

番号	日時	質問	回答	分類
1	2017年3月28日	人間ドックの視力検査はどの職種の者がどのような機器を使用して行うことが妥当なのでしょうか？	眼科領域に関わる各検査は、医師のほか、看護師、視能訓練士といった有資格者だけが、それぞれの業法の範囲内で実施することになります。無資格者はもちろん、臨床検査技師などの有資格者であっても、その業務範囲を超えて眼科領域の検査を行うことはできません。臨床検査技師の業務内容は「制限列举」となっています（臨床検査技師等に関する法律第2条、第20条の2、臨床検査技師等に関する法律施行規則第1条）ので、臨床検査技師等に関する法律（臨床検査技師法）および同法施行規則に認められた「眼底写真検査（散瞳薬を投与して行うものを除く）」以外の眼科領域の各種検査（医療行為）を臨床検査技師が実施することには問題があります。	視力
2	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？	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、転記ミスなどがありません。	視力

番号	日時	質問	回答	分類
3	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？	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。	視力
4	2018年11月5日	表記視力検査で白内障手術をされた方、眼内レンズを入れられた方が視力検査をされた場合には、裸眼になるのか矯正の分類に入れるのか学会としてはどちらか	「裸眼」とは眼鏡やコンタクトレンズを使わないで物を見るとき目の状態。すなわち、人工的な処置をしない場合を指します。一方、「矯正」とは欠点などを正しく改めさせること。まっすぐに直すこと。（いずれも大辞林 第三版）眼内レンズという人工物でなるべく視力を保とうするのですから、「矯正」になります。 自分で視力検査状況を知っておられるので、「矯正」欄に記載されていても問題にはならないと思います。	視力

番号	日時	質問	回答	分類
5	2020年5月25日	<p>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 判定とされたとのことですが、*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。</p> <p>*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。</p>	<p>1) 学校健診での判定</p> <p>学校健診での判定Bと人間ドック学会の判定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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>引用 https://www.gakkohoken.jp/book/pdf/H130020_other.pdf</p> <p>2) 視力1.0</p> <p>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。</p> <p>3) 成人の視力低下</p> <p>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いません。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。</p>	視力

番号	日時	質問	回答	分類
6	2019年8月8日	<p>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。</p>	<p>基本検査項目は、①日本人間ドック学会、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。</p>	眼圧
7	2017年11月16日	<p>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。</p>	<p>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の下の表記では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。</p>	眼底

番号	日時	質問	回答	分類
8	2017年11月16日	<p>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いない場合は、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が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？</p>	<p>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。</p> <p>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えます。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えます。</p>	眼底

番号	日時	質問	回答	分類
9	2018年3月15日	<p>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。</p> <p>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少し問題があると考えております。いかがでしょうか？</p>	<p>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）。</p> <p>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膵臓の全体像を撮像できないのと類似しています。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	眼底
10	2018年4月2日	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。	眼底

番号	日時	質問	回答	分類
11	2018年4月9日	<p>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。</p> <p>Wong-Michell分類 → WM：なし など改変Davis → Davis：網膜症なし 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？</p>	<p>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</p> <p>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</p>	眼底

番号	日時	質問	回答	分類
12	2018年9月18日	<p>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。医師は曜日毎に異なります。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。</p> <p>・ 検査で得られた画像の質 ・ 所見のつけ方 ・ 所見の解釈</p> <p>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？</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>（資料） http://www.ryokunaisho.jp/general/ekigaku/tajimi.html http://www.nanbyou.or.jp/entry/2434</p>	眼底

番号	日時	質問	回答	分類
13	2019年2月3日	<p>神経線維層欠損NFLDに関して成書を見ると様々な表現がありますが、どの表現が適切だと考えられるでしょうか。人間ドック学会や眼科学会推奨の名称をお教えてください。</p> <p>また、2018年9月1日開催の人間ドック健診専門医研修会で、眼底の講義中、緑内障の所見として「その他の乳頭変化」が挙げられていました。この所見はやはり独立した所見として採用した方が良いでしょうか？採用する際の名称もお教えいただければと思います。</p>	<p>日本人間ドック学会ホームページのトップページタイトルバー「その他の情報」をプルダウン。第2見出しの「画像健診判定マニュアル」の眼底健診判定マニュアルをご覧ください。</p> <p>表6に推奨の名称を記載しています。ご質問の件については、「網膜神経線維層欠損」が該当します。またその他、緑内障を疑う所見も列記しております。本文と併せてご覧いただき利用のご検討をお願いいたします。</p> <p>本マニュアル最終頁に作成者を記載しましたが、日本眼科学会から選出された委員により作成されました。</p>	眼底

番号	日時	質問	回答	分類
14	2020年3月9日	<p>Scheie 分類の判定の表記について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<p>原典は SCHEIE HG. : Evaluation of ophthalmoscopic changes of hypertension and arteriolar sclerosis. AMA Arch Ophthalmol. 1953 Feb;49(2):117-38.</p> <p>ここではローマ数字で記載されています。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf の第 2 編別紙 2-62 ページ</p> <p>また第 2 編別添である以下 2-94 ページ</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	眼底

14参考資料

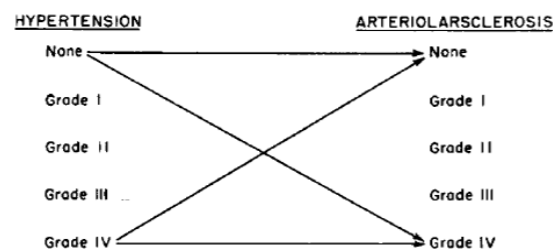


Fig. 11.—Correlation of degree of retinal changes of hypertension and degree of retinal arteriolar sclerosis.

9E100166100000011	眼底検査(シェイエ分類: H)	コード	1: 0, 2: 1, 3: 2, 4: 3, 5: 4
9E100166200000011	眼底検査(シェイエ分類: S)	コード	1: 0, 2: 1, 3: 2, 4: 3, 5: 4

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 Ib 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。