

質問①（判定区分）

2013年8月9日

回答

治療中の判定区分等について

1. E判定

薬物治療の該当項目の判定は、データの良し悪しにかかわらずE判定とします。

1) データが良い場合

これは見かけ上薬剤によってよい結果を示しているためであり、よいデータという理由で判定をAにすれば勝手に薬を止めてしまう危険性があります。また、薬剤使用を明記することで、薬剤性肝障害などを発見できるきっかけとなります。

2) データが悪い場合

一方、治療中であっても、数値・所見が悪い場合があります。たとえば固定性の心房細動では洞調律には戻りません。これは主治医の責任ではないし、自分の努力でも改善できません。薬剤抵抗性疾患では基準範囲にもっていくことは困難な場合があります。

指導欄で「HbA1cのコントロールが不良です。主治医にご相談下さい。」などの注意書きを添えることでの対応などが考えられます。しかし血圧などは白衣高血圧などもあり、慎重にコメントする必要があります。

2. D判定

未治療の項目に使用します。「未治療」と「治療中」は、疫学上、明確に区別する必要があります。統計集計、論文作成で治療者を除く作業ができないからです。

3. 総合判定

総合判定は行いません。①聴力1つがD判定であった場合と、②10項目がD判定であった場合ではまったく意味合いが違います。③C判定項目が10項目あれば（このことで総合判定をC）、④D判定1項目の状態（このことで総合判定D）より身体状況は悪いと考えられます。すなわち結果報告書に総合判定を記載することは推奨していません。

質問②（判定区分）  
2013年8月20日

回答

性同一性障害者の性別について

まず、性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律 平成20年（2008年）一部改正 が前提にあります。

- 一 二十歳以上であること。
- 二 現に婚姻をしていないこと。
- 三 現に未成年の子がいないこと。
- 四 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。
- 五 その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。

注釈

- 一 民法では、満20歳が成年年齢とされている。また、法的性別の変更という重大な決定において、本人による慎重な判断を要すること等が考慮されたもの。20歳未満の場合にも、法定代理人の同意による補完は、個人の人格の基礎である性別における法的な変更には馴染まず、あくまで本人自身の判断が必要であることが考えられたもの。
- 二 婚姻をしている性同一性障害者が性別を変更した場合、同性婚となり、現行法の秩序においては問題が生じてしまうためのもの。いわゆる事実婚、内縁はこの「婚姻」に当たらない。「現に」は、性別の取扱いの変更の審判の際、婚姻をしていないことをいう。過去に婚姻をしていても、離婚等で解消されていれば、審判を請求することができる。
- 三 現性別の取扱いの変更の審判の際、未成年の子がいないことをいう。審判を受けた者が後に養子縁組により子を持つことは可能。
- 四 性別の取扱いの変更を認める以上、性ホルモンの作用による影響や、生物学的性別での生殖機能が残存し子が生まれた場合にさまざまな混乱や問題が生じるための要件。「生殖腺がないこと」とは、生殖腺の除去、または何らかの原因で生殖腺がないことをいう。「生殖腺の機能」とは、生殖機能以外にも、ホルモン分泌機能を含めた生殖腺の働き全般をいう。
- 五 公衆の場とくに公衆浴場などで社会的な混乱を生じないために考慮されたもの。

戸籍抄本の取り寄せは困難と思われます。人間ドック健診を基に「診断書」を作成するケースも想定されます。人間ドック健診は自由診療ではありますが、これは医療保険適用か否かの問題であって、医療行為の範疇に入るものです。簡便な対策は、健康保険証の性別を記載することです。健康保険に加入していない場合は戸籍上の性別となります。

質問③（判定区分）

2017年1月24日

回答

平成27年11月日本臨床検査標準協議会（JCCLS）が示すJCCLS **共用基準範囲**普及の依頼があり、都道府県によってはすでに対応していると聞いております。秋田県医師会では一部に福岡県医師会値を参考にした「統一基準範囲」を平成29年4月より利用することになりました。

日本人間ドック学会としては、このような動きに関連して、基本検査項目の判定区分表の改定について、検討されておりますでしょうか？

現在、基本検査項目の変更（学術委員会担当）、判定区分の変更（健診判定・指導マニュアル作成委員会担当）がなされています。この最大の理由は、平成30年(2018年)4月より第3期の特定健康診査、特定保健指導が改訂され、検査項目の変更がまずありますので、それに伴って、基本検査項目にeGFR、non-HDLコレステロールが追加されます。その他にも現在見直しを進めているところでもあります。

判定区分につきましては、特定健康診査の判定区分の発表にともない、eGFRの判定区分を変更（特定健康診査でeGFR45未満を受診勧奨としたため、現行の人間ドック学会のD区分を50未満から45未満に変更するなどの作業、ならびに日本人間ドック学会が実施した大規模調査結果を踏まえて、血小板などの判定区分を変更（血小板の基準範囲は、成書いずれも15万以上であるのに、唯一学会基準範囲は13万以上でした。しかし、大規模調査では15万以上であることが再確認され15万に変更）を行う作業を進めています。

特定健診、特定保健指導の改訂により、全国の施設が2018年3月にコンピュータプログラムの改修があります。その準備に合せて、上記の変更提案を2017年3月もしくは8月の理事会への提出を目指しています。

質問④（判定区分）

2017年4月19日

回答

HP **一般のみなさまへの判定区分**の解釈について

日本人間ドック学会ホームページ、一般のみなさまへの欄をご覧くださいましてありがとうございます。さて、ここでの区分は、わかりやすく、（基準範囲）、（要注意）、（異常）の3区分で表記しております。医療者向け判定区分のA区分が（基準範囲）、B区分とC区分を合体させた範囲が、この（要注意）、D区分が（異常）となっております。

質問⑤（判定区分）

2017年10月20日

回答

治療中、経過観察中の疾患があるが、検査、診察では異常なしであった場合の所見、ランクはどのようにつけるべきか

所見→異常なし、ランク→A

所見→異常なし、ランク→E

所見→「(病名)」、ランク→E

上記の中ではどの表記が一番適切でしょうか？  
医師の意見としてのコメントは治療中の疾患に関しては個別にコメントはなく、「(病名)」、「(病名)」(治療中の病名を並べて表記し)治療中のため主治医のもとで管理を継続してください。としています。

経過観察中の病名に関しては、検査項目に関連したもののみ「経過を観察してください。」等と記載しています。これらは、病名とランクをパソコンに入力し、自動で表記されるようにしています。

ご質問の治療中&経過観察とは、治療しながら、経過を見ていると解釈し回答いたします。薬物治療中の場合は値が基準範囲、所見に異常なくても、人間ドック学会の定めるE判定(治療中)とします。

投薬していない場合は、自施設の診断とします。患者の申告病名が絶対に正しいわけではないためです。

全国の結果票を拝見しますと、判定の仕方に差異があります。

たとえば乳腺について、診察とMMGを併せて判定する施設、それぞれを判定する施設などです。腎臓も、血液検査、尿検査、超音波で総合的に判定する施設があれば、各々の判定を表記するなど一定していません。

質問⑥（判定区分）

2018年9月10日

回答

【ご質問1】

昨年要精検で**精査の結果**異常なし（例えば、胸レントゲン結節影→胸CTで異常なし）、今年同じ所見（胸レントゲンで結節影）の場合、昨年の精査の結果も含めて判定を行っているのでしょうか？（この場合、昨年胸CTで異常なし、今年の胸レントゲン結節影も昨年と変化なしなので、経過観察（C判定）にするなど）それとも過去の経過は一切考慮せず、今回の結果のみで判定すべきなのか？

※これに関しては、受診者さまから強い要望があります（本当に今年も精密検査が必要なのか）。

【ご質問2】

重複しますが、視力、聴力で要精密の判定がされる方は、基本的に**回復の見込み**がなく（急性疾患によるものが否定されていることが前提）、毎年要精密になってしまうと思うのですが、病院独自の基準で判定してもよいのか（例えば、前年と変化がなければ、経過観察（C判定）にするなど）。

【回答1】

受診者にとって、同じ施設で人間ドックを受け続ける利点は、過去データ・情報（既往歴など）を鑑みて判定、指導してもらえるところにあります。貴施設で、前回問題となった所見について、その後の精密検査で問題なく、今回その状態が変化していない場合は、判定はBもしくはC判定をお願いします。

【回答2】

受診者にとって、同じ施設で人間ドックを受け続ける利点は、過去データ・情報（既往歴など）を鑑みて判定、指導してもらえるところにあります。たとえば医療面接で聴取した小児期中耳炎で回復しない聴力低下がある場合は、判定はCとなります。

【総括】

判定区分はあくまでも初回のもので、2回目以降は、受診者の状況に合わせて変更をお願いいたします。

質問⑦（判定区分・基準範囲）

2018年9月10日

回答

悪玉コレステロール**LDLの基準値**ですが、2014年ごろに発表された日本人間ドック学会の新基準値案では男性は72～178を健康として話題になっていましたが、最近出された2018年4月の日本人間ドック学会の判定区分表では「異常なし」の区分が60～119とありました。このずれは何でしょうか？

あと、日本人間ドック学会のHPの判定区分表でも、新基準案のものに改訂された形跡がありませんでしたが、そもそも新基準案LDL72～178は改訂へ実施されなかったのでしょうか？

基準範囲とは、健康な人の95%が示す範囲です。

ご指摘のように、検証の結果、男性のLDLコレステロールの基準範囲は72-178mg/dLでした。これは（平均値－2倍の標準偏差）～（平均値+2倍の標準偏差）で求めます。

LDLコレステロールは、動脈硬化を進行させ、心筋梗塞などの血管障害を引き起こします。

LDLコレステロールが178 mg/dL以下であっても、120mg/dL以上（予防医学的閾値）が続くと、血管障害を引き起こす可能性が高くなります。よって、日本動脈硬化学会などでは、この予防医学的閾値を用いています。日本人間ドック学会もこの閾値以上を判定B区分としています。

質問⑧（判定区分）

2018年12月28日

回答

健診システムでの結果処理に関しては、健診システムの機能を最大限に活用し、循環器系の総合判定においては、国や県が定める判定基準に基づき、医師の監修のもとに作成した自動判定ロジックを健診システムに登録し、迅速かつ間違いのない判定を総合判定として結果通知を行ってまいります。

なお、判定は、最も医学的に重度な判定を**総合判定**とするとともに、場合によっては、医師が事実確認した上で自動判定結果を手動で変更（修正）を行うことも想定しております。

また、循環器判定に係る血液データについては、健診システムに組み込まれた「至急連絡値」により自動的に至急取扱者（至急連絡者）が選定され、医師の指示のもとに「至急連絡」を実施することとしております。

上記のことを踏まえまして「総合判定」の考え方について御教示願います。

健診システムの機能を活用し、医師の監修のもとに作成した自動判定ロジックを健診システムに登録し、自動で導き出した判定を総合判定として結果通知を行う際に留意すべき点はございますでしょうか。

（循環器系判定の流れ）

- 1) 基準値に基づく数値による判定行う検査項目  
・ 血圧判定・糖尿判定、肝機能判定、脂質判定、腎機能判定、貧血判定
- 2) 医師の読影・判定に基づき判定行う検査項目  
・ 診察判定、眼底判定、心電図判定

※1) 2) の判定で1番重い判定の抽出

判定区分 O:異常なし A:要観察 B:要指導 C:要精検 D:要治療

判定は、最も医学的に重度な判定を総合判定とするとともに、場合によっては、医師が事実確認した上で自動判定結果を手動で変更（修正）を行う。ならびに健診システムに組み込まれた「至急連絡値」により自動的に至急取扱者（至急連絡者）が選定され、医師の指示のもとに「至急連絡」を実施することは重要なことです。しかしながら、1臓器は要治療（女性の鉄欠乏性貧血）で残りはすべて異常なしよりも「多くの臓器が要再検査レベル」のほうが全身的には不健康ということもしばしばありますので、もっとも悪い判定を転記する総合判定の提示は推奨いたしません。各臓器・病態判定で、D判定を赤字にするなどの工夫により、受診者や紹介先医療機関あるいは産業医、かかりつけ医にとっては、体のどの臓器・病態がどの程度異常なのか容易にわかることのほうが重要です（小山和作：人間ドック成績報告書の共通化を目指して 施設長としての立場から。日総合健診医学会誌 1998；25：305-307.）。報告書の配列は検査項目別よりも疾患・臓器系統別の方が受診者にも医師にも分かりやすい。（柴田定康：人間ドック成績報告書の共通化を目指して システム構築者の立場から。日総合健診医学会誌 1998；25：311-312.）。最初のページに指導文章が並ぶと、忙しい臨床医は指示に対応する検査結果を見出しにくいことから、最初に全臓器・病態別の判定を提示、次に各臓器・病態別の過去3回時系列データと今回の検査結果に対する指導文を一体化して表記することが望まれます。なお判定区分として日本人間ドック学会は「E：治療中」の記載を求めています。

質問⑨（判定区分）

2019年2月12日

回答

貴会の判定区分の「**総蛋白**」「**アルブミン**」「**血色素**」の項目について伺います。それぞれの項目に(D**要医療**)の区分があります。人間ドックの血液検査の結果でこの (D**要医療**)の区分に該当した場合 検査を実施した医療機関は 検査報告として検診者に対して 通常の場合 要再検査の通告をしますか？それとも数値をみた医師の主観により **経過観察**で済ませる場合もありますか？  
また (D**要医療**)の区分に該当した場合 要再検査の通告は義務づけられていますか？

通常は、健診機関から異常の原因を明らかにしていただくために、内科等の受診を勧めます。ただし、年齢、これまでの経緯から判断して、値がD区分（要精査・要治療）であっても、健診機関での再検査を行い変化を確認することもあります。  
「経過観察」とは健診機関が再検査を行って変化を観察する意味ということならば、「再検査」と同一用語と思われる。要医療（判定D）は再検査（判定C）とは異なります。よって、再検査の通告ではなく、要医療の通告となり、内科等の受診を勧めます。たとえば、血色素がD区分にまで低下しているならば、網赤血球、鉄、フェリチンなど健診項目にない検査なども必要になり、内科等の紹介をして精査、必要に応じて治療をしていただく必要があります。たとえ、D区分に低下していなくても前回から2g/dL以上減少している場合（血色素は個人の基準範囲が、集団の基準範囲に比べて狭いため）は、値がC区分であっても判定D、要医療とすべきです。

質問⑩（判定区分）

2019年5月15日

回答

結果の判定区分について、教えていただきたいのですが、**経過観察**中や定期受診中などで治療をしていないものは、A異常なし・B軽度異常・C要経過観察（生活改善・再検査）・D**要医療**（D1**要治療**・D2**要精検**）・E治療中では、どの部分に該当しますか？よろしく申し上げます。

結果報告書には、あくまでも貴施設の評価での判定を表記します。たとえばHbA1c8%代で食事療法と運動療法でよいとわかりつけ医療機関から言われているケースは少なくありません。その結果、気が付いたときには合併症を起し、インスリン注射が必要なケースもでてきます。あくまでも、人間ドックの先生がご判断された判定を記載（セカンドオピニオンにも相当）するのが望まれます。ただし、ご質問に記載されているように、結果の高低にかかわらず治療中はEとします。

質問⑪（判定区分）  
2019年8月26日

回答

**E判定**は  
1.食事療法のみや、検査による経過観察中でも治療中とするのか。  
2.漢方薬による治療中はE判定とするのか。  
以上についてご教示をお願いします。

・E判定は「医師」処方による治療（薬物，放射線，人工透析やペースメーカーなどの人工臓器など）をさします。このような治療行為を受けるために，医師診察を含んだ医療機関を受診している場合がE判定となります。  
・漢方薬は医師が処方している場合はE判定とします。市販薬，OTC，通信販売による薬（漢方薬含む），サプリメント，健康食品による治療はE判定に含めません。  
・医療機関であっても，検査（体重，血圧測定含む）だけを受けている場合は，E判定に入りません。  
・食事，運動療法はE判定に入りません。食事量を減らす，運動の量を増やす，内容構成を変えるとといった生活習慣に関する変更はE判定といたしません。同様に飲酒量を減らしていることもγGTPをE判定にしません。

質問⑫（判定区分）  
2019年9月10日

回答

本学会の判定区分表は受診者が薬を飲んでいない状況時のA B C D判定区分なのか、どうか。つまり、血圧なら薬を飲んで収縮期129以下ならA判定なのか、それともE判定にするのか教えて欲しい。

本学会の判定区分表は受診者が薬を飲んでいない状況時のA B C D判定区分です。血圧なら薬を飲んで収縮期129以下なら，すなわち値にかかわらずE判定となります。  
（背景）  
治療中で収縮期160mmHgの場合は判定D「高値のために治療を受けてください」という内容であり，受診者は言われなくてもすでに治療を受けていると反発されます。一方で，129mmHgであると判定A「異常なし」となり薬を勝手に中止してしまう危険があります。  
薬物治療中のデータは本来のその人の姿ではありません。治療群を独立させないと，疫学調査では値にかかわらず治療中データは排除すること多いこと，治療者データの解析ができないこと，などが欠点となります。

質問⑬（判定区分）  
2019年8月26日

回答

判定区分の **E 判定** について（**治療中**）どのような場合に E 判定となるか

該当検査項目の異常是正のために、化学的・物理的手法の人為的介入＝医療行為がある場合をE判定とします。化学的手法には、薬剤（経口，経静脈，点眼薬など），物理的手法には人工透析，人工ペースメーカーなどがあります。ホルモン剤使用によりコレステロール変動が副次的に生じるが，コレステロールの変化を主たる目的として使用しないので，この場合はE判定としない。  
保険診療・自費診療の区別は問いません。  
自己努力による食生活改善，運動療法はE判定としない。  
医療機関において軽症糖尿病のために，外来栄養食事指導を受けていてもそれは生理的変化の強化であって，E判定としません。

質問⑭（判定区分）  
2019年10月18日

回答

血液検査等の結果値ですが、**基準値**と**基準範囲**があり、基準値の中央95%が基準範囲という事は理解しています。いろいろな施設の間ドックの報告書はほぼ「基準値」と表示されています。人間ドック学会のHPでは「基準範囲」とあります。基準値としている病院の値も人間ドック学会の定めた数値です。数値は同じで基準値と基準範囲のどちらを印字させるのがよろしいのか教えてください。

日本臨床検査医学会発行の「臨床検査のガイドライン2018」では「基準範囲」という言葉で説明されています。  
<https://www.jslm.org/books/guideline/2018/03.pdf>  
また日本臨床検査標準協議会でも基準範囲という用語で説明されています。  
[http://www.jccls.org/techreport/public\\_20190222.pdf](http://www.jccls.org/techreport/public_20190222.pdf)  
基準範囲の上限値と下限値の上下の「基準値」あるいは基準（範囲の）上限値，基準（範囲の）下限値とよびます。よって記載は上限値と下限値を記載するため基準値と基準範囲のどちらでもかまいませんが，しだいに「基準範囲」が主流となっているようです。

質問⑮（判定区分/胸部X線）

2019年11月5日

胸部レントゲンで、判断基準からは、D2所見でも、**精査済み**で、数年来変化がなければ、C1としてもよいでしょうか。また、同様に、C1のものが、数年来経過がなければ、Bにしてもよいでしょうか。基準通り、D2とすると、職場経由の方は呼び出されたり、大変に困惑するようです。経年的に変化のないものはどのようにしたらよいでしょうか。超音波では、経過観察して問題なければ、DからC、Bなどに落とすような文言がありますが。

回答

判定区分を、すべての人に、また人間ドック毎に常に適用させることは、医学的にむしろ不適切であります。年齢、閉経有無（ALPは閉経後約1.5倍になる）、月経中（尿潜血陽性化）、既往歴などを勘案して、各症例によって変更していただくことが必要です。胸部X線についても「判定マニュアル」4ページに「臨床症状などを参考にしたり、血液検査データが手近にあれば参照して判定することが望ましい」  
<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/ChestRadiographyScreening.pdf>  
 「人間ドック健診の実際」（日本人間ドック学会監修，文光堂，2017）の76ページにその旨の記載をしております。  
 すなわち、病変に変化がない、あるいは既往歴・精査結果の医学的情報を踏まえて、判定を変更することが必要となります。

質問⑯（判定区分）

2020年3月9日

高血圧、糖尿病、脂質異常症などの方で治療中でもコントロール不良で「D」判定値が出た場合の判定区分について、「**治療中**はEにしてください。」との回答をいただきました。ただ、胃のX線バリウム検査で胃十二指腸疾患治療中の方に「D」判定所見を認めた場合「E判定」で適応して良いのでしょうか。人間ドックの健診項目の中で、悪性腫瘍のような特定の疾患を確認するための「検診」の項目では「治療中」を自動的に「E」としてしまうと、プロセス指標値の精度管理にも問題を生じますし、「D」と「E」の違いは、結果を受けた受診者の受け取り方に差が生まれ、「見逃し」に繋がるのではないかと心配致します。このような「検診」の色彩の強い項目では、判定は「D」とし、「主治医に相談してください。」のようなコメントをつけるのが妥当な選択ではないかと考えます。

回答

治療中（区分E）ができた背景は、平成20年度から発足した特定健康診査であります。検査値にかかわらず、治療薬を使用している場合は判定Eとしました。受診者から値が良好であるのに該当になったというクレームを避けること、該当者を明確にすることにありました。  
 さて、ご質問の画像検査については、1つの検査で異なる病態、疾患が同時に見つかるため、判断に苦慮されるケースも少なくないと思います。（胃粘膜障害を引き起こしやすい）他薬剤使用中で胃粘膜防御のための薬剤使用中の場合に、別の病態・疾患である胃がん所見が見つかった場合です。マニュアルには明記してはいませんが、判定E（治療中）でなく、判定D（要精密検査・要治療）にされ、その旨のコメントに書くことは、不適切とはいえません。これは、その薬剤の効能範囲外の重要な病態・疾患が見つかった場合の例外的対処です。多様性があるため、画像検査の判定マニュアルには明記していません。

質問⑰ (判定区分)

2020年3月10日

回答

判定区分の注記で「**眼圧、総ビリルビン、ALP**」に対して判定区分を設定せずとなっています。これはこれらの測定はドックとして望ましくないと言っているのか、測定、判定は各施設に任せるという意味かよくわかりません。

基本検査項目に対する判定区分表は20年以上前から公表し何度かの改訂をしてきました。これまで、基本検査項目にある眼圧、総ビリルビン、ALPの判定区分表がないことのご質問を何度か受けてきましたので、今回の改定の機に、脚注に明記することになりました。

眼圧の基準範囲内（日本眼科学会では7～20mmHg）に7割の病人（緑内障、慢性緑内障の9割）が存在します。眼圧は緑内障しか検出できませんので、この範囲内をA区分「異常なし」と言えないため、判定区分を作成しないことが最大の理由であります。緑内障（有病率5.8%）の発見には細隙灯検査、OCT検査などありますが、スクリーニング検査にはFDT視野検査が考慮されます。視野検査を導入した場合、眼科治療者はそれだけで3倍（1.7%が5.2%）になることは確認されています。

[\(https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhep/44/3/44\\_517/article/-char/ja/\)](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhep/44/3/44_517/article/-char/ja/)

今年も4者（日本人間ドック学会、日本総合健診医学会、全日本病院協会、健康保険連組合）で、平成30年度からの基本検査項目改訂に関する委員会で協議中ではありますが、視野検査導入は審議対象外になっています。しかし、成人中途失明第1位の緑内障発見が現行のしくみでは不十分ですので、8月の学術大会では、眼科健診に関するシンポジウムを開催し、会員が現状の問題点を理解していただき、将来の人間ドックでの眼科検査のありかたを検討いたします。

総ビリルビンの基準範囲は、成書では0.2～1.2 mg/dLとされています。しかしながら、人間ドックでは空腹時間が長いために上昇するため、大規模調査結果では7.0～28.1 (μmol/L) = 0.41～1.64 (mg/dL) となります。判定区分を作成しえない理由は1) 空腹時間が長時間化するほど生理的に上昇する、2) 超音波検査、他の肝機能検査がすべて異常なく、単独で総ビリルビンのみ上昇する場合のほとんどが体質性黄疸であること、3) 2.34mg/dL (= 40 μmol/L) 以下では、総ビリルビンの抗酸化作用で、低値ほど死亡率は高く、動脈硬化度が強くなる、4) その一方で肝臓・胆道疾患が総ビリルビン値を上昇させる、5) 人間ドック受診者140万人のデータから2.4mg/dL以上はわずか0.4%であります。一方で、肝臓・胆道疾患を発見するために直接ビリルビンの新規採用を提唱案がありましたが、健診施設のプログラム修正の負担が大きくなることを理由に却下されました。

ALPの判定区分を作成しにくい理由は、1) LSIメディエンス社（100～325U/L）、SRL社（115～359U/L）など検査会社により基準範囲自体が異なること、2) 閉経前後で基準範囲が異なること（日本臨床検査標準協議会による共用基準範囲：閉経前100～266、閉経後114～352、日本人間ドック学会による大規模調査：閉経前100～242、閉経後100～326）、3) 空腹時採血でも血液型により基準範囲が異なること（閉経前女性の基準範囲上限A型218 U/L以下、O型279 U/L以下）のために、ALP測定法が日本臨床化学会（JSCC）法から国際臨床化学連合（IFCC）法への変更が現在検討されている最中であること。以上より各健診施設で判定区分を設定していただきたく存じます。

質問⑱ (判定区分)  
2020年11月6日

回答①

採血の各項目**基準値**に関してですが、どの会社の採血基準値を使っているなどは分かりますでしょうか。我々が使用しているSRLの基準値と数値が違うものが散見されたため、SRL会社の基準値との互換性に関して調べたいと思いご質問させて頂きました。

日本人間ドック学会宛へのご質問ですので、主に健診を主眼としてお答えします。「どの会社の採血基準値を使っている」とは、「誰が」が重要になります。

基準値には、将来重大な疾病が発症する危険の評価する検査項目（脂質など）と、検査項目自体が疾病の重症度を表す（白血球など）があります。前者は、各専門学会で①予防医学的閾値として設定しています（中性脂肪は150mg/dL未満など）（下記参考1）16ページ項番C参照）。後者は健常者、医学的には選定された基準個体（下記参考1）12ページ項番B参照）から求めた平均±1.96標準偏差を②基準範囲と設定しています。

国が実施する特定健康診査の基準値は、参考2）の2-52ページの保健指導判定値です。これは①を主体にして、関連学会から意見を聴取して作成されました。なお「健診」とはリスクの評価であり、「検診」は病気を発見するものであるため、前者では上限値、下限値しか設定されていません。すなわち「基準範囲」とはいがたいものです。

日本人間ドック学会では、人間ドック機関を対象に判定区分を作成し、参考3）として公開しています。人間ドックでは、異常があれば医療機関に紹介するという中間的立場であるため、基準範囲以上に、要精密検査・要治療の閾値の設定を重要視しています。人間ドックを受診することで、特定健康診査も受診したこととなるため、人間ドックにおける特定健康診査の項目は厚生労働省の基準値（参考2）を採用し、そしてこれには前述のように下限値、上限値がないため、日本人間ドック学会で検討した基準個体から基準範囲を求めました。この内容と、後述の共用基準範囲と多少の差異については、参考1）15ページに紹介されています。すなわち、人間ドックの基準範囲は、主に基準個体から算定したが、特定健康診査で上限値、下限値が決まっているものは、それを採用しています。

労働安全衛生法で定める事業主健診の定期健康診断は、そのほとんどが民間の健診機関に委託して実施されています。そして、人間ドックと同じように、その受診をもって特定健康診査の受診となることから、日本人間ドック学会の基準範囲を採用するかあるいは委託の健診健診で設定した基準範囲が使用されています。

SRLなどの臨床検査会社での基準範囲は、以前は②で表記していましたが、近年は①も採用しつつあります。しかしながら、専門学会では、特定健康診査と同様にリスク評価を主としているため、たとえば中性脂肪では上限値（150mg/dL）のみを設定し、下限値は設定していません。その結果、各社の基準範囲の上限値は①を、下限値は②といった変則的な基準範囲となっています。しかも個々の検査会社によって採用する基準個体が異なることや会社の考え方があり、SRLの中性脂肪は50～149mg/dL、LSIメディエンスでの中性脂肪は30～149mg/dLとなっています。

大学付属病院ではそれぞれの臨床検査部が独自の基準個体を用いて基準範囲を設定してきました。このような差異は決して好ましい状況ではありません。そこで臨床検査医学関係の専門家による日本臨床検査標準協議会で、共用基準範囲を策定しました（参考4）（参考1、15ページの項番G参照）。

※次のページへ続く

質問⑱（判定区分）

2020年11月6日

回答②

採血の各項目基準値に関してですが、どの会社の採血基準値を使っているなどは分かりますでしょうか。我々が使用しているSRLの基準値と数値が違うものが散見されたため、SRL会社の基準値との互換性に関して調べたいと思いご質問させて頂きました。

現在、大学付属病院ではこの共用基準範囲が広く採用されています。なお共用基準範囲では、純粋に②すなわち平均±1.96標準偏差で算出しているため、中性脂肪は男性40～234mg/dL、女性30～117mg/dLとなっています。

以上をとりまとめますと、冒頭に記述した「誰がどの基準値を採用しているか」については、自治体は参考2)の特定健康診査の基準値、事業主健診である定期健康診断は参考2)と参考3)のミックスあるいは委託健診機関の基準範囲、人間ドック機関は、参考3)の日本人間ドック学会の基準範囲、大学付属病院などは参考4)の共用基準範囲、開業医など臨床検査会社に委託している場合はその各臨床検査会社の基準範囲といえるかと思えます。

(参考)

1) 日本臨床検査学会 2018 ガイドライン 基準範囲・臨床判断値

<https://www.jslm.org/books/guideline/2018/03.pdf>

2) 厚生労働省 特定健康診査

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf>

3) 日本人間ドック学会 判定区分2020

<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/69ab66f1e59f3c9e295b3e00e161ff30.pdf>

4) 日本臨床検査標準協議会 共用基準範囲

[http://www.jccls.org/techreport/public\\_20190222.pdf](http://www.jccls.org/techreport/public_20190222.pdf)

質問⑱（判定区分）  
2020年12月9日

回答

各検査の**基準値**を決定する際の標本（対象者）の基準を教えてください。人間ドック受診者より、**標本**となる人の年齢や健康の定義等、具体的にどのような対象者で何人くらいのデータから作成しているのかが知りたいと質問を受けています。また、どのくらいおきにその調査をおこなっているのでしょうか。合わせて教えてください。

1) 日本人間ドック学会での基準個体の設定は  
<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/%E3%83%97%E3%83%AC%E3%82%B9%E3%83%AA%E3%83%AA%E3%83%BC%E3%82%B9%E7%94%A8PDF%E3%83%88140409%E5%B7%AE%E3%81%97%E6%9B%BF%E3%81%88%E3%83%89.pdf>  
この4ページにあるように、150万人から、設定された条件から、基準個体は34万人を抽出しました。日本臨床検査標準協議会が発表している「共用基準範囲」（大学病院等で使用されている）も、ほぼ同じ手法で基準個体から算出しています。  
<https://www.jccls.org/news/kijyunhani/>  
の一番下の基準範囲の利用手引き7ページに選別法が記載されています。  
基準個体選出は、日本人間ドック学会、日本臨床検査標準協議会ともに、同一研究機関、同一ソフトで行っています。若干、日本人間ドック学会のほうが基準個体設定条件を厳しく設定しています。

2) 日本人間ドック学会が発表しています判定区分は、上記の基準範囲（平均±2SD）よりも、下記の予防医学的閾値、臨床判断値を優先しています。  
・厚生労働省  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000496780.pdf>  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14\\_32.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf)  
・関連学会のガイドライン（血圧、脂質、糖代謝、尿酸など）  
改訂時には、案を関連学会にお送りして、検討していただき、修正後公表しています。

3) データ収集は毎年行っていますが、判定区分の改訂は、とくに2008年の特定健康診査導入時、2014年に150万人データの解析結果などで大きく変更しています。  
<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/1ac2a9ec63a3e0cbe5b4d6a2a6e925a6-1.pdf>

質問⑳ (判定区分)

2021年4月1日

回答

当施設でJCCLS**共用基準範囲**を採用することとなり、判定区分の検討をしています。

① JCCLSと人間ドック学会のA判定が剥離している項目は、人間ドック学会の判定区分を採用

② JCCLSと人間ドック学会のA判定が剥離していない項目、判定区分の設定がない項目については、JCCLSの基準範囲をA判定とし、人間ドック学会の判定区分を参考に判定区分を設定する

JCCLSは、予防医学的な観点から設定された値ではないため、上記2点の対応を検討していますが、考え方として合っているかご返答を頂ければと思います。

人間ドックは臨床と役割が異なっており、1次予防、2次予防を担っています。とくに、2008年度から40歳以上、75歳未満を対象とした特定健康診査では、人間ドック受診をもって、受診の代用が可能とされました。そこで、2008年度からは、特定健康診査の「標準的な健診・保健指導プログラム」での保健指導判定値（予防医学的閾値）未満をA区分（異常なし）、保健指導領域をB区分としました。なお厚生労働省での受診勧奨は2通り表記されております。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>

の1) 第2編別紙の2-52ページ表と2) 第2編別添資料の2種類です。

日本人間ドック学会では、後者の「健診結果とそのほか必要な情報の提供」での値をD区分（要精密検査，要治療）としています。

さて特定健康診査には含まれない項目については、基準個体を設け、JCCLSと「同様」の基準個体選別で、「同一」の統計学者の下で、「同一」の解析方法である潜在異常値除外法を用いて、基準範囲を設定しました。「同様」とは、日本人間ドック学会での基準個体対象者が150万人であること、非喫煙者のみ、飲酒量が1合未満など、厳格に選別した基準個体を用いて基準範囲を設定しています（人間ドック2016；31：603-608，日本臨床検査自動化学会会誌 2014；39：194-197）。このためJCCLSの基準範囲とは若干の差異が生じています。

ご質問の文章に記載されていますように、JCCLSの基準範囲は、予防医学的閾値と違って病気のリスクを示す疾患判別や予防には用いられません。またJCCLSは基準範囲の設定のみですので、ご質問の②の場合すなわちA区分はJCCLSを用い、C,D区分は人間ドック学会の判定区分を用いると、一部に不都合が生じる場合があることをご留意願います。たとえばJCCLSのLDLコレステロールの基準範囲は65-163mg/dLであるため、人間ドック学会の判定区分のA,B,C区分領域がこの範囲内に存在してしまうことです。

なお判定区分は公開前に各検査に係る関連学会にパブリックコメントとしてご連絡しており、協議の上決定しています。

<https://www.ningen-dock.jp/wp/wpcontent/uploads/2013/09/8074f0dd612e433267be3e4b5bec9954.pdf>

とりまとめますと

日本人間ドック学会の判定区分は、特定健康診査項目については厚生労働省の判定を採用している、それ以外の検査項目の判定区分は独自の方法で設定しているが、おおむねそれらの基準範囲はJCCLSと同等であります。

少なくとも特定健康診査の検査項目については、人間ドック受診が特定健康診査受診の代用になることから、JCCLSの基準範囲を貴施設のA区分に転用すると、受診者に混乱が生じるため、望ましくないと考えます。また、②の場合のC,D区分の設定は貴施設で独自に根拠をもって行う必要があります。

質問⑳ (判定区分)

2021年9月18日

回答

判定区分について確認させていただきたいのですが、Q&AのNo11に定期受診中のもので治療をしていなくても人間ドック医師の判定でよいと書かれていますが、No13では**食事療法**のみはE判定にはならないと記載されています。よくあるのは、糖尿病で服薬治療をせずに月1回採血をおこないながら、食事**運動療法**で経過をみている方の場合です。判定はデータに基づくものになるのでしょうか？それともE判定になるのでしょうか？

食事・運動療法が、糖尿病のみならず、中性脂肪上昇、肥満も対象とし、月1回の採血で糖尿病（HbA1cなど）のほかに脂質（中性脂肪など）の測定、体重測定も検査をしていると、脂質、身体の評価もE（治療中）にする必要がでてきます。健診機関以外の医療機関で血液検査や保健指導が行われている場合、何を検査し、何を改善させているかは不明のため、判定が不可能です。健診時に持参するお薬手帳のみが、唯一の有力な手がかりとなります。

特定健康診査の階層化においても、（脂質、血圧、糖代謝）の値が良好にもかかわらず、この病態治療に係る薬剤を服用しているものは特定保健指導対象者から省かれる、すなわち薬剤使用のみを別扱いとしています。

WHO（世界保健機構）での定義はたとえば高血圧の場合、Hypertension was defined as having systolic blood pressure  $\geq 140$  mmHg, diastolic blood pressure  $\geq 90$  mmHg, and/or taking medication for hypertension. と薬剤服用が含まれ、生活指導は含まれていません。

<https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

日本人間ドック学会ではQ&A No15を基に、下記のように判定区分の定義を改訂し、2022年3月までに公開を予定しています。

\* 1 「C：要再検査・生活改善」：Xか月後など再検査時期を明記し、受診者行動を明確に指示する。画像検査・生理検査などは1年後の再検査としてもよい。なお経過観察、定期的検査、症状あれば受診、などの不明瞭な記載は行わない。血圧は健診機関での再検査よりも家庭血圧測定を推奨する。

\* 2 「D：要精密検査・治療」：精密検査を行うか、治療を行うかは、紹介先が決定することになる。値の高低・所見によって要精密検査、要治療を使い分けしてもよい。

\* 3 「E：治療中」：該当検査結果を改善することを目的に医療機関において化学的（内服薬、注射薬、点鼻薬、点眼薬等）・物理的（人工透析、ペースメーカー等）治療を受けている場合とする（資料参照）。食事療法・運動療法などは含めない。

従いまして、ご質問の内容におかれましては、薬剤使用中でないため、健診時点での値で判定されてください。

質問②②（判定区分）  
2021年12月9日

回答

術後所見があり、その他は異常なしの場合の判定はAまたはBどちらが望ましいでしょうか。腹部超音波診断判定マニュアルで、胆嚢摘出等はB判定となっているように、**術後所見あり**、その他は異常ない場合の判定のつけ方について取り決めているものはありますでしょうか。

術後はB判定としています。

質問⑳ (判定区分)  
2022年1月11日

回答

**C判定**の定期的検査、症状あれば受診は、〇〇の症状あれば等の具体的な記載をすれば良いでしょうか。推奨の記載方法を教えていただけないでしょうか。

健診・人間ドックで行う検査項目は、病気が存在しても相当に病状が進行・悪化しない限り無症状がほとんどです。脂質異常症では冠動脈疾患による胸痛発症や、高尿酸血症による痛風発症、を起こすまで待っていれば手遅れです。症状発症を受診勧奨の指標にすれば、予防医療である健診・人間ドックは行う意義はなくなります。また症状は個人により感受性、出現部位が異なる（糖尿病では目、神経など）ため、結果報告書で記載には問題があります。なおB判定、D判定でも生活習慣改善アドバイスの記載をされても結構です。

会告にあるように、血液・尿検査では3か月後に再検査を受けてください、画像検査では異常度合いにあわせて6か月後あるいは1年後再検査と、明確に再検査時期を記載してください。再検査時期は受診者の負担が少なくなるよう、検査毎に1か月後、3か月後、6か月後など離散させないことも大切です。

とりまとめますと、指導文は「尿酸値が高値です。肥満が尿酸値上昇要因になりますので、体重を3kg減らして3か月に尿酸の再検査を受けてください」が、1例となります。生活改善してからの再検査でないと同じような高値になってしまいます。受診者の健康維持にはつながっていないので、実施される健診・人間ドックは、予防医療としての意義がなくなってしまいます。

具体的には尿酸値8.0mg/dL (B判定7.1mg/dL) 以上でのロジックは  
A = BMI25以上もしくは腹囲85センチ以上 (男性) 90センチ以上 (女性)

B = 飲酒量2合以上

A (+) B (+) ⇒ 体重減量・飲酒量指導

A (+) B (-) ⇒ 体重減量指導

A (-) B (+) ⇒ 飲酒量指導

A (-) B (-) ⇒ 水分摂取推奨指導

で指導文章を構築します。

質問②④（判定区分）

2022年1月17日

「人間ドックは何歳から受診できるの？」に対し、「通常成人（20歳以上）を対象としています。」と回答があります。

2022年4月1日より成人年齢が18歳に引き下げられますが、人間ドックの**対象年齢**に変更の予定はありますでしょうか。

回答

今回の成年年齢を18歳に引き下げることとする「民法の一部を改正する法律」は、ヒトの体の生理変化に合わせたものではありません。人間ドックの結果に対する判定は、体の変化が完了する20歳以上をもって行います。したがって変更の予定はありません。

質問②⑤（判定区分）  
2022年1月17日

回答

「C：要再検査・生活改善」については、病院としての判断で再検査の時期を決めるということいいのでしょうか？

それに対して、C判定の中にC3,C6,C12等を追加した方がいいのか。

それとも、判定はC判定のままで再検査の時期を明記しないといけないのでしょうか。

病院としての判断で再検査の時期を決めていただいて結構です。会告にあるように、再検査の時期は明記してください。血液・尿検査では3か月後に再検査を受けてください、画像検査では異常度合いにあわせて6か月後あるいは1年後再検査と、明確に再検査時期を記載してください。

ご質問のC判定の中にC3,C6,C12等についての記載はかまいませんが、ある血液検査は3か月後、ある血液検査は6か月後などでは、受診者負担が増えますので、控えていただくことが望まれます。

C判定は要再検査・生活習慣改善ですので、生活習慣に関連する検査項目のC判定では、その人に適合する不適切な生活習慣の改善を付記してください。指導文章は、放置すると何が悪いのか、再検査時期、受診者は再検査に向けて何を改善すればよいかを記載することが望まれます。

高尿酸血症を例にすると具体的なロジックは

A = BMI25以上もしくは腹囲85センチ以上（男性）90センチ以上（女性）

B = 飲酒量3合以上

A（+） B（+） ⇒ 体重減量・飲酒量指導

A（+） B（-） ⇒ 体重減量指導

A（-） B（+） ⇒ 飲酒量指導

A（-） B（-） ⇒ 水分摂取推奨指導

指導文章は「関節痛みを引き起こす痛風の原因である尿酸値が高値です。肥満が尿酸値上昇要因になりますので、体重を3kg減らして3か月後に再検査を受けてください」などが考えられます。

質問②⑥（判定区分）

2022年1月28日

回答

視力や聴力のC判定について、何ヵ月後再検査と判定しなければならぬのでしょうか？

何ヵ月後再検査を指示するものでなければ、B判定とすべきではないかと考えられます。視力・聴力の判定区分はこれから見直されるのでしょうか？もしくは、個別に上記運用も許容されるのでしょうか？

これ以外の項目でも、判定区分の総論的考え方と、個別検査における判定区分に相違が感じられる項目がございます。個別の運用が許容されることを示していただくなどと、現場の混乱を避ける対応が期待されます。それとも、何ヵ月後再検査を示すほどではないあいまいなC判定を減らしたいという意図があるのでしょうか？

再検査時期は施設での任意でかまいません。脚注1にあるように、画像・生理検査は1年後の人間ドックでの再検査でよいと記述しています。したがって視力、聴力は1年後再検査で結構です。見直しの予定は2022年現在ありません。B判定は基準範囲を超えているが異常といえないレベルです。したがって現在のC区分の値をB判定に学会で変更することは予定していません。しかし聴力は加齢変化が明白で、判定区分は若齢者には甘く、高齢者に厳しいものです。高齢者でC判定の値を貴施設でB変更することは、妥当と考えます。加齢変化は個人差が大きいので、高齢者の暦年齢での判定区分が策定できないことのご了解をいただきたく存じます。

外来診療では次回診察あるいは検査は、Xヵ月後あるいはY月Z日と伝えられます。しかし健診報告書において、「中性脂肪が高値です。経過観察してください。」「中性脂肪が高値です。定期的に検査を受けて下さい。」というものが少なくなく、受診者はどう行動すればよいか戸惑っており、不満が寄せられてきました。このような、無責任な指導文を無くすために今回の改訂となりました。

質問⑳ (判定区分)

2022年1月28日

初回受診者と**2回目以降**受診者でも、個別の運用は変わってくると考えます。受診や精検履歴を合わせて判定区分の調整をしていくことについて、学会の中で議論されているのでしょうか？2回目以降受診者における指針についてもお示しいただきたいと思えます。

回答

判定区分は、初回受診者のためのものであり、2回目以降は、その各施設で変更されるものです。胸部X線の異常影について、その後CT検査等で精査したところ活動性もなく悪性でもないことが判明すればBあるいはC判定、数年変化がない場合はB判定など変更することは、医師の裁量で行っていただきたく存じます。また性別、年齢・閉経による変化、治療中の疾患、使用中の薬剤の影響など、検査結果に影響する要因は多数あります。1つの判定区分票で表現できるものではありませんことをご了解願います。詳しくは、学会HP 判定区分に関するQ&Aの「判定区分」をご覧くださいたく存じます。  
[https://www.ningen-dock.jp/other\\_inspection\\_qa/](https://www.ningen-dock.jp/other_inspection_qa/)

質問㉑ (判定区分)

2022年3月8日

2022年4月からの判定区分改訂について、「経過観察、定期的検査、**症状**有れば受診、などの不明瞭な記載は行わない」と示されております。

「症状有れば受診」という記載は、具体的な症状を記載した場合は使用してよいでしょうか？(例：胆石を認めます。右季肋部痛・上腹部痛などの胆石発作の症状があれば消化器内科を受診してください)

回答

今回の改訂は、「血圧高値です。症状あれば受診してください」など、症状でるまで放置してよい、どのような症状かが記載がない、あるいは「中性脂肪が高値です。経過観察してください」ではどのように観察するのかわからない、といった受診者からの指摘が発端になっています。胆石のように症状発現で受診しても手遅れではない場合は、具体的な自覚症状の記述があれば、併記はかまいません。一方で脂質異常症や高血圧、糖尿病などでは、症状出現による受診勧奨は避けなければなりません。画像検査、生理検査においての再検査は1年後でもかまいません。予防医療の観点から、過食・暴飲暴食を避けてくださいなどの胆石に対する食事上の留意点を併記することも大切です。下記Q7参照  
[https://www.jsge.or.jp/guideline/disease/tansekisyuu\\_2.html](https://www.jsge.or.jp/guideline/disease/tansekisyuu_2.html)

質問②⑨（判定区分）

2022年3月8日

回答

この度、判定区分の表記改訂にともないC判定の表現で再検査時期の具体的な明記とありましたが、**再検時期**についてどのような結果報告にするべきか苦慮しております。各検査項目（血算、肝機能、腎機能、尿酸、尿潜血、尿タンパク等）における具体的な再検時期の推奨基準（3か月、6か月等）があれば、ご教示頂ければ幸いです。また、その根拠となりましたガイドラインなどあれば併せてお教えてください。

今回の改訂は、「血圧高値です。症状あれば受診してください」など、症状でるまで放置してよい、どのような症状かが記載がない、あるいは「中性脂肪が高値です。経過観察してください」ではどのように観察するのかわからない、といった受診者からの指摘が発端になっています。胆石のように症状発現で受診しても手遅れではない場合は、具体的な自覚症状の記述があれば、併記はかまいません。一方で脂質異常症や高血圧、糖尿病などでは、症状出現による受診勧奨は避けなければなりません。画像検査、生理検査においての再検査は1年後でもかまいません。予防医療の観点から、過食・暴飲暴食を避けてくださいなどの胆石に対する食事上の留意点を併記することも大切です。下記Q7参照  
[https://www.jsge.or.jp/guideline/disease/tansekisyoushou\\_2.html+D5](https://www.jsge.or.jp/guideline/disease/tansekisyoushou_2.html+D5)

質問③⑩（判定区分）

2022年3月8日

回答

先日判定区分の改定について問い合わせを致しましたが、判定区分Cの「**症状**あれば受診」の記載を行わないという内容に関して追加の質問です。当施設では呼吸機能検査の拘束性障害・閉塞性障害に対して「息切れなどの症状があれば呼吸器内科を受診」、逆流性食道炎等の胃内視鏡所見に対して「胸やけなどの症状があれば消化器内科を受診」といった判定コメントを使用することが多くあります。症状の有無が臨床判断に影響するため各診療科とも検討をしておりますが、今回の改訂に際して特定の検査項目が問題となったのか、又は上記検査がそれに該当するものなのかをご教示頂けますでしょうか。必要に応じて症状に関する記載をすることが差し支えないかどうかの回答のみでも構いません。

たとえば心電図でST低下所見があり「胸痛があれば循環器内科を受診してください」というコメントを例にしてご説明します。胸痛がでた時点では、心筋梗塞という不可逆的心筋壊死を生じさせてしまい、死亡例もあります。自覚症状は必ずしも胸痛でなく、肩こりなどの放散痛、上腹部痛など部位が異なるケースもあります。狭心症・心筋梗塞が発症しても、糖尿病があれば、症状が出にくいことは臨床的によく知られていることです。検査所見が異常でも、症状がないなら受診は不要、症状出現まで受診しなくてもよいと国民に解釈されてしまうようなコメントは、予防医療の観点から、不適切と考えます。全国の健診結果票をみると、上記の例や「高血圧です。症状があれば受診してください。」などが散見されます。結論として、症状に関する記載をすることは不適切です。コメントは検査異常に関する説明、放置するとどうなるか、自己改善の方法、受診診療科の記載で構成されます。

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

## 質問③①（判定区分）

2022年5月24日

**判定区分のない検査項目**（例えば**MCV**,**MCHC**,や**アミラーゼ**,**A/G比**など）に対する記載は判定区分はありません、とか、空欄ということになるのでしょうか？受け取る患者側は何も判定がないことに疑問を持ち問い合わせてくることあるのです。一般的に他施設ではどのようにしているのでしょうか？また、判定に参考にすべき文献や書籍はあるのでしょうか？

## 回答

人間ドックとして実施する基本検査項目は、日本人間ドック学会、日本総合健診医学会、日本病院会、全日本病院協会、健康保険連合組合で策定されます。判定区分は日本人間ドック学会の健診判定・マニュアル作成委員会で策定しています。しかし明確に判定区分が策定できない項目があります。たとえば、貧血は、世界保健機構（WHO）では血色素のみで判定し、赤血球やヘマトクリットでは診断しないこととなっています。仮にヘマトクリットや赤血球それぞれの判定区分を策定した場合、血色素はA区分、ヘマトクリットはB区分のケースもあり、本来はA判定にしないでならないのに、B判定とするのかという問題を避けるため、血色素以外は策定していません。

労働安全衛生法による事業主健診では実施項目が血色素と赤血球のみですので、血色素のみ貧血判定すればよいことになります。

アミラーゼ、A/Gは基本検査項目には存在しないため、策定していません。

重症度判定に参考にすべき文献や書籍はありません。各健診施設で判定区分を策定し、評価します。

## 質問③②（判定区分）

2022年7月25日

2022年4月から判定部区分に関する表記が改訂され、「D 要医療」の「D1 要治療」と「D2 要精検」が併合され「D 要精密検査・治療」を使用するようにとのご連絡をいただいておりますが、胸部エックス線健診の判定区分もD1,D2を併合した運用に変更する必要があるのか、お伺いいたします。2014年に、人間ドック画像検査判定ガイドラインの一部として策定された「胸部エックス線健診判定マニュアル」の改訂のご予定はありますでしょうか。改訂されるまで当面の間、胸部エックス線健診の判定区分も、D1,D2は使わず、Dのみを使用することによいでしょうか。

## 回答

2022年会告で

<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/2022hanteikubun.pdf>

また2014年胸部X線健診判定マニュアルではすなわち、精密検査で終わるかそれとも治療にも進展するかわからないような場合、要治療レベルの陰影もCT検査などの精密検査をしてから治療に進むなどのケースに対応して、今回要医療を設けました。D1,D2は使わず、Dのみを使用することで結構です。

なお「胸部エックス線健診判定マニュアル」の改訂の予定はありません。

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

## 質問③③（判定区分）

2022年8月1日

―判定区分の改定等について― 2.改訂理由等に画像検査、生理検査などは1年後**再検査**としてもよいとありますが、その場合の推奨機関は**医療施設**または**検診施設**のどちらになりますでしょうか？また、画像検査、生理検査で3か月、6ヶ月の再検査にした場合はどちらでしょうか？腹部超音波の判定マニュアルには再検査12か月後は翌年の検診受診を強く推奨するとなっています。

## 回答

実施する健診機関の体制状況で再検査を自施設で実施する、しない、またある検査は自施設です、しないなど多様であります。貴施設の体制で使い分けてください。

## 質問③④（判定区分）

2022年10月17日

検査項目に関する診療科に受診中である受診者について、要精密検査の判定であっても「受診中」の判定をもって現在対応中です。受診中であっても、判定上「**要精密検査**」であれば受診に必要な書類を添付して対応するのが望ましいのかどうかについてアドバイスをください。他の施設様ではどのように対応しているかわかる範囲で教えていただきたいです。

## 回答

『判定上「要精密検査」であれば受診に必要な書類を添付して対応するのが望ましい』と考えます。がん疑いの場合は、判定を「治療中」でなく「要精密検査」として、受診者に連絡し、主治医に結果報告書を見せるようななどの指示が必要かと考えます。各施設の対応については当方ではわかりません。

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

## 質問③⑤（判定区分）

2023年1月13日

性別適合手術後やホルモン治療中の**トランスジェンダー**の方に対して、基準値をどちらの性別で判定すべきか学会の見解を教えてくださいますようお願いいたします。

## 回答

症例や状況が個々によって異なるため、判定は施設に一任しております。同資料の質問②をご確認ください。

## 質問③⑥（判定区分）

2023年1月30日

判定区分E判定（**治療中**）についてご意見を伺いたく連絡させて頂きました。

当院では人間ドック受診者に対して通院歴、内服薬、既往歴などを詳細に聴取して、判定材料にしています。すなわち精査済み、他院でフォロー中などに「D判定をつけない」、クレーム対策でもあります。

今回提案させて頂くのは、例えば膵嚢胞、視神経乳頭陥凹拡大、など投薬なし、他院で3ヶ月～12ヶ月毎に画像などでフォローされているケース、また生活習慣病、投薬なし、生活改善でのフォローというケースです。

投薬がなければC判定ということなのかもしれませんが、他院専門医でフォローされているものに関しては、受診者へのメッセージ（（前術の膵嚢胞、視神経乳頭陥凹拡大など）は他院でフォローされている、ことを受診者と当院で共有している）も含め、一括 E判定「定期通院中（治療薬の有無に関わらない、次回1年以内に受診予約がある）」にできないか、と考えております。

## 回答

日本人間ドック学会HP  
判定区分に関するQ&A

<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/16hanteikubun.pdf>  
項番11、13ほかをご参照ください。

精査済み、他院でフォロー中の場合は判定Eとはしていません。肥満症関連で生活習慣改善をかかりつけ医で行っていると受診者が言った場合、身体測定、高中性脂肪血症や脂肪肝どこまで判定Eにするのかという複雑な問題が生じてきます。

質問③⑦（判定区分）  
2023年2月24日

回答

判定区分の整理を行うにあたって判定区分C（**要再検査・生活改善**）の記述を「軽度異常あり生活習慣改善を要す」としたいとの草案があり、この書き方だと生活習慣の改善が関係のない所見には対応できないため、調べてみたところ、Q&Aで以下の記事を見つけました。  
「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」の日本病院会に掲載された方にも「軽度異常あり生活習慣改善、又は経過観察を要す」とあり、こちらの方が本来の「要再検査・生活改善」の意図を正確に汲んでいると思うのですが、こちらの、日本人間ドック学会誌（JHD）Vol.17 No.2 2002年に掲載されたものでは、「軽度異常あり生活習慣改善を要す」となっていました。どちらが正確な表現なのか、あるいは新しい基準がありましたら教えてください。

判定区分は2022年4月から下表としています。  
<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/2022hanteikubun.pdf>  
判定区分Cは軽度異常ではなく明らかな異常（LDLコレステロール170mg/dLや収縮期血圧156mmHgなどが該当）です。したがって判定区分Cの表記「軽度異常あり生活習慣改善を要す」は不適切と考えます。受診者側も「軽度」なら軽視して再検査を受けません。  
さて結果が生活習慣の改善による期待できるものとできないものがあります。改善が期待できるものは、厚生労働省の考え方（判定区分もこれに準拠して作成しています）にしています（下記URL）。判定区分Cは下記URLの健診判定と対応の分類の表②「生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診」であり、「数値の改善」の有無をみるのが「再検査」に相当します。すぐに（たとえば1か月）の再検査は適切でなく、必ずその人の不適切な生活習慣改善させてからの再検査により、今後の方針（治療の有無など）を決定します。  
例）  
（BMI25以上の者に対して）尿酸が高値です。体重を減らして下さい。3ヵ月後に再検査を受けて下さい  
（飲酒量が3合以上の者に対して）尿酸が高値です。飲酒を減らして下さい。3ヵ月後に再検査を受けて下さい。  
（上記いずれにも該当しない者に対して）尿酸が高値です。水分を多く摂って下さい。3ヵ月後に再検査を受けて下さい。  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14\\_32.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/14_32.pdf)  
これは  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>  
の第2編別添です。  
改善できないものは「要再検査」となります。  
例）。山田Ⅲ型ポリープとは粘膜の一部が膨み根元がくびれたものです。1年後に再検査を受け、大きさに変化があるかを調べましょう。  
したがって判定区分Cの記述は「要再検査・生活改善」であり、各検査項目について具体的な説明・方針を記述とする、が回答になります。

質問③⑧（判定区分）

2023年3月7日

血液検査基本項目や今回改定された**標準 1 2 誘導心電図検診判定マニュアル**では D判定（**要精査・治療**）のみでD1D2は採用されていません。

一方2021年度改定の腹部超音波検診マニュアルではD1D2の判定が残っています。これはこのまま残しておいてよいものでしょうか。結果表にはD D 1 D 2 が混在してしまいます。

回答

下記出典の項番 2 の「D：精密検査・治療」の解説のように、Dのみ使用するほかに、D1,D2の使い分けをしてよいことにしています。

なお腹部超音波検診判定マニュアル改訂版（2021年）の10ページD 1 P、D2Pは、健診機関内部のみの判定で検査技師が医師に伝える場合のみに使用します。マニュアルの注にも「P：パニック所見，カテゴリー5の病変については，速やかに判定医に報告する。」

受診者報告書ではDあるいはD1/D2で報告します。

出典

<https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/2022hanteikubun-2.pdf>

学会HP 2022年判定区分表

質問③⑨（判定区分）

2023年1月30日

健診検査項目の**基準値**に関する問い合わせをさせていただきます。ドック学会の判定区分に記されている血液検査項目の基準値はJSCCの**共用基準範囲**を示しているものと同一との認識でよろしいでしょうか。

回答

日本人間ドック学会の基準範囲は、厚生労働省特定健康診査基準を第 1 優先、次に各関連学会の基準範囲を採用しています。

その理由は、人間ドック受診は、特定健康診査を代用し、改めて特殊健康診査を受診する必要をなくしているためです。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>

の第 2 編別紙 2-52ページならびに第 2 編別添

共用基準範囲は、もともと2012年に日本臨床化学会（JSCC）の基準範囲共用化専門委員会で作業が始められ、その後、日本臨床検査標準協議会（JCCLS）の基準範囲共用化委員会で普及が進められた経緯があります。現在はJCCLSから共用基準範囲として発表されています。

共用基準範囲は日本人間ドック学会の判定区分の基礎となる予防医学的閾値（下URL21ページ）とは異なります。

<https://www.jccls.org/news/kijyunhani20221001/>

質問④⑩（判定区分）

2023年12月21日

判定区分「B 軽度異常」の解釈について  
当施設ではそれぞれの検査項目に対して「O 異常なし」「A 要観察」「B 要指導（要再検）」「C 要精検」「D 要治療」の5つの判定区分を使用しております。治療中の項目に関しては、判定区分に加えて「治」と記載しております。この中で、「A 要観察」に関しては「日常生活に支障のない程度の異常があります。生活習慣が関わる異常の場合には、生活習慣の改善につとめ経過をみましょう」という表現となります。貴学会の判定区分「B 軽度異常」は当施設の「A 要観察」と置き換えて理解してよろしいでしょうか？

回答

LDLコレステロールやASTの観察、とか経過をみましょう、とは受診者はどのようにして観察するのか逆にご教示願いたいと思います。

経過観察とは頭痛で受診し鎮痛薬を投与して頭痛の軽減といった、自覚症状で評価する場合に使用します。自覚症状で受診する臨床現場と、自覚症状を目的では受診しない人間ドックとは異なります。

検査は悪化している・改善しているかは再検査をしないかぎりわかりません。生活習慣の改善をしても、その効果が検証できるのは検査値であります。

受診者からどのように観察するかわからないという多くのご意見をいただき、学会の判定区分HPにおいて「経過観察、定期的検査、症状あれば受診、などの不明瞭な記載は行わない」としてあります。

Aの表現を「軽度異常」に変更されることをお勧めします。