

2.健康診断活動

A. 生活習慣病健康診断 総論

令和5年度は、5月8日から新型コロナウイルス感染症が5類感染症相当に移行した。健診8学会の提言に従って受診者のマスク着用をお願いなど引き続き実施している。また呼吸機能検査も十分に注意しながら再開した。

<感染症対策>

- ・職員標準予防策（マスク・手指衛生の遵守）
- ・健診受診時にあらかじめ送る資料の封筒に感染症対策の説明を詳しく表記
- ・体調が悪い方の受診延期の勧め
- ・受付時間を複数設け、密にならないように待合フロアの工夫。
- ・マスク（つけて来られない方用）の用意
- ・清掃・消毒（検査・問診など一人が終わるとその都度消毒）
- ・換気の頻度（ドアを開けるが、見えないよう、聞こえないように工夫）・サーキュレーター設置
- ・感染症が疑わしい方の検体や検査は技師に確実に連絡する

これらの事項を引き続き徹底し、各部署における現状と問題点を事故防止委員会でもそれぞれ発表し、他の部署からの意見を取り入れ、アップグレードした。今年度も家族からの感染など単発で終わる感染が数件あったが、クラスターとなることはなかった。

平成17年より導入された健診システム（HI-NET/CS、日本事務器）を用い、これまでも結果票を一枚裏表とし見やすくわかりやすいように努めてきたが、検査項目の変更も多少あり、平成24年1月より新たな健診結果票・オプション検査結果表とし、さらにわかりやすい配置に変更した。また平成26年度には、婦人科子宮頸がん健診の判定法の変化やオプション検査項目の変更などでマイナーチェンジを行なっている。

以前から**生活習慣病危険度**という欄をもうけ、動脈硬化の危険因子（耐糖能異常・糖尿病、脂質代謝異常、高血圧、喫煙、高感度CRP）の5項目中いくつを持っているかについて、視覚的にわかりやすいよう**グラフ化**している。経年的に危険因子数は改善されたのか、逆に悪化したのか、変化が見やすいので、現状の生活習慣がよい方向に向かっているか どうかの判断基準の一つになることを期待している。また**医師によるコメント欄**を充実するように心 掛け、特に生活習慣における注意すべきポイントや 検査の意味の解説などを明示した。

平成21年度からは呼吸機能検査実施者には肺年齢表示、クレアチニン測定者にはeGFRを表示することにより、最近問題になっている**閉塞性肺疾患COPD、慢性腎臓病CKD** に対して啓蒙を行っている。さらに、脈拍数の表示や、**HbA1cの国際標準化**に伴う表示の変更、そして**コレステロールの新たな指標（L/H比、non-HDL）**を、日本動脈硬化学会や他の健診施設より早く採用した。糖尿病学会において、これまで日本で固有に用いられていたHbA1cのJDS値は、平成24年4月から国際標準値（NGSP値）に表記が変更となった。大体JDS値に0.4を加えた値になり、基準値も全体底上げされることになるので、大きくは変わらない。しかし、以前のデータと比較するためには注意しなければならないので、2年間は両値を併記していたが、学会の方針に従って平成26年4月よりJDS表記を消した。最近の大規模研究から、動脈硬化の発症率や予後の指標には、LDLコレステロールよりも、悪玉のLDLと善玉のHDLの比率を表すL/H比や、総コレステロールからHDLを引いたnon-HDLの方がより鋭敏であること

がわかり、表記することとした。平成24年度の日本動脈硬化学会のガイドラインにも治療目標の指標として、「non-HDL 170mg/dl以下」が取り入れられている。特定健診においても平成30年度からnon-HDLが採用された。

ハードの面として、胸部・胃部X線、胃および大腸内視鏡検査、CT、腹部エコー、頸動脈エコー、マンモグラフィそして眼底検査がデジタル化され、待ち時間を短縮することができた。また画像がサーバー管理となったことで経時変化の比較読影がよりスムーズにできるようになった。また不要な再検査をなくすように努めることで、質の高い健診を提供している。さらに当日の医師による結果説明時に、撮影した画像をモニターに見せながら説明をすることができ、よりわかりやすくなったと好評である。平成27年度からは外来におけるエコー検査装置もデジタル化された。唯一遅れていた心電図のデジタル化（生理機能検査サーバーの導入）も外来の電子カルテ化に際し前年度から実施され、さらに健診の心電図に関しても今年度から始まった。

また臨床検査部門に関しては、平成25年度には全自動血球分析装置と骨密度測定装置を更新している。さらに、健診システムに関しても、WINDOWS XPのサポート終了に合わせて、ハードウェアの交換も実施した。そして平成27年度は、高感度CRPや因子を測定する血漿蛋白検査システムや、CT撮影装置、胸部レントゲン撮影装置を新機種に更新した。CTは16列となり、これまでより短時間で高精度の画像が得られ、被曝量が低減された。平成29年度は胃レントゲン透視装置の更新や福祉健診に用いた体成分分析装置InBody570の購入を行なった。平成30年度には便潜血検査装置・末梢血液検査装置の更新、および令和2年にWINDOWS 7のサポート終了となり、健診サーバー・検査室サーバーの更新やインフラの整備などネットワークの強化も行なった。そして令和元年度は引き続き健診システム端末や画像サーバーの更新を行い、種々の腫瘍マーカー・インスリン・肝炎ウイルスの測定装置であるルミパルス検査装置も更新した。令和2年度には臨床検査測定装置（シーメンス）の更新を行なっている。令和5年度にはオージオメーターの更新のほか、マンモグラフィ装置を更新し、受診者の乳房圧迫の痛みを軽減し受診者にも好評である。また婦人科診察椅子の更新も行い受診者のアメニティに配慮している。

日本臨床化学会は、令和3年4月1日よりALPとLDHの常用基準法を国際基準法に変更した。また令和3年6月より甲状腺関連の検査も測定キット間の標準化などのため、基準値が変更され、当センターにおいても対応した。平成20年4月から始まった特定健診・特定保健指導であるが、特定健診に関しては、すべての受診者に「標準的な特定健診問診票」の記載をお願いしている。当診療所の生活習慣病健診・定期健診（空腹時）においても、項目がすべて含まれるように改訂した。

健康保険組合等への情報提供整備も行っている。現在メタボリックシンドロームという言葉がマスメディアを通じて一般的になってきたが、他所に先駆け平成17年度より**腹囲**の測定を取り入れ、さらに空腹時のインスリン測定を行っている。生活習慣病、内臓脂肪と密接に関連するメタボリックシンドローム、そしてその源流にあるインスリン抵抗性の診断、これに生活習慣病危険度を加えた3つの診断基準を示すことで、より詳しく受診者への啓蒙に努めている。平成25年4月から第2期の特定健診・特定保健指導が続いており、平成30年度からの第3期での変更点として、腹囲基準は維持され、non-HDLコレステロールやeGFRが採用された。当センターとしては今後も企業健診・区健診などで、特定健診に積極的に協力をしていきたい。令和6年4月から第4期が始まった。変更点として、4つの問診項目の変更と血糖だけでなく、中性脂肪も空腹時と随時の設定ができた。

胃の健診において、胃レントゲンは当然有用な方法ではあるが、最近はペプシノゲン法と血清ピロリ菌抗体の検査を組み合わせた**ABC健診**という胃がんのリスクをみる方式も検討されていて、導入する企業も徐々に増えてきている。リスクの高い人には、胃がんを早期発見するためにも胃の内視鏡検査が有効とされている。最初から胃の内視鏡を希望する人もいるので、健診当日に内視鏡をスムーズに受けられるように、受診者の便宜を図っている。また、平成25年2月より胃内視鏡で「慢性胃炎」の診断がついた人に関しては、保険診療でピロリ菌の検査や除菌が行えるようになり、除菌される人が増えている。健診と保険診療の橋渡しがスムーズにいくように工夫していきたい。

しかし、ピロリ菌に依存しない胃がんや食道がんの発見には、胃レントゲンもまだまだ重要と考えている。平成27年12月のがん検診のあり方に関する検討会の発表では、胃がん検診に関しては、これまでの胃レントゲン検診に加え、50歳以上に隔年で胃内視鏡の検診を選択することを提言している。新宿区健診でも平成30年度から胃内視鏡検診が選択できるようになった。

平成26年4月より婦人科子宮頸がん検診において、細胞診の方式をこれまでの日母分類からベセスダシステムに変更した。これまでの日母分類では細胞採取器具は綿棒であり、ライドに直接塗抹した検体を用い、I（正常）、II（炎症変化）、III a/b（細胞異型）、IV（がんの疑い）、V（がん）としていた。しかし、子宮頸がんとHPV（ヒトパピローマウイルス）の関連から、精密検査ではHPV検査が重要であるため、その精密検査のフローチャートにあわせて組織的に判定するベセスダシステムが用いられることが一般的・実用的になってきた。海外諸国においてもすでに主流になり普及してきている。細胞採取器具は、ブラシで行い、塗抹ではなく液状検体にすることでより正確になり、まず判定可能か判定不能かを判断したのちに、扁平上皮系ではNILM（日母分類ではI～II）、ASC-US（II～III、ASC-H（III a/b）、LSIL（III a）、HSIL（III a/b、IV）、SCC（V）、腺系ではAGC（III）、AIS（IV）、Adenocarcinoma（V）、その他の悪性腫瘍（V）に分類し、NILM以外は精密検査もしくは経過観察となる。

子宮頸がんは適正な検診を定期的に受ければ、ほぼ100%予防できるがんであるといわれている。当センターでも新しい方式を婦人科の医師の指導のもと変更したので、引き続き20代30代の女性に多い子宮頸がんをしっかりと検診していきたい。さらに、令和3年度からオプションで婦人科エコーを受けることができるように体制を整えた。

また肝機能・腎機能や血糖・血圧・脂質といった検査値に関して、特定健診の基準、日本人間ドック学会の基準そして各学会のガイドラインを参考に、平成28年4月より基準値や判定基準を変更した。大きな変更点は、特定健診の間診票の「血糖・血圧・脂質の内服などの治療を行っている」にチェックした人は「治療継続」とした。これまでの間診では、「治療を行っている」とした人のなかには「内服せずに経過をみているだけ」という人もいたので統一しなかったが、特定健診の間診表の「薬の内服」項目を活用することにした。また、肝機能と脂質の再検はやや緩めにし、血圧と糖代謝に関しては厳しめにした。そのために後述する「各論」に記すように、平成29年度からの統計は以前の統計と比べいろいろと変化していた。また、今年度から治療継続の方に関して報告するようにしたので、以前の統計と比較する時には注意してほしい。

なお、当センターは日本総合健診医学会および日本病院会認定の優良施設であり、コレステロールの測定に関しては米国CDC（疾病管理センター）の標準化の認定を受けている。今年度は日本総合健診医学会の実地審査を行った。そのなかで運営面・医療面ともかなり高い評価を受け、基準を満たしていると認定を受けていて、そのレベルの維持を心掛けている。

また、年1回の日本総合健診医学会読影精度基準（心電図・胸部レントゲン）でも90%前後の正答率を毎年続けており、他所と比較しても質の高い読影を行っている。さらに以前から通常のマンモグラフィ施設認定は取得していたが、平成25年度には日本乳がん検診精度管理中央機構によるデジタルマンモグラフィ施設認定も取得し、精度管理のしっかりとした検診を行っている。

三越診療所・三越総合健診センターの設備

（山下毅記）



CT

マンモグラフィ

令和5年度実施状況

（令和5年4月～令和6年3月）

健診受診者延べ数

・生活習慣病健診	7,410名
・職域入社・定期健診	3,304名
・新宿区・中野区成人病健康診査	602名
計	11,316名

B. 生活習慣病健康診断 各論

〈対 象〉

受診者総数と年齢別一覧

(令和5年1月1日～令和5年12月31日) 生活習慣病健診の受診者総数は7,595名、男性3,434名、女性4,161名で、令和5年は前年との比較で、約370名減少した。令和2年の新型コロナウイルス感染症による健診中止と、健診受診控えが起こったことが原因でかなり減少したが、その後は増減を繰り返している。

年齢別構成は表1のとおりである。令和5年は男性で60歳以上、50～54歳、女性は50～54歳、55～59歳の受診者が多く、前年度と構成比はほぼ同じであった。また以前と比べ男女とも30歳代の受診者が減少し、40～50歳代の受診者の割合が増加している。これは、ここ数年で大きな割合を占める企業の当センターへの割り当てが変わったことが原因と考えられる。

表1 年齢別受診者一覧

(名)

年齢	～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～	合計	男女構成比 (%)
男性	18	35	122	519	560	723	650	807	3,434	45.2
女性	14	25	81	662	801	967	819	792	4,161	54.8
合計	32	60	203	1,181	1,361	1,690	1,469	1,599	7,595	100.0
構成比	男性	0.5	1.0	3.6	15.1	16.3	21.1	18.9	23.5	100.0
	女性	0.3	0.6	1.9	15.9	19.3	23.2	19.7	19.0	100.0
	合計	0.4	0.8	2.7	15.5	17.9	22.3	19.3	21.1	100.0

〈結 果〉

BMIによる肥満度(表2)では、18.5～25が正常範囲で、25以上が肥満である。これはBMI値22のときに健康人の割合が最も高く、18.5より低い痩せのときや25以上の肥満、特に肥満度が高くなるにつれて病気を合併することが多くなることから設定された値である。今年は肥満1度(25.0-29.9)、肥満2度(30.0-34.9)、肥満3度以上(35.0-)別に表にした。BMI値25以上の男性肥満者は31.2%で、女性肥満者の19.9%に比べ、男性の割合が例年どおり多かった。男性肥満者の割合は平成29年に30%を超え、その後もさらに増加していたが、令和5年は僅かに減少した。ここ数年の傾向として、女性は変化が少なかったが、ここ6・7年は女性もやや増加している。特に令和2年は下記のように新型コロナウイルス感染症流行下において、令和元年に比べ男女とも肥満が進んでいたが、その反動か令和3年は少し改善したが、令和4年そして6年と増加にある。そして、BMI値30以上の肥満者の割合で見た場合では男性5.8%、女性4.9%で令和4年に比べやはり女性でやや増加傾向であり、特に肥満3度以上の割合は0.9%と、男性(0.8%)より高かった。高度肥満の割合は欧米諸国に比べ少ない値を続けてはいるが、ここ10年では男女とも増えつつある(平成15年男性2.4%・女性1.5%、平成20年男性2.6%・女性1.9%、平成25年男性3.7%・女性2.5%、平成30年男性4.1%・女性3.3%)

男性・女性とも受診対象者の年齢が上昇してきていることもあるが、デスクワーク中心の労働と仕事の増加による運動時間の短縮、夜遅い時間(寝る直前)の食事など、生活習慣の乱れにより肥満になりやすい環境が、経済状況の悪化とともに進行しているようである。また令和2年は新型コロナウイルス感染症流行に伴い、非常事態下での自宅での自粛、支度待機、テレワークの推進などで、運動量が低下された方が非常に多く、また自宅にいて間食が摂りやすい状況ができたことも考えられる。また、高齢者や元から痩せておられる方は運動量が低下され、筋肉が落ちることにより痩が進んでおられる方もおり、肥満と痩せの二極化が進んでいる印象で、令和4年・5年とさらに悪化傾向である。こういった資料をもとにして、今後も引き続き事業所・産業医とともに効果的な対策を個別に提案していきたい。

また年代別の解析は行っていないが、女性において若い20～30歳代では肥満者は減少するものの、50～60歳代は増加しているという報告もあるので、閉経期前後の女性の肥満への対応策も必要である。メタボリックシンドロームのガイドラインにおいて、男性85cm・女性90cmという腹囲の上限がある。腹囲が採用された根拠は、これまで世界各地で行われた疫学調査で、動脈硬化と相関する肥満の指標として、BMIや、ウエスト・ヒップ比よりも腹囲（絶対値）が優れており、この値は危険度が高まるという内臓脂肪面積100cm²に対応しているからである。しかし未だその基準値は検討を要すると考えられる。厚生労働省研究班においても、特定健診結果を用いて、最も有効な腹囲基準の設定を行おうと検討してきたが（女性は80cm程度）、引き続き特定健康診断・特定保健指導の際には、腹囲基準を維持することになった。当施設においては平成17年より測定を開始したが、初期のころは経年変化をみたとき体重変化と相関しないような例もみられた。手技的な誤差も多いと考えられたが、できるだけ測定者による誤差を少なくするように腹囲測定方法を統一するなど努力を行い、最近は安定してきている。

表2 肥満度（BMI）

		男		女		合計	
		人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
低体重	<18.4	114	3.3	640	15.4	754	9.9
普通体重	18.5～24.9	2250	65.5	2693	64.7	4943	65.1
肥満1度	25.0～29.9	871	25.4	624	15.0	1495	19.7
肥満2度	30.0～34.9	170	5.0	167	4.0	337	4.4
肥満3度以上	35.0～	29	0.8	37	0.9	66	0.9
合計		3434	100.0	4161	100.0	7595	100.0

血圧（表3）については、前述したように今年度から高血圧内服中の方を別にして表を作成した。内服治療中の方は男性19.6%、女性11.0%であり、男性の方が多い。130/85未満の正常血圧の方は、男性で53.3%、女性で68.7%と女性に多く、140/90以上の高血圧の方は、男性10.8%、女性7.6%と治療中と同じく男性の方が多かった。以前の統計でも男性が女性の2倍以上高血圧の罹患率が高かったので大体同じ傾向と思われる。男性における啓蒙を続けていく必要がある。またガイドラインで「診察室血圧よりも、家庭血圧を優先する」と明言しているように、**早期高血圧・仮面高血圧**など、家庭での血圧が注目されるようになり、日常臨床的に家庭血圧が測られることが増えてきている。引き続き自宅で血圧を測るよう啓蒙を続けていきたい（**家庭血圧の正常は135以下/85以下**）。また、当事業団としては、平成29年度から判定基準を変更するとともに、減塩に注目し、オプションで尿から推測する推定食塩摂取量を採用している。引き続き減塩に関する研究および啓蒙活動を活発にしていきたい。なお、令和6年1月からガイドラインに従って、当所でも2回測定の平均値を用いるように変更している。

表3 血圧

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
正常血圧	1829	53.3	2860	68.7	4689	61.7
正常高値	561	16.3	528	12.7	1089	14.3
高血圧	362	10.5	308	7.4	670	8.8
高度高血圧	9	0.3	8	0.2	17	0.2
治療中	673	19.6	457	11.0	1130	14.9
合計	3434	100.0	4161	100.0	7595	100.0

当所での判定基準

正常血圧：収縮期血圧130未満、拡張期血圧85未満
高血圧：収縮期血圧140-179、拡張期血圧90-109

正常高値：収縮期血圧130-139、拡張期血圧85-89
高度高血圧：収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上 治療中

血液生化学検査について

肝機能検査（表4）の要治療を含めた要再検者は男性14.6%、女性4.4%と、例年どおり男性は女性に比べ多かった。令和5年は令和4年と比べ男女とも僅かに減少している。以前の平成27年に比べると男女ともかなり減少している（平成27年は男性31.2%、女性10.5%）。これは平成28年4月から判定基準としてAST30～49、ALT35～49を要再検から経過観察にしたためである（ただし「今までにウイルス性肝炎の検査をしていない方は、一度はチェックをされることをお勧めします」とコメント記載）。当然肝機能は正常化した方がよく、軽度の上昇でもウイルス肝炎が隠れている場合もあるのだが、特に男性で軽度の脂肪肝が毎年要再検となる場合が多いので、このように変更した。それ以前の平成15年は男性19.7%に対し、女性4.0%であったので、そのころと比べると男性は減少し女性は増加している。男性の要再検率が高い理由は、γGTP高値者が男性に多く、食べ過ぎ、飲み過ぎ、運動不足による脂肪肝が多いことが考えられる。

令和5年6月に日本肝臓学会は「奈良宣言2023」を出した。健診で肝機能検査として広く測定されているALT値を指標として、「ALT>30」であった場合、患者にかかりつけ医を受診してもらい、かかりつけ医によりその原因を検索され、必要があれば消化器内科の精密検査につなげること（診療連携）を目指している。

近年、ウイルス性肝疾患による死亡者が年々減少傾向にあり、むしろ警戒が必要とされているのは、「非アルコール性脂肪肝（NAFLD）」や「非アルコール性脂肪肝炎（NASH）」といった脂肪肝を基礎疾患とする肝疾患である。アルコールをあまり飲まなくても、甘い間食、ジュースの取り過ぎや運動不足によって、肝炎・肝硬変へと進行していき、糖尿病を合併しやすいことがわかってきた。生活習慣病のCLD（慢性肝臓病）として、早期発見・早期治療につなげることを啓蒙するために宣言を出した。さらに2020年にはアルコール消費に関わらず過体重・肥満、2型糖尿病または代謝調節不全を伴う脂肪肝性肝疾患として、MAFLD（代謝異常関連脂肪肝疾患）が提唱され、診断に際して侵襲的な肝生検の必要はなく診断可能であるので、認知度が高まってきている。今後、NAFLDからMASLD等の概念に変更され、脂肪肝に関するバイオマーカーとして、BMI、ウエスト周囲長、γGTP、中性脂肪値から計算できるFatty Liver Index (FLI) や、AST・ALT・血小板数から計算できる肝線維化を予測するスコア（FIB-4 index）が一般化してくることも予想されるので、当所にても基準値を含め検討していきたい。

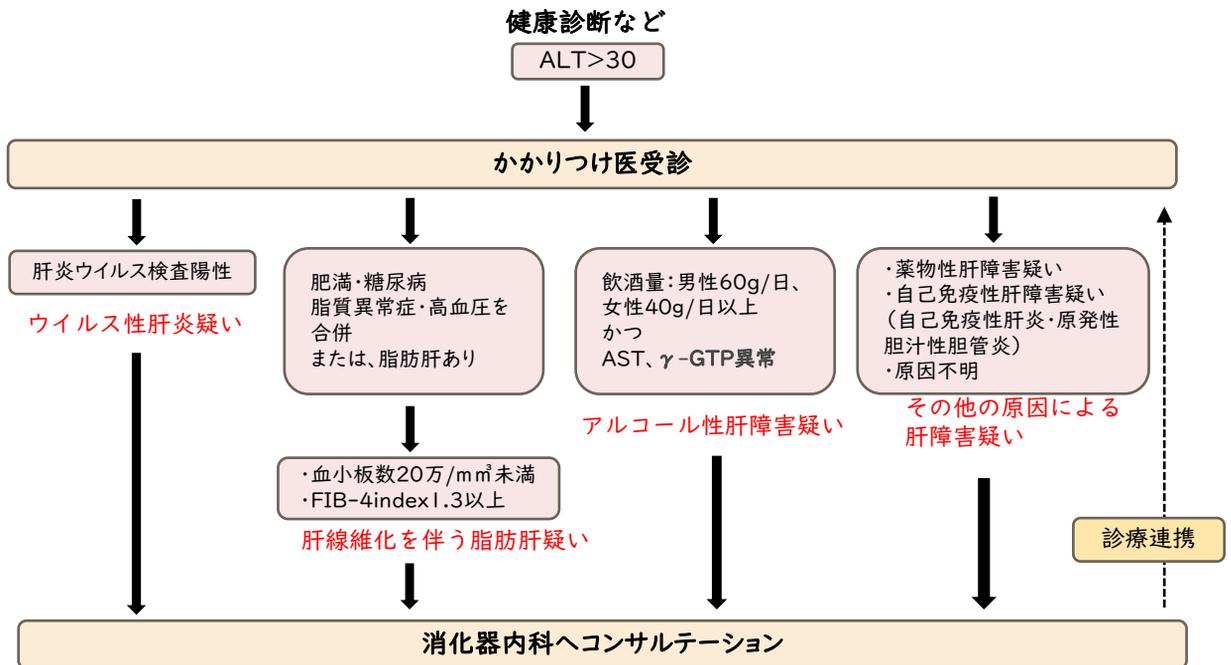
表4 肝機能検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	1709	49.8	3161	76.0	4870	64.1
B	279	8.1	297	7.1	576	7.6
C	944	27.5	519	12.5	1463	19.3
D	487	14.2	182	4.4	669	8.8
E	15	0.4	2	0.0	17	0.2
合計	3434	100.0	4161	100.0	7595	100.0

当所での判定基準

- A 異常なし
- B 他LDHを含め心配なし
- C AST 41-50, ALT 36-50, γGTP 46-99
- D AST 51-149, ALT 31-149, γGTP 100-499
- E AST 150-, ALT 150-, γGTP 500-

かかりつけ医と消化器内科の連携 フロー図



出典：日本肝臓病学会 2023年

血清脂質検査（表5）のコレステロールおよび中性脂肪の加療中の割合は男性14.2%、女性11.4%であり、それらを除いた要治療を含めた要再検の割合は、それぞれ男性では15.9%、女性では11.2%であった。以前と統計手法を変えたので、一概に比較できないが、ここ10年ほどの傾向をみると、男性はコレステロールの異常者が増加傾向にあったがようやく落ち着いてきていて、中性脂肪の異常者も低下してきた。女性ではコレステロールは依然高値であるが、中性脂肪は異常者がやや減少する傾向にある。健診受診者の高齢化の影響（女性では年齢が高い方がコレステロールは高い、男性は30歳代より40～50歳代の方がコレステロール・中性脂肪は高い）により、数値の変動がみられたものと考えられる。

表5 血清脂質検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	1052	30.6	1406	33.8	2458	32.4
B	149	4.3	396	9.5	545	7.2
C	1198	34.9	1419	34.1	2617	34.5
D	492	14.3	423	10.2	915	12.0
要加療	55	1.6	42	1.0	97	1.3
治療中	488	14.2	475	11.4	963	12.7
合計	3434	100.0	4161	100.0	7595	100.0

当所での判定基準

A 異常なし

B 心配なし

C LDL120-159, TG150-249, HDL30-39

D LDL160-199, TG 250-999, HDL0-29

要加療 LDL>200 TG>1000

治療中

糖尿病の指標である糖代謝（表6）で治療中の方は男性5.4%、女性2.9%であった。高血圧・脂質異常症に比べ治療中の割合は少ない。それらを除いた要加療を含めた要再検の割合は、女性の15.0%に対し男性は21.3%と例年のごとく多かった。こちらも統計手法の変更により一概に比較できないが、平成27年の（女性4.6%、男性13.4%）と比べると男女ともかなり増加している。これも新型コロナウイルス感染症による影響とともに、平成28年4月からの判定基準の変更が影響していること、さらに未治療で放置しておられる方が多いことも影響していると考ええる。

最近、糖尿病として診断される時点以前の耐糖能異常の段階からインスリン抵抗性を介して動脈硬化が進んでいることが注目されていることから、特定健診の方針に従って要再検とし、早くから介入できるようにした。また、インスリン抵抗性を健康診断でスクリーニングすることは有効であると考えられる。平成17年からは、主婦（配偶者）健診においてもHbA1cを、そして多くの人にインスリンおよびHOMA Indexというインスリン抵抗性の指標を測定するようになった。これにより適確で有効な診断が期待できるようになった。

当診療所では、メタボリックシンドローム、インスリン抵抗性、生活習慣病危険度の3つの項目で、生活習慣病の危険性を検討している。平成20年度からの特定健診で問題となっているメタボリックシンドロームは、内臓脂肪を反映する病前的な状態である。それに対して、肥満もなく正常体重・正常腹囲の人でもHOMA Indexでインスリン抵抗性がみられることも多い。その人に話を聞くと、運動不足や内臓肥満につながるような甘い間食、ジュースを多くとることが多く、メタボリックシンドロームと診断される時点より早期の内臓脂肪蓄積状態を示しているようであった。これらのことから、まずインスリン抵抗性が軽度に見られる若いうちから生活習慣を見直すように話し始め、メタボリックシンドロームがみられる段階では積極的に介入し、さらに生活習慣病危険度が3つ以上あるときは、軽度の異常であっても積極的に医療を受けることを推奨していきたいと考える。

最近では治療薬として、GLP-1受容体作動薬や、SGLT2阻害薬が減量や血糖コントロールに有効で、心臓や腎臓疾患に関しても使われることが多くなってきた。しかし、痩せ薬として、輸入品や自費診療として購入し、用いる方がまだ数は少ないが散見されるようになってきた。当然副作用の問題もあり、医師の指導下で用いられることが必要だが、健診では、糖尿病の病歴もないのに、尿糖強陽性となっていることがたまにあり、その判定に困ることが出てきた。問診時にしっかりと申告してほしい。

特定健診・保健指導では、空腹時血糖（ヘモグロビンA1cよりも優先）で、腹囲の基準を満たしているという条件ではあるが、メタボリックシンドロームの診断は110mg/dlであるのに対し、保健指導の階層化には100mg/dl以上というかなり厳しい基準を用いているように、より積極的に早期から介入が必要であるとしている。今後血糖の基準を強める方がよいのか、インスリン抵抗性をみた方がよいのかなど検討していきたい。

表6 糖代謝

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	1,369	40	2,281	55	3,650	48.1
B	10	0	48	1	58	0.8
C	1,138	33	1,087	26	2,225	29.3
D	578	17	551	13	1,129	14.9
要加療	154	4	73	2	227	3.0
治療中	185	5	121	3	306	4.0
合計	3434	100.0	4161	100.0	7595	100.0

当所での判定基準

A/B	異常なし・心配なし
C	BS 100-109, HbA1c 5.8-5.9
D	BC 110-125, HbA1c 6.0-6.4
要加療	収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上
治療中	

胸部X線検査（表7）は、要治療者と要再検の割合は男性で1.2%、女性で1.3%と、令和4年の2.5%、1.6%に比較し男女ともやや低下した。ここ数年の傾向は男女とも2～3%台で安定していたが、今年度は1%台とさらに少なくなっている。逆に要経過観察の割合は、逆にやや増えている。平成17年度からは全例フラットパネル直接撮影になった。また平成29年度はレントゲンの機種を更新している。さらに読影サーバーの導入により、読影時に容易に前年までのレントゲンとの比較読影も行えるので、より精度の高い読影を行ったためと考えられる。最近では結核の新たな発症はないが、非結核性抗酸菌症の新規発症は毎年1例くらいみつかっている。新型コロナウイルス感染症による肺炎は今年も経験しなかった。

表7 胸部X線検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	2199	64.1	3270	79.2	5469	72.4
心配なし	918	26.8	688	16.7	1606	21.2
経過観察	273	8.0	114	2.8	387	5.1
要精査	33	1.0	22	0.5	55	0.7
加療中	8	0.2	33	0.8	41	0.5
合計	3431	100.0	4127	100.0	7558	100.0

心電図検査（表8）は、令和4年も異常なしと軽度の心電図変化がみられるが、心配なしおよび経過観察は合わせると98%と大部分を占めている。加療中・医師による経過観察中の割合は男性1.6%、女性0.7%であり、要精査は男性1.0%、女性0.7%と例年より低くなっている。心電図サーバーの導入により以前の心電図をすぐに見ることができ体制になり、今後もより精度の高い読影が期待される。最近では**心房細動の増加はひと段落したが、脳塞栓の予備軍**として、注意深くみていく必要がある。自覚症状がなくても、年齢や糖尿病の有無を考慮したCHADS2スコア等を参考に、抗血栓療法やレートコントロール等の治療を勧める場合や、カテーテルアブレーションによる治療を行う場合がある。

表8 心電図

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	1463	42.6	2193	52.8	3656	48.2
心配なし	1551	45.2	1729	41.6	3280	43.2
経過観察	327	9.5	177	4.3	504	6.6
要精査	35	1.0	28	0.7	63	0.8
加療中経過観察中	56	1.6	30	0.7	86	1.1
合計	3432	100.0	4157	100.0	7589	100.0

上部消化管X線検査（表9）では、異常なしが令和5年も5割足らずを占め、医師による加療経過観察中を含めた要精査の割合は男性1.9%、女性1.3%と、と低い値を維持している。（平成11年男性11.1%、女性8.3%）これはヘリコバクターピロリ菌除菌治療の効果が現れているものと推測された。多い所見としては、男性は胃炎と胃潰瘍瘢痕そして胃ポリープ・食道ポリープである。女性では胃ポリープ・胃炎である。令和5年は、胃がん（MALTリンパ腫）が胃レントゲンから1例見つかった（後述）、以前に比べ、胃・十二指腸潰瘍は減少してきており、萎縮性胃炎といった老化による胃炎が増加してきていると推測される。ピロリ菌を除菌し、ペプシノゲン法（萎縮性胃炎の指標）は改善し陰性化しても、長年ピロリ菌が住みついていた胃粘膜では胃レントゲン上での胃炎は続いていると推測される（ただし除菌後の胃の検査のフォローは胃レントゲンより胃内視鏡検査を推奨している）。

平成19年よりレントゲン撮影機器をデジタルに変更し、平成29年は1台更新している。また読影サーバーでの画像管理を行っているので、高性能の撮影、および読影時の高精度化・経年比較を行い、より高質な検診を進めている。内視鏡に関してもファイバーの更新も行っており、モニターシステムも電子カルテ化に伴い更新して、より高い精度を目指している。

表9 上部消化管X線検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	533	50.0	298	39.3	831	45.5
心配なし	257	24.1	270	35.6	527	28.9
経過観察	257	24.1	181	23.8	438	24.0
要精査	14	1.3	10	1.3	24	1.3
加療中経過観察中	6	0.6	0	0.0	6	0.3
合計	1067	100.0	759	100.0	1826	100.0

腹部超音波検査（表10）では、異常なしが男性23.1%に対し女性36.0%と、例年と同じく女性が多かった。これは男性の方が脂肪肝（経過観察）の所見が多いためと考える。医師による加療中経過観察中を含む要精査の割合は男性7.1%、女性8.5%と、令和4年の男性6.7%、女性7.0%と比べて男女ともわずかに増加していた。しかし、以前と比べてみると、平成15年に男性1.3%、女性1.2%であったので、最近は増加傾向にある。

要再検査の所見としては最近では以前と比べ肝血管腫が多く、胆石に伴う胆のう壁肥厚は手術適応の要因でもあるので、注意深くみている。また、急性膵炎の原因や膵臓がんの鑑別と疾患となる膵臓のう胞や膵管拡張で要再検となる数が以前と比べ増えている。最近、膵のう胞と膵管拡張をしっかりとフォローしていくことが膵臓がんの早期発見につながり、死亡率の改善につながることがわかってきた。外来での厳格なフォローアップにつなげていきたい。

表10 腹部超音波検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	319	23.1	405	36.0	724	28.9
心配なし	227	16.4	215	19.1	442	17.6
経過観察	736	53.3	411	36.5	1,147	45.8
要精査	78	5.7	73	6.5	151	6.0
加療中経過観察中	20	1.4	22	2.0	42	1.7
合計	1,380	100.0	1,126	100.0	2,506	100.0

便潜血反応（表11）では要再検査と要精密検査の割合は男性6.5 %と女性5.9 %であった。令和4年（5.5 %、4.9 %）に比べ、男女ともやや増加していた。平成28年4月から3回法から2回法へと検査方法を変更したため、平成27年の（7.9%、6.0%）と比べ男女とも減少している。また便潜血分析器の更新により潜血量は定量でもわかるようになり、痔からの出血によるものかとの判断にも有用になった。しかし、**1回でも陽性が出た人は、しっかりと大腸内視鏡検査を受けることが必要だが**、市町村健診の統計でも大腸がん検診の精密検査受診率は60%台と他のがんに比べても一番悪いことが報告されている。最近のがん統計として、日本人の一番多いがんは胃がんを抜き、大腸がんとなり、それも40歳からの発症が多いことが報道された。今後男女ともさらに**大腸がんの増加が懸念**されるので、30～40歳代であっても検診をしっかりと受け、要精検査者は積極的に大腸内視鏡検査を受け、大腸がんの前がん状態でもある大腸ポリープのうちに内視鏡で切除することが望まれる。

表11 便潜血反応

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	3,036	93.5	3,559	94.1	6,595	93.8
要精査	210	6.5	223	5.9	433	6.2
合計	3,246	100.0	3,782	100.0	7,028	100.0

眼底検査（表12）では、異常なしが男女とも80%たらずであった。要精密検査は男性8.0 %、女性7.8 %と、令和4年の要精密検査男性4.8 %、女性6.4 % に比べ男女ともわずかに増加している。以前と比べて異常なしが減り要精密検査が増えた原因は、読影担当医の変更により変化が見られたものと考えられる。平成17年よりほぼ全例両眼を行うようになった。糖尿病性変化、動脈硬化性病変だけでなく、緑内障（**正常眼圧緑内障**を含む）や**黄斑部変性症**などの早期診断にも役立っている。オプションでは眼圧を測定することができ、将来は緑内障の早期発見のためにも簡易視野検査などを導入することも検討している。

表12 眼圧検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	757	77.8	867	79.3	1,624	78.6
心配なし	51	5.2	60	5.5	111	5.4
経過観察	87	8.9	82	7.5	169	8.2
要精査	78	8.0	85	7.8	163	7.9
加療中	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	973	100.0	1,094	100.0	2,067	100.0

乳腺検診（表13）では、要精密検査は2.3 %であった。ここ数年の傾向では、要精密検査は減少傾向であり要経過観察は増加している。経過観察がやや増えたのは、診察医の変更により所見の取り方が変わったことと、経過観察することで、自分自身で気をつけて日ごろから自己触診を行ってほしいためである。またやや疑わしい石灰化や乳腺所見の左右差なども積極的にとっているからと考える。最近の話題としてマンモグラフィ検診の要精密検査をとりすぎることが問題となっているが、当診療所では要精密検査の割合は経時的にもやや減少傾向である。以前のマンモグラフィとの比較読影によって質の高い読影が行えていると考える。

乳がんは女性において壮年期（30～64歳）のがん死亡原因のトップとなっている。また30歳代から急増し、最もかかりやすいのは40歳代で、早期発見すれば約90%以上が治癒する。しかし最近、高齢者の乳がんも増えつつあるとの報告もある。厚生労働省の乳腺検診のガイドラインでは、30歳代で一度基本となるマンモグラフィを撮り、40歳以上の女性には隔年でマンモグラフィ検査を受けることを勧めている。当センターにおいても視触診とマンモグラフィを併用することにより、早期に適確な診断に努める方針である。

表13 乳腺検診

	女		乳腺婦人科	合計	
	人数	構成比		人数	構成比
異常なし	380	39.7	10	390	40.2
心配なし	508	53.1	3	511	52.6
経過観察	46	4.8	2	48	4.9
要精査	22	2.3	0	22	2.3
加療中	0	0.0	0	0	0.0
合計	956	100.0	15	971	100.0

当センターでは乳腺検診学会が進めるマンモグラフィ撮影技師・読影医師講習を受け、認定技師・医師として認定されている。またデジタルマンモグラフィの施設認定も受けている。さらに令和5年度にはデジタルマンモグラフィの更新をし、改めて施設認定を申請している。

平成29年の6月に厚生労働省の有識者会議では高濃度乳房の場合、マンモグラフィにおける診断率が低下し、検診結果に影響するために、受診者に「高濃度乳房であること」を報告するように検討を始めることと発表した。高濃度乳房には診断率が高い乳腺エコーを活用した方がよいということである。しかし、乳がん検診学会などは、「乳腺エコー単独ではまだ十分なエビデンスはない」「まだ十分乳腺エコー検診の体制が整っていない」などの理由で、今後高濃度乳房について受診者への報告の開始は十分に検討し、受診者によく説明してから行うとの方針である。

最近注目されている概念として「ブレスト・アウェアネス」が世界的に提唱された。乳腺自己触診による乳がん発見・乳がん死亡率は改善しなかったこともあり、乳房を意識する生活習慣という意味で注目されており、4つのポイントがある。

- 1 自分の乳房の状態を知る（しこりを探す自己触診というより、気軽に入浴中などの生活習慣に乳房を意識する）
- 2 乳房の変化に気をつける（腫瘍の自覚、分泌物、ぴらん、皮膚の陥凹・引きつれ、乳房痛）
- 3 変化に気づいたらすぐに医師へ相談する
（早期にうちに見つけると治る可能性が高くなり、体と費用の負担が少なくなる）
- 4 40歳になったら2年に一回乳がん検診を受ける（乳がん死亡率減少効果が証明されているマンモグラフィ検診）

さらに当診療所としては、平成27年4月からマンモグラフィを実施した人対象に乳腺エコーによる健診を一部のコースのオプション検査として開始した。まず一般受診者で拡大し、さらに体制を整えて対象を徐々に拡大している。

婦人科検診（表14）では、異常なしは69.2%、要精密検査は12.0%であった。令和元年（60.8%、15.3%）に比べ、令和5年は異常なしが増加し、そして要精密検査はやや減少している。平成26年度に日母分類からベセスダ分類に変更してから、要精密検査は大きくは変わらなかったが、わずかに増加傾向である。しかし、平成15年度は7.1%であったことからすると、要精密検査は、ここ最近では増加している。令和2年度からはオプションとして経膈エコーを加え、更なる検診内容の充実を図っている。まだ小さな子宮筋腫で年一回フォローアップされている方々に、検診において一緒に大きさを経過観察できると受診者に好評である。

子宮頸部細胞診の内訳では、異常なしのNILMは98.7%とやはり大多数を占め、要精査となるLSILが0.1%、ASC-USが1.0%、ASC-Hが0.1%、そして日母分類でⅢ～Ⅳを示す高度異型なHSILは0.1%（1名）と今年では少なかったが毎年2～3名ほど見つかった。また腺がん系のAGCは今回も0名であった。ただしこの統計には入っていないが、変則的な運用として午前中に定期健診枠として約200名程度が乳腺婦人科を受けている。若い年代の方では数名HSILが見つかり、婦人科での慎重なフォローアップを受けていたり、円錐切除術を受けている。また、平成26年度からオプションでハイリスクHPV検査も受けられるように変更している。

表14 婦人科検診

	女			合計	
	人数	構成比	乳腺婦人科	人数	構成比
異常なし	574	69.2	6	580	68.8
心配なし	137	16.5	4	141	16.7
経過観察	19	2.3	0	19	2.3
要精査	100	12.0	3	103	12.2
加療中	0	0.0	0	0	0.0
合計	830	100.0	13	843	100.0

表14b 細胞診内訳

	女			合計	
	人数	構成比	乳腺婦人科	人数	構成比
NILM	819	98.7	13	832	98.7
ASC-US	8	1.0	0	8	0.9
LSIL	1	0.1	0	1	0.1
HSIL	1	0.1	0	1	0.1
ASC-H	1	0.1	0	1	0.1
AGC	0	0.0	0	0	0.0
合計	830	100.0	13	843	100.0

生活習慣病一次健診において要精密検査の指示を受けた受診者のなかで、当センターにおいて確認できたがん（または癌の疑いが強い）と診断された症例は7例で、その内訳は表15のとおりである。乳がんが3例、胃がんが1例、大腸がんが2例、肺がん1例であった（区健診の4例を含めると11例）。令和4年は4例、令和3年の5例と減少していたが、新型コロナウイルス感染症の流行が明けて数は増えてきていたが、流行前の平均10例よりまだ少なかった。また、今年は乳がんが3例と多く、去年度の年次報告記載後、新たに大腸がんの一例が判明している。区健診の項で後述するが、区健診で見つかったがんでも、大腸がん1例がある。このように最近、乳がんと大腸がんが多く見つかった。

表15 がん集計

部位	乳腺			胃(MALTリンパ腫)	大腸		肺
	女	女	女	女	男	男	女
年齢	66	48	73	71	66	46	60

乳がんの66歳女性の1例は、前年度にマンモグラフィ上の構築の乱れが疑われ要精査であったが、その前の年に乳腺外来で経過観察と言われていたため忙しくて受診できず、今年度では触診で触知しマンモグラフィ上で腫瘤影が見られたので至急受診となり、がん研有明病院に紹介となりstage0と診断されたが、セカンドオピニオンとして受診した埼玉医療センターで手術となった。1年前に診断したいところであったが、早期のうちに手術となった例であった。48歳女性の1例は、当所で初めての検診であったが、触診にて腫瘤をふれ、マンモグラフィ上も一致する部位にカテゴリー4の腫瘤影があり、当日乳腺外来受診し、MRI上リンパ腺転移を疑う3cm大の腫瘤を認め、本人が希望された東和病院から日本医大附属病院で手術となった。73歳女性の1例は、3年前にマンモグラフィ上局所性非対称陰影FADで要精査であったが、新型コロナウイルス流行時であったこともあり未受診で放置され、久しぶりの当所での健診時のマンモグラフィ上ではしっかりとスピキュラの見えるカテゴリー5の腫瘤陰影と変化していた。2日後の乳腺外来から横浜市東部病院へ紹介され、1ヶ月半後に手術となった症例であった。要精査となり2次検査ではがんでないこともあるが、必ず放置せずに精密検査が必要であると思われた。

胃がんの71歳女性の1例は、以前から胃レントゲン上で胃炎を指摘され、経過を見ていた方で今年度に胃体部小弯の粘膜不整がみられ、腹部エコー上には膵臓腫瘤を疑う物も見られたので、至急胃内視鏡検査を実施したところ、胃にMALTリンパ腫（Bリンパ球系の悪性リンパ腫）が見られ、膵臓腫瘤と疑われたものは腹部リンパ腺の腫脹と判断された。武蔵野赤十字病院に紹介され、進行の遅いがん（インドレントリンパ腫）なので、まずはピロリ菌を除菌して、厳格にCTフォローアップを受けている。この方は、2014年にピロリ菌抗体検査をオプションで受けて59倍の陽性の判定が出ていたが、症状もないのでピロリ菌除菌しておられなかった。ピロリ菌陽性の判定が出た方は、抗生剤アレルギーなどある場合を除き、除菌され、菌がいなくなったことを確認することをお勧めする。

大腸がんの66歳男性の1例は、健診で2日とも便潜血陽性で、当所にて大腸内視鏡検査を行ったところ4mm大とまだ小さなポリープであったが、ポリペプトミーされた検体からがん細胞が見られた。この時点で取り切れており、半年後に大腸内視鏡にてフォローする予定である。46歳男性の1例は、当所では初めての検診だったが、2本とも陽性であり、1ヶ月後に大腸内視鏡実施。S状結腸に3～4cm大の隆起性病変で病理もがんであったために、東京医大に紹介となる。

肺がんの60歳女性の1例は、健診胸部レントゲン上、前回まで見られなかった異常陰影が見られ、当所にて胸部CTをとったところ肺がんが疑われ、東海大学東京病院から日赤医療センター呼吸器内科に紹介になった。喫煙もされないが、最近多いとされる女性の肺腺がんであった。

2020年のがん拠点病院（735病院）集計では2019年に比べ6万人減ったことが報告された。2021年の集計ではやや増加したもののまだ以前と比較して少なく、また早期がんが減っていることが報告され、今後もまだ潜在的な進行したがんが発見されるのではないかとここ数年は注意して見ていくことが述べられていた。全国においても、**新型コロナウイルス流行によりがん検診の検診数減少や2次検査の未実施により、診断された人数が減り、それも早期での発見が減っていることが明らかである。**近い将来進行がんの増加が心配される場所である。当事業団としても、新型コロナウイルス流行期においても、しっかりと検診を受け、要精密検査になった時は必ず受診するように啓蒙していきたい。

検査自体もそうであるが、引き続き医師の診察など検診の精度を上げ、要精査を放置することなく精密検査を受けるようにするフォローアップ体制を練り、多くの症例の情報を得るべく努力したい。がんセンターを中心に地域などでも行われているが、日本人間ドック学会でも「ドック施設としてのがん登録」を計画しており、当施設でも積極的に協力していく予定である。

（山下 毅）

C. オプション検査

生活習慣病をより正確に把握するためや、がんのハイリスク者など、個々の受診者の状態によりオーダーメイドな健診を受けてもらうことを目標として、平成15年よりオプション検査項目を設定し、平成17年度よりセット項目を設定し、受診者にわかりやすく選択してもらうようにした。内容は血管機能検査（頸動脈エコー有無）、がん検査、肺がん検査、肝腎検査、乳がん検査で、それ以外に単項目検査でも受け付けている。平成20年度からは腎機能をより早期から反映するシスタチンC、脂肪細胞から分泌される抗動脈硬化的なサイトカインである アディポネクチン、緑内障の指標である眼圧検査など、項目を充実させてきた。また、平成23年度よりオプション検査に血清ピロリ菌抗体、甲状腺機能、アレルギー反応を追加した（オプション検査内で、血清ピロリ抗体とペプシノゲン法ができるので、一緒に行うとABC検診が実質できるようになった）。

平成26年から甲状腺セットをFT3 から甲状腺腫瘍マーカーであるサイログロブリンへと変更し、子宮がんに関連するハイリスクHPV検査、そして推定食塩摂取量などを追加した。

平成27年4月からは一部コースに限定しているが、乳腺エコー検査もオプション検査として実施しはじめている。ここ数年輸入感染症としての麻疹や風疹による先天性風疹症候群の流行や発症が問題となっており、免疫を持たない人は積極的に予防接種が推奨されている。そこで健診時に気軽に免疫を持っているかどうかを確認するため、血液で風疹・麻疹そして水痘とムンプスに関する抗体価を測れるように平成31年1月からオプションに追加した。また令和に入って厚生労働省は風疹の抗体検査そして風疹ワクチンの第5期定期接種がある特定年代の成人男性に無料クーポンを配布する事業を開始した。その事業にも当診療所・健診センターとしては早くから対応しており、忙しい受診者からは健診時に一緒に検査ができると喜ばれている。

さらに令和2年1月よりアレルギー検査項目の充実（MAST36）、腫瘍マーカーの充実（CYFRA、SCC、CA15-3、PIVKA-II）、血清フェリチン、内臓脂肪CTを開始している。また、婦人科エコーも導入し、婦人科検診の際に、触診だけではなく子宮筋腫や子宮体がんなどの病変も検査できるようになった。

そして、令和2年より午前中の生活習慣病健診や区健診の方だけでなく、午後に行う**定期健診**の方にも、項目は絞っているがオプション検査を受けることができるように対象を広げている。検査項目がますます充実し、受診者の方々に好評である。また、企業などとの契約上、検診項目のない腹部エコーやマンモグラフィなども希望すれば受けやすくなるようにしている。

表17はオプション検査の実施状況である。特に頸動脈エコーは例年増加していたが、新型コロナウイルス感染症流行時には減少したが、令和2年度から600名以上（今年度は613名）検査されている。軽度から強度までの頸動脈硬化を発見し、動脈硬化の危険因子をより積極的にコントロールする動機づけにすることができた。頸動脈エコーをきっかけに最近高血圧や高コレステロール血症の治療を開始される方が増えている。また、メディアで興味を持ち、初めて受ける人も増え、毎年繰り返し受けて動脈硬化の経過をみている人も多い。

また、腫瘍マーカーで特に有用とされているPSAは667名に実施した。今年はオプションでは前立腺がんは見つからなかったが、早期発見のためにも、50歳以上の人には毎年受けていただきたい項目である。

血清ピロリ菌抗体は、以前行っていた便中ピロリ菌検査に比べ、健診時で行う血液検査ですむこともあって検査する人が多く、健診におけるスクリーニングとして有用である。令和5年は、145名に実施した。平成25年4月より厚生労働省が「内視鏡検査により慢性胃炎が見られた人」を対象に、ピロリ菌の検査と除菌が保険診療内で受けられるようになった。ピロリ菌の話題が広がったこともあり、まず胃内視鏡を検査を行う前に簡易にできる検査として希望する人が増えてきたと考えられる。ただし、過去にピロリ菌を除菌された方ではこの検査方法で、除菌済みかどうかの判定法にはならないので、注意を促している。

また企業によっては個人で婦人科・乳腺の検診をオプションで受ける人が多くなり、婦人科がんの腫瘍マーカーであるCA125を追加して受ける女性が多くなってきた。

ハイリスクHPV検査は188名に実施した。HPV検査陰性でありベセスダ分類でNILMと両者とも異常のない人は、子宮頸がんになるリスクは少ないと判定される。オプションで婦人科検診を受けた人のなかから高度異形成のHSIL・ASC-Hとなった人が令和5年は1人ずつおり、両名とも円錐切除術を行っている。令和2年度から始まった婦人科経膈エコーは令和2年で96名、令和3年で211名、令和4年で197名、令和5年で188名の方が実施され、ご自身の子宮筋腫の経過観察などに役立てておられ、非常に好評である。

表17 オプション検査実施状況

		男性	女性	計
血管機能検査	Lp(a)	138	143	281
	ホモシステイン	133	139	272
	BNP	163	195	358
	尿アルブミン	184	198	382
	頸動脈エコー	258	355	613
	アディポネクチン	7	22	29
	シスタチンC	71	92	163
	インスリン	122	138	260
がん検査	HbA1c	12	10	22
	CEA	643	522	1165
	CA19-9	605	489	1094
	ペプシノゲン	195	165	360
	PSA	667	0	667
	CA125	0	480	480
	CYFRA	213	235	448
	SCC	175	289	464
	CA15-3	0	291	291
	PIVKA-II	214	243	457
	ヘリカルCT	53	28	81
	喀痰細胞診	7	1	8
肝・膵臓機能検査	HBs抗原	44	37	81
	HCV抗体	45	35	80
	AFP	128	105	233
	IV型コラーゲン	116	89	205
	アミラーゼ	183	155	338
甲状腺検査		36	144	180
その他	血清鉄	11	108	119
	フェリチン	11	104	115
	リウマチ	29	149	178
	骨密度	26	541	567
	眼圧	102	221	323
	眼底	104	195	299
	便潜血	4	29	33
	血清ピロリ菌抗体	62	83	145
	推定食塩摂取量	70	144	214
	血液型	11	30	41
	胃レントゲン	20	17	37
	腹部エコー	433	500	933
	乳腺触診	0	588	588
	MMG	0	676	676
	乳腺エコー	0	47	47
	婦人科	0	403	403
	HPV	0	188	188
	婦人科エコー	0	172	172
	非特異IgE抗体	8	21	29
	スギ	15	20	35
	ヒノキ	11	18	29
	ハウスダスト	9	18	27
	アレルギー（MAST）	35	106	141
風疹抗体（クーポン含）	28	55	83	
麻疹抗体	20	43	63	
合計		5421	9076	14497

健診項目に腹部エコー検査がない方に、オプションで腹部エコーを検査を受けるという方が多く、今年度は933名の方が受けられた。区健診の項で詳細に報告しているが、久しぶりの腹部エコーで膵がんが見つかった例もあり（6年度にも同じく膵がんが見つかる）受けていただきたい項目である。

推定食塩摂取量は、尿中のナトリウムを測定し、1日に摂取している食塩量を推定計算する。正確な値は24時間の蓄尿が必要であるが、健診での尿を用いて計算する方法が開発され、高血圧や慢性腎臓病の人の食事療法（減塩）指導時に役立てられている。令和元年国民健康栄養調査での食塩摂取量の平均は男性で10.9g、女性で9.3gであり、平成27年厚生労働省食事摂取基準では、男性で1日8g未満、女性で7g未満であったが、令和2年には男性で1日7.5g未満、女性で6.5g未満とより厳しくなっている。

また、日本高血圧学会による高血圧治療ガイドラインでは、高血圧の人はさらに6g未満を目標にしている。オプションで簡易に測定し、受診者がどの程度食塩を摂っているかを自覚することで、減塩に役立てていただきたい。年々検査する方が増え、令和5年は214名の方が実施された。

乳腺エコー検査は、マンモグラフィを受けた一般受診者を対象に行っているが、令和5年は47名と実施している。マンモグラフィでは分かりにくい高濃度乳腺の方に有用であることがわかっている。今後も対象枠を広げる予定である。

アレルギー検査として、いっぺんに36項目のアレルギー反応があるかどうか分かるMAST36は、やはり年々増加しており今年度は141名の方が実施され、いかにアレルギーで悩んでおられる方が多いかを表している。

レントゲンではわからないような早期の肺がんを見つけることができる胸部のヘリカルCTは81名で実施している。風疹抗体価検査では、国の無料クーポンを利用した人を含みオプションとして検査した人は83名であった。また63名の方は麻疹・水痘・ムンプスの抗体価検査も行っている。中には十分な免疫を持っておられない方もおり、風疹や麻疹含有ワクチンの接種をお勧めしている。

（山下毅記）

D. 定期健康診断

定期健康診断は労働者に法律上求められている健診項目を中心とした健康診断で、当健診センターでは主に午後に行っている。生活習慣病健診に比べると検査項目が少ないので、主に企業における若年労働者を対象としている。

<対 象>

定期健康診断の受診者総数は男性1,021名、女性1,933名の総計2,954名で、令和4年に比べ男性500名ほどの増加、女性では1100名ほどの増加で合計約1,700名増加していた（表18）。これはある企業の健診割り当ての変更によるものである。年齢別では、30歳未満の人が36.5%、30～34歳の人が28.7%、35～39歳の人が27.7%を占め、生活習慣病健診に比べ、令和5年も明らかに若年層の受診者が多かった。

表18 年齢別受診者一覧 （名）

年齢	-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-	合計	男女構成比 (%)
男性	303	268	286	32	40	44	15	33	1,021	34.6
女性	775	580	532	9	8	10	10	9	1,933	65.4
合計	1,078	848	818	41	48	54	25	42	2,954	100.0
構成比	男性	29.7	26.2	28.0	3.1	3.9	4.3	1.5	3.2	100.0
	女性	40.1	30.0	27.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	100.0
	合計	36.5	28.7	27.7	1.4	1.6	1.8	0.8	1.4	100.0

<結果>

肥満度 (BMI) (表19) からみた肥満者の割合は、男性23.2%、女性11.6%と男性が令和5年も高かった。令和4年の男性28.9%、女性13.3%に比べ、男女とも低下していた。これは対象者の人数が増え相対的に若い人たちが増えているためと考えた。しかしここ数年来でみて、男女とも増加傾向が続いている。男女比は、以前は約3倍であったが、ここ数年は2倍と差が少なくなってきた。また生活習慣病健診での肥満者の割合、男性31.2%、女性19.9%に比べると、肥満者の割合は少ないものの、若年者が多い定期健診において男性の4人に1人以上が肥満ということであり、**若年時からの肥満対策の必要性**が強く示唆された。

表19 肥満度 (BMI)

		男		女		合計	
		人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
低体重	-18.4	96	9.4	343	17.7	439	14.9
普通体重	18.5-24.9	688	67.4	1,365	70.6	2,053	69.5
肥満1度	25.0-29.9	184	18.0	159	8.2	343	11.6
肥満2度	30.0-34.9	44	4.3	56	2.9	100	3.4
肥満3度以上	35.0-	9	0.9	10	0.5	19	0.6
合計		1,021	100.0	1,933	100.0	2,954	100.0

血圧 (表20) については、高血圧内服治療中の方は、男性3.5%、女性1.0%であった。生活習慣病健診の19.6%、11.0%に比べずっと少ない。年齢的なものによると考える。それ以外の未治療の方で、高血圧(境界域を含む)の割合は、男性6.4%、女性1.7%であり、圧倒的に男性に多くみられた。ここ数年でみると男性では増加しており、女性は減少傾向が続いている。生活習慣病健診での男性10.8%、女性7.6%と比べ、やはり若年者の多い定期健診ではまだまだ低い割合である。

表20 血圧

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
正常血圧	764	74.8	1,785	92.3	2,549	86.3
正常高値	156	15.3	97	5.0	253	8.6
高血圧	65	6.4	32	1.7	97	3.3
高度高血圧	0	0.0	0	0.0	0	0.0
治療中	36	3.5	19	1.0	55	1.9
合計	1,021	100.0	1,933	100.0	2,954	100.0

当所での判定基準

正常血圧：収縮期血圧130未満、拡張期血圧85未満
 正常高値：収縮期血圧130-139、拡張期血圧85-89
 高血圧：収縮期血圧140-179、拡張期血圧90-109
 治療中

正常高値：収縮期血圧130-139、拡張期血圧85-89
 高度高血圧：収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上

血液検査（表21）では、脂質異常症内服治療中の方は、男性3.1%、女性0.8%、要加療を含めた要精査は男性4.5%、女性1.1%であった。生活習慣病健診での比率は治療中が男性14.2%、女性11.4%、要精査は男性15.9%、女性11.2%であるので、やはり若年者の多い定期健診ではまだまだ低い割合である。しかし、今回からコレステロール中性脂肪別としない統計処理なので前回までと比較できないが、若い年代の男性では生活習慣病健診より中性脂肪・肝機能・尿酸では多い印象である。**若年男性においてまず高尿酸血症（痛風）や脂肪肝が増え、その後メタボリックシンドロームの傾向が明らかになってきているのではないかと考えられる。**

糖尿病治療中の方は、男性1.5%、女性0.3%、要加療を含めた要精査は男性4.4%、女性2.4%であった。生活習慣病健診での比率は治療中が男性5.4%、女性2.9%、要精査は男性21.3%、女性15.0%であるので、糖尿病においてもやはり若年者の多い定期健診ではまだまだ低い割合である。

定期健診は主に午後に行っているため、食後に検査値が変動する中性脂肪、血糖、そして尿糖に異常が出やすい。このため正確な健診（メタボリックシンドロームの診断をつける）のために**昼食を抜いてきていただくよう毎年指導し、年々改善されてきてはいるが、職種上無理な人や企業により徹底できていない場合もある。**今後も引き続き空腹で来ていただくように、受診者・企業ともに啓蒙指導を行っていきたい。

（山下毅記）

表21-1 脂質

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	482	47.2	1,113	58.0	1,595	54.3
B	70	6.9	287	15.0	357	12.1
C	308	30.2	409	21.3	717	24.4
D	115	11.3	88	4.6	203	6.9
要加療	14	1.4	6	0.3	20	0.7
治療中	32	3.1	15	0.8	47	1.6
合計	1,021	100.0	1,918	100.0	2,939	100.0

当所での判定基準

A：異常なし B：心配なし C：LDL120-159, TG150-249, HDL30-39

D：LDL160-199, TG 250-999, HDL0-29 要加療：LDL>200 TG>1000

治療中

表21-2 糖

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	816	79.9	1629	84.9	2445	83.2
B	14	1.4	81	4.2	95	3.2
C	131	12.8	155	8.1	286	9.7
D	33	3.2	37	1.9	70	2.4
要加療	12	1.2	10	0.5	22	0.7
治療中	15	1.5	6	0.3	21	0.7
合計	1021	100.0	1918	100.0	2939	100.0

当所での判定基準

A/B 異常なし・心配なし

C BS 100-109, HbA1c 5.8-5.9

D BC 110-125, HbA1c 6.0-6.4

要加療 収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上

治療中

表 21-3 肝機能

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	627	61.4	1726	89.9	2353	80.0
B	30	2.9	39	2.0	69	2.3
C	211	20.7	103	5.4	314	10.7
D	143	14.0	50	2.6	193	6.6
E	10	1.0	2	0.1	12	0.4
合計	1021	100.0	1920	100.0	2941	100.0

当所での判定基準

A 異常なし

B 他LDHを含め心配なし

C AST 41-50, ALT 36-50, γ GTP 46-99

D AST 51-149, ALT 31-149, γ GTP 100-499

E AST 150-, ALT 150-, γ GTP 500-

定期健康診断 まとめ

定期健康診断は生活習慣病健診より若年者の比率が高いため、要再検査の割合は低いが、男性においては、肥満、脂肪肝、中性脂肪、尿酸をはじめとするメタボリックシンドロームの割合が明らかに増える傾向にあり、女性においてもまだその数は少ないが、脂肪肝、高中性脂肪の傾向が増加している可能性がある。新型コロナ感染流行下においてさらに加速してきている可能性も考えられる。

若年時からの食習慣・運動習慣に対する対策が急務であり、当センターとしても、平成20年度より特定健診に準じて腹囲の測定を開始した。今後も企業の産業医や健康管理室と連携を深めていきたい。現行の特定健診は40歳以上とされているが、むしろ40歳以下からしっかりと対策していくことが必要であると考え。また、50歳以上の健診はがんを早期にみつけるためにも重要であり、できるだけ生活習慣病健診を受けてもらえるよう、引き続き企業に提案していきたい。

E. 区健診

区健診は新宿区や中野区の一般住民を対象として毎年行われている。平成20年度より始まった特定健診項目を含み（腹囲測定追加、メタボリックシンドローム判定）、ほぼ通年で実施されている。令和5年度は去年と比べ少し増えているが、COVID-19流行以前と比べまだ回復していない状況である。

当診療所において、基本健康診査、肺がん検診、胃がん検診、大腸がん検診、婦人科検診（頸部）、乳がん検診を行った。平成29年度から胃がん検診は胃内視鏡か胃部X線かを選択できるようになったために、胃・大腸がん検診は胃がん検診と大腸がん検診に分けるようになってきている。令和2年度では胃内視鏡はエアロゾル発生の可能性で中止したが、3年度からは換気や消毒など十分に感染予防対策を行い再開している。

当診療所においては、平成15年度より生活習慣病健診と一緒に回っていただいていた、複数の検診を一度に受けるので、受診者には好評である。

健康保険の種類によって異なるが、一般の成人病健診（基本健診）とともに特定健診が実施されている。新宿区では前年度から一般成人健康診査の年齢が30歳以上へと拡大された。

また平成23年度からデータをすべて健診システムに入力するようにしたので、問診・診察時や結果説明時に経年変化を見ることができるようになり、健診の質の向上や統計的検討に役立っている。また受診率を上げるためにも土曜日にも受けられる日時を設けたり、オプション検査を受けられる体制にし、好評を得ている。令和6年度からは特定健診第4期目が始まった。それに対応して、中性脂肪の随時採血や新しい問診票にも対応した。

健診項目と対象年齢

1. 基本健康診査（30歳以上）：問診、血圧測定、検尿（蛋白、糖、潜血）、血液一般検査（白血球、赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板）、血液化学検査（総蛋白、ALB、GOT、GPT、ALP、 γ GTP、尿素窒素、クレアチニン、eGFR、尿酸、総コレステロール、HDLコレステロール、non-HDLコレステロール、中性脂肪、血糖、ヘモグロビンA1c）、胸部X線、心電図、眼底検査、肝炎検査（まだウィルス検査を行っていない者）、PSA検査（男性希望者）
2. 肺がん検診（40歳以上）：胸部X線、喀痰細胞診（対象者・希望者のみ）
3. 胃がん検診（35歳以上）：胃部X線または胃内視鏡検査
4. 大腸がん検診（35歳以上）：便潜血
5. 婦人科検診（30歳以上）：内診、子宮細胞診（頸部）
6. 乳がん検診（40歳以上隔年）：マンモグラフィ
7. 胃がん精密検診：胃内視鏡検査
8. 大腸がん精密検診：便再検、注腸検査、大腸内視鏡検査ほか
（中野区は一般健康診査と大腸、乳腺触診、婦人科のみ）

<区健診結果>

基本健康診査、肺がん検診、胃がん検診、大腸がん検診、前立腺検診の受診者動向をまとめた（表23）。平成29年度から胃・大腸がん検診がそれぞれに分かれたので、平成28年度からの実施人数との比較を行った。延べ人数で2,270人と、令和4年と比較し約90人の増加となった。まだ令和元年度と比べ、延べではまだ500人ほど少ない。

表22 区健診集計

健診内容	男	女	R5	R4	R3	R2	R1	H30	H29	H28	
基本健康診査	145	356	501	516	543	445	636	665	642	671	
肝炎検査	28	35	63	10	26	24	70	114	64	48	
PSA	123	-	123	118	108	93	119	122	115	142	
胃がん	胃レントゲン	24	60	84	99	129	141	144	169	162	360
	胃内視鏡	56	111	167	95	238	0	210	138	204	-
大腸がん	134	341	475	477	520	396	558	599	578	608	
肺がん	137	336	473	484	507	386	561	583	539	582	
(含む一般胸部)			549	556)							
乳がん	-	201	201	194	225	137	248	254	253	310	
子宮がん	-	183	183	189	213	130	219	248	223	255	
延べ人数	647	1,623	2270	2,270	2,509	1752	2,765	2,892	2,780	2,976	

平成23年度からずっと新宿区は東京23区中ワーストワンのがん健診受診率で、数年間は区の推進策が効いたためかワーストから抜け出していたようだが、平成29年度から再びワーストワンに返り咲いたそうである。

令和5年度はがん検診の要精検者数は肺がん7人、胃がん0人、大腸がん25人で、要精検率（前年度）はそれぞれ、肺がん1.5（4）％、胃がん0（0）％、大腸がん6（6）％で、肺がんの要精検率は減少したが、胃がんで今回は0人であり、大腸がんで変化はなかった。ここ数年でみても、胃がんに関しては胃内視鏡実施する前と比べて明らかに要精検率は減っているが、大腸がんの要精検率は増加傾向にある。

肺がん検診の要精検者は、主に指定医療機関へ紹介することになっているが、当所でCTを受ける希望者も増えてきている。令和5年度には肺がんは見つからなかった。

胃がん検診において令和2年度は新型コロナウイルス感染症による非常事態宣言中であり胃部X線のみであったが、令和3年度からは胃の内視鏡検診が再開している。ここ3年ほど胃がんは見つからなかった。平成29年度から胃内視鏡による検診が始まったが、胃の内視鏡を受けた人は次年度では胃がん検診を受けられないという区の決まりなので、萎縮性胃炎のフォローアップで必要な方は保険診療で毎年内視鏡を受けた方がよいと説明している。

大腸がん検診の要精検者は当所にて大腸内視鏡検査を受けることができる（ただし、入院施設がないので80歳以上の方は、入院施設のある医療施設に紹介している）。今年は大腸がんが1名見つかった。86歳の女性の1例は毎年検診を受けられていたが、今年初めて2日中1日便潜血陽性であった。高齢のために聖母病院で大腸内視鏡を実施したところ進行癌であった残念な症例である。1日でも便潜血が陽性であれば、積極的に大腸内視鏡を受け、早期のうちにガンの芽を摘むことが重要であろう。今まで毎週木曜日の実施であったが、令和4年からは毎週月・水・木曜日に実施できる体制に変更している。

成人病基本健診の受診者も全体的に回復しているが、例年どおり女性が多く（男145人、女356人）、27年度から30歳以上が対象となったものの、60歳・70歳台が大部分を占めている。定年退職後の人が多く、自営業など働いている世代の受診状況は少ないようである。すでに高血圧、高脂血症、糖尿病などを治療している人はもちろん、検診を組み合わせ定期的に検査を受けている人も多い。肝炎ウィルス検査はこれまでに受けていない人のみ実施することになっているが、今回63名に実施したが、陽性者はいなかった。PSA検査は去年より5人多い123人に実施し、7名に擬陽性（精検率5.7％、前年度10％）であった。今年はい名はがん、1名はがんの疑いが見つかった。78歳男性の1例は、2021年

にPSA2.9であったが、今回は4.31と基準値をわずかに超えたくらいのグレーゾーンであったが、国際医療研究センター紹介し、早期癌であったことがわかった。79歳の男性の1例は以前から基準値ギリギリであり経過を見ましょとされていたが、去年もPSA5.08で要精査であったが、放置され、今回も5.00と軽度高値であったが、聖母病院でMRI検査を受け、がんの疑いが出たので、他院に生検及び治療目的にて紹介したとの報告があった。PSAの4から10までのグレーゾーンであってもしっかりと精密検査を受けることが重要である考えられる。

乳がん検診は201人（前年度194）、子宮がん検診は183人（前年度189）で、去年に比べ検診受診者乳がんで増加、子宮頸がんで減少した。要精査者数はそれぞれ3人（精査率1.5%、前年度3%）と1人（精査率0.5%、前年度0.5%）で、乳がんでやや減少し、今年度は健診では乳がんは見つからなかった。子宮頸がん要精査の1名はLSILと軽度の変化であった。

平成29年度より乳がん検診では触診がなくなった。マンモグラフィ検査は石灰化に鋭敏であるが、腫瘍が弱点であるので、オプションで触診や乳腺エコーを追加することや、自己触診を励行するように勧めている（ブレストアウェアネス）。また婦人科検診では子宮体がん検診がなくなった。体がん検診では検診時に操作するブラシにより出血などの合併症も多いので検診としては行われなくなる方向であった。しかし、月経異常などの自覚症状があるときには積極的に婦人科に受診するように勧めている。

なお、区健診実施者でオプション腹部エコーから膵がんが見つかった。64歳女性の1例は、区健診実施時に、自覚症状も全くなかったが、久しぶりの腹部エコー検査をされたところ、膵臓に異常陰影が見つかり、薬アレルギーのある方だったので造影CTは行わずに単純MRI検査を実施したところ膵がんが疑われ、慶應大学病院に紹介、術前化学療法ののちに手術にて膵がんとしては割と早期のstage IIということで、現在はフォローアップを受けておられる。

まとめと将来への展望

令和5年度の区健診は、上記のごとく大腸がん1例と前立腺がん2例とオプションから膵がん1例が発見された。（表23）

当診療所では、1日で一度に複数項目の検診が受診できることや、健診から外来へ連携もよいことから、以前から受診者数は増加していたが、ここ5年以上は飽和状態のため一段落していた。平成25年度から一般成人健康診査が30歳以上へと拡大されたが、まだ十分には浸透していないようで、受診者は少なかった。また胃がん検診が平成29年度から胃レントゲンと胃内視鏡が選択できるようになった。そのために隔年で受診者数が増減するようになった。

今後も健診の精度を上げていくように努めたい。

（山下毅記）

表23 がん集計

部位	前立腺		膵臓	大腸
性別	男	男	女	女
年齢	78	79	64	86