

健康診断受診者 様
健康診断ご担当者 様

医療法人社団青山会
船橋みなとクリニック

判定区分改定のお知らせ

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度弊会では、健康診断の結果判定に使用しております判定区分表記及び一部判定基準値につきまして、2024年4月1日より改定することといたしました。判定区分の表記はこれまで弊社独自の表記を使用して参りましたが、今回の見直しにより原則、日本人間ドック学会の区分表記に準じる運用に変更いたします。

就きましては、判定区分表記について下記に、また判定基準値の一部変更については裏面に今般の改定内容を掲載いたしましたので、ご理解と事前の周知をお願いいたします。

弊会では、今後ともみなさまの健康づくりにお役立てできますよう、より一層努力して参る所存ですので、変わらぬご愛顧のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

| ～ 改定前 ～ | | | ～ 改定後 ～ | |
|----------|------------|---|-------------------|-------------|
| 《現行》判定区分 | | | 《2024年4月～改定後》判定区分 | |
| A | 異常なし |  | A | 異常なし |
| B | 心配なし | | B | 軽度異常 |
| C | 要経過観察 | | C12 | 要再検査 (2か月後) |
| G | 治療中 | | E | 治療中 |
| D6 | 要再検査(6か月後) | | C6 | 要再検査 (6か月後) |
| D3 | 要再検査(3か月後) | | C3 | 要再検査 (3か月後) |
| D1 | 要再検査(1か月後) | | | |
| E | 要精密検査 | | D | 要精密検査・治療 |
| F | 要治療 | | | |

【本件照会先】

[巡回健診(検診車)をご利用の事業所様・受診者様]

巡回健診部 TEL：047-401-9909

[船橋みなとクリニックで健康診断を受診された事業所様・受診者様]

医事課 TEL：047-433-5105

判定基準値の改定対象となる検査項目及び変更内容は、以下記載の通りです。

※色塗部分が変更箇所になります（表記のみの変更を含む）。

1. 尿判定

| 《現行》尿蛋白 | | 《改定後》尿蛋白 | |
|---------|-------|----------|-------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| A | (-) | A | (-) |
| B | (+/-) | B | (+/-) |
| C | | C12 | |
| D1 | (+) | C3 | (+) |
| E | ②+以上 | D | ②+以上 |

| 《現行》尿潜血（生理中以外） | | 《改定後》尿潜血（生理中以外） | |
|----------------|-------|-----------------|-------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| A | (-) | A | (-) |
| B | (+/-) | B | (+/-) |
| C | | C12 | |
| D1 | (+) | C3 | (+) |
| E | ②+以上 | D | ②+以上 |

| 《現行》尿潜血（生理中） | | 《改定後》尿潜血（生理中） | |
|--------------|---------|---------------|---------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| A | (-) | A | (-) |
| B | | B | |
| C | | C12 | |
| D1 | (+/-)以上 | C3 | (+/-)以上 |
| E | | D | |

2. 脂質判定

| 《現行》中性脂肪 | | 《改定後》空腹時中性脂肪 | |
|----------|---------|--------------|---------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| F | | D | |
| E | 29以下 | C3 | |
| D3 | | C12 | 29以下 |
| C | | B | |
| B | | A | 30~149 |
| A | 30~149 | B | 150~299 |
| B | 150~299 | C12 | 300~399 |
| C | 300~399 | C3 | 400~499 |
| D3 | 400~499 | D | 500以上 |
| E | | | |
| F | 500以上 | | |

| 《改定後》随時中性脂肪 | |
|-------------|---------|
| 判定区分 | 基準値 |
| D | |
| C3 | |
| C12 | 29以下 |
| B | |
| A | 30~174 |
| B | 175~299 |
| C12 | 300~399 |
| C3 | 400~499 |
| D | 500以上 |

随時中性脂肪検査項目の追加の経緯
 2024年4月から始まります第4期特定健診プログラムにおいて、特定保健指導の階層化に用いる数値基準として、やむを得ず空腹時の検査が出来ない場合の中性脂肪の検査基準を設定。食直後（食後3.5時間未満）を含む食後（10時間未満）の中性脂肪検査の判定に使用いたします。

3. 糖代謝判定

| 《現行》空腹時血糖 | | 《改定後》空腹時血糖 | |
|-----------|---------|------------|---------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| D1 | 60以下 | C3 | 60以下 |
| D3 | | C12 | 61~69 |
| C | 61~69 | B | |
| B | | A | 70~99 |
| A | 70~99 | B | 100~109 |
| B | 100~109 | C3 | 110~125 |
| D3 | | D | 126以上 |
| D1 | 110~125 | | |
| E | | | |
| F | 126以上 | | |

| 《現行》随時血糖 | | 《改定後》随時血糖 | |
|----------|---------|-----------|--------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| D1 | 60以下 | C3 | 60以下 |
| D3 | | C12 | 61~69 |
| C | 61~69 | B | |
| B | | A | 70~139 |
| A | 70~139 | B | |
| B | | C3 | |
| D3 | | D | 140以上 |
| D1 | | | |
| E | 140~199 | | |
| F | 200以上 | | |

4. 尿酸判定

| 《現行》尿酸 | | 《改定後》尿酸 | |
|--------|---------|---------|---------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| F | | D | |
| E | | C12 | 2.0以下 |
| C | 2.0以下 | B | |
| B | | A | 2.1~7.0 |
| A | 2.1~7.0 | B | |
| B | 7.1~7.5 | C12 | 7.1~7.9 |
| C | 7.6~7.9 | C3 | 8.0~8.9 |
| D1 | 8.0~8.9 | D | 9.0以上 |
| F | 9.0以上 | | |

5. 肝機能判定

| 《現行》総ビリルビン | | 《改定後》総ビリルビン | |
|------------|---------|-------------|---------|
| 判定区分 | 基準値 | 判定区分 | 基準値 |
| F | | D | |
| E | | C12 | |
| C | | B | 0.以下 |
| B | 0.以下 | A | 0.2~1.1 |
| A | 0.2~1.1 | B | |
| B | 1.2 | C12 | 1.2~1.9 |
| C | 1.3~1.5 | D | 2.0以上 |
| E | 1.6以上 | | |
| F | | | |