

2.健康診断活動

A. 生活習慣病健康診断 総論

令和7年度は、新型コロナウイルス感染症流行後も、引き続き感染症対策（職員のマスク・手指衛生の遵守や清掃・消毒・換気など）を十分に心がけて実施している。

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いるが、検査項目・判定方法の変更もあり適宜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。平成24年度の**HbA1cの国際標準化**に伴う表示の変更があり、それ以前の検査値を比較する時には注意を要する。**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。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、画像検査は全てデジタル化され、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、対象者には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。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令和3年度から実施され、さらに健診の心電図に関しても4年度から実施されている。

また臨床検査部門に関しては、令和7年度には全自動血球分析装置と肺活量測定装置を更新している。また、健診におけるエコー装置も3台とも更新した。放射線部門に関しては、令和5年度には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。令和7年度には胸部レントゲン撮影装置（フラットパネル）を更新した。また令和6年度には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、さらに一般のコースなどでは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30年度からの第3期ではnon-HDLコレステロールやeGFRが採用された。

さらに令和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に対応している。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。

胃の検診において、胃レントゲンは当然有用な方法ではあるが、最近で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検診**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る。

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。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。

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、特定健診の問診票の「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。これまでの問診では、「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、特定健診の問診表の「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、昨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。5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年度から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・更新し、精度管理のしっかりとした乳がん検診を行っている。

そして将来に向けて、2027年1月から新しい健診システムへの更新を現在進行中である。受診者にわかりやすい結果票の作成をはじめ、安全な情報管理・紙ベースからDX化（WEB問診等）、そして外来電子カルテとの情報共有などを実施する予定である。

（山下毅 記）

三越診療所・三越総合健診センターの設備



CT



マンモグラフィ

令和 7 年度実施状況

(令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月)

健診受診者延べ数

・生活習慣病健診	7,434名
・職域入社・定期健診	2,810名
・新宿区・中野区成人病健康診査	601名
計	10,845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7年1月1日～令和7年12月31日）生活習慣病健診の受診者総数は7,529名、男性3,298名、女性4,231名で、令和7年は前年との比較で、約90名増加した。令和2年の新型コロナウイルス感染症による健診一時中止と、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、その後は多少の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7年は男性で60歳以上、55～59歳、女性は50～54歳、60歳以上の受診者が多く、前年度と構成比はほぼ同じであった。また以前と比べると男女とも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	14	42	81	465	514	599	788	795	3298	43.8
女性	26	20	72	641	745	916	901	910	4231	56.2
合計	40	62	153	1106	1259	1515	1689	1705	7529	100
構成比	男性	0.4	1.3	2.5	14.1	15.6	18.2	23.9	24.1	100
	女性	0.6	0.5	1.7	15.2	17.6	21.6	21.3	21.5	100
	合計	0.5	0.8	2	14.7	16.7	20.1	22.4	22.6	100

〈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。肥満も肥満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31.4%で、女性肥満者の21.8%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7年は令和6年に比べ変化はなかった。ここ数年の傾向として、女性は変化が少なかったが、新型コロナウイルス感染流行後では女性もやや増加している。令和7年は6年の21.0%に比べ21.8%にまで増加している。そして、BMI値30以上の肥満者の割合で見た場合では男性は6.1%と令和6年の5.6%と増加したが、女性は5.4%で令和4年の4.9%に比べ増加し、特に肥満3度以上の割合は1.1%と、男性の0.9%より高かった。BMI 30以上の2・3度の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%、そして令和7年男性6.1%・女性5.4%と明らかである)

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せ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年から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、若年女性の痩せ問題とともに閉経期前後の女性の肥満への対応策も必要である。若年女性の痩せに関しては、貧血の悪化・生理不順など婦人科疾患そして将来の骨粗鬆症の発症など注意すべきであるが、最近「痩せ薬」としてのGLP-1受容体作動薬などを肥満もないのに使用される方も散見されるよう

になり、将来の健康に不安を感じる。また、閉経期以降の肥満に関しては、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、ウェスト・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100 cm² 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ている。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	115	3.5	619	14.6	734	9.7
普通体重	18.5～24.9	2147	65.1	2686	63.5	4833	64.2
肥満1度	25.0～29.9	835	25.3	694	16.4	1529	20.3
肥満2度	30.0～34.9	170	5.2	184	4.3	354	4.7
肥満3度以上	35.0～	31	0.9	48	1.1	79	1.0
合計		3298	100.0	4231	100.0	7529	100.0

血圧（表3）については、前述したように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21.3%、女性11.8%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53.0%、女性で67.1%と女性に多く、140/90以上の高血圧の方は、男性14.0%、女性11.5%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が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。5年との比較では、男性10.8%、女性7.6%から大きく増加したが、5年は一回測定法であり、高い方のみ2回目を測り、低い方の値を採用していたが、令和6年1月から人間ドックガイドラインに従って全員2回測定の平均値を用いるように変更しているため高血圧に入る方が増加したと考える。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。

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		1747	53.0	2838	67.1	4585	60.9
正常高値		388	11.8	406	9.6	794	10.5
高血圧		446	13.5	470	11.1	916	12.2
高度高血圧		16	0.5	16	0.4	32	0.4
治療中		701	21.3	501	11.8	1202	16.0
合計		3298	100.0	4231	100.0	7529	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
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14.5%、女性4.7%と、例年どおり男性は女性に比べ多かった。令和7年は令和6年と比べ男女とも減少していたが、以前の平成27年に比べても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「今までにウィ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、軽度の上昇でもウィ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(診療連携)を目指している。

近年、ウィ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性肝疾患として、**MAFLD**(代謝異常関連脂肪性肝疾患)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、当所にも基準値を含め検討していきたい。また、令和7年1月から当所でもAST、ALTとも異常なしを0-30とし、AST 31-40、ALT 31-35を心配なしに変更したので、異常なしが令和6年度は男性48.4%、女性73.6%であったが、令和7年度は男性42.8%、女性69.2%と男女とも減少している。

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	1411	42.8	2926	69.2	4337	57.6
B	869	26.3	700	16.5	1569	20.8
C	539	16.3	405	9.6	944	12.5
D	463	14.0	195	4.6	658	8.7
E	16	0.5	5	0.1	21	0.3
合計	3298	100.0	4231	100.0	7529	100.0

当所での判定基準

異常なし AST 0-40, ALT 0-35, γGTP 0-45

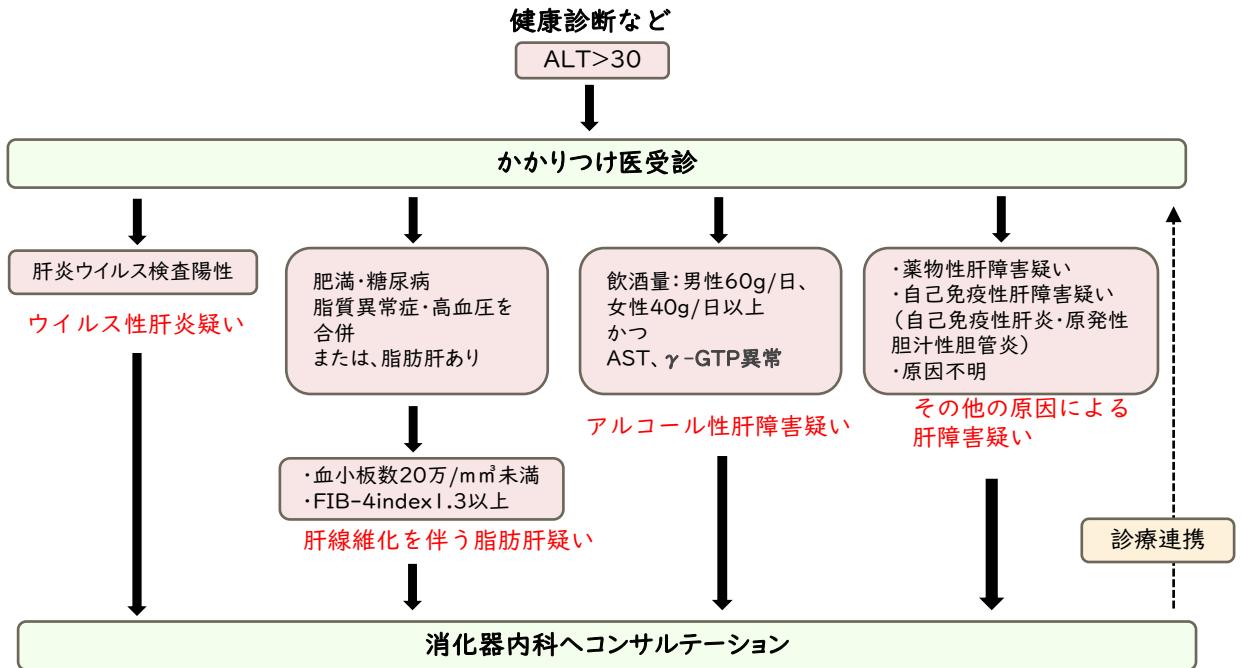
B 他LDHを含め心配なし

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15.6%、女性12.5%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14.1%、女性では9.4%であった。7年は6年に比べ男女とも増加していた。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	1115	33.8	1571	37.1	2686	35.7
B	146	4.4	378	8.9	524	7.0
C	1055	32.0	1358	32.1	2413	32.0
D	420	12.7	362	8.6	782	10.4
要加療	47	1.4	33	0.8	80	1.1
治療中	515	15.6	529	12.5	1044	13.9
合計	3298	100.0	4231	100.0	7529	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, TG250-999, 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6.4%、女性3.5%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16.8%に対し男性は21.6%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られる。

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。さらに最近ではSGLT2阻害薬の一部で、糖尿病だけでなく心不全や慢性腎臓病の適応がとれたので、現病歴が糖尿病がなくても糖尿病薬が処方され尿糖陽性の受診者も見られるようになり、問診と内服薬の不一致が出てきている。

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	1228	37.2	2220	52.5	3448	45.8
B	10	0.3	31	0.7	41	0.5
C	1138	34.5	1120	26.5	2258	30.0
D	574	17.4	626	14.8	1200	15.9
要加療	137	4.2	86	2.0	223	3.0
治療中	211	6.4	148	3.5	359	4.8
合計	3298	100.0	4231	100.0	7529	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2.3%、女性で1.5%と、令和6年の1.9%、1.5%に比較し男性でやや増加したが、ここ数年の傾向は男女とも1~3%台で安定している。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例くらいの頻度でみつまっている。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	2089	63.3	3046	72.4	5135	68.4
心配なし	846	25.7	847	20.1	1693	22.5
経過観察	288	8.7	252	6.0	540	7.2
要精査	72	2.2	63	1.5	135	1.8
加療中	3	0.1	2	0.0	5	0.1
合計	3298	100.0	4210	100.0	7508	100.0

心電図検査(表8)は、令和7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94.1%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0.8%、女性0.3%であり、要精査は男性5.2%、女性5.5%と6年の2.6%、2.3%に比べ増加している。これは心電図読影の医師が交代したための増加と考える。しかし、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る体制になり、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スコアや日本人データで開発されたHELT-E2S2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	1862	56.5	2679	63.4	4541	60.3
心配なし	1031	31.3	1150	27.2	2181	29.0
経過観察	205	6.2	154	3.6	359	4.8
要精査	172	5.2	234	5.5	406	5.4
加療中経過観察中	28	0.8	11	0.3	39	0.5
合計	3298	100.0	4228	100.0	7526	100.0

上部消化管X線検査(表9)では、異常なしが 令和7年も4割を占め、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1.7%、女性1.9%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。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)ピロリ菌除菌後の経過観察として、年1回の胃内視鏡検査をお勧めしているが、萎縮性胃炎の程度により間隔を延ばすことを勧める意見もあり、担当の消化器内科医によく聞いて、検診の間隔を調整することをお勧めしたい。

レントゲン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っており、モニターシステムも令和4年には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	451	46.1	228	33.4	679	40.9
心配なし	254	25.9	276	40.5	530	31.9
経過観察	257	26.3	165	24.2	422	25.4
要精査	16	1.6	13	1.9	29	1.7
加療中経過観察中	1	0.1	0	0.0	1	0.1
合計	979	100.0	682	100.0	1661	100.0

腹部超音波検査(表10)では、異常なしが男性20.8%に対し女性32.1%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7.0%、女性6.8%と、令和6年の男性6.7%、女性8.6%と比べてほぼ同じであった。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比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(MRIと腹部エコーによる定期検査)が見つかった時には進行度が高い膵臓がんの早期発見(2cm未満)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	284	20.8	370	32.1	654	26.0
心配なし	224	16.4	245	21.3	469	18.6
経過観察	763	55.9	457	39.7	1220	48.5
要精査	94	6.9	75	6.5	169	6.7
加療中経過観察中	1	0.1	4	0.3	5	0.2
合計	1366	100.0	1151	100.0	2517	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9.5%と女性8.0%であった。令和6年(5.6%、5.0%)に比べ、男女とも今年度は増加していた。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て以来減少していることが多かったが、平成27年の(7.9%、6.0%)と比べ男女とも今年は増加している。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%台と他のがんに対し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	2845	90.5	3563	92.0	6408	91.4
要精査	297	9.5	309	8.0	606	8.6
合計	3142	100.0	3872	100.0	7014	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9.4%、女性7.1%と、令和6年の要精密検査男性9.5%、女性7.9%に比べほぼ同じであった。ここ数年の傾向では、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。特に視神経乳頭陥凹拡大という緑内障を疑う所見の方が増えている印象である。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 眼底検査

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
異常なし	812	76.3	852	78.1	1664	77.2
心配なし	59	5.5	55	5.0	114	5.3
経過観察	93	8.7	107	9.8	200	9.3
要精査	100	9.4	77	7.1	177	8.2
加療中	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	1064	100.0	1091	100.0	2155	100.0

乳腺検診(表13)では、生活習慣病だけでなく定期健診・乳腺婦人科検診コースを含めて全体の受診者は2,184名実施し、要精密検査は2.8%であった。令和6年の受診者1,147名、要精密検査2.4%と比べ、要精密検査割合は変化ないが、受診者の数がほぼ倍増した。これは、ある企業において、受診補助が始まったためである。ここ数年の傾向で見ると、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。最近の話題として全国の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。

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、再び施設認定を受けている。

表13 乳腺検診

	女		定期健診等	合計	
	人数	構成比	人数	人数	構成比
異常なし	500	29.2	245	745	34.1
心配なし	1083	63.3	200	1283	58.7
経過観察	78	4.6	15	93	4.3
要精査	48	2.8	14	62	2.8
加療中	1	0.1	0	1	0.0
合計	1710	100.0	474	2184	100.0

最近注目されている概念として「プレスト・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、びらん、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を対象に乳腺エコーによる検診を一部のコースのオプション検査として開始して対象者を増やしてきていた。一般の乳がん検診においては令和7年1月よりマンモグラフィを中心として、視触診・乳腺エコーをオプションとして選択できるように変更して、企業においても乳腺エコー検査を選択できるようにした。

婦人科検診（表14）では、生活習慣病だけでなく定期健診・乳腺婦人科検診コースを含めて全体の受診者は2,169名実施し、異常なしは60.2%、要精密検査は12.8%であった。令和6年度の受診者数992名、要精密検査11.7%に比べ、受診者数がほぼ倍増した。乳がん検診と同じく、ある企業において、検診補助が開始されたからである。令和元年（異常なし60.8%、要精密検査15.3%）に比べ、令和7年は異常なしは同じくらい、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HPV検査の他に経膣エコーを加え、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98.3%とやはり大多数を占め、要精査となるLSILが0.6%、ASC-USが0.7%、そして日母分類でⅢ～Ⅳを示す高度異型なHSILが5名（0.2%）とASC-Hは2名（0.1%）見つかった。（区健診は別記）また腺がん系のAGCは今回も0名であった。

表14-1 婦人科検診

	女		定期健診等	合計	
	人数	構成比	人数	人数	構成比
異常なし	1054	64.7	251	1305	60.2
心配なし	289	17.8	216	505	23.3
経過観察	74	4.5	8	82	3.8
要精査	211	13.0	66	277	12.8
加療中	0	0.0	0	0	0.0
合計	1628	100.0	541	2169	100.0

表14-2 細胞診内訳

	人数	構成比	定期健診等	人数	構成比
NILM	1606	98.6	527	2133	98.3
ASC-US	8	0.5	7	15	0.7
LSIL	10	0.6	4	14	0.6
HSIL	3	0.2	2	5	0.2
ASC-H	1	0.1	1	2	0.1
AGC	0	0.0	0	0	0.0
合計	1628	100.0	538	2169	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
と診断された症例は11例で、その内訳は表15のとおりである。乳がんが1例、甲状腺がんが1例、肺がんが1例、膵
がん2例、大腸がんが3例、子宮頸がんが2例、前立腺がんが1例であった（区健診の2例を含めると13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、令和
5年は7例と増加し、令和6年で9例で今回は11例と多く報告されている。また、今年は大腸がんが3例、膵がんが2
例、子宮頸がんが2例と多い。今年は乳がんの発見は1例にとどまったが、最近では、胃がんがほとんど見られなくなり、
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	甲状腺	肺	大腸			膵臓		子宮頸		前立腺
性別	女	女	女	男	女	女	男	女	女	女	男
年齢	47	57	65	76	70	44	84	63	37	62	56

乳がんの47歳女性の1例は、前年にマンモグラフィ上、腫瘤陰影が見られ要精査判定であったが放置され一年後
腫瘤陰影は小さくなっていたが、構築の乱れが見られ、同時に行ったオプションの乳腺エコー上も腫瘤陰影が見えた
ので、東京医科大学に紹介され浸潤性乳管がんの診断を受けた。要精査となりがんでないものも多くあるが、要精
密検査と指摘された方は必ず放置せずに精密検査を行うことが必要であると思われた症例であった。また、オプショ
ンの乳腺エコー検査を同時に受け、早く診断治療に活かせるようになった。

甲状腺がんの57歳女性の1例は、オプションの頸動脈エコーを実施したところ、副所見として甲状腺右葉に15mm
ほどの内部混合性腫瘤が疑われ、当所の外来にて甲状腺エコーが行われ、辺縁不整が認められたため、慶應病院
にて生検をしたところ早期がんであった。その後、甲状腺右葉全摘を行いホルモン補充も必要がなく、術後経過観察
のみで経過良好である。オプションの頸動脈エコーから副所見として甲状腺がんが発見された例である。女性にお
いて、頸動脈エコー実施時に甲状腺の腫瘤や嚢胞が疑われることが多いが、その性状や血流の有無そして大きさに
よって精密検査を受けていただくこともある。

肺がんの65歳女性の1例は、胸部レントゲン上、右肺門部近くに目立ってきた所見が見られたため、当所にてCTを
実施したところ腫瘤が認められたので、NTT関東病院に紹介。ロボット支援胸腔鏡下手術を行い、浸潤性肺腺がん
ステージIIbであった。追加抗がん剤治療を終了され、経過観察中である。

大腸がんの76歳男性の1例は、当所にて毎年健診を受けられている方で、初めて便潜血陽性となり大腸内視鏡を
実施したところ大きめのポリープがあったので、JR総合東京病院に紹介され、ポリープ摘出したところ早期がん
であった。内視鏡で取り切れたために補助療法も必要なく経過観察している。70歳の女性の1例も、同じく毎年健診さ
れておられる方で、初めて便潜血陽性となり、大腸内視鏡を行ったところ13mm大のポリープであったために多摩北
部医療センターに紹介され、やはり早期がんであったため、術後補助療法が不必要であった症例である。44歳の
女性の1例は、シェーグレン症候群・血小板減少症の診断を受け、痔もあったために4年間便潜血陽性指摘されてい
たが、精密検査を行なっていなかった。今回は、便潜血2日法で2回とも陽性であったため、血小板が5万ほどである

ために、主治医の病院にて入院しながら大腸内視鏡検査を行なったところやはり早期がんであったが、内視鏡で取り切れた。大腸がんでも早期のうちは内視鏡で取り切れるので、陽性の方は必ず内視鏡を受けるように指導していきたい。

膵がんの63歳女性の1例は、5年ぶりにオプションで腹部エコーを行ったところ膵臓に1.9cmの腫瘤が見られた。当日CTを実施し、その画像を持って東京医大病院に紹介され、がんが診断された。その後手術となり化学療法開始、治療中上室頻拍症や心房細動を起こされ、当所循環器内科にてサンリズム開始安定しているが、半年後に肝臓への転移が見つかり現在CVポートにて化学療法を行なっている。84歳男性の1例は、健診時腹部エコーでは膵臓に所見は見られなかったものの、CA19-9値が1年前の30から522と増加を示したため、当所依頼にてMRI実施したところがんの可能性があるととのことで、慶應病院紹介された。そこでは腸管膜動脈リンパ節への転移が見られ、進行したstageIVと診断。年齢的にも手術はせずに現在化学療法を行なっている。この方もちょうど精査している頃に大動脈弁狭窄症にて同じく慶應病院にて低侵襲のTAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）を受けている。膵がんはやはり見つかった時には進行していることが多いので、腹部エコーやCA19-9の検査を繰り返し、早期のうちに診断されることをお勧めしたい。

子宮頸がんの37歳女性の1例は、以前から子宮筋腫にて経過を見ていたが、検診でHSILとなり、慶應病院にて精査したところ早期がんが見つかった。62歳女性の1例は、2019年ごろからオプション検査でほぼ毎年HSILを指摘され、精査を受けたり受けなかったりしていたが、今年は精密検査を受けた時には肉眼的にもがん化したようで、手術を行い免疫化学療法が実施されている。しっかりと医師のもとで精密検査を毎年受ける必要があると思われる症例である。乳がんもそうであるが、子宮頸がんも若く、就業年齢のうちに発症することが多いので、定期的に検診を受けることが非常に重要である。

前立腺がんの58歳男性の1例は、毎年オプションでPSA検査を受け、2台から3台そして今回は4.15と基準値を超えてきたため、近医にて再検査したところ5台にさらに増加され、針生検を行いがんの診断を受け、手術のみ受けたとのことであった。PSAは4~10のグレーゾーンであっても1年に1以上の増加が見られるときは要注意である。

2020年代前半は全国で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報告されていたが、当診療所でも同じ傾向であり、その後流行がひと段落した2023年ごろから増加に転じ、今年は新型コロナウイルス流行前の数を超えてきており、それも進行がんで見つかる例が増えてきている。当事業団としても、引き続き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ていただくようにするフォローアップ体制を作り、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。

(山下毅記)

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健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16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、コロナ流行時は一時減少した後、しばらくは増加傾向であったが、今年度は少し減って608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、特に2mmを超えるプラークがあるときは、LDLコレステロールをしっかりと100未満（できればより低く）にするなど、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、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。今年は前述したように、頸動脈エコーの副所見として精査したところ甲状腺がんが見つかった例もあった。

また、腫瘍マーカーで特に有用とされているPSAは614名に実施した。今年はオプションでは、前述したように毎年測定した58歳の方で、1例前立腺がんが見つかった。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7年は、89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。ピロリの除菌にて胃がんのリスクは3分の1に減ると言われており、除菌する人が増えたためか、最近胃がん発症の減少が見られている。一度は行っておきたい検査である。

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106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。前述したように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となった人が令和7年は1人おり、子宮頸がんが見つかった。令和2年度から始まった婦人科経膣エコーは初年度の令和2年は96名であったが、令和6年で180名そして令和7年で195名と200名程度の方が実施され、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。

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907名の方が受けられた。前述したように久しぶりのオプション腹部エコーで膵がんが見つかった例もあり、できれば毎年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、検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7.5g未満、女性で6.5g未満である。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7年は159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受診者を対象に行っているが、対象枠を増やしたこともあり令和6年は51名、令和7年は279名と大きく増加した。マンモグラフィでは分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。今後も対象枠をさらに広げる予定である。

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、今年度は95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60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27名であった。また22名の人は麻疹・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多く、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）

表16 オプション検査実施状況

		男性	女性	計
血管機能検査	Lp(a)	135	89	224
	ホモシステイン	134	93	227
	BNP	165	152	317
	尿アルブミン	180	163	343
	頸動脈エコー	271	337	608
	アディポネクチン	17	18	35
	シスタチンC	91	116	207
	インスリン	68	60	128
	HbA1c	7	7	14
がん検査	CEA	577	419	996
	CA19-9	543	371	914
	ペプシノゲン	428	271	699
	PSA	614	0	614
	CA125	0	383	383
	CYFRA	168	180	348
	SCC	157	213	370
	CA15-3	0	221	221
	PIVKA-II	184	182	366
	ヘリカルCT	37	23	60
	喀痰細胞診	13	3	16
	HBs抗原	13	10	23
肝・膵臓機能検査	HCV抗体	13	8	21
	AFP	156	71	227
	IV型コラーゲン	140	71	211
	アミラーゼ	183	109	292
甲状腺検査		24	93	117
その他	血清鉄	8	40	48
	フェリチン	10	53	63
	リウマチ	16	76	92
	骨密度	23	432	455
	眼圧	121	258	379
	眼底	145	366	511
	便潜血	8	26	34
	血清ピロリ菌抗体	31	58	89
	推定食塩摂取量	52	107	159
	血液型	5	10	15
	胃レントゲン	10	12	22
	腹部エコー	395	512	907
	乳腺触診	0	168	168
	MMG	0	462	462
	乳腺エコー	0	279	279
	婦人科	0	249	249
	HPV	0	106	106
	婦人科エコー	0	195	195
	非特異IgE抗体	2	7	9
	スギ	4	6	10
	ヒノキ	2	2	4
	ハウスダスト	5	1	6
	アレルギー(MAST)	27	68	95
	風疹抗体(クーポン 含)	10	17	27
	麻疹抗体	7	15	22
合計		5199	7188	12387

生活習慣病健康診断 まとめ

令和7年当センターで追跡確認できたがんの症例は、11例（区健診も含めて13例）と新型コロナウイルス流行時前の平均を超えてきている。今後も症例追跡を強化していきたい。また、ハイリスクな人には、必要ならば積極的にオプション検査のがんセット、肺がんセットそしてマンモグラフィを推奨し、早期発見に努めていきたい。

平成28年4月より特に生活習慣病に関する項目の基準値・判定基準の見直しを行った。そのために要精査の割合は、脂質代謝では大きく変わらなかったが、肝機能では特に男性で大きく減少、糖尿病では増加、血圧では少し減少し、総合判定としては大きな変化はなかった。

ここ数年男性では、肥満度が微増し、脂肪肝の割合が増加して、血清脂質（中性脂肪増加およびHDLコレステロールの低下）が進み、血糖値も増加している。血圧は薬剤治療が浸透してきたためかほぼ変化はないが、女性と比べてその頻度は高く、これはメタボリックシンドローム（内臓脂肪を伴うインスリン抵抗性の存在、高血圧、高中性脂肪、低HDLコレステロール、糖尿病・耐糖能異常、内臓肥満を合併する代謝障害）の増加を表し、将来の虚血性疾患や脳卒中などの動脈硬化疾患の増加につながるものと危惧される。コレステロールに関しても、女性ではここ数年異常者の割合が減少しているのに対し、男性では増加傾向にあり、現在労働環境が悪化している社会情勢のなかで生活習慣を改善するにはなかなか難しいものがあると考えられる。しかし、糖尿病予備軍のうちからしっかりと血糖コントロールしていくためにも受診者に啓蒙していきたい。

令和4年度から第4期目の特定健診・特定保健指導が始まっている。当センターでは平成17年1月からインスリン値、HOMAインデックスを全例測定し、平成17年7月からは他の健診センターに先駆け腹囲の測定を開始し、インスリン抵抗性やメタボリックシンドロームの診断を行っている。また、生活習慣病危険度を5項目でグラフ化し、動脈硬化危険因子の重複例には、より積極的な生活指導やフォローアップを啓蒙してきた。また平成9年日本動脈硬化学会診療ガイドラインそして平成30年度から始まった第3期の特定健診でもNon-HDLコレステロールが採用となったが、当センターではそれに先駆け平成25年度から心血管イベントの鋭敏なマーカーとされるコレステロールの指標（L/H比とnon-HDL）を結果表に示している。さらに今後も、特定健診の対象 外である40歳未満の人に対して積極的にアプローチしていきたい。

（山下毅 記）

動脈硬化におけるコレステロールの指標

$$L/H比 = LDLコレステロール / HDLコレステロール$$

2.5 以上は要注意

$$Non-HDLコレステロール = 総コレステロール - HDLコレステロール$$

170 以上は要注意

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>

令和7年の定期健康診断の受診者総数は男性909名、女性1,665名の総計2,700名で、令和6年に比べ男性40名ほど、女性では90名ほどの減少で合計約130名減少していた(表17)。前年は200名ほどの増加であったので、少し揺れ戻しのようである。年齢別では、30歳未満の人が32.8%、30～34歳の人が31.2%、35～39歳の人が26.5%を占め、生活習慣病健診に比べ、令和7年も明らかに若年層の受診者が多かった。

表17 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	264	237	226	31	31	47	33	40	909	35.3
女性	581	567	455	11	8	13	13	17	1665	64.7
合計	845	804	681	42	39	60	46	57	2574	100.0
構成比	男性	29.0	26.1	24.9	3.4	3.4	5.2	3.6	4.4	100.0
	女性	34.9	34.1	27.3	0.7	0.5	0.8	0.8	1.0	100.0
	合計	32.8	31.2	26.5	1.6	1.5	2.3	1.8	2.2	100.0

<結 果>

肥満度(BMI)(表18)からみた肥満者の割合は、男性24.4%、女性14.2%と男性が令和7年も高かった。令和6年の男性24.5%、女性11.6%に比べ、男性ではほぼ横ばい、女性は増加していた。ここ数年来みて、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、ここ数年は約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31.4%、女性21.8%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18 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	88	9.7	280	16.8	368	14.3
普通体重	18.5-24.9	599	65.9	1149	69.0	1748	67.9
肥満1度	25.0-29.9	172	18.9	179	10.8	351	13.6
肥満2度	30.0-34.9	42	4.6	45	2.7	87	3.4
肥満3度以上	35.0-	8	0.9	12	0.7	20	0.8
合計		909	100.0	1665	100.0	2574	100.0

血圧(表19)については、高血圧内服治療中の方は、男性5.2%、女性1.1%であった。生活習慣病健診の21.3%、11.8%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、高血圧の割合は、男性8.9%、女性3.6%であり、圧倒的に男性に多くみられた。令和6年の男性9.6%、女性2.6%と比較すると、男性はやや減少しているが、女性は増加している。ここ数年でみると、昨年度より2回測定法を採用したため増加したが、全般的には男性では増加しており、女性は減少傾向が続いている。また、生活習慣病健診での男性14.0%、女性11.5%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19 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	682	75.0	1527	91.7	2209	85.8
正常高値	99	10.9	60	3.6	159	6.2
高血圧	79	8.7	57	3.4	136	5.3
高度高血圧	2	0.2	3	0.2	5	0.2
治療中	47	5.2	18	1.1	65	2.5
合計	909	100.0	1665	100.0	2574	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

高度高血圧：収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上

治療中

血液検査では、脂質異常症内服治療中（表20-1）の方は、男性3.4%、女性1.1%、要加療を含めた要精査は男性9.2%、女性5.2%であった。生活習慣病健診での比率は治療中が男性15.6%、女性12.5%、要精査は男性14.1%、女性9.4%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、前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以前とは比較できないが、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（表20-2）の方は、男性1.5%、女性0.8%、要加療を含めた要精査は男性5.1%、女性2.9%であった。生活習慣病健診での比率は治療中が男性5.7%、女性3.3%、要精査は男性22.8%、女性15.5%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。

表20-1 脂質

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	487	53.6	963	58.2	1450	56.5
B	68	7.5	266	16.1	334	13.0
C	241	26.5	324	19.6	565	22.0
D	75	8.3	82	5.0	157	6.1
要加療	7	0.8	3	0.2	10	0.4
治療中	31	3.4	18	1.1	49	1.9
合計	909	100.0	1656	100.0	2565	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, TG250-999, HDL0-29

要加療：LDL>200 TG>1000

治療中

表 20-2 糖

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	698	76.8	1381	83.4	2079	81.1
B	11	1.2	33	2.0	44	1.7
C	140	15.4	182	11.0	322	12.6
D	39	4.3	39	2.4	78	3.0
要加療	7	0.8	8	0.5	15	0.6
治療中	14	1.5	13	0.8	27	1.1
合計	909	100.0	1656	100.0	2565	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 20-3 肝機能

	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
A	464	51.0	1427	86.1	1891	73.7
B	188	20.7	135	8.1	323	12.6
C	121	13.3	47	2.8	168	6.5
D	125	13.8	47	2.8	172	6.7
E	11	1.2	2	0.1	13	0.5
合計	909	100.0	1658	100.0	2567	100.0

当所での判定基準

異常なし AST 0-40, ALT 0-35, γ GTP 0-45
 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-

(山下毅 記)

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以降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。

(山下毅 記)

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、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。

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いる。COVID-19流行時には胃内視鏡はエアロゾル発生の可能性で中止したが、令和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。新宿区では令和4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ている。

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21）。

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2,199人と、令和6年と比較し約100人の増加となったがここ数年と変化はない。新型コロナウイルス感染前の頃がピークであった2,800人程度と比べ、延べではまだ600人ほど少ない。

令和7年度はがん検診の要精検者数は肺がん16人、胃がん14人、大腸がん31人で、要精検率（前年度）はそれぞれ、肺がん4（3）%、胃がん6（4）%、大腸がん7（6）%で、いずれの要精検率もわずかに増加した。ここ数年でみて、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。

表21 区健診集計

健診内容	男	女	R7	R6	R5	R4	R3	R2	R1	H30	H29	H28
基本健康診査	138	352	490	498	501	516	543	445	636	665	642	671
肝炎検査	10	45	55	47	63	10	26	24	70	114	64	48
PSA	119	-	119	113	123	118	108	93	119	122	115	142
胃がん	胃レントゲン	21	65	86	77	84	99	129	141	144	169	360
	胃内視鏡	55	102	157	113	167	95	238	0	210	138	-
大腸がん	132	335	467	431	475	477	520	396	558	599	578	608
肺がん	126	314	440	454	473	484	507	386	561	583	539	582
(含む一般胸部)			520	524	549	556)						
乳がん	-	196	196	186	201	194	225	137	248	254	253	310
子宮がん	-	189	189	170	183	189	213	130	219	248	223	255
延べ人数	601	1,598	2,199	2,089	2,270	2,199	2,509	1,752	2,765	2,892	2,780	2,976

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7年度には区健診からは肺がんは見つからなかった。

胃がん検診において、ここ4年ほど胃がんは見つからなかったが、今回胃の内視鏡実施者に生検でグループ4(がんの疑い)が一名出たが、紹介先の東京医大でははっきりしなかったために、厳格なフォローアップを受けておられる。また胃噴門部に大きな胃ポリープの症例では、通過障害を起こす可能性もあるので、循環器主治医のいる三宿病院にポリペクトミーの適応として紹介した。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)。7年度は区健診からはがんは見つかっていない。令和7年4月から消化器内科の常勤医が入団され、大腸内視鏡検査の症例数が増加している。今年は大腸がんの方が1例あった。79歳男性は、2023年に便潜血陽性で大腸内視鏡を受けたが、ポリープなどの病変はなかったが、今年は再び便潜血陽性となり、聖母病院にて内視鏡を行ったところ、大腸がんが見つかった。以前内視鏡検査を行い心配はなかったとしても、便潜血陽性となった時には、しっかりと精密検査を行うことが重要である。

成人病基本健診の受診者も全体的にわずかに減少傾向であるが、例年どおり女性が多く(男138人、女352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。肝炎ウイルス検査はこれまでに受けていない人へのみ実施することになっているが、今回55名に実施し、B型肝炎抗原陽性者が1名いたが、以前から陽性がわかっており安定されている方であった。PSA検査は119人に実施し、13名に擬陽性(精検率11%、前年度10%)であった。昨年まで2名ずつの前立腺がんもしくはがんの疑いの方がおられたが、7年度は区健診から1例見つかった。76歳男性は、4年前からPSAで3台であり、昨年は4.72そして今年は4.96をやや増加傾向にあった。新宿メディカルセンターで経過を見ておられたが、さらに増加傾向があったため生検を行いがんの診断が出て、その後ロボット手術を実施された。

乳がん検診は196人(前年度186)、子宮がん検診は189人(前年度170)で、去年に比べ検診受診者乳がん子宮頸がんとも少し増加した。要精検者数は乳がん5名(精検率2.6%、前年度3.8%)、子宮がん2名(精検率1.1%、前年度1.8%)であった。乳がんでは要精検率が少し減少した。7年度は乳がんの方は見つからない。

子宮頸がん要精査は、2例ともASC-USであり、HPV検査を行い経過観察となるのみで、7年度は子宮頸がんは見つからない。

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。

表 22 がん集計

部位	性別	年齢
大腸	男	79
前立腺	男	76

まとめと将来への展望

令和7年度の区健診は、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、COVID-19前のピーク人数からは少なくなっているが、ここ数年多少の増減はあるものも多くの方に健診を受けて頂いている。上記のごとく、7年度は大腸がんが1例と前立腺がんが1例のがんが見つかった。

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。区健診対象者もオプション検査を受けられるようにしている。

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）