

質問①（脂質異常）

2017年7月21日

回答

中性脂肪の正常値が150以下で受診勧奨は400以上となりその差が大きすぎると思います。最近中性脂肪に関する講演会があり、数回ききました。低いほど良いとのことでした。食後中性脂肪高値も問題になり、質問しますと200以下が望ましいとのことでした。福山市内で糖と脂質代謝に詳しい先生に聞きますと400以上の受診勧奨は問題であるとのことでした。そして食後の中性脂肪の測定も必要であるとのことでした。健診において中性脂肪の高い方が多いです。LDL-Cは薬でコントロールされて中性脂肪が高値の方も多いです。ベストの対処方法を教えてください。

ご質問のように中性脂肪は高値ほど動脈硬化を進展させます。また食後中性脂肪の意義は空腹時よりも大きいことも明らかにされつつあります。日本動脈硬化学会などでは、以前より負荷試験の食事内容については多くの試みがなされてきましたが、ブドウ糖負荷試験のように定めることができませんでした。また一般診療で行うとすると、食事内容、食事開始後からの採血時刻をいつも一定にする必要があります。個人の変化をみるには良いのですが、全国で同じ食事にさせることは不可能であります。

さて、中性脂肪の判定区分の見直しは現在行っており、新判定区分（案）については6月15日から開示からパブリックコメントを7月7日までホームページ上で募集いたしました。また日本動脈硬化学会など関連学会にも通知し、合計13件のご意見をいただきました。今回の改定では、平成30年度改訂の厚生労働省の特定健康診査の「健診結果とその他必要な情報の提供」（案）になるべく合致させることにいたしました。すなわち中性脂肪（旧400）500mg/dL以上を要治療、（旧200-399）300～499mg/dLを要再検査レベルに変更いたします。

今回の中性脂肪の改訂について、日本動脈硬化学会からの反対意見はございませんでした。厚生労働省の方針や日本動脈硬化学会の意見の背景には、中性脂肪は薬剤で減らすのではなく、体重コントロール、生活習慣指導のウエイトが極めて大きいということでもあります。ただし500mg/dL以上では薬物使用になることは、先月発行されました、日本動脈硬化学会発行「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」84ページをご覧ください。

【2024年追記】令和6年度から特定健康診査の標準的な健診・保健指導プログラムの判定と対応において、空腹・食後ともに中性脂肪500mg/dL以上が、「早期に医療機関の受診」となりました。

質問②（脂質異常）
2018年2月26日

メタボリック判定基準には、中性脂肪とHDLコレステロールのみ基準が挙げられていますが、LDLコレステロールについて内服している場合は、どのような扱いになりますか。

回答

ご指摘のように、メタボリックシンドロームの対象検査項目は、中性脂肪とHDLコレステロールで、LDLコレステロールはありません。また脂質異常症の治療の有無により特定保健指導対象になるかどうか左右されます。

まず、脂質異常症の改善薬の作用として、LDLコレステロールには作用し、中性脂肪、HDLコレステロールには全く作用しないというわけではありません。

特定健康診査の質問票においても、項番3「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」とし、その解説には、「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」とは、「脂質異常症の薬」を平易に表現したものである。糖尿病や高血圧と比べて、脂質異常症については、処方されていることを本人が自覚していない場合が多いという指摘があることに留意する。また一般的に脂質異常症の治療は高LDL血症の改善を目的として行われており、次いで中性脂肪の管理を考える。」と記述されています。

以上より、質問票3に「はい」と答えた場合は、脂質の項目が治療中として判断いたします。

参考資料

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/13_32.pdf
2-29, 2-31

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/09_4.pdf
2-11

質問③（脂質異常）
2018年5月15日

Non-HDLコレステロール
non-HDLコレステロール
表記混在で使用されているようです。どれが正しいですか?個人的には脂質異常症ガイドライン2013のnonHDL-C（又はnonHDLコレステロール）と思いますが、ハイフンの正しい使用方法教えて下さい。

回答

Non-HDLコレステロールの記載法は、厚生労働省発行の標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】に準拠しました。

（例）下記URLの2-26ページ

なお2-49ページのように、文中においても大文字で始めています。

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

質問④（脂質異常）

2018年8月5日

基準判定につき下記疑問があります。
HDL-C180はA判定でいいのですか？（通常はスタチン治療）

回答

当学会ホームページの「判定区分の作成過程と意義」に記載していますように、日本人間ドック学会の判定区分は、関連学会のご承認をもって、公開しております。脂質検査の判定区分については、日本動脈硬化学会のご承認をいただいております。

HDL-C高値の場合、CEPT欠損症、肝性リパーゼ欠損症など特殊な病態も考えられますが、精査ができる施設がきわめて限られていることから、上限値を設けておりません。また高HDL-C血症が治療を要するか、否かの意見の一致も認められておりません。（HDLコレステロール，臨床検査データブック2019-2020，pp178，医学書院）。参考文献（岡村 智教：高HDL血症と心血管イベントに関する疫学研究からの知見 日常診療で高HDL血症をみつけたらどうするか，医学のあゆみ268巻5号 Page415-419(2019.02) の内容を抜粋しますと、高HDL-Cのレベルに焦点を当てたいいくつかのコホート研究が行われ、70mg/dL以上でまとめると脳・心血管疾患のリスクは低いが、カットオフ値を80mg/dLに上げるとリスクの低下を認めず、さらに90mg/dL以上にするるとむしろリスクが上昇する可能性が示されている。したがってプライマリケアの現場でこのような症例に遭遇した場合、動脈硬化性疾患の家族歴や既往歴を確認して、頸動脈エコーなどの非侵襲的な検査などを行い、潜在的なリスクがないかどうかを確認することが望ましい。また超高値のHDL-Cだけに目を奪われることなく、最優先目標であるLDLコレステロールの管理を徹底することが動脈硬化性疾患の予防のためには重要である。

質問⑤（脂質異常）

2019年4月1日

2019年度の基本検査項目表・判定区分表について、その判定区分を決めるに至った根拠や参考文献が示されたガイドラインを取得したく、ご相談申し上げます。

下のURLに「判定区分の改定」がありますが、著者がわからず文献が少ないので、ガイドラインにあたるものをホームページから確認したい、あるいは書籍を購入したいと考えております。

<https://www.ningen-dock.jp/other/inspection/past-pubcom>

回答

日本人間ドック学会の判定区分に関する解説書は下記となります。

https://www.ningen-dock.jp/society_book_syoseki-jissai/

ご質問の「LDLコレステロールが高値になると単純に+30では誤差が出る」は間違いで、「LDL-Cの直接法での測定では、中性脂肪が400mg/dL以上で誤差が生じやすくなる」ため、non-HDLコレステロールで評価してくださいという厚生労働省の通達によるものです。400mg/dL未満ではLDL-Cで評価してもnon-HDL-Cで評価してもどちらでもかまいませんがLDL-Cのほうがよいでしょう。なお、基本検査項目にLDL-C，non-HDL-C両方入れたのは、人間ドックでは当日結果説明いたしますので、中性脂肪の結果がでてから、改めて総コレステロールを測定し、さらに総コレステロールからHDLコレステロールを引き算してnon-HDL-Cを求める手間、時間をなくすためです。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf> の2-26ページ，2-48ページをご覧ください。

この元は

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html> の第2編別紙です。下記は第2編別添です。

<p>質問⑥（脂質異常） 2021年8月5日</p>	<p>回答</p>
<p>当健診施設が外注依頼しています検査センターより中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールの基準値をJCCLS共用基準範囲に変更するとの連絡がありました。当院は病院と併設しており外来ではJCCLS共用基準範囲で診療を行なう方向で話が進んでいます。ただ健診センターとしては担当医師からも戸惑いがあり、一度こちらに相談することにしました。何かJCCLS共用基準範囲のことで見解がございましたらご教授をお願いします。</p>	<p>予防医療を目的とした特定健康診査・人間ドックと、病院で利用するJCCLS共用基準範囲とでは、対象者選定や目的が異なります。病院併設では、通例、病院はJCCLS共用基準範囲、健診部門は特定健康診査の判定値を用いられています。人間ドックを受診することで、それが特定健康診査の代用となり、特定健康診査を受けなくてもよいこととなります。したがって日本人間ドック学会の判定区分は厚生労働省の特定健康診査の判定表と一致させています。A区分は、下表の⑤、B区分は③、C区分は②、D区分は①です。 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf 2-73ページ</p>
<p>質問⑦（脂質異常） 2023年4月12日</p>	<p>回答</p>
<p>NonHDLコレステロールの判定について 日本ドック学会では89以下を要精検としていますが、厚生連医師の見解としては異常なしで良いのではないかとの見解です。要精検とした経緯や理由等をご教示いただけたらと思います。よろしく願いいたします。</p>	<ul style="list-style-type: none">・低脂血症のガイドは、日本動脈硬化学会から発行されています。 https://www.j-athero.org/jp/wp-content/uploads/publications/pdf/shishitsuijou_2013_3_14.pdf・低脂血症は、脳出血のリスク要因です。 https://www.jsts.gr.jp/guideline/132_135.pdf <p>低コレステロール血症に対して、背景の肝機能障害の是正や合併高血圧症に対する降圧療法が推奨される。スタチンによる脂質改善療法は脳出血の発症率を増加させないが、脳出血既往例に対しては慎重投与すべきである（グレードB）。</p> <ul style="list-style-type: none">・判定区分 <p>脂質の部分の判定区分は、その専門である日本動脈硬化学会の理事会で審議され承認されています。いうまでもなく各検査の判定区分は関連学会で承認されています。</p> <p>一度はD判定にしないと永遠に原因は不明です。レアケースですが難病指定も受けられないこととなります。 https://www.nanbyou.or.jp/entry/4573</p> <ul style="list-style-type: none">・判定区分は、初回受診時の拠り所とするものです。要精密検査・治療（判定D）と判定した例において、異常となる原因が明確なものがなかった、生まれつきなものであった、陰影の大きさが変わらないなどの結果が得られた場合は、その時から判定CあるいはBに変更することが適切です。初回であっても、年齢、既往歴などから、判定区分の変更されることも適切と考えます。

<p>質問⑧（脂質異常） 2023年4月25日</p>	<p>回答</p>
<p>LDLコレステロールの判定について、<180以下でも性別・年齢・併存症やここ数年の数値の推移から今年は是非医療機関を受診していただきたいという判断でD判定をつけたところ、貴学会のマニュアル通り180以下の方はC判定にしてくださいとスタッフから修正を求められました。C判定にしつつコメント追記等で強く受診を促すしか方法はないのでしょうか「受診勧奨」ということをフォーマット上で伝えられなくてもどうかと思っています。</p>	<p>日本人間ドック学会のLDLコレステロールに関する判定区分は、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】 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf 2-73ページに準拠し、日本動脈硬化学会の承認を得ています。 「C判定にしつつコメント追記等で強く受診を促す」には、2023年4月に公開されました日本循環器学会「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023年改訂版」が参考になるでしょう。pp26のようにリスクの層別化がなされていますが、治療開始基準は記載されていません。 https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/03/JCS2023_fujiyoshi.pdf もっとも問題になるのは、受診勧奨例が、受診先で薬物治療を開始してくれるかということです。</p>
<p>質問⑨（脂質異常） 2023年6月14日</p>	<p>回答</p>
<p>動脈化指数、L/H比についてですが、脂質異常の判定項目には入っていませんが、この指数、比の取扱いについて、人間ドック学会ではどのように考えていられるのでしょうか？</p>	<p>基本検査項目は健診団体連絡協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本総合健診医学会、日本人間ドック学会、オプザーバー健康保険組合）で決定され、基本検査項目について日本人間ドック学会では判定区分を策定しています。特定健康診査項目は、厚生労働省の判定区分（下記）を採用しています。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html の第2編別添 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf 動脈硬化指数、L/H比は基本検査項目にないため判定区分を策定していません。日本動脈硬化学会がこれらの基準範囲、コントロール基準などの発表があれば、今後考慮されるかもしれません。ここからは推測ですが、LDLコレステロール、HDLコレステロールが基準範囲でL/H比が異常の場合、LDLコレステロール、HDLコレステロールの再検査を健康保険組合が認める、健康保険を使用することに難色を示す可能性があります。また動脈硬化指数、L/H比で要治療と判定しても、紹介先の医療機関で1次予防として、LDLコレステロール、HDLコレステロールが基準範囲例であっても治療を開始する保証がないと、受診者は健診側への不信を高める可能性があります。</p>