

2.健康診断活動

A. 生活習慣病健康診断 総論

令和6年度は、新型コロナウイルス感染症流行もひと段落ついたが、引き続き感染症対策を十分に心がけて実施している。

<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

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項目中いくつか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し、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、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、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WINDOWS7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。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、VI）、SCC（V）、腺系ではAGC（III）、AIS（VI）、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ように体制を整えている。

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、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。昨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検診を行っている。

（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6年度実施状況

（令和6年4月～令和7年3月）

健診受診者延べ数

・生活習慣病健診	7,324名
・職域入社・定期健診	2,945名
・新宿区・中野区成人病健康診査	579名
計	10,848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6年1月1日～令和6年12月31日) 生活習慣病健診の受診者総数は7,445名、男性3,270名、女性4,175名で、令和6年は前年との比較で、150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6年は男性で60歳以上、55～59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	17	32	99	470	510	668	693	781	3270	43.9
女性	19	22	83	622	769	946	865	849	4175	56.1
合計	36	54	182	1092	1279	1614	1558	1630	7445	100.0
構成比	男性	0.5	1.0	3.0	14.4	15.6	20.4	21.2	23.9	100.0
	女性	0.5	0.5	2.0	14.9	18.4	22.7	20.7	20.3	100.0
	合計	0.5	0.7	2.4	14.7	17.2	21.7	20.9	21.9	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。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31.3%で、女性肥満者の21.0%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6年は令和5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、ここ6・7年は女性もやや増加している。令和6年は5年の19.9%に比べ21.0%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5.6%と令和5年の5.8%と減少したが、女性は5.2%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0.9%と、男性(0.7%)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瘦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、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、

検討を要すると思われる。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関係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	111	3.4	629	15.1	740	9.9
普通体重	18.5-24.9	2135	65.3	2670	64.0	4805	64.5
肥満1度	25.0-29.9	839	25.7	658	15.8	1497	20.1
肥満2度	30.0-34.9	160	4.9	179	4.3	339	4.6
肥満3度以上	35.0-	24	0.7	39	0.9	63	0.8
合計		3269	100.0	4175	100.0	7444	100.0

血圧（表3）については、前述したように昨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20.3%、女性11.6%であり、男性の方が多。130/85未満の正常血圧の方は、男性で54.7%、女性で68.6%と女性に多く、140/90以上の高血圧の方は、男性14.2%、女性11.1%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。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	1787	54.7	2864	68.6	4651	62.5
正常高値	353	10.8	365	8.7	718	9.6
高血圧	445	13.6	446	10.7	891	12.0
高度高血圧	19	0.6	15	0.4	34	0.5
治療中	665	20.3	485	11.6	1150	15.4
合計	3269	100.0	4175	100.0	7444	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15.9%、女性5.4%と、例年どおり男性は女性に比べ多かった。令和6年は令和5年と比べ男女とも増加していたが、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、 γ GTP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、 γ GTP、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、7年の結果では異常なしが減少することが予想される。

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	1583	48.4	3072	73.6	4655	62.5
B	284	8.7	293	7.0	577	7.8
C	884	27.0	584	14.0	1468	19.7
D	503	15.4	219	5.2	722	9.7
E	15	0.5	7	0.2	22	0.3
合計	3269	100.0	4175	100.0	7444	100.0

当所での判定基準

異常なし AST 0-40, ALT 0-35, γ GTP 0-45

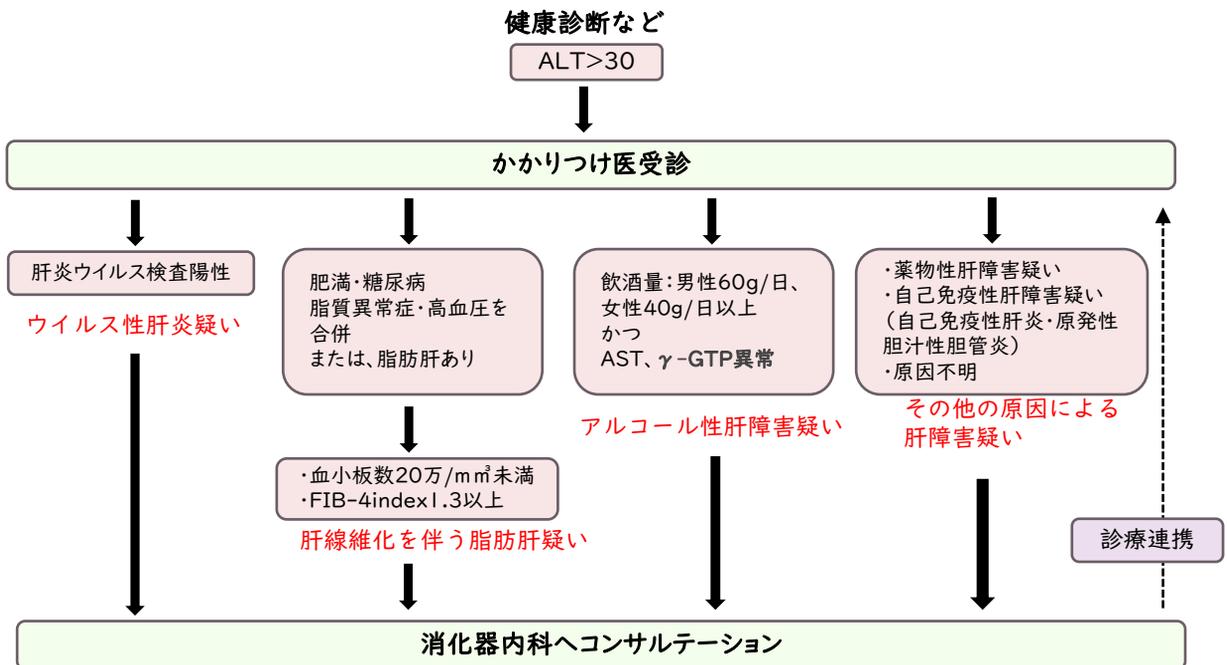
B 他LDHを含め心配なし

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-

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15.0%、女性12.1%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12.3%、女性では7.4%であった。6年は5年に比べ男女とも低下していた。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	1217	37.2	1652	39.6	2869	38.5
B	178	5.4	500	12.0	678	9.1
C	984	30.1	1205	28.9	2189	29.4
D	372	11.4	298	7.1	670	9.0
要加療	28	0.9	14	0.3	42	0.6
治療中	490	15.0	506	12.1	996	13.4
合計	3269	100.0	4175	100.0	7444	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5.7%、女性3.3%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15.5%に対し男性は22.8%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**にみ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	1185	36.2	2219	53.1	3404	45.7
B	12	0.4	35	0.8	47	0.6
C	1141	34.9	1136	27.2	2277	30.6
D	596	18.2	572	13.7	1168	15.7
要加療	149	4.6	75	1.8	224	3.0
治療中	186	5.7	138	3.3	324	4.4
合計	3269	100.0	4175	100.0	7444	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1.9%、女性で1.5%と、令和5年の1.2%、1.3%に比較し男女ともやや増加したが、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例くらいの頻度で見つかっている。新型コロナ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	2145	65.7	3232	77.9	5377	72.5
心配なし	803	24.6	705	17.0	1508	20.3
経過観察	259	7.9	152	3.7	411	5.5
要精査	54	1.7	44	1.1	98	1.3
加療中	6	0.2	15	0.4	21	0.3
合計	3267	100.0	4148	100.0	7415	100.0

心電図検査(表8)は、令和6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97%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1.0%、女性0.6%であり、要精査は男性2.6%、女性2.3%と5年の1.0%、0.7%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	1866	57.1	2535	60.8	4401	59.2
心配なし	1160	35.5	1385	33.2	2545	34.2
経過観察	127	3.9	133	3.2	260	3.5
要精査	84	2.6	94	2.3	178	2.4
加療中経過観察中	32	1.0	23	0.6	55	0.7
合計	3269	100.0	4170	100.0	7439	100.0

上部消化管X線検査(表9)では、異常なしが令和6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2.0%、女性2.1%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6年は、胃がん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)。

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。内視鏡につい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	504	50.2	246	35.2	750	44.0
心配なし	239	23.8	264	37.8	503	29.5
経過観察	241	24.0	174	24.9	415	24.4
要精査	18	1.8	15	2.1	33	1.9
加療中経過観察中	2	0.2	0	0.0	2	0.1
合計	1004	100.0	699	100.0	1703	100.0

腹部超音波検査(表10)では、異常なしが男性20.1%に対し女性31.6%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6.7%、女性8.6%と、令和5年の男性7.1%、女性8.5%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	265	20.1	357	31.6	622	25.4
心配なし	237	18.0	238	21.1	475	19.4
経過観察	729	55.2	436	38.6	1165	47.6
要精査	82	6.2	92	8.1	174	7.1
加療中経過観察中	7	0.5	6	0.5	13	0.5
合計	1320	100.0	1129	100.0	2449	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5.6%と女性5.0%であった。令和5年(6.5%、5.9%)に比べ、男女ともやや減少していた。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	2916	94.4	3583	95.0	6499	94.7
要精査	174	5.6	189	5.0	363	5.3
合計	3090	100.0	3772	100.0	6862	100.0

眼底検査(表12)では、異常なしが男女とも80%ならずであった。要精密検査は男性9.5%、女性7.9%と、令和5年の要精密検査男性8.0%、女性7.8%に比べ男性で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。特に視神経乳頭陥凹拡大という緑内障を疑う初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	702	77.1	827	78.5	1529	77.9
心配なし	49	5.4	57	5.4	106	5.4
経過観察	73	8.0	85	8.1	158	8.0
要精査	87	9.5	83	7.9	170	8.7
加療中	0	0.0	1	0.1	1	0.1
合計	911	100.0	1053	100.0	1964	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1,147名実施し、要精密検査は2.4%であった。平成5年の2.3%と比べほぼ変化はない。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		定期健診等	合計	
	人数	構成比	人数	人数	構成比
異常なし	379	41.0	152	531	46.3
心配なし	477	51.6	61	538	46.9
経過観察	46	5.0	5	51	4.4
要精査	22	2.4	5	27	2.4
加療中	0	0.0	0	0	0.0
合計	924	100.0		1147	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、再び施設認定を受けている。

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（腫瘤の自覚、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992名実施し、異常なしは65.1%、要精密検査は11.7%であった。令和元年(60.8%、15.3%)に比べ、令和6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0.3%、ASC-USが1.0%、そして日母分類でⅢ～Ⅳを示す高度異型なHSILとASC-Hは例年数名見られるが、今年は見つからなかった。(区健診は別記)また腺がん系のAGCは今回も0名であった。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14-1 婦人科検診

	女		定期健診等	合計	
	人数	構成比		人数	構成比
異常なし	545	68.1	101	646	65.1
心配なし	138	17.3	60	198	20.0
経過観察	30	3.8	2	32	3.2
要精査	87	10.9	29	116	11.7
加療中	0	0.0	0	0	0.0
合計	800	100.0	192	992	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	792	99.1	186	978	98.7
ASC-US	5	0.6	5	10	1.0
LSIL	2	0.3	1	3	0.3
HSIL	0	0.0	0	0	0.0
ASC-H	0	0.0	0	0	0.0
AGC	0	0.0	0	0	0.0
合計	799	100.0	192	991	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9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3例、膵が
ん1例そして原発は不明の腹膜がん1例であった（区健診の3例を含めると12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、今回
もさらに増加して流行前の平均10例に近づいてきた。また、今年は乳がん・大腸がんが共に3例と多い。後述するが、区
健診でも乳がんをオプションを含めると3例見つかった。このように最近では、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	大腸			膵臓	腹膜
	女	女	女	男	女	男	男	男	女
年齢	54	46	52	75	55	62	53	60	65

乳がんの54歳女性の1例は、前年に微細石灰化集簇が見られ要精査判定であったが放置され一年後石灰化が
増えており、検診当日に至急乳腺エコーを受けJR東京総合病院に紹介され浸潤性乳管がんの診断を受け手術後
ホルモン療法を受けている。要精査となりがんでないものも多くあるが、必ず放置せずに精密検査が必要であると思
われた症例であった。46歳女性の1例は、当所で初めての検診であったが、マンモグラフィ上にカテゴリー5のスピ
キュラを伴う腫瘤影があり、当日至急乳腺外来受診し群馬県立がんセンターに紹介され、stage II bの診断で全摘
手術の予定であると報告があった。52歳女性の1例は、マンモグラフィ上に以前見られなかった局所性非対称性陰
影が見られたため当初乳腺外来に受診され、MRI検査を受けたところがんの疑いがかなり高いとのことで、川口工
業病院に紹介され受診されている。その後の報告はまだない。

胃がんの75歳男性の1例は、検診の胃レントゲン上で胃前庭部の粘膜不整を指摘され、当診療所にて胃内視鏡
を実施したところclass Vの病理が出たために慶應大学病院に紹介されロボット手術の後、術後補助化学療法を
受けている。Stage III Aであった。また健診エコー検査にて膵嚢胞が見られ、当診療所にて造影CTを行ったところ
膵頭部に10mm大の膵嚢胞が確認されている。膵嚢胞は膵がんのリスクでもあるので、これも一緒に慶應大学病
院にてフォローアップされている。

大腸がんの63歳男性の1例は、当所にて大腸内視鏡検査を行ったところ直腸に潰瘍型のがんを認めため
に東京品川病院に紹介され、術前診断では進行がんであったが、腹腔鏡下での手術後の診断では
Stage Iの早期がんであったとの報告を受けた。術後補助療法が不必要であった症例である。

膵がんの60歳男性の1例は、オプションで腹部エコーを行ったところ膵臓に腫瘤が見られた。至急で来院し
ていただき、糖尿病の主治医のいる三井記念病院に紹介され、腹腔鏡下膵体鼻部切除を行い、術後化学療
法を行う予定となった。ちなみに健診時のCA19-9は1620、CEAは5.5といずれも高値であった。

腹膜がんの65歳女性の1例は、健診時腹部エコーにて腹水が見られ、至急当診療所で腹部CT検査実施、
腹水確認されたが子宮体がんの疑いはあるもののはっきりせず東京医科大学病院に紹介され、腹腔鏡を
実施したが原発巣不明の腹膜がんと診断され、外来にて継続通院していると報告があった。

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
行がひと段落したあとは、増加に転じ、今年は新型コロナウイルス流行前の数に戻ってきており、それも進行
がんで見つかる例が増えてきていた。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
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、婦人科健診の際に、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、項目は絞られ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、健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例年増加しており、コロナ流行時は一時減少したが、今年度は716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、毎年繰り返して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698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6年は、139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・乳腺の健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206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健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6年は1人おり、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、令和6年で180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。

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990名の方が受けられた。久しぶりの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6年は255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6年は51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て、今後も対象者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126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90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90名であった。また84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)

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(α)	171	175	346
	ホモシステイン	168	172	340
	BNP	198	220	418
	尿アルブミン	210	217	427
	頸動脈エコー	292	424	716
	アディポネクチン	16	20	36
	シスタチンC	91	91	182
	インスリン	139	152	291
	HbA1c	8	9	17
がん検査	CEA	674	527	1201
	CA19-9	629	486	1115
	ペプシノゲン	173	169	342
	PSA	698	0	698
	CA125	0	489	489
	CYFRA	229	241	470
	SCC	209	292	501
	CA15-3	0	308	308
	PIVKA-II	248	239	487
	ヘリカルCT	56	34	90
肝・膵臓機能検査	喀痰細胞診	6	1	7
	HBs抗原	55	35	90
	HCV抗体	56	36	92
	AFP	148	93	241
	IV型コラーゲン	126	84	210
アミラーゼ	208	169	377	
甲状腺検査	39	146	185	
その他	血清鉄	7	83	90
	フェリチン	8	79	87
	リウマチ	34	157	191
	骨密度	27	539	566
	眼圧	150	285	435
	眼底	150	286	436
	便潜血	7	28	35
	血清ピロリ菌抗体	64	75	139
	推定食塩摂取量	82	173	255
	血液型	11	10	21
	胃レントゲン	17	10	27
	腹部エコー	462	528	990
	乳腺触診	0	623	623
	MMG	0	713	713
	乳腺エコー	0	51	51
	婦人科	0	422	422
	HPV	0	206	206
	婦人科エコー	0	180	180
	非特異IgE抗体	9	23	32
スギ	8	26	34	
ヒノキ	8	26	34	
ハウスダスト	7	22	29	
アレルギー(MAST)	34	92	126	
風疹抗体(クーポン含)	23	67	90	
麻疹抗体	22	62	84	
合計	5977	9595	15572	

生活習慣病健康診断 まとめ

令和6年当センターで追跡確認できたがんの症例は、9例（区健診も含めても13例）と新型コロナウイルス流行時前の平均に戻ってきた。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>

定期健康診断の受診者総数は男性947名、女性1,753名の総計2,700名で、令和5年に比べ男性70名ほどの減少、女性では180名ほどの減少で合計約250名減少していた(表17)。前年は1,100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34.6%、30~34歳の人が31.0%、35~39歳の人が27.2%を占め、生活習慣病健診に比べ、令和6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	288	249	232	30	48	46	23	31	947	35.1
女性	645	587	476	10	6	9	11	9	1753	64.9
合計	933	836	708	40	54	55	34	40	2700	100.0
構成比	男性	30.4	26.3	24.5	3.2	5.1	4.9	2.4	3.3	100.0
	女性	36.8	33.5	27.2	0.6	0.3	0.5	0.6	0.5	100.0
	合計	34.6	31.0	26.2	1.5	2.0	2.0	1.3	1.5	100.0

<結 果>

肥満度(BMI)、(表18)からみた肥満者の割合は、男性24.5%、女性13.0%と男性が令和5年も高かった。令和5年の男性23.2%、女性11.6%に比べ、男女とも増加していた。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31.3%、女性21.0%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	82	8.7	286	16.3	368	13.6
普通体重	18.5-24.9	633	66.8	1240	70.7	1873	69.4
肥満1度	25.0-29.9	177	18.7	168	9.6	345	12.8
肥満2度	30.0-34.9	42	4.4	49	2.8	91	3.4
肥満3度以上	35.0-	13	1.4	10	0.6	23	0.9
合計		947	100.0	1753	100.0	2700	100.0

血圧(表19)については、高血圧内服治療中の方は、男性3.8%、女性0.9%であった。生活習慣病健診の20.3%、11.6%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9.6%、女性2.6%であり、圧倒的に男性に多くみられた。令和5年の男性6.4%、女性1.7%と比較すると、男女ともに増加しているが、これは生活習慣病健診のところで述べたが、血圧2回測定の前平均値を採用したためと考える。ここ数年でみると、その点を除いて考え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。また、生活習慣病健診での男性14.2%、女性11.1%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	723	76.3	1629	92.9	2352	87.1
正常高値	97	10.2	63	3.6	160	5.9
高血圧	87	9.2	46	2.6	133	4.9
高度高血圧	4	0.4	0	0.0	4	0.1
治療中	36	3.8	15	0.9	51	1.9
合計	947	100.0	1753	100.0	2700	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(表20)では、脂質異常症内服治療中の方は、男性3.2%、女性0.9%、要加療を含めた要精査は男性11.0%、女性3.7%であった。生活習慣病健診での比率は治療中が男性15.0%、女性12.1%、要精査は男性12.3%、女性7.4%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。**

糖尿病治療中の方は、男性1.6%、女性0.4%、要加療を含めた要精査は男性4.6%、女性2.0%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	450	47.5	1047	60.1	1497	55.7
B	111	11.7	344	19.8	455	16.9
C	251	26.5	271	15.6	522	19.4
D	98	10.3	62	3.6	160	6.0
要加療	7	0.7	2	0.1	9	0.3
治療中	30	3.2	15	0.9	45	1.7
合計	947	100.0	1741	100.0	2688	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	736	77.7	1525	87.6	2261	84.1
B	12	1.3	54	3.1	66	2.5
C	141	14.9	120	6.9	261	9.7
D	30	3.2	26	1.5	56	2.1
要加療	13	1.4	9	0.5	22	0.8
治療中	15	1.6	7	0.4	22	0.8
合計	947	100.0	1741	100.0	2688	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	545	57.6	1552	89.0	2097	78.0
B	27	2.9	37	2.1	64	2.4
C	191	20.2	95	5.5	286	10.6
D	171	18.1	57	3.3	228	8.5
E	13	1.4	2	0.1	15	0.6
合計	947	100.0	1743	100.0	2690	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。令和6年度は5年度と比べ少し減少し令和4年度並みになっているが、COVID-19流行以前と比べ減少傾向が続いている。

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が胃部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。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、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でいて、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2,089人と、令和5年と比較し約90人の減少となった。まだ令和元年度と比べ、延べではまだ600人ほど少ない。

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ようである。

表21 区健診集計

健診内容	男	女	R6	R5	R4	R3	R2	R1	H30	H29	H28
基本健康診査	137	361	498	501	516	543	445	636	665	642	671
肝炎検査	11	36	47	63	10	26	24	70	114	64	48
PSA	113	-	113	123	118	108	93	119	122	115	142
胃がん	胃レントゲン	18	59	77	84	99	129	141	144	169	162
	胃内視鏡	37	76	113	167	95	238	0	210	138	204
大腸がん	122	309	431	475	477	520	396	558	599	578	608
肺がん (含む一般胸部)	128	326	454	473	484	507	386	561	583	539	582
乳がん	-	186	186	201	194	225	137	248	254	253	310
子宮がん	-	170	170	183	189	213	130	219	248	223	255
延べ人数	566	1,523	2,089	2,270	2,270	2,509	1,752	2,765	2,892	2,780	2,976

令和6年度はがん検診の要精検者数は肺がん15人、胃がん7人、大腸がん25人で、要精検率(前年度)はそれぞれ、肺がん3(1.5)％、胃がん4(0)％、大腸がん6(6)％で、肺がんの要精検率は増加したが、胃がんで今回は生検を含め7人に増え、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6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3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。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)。6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、大腸内視鏡検査の充実を期待している。

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137人、女361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にも実施することになっているが、今回47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113名に実施し、1名は10以上の陽性、9名に擬陽性(精検率10%、前年度6%)であった。去年は1名前立腺がん、1名はがんの疑いであったが、今年も2名のがんの疑いが見つかった。75歳男性の1例は、2022年3.3、2023年3.2と基準値内であったが、今回は4.72と基準値の4を超えてきたため新宿メディカルセンターに紹介したところMRIでがんを強く疑う所見が見られたとの報告があった。74歳の男性の1例は検診では5.59であったので東京医大に紹介したところ1ヶ月ほどで6.5に上昇したので、がんの疑いとしてMRIでの精密検査を追加すると報告をいただいた。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と考えられる。この2人以外にももう1人PSA10以上の陽性者がいたが、主治医のもとに行くとのことでその後はがんかどうかの情報は得られなかった。

乳がん検診は186人(前年度201)、子宮がん検診は170人(前年度183)で、去年に比べ検診受診者乳がん子宮頸がんとも少し減少した。要精検者数は乳がんで7名(精検率3.8%、前年度1.5%)、子宮がんで3名(精検率1.8%、前年度0.5%)であった。乳がんで是要精検率が増加したが、そのうち2名に乳がんが見つかった。82歳の女性は検診にて乳腺組織の構築の乱れが見られたので、山手メディカルセンターに紹介したところ浸潤性乳管がん

ステージⅡAで全摘手術後術後ホルモン療法を5年間行う予定との報告をいただいた。70歳の女性の例は局所的非対称所見が見られたため国立国際医療研究センター病院に紹介したところステージⅠの早期乳がんであり、手術予定となったとの報告をいただいた。なお、区健診対象者の78歳女性は、2021年に局所性非対称所見で精密検査を受け異常なしとのことであったが、今年は区健診の対象年ではないので、オプション検査を受けられたところ、その病変は増大傾向していたので、当所の診療所から山手メディカルセンターに再紹介したところ、ステージⅠの早期乳がんであったとの報告をいただいた。子宮頸がん要精査は、HSIL LSIL ASC-US 各1例ずつであった。子宮がんはいなかったが、HSILの56歳の女性は、山手メディカルセンターに紹介し、コルポスコピーによる組織診でCIN3とがんの一手手前の状態であった。

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、腫瘤が弱点であるので、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（プ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。

まとめと将来への展望

令和6年度の区健診は、COVID-19のため2年度で受診者を大きく減らしたが、徐々に回復してきている途中である。上記のごとく乳がん2例とオプションからも乳がん1例が発見された。（表22）それ以外にもがんの疑いが強いものは胃がん1例、前立腺がん2例発見されている。

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、COVID-19流行後は落ち着いてきたようである。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るようにしてから、オプション検査からも毎年1例ずつ顔が見つかっている。

今後も健診の精度を上げていくように努めたい。

表22 がん集計

部位	性別	年齢
乳腺	女性	82
	女性	70

（山下毅記）