欠な項目を知りたいと要望がありましたので、お聞きした次第です。 全国健康保険協会に問い合わせをしたところ、御学会に確認して欲しいと案内されたことも今回問い合わせをした理由の一つになります。	厚生労働省の特定健康診査のデータ提出は、ご質問のように多くの方法が記載（下記）されています。また検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）などを参照するように記載されています。（下記2～51頁） https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf 高血圧分類の3方法は「循環器病ハンドブック」127頁ならびに学会HP（下記URL）の10ページに、糖尿病網膜症4方法は131頁、学会HP11ページに記載され同一内容です。各方法による判定の変換対応表となっています。 https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/Fundus-JSND.pdf 2008年の特定健診発足当時は旧来の評価方法が広く使用されているため、Wong-Mitchell法、国際重症度分類のみを表記することは混乱をきたすため、過渡的措置として、多くの方法が併記されている状況です。 登録上準備しておく必要な項目ということであれば、高血圧分類については“「シェイエ分類：H」＋「シェイエ分類：S」”と“Wong-Mitchell法”，糖尿病網膜症については“改変Davis分類”と“国際重症度分類”の二つを残されると混乱がないように思います。 診断は可能なら、疫学的評価がなされ、判定結果と指導（文例）の対応が明確という点で、「高血圧分類はWong-Mitchell法」で、「糖尿病網膜症の国際重症度分類」を使用あるいはこれに変換し、それぞれ1本化されることを推奨します。 本回答は、上記循環器病予防ハンドブック第7版、厚生労働省の特定健康診査の解説、日本人間ドック学会眼底判定マニュアル執筆者と協議し作成いたしました。

質問⑰（眼底）
2022年2月2日

回答

当院ドック眼底写真検査では、現在 判定に SHCEIE 福田分類を使用しています。新年度から学会推奨のWong-Mitchelおよび 改変Davis に変えるべきでしょうか？変更の場合は高血圧性変化；Wong-Mitchel分類、糖尿病性変化；改変Davis分類、との表記でいいでしょうか？当院の眼科医（通常の臨床医）に聞きましたが、この**分類**を知らないと言っていました。（近隣施設でこの分類を使っているところも少ないです）

日本人間ドック学会の眼底健診判定マニュアルは、特定健康診査で眼底検査が実施されることより作成しました。厚生労働省の標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】での眼底検査 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html> の第2編 別添 2-94頁～2-97頁をより詳しくした内容となっています。整合性を保つために、学会マニュアルはこの厚生労働省のこのフィードバック文例集を作成した先生に加わっていただき、策定いたしました。各判定方法の長所、短所は、学会マニュアルの本文をご参照願います。高血圧性変化はScheie 分類、Keith-Wagener 分類、Wong-Mitchell 分類のいずれか1つを使用します。科学的根拠の点でWong-Mitchell 分類がもっとも推奨されます。糖尿病網膜症は改変Davis分類のみが厚生労働省のフィードバック文例集で記載されています。しかし平成30年当時、現場では、それ以外の方法で行っていることを考慮して、表5Aの対応表を作成しました。もし今回変更されるなら、高血圧性変化はWong-Mitchell 分類、糖尿病網膜症は改変Davis分類で実施されることをお勧めします。ご質問文での「学会推奨のWong-Mitchelおよび 改変Davisに変える」はむしろ厚生労働省推奨になります。また「変更の場合は高血圧性変化；Wong-Mitchel分類、糖尿病性変化；改変Davis分類、との表記」でよろしいかと思えます。

質問⑱（眼圧）
2022年5月6日

回答

眼圧検査の検査値の表記について教えて頂きたいと存じます。基準範囲は9～20mmHgとありますが、**小数点第一位**を四捨五入して記載しても問題はないでしょうか

眼圧測定装置によっては、表示される数値が、最も近い整数に切り上げられて表示される装置もあります。外来診療で使用する際は通常3回測定値の平均値で評価するため、小数点表記にすることが多いですが、人間ドックでは小数点を四捨五入処理をされても構いません。整数表記でも構わない理由として、眼圧値は変動すること、非接触型眼圧計は変動幅が大きいからです。

日本人間ドック・予防医療学会 判定区分表に関する Q & A 【視力・眼圧・眼底】

質問⑱（視力） 2022年6月6日	回答						
「 矯正視力 とは、通常使用している眼鏡を用いて測定した」ものと回答してよろしいでしょうか	眼科領域では、もっともよい視力を出す値（最大矯正視力）ですが、健診では健診者自身が通常使用している眼鏡・コンタクト使用下での値となります。						
質問⑳（視力） 2022年11月1日	回答						
視力検査の判定について貴学会の基準に準じますと0.7-0.9 C、0.6以下は D判定 になると思うのですが、これに自動判定をかけますと、他の生活習慣病関連の項目がすべてAの方でもDがついてしまいます。施設によっては「急激な悪化でない場合」には最終判定をBにしたり、また視力をまったく考慮せず、眼底・眼圧に問題がなければAをつけている施設もあるようです。この件につきまして、貴学会の見解をおきかせいただければ幸いです。	視力の判定は、健診判定基準ガイドライン（2003年、文光堂）発行以来、0.6以下を要精査としています。視力は生活習慣病とは関係が薄く、眼圧検査や眼底検査では見つからない疾患を拾い上げる、独立した眼科検査項目です。 判定区分は、児童生徒の健康診断マニュアル（下記）、自動車免許取得基準、人事院採用試験基準などを参考にして策定されました。 <table><tr><td>「A」：視力1.0以上</td><td>正常な視力</td></tr><tr><td>「B」：視力0.9～0.7</td><td>学校生活にはほとんど支障のない見え方</td></tr><tr><td>「C」：視力0.6～0.3</td><td>教室での授業に多少の影響が見られるため何らかの対策が必要</td></tr></table> 適切な対策を行っても視力が向上しない場合に、判定をDからCに変更するなどの作業は各施設で行ってください。	「A」：視力1.0以上	正常な視力	「B」：視力0.9～0.7	学校生活にはほとんど支障のない見え方	「C」：視力0.6～0.3	教室での授業に多少の影響が見られるため何らかの対策が必要
「A」：視力1.0以上	正常な視力						
「B」：視力0.9～0.7	学校生活にはほとんど支障のない見え方						
「C」：視力0.6～0.3	教室での授業に多少の影響が見られるため何らかの対策が必要						

質問②①（その他白内障）
2023年5月1日

回答

「**白内障**の判定区分についての質問です。当院では眼科医が人間ドックの診察診断をした際、診察所見と判定を記入してもらっています。ベテランの眼科医が『白内障あり』『判定B・C』にチェックされる例が多くみられており、白内障があったらD判定とされる人間ドックシステムの判定をその都度変更してB（またはC）に変えています。これは問題があるでしょうか。ご教示ください。

施設内の問題ですので、健診機関の責任者を含めて、健診機関内で解決されてください。
画像検査では、1つの所見において軽症から重症までありますので、判定はバラエティに富むことがあります。

質問②②（視力）
2023年8月8日

回答

視力区分の取扱いについてご教授ください。健康診断結果において裸眼、矯正か2つの区分で報告してほしいとの依頼があります。
「IOL：白内障手術後に眼内に挿入される人工レンズ」
「ICL：眼内にレンズを挿入して光の屈折を変え、近視、遠視、乱視を治療する手術」
「レーシック手術」を実施し視力検査を行った場合、視力区分として、「**裸眼**」扱いなのか「**矯正**」扱いにするべきなのか悩んでいます。
何か判断基準となるようなものがありますでしょうか。よろしくお願いいたします。

矯正するための道具（眼鏡やコンタクトレンズ）を用いた場合の視力を矯正視力といい、この道具を用いた視力が矯正視力、用いない場合が裸眼視力になります。
眼と一体化され分離できないIOL、ICLは裸眼視力で表記、レーシック手術後も道具を用いないので裸眼表記となります。

質問②③（眼圧） 2023年12月21日	回答
眼圧の成績書の記載方法について質問です 当会の機器では30まで測定できるモードと60まで測定できるモードがあるのですが、現在は30まで測定できるモードで測定し、31以上の場合は測定不能となり、成績書には一律に「31」と表記しています。60まで測定できるモードにすれば実測値が出せるのですが、ドック学会的には30以上の場合、一律に31と表記するのがよいのか、実測値を表記するのがよいのかご教示お願い致します。	眼圧の報告書記載 1）可能なら60まで測定できるモードでの測定を推奨します。 2）30までの測定モードで31以上を31と表記する方法はさけ、31↑（↑31は不可）とされてください。矢印が使用できないなら1）をお願いします。 同様に聴力検査31dB以上、41dB以上を31、41表記も避けてください。 参照 file:///C:/Users/Owner/Downloads/20230915-22%EF%BC%BFHASTOS%E8%AA%AC%E6%98%8E%E4%BC%9A.pdf 6 ページ 1.3 変換ツール「POST.ex」の機能・特徴 検査の数値項目には検査機器の計測限界値を超えた場合に「未満」「以下」「超」「<」「>」などの文字列が含まれるが、これらはすべて「↑」「↓」で統一します。 上記は日本人間ドック学会等健診10団体でのデータフォーマット標準化の仕組みです。 https://www.kenshin-hyojun.jp/
質問②④（眼底） 2024年1月11日	回答
眼底検査の読影についてKeith-WagnerやScheie 分類も必ず判定をするべきでしょうか？ 所見と総合判定だけではだめなののでしょうか？	原則は疫学データと予後が明確なWong-Mitchell 分類で判定します。これを実施するならKeith-WagnerやScheie分類は不要です。 したがって （所見・判定）は（異常なし・A）、（軽度異常・BまたはC）、（中等度異常・D）、（重度異常・D）となります。 BとCの使い分けは定めていません。 若年者で出現しているならC、高齢者ならBなどが考えられます。 また所見として網膜細動脈のびまん性狭細、網膜細動脈の局所狭細化・口径不同、動静脈交叉現象、反射亢進・混濁（銅線動脈）があり、前半の所見ならB、後半の所見ならCなどが考えられます。 なお https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/Fundus-JSND.pdf の表4でWong-Mitchell 分類に変換可能です。

質問	回答
視力検査担当に関する質問	学会誌 2025 ; Vol.39No.5 : 707－715に掲載しているのでご参照ください。