

Activity Report 2024

令和6年度
事業年報



はじめに



公益財団法人
ちば県民保健予防財団
理事長 藤澤 武彦

日頃より、公益財団法人ちば県民保健予防財団の事業運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、「令和6年度事業年報」を発刊いたしました。今号より表紙デザインを一新するとともに、各種統計表につきましても、国及び学会の方針に基づいた内容の更新を行いました。実績データのうち、胸部検診、がん検診、循環器検診、人間ドックに関しては、当財団の専門医が作成した考察・評価を掲載しております。

また、公益財団法人としての重点的の事業である「調査研究事業」及び「普及啓発事業」については、項目ごとに年間の活動及び実績をまとめて掲載いたしました。調査研究事業の詳細は、当財団が発刊している「調査研究ジャーナル」に掲載しておりますので、本誌と併せてご一読賜り、皆さまの保健活動等の一助としてご活用いただければ幸いに存じます。

当財団は、総合健診機関として県民の皆さまへ「安全」と「安心」を提供することを目的に、精度の高い健診・検査を実施することを使命としております。平成25年には臨床検査室の国際規格であるISO 15189を取得し、以来、認定範囲の拡大及び定期的な更新を重ねてまいりました。令和6年10月には、2022年版の更新認定を受けております。今号のトピックスでは、認定の更新に向けた取り組み等の詳細な内容について紹介しておりますので、ぜひご高覧賜りたく存じます。

近年、国内では訪日外国人の増加や在留外国人比率の増加により、医療現場における外国語対応の必要性が一層高まっております。他方で、令和7年には大阪・関西万博が開催され、国際社会における文化発信の重要性が改めて注目されております。当財団では令和6年3月に策定した「第4期5か年基本計画」において、「財団の事業を広く周知するための戦略的な広報の実施」を掲げ、より多くの方々に当財団の活動を知っていただくべく、事業年報の概要英語版を作成し、ホームページ上で公開しております。

今後とも、当財団は千葉県、大学、医師会をはじめとする関係機関との緊密な連携のもと、県民の皆さまのご理解とご支援を賜りながら、健康づくりの推進に一層尽力してまいります。末筆ながら、皆さまの変わらぬご指導・ご鞭撻を心よりお願い申し上げます、発刊の挨拶とさせていただきます。

令和8年1月

公益財団法人ちば県民保健予防財団

事業の目的

(公益財団法人ちば県民保健予防財団定款第3条)

この法人は、千葉県における結核をはじめとする感染症、がんその他生活習慣病等の予防に関する支援並びに県民が求める健康の保持増進へ向けた調査研究及び普及啓発を行い、もって公衆衛生と福祉の向上に寄与することを目的とする。

基本理念

(平成25年4月1日改正)

私たちは、健診・検査・調査研究を通じて、疾病の早期発見・予防に努め、県民の皆さま一人ひとりの健康づくりを支援し、地域社会に貢献します。

基本方針

(平成25年4月1日改正)

1. 県民の皆さまから、「信頼」「満足」「安心」いただける正確で迅速な健診・検査を実施します。
2. がん、感染症、生活習慣病予防などの健診機関として、精度の高いサービスを提供します。
3. 公衆衛生や予防医学の向上に寄与し、県民の健康づくりを支援するため、調査研究に取り組むとともに、普及啓発に努めます。
4. 公益法人として、公正かつ透明な事業活動に徹するとともに、豊かな社会の実現に尽力します。

コーポレート・スローガン

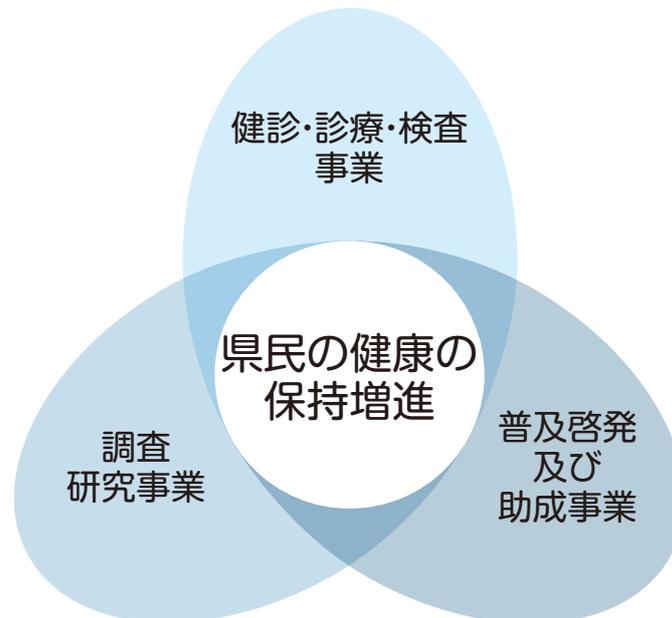
(令和6年1月31日制定)

『あなたとつくる 明日の健康』

これからの医療が、高度先進的な取り組みにより、新たな治療法を開発することが重要なことはいうまでもありません。しかし、同様に重要なことは、国民一人ひとりが、自分の体調や医療に興味を持ち、正しい健康意識を持つことです。病に罹ることなく、安心して社会生活を送れるよう導いていかなければなりません。

近年、わが国では、すべての年齢層や社会階層を対象に、疾病予防・健康づくりへの取り組みが進んできています。地域での健康づくり、生活習慣や労働環境の改善、疾病の予防などを支援していくことこそ、ちば県民保健予防財団の使命と考えます。

取扱事業



健診・診療・検査事業

県民の皆さまから「信頼」「満足」「安心」いただける、正確で迅速な健診・診療・検査を実施しています。

調査研究事業

研究の実施や学会等における研究発表など、公衆衛生や予防医学の向上に寄与し、県民の健康づくりを支援するための調査研究に取り組んでいます。また、『調査研究ジャーナル』を発行し、調査研究内容を定期的に報告しています。

普及啓発事業

広報誌の発行、各種メディアでの発信、県民や医療従事者などを対象とした各種講演会の開催、各種研修会への専門医師等の派遣など、県内の保健予防の普及啓発推進のため幅広く活動しています。また、県内の保健予防に関する活動・研究に対する助成事業も実施しています。

目 次

はじめに	1
事業の目的 基本理念 基本方針 コーポレート・スローガン	2
取扱事業	3
I. 令和6年度トピックス	7
1. ISO 15189：2022への対応について	8
2. 拡大新生児スクリーニング検査公費導入後の実績報告	11
3. 第4期特定保健指導の取り組みについて	14
4. マンモグラフィ検診車の更新を行って	17
5. プライバシーマーク更新審査について	20
II. 令和6年度健診・診療・検査事業	23
1. 全体概況	25
2. 地域保健事業	28
2-1 健康診査等	28
2-2 特定保健指導	29
2-3 胸部検診（考察・評価）	30
2-4 がん検診（考察・評価）	36
2-5 骨粗鬆症検診	78
2-6 肝炎ウイルス検診	79
2-7 個別検診	81
2-8 その他の検診	82
3. 学校保健事業	83
3-1 定期健康診断	83
3-2 結核検診	85
3-3 循環器検診（考察・評価）	87
3-4 腎臓検診	93
3-5 尿細菌検査	94
3-6 脊柱側弯症検診	95
3-7 がん検診	96
3-8 小児生活習慣病予防健診	98
3-9 寄生虫卵等検査	99
3-10 貧血検査	100
3-11 骨粗鬆症検診	101

3-12	予防接種	102
3-13	精密検査等	103
3-14	ストレスチェック	103
3-15	成人眼検診	103
4.	産業保健事業	104
4-1	一般健康診断	104
4-2	総合健康診断	105
4-3	特定保健指導	105
4-4	特殊健康診断	106
4-5	結核検診	108
4-6	がん検診	109
4-7	骨粗鬆症検診	111
4-8	予防接種	112
4-9	ストレスチェック	113
4-10	成人眼検診	114
5.	診療・人間ドック等事業	115
5-1	外来診療	115
5-2	人間ドック（考察・評価）	117
5-3	個別健康診断	121
5-4	予防接種	121
5-5	健康相談	122
5-6	労災保険二次健康診断	122
6.	検体検査	123
6-1	先天性代謝異常等検査	123
6-2	腸内細菌検査等	125
6-3	細胞診・組織診検査	126
6-4	結核感染診断検査	128
6-5	ピロリ菌検査	129
7.	その他	130
7-1	作業環境測定	130
7-2	情報処理	130
Ⅲ.	令和6年度調査研究事業実績	131
1.	論文・学会発表等	132

IV. 令和6年度普及啓発事業実績	135
1. 普及啓発	136
2. 講演会・研修会	143
3. ちば県民保健予防基金事業	192
4. その他	193
V. 財団の概要	195
1. 沿革	196
2. 登録・許可・認定等	199
3. 評議員・役員・顧問	202
4. 組織図	203
5. 職員状況	204
6. 施設概要	205
VI. 基本方針実現にむけて	207
1. 基本方針を実現するための方策	208
2. 品質管理	209
3. 精度管理	211
4. 個人情報保護	216
5. リスクマネジメント	217
用語解説	218

I. 令和6年度 トピックス

1. ISO 15189：2022への対応について	8
2. 拡大新生児スクリーニング検査公費導入後の実績報告	11
3. 第4期特定保健指導の取り組みについて	14
4. マンモグラフィ検診車の更新を行って	17
5. プライバシーマーク更新審査について	20

1. ISO 15189：2022への対応について

検査部一般検査課担当課長（精度管理担当） 廣田美和

1. はじめに

ISO 15189（臨床検査室－品質と能力に関する要求事項）は、臨床検査室に求められる検査の品質管理と技術的な能力を確保するためとして国際標準化機構（ISO）が定めた国際規格であり、2002年に初版が発行されてから定期的に改訂が行われ、2022年12月に4版となるISO 15189：2022が発行された。

当該規格では、臨床検査において正確で信頼性の高い検査結果を提供するためとして検査室における管理体制、検査手順、施設・設備や検査員の技術的な能力等に関しての要求事項を定めている。日本でISO 15189の認定審査を行う機関は、公益財団法人日本適合性認定協会（JAB）であり、2024年3月末までに303施設（衛生検査所：49施設、医療機関等：254施設）が認定を受けている。

2. これまでの経緯

ちば県民保健予防財団（以下「財団」という）では、検査室の品質と能力が国際基準を満たすことで、顧客（受診者、利用者等）へ安心と安全を提供することを目的としてISO 15189の認定取得を目指した。認定取得のためプロジェクトチームを2011年10月に立ち上げ、約1年間の準備期間を経て2012年11月にJABの審査を受け、2013年3月に国内で71番目、千葉県内の臨床検査機関では初めての施設として認定を取得した。

認定の有効期間は4年間で、更新に当たってはJABの審査員による4年に1回の更新審査があり、さらに更新審査の間に2回のサーベイランス審査が行われる。審査は、ISO 15189の800項目にもおよぶ要求事項について行われる（毎回、全ての項目について現地審査が行われる訳ではない）。

当財団では、認定後11年間で初回審査と3回の更新審査および6回のサーベイランス審査を受け、現在も認定を維持している。

3. ISO 15189：2022への対応について

（1）品質マニュアルの改訂と職員への周知

10年ぶりに改訂されたISO 15189：2022（4版）では、それまで使用されていた3版に対して以下に示すような主要な変更が加えられた。

- ① 従来のバージョンで要求されていた予防処置が、リスクマネジメントの考え方に置き換えられ検査室の活動全体における患者への危害のリスクを系統的に特定、評価、および管理することが求められたことから、リスクマネジメントに関する具体的な要求事項が多くの項目にわたって追加・詳述された
- ② POCT（point of care）の要求事項が新たに記載された
- ③ 試験所・校正機関の能力に関する国際規格であるISO/IEC 17025：2017や品質マネジメントに関する国際規格であるISO 9001との整合性を図るため、要求事項全体の項目に係る構成が再編された
- ④ 検査室が患者ケアの質を向上させることに、より重点が置かれた

これらの改訂に伴い、財団ではISO 15189の要求事項を確実に実施するために作成している品質マニュアルを改訂し、19版を作成した。改訂した19版については、ISO 15189の認定範囲に属する職員等を対象とした研修会を開催すると共に、Web上でも閲覧できるようにすることで、いつでも要求事項の内容を確認できるようにしている。

また、今回の改訂で重きが置かれているリスクマネジメントに対しては、これまで構築・運用してきたリスクマネジメント体制に加えて、新たに各業務に内在するリスクを詳細に特定し、その影響度を評価し防止策を講じることとした。これまでは、不適合事例に対する事後処置と再発防止策の実施のように、インシデントに対するリスクマネジメントが主であったが、今後はインシデントに至る可能性のある事柄をリスクとして捉え、予防的行動を取ることによりインシデントの発生を未然に防ぐよう努めることとしている。

(2) ISO 15189：2022に基づく認定の取得

ISO 15189：2022の改訂に伴い、ISO 15189：2012からの移行期間は3年間とされており、2025年12月末までが期限となっている。このことを踏まえ、財団では2024年8月にJABによるISO 15189：2022に基づいた更新審査を受けた。当該審査では、ISO 15189：2022の要求事項の一部に不適合があり是正処置を講ずる必要があるとして17項目が指摘された。これらの指摘項目については、指定された期間内に全ての是正処置を講じたことにより2024年10月に認定を受けている。

4. ISO 15189の認定取得に伴う意義と効果について

ISO 15189の認定取得とその維持に当たっては、審査料や更新料などの費用に加え、必要とされる文書の作成や定期的な見直し等の文書管理、審査前の準備や審査で指摘された項目については是正処置の実施と報告など、職員にかかる負担の増加を伴う。

一方、ISO 15189の認定取得後の職員は、規格の要求事項等を意識し実践しながら担当する業務に当たっており、その結果、今ではISO 15189の意図している検査の品質と検査能力の継続的な向上につながり、顧客に対して品質の高い検査結果の提供が図られているものと考えている。

5. おわりに

ISO 15189の認定を取得する意義は、ISO 15189が目的としている「臨床検査室の品質と能力を継続的に改善し、患者に信頼できる検査結果を提供できるようにすること」を担保するために規定している要求事項を実践し、以って検査室の検査能力を高めていくことである。

認定を取得後11年が経過し、これまで10回の審査を受けたことで、職員一人ひとりのISO 15189の認定取得に係る意義への理解は着実に深まりつつある。

今後、子宮頸がん検診におけるPCR法を利用したヒトパピローマウイルス遺伝子検査など、新たな検査方法や検査項目に係る需要は増えてくるものと想定される。遺伝子関連検査に当たっては、厚生労働省の通知（医政発0810第1号）の中で、遺伝子関連・染色体検査の精度の確保としてISO 15189等の検査施設の第三者認定の取得が勧奨されていることから、当該財団におけるISO 15189の要求事項への理解と認定の継続は一層重要となると考える。

ISO 15189の認定取得と維持には多くの費用や労力を要するが、今後も増加する検査方法や検査項目に対して、品質の高い検査結果を提供する能力を有していることの具体的な証明となり、顧客満足度と信頼性の向上のための手段として十分活用できるものであると考える。

【複写】




臨床検査室・特定健診対応臨床検査室

認定証

認定番号 RML00710

機 関 名 称：公益財団法人 ちば県民保健予防財団

所 在 地：千葉県千葉市美浜区新港32番地14

貴機関は本協会の下記の基準に適合していることが認められましたので、ここに臨床検査室・特定健診対応臨床検査室として認定します。

適 用 基 準：ISO 15189：2022（英和対訳版）
 認 定 範 囲：附属書による。
 事 業 所：附属書による。
 有 効 期 限：2029年3月31日

改定日 2024年10月28日
 更新日 2025年4月1日
 初回認定日 2013年3月21日

公益財団法人
日本適合性認定協会
理事長

三木 幸信

管理番号：RML00710-20241028

ISO 15189：2022の認定証

2. 拡大新生児スクリーニング検査公費導入後の実績報告

検査部一般検査課担当課長（教育担当） 稲田佳美

1. はじめに

新生児を対象とする先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング検査）は、先天性の重篤な疾患を症状が出る前に発見し、早期治療へと結びつけることを目的とした検査である。1977年に始まり、現在は20疾患を対象として全国的に公費で実施されている。

近年では、既存の20疾患以外にも対象を拡大する必要性が指摘されており、とりわけ脊髄性筋萎縮症（Spinal Muscular Atrophy：SMA）と重症複合免疫不全症（Severe Combined Immunodeficiency：SCID）の2疾患が注目されてきた。両疾患はともに遺伝子の異常により生じ、いずれも発症前に治療を開始することで予後を大きく改善できることが明らかになっている。

SMAは、脳からの運動シグナルを中継する脊髄前角細胞に異常をきたす遺伝子疾患であり、筋力低下、歩行障害、さらには呼吸障害を呈する。これまでは有効な治療が乏しかったが、近年、遺伝子治療薬や核酸医薬といった画期的な薬剤が開発され、発症前から治療を開始すれば正常な運動発達が期待できるようになった。

一方、SCIDは、免疫細胞の機能不全により極端に感染に弱くなる疾患であり、出生直後から重篤な感染症を繰り返すことが特徴である。診断が遅れると生命に関わるが、感染を起こす前に造血幹細胞移植などを行うことで救命が可能となる。また、患児には生ワクチン接種が禁忌であるため、早期に発見して適切な医療管理につなげることが不可欠である。

このような背景から、両疾患のスクリーニング検査が国（こども家庭庁）の実証事業として開始された。当財団は、国への申請者である千葉県・千葉市に働きかけ、2024年3月から始まった実証事業にいち早く参画した。それにより、SMAとSCIDの2疾患が「拡大新生児スクリーニング検査」として導入され、千葉県内で出生するすべての新生児が無料で検査を受けられる体制が整った。

2. 経緯

ちば県民保健予防財団では、全国に先駆けて段階的にSMA・SCID検査を実施してきた。

その経緯は以下の通りである。

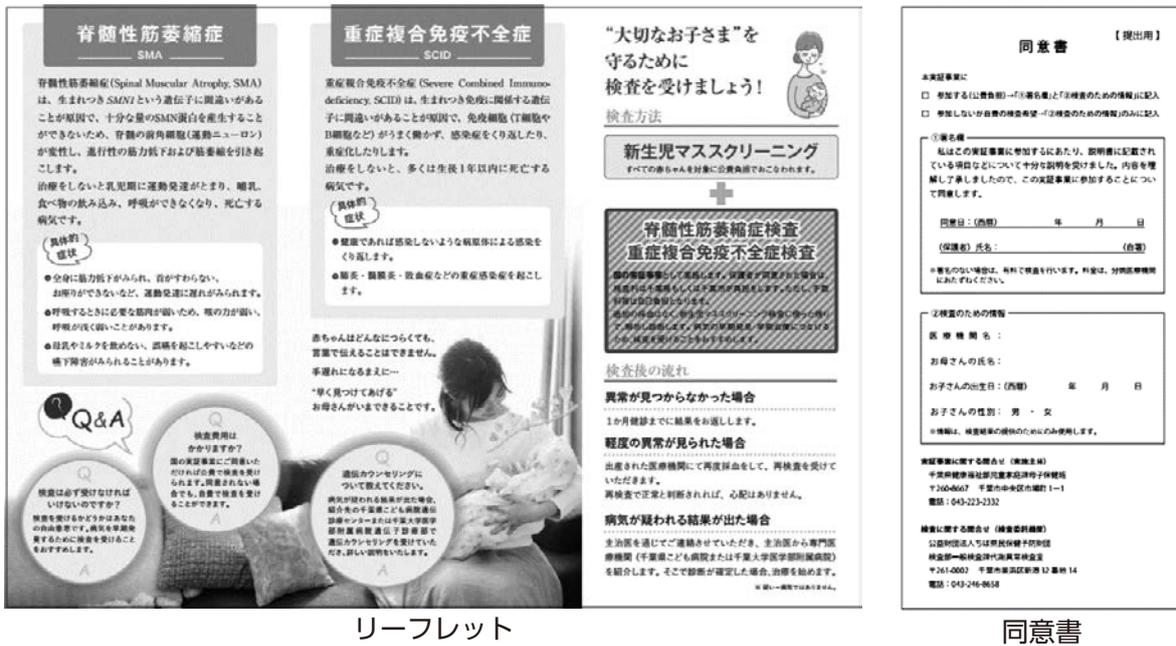
- ・2020年5月 獲得した研究費により、SMA検査を実装研究として無料で開始
- ・2021年4月 SMA検査を保護者負担による有料検査事業として継続
- ・2022年4月 対象疾患を拡大し、SCID検査を追加
- ・2024年3月 国・千葉県・千葉市が実施主体である実証事業への参加により、自己負担のないSMA・SCID検査の提供開始

国が開始した「新生児マススクリーニング検査に関する実証事業」では、都道府県や指定都市を通じてモデル的にSMA・SCIDの検査を行い、実証データを集めることにより、将来的な全国展開を目指すことを目的としている。

実証事業の実施要件は以下のとおりである。

- ① 保護者への十分な説明と、国の調査研究への活用についての同意取得
- ② 国の調査研究との連携・協力体制の構築
- ③ 陽性例が判明した際の迅速な説明・カウンセリング・治療につなげる医療体制の整備

当財団では実施要件に基づき、①については、検査内容を説明するためのリーフレットと、同意取得のための同意書を作成し配布した。②については、実証データ（検査数や陽性者数等の個人が特定されないデータ）を、実施主体である千葉県と千葉市を通じて国に提出した。③については、SMA陽性例は千葉県こども病院、SCID陽性例は千葉大学医学部附属病院にて専門的対応が可能となるよう体制を整備していただいた。



リーフレット

同意書

3. 導入後の実績と効果

こうした準備を経て、2024年3月からはSMA・SCIDの両検査が公費で導入され、千葉県内で出生するすべての新生児が無料で受検可能となった。結果として、より多くの新生児が発症前に診断と治療へ結びつけられる体制が確立された。

導入後は、検査の公平性が担保されるとともに受検率が大きく改善した（図表1）。保護者の経済的負担が解消された点も大きな成果である。さらに、陽性例に対しては迅速な精密検査や治療が可能となり、医療現場における早期対応体制が強化された。

特にSMAに関しては、治療薬剤が非常に高額である一方、新生児期にスクリーニングを行って早期治療を開始することは、導入しない場合に比して明確に費用対効果が高いことが報告されている。

4. 今後について

今後もすべての新生児の健やかな成長の支援のため、自治体および医療機関との連携を強化しつつ、新生児スクリーニングにおける対象疾患のさらなる拡大を進めていく予定である。

	先天性代謝異常症等 検査受検件数（件）	拡大スクリーニング 検査受検件数（件）	拡大スクリーニング 実施率（％）
2023年度	35,309	14,432	40.9
2024年度	34,100	30,564	89.6

図表1 拡大新生児スクリーニング検査実績

3. 第4期特定保健指導の取り組みについて

看護部集健看護課長 木村玲純
看護部集健看護課長代理 大同 茜

1. はじめに

2008年より特定健診・特定保健指導事業が施行され2024年度より第4期が開始となった。第4期では、ICTの活用促進や支援内容および取り組みの成果の明確化を図るため新たな評価方法が設けられた。これに準じて当財団としては、目標設定数や評価方法の統一化に努め、評価可能な計画内容、計画数を意識して支援を行った。また、支援回数や支援方法の多様化に対応するため、支援記録の一部ペーパーレス化に取り組んだ。

2. 第4期に合わせた取り組み

(1) 新たな保健指導プログラムの設定

支援期間は変更せず、支援プロセスを1回増やしプロセス評価200ポイントに設定、アウトカム評価として支援計画を2項目以上設けることにした。

(2) 支援内容の統一化に向けた試み

初回面接では導入から計画立案までに複数の支援媒体を使用していたため、スタッフが共通の手順で実施できるように、配布用リーフレットを新たに作成し、一本化した。

(3) 支援記録のデータ管理

記録用紙はこれまで全て手書きの仕様であったが、プログラムの流動性に合わせるため、支援内容の詳細はシステムへのデータ入力とした。

3. 結果

(1) 保健指導プログラムの実施評価

2024年4月から2025年6月末までに実績評価が終了した1,113名について分析した。また、対象の年齢層が異なる産業・地域別にも評価した。

【プロセス評価ポイント数の割合】

積極的支援におけるプロセス評価では、96%の方が160ポイント以上であった。200ポイント以上だった方は、全対象者85.3%（産業87.1%、地域72.0%）であった。

【アウトカム評価ポイント数の割合】

① 腹囲・体重減少により評価達成した者

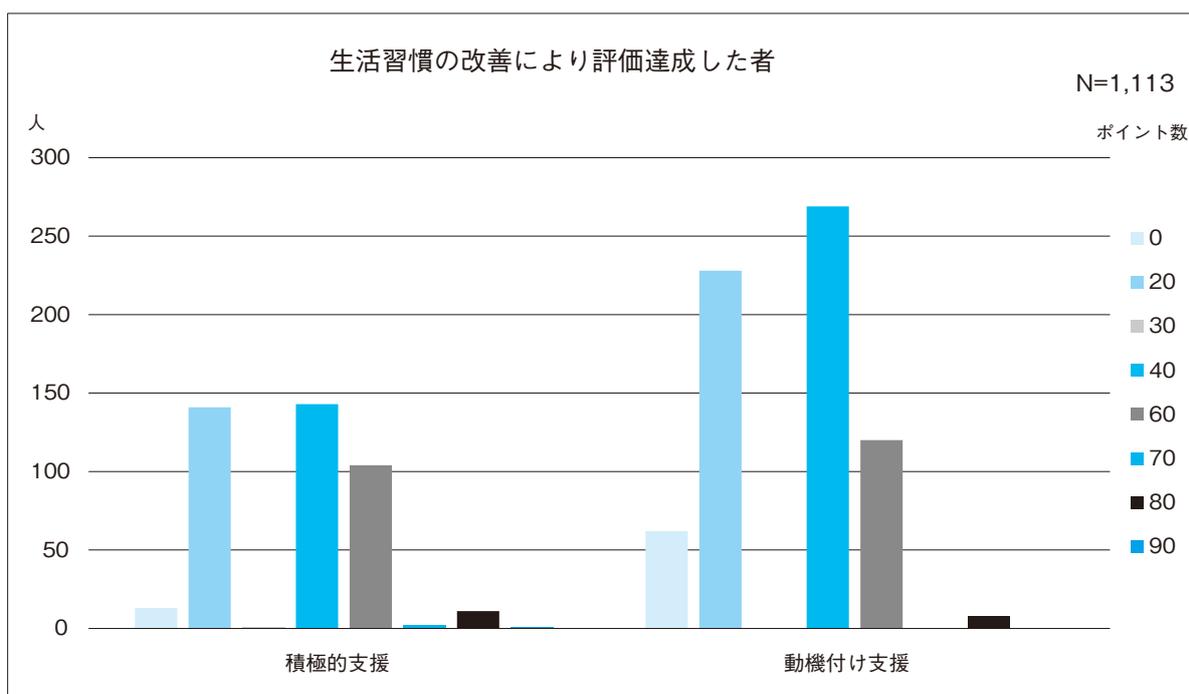
全体の21.0%が腹囲1cm・体重1kg以上の減量を達成した。支援区分別にみると積極的支援25.7%、動機付け支援18.4%であった。産業と地域別にみると産業は22.2%、地域16.5%の達成率となっていたが、支援区分別にみると地域は積極的支援にて30%と割合が高く、腹囲2cm、体重2kg減少となった方が24%であった。

(単位：%)

腹囲・体重減少により評価達成した者		内訳	区分	区分別割合	1 cm・1 kg減	2 cm・2 kg減
全対象者	21.0		積極	25.6	10.5	15.1
			動機	18.4	10.4	8.0
産業	22.2		積極	25.1	11.2	13.9
			動機	20.5	11.5	9.0
地域	16.5		積極	30.0	6.0	24.0
		動機	13.0	7.8	5.2	

② 生活習慣の改善により評価達成した者

2つ以上の項目を達成した者が最も多く全体の59.2%であった。1つ以上の項目を達成した者では92.9%とほとんどの方に改善がみられた。



【支援介入期間】

支援期間3か月だった者は81.6%、4か月以上となった者は18.4%であった。産業と地域別にみると地域の方が早期に終了する割合が多かった。

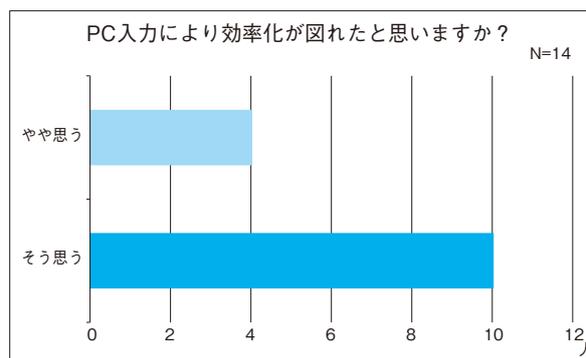
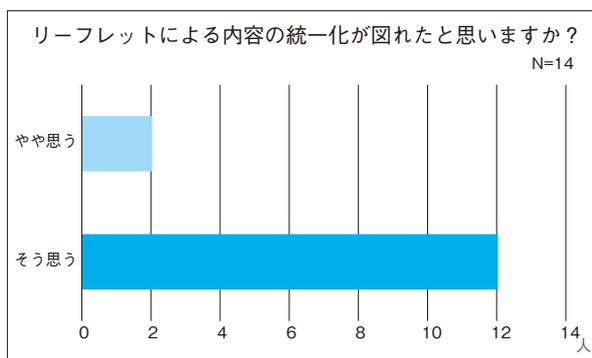
(単位：%)

	3か月	4か月以上
産業	80.1	19.9
地域	86.8	13.2

(2) リーフレットの活用や支援システムの運用に関して職員へアンケートを実施した。
 回答率は93.3% (14/15人) であった。

(単位：人)

質問	そう思う	やや思う	思わない
リーフレットによる手順・内容の統一化が図れた	12	2	0
記録のPC入力により効率化が図れた	10	4	0
進捗管理がしやすくなった	8	5	1



4. おわりに

第4期プログラムとして積極的支援の支援回数を増やしたが、85%以上の方へ計画通りの支援介入ができ、支援に要する期間についても第3期プログラムと大差がなかったことから、新規プログラムへの移行がスムーズであったと評価できる。生活習慣の取り組みについては、新たな評価指標としてアウトカム評価が導入され、減少値だけでなく行動変容についても数値化して評価できるようになり、今年度は2項目以上達成した者が59.2%と一定の効果が見られた。今後は行動変容達成率の経年の変化について検証していきたい。

支援方法の統一化、支援記録のデータ入力による効率化については、アンケート結果より90%以上が「効果あり」であったことから、支援方法の改善には一定の効果が得られたと考えられる。

一方で、入力に要する時間や記録内容のばらつきがみられ、支援者一人当たりの所要時間が長くなっている点は今後の課題といえる。その他の進捗管理では、システムの利用を導入し始めたところだが、システム化を進めるために必要な機能の明確化とそれに合わせた管理方法の構築を検討していく必要がある。

今後、更なる品質管理の向上に向けて、対象者へ提供する支援技術の研鑽と管理業務のシステム化を進めていきたい。

4. マンモグラフィ検診車の更新を行って

画像診断部集検放射線課診療放射線技師 岡村 萌

1. はじめに

2025年2月21日、マンモグラフィ検診車「コスモス5号」が納車された(写真1)。前身にあたるコスモス8号は2007年3月に導入され、初稼働より18年にわたり地域の健康づくりに貢献してきたが、車体および撮影機器の老朽化に伴い故障の頻度が増加したことから、車両更新の必要性が高まり、今回の新車導入に至った。

2. 千葉県のマンモグラフィ検診

現在、当財団ではマンモグラフィ検診車を7台所有し、千葉県54市町村のうち45市町村と県内の事業所に対しマンモグラフィによる乳がん検診を行っている。2019年末以降のCOVID-19流行に伴い、受診者数は著しく減少したが、ここ数年で徐々に回復傾向にある(図表1)。

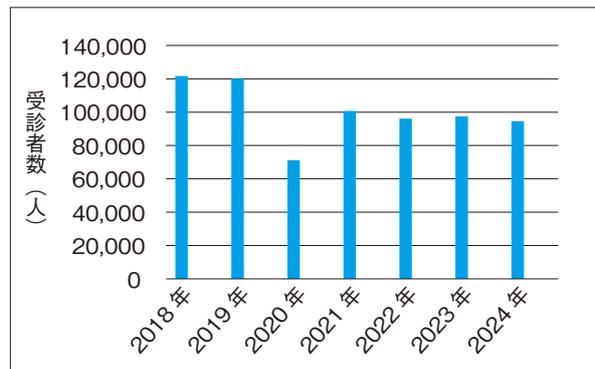
乳がんは、早期に発見し適切な治療を行うことで高い確率で治癒が可能であり、検診の定期的受診が何よりも重要である。しかし、厚生労働省『国民生活基礎調査』によれば、2022年の我が国における乳がん検診受診率は約47.4%にとどまっており、依然として低水準の状況が続いている。参考までに、厚生労働省『がん検診国際比較』によると、2019～2020年における欧米諸国の同受診率は60～80%、同じアジア圏である韓国においても65.9%と高水準を維持しており、国際的に比較すると我が国の受診率の低さを実感する。このような背景から、ポスター作成やイベント開催など、乳がんの早期発見と検診受診率の向上を目的とした取り組みが各地で進められている。また、『国民生活基礎調査』によると、2022年の千葉県における乳がん検診受診率は55%と全国平均をやや上回っており、当財団も巡回体制の拡充と啓発活動により一層の受診率向上を図っている。

3. 新コスモス5号について

今回導入した検診車は、受診者の身体的・心理的負担の軽減を最優先に設計している。マンモグラフィ検査は「乳房の圧迫」が必要不可欠であるが、そこが受診者にとって最大の負担となっていることは否めない。今回搭載されたマンモグラフィ装置は、撮影準備時の乳房圧迫速度を緩やかに調整できる機能を備えており、従来に比べて痛みや不快感を軽減することが可能である。



写真1 新コスモス5号



図表1 乳がん検診年度別実績 (マンモグラフィ)

また、従来の装置では大きな乳房の場合1回の撮影範囲で全体を収めることができず、分割での複数回撮影が必要であったが、大きな圧迫板の採用により、1画像での撮影が可能となった（写真2）。これにより撮影時間の短縮が実現し、受診者の負担軽減にも寄与している。

検診車内にはプライバシーに配慮した個室の待合スペースを設け、内装には間接照明を設置し、柔らかい色調を取り入れることで、受診者がリラックスして検査に臨めるような空間となっている（写真3）。

また、高齢の受診者が多いことから車内へ上がる階段の高さや手すりの位置など、安全に昇降できるよう工夫を施した（写真4）。

外装には、当財団のマスコットキャラクター「けんしー」とともに、乳がんの早期発見・治療の重要性を象徴する「ピンクリボン」をあしらひ、視覚的にも啓発の一助となるよう配慮した（写真1）。地域を巡回する検診車として、多くの人々に乳がん検診の大切さを伝える役割も担っている。

さらに、車体側面には収納トランクを設置した（写真5）。検診準備において、これまでは車内から複数の掲示物や受診者用の折りたたみ椅子を車外へ運び出す必要があったが、車体側面に収納することでスタッフの負担も軽減することができた。

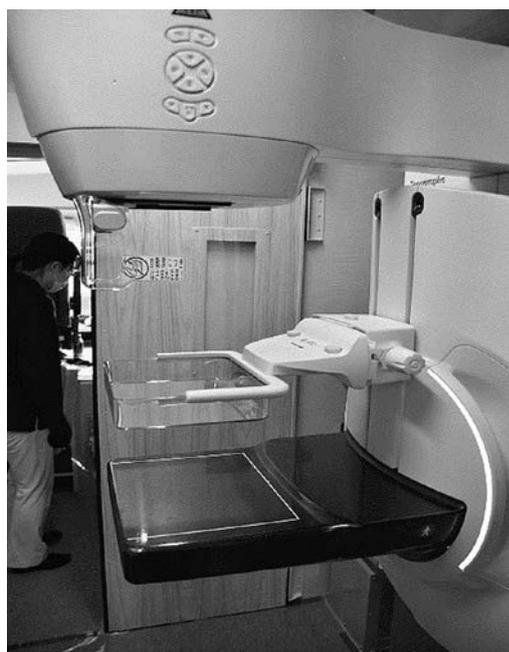


写真2 マンモグラフィ装置



写真3 待合室兼更衣室



写真4 受診者出入口



写真5 車体側面トランク

4. おわりに

乳がんは、我が国の女性において罹患数の多いがんの一つであり、近年その患者数は増加傾向にある。国立がん研究センターの統計によれば、2022年には年間約9万5千人の女性が乳がん罹患しており、その数は今後も増加が見込まれている。また、乳がんで亡くなる女性は年間約1万5千人にのぼり、特に40代から50代にかけての死亡率が高くなることが特徴である。しかしながら、前述したように早期発見、早期治療を行うことで治療が可能な病気である。

今回の新検診車「コスモス5号」の導入により、これまで以上に多くの受診者に質の高い検診サービスを提供することが可能となった。引き続き今後も千葉県内の市町村や企業と連携し、受診率の向上と乳がんの早期発見に貢献していきたい。

I トピックス
II 健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
III 調査研究 実績
IV 普及啓発 実績
V 財団概要
VI 基本方針

5. プライバシーマーク更新審査について

調査研究部長 牧野新一

1. はじめに

デジタル化やDXが推進される中、個人情報を活用したより良いサービスの提供や新たな事業への取り組みが拡大している。一方で、不正に入手された個人情報の悪用など、従来にないプライバシー侵害が懸念されている。事業者が個人情報を扱うには、法令を遵守し、適正に取り扱うことが不可欠である。

当財団は、個人情報を適切に取り扱うため、平成18（2006）年にプライバシーマーク認定を取得し、以降継続して更新を行い、令和6（2024）年に第10回目の更新を完了した。

2. プライバシーマーク制度とは

プライバシーマーク制度は、個人情報を取り扱う事業者等が、適切な保護措置を講じる体制を整備していることを認定し、その取り扱いの適正化を促進することを目的とする制度である。国内基準であるJIS Q 15001（個人情報保護マネジメントシステム－要求事項。以下、「PMS」という）に基づき、事業者の体制が審査される。

この規格では、個人情報保護法に定められた義務の遵守はもちろん、事業で取り扱う個人情報や個人データの把握、保護体制の確保、定期的な確認・見直し・改善を繰り返すことにより、個人情報保護レベルを向上させることが求められている。PMSに基づいた管理・運用が適切に行われているかを確認し、これをすべて満たした場合に認定の対象となる。

審査機関は業種によって異なり、財団は保健・医療・福祉分野を担当する一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）が行い、「保健衛生」の業種で審査を受けている。

審査は、一般的なPMSを基盤としつつ、医療・福祉分野特有の要求事項を追加した「保健医療福祉分野のプライバシーマーク認定指針（以下、「認定指針」という）」に基づいて行われ、文書審査に加え、現地調査により規程と運用の整合性が確認される。

審査に合格すると、一般財団法人日本情報経済社会推進協会（JIPDEC）からプライバシーマークが付与され、2年間使用できる。万一、個人情報に関する事故等が発生した場合は、その重大性に応じて審査機関および個人情報保護委員会への報告が求められる。マークの継続使用には、2年ごとに実施される更新審査に合格することが条件となる。

3. プライバシーマーク認定取得のメリット

認定を受けると、個人情報の適切な管理・運用が第三者機関によって証明されたことを示すことができる。付与されたロゴマークをホームページ、会社案内、名刺、封筒、広告物などに掲載することで、利用者や取引先に対して信頼性を示すことが可能である。また、PMSの構築により、組織内の管理体制が強化され、職員の意識向上や内部ルールの明確化が図られる。その結果、事故の防止やリスクの低減につながり、万一事故が発生した場合でも、迅速かつ的確な対応によって被害の最小化が可能となる。

プライバシーマークは「個人情報を適切に管理していると評価された事業者」のみが使用できるマークであり、取得によって対外的に個人情報保護への取り組みをアピールすることができる。

4. プライバシーマーク認定取得の経緯

財団は、平成15（2003）年4月1日に「総合健診機関」として創立され、より慎重な取り扱いが求められる個人情報である健康情報を日常的に取り扱っている。認定取得以前から独自のルールを設け、安全管理を徹底してきたが、平成17（2005）年4月の個人情報保護法全面施行を機に、利用者が安心できる体制づくりをさらに進め、翌年の平成18（2006）年5月17日に、千葉県内の健診機関として初めてプライバシーマークを取得した。

5. 今後について

個人情報保護委員会は、令和2（2020）年改正法に基づき、法律施行後3年ごとに社会情勢や技術の進展、国際的な動向を踏まえて法令内容を見直している。これに伴い、PMSや認定指針の改訂も行われる。

財団は令和8（2026）年5月に第11回目の更新を予定している。次回の更新は、JIPDECが令和6（2024）年10月1日から適用を開始した「構築・運用指針【JIS Q 15001：2023準拠】」に基づく審査で行われる。JIS Q 15001：2023は、令和4（2022）年の改正個人情報保護法の内容（個人関連情報・仮名加工情報等）を取り込んだ要求事項に対応しており、前回よりも変更点・追加項目が多いため、規程類および運用管理の大幅な見直しを進めている。

今後も、個人情報を重要な財産であると認識し、より高いレベルの保護体制を確立・運用することで、信頼される「ちば県民保健予防財団」となるよう努めていく。



Ⅱ．令和6年度 健診・診療・検査事業

1. 全体概況	25
2. 地域保健事業	28
2-1 健康診査等	28
2-2 特定保健指導	29
2-3 胸部検診（考察・評価）	30
2-4 がん検診（考察・評価）	36
2-5 骨粗鬆症検診	78
2-6 肝炎ウイルス検診	79
2-7 個別検診	81
2-8 その他の検診	82
3. 学校保健事業	83
3-1 定期健康診断	83
3-2 結核検診	85
3-3 循環器検診（考察・評価）	87
3-4 腎臓検診	93
3-5 尿細菌検査	94
3-6 脊柱側弯症検診	95
3-7 がん検診	96
3-8 小児生活習慣病予防健診	98
3-9 寄生虫卵等検査	99
3-10 貧血検査	100
3-11 骨粗鬆症検診	101
3-12 予防接種	102
3-13 精密検査等	103
3-14 ストレスチェック	103
3-15 成人眼検診	103

4. 産業保健事業	104
4-1 一般健康診断	104
4-2 総合健康診断	105
4-3 特定保健指導	105
4-4 特殊健康診断	106
4-5 結核検診	108
4-6 がん検診	109
4-7 骨粗鬆症検診	111
4-8 予防接種	112
4-9 ストレスチェック	113
4-10 成人眼検診	114
5. 診療・人間ドック等事業	115
5-1 外来診療	115
5-2 人間ドック（考察・評価）	117
5-3 個別健康診断	121
5-4 予防接種	121
5-5 健康相談	122
5-6 労災保険二次健康診断	122
6. 検体検査	123
6-1 先天性代謝異常等検査	123
6-2 腸内細菌検査等	125
6-3 細胞診・組織診検査	126
6-4 結核感染診断検査	128
6-5 ヒロリ菌検査	129
7. その他	130
7-1 作業環境測定	130
7-2 情報処理	130

1. 全体概況

地域保健事業

地域保健事業では、県内の市町村の委託を受け、巡回による集団健診や総合健診センターで行う個別健診を実施している。国民健康保険加入者を対象とした「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健康診査及び特定保健指導、後期高齢者医療制度加入者を対象とした後期高齢者健康診査、「健康増進法」に基づく各種がん検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診等の実施のほか、各種福祉施設の利用者を対象とする「感染症予防法」に基づく胸部エックス線検査、耳の不自由な方を対象とする案内モニター搭載の検診車を使用した胃がん検診の実施など、様々なニーズに応じた検診を展開している。

学校保健事業

学校保健事業では、「学校保健安全法」に基づく健診・検査を実施するほか、幼児・児童・生徒・学生及び教職員の疾病の早期発見及び予防を目的とした各種健康診断・検査を実施している。また、特別支援学校児童・生徒を対象とした心電図検査や、少人数保育施設における腎臓検診も実施している。

産業保健事業

産業保健事業では、県内事業所の従業員や県・市町村・公社職員及び被扶養者等を対象とした各種健診を実施している。「労働安全衛生法」「高齢者の医療の確保に関する法律」「じん肺法」等に基づく各種健康診断、指導勧奨による特殊健康診断、「健康増進法」に基づく各種がん検診などを実施している。事業主や受診者のニーズに合わせ、法定の健診項目を上回る内容の定期健康診断を提案し、生活習慣病予防を目的とした総合健康診断及び各種がん検診、緑内障の早期発見を目的とした成人眼検診なども実施している。

診療・人間ドック等事業

診療・人間ドック等事業では、各種健診の精密検査機関として、がん、結核、生活習慣病の専門医を中心とした専門外来、受診者のニーズに応じた豊富なメニューとプライバシーへの配慮を重視した人間ドック、県庁健康管理クリニックにおける一般外来、総合健診センターにおける個別健康診断などを実施している。

検体検査

登録衛生検査所である当財団は、血液、尿、糞便及び病理等の検体検査を実施している。集計区分の関係から、尿検査、寄生虫卵等検査、大腸がん検診の免疫学的便潜血検査、肺がん検診の喀痰検査については、該当するそれぞれの保健事業の項でまとめた。

その他

県民の健康づくりを支援するための事業の一環として、作業環境測定・情報処理事業を実施している。

令和6年度の実績は、地域保健事業560,933人、学校保健事業（児童・生徒等）721,866人、学校保健事業（教職員）106,786人、産業保健事業484,249人、診療・人間ドック等事業40,057人、検体検査83,325件、その他528,598件であった（図表1-1）。

また、各種施設等での結核検診や特別支援学校における循環器検診等を以下のとおり実施した。

再掲事業

区分	検診名種類	受診者数	備考
地域保健事業	各種福祉施設等通所者の結核検診	1,242人	-
学校保健事業	特別支援学校の循環器検診	1,560人	-
	少人数の保育施設における腎臓検診	700人	-
産業保健事業	小規模事業所の健康診断	2,685人	50会場
	被扶養者の特定健康診査	2,265人	-

【集計に際しての注意点】

○結核検診について

以下を集計対象とした。

地域保健事業	胸部エックス線検査受診者すべて
学校保健事業	主に胸部エックス線検査単独検診受診者
産業保健事業	胸部エックス線検査受診者すべて（一般・総合健康診断での受診者も含む） （ただし、医療従事者等の結核検診は別表記する）

なお、撮影のみの実績については、集計表への合算は行っていない。

○肺がん検診（胸部エックス線検査）について（図表1-1*1）

地域保健事業・学校保健事業・産業保健事業ともに、胸部エックス線検査受診者すべて（定期健康診断等での併用受診を含む）のうち、40歳以上の受診者を集計対象とした。

○地域保健事業・がん検診について

年度内で重複受診している人は重複分を受診者数から除いて計上している。

精密検査の追跡結果については、令和7年11月12日現在把握分につき掲載した。

○教職員の各種統計について

教職員については、学校保健事業にて計上している。

図表1-1 全体実績（令和6年度）

（単位：人）

	地域	学 校		産業	合計
		児童・生徒等	教職員		
	560,933	721,866	106,786	484,249	1,873,834
地 域	健康診査等	157,442			157,442
	特定保健指導（支援総数）	27,624			27,624
	胸部検診	925			925
	骨粗鬆症検診	109,906			109,906
	骨粗鬆症検診	2,094			2,094
	肝炎ウイルス検診（単独受診分）	481			481
	個別検診	16,320			16,320
	その他の検診	92			92
健 校 診 事 業		721,866	57,132		778,998
	定期健康診断	34,411	18,606		53,017
	結核検診	25,176	24,367		49,543
	循環器検診	95,311			95,311
	腎臓検診	449,091	11,352		460,443
	尿細菌検査	6,798			6,798
	脊柱側弯症検診	77,547			77,547
	小児生活習慣病予防健診	10,854			10,854
	寄生虫卵等検査	1,350	119		1,469
	貧血検査	10,974			10,974
	骨粗鬆症検診	245	907		1,152
	予防接種・抗体価	9,202	1,396		10,598
	精密検査等	907	65		972
	ストレスチェック		216		216
	成人眼検診		104		104
業 産 業				358,569	358,569
	一般健康診断			116,121	116,121
	総合健康診断			39,449	39,449
	特定保健指導（支援総数）			4,076	4,076
	特殊健康診断			44,259	44,259
	胸部検診			123,538	123,538
	骨粗鬆症検診			803	803
	予防接種・抗体価			14,635	14,635
	ストレスチェック			15,456	15,456
	成人眼検診			232	232
がん 検 診 （ 集 団）		403,491	49,654	125,680	578,825
	胃がん検診	52,518	8,249	16,027	76,794
	大腸がん検診	51,901	10,875	29,789	92,565
	肺がん検診（胸部エックス線検査） ^{*1}	107,887	14,944	66,182	189,013
	肺がん検診（喀痰検査）	1,360	125	547	2,032
	子宮がん検診	60,628	5,362	4,005	69,995
	乳がん検診（マンモグラフィ、超音波検査）	127,599	6,056	4,189	137,844
	前立腺がん検診（健康診査等との併用含）	1,598	4,043	4,941	10,582
ド ク ク 等 事 業	外来診療				40,057
	人間ドック				25,992
	個別健康診断				8,862
	予防接種・抗体価				653
	健康相談				1,605
	労災保険二次健康診断				2,934
					11
検 体 検 査					83,325
	先天性代謝異常等検査（初回検体数）				34,100
	腸内細菌検査等				33,663
	細胞診・組織診検査（受託分）				9,977
	結核感染診断検査				3,332
ピロリ菌検査					2,253
そ の 他					528,598
	作業環境測定（延単位作業場数）				2,584
情報処理					526,014

*1：肺がん検診（胸部エックス線検査）は、胸部エックス線検査実施者のうち40歳以上の者とした。

Ⅰトピックス
Ⅱ健診・診療
・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間
ドック等
検体検査
その他
Ⅲ調査研究
実績
Ⅳ普及啓発
実績
Ⅴ財団概要
Ⅵ基本方針

2. 地域保健事業

2-1 【地域保健】健康診査等

概 要

特定健康診査は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症・重症化予防を目的とし、40～74歳を対象に下表の健診項目を実施している。令和6年度より第4期特定健康診査を実施している。また、後期高齢者医療制度加入者（75歳以上、または65歳以上で一定程度の障害の状態にあると認定された方）を対象とした「後期高齢者健康診査」、19～39歳を対象とした「若年健康診査」で同様の健診を実施している市町村もある。

特定健康診査項目

基本的な健診の項目
診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴）、自覚症状、他覚症状）
身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）
血圧測定
血液検査
・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））
・血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール（またはNon-HDLコレステロール））
・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c）
尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診の項目
厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要と認めるときに行う項目
・心電図検査（12誘導心電図）
・眼底検査
・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
・血清クレアチニン検査

実施状況

令和6年度の健康診査等の受診者数は、14市町村27,624人であった（対前年度625人増）。

図表2-1-1 【地域保健】健康診査等 種別実績（令和6年度）

（単位：人）

特定健康診査	後期高齢者健康診査	若年健康診査	合計
17,678	8,746	1,200	27,624

2-2 【地域保健】 特定保健指導

概要

特定保健指導は、特定健康診査によって対象者を抽出し、対象者の持つリスク数に応じた保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣の改善と生活習慣病予防を目的としている。

平成30年度より特定健康診査受診当日に特定保健指導の対象と見込まれる者に対して面接を行い、行動計画の暫定的な策定と継続的支援の勧奨を行っている。特定保健指導の支援形態については個別支援、電話支援、電子メール支援、手紙支援があり、令和3年度より遠隔面接支援、6年度よりグループ支援を導入している。効果的な支援プログラムの提供と対象者が受けやすい支援形態の選択ができるよう体制を整えている。

実施状況

令和6年度の特定保健指導の実施者数は271人（対前年度28人減）、支援総数は925回（対前年度31回減）であった。

図表2-2-1 【地域保健】 特定保健指導 分類別実績（令和6年度）

分類	人数
実施者数	271
積極的支援	56
動機付け支援	215
支援総数（実施者に対し、特定保健指導3カ月間における面接・手紙・電話・メールで実施した支援の総数）	925

2-3 【地域保健】胸部検診

概要

胸部検診車による巡回集団検診での胸部エックス線検査、また、結核集団発生防止のための結核接触者健診として胸部エックス線検査を実施している。

判定は、1枚の撮影画像を2名の読影医師がそれぞれ独立して読影する二重読影方式で行う。第二読影医は自分の所見と第一読影の所見を比較し、精密検査の要否が異なるものについて、第三者の立場で読み直し所見を決定する責任読影を行う。責任読影を行う際、悪性腫瘍疑いや読影医が必要と認めた場合は、今回の画像と過年度の画像を比較検討する比較読影を行う。確定した読影所見により要精検・精検不要などの事後措置の判定がつけられる。特に至急対応が必要な所見については別途の措置を講じている。

なお、「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律」における結核検診の対象者は主に65歳以上であるが、現在、胸部エックス線検査においては、受診者全てに対し結核の判定も行っている。

実施状況

令和6年度の胸部検診の実施者は、集団健診によるものが32市町村108,098人（対前年度1,200人減）で要精検者数1,900人、各種福祉施設等検診・ハイリスク者検診は受診者数1,356人で要精検者数31人、総合健診センターで実施した結核接触者健診が452人で、延べ109,906人であった。

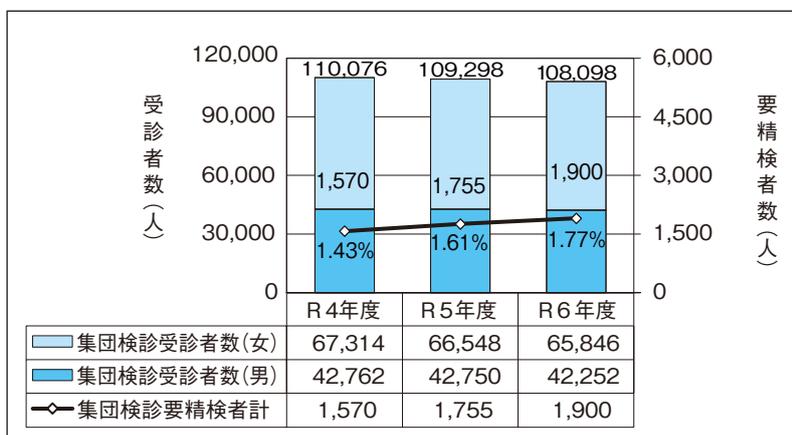
なお、撮影のみ実施は1市2,082人であったが、集計からは除外している。

図表2-3-1 【地域保健】胸部検診 年度別実績

1) 令和6年度各項目別実績 (単位：人)

検査名	人数
集団検診による胸部検診	108,098
各種福祉施設等検診・ハイリスク者検診	1,356
総合健診センター内での結核検診 (接触者・管理検診)	452
合計	109,906

2) 集団健診による結核検診の年度別実績 (令和4～6年度)



考察・評価

診療部診療科部長 日暮浩実

日本の新登録結核患者数は長期的に見ると減少傾向であるが、減少の速度は一様ではない。結核は、1968年に伝染病予防法から除外され、当時の結核予防法に基づく定期健康診断が大幅に簡素化された。この1968年から1979年までは年率10%以上の減少、1980年以後は増加の速度が鈍化し、1997年と1999年の一時的な増加はあったものの、概ね年率4～5%で減少は続いていた¹⁾。

過去10年を振り返ると、2015年から2019年までは年率3.6～7.2%の減少、新型コロナウイルス感染症流行中の2020年から2022年は年率10%前後の大幅な減少となったが、2023年は1.36%、2024年は0.45%の減少にとどまり、新登録患者数は10,051人となった。2024年の人口10万人対の罹患率は8.1%で2023年と同程度と発表されている²⁾。

日本出生患者数だけに注目すると、2015年から2019年は5～9%程度の減少、2020年から2022年は10%前後、2023年は6.0%、2024年は4.8%の減少で一貫して減少傾向である。

これに対して、外国出生患者数は、コロナ感染による一時的な減少があったものの増加基調にある。2015年は対前年比5.7%増加で1,164人、その後も2018年までは前年比9～15%の増加で、2018年には1,667人となった。2019年、新型コロナウイルス感染症の流行とともに、2022年までは対前年比7～8%の減少が続き、2022年には1,214人にまで減少したが、2023年から再び増加に転じ、2023年は対前年比33%増、2024年も22%の大幅な増加となり1,980人が新たに登録された。これに伴い、新登録患者数に占める外国人の割合も増加しており、2015年の6.4%から、2024年は19.7%にまで上昇し、過去最多となった。外国出生患者の罹患率は、外国出生者人口10万人当たり2023年の47.5人から更に上昇し、2024年は52.5人となった。これは1982年から1983年頃の日本の状況に相当する²⁾。

また、年齢階級別については65歳以上の高齢者の割合が多いことは以前と変わりはないが、直近では低下傾向が認められている。64歳以下の新登録患者の割合を2015年から振り返ると、2019年までは33%程度で推移していたが、新型コロナウイルス感染の流行と時を同じくして2022年には29.8%まで低下した。2024年では35.6%と増加傾向にある。これは、若年層において、外国出生患者の割合が増加していることに起因する。20代の外国出生患者の割合は2015年では50%程度だったが、2024年には90%に達した²⁾。

全ての外国出生患者の国別統計を見てみると、患者数が最も多かったのは、インドネシアで423人、次いでフィリピン331人、ネパール293人、ミャンマー280人、ベトナム252人、中国104人であり、これら上位6か国で外国出生患者の85.0%を占めた²⁾。

2024年の統計では、来日してから2年以内の発症が70.1%と多く、出生国で既に感染していた可能性が示唆される²⁾。

新登録患者の発見方法については健康診断（個別検診、定期健診、接触者健診、その他集団検診、管理健診）による発見は、日本出生者では859人（10.8%）と少なく、外国出生者では861人（43.5%）と多くなっている。特に定期健康診断による発見が629人（31.8%）と多数を占めており、外国出生者における定期健康診断の重要性が2024年も確認されたと言える²⁾。

2012年以後新たな抗結核薬が上市されたが、キードラッグは依然としてINHとRFPである。日本出生者の薬剤耐性の割合はINH5.1%、RFP0.9%、MDR0.6%であったが、外国出生者ではINH9.6%、RFP3.0%、MDR2.8%といずれも高かった²⁾。

こうした情勢を踏まえ、新登録患者の出生国が多い上位6か国から入国・中長期在留をしようとするものに対し、入国前結核スクリーニングが行われることになり、準備の整ったフィ

リピン、ネパール、ベトナム3か国については既に開始されている。この効果について今後の患者数の変化を注視していきたい²⁾。

千葉県の状況を見ると、人口10万対の新登録患者数は、全国の数よりやや低めに推移していることに変わりはないが、2024年は前年の7.5人よりも多い8.0人となった（図表2-3-3）。千葉県は、新登録患者に占める外国出生患者の割合が国よりも高く、2015年は8.5%であり、その後も上昇を続け、2024年には22.9%にまで上昇している³⁾。

当財団の集団検診では、2024年は108,098人の受診者があり、このうち結核のため要医療となった者は1人であったが、年次によって変動は大きく、2015年からの累計で37人の患者が見つかり、過去10年間では受診者10万人当たり平均で3.1人/年である（図表2-3-2）。結果として、集団検診以外での発見が多くなっているものの、無視できる数字ではないと考える。

当財団の集団検診における受診者数は2023年109,298人、2024年108,098人で前年に比べ、それぞれ778人、1,200人の減少である。特に65歳以上では2023年は前年に比べ、790人、2024年は536人の減少となっている（図表2-3-2）。これは、この年代での継続的な就業率の上昇および勤務形態の変化から、会社形態の事業所に勤務する人の割合が増え、集団検診ではなく、会社の定期健診を受ける者が増加してきた結果ではないかと推察する⁴⁾。今後も動向に注視していきたい。

出典

- 1) 公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター：結核罹患数・罹患率
〈<https://jata-ekigaku.jp>〉（2025/11/23アクセス）
- 2) 公益財団法人結核予防会：結核の統計2025. 東京, 2025
- 3) 令和7年度松戸健康福祉センター運営協議会資料
〈<https://www.pref.chiba.lg.jp/kf-matsudo/shingikai/uneikyougikai/kaisaiekkka7.html>〉
（2025/12/09アクセス）
- 4) 内閣府：令和6年度高齢社会白書（全体版）
〈https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html〉
（2025/11/23アクセス）

図表2-3-2【地域保健】胸部検診 集団検診成績（平成27～令和6年度）

	全年齢			65歳以上		
	受診者数 (人)	結核 要医療者数 (人)	要医療率 (10万対)	受診者数 (人)	結核 要医療者数 (人)	要医療率 (10万対)
27年度	138,741	2	1.4	92,428	1	1.1
28年度	140,067	11	7.9	95,932	8	8.3
29年度	135,899	2	1.5	95,305	2	2.1
30年度	132,683	5	3.8	94,592	3	3.2
R1年度	126,933	3	2.4	91,579	1	1.1
R2年度	75,260	5	6.6	55,691	4	7.2
R3年度	105,609	1	0.9	74,989	0	0.0
R4年度	110,076	3	2.7	78,942	2	2.5
R5年度	109,298	4	3.7	78,152	2	2.6
R6年度	108,098	1	0.9	77,616	1	1.3
合計	1,182,664	37	3.1	835,226	24	2.9

図表2-3-3【地域保健】胸部検診 結核の疫学的指標（令和元～6年度）

1) 全国

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
死亡者数（人）	2,088	1,909	1,844	1,664	1,587	1,461
死亡率（10万対人）	1.7	1.5	1.5	1.4	1.3	1.2
新登録患者数（人）	14,460	12,739	11,519	10,235	10,096	10,051
罹患率（10万対人）	11.5	10.1	9.2	8.2	8.1	8.1
年末活動性結核患者数（人）	9,695	8,640	7,744	6,782	6,794	6,712
有病率（10万対人）	7.7	6.8	6.2	5.4	5.5	5.4

備考：厚生労働省、結核予防会の資料は、年度でなく年次での集計。

2) 千葉県

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
死亡者数（人）	72	82	82	75	61	65
死亡率（10万対人）	1.2	1.3	1.3	1.2	1.0	1.1
新登録患者数（人）	697	611	553	494	467	499
罹患率（10万対人）	11.1	9.7	8.8	7.9	7.5	8.0
年末活動性結核患者数（人）	436	377	331	320	312	312
有病率（10万対人）	6.9	6.0	5.3	5.1	5.0	5.0

備考：厚生労働省、結核予防会の資料は、年度でなく年次での集計。

図表2-3-4【地域保健】胸部検診 集団検診実施状況（令和6年度）①

1) 年齢階級別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果						精密検査結果													指標（%）		
	受診者数	要精密検査				精検受診者数	所見延べ数	結核			肺がん	肺がん疑い	他腫瘍性疾患	甲状腺疾患	他呼吸器疾患	循環器疾患	その他の疾患	異常なし	疾病名不明	要精検率	精検受診率	
		肺がん疑い E1.2	結核疑い DI	がん・結核以外の疾患 D2～D4	要精検合計			要医療	要観察	治癒												
40歳未満	男	78	0	0	0														0	-		
	女	133	1	1	1	3	3	3						2			1		2.26	100		
40～44歳	男	1,489	14	0	2	16	13	13						4	1	1	7		1.07	81.25		
	女	3,585	26	0	2	28	25 (2)	30 (3)			1	1	1 (1)	19 (2)		3	5		0.78	89.29		
45～49歳	男	1,394	10	0	3	13	12	12					1	4		2	5		0.93	92.31		
	女	3,669	26	0	2	28	26	28		1	3		8		7	9			0.76	92.86		
50～54歳	男	1,895	14	0	1	15	13	15				2	7		2	4			0.79	86.67		
	女	4,396	28	0	2	30	29	31	1	1	1	17		1	10				0.68	96.67		
55～59歳	男	1,731	11	0	1	12	10	11		2			6			3			0.69	83.33		
	女	4,189	34	0	2	36	34	37		1	1	1	18		6	10			0.86	94.44		
60～64歳	男	2,435	27	0	6	33	28	29		1	1	1	13	1	2	10			1.36	84.85		
	女	5,488	74	0	6	80	77 (2)	84 (2)		1	2	3	48 (1)	1	8 (1)	20			1.46	96.25		
65～69歳	男	5,453	89	0	8	97	79	89	1	3	4	7	43	1	9	21			1.78	81.44		
	女	8,847	142	0	11	153	141 (2)	157 (2)	1	2	8	1	9 (1)	3 (1)	82 (1)	1	16 (1)	34		1.73	92.16	
70～74歳	男	8,602	156	0	20	176	149 (2)	169 (4)	2	11	4	6	1 (3)	92 (3)	4	17 (1)	32		2.05	84.66		
	女	12,775	197	0	18	215	197	212	2	7	9	11	3 (3)	125	7	14	34		1.68	91.63		
75～79歳	男	9,704	180	0	34	214	193 (3)	218 (4)	1	13	10 (1)	7	116 (2)	11	27 (1)	33			2.21	90.19		
	女	13,073	238	0	30	268	258 (1)	281 (3)	2	3	7	9	4 (3)	150 (3)	9	24	64		2.05	96.27		
80歳以上	男	9,471	220	0	38	258	227 (1)	261 (2)	1	1	3	15 (1)	16	6	1	147	9 (1)	24	38	2.72	87.98	
	女	9,691	198	0	27	225	205 (1)	229 (1)	2	1	7	7	4	3 (1)	130 (1)	13	16	46		2.32	91.11	
合計	男	42,252	721	0	113	834	724 (6)	817 (10)	1	4	4	45 (2)	35	29	3	432 (5)	27 (1)	84 (2)	153	0	1.97	86.81
	女	65,846	964	1	101	1,066	995 (8)	1,092 (11)	0	6	8	33	30 (1)	44 (1)	15 (8)	599	31 (1)	95 (1)	233	0	1.62	93.34
	計	108,098	1,685	1	214	1,900	1,719 (14)	1,909 (21)	1	10	12	78	65 (2)	73 (1)	18 (13)	1,031 (1)	58 (3)	179	386	0	1.76	90.47

備考：1) 括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 「他腫瘍性疾患」の内訳は、転移性肺腫瘍7人、転移性肺腫瘍疑い1人、肺腫瘍（がんを除く）13人、肺腫瘍疑い（がんを除く）33人、縦隔腫瘍17人、悪性リンパ腫疑い2人である（所見は複数計上のため、合計と一致しない）。

図表2-3-4【地域保健】胸部検診 集団検診実施状況（令和6年度）②

2) 二次保健医療圏別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果						精密検査結果													指標（%）		
	受診者数	要精密検査				精検受診者数	所見延べ数	結核			肺がん	肺がん疑い	他腫瘍性疾患	甲状腺疾患	他呼吸器疾患	循環器疾患	その他の疾患	異常なし	疾病名不明	要精検率	精検受診率	
		肺がん疑い E1.2	結核疑い D1	がん・結核以外の疾患 D2～D4	要精検合計			要医療	要観察	治癒												
千葉	男	275	4	0	1	5	3 (1)	3 (1)									1 (1)	2	1.82	60.00		
	女	583	12	0	2	14	9 (2)	9 (2)					1 (1)	1			4 (1)	3	2.40	64.29		
東葛南部	男	2,413	38	0	7	45	36 (1)	45 (2)			1		1		30 (2)	1	3	9	1.86	80.00		
	女	3,725	56	0	2	58	49 (1)	53 (2)		1	2		1		35 (2)		7	7	1.56	84.48		
東葛北部	男	10,827	185	0	24	209	188	200	1		3	11	12	6	1	91	7	22	46	1.93	89.95	
	女	17,988	270	0	32	302	288	311		2	3	10	12	15	2	146	12	32	77	1.68	95.36	
印旛	男	3,303	54	0	5	59	54 (2)	59 (3)					3 (1)	2		21	4 (1)	6 (1)	23	1.79	91.53	
	女	6,064	78	0	6	84	79 (1)	87 (1)				4	1	2	2	51 (1)	3	4	20	1.39	94.05	
香取海匝	男	5,261	75	0	14	89	81	90				8	1	3		51	1	11	15	1.69	91.01	
	女	8,461	104	0	8	112	109	113		1	4	4		4	5	66	1	3	27	1.32	97.32	
山武長生夷隅	男	9,146	168	0	22	190	158 (2)	187 (4)		1		14	4 (1)	6	1	115 (3)	5	19	22	2.08	83.16	
	女	13,207	194	0	21	215	203 (4)	227 (6)		1		8	4	7 (1)	2	135 (5)	6	19	45	1.63	94.42	
安房	男	5,044	94	0	20	114	102	121		1		3	12	3	1	69	5	10	17	2.26	89.47	
	女	6,057	102	0	11	113	106	118				3	8	5	1	65	1	12	23	1.87	93.81	
君津	男	3,877	69	0	13	82	67	72		2	1		2	6		39	2	9	11	2.12	81.71	
	女	5,659	95	1	15	111	99	118		1		1	5	5	2	76	7	6	15	1.96	89.19	
市原	男	2,106	34	0	7	41	35	40				8	1	2		16	2	3	8	1.95	85.37	
	女	4,102	53	0	4	57	53	56		1		1		5		24	1	8	16	1.39	92.98	
合計	男	42,252	721	0	113	834	724 (6)	817 (10)	1	4	4	45 (2)	35 (2)	29	3	432 (5)	27 (1)	84 (2)	153	0	1.97	86.81
	女	65,846	964	1	101	1,066	995 (8)	1,092 (11)	0	6	8	33	30 (1)	44 (1)	15 (8)	599 (8)	31 (1)	95 (1)	233	0	1.62	93.34
	計	108,098	1,685	1	214	1,900	1,719 (14)	1,909 (21)	1	10	12	78	65 (2)	73 (1)	18 (1)	1,031 (13)	58 (1)	179 (3)	386	0	1.76	90.47

備考：1) 括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。
 2) 「他腫瘍性疾患」の内訳は、転移性肺腫瘍7人、転移性肺腫瘍疑い1人、肺腫瘍（がんを除く）13人、肺腫瘍疑い（がんを除く）33人、縦隔腫瘍17人、悪性リンパ腫疑い2人である（所見は複数計上のため、合計と一致しない）。

I トピックス
 II 健診・診療・検査事業
 全体概況
 地域保健
 学校保健
 産業保健
 診療・人間ドック等
 検体検査
 その他
 III 調査研究実績
 IV 普及啓発実績
 V 財団概要
 VI 基本方針

2-4-1 【地域保健】 胃がん検診

概要

胃部検診車による巡回集団検診での胃部エックス線検査を実施している。

撮影は、日本消化器がん検診学会「新・胃X線撮影法ガイドライン」に準拠した8枚撮影法で行う。造影剤は高濃度造影剤（濃度：200W/V%、量：145mL）を使用している。判定は、消化器の専門医師や日本消化器がん検診学会認定読影医が二重読影を行い読影・判定をする。第一読影を行った後、別途に第二読影を行い、読影・判定結果としている。

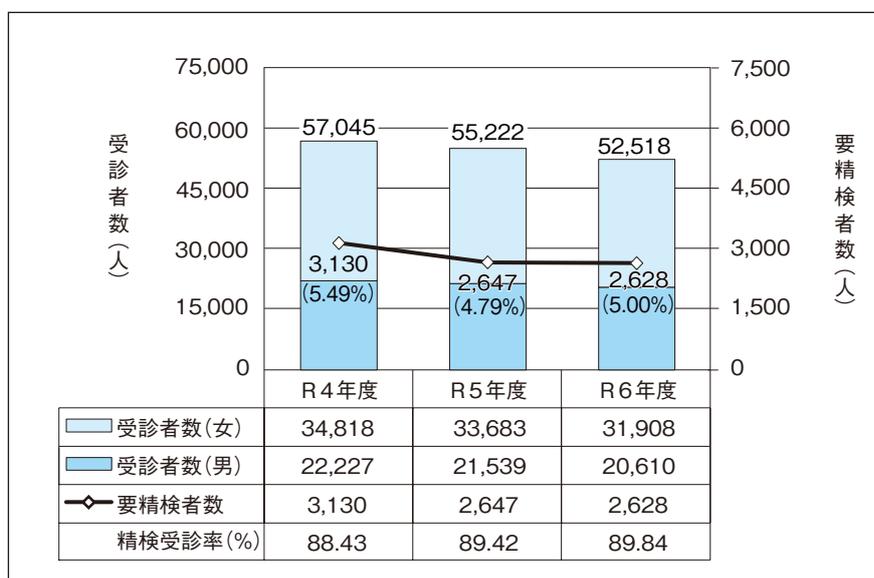
胃部エックス線所見の説明（一部抜粋）

所見	概要	措置
腫瘍陰影	腫瘍を思わせる透亮像が認められるもの。	要精密検査
ニッシュ	胃内壁に陥凹のある場合に現れる突出陰影である。がん、潰瘍の直接所見である。	
変形	胃陰影が正常の形態を失い変形が認められるもので、がん・潰瘍など何らかの疾病が推定される。がん・潰瘍の間接所見である。	
粘膜異常	胃粘膜像が正常の状態を失った場合に認められるもので、何らかの疾病が推定されるもの。	
十二指腸憩室	胃、多くは十二指腸に先天的に内腔の突出部のあるもの。特に心配はない。	精検不要
術後胃	胃部手術等の癒痕陰影。	
異常所見認めず	画像内に異常等が見受けられないもの。	

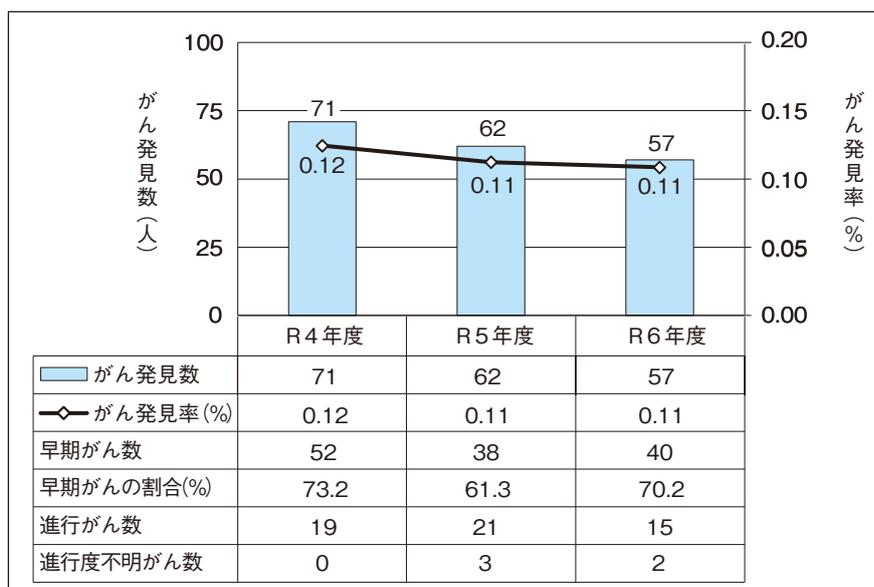
実施状況

令和6年度の胃がん検診の受診者数は52,518人（対前年度2,704人減）、要精検者数2,628人、要精検率5.00%であった。

図表2-4-1-1 【地域保健】 胃がん検診 年度別実績（令和4～6年度）



図表2-4-1-2 【地域保健】胃がん検診 がん発見数（令和4～6年度）



考察・評価

診療部消化器担当部長 山口和也

我々は、令和6年度の地域胃がん検診として、35市町村を対象に行った。図表2-4-1-1に年度別実績を示す。6年度の受診者数は52,518人であり、5年度より減少した。要精密検査者数は2,628人であり、要精密検査率は5.00%であった。5年度の4.79%より微増した。6年度の精検受診率は、89.84%であり、5年度の89.42%と変わらず高値であった。

図表2-4-1-2にがん発見数を示す。令和6年度は57例のがんが発見された。5年度の62例から減少した。6年度のがん発見率は0.11%であり、前年度の数値と同一であった。57例の発見がんのうち、早期胃がん数は40、進行胃がん数は15、早期胃がん割合は70.2%であった。

図表2-4-1-4に年齢階級別受診者数と胃がん発見数の割合を示す。受診者割合は70～74歳が16.5%と最も多かった。胃がん発見数割合は60歳以上が98.2%、65歳以上は96.5%であった。65～69歳が15.8%、70～74歳が10.5%、75～79歳が31.6%、80歳以上が38.6%であった。65～69歳が増加し、65歳未満が減少した。75歳以上にがん発見が集中していた。59歳以下でのがん発生が少数であることが続いており、ピロリ菌感染率の推移から、今後さらに減少することが推測されている。すでに49歳以下は対策型胃内視鏡検診対象からは外れ、胃エックス線検診のみ一部地域で対象となっている。59歳以下についても胃がん検診の対象から外す時期に来ている。

図表2-4-1-5に初回・非初回がん発見率を示す。3年間未受診のものを初回受診者、3年以内に受診歴があるものは非初回受診者として集計した。20.07%が初回受診者であった。初回受診者のがん発見率は0.12%、非初回受診者のがん発見率は0.10%であった。

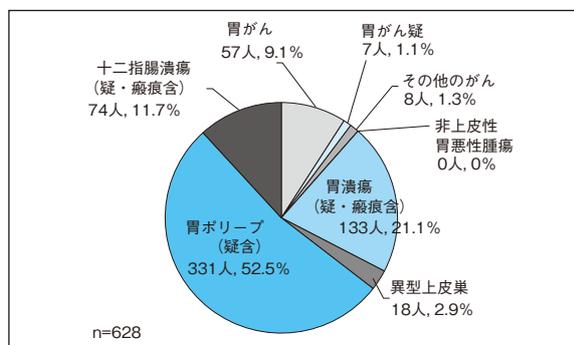
60歳以上では初回受診者5,004人中12例がんが発見され、がん発見率は0.24%、非初回受診者29,516人中44例がんが発見され、がん発見率は0.15%であった。

年代ごとに受診歴の違いでがん発見率を比較すると、3年以内に1度検診を受けていたものは年代によってがん発見率が減少する。ピロリ菌感染率が高い年代である60歳以上の方はできれば毎年受診していただき、間隔が空いたとしても3年以内に受診していただくと、救命可能な早期胃がんのうちに治療を終えることができる。残念ながら受診間隔が3年以上空

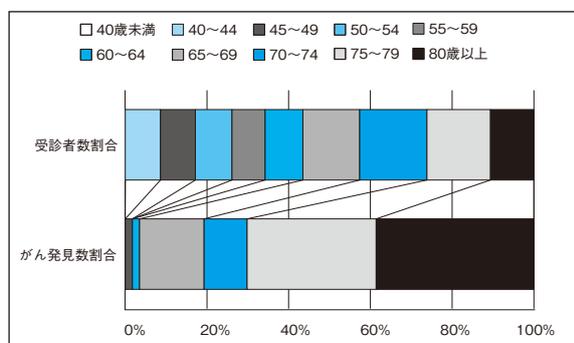
いてしまった皆様も、症状が無く検診で見つかる胃がんは救命可能な例が多いので、是非受診していただきたい。年齢ごとのデータからは、特に60歳以上の初回受診者のがん発見率が高値なのでご留意いただきたい。

図表2-4-1-6は、年齢ごと、地域ごとの集計となっている。57例の発見がんのうち、早期胃がん数は40、進行胃がん数は15、早期胃がん割合は70.2%であった。進行胃がんのうち5例は80歳以上であった。現在、市町村によっては、胃がん検診が2年に1度になっている。がん死亡抑制という点では、80歳未満の方は、できれば早期胃がんの段階で発見したい。ピロリ感染率が高くがん発見率の高い60歳から80歳の方は、胃エックス検診のみならず、できれば内視鏡検診も選択肢に入れて受診いただきたい。3年未受診であるとがん発見率が上昇するため、定期的な受診をお願いしたい。未受診者への受診勧奨をすすめていただくことが大事である。市町村ごとの事情に即し、受診率向上、精密検査受診率向上を心がけていただきたい。

図表2-4-1-3 【地域保健】 胃がん検診 精密検査・主要所見別割合（令和6年度）

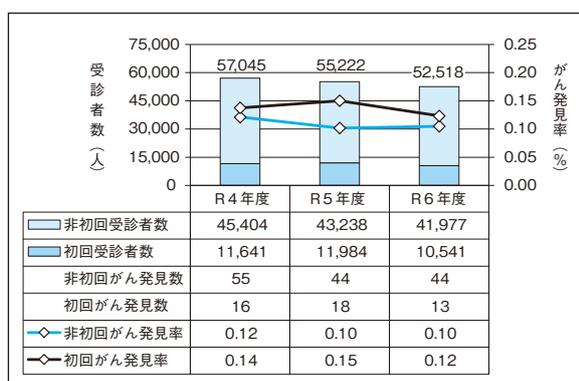


図表2-4-1-4 【地域保健】 胃がん検診 年齢階級別受診者数と胃がん発見数の割合（令和6年度）

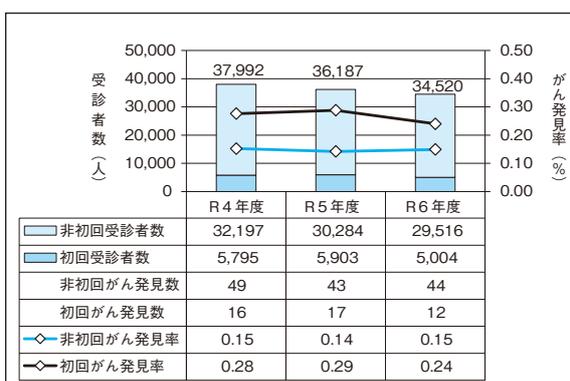


図表2-4-1-5 【地域保健】 胃がん検診 初回・非初回がん発見率（令和4～6年度）

1) 全年齢



2) 60歳以上



2-4-2 【地域保健】大腸がん検診

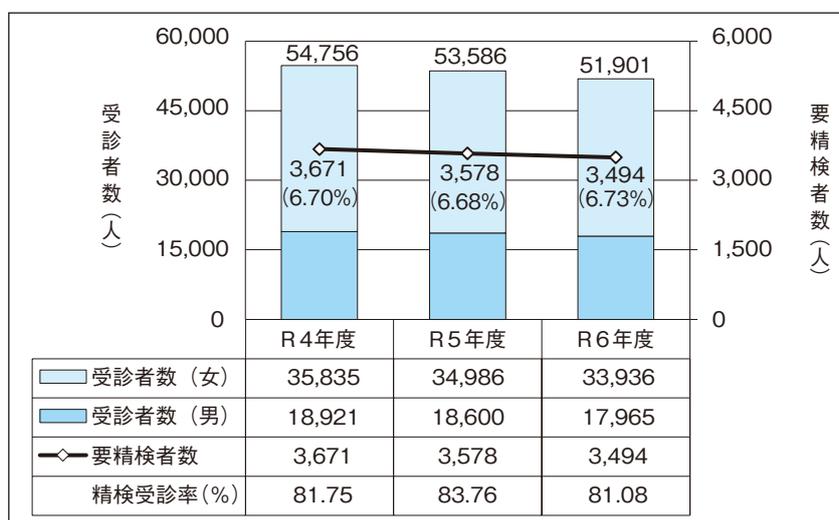
概要

糞便中のヒトヘモグロビンに特異的に反応する抗体を用いた免疫学的便潜血検査（金コロイド比色法）を実施している。専用の採便容器に便をとり、糞便の中に血液が含まれているかどうかを検査する。通常の専用採便容器は1つの袋に2本セットとなっており、原則として1本ずつ2日間（2回）にわたって採便する。判定は、2本とも（1本のみ提出の場合は1本）陰性の場合には精検不要、2本又は1本陽性の場合には要精密検査とする。

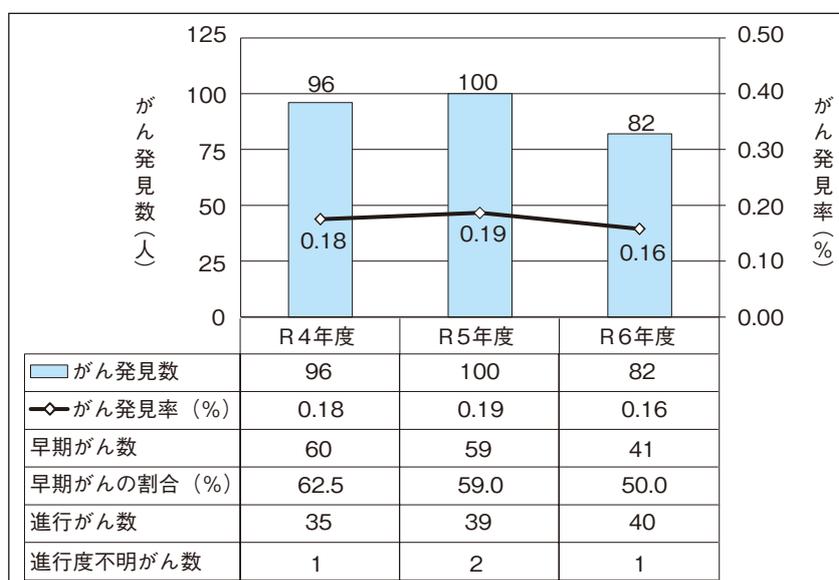
実施状況

令和6年度の大腸がん検診の受診者数は51,901人（対前年度1,685人減）、要精検者数3,494人、要精検率6.73%であった。

図表2-4-2-1 【地域保健】大腸がん検診 年度別実績（令和4～6年度）



図表2-4-2-2 【地域保健】大腸がん検診 がん発見数（令和4～6年度）



我々は、令和6年度の地域大腸がん検診として、16市町村を対象に行った。図表2-4-2-1に年度別実績を示す。6年度の受診者数は51,901人であり、5年度の53,586人より微減であった。要精密検査者数は3,494人で、要精密検査率は6.73%であった。5年度の6.68%より微増であった。精密検査受診率は81.08%で、5年度の83.76%より微減した。

図表2-4-2-2にがん発見数を示す。令和6年度は82例のがんが発見された。5年度の100例より減少した。6年度のがん発見率は0.16%であった。5年度の0.19%より減少した。発見大腸がんのうち、早期大腸がん数は41、進行大腸がん数は40で早期がんの割合は50.0%であった。

図表2-4-2-3に精密検査・主要所見別割合を示す。大腸ポリープ所見が45.9%と最も多かった。2番目に多いのは大腸腺腫所見で45.8%であった。診療の中では内視鏡的大腸ポリープ切除が比較的安全に低侵襲に行えることもあり、直径6mm以上の大腸腺腫・ポリープは前癌状態ととらえられ、要治療指示となることが多い。

図表2-4-2-4に年齢階級別受診者と大腸がん発見数の割合を示す。受診者は70～74歳が最も多かった。受診者の年代バランスは令和5年とほぼ同様である。大腸がん発見数割合としては、75～79歳、70～74歳、80歳以上、と多いが、70歳以上から80歳以上までのいずれの年齢層も多い。比較的高齢者に多く発見され令和5年度よりも高齢にシフトしたが、大腸がんの特徴として、胃がん検診と比べても、若い年齢層から多くがんが発見されている。

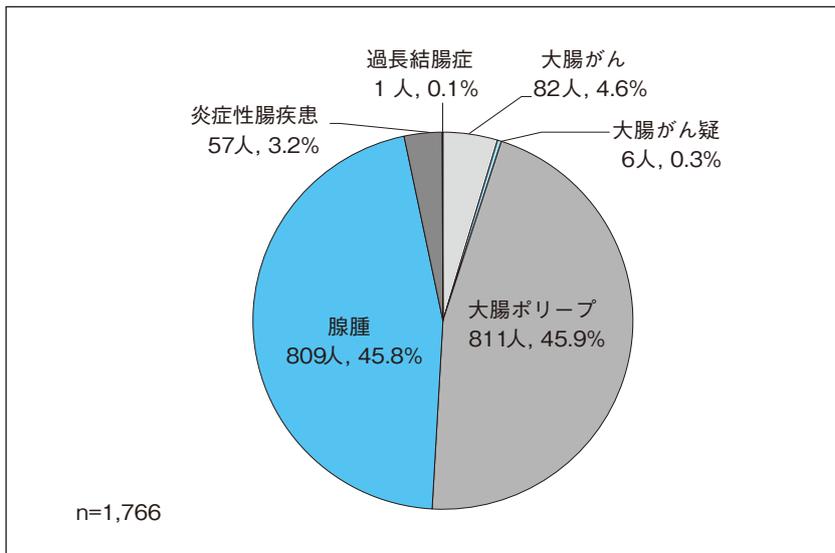
図表2-4-2-5に初回・非初回がん発見率を示す。3年間未受診のものを初回受診者、3年以内に受診歴があるものは非初回受診者として集計した。15.12%が初回受診者であった。初回受診者のがん発見率は0.38%、非初回受診者のがん発見率は0.12%であった。60歳以上では初回受診者4,421人中27例がんが発見され、がん発見率は0.61%、非初回受診者34,114人中51例がんが発見され、がん発見率は0.15%であった。

3年以内に1度便潜血検査を受けていたものはがん発見率が3分の1となっていた。日本において大腸がん検診プログラムは40歳から始まる。できれば毎年受診していただき、間隔が空いたとしても3年以内に受診していただくと、ポリープが増大したとしても前癌状態のうちに治療を終えることができる。残念ながら受診間隔が3年以上空いてしまった皆様も、検診で見つかる大腸がんは救命可能な例が多いので、是非受診していただきたい。

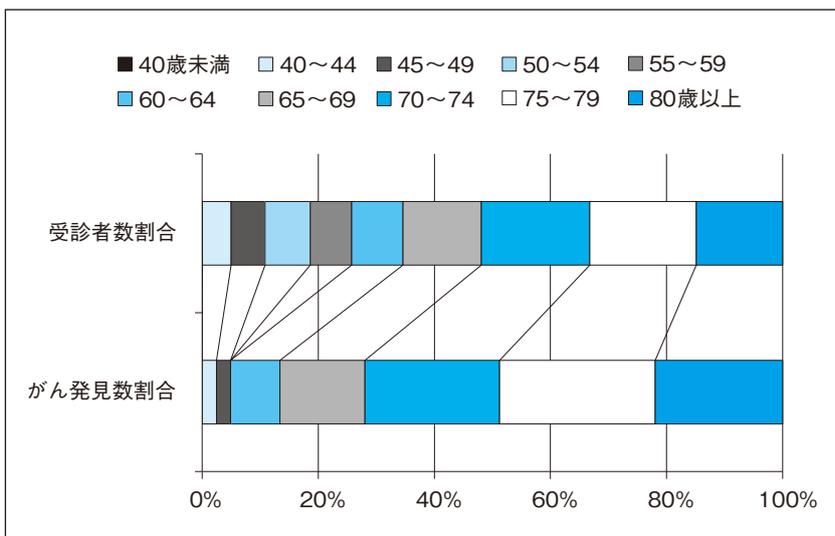
図表2-4-2-6に実施状況を示す。発見大腸がんのうち、早期大腸がん数は41、進行大腸がん数は40で、早期がんの割合は50.0%であった。二次保健医療圏別集計で、千葉地区の精検受診率が低く、なかなか改善しない。

受診者数の点では、振り返ると令和元年度は64,872人が受診しており、コロナ禍となり受診控えしたのがそのまま影響が残っているのであろうか。便潜血検査による大腸がん検診は世界的にも死亡率減少が明らかな検診なので、もっと多くの方に受診いただきたい。

図表2-4-2-3 【地域保健】大腸がん検診 精密検査・主要所見別割合（令和6年度）

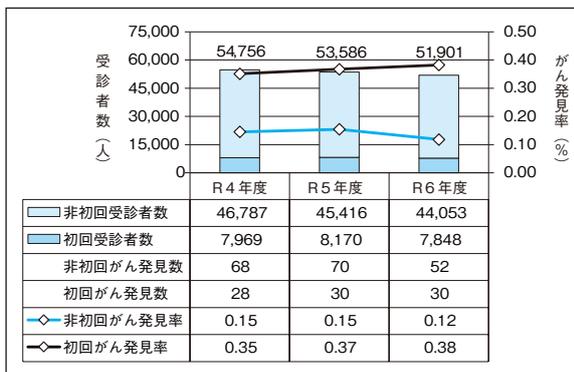


図表2-4-2-4 【地域保健】大腸がん検診 年齢階級別受診者数とがん発見数の割合（令和6年度）

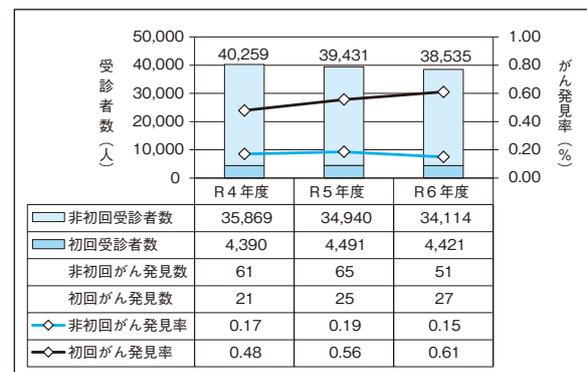


図表2-4-2-5 【地域保健】大腸がん検診 初回・非初回がん発見率（令和4~6年度）

1) 全年齢



2) 60歳以上



図表2-4-2-6【地域保健】大腸がん検診 実施状況（令和6年度）①

1) 年齢階級別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果数				精査結果				精査検査結果				指標(%)							
	受診者数	要精検査者数		計	精検査受診者数	所見延べ数	大腸がん		大腸がん疑い	大腸ポリープ	眼腫	炎症性腸疾患	過長結腸症	その他	異常なし	疾病名不明	要精検査率	精検査受診率	がん発見率	陽性反応適中度
		1本(+)	2本(+)				早期	進行												
40歳未満	9	2	2	4	4				1	2				1		44.44	100	0	0	
男																				
女	20	0	1	1	1									1		5.00	100	0	0	
40～44歳	655	31	8	39	32	1	1		9	5	1		3	12		5.95	76.92	0.31	5.13	
男																				
女	1,893	114	17	131	92				15	14	3		9	51		6.92	68.70	0	0	
45～49歳	715	35	5	40	32	1			7	9			7	8		5.59	75.00	0.14	2.50	
男																				
女	2,323	101	11	112	88		1		23	9	5		9	41		4.82	73.21	0.04	0.89	
50～54歳	990	56	18	74	52				21	13	2		6	14		7.47	70.27	0	0	
男																				
女	3,059	138	24	162	127				34	20	7		11	60		5.30	78.40	0	0	
55～59歳	858	41	9	50	39	41			10	11			9	11		5.83	78.00	0	0	
男																				
女	2,844	135	24	159	125				30	32	3		23	46	1	5.59	78.62	0	0	
60～64歳	1,193	68	16	84	57		2		15	30			11	4		7.04	67.86	0.25	3.57	
男																				
女	3,393	150	22	172	140		3		41	31	1		29	44		5.07	81.40	0.12	2.33	
65～69歳	2,477	153	45	198	149		4		51	59			34	23		7.99	75.25	0.28	3.54	
男																				
女	4,535	191	35	226	183		2		45	54	1		41	48		4.98	80.97	0.11	2.21	
70～74歳	3,628	250	79	329	281		7		73	116	8		50	50	1	9.07	85.41	0.30	3.34	
男																				
女	6,072	286	54	340	293		4		91	77	10		55	72	2	5.60	86.18	0.13	2.35	
75～79歳	3,726	266	78	344	293		4		85	91	2		61	72		9.23	85.17	0.21	2.33	
男																				
女	5,782	274	58	332	288		5	1	75	86	5	1	66	67		5.74	86.75	0.24	4.22	
80歳以上	3,714	311	85	396	327		7		120	87	5		69	71		10.66	82.58	0.30	2.78	
男																				
女	4,015	245	56	301	242		4	3	65	63	4		51	69		7.50	80.40	0.17	2.33	
合計	17,965	1,213	345	1,558	1,262		24	19	392	423	18	0	250	266	1	8.67	81.00	0.24	2.76	
男																				
女	33,936	1,634	302	1,936	1,571		17	21	419	386	39	1	294	499	3	5.70	81.15	0.11	2.01	
計	51,901	2,847	647	3,494	2,833		41	40	811	809	57	1	544	765	4	6.73	81.08	0.16	2.35	
男																				
女	10,516	634	180	814	638		13	11	186	243	11	0	120	122	1	7.74	78.38	0.23	2.95	
40～74歳(再掲)	24,119	1,115	187	1,302	1,040		8	10	279	237	30	0	177	362	3	5.40	79.88	0.07	1.38	
計	34,635	1,749	367	2,116	1,678		21	21	465	480	41	0	297	484	4	6.11	79.30	0.12	1.98	

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2-4-3 【地域保健】 肺がん検診

概 要

肺がん検診では、胸部エックス線検査と喀痰検査を実施している。胸部エックス線検査は主として肺の末梢（表面に近い場所）の肺がんを、喀痰検査は主として気管や太い気管支に発生する肺がんを発見する。胸部エックス線検査の検査・判定方法は、胸部検診の項を参照されたい。

肺癌検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分（日本肺癌学会 集団検診委員会 引用）

二重読影時の 仮判定区分	比較読影を含む 決定判定区分	X線所見	二重読影時の 仮指導区分	比較読影を含む 決定指導区分
a	A	「読影不能」 撮影条件不良、現像処理不良、位置付不良、フィルムのキズ、アーチファクトなどで読影不能のもの。	再撮影	
b	B	「異常所見を認めない」 正常型（心膜傍脂肪組織、横隔膜のテント状・穹窿上変形、胸膜下脂肪組織による随伴陰影、右心縁の二重陰影など）を含む。	定期検診	
c	C	「異常所見を認めるが精査を必要としない」 陳旧性病変、石灰化陰影、線維性変化、気管支拡張像、気腫性変化、術後変化、治療を要しない奇形などで、精査や治療を必要としない、あるいは急いで行う必要がないと判定できる陰影。		
d	D	「異常所見を認め、肺癌以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」 肺癌以外の疾患を疑うが、急いで精密検査や治療を行わないと、本人や周囲の人間に大きな不利益があるようなもの。疾患が疑われても急いで精査や治療を必要としない場合には「C」と判定する。肺癌を少しでも疑う場合には「E」に分類する。肺がん検診としての「スクリーニング陽性」は「E」のみである（下記注を参照のこと）。	比較読影	肺癌以外の該当疾患に対する精査
d1	D1	「活動性肺結核」 治療を要する結核を疑う。		
d2	D2	「活動性非結核性肺病変」 肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う。		
d3	D3	「循環器疾患」 大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う。		
d4	D4	「その他」 縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う。		
e	E	「肺癌の疑い」	比較読影	肺癌に対する精査
e1	E1	「肺癌の疑いを否定し得ない」		
e2	E2	「肺癌を強く疑う」 孤立性陰影、陳旧性病変に新しい陰影が出現、肺門部の異常（腫瘍影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など）、気管支の狭窄・閉塞による二次変化（区域・葉・全葉性の肺炎・無気肺・肺気腫など）、その他肺癌を疑う所見。したがって「E」には、肺炎や胸膜炎の一部も含まれることになる。転移性肺腫瘍を疑う所見は「E」に分類する（ただし、転移性肺腫瘍は発見肺癌には含めない）。「E2」の場合には、至急呼び出しによる受診勧奨なども含め、精密検査に関する受診勧奨をより強く行うことが望ましい。		

- 注 1) 比較読影を含む決定指導区分において、E1判定とは、きわめてわずかも肺癌を疑うものを意味し、E2判定とは、肺癌を強く疑うものを意味する。一方、D判定は、肺癌以外の疾患を疑うものを意味する。
 2) 肺がん検診の胸部X線検査における要精検者とは、比較読影を含む決定指導区分におけるE1およびE2を指す。
 3) 比較読影を含む決定指導区分におけるD判定は肺がん検診としての要精検者とは認めない。
 4) 肺がん検診の集計表における胸部X線検査における要精検者数とは、E1とE2の合計数を意味する。
 5) 肺がん検診の集計表における肺癌確認患者数（検診発見肺癌）とは、E1およびE2判定となった要精検者の中から原発性肺癌と確認された患者数を意味する。
 6) したがって、D判定者の中から肺癌が発見されたとしても、検診発見肺癌とは認めない。

喀痰検査は、保存液の入った採痰容器に3日間連続採痰したものを検体として回収し、喀痰細胞診検査を行う。判定区分、細胞所見及び指導区分は日本肺癌学会より示された基準に沿って、判定区分B「精検不要」、C「要再検査」、D・E「要精密検査」、A「判定困難」と表している。

なお、厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」における肺がん検診の対象者は40歳以上であるため、本項における肺がん検診（胸部エックス線検査）の実績は、40歳以上の胸部検診実績を再掲した。

集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分（日本肺癌学会 引用）

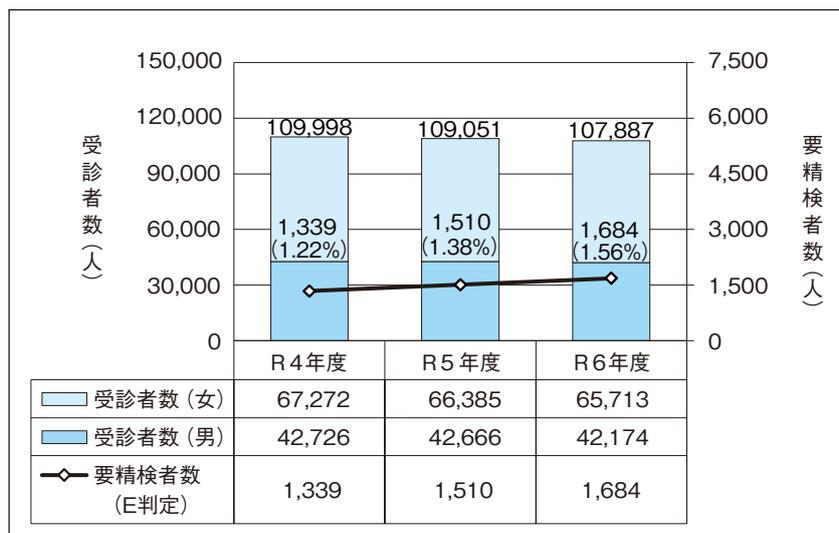
判定区分	細胞所見	指導区分
A 判定困難	喀痰中に組織球を認めない	材料不適、再検査
B 精検不要	正常上皮細胞のみ	現在異常を認めない 次回定期検査
	基底細胞増性	
	軽度異型扁平上皮細胞	
	線毛円柱上皮細胞	
C 要再検査	中等度異型扁平上皮細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	程度に応じて6ヶ月以内の追加検査と追跡
D 要精密検査	高度（境界）異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	直ちに精密検査
E 要精密検査	悪性腫瘍細胞を認める	

実施状況

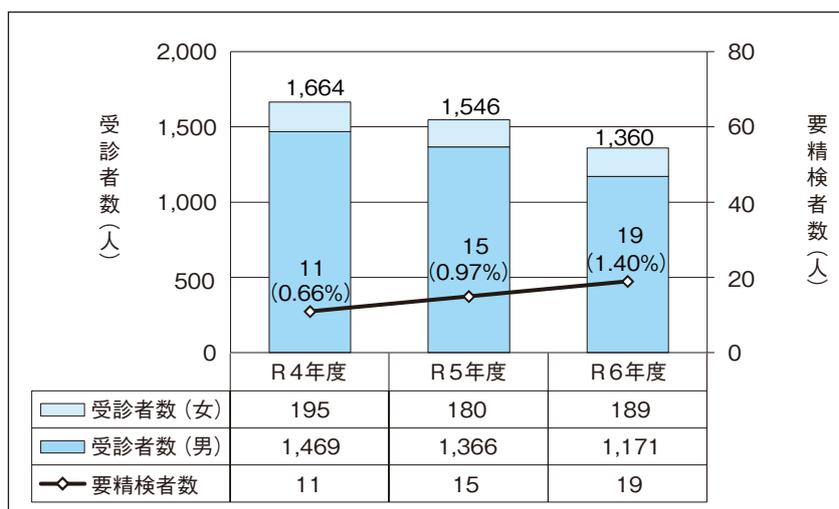
令和6年度の肺がん検診の受診者数は、胸部エックス線検査が107,887人（対前年度1,164人減）で要精検者数1,684人、要精検率1.56%、喀痰検査が1,360人（対前年度186人減）で要精検者数19人、要精検率1.40%であった。

図表2-4-3-1 【地域保健】肺がん検診 年度別実績（令和4～6年度）

1) 胸部エックス線検査



2) 喀痰検査



備考：喀痰検査の要精検者数には、経過観察後精検を含む。

考察・評価

副理事長兼総合健診センター長 飯笹俊彦

わが国における人口動態統計（令和6年）によると、死因分類別にみた死亡数・死亡率（人口10万対）で肺がん（気管、気管支及び肺の悪性新生物）は75,569人・62.8（人口10万対）で、1998年以来連続して第1位（男性52,333人・89.5（人口10万対）で第1位、女性23,236人・37.6（人口10万対）で第2位¹⁾である。しかし厚生労働省の統計開始以来、増加を続けてきた肺がんによる死亡者数が、初めて2年連続減少となった。肺がんによる死亡率（人口10万対）は、増減がみられるものの、喫煙率の低下と人口減少により、肺がんによる死亡者数は、上限に達しつつあると思われる。

千葉県における肺がん検診受診率（40～69歳男女計）（国民生活基礎調査によるがん検診受診率）は、3年ごとの調査であるため本年（令和7年度）に行われる予定だが、平成28年（3年に1回調査）で49.8%（男性52.8%、女性46.8%）、令和元年51.3%（男性53.9%、女性48.7%）、令和4年52.2%（男性54.6%、女性50.1%）と、それぞれ全国平均の46.2%、49.4%、49.7%よりも高かった²⁾。

国はがん対策推進基本計画（第3期）（2017～2022年度）において、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の目標値を50%とする。」を目標としたが、達成できなかった。新たに始まった第4期（2023～2028年度）では、全体目標を「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」とし、がん検診受診率の目標を60%へ引き上げている³⁾。

当財団では肺がん検診の受診者数（図表2-4-3-1）は、令和6年度107,887人で、令和5年度に引き続き、6年度も前年度に比べ1,164人減少しており、新型コロナウイルス感染症前の令和元年度より18,963人減少している。人口減少以上の受診者数の減少があり、コロナ禍による受診控えを考慮しても、肺がんが未発見となっている可能性が考えられる。進行がんとなって発見されることを防ぐため、受診率の向上に向けて行政とも協力し、様々な方法によるがん検診の受診勧奨を進めていく必要がある。

肺がん発見率を上げるために、精密検査において「がんの疑い」の結果に対しては、追跡調査を行って結果を把握し、不明例をできるだけ減らすように努めている。その結果、精検受診率は平成20年度71.2%に対し、21～26年度は80%台後半で、27年度から90%台を維持している。令和6年度の精検受診率も91.9%（図表2-4-3-4）と、最近10年は90%を超え、国の目標値である90%を達成している。要精検率は平成26年度1.77%、27年度1.88%であるが、28年度1.91%と少し増加し、29年度は1.66%、30年度1.60%、令和元年度1.59%、2年度1.26%、3年度1.37%、4年度1.22%、5年度1.38%であった。令和6年度の要精検率は1.56%（図表2-4-3-1）（28年度よりE判定のみの要精検率）である。これは平成28年度、胸部エックス線検査をすべてデジタル化し、3年目の30年度以降では液晶画像モニターで、デジタル撮影の比較読影をすることが可能となり、要精検率が安定してきていると考えられる。

がん発見率（図表2-4-3-2）も平成17、18、19年度が0.02%台に対し、20年度0.046%、21年度0.067%、22年度0.051%、23年度0.058%と増加し、最近では24年度0.049%、25年度0.060%、26年度0.056%、27年度0.068%で、28年度0.086%、29年度0.086%、30年度0.065%、令和元年度0.070%、2年度0.100%、3年度0.091%、4年度0.097%、5年度0.083%であった。令和6年度のがん発見率は0.07%（40歳～75歳では0.05%）（図表2-4-3-4）となっている。

また、初回・非初回がん発見率（図表2-4-3-3）でみると、令和6年度における検診受診

回数別の受診者数、発見肺がん数、発見率は、初回受診（前年度受診のないもの）では、それぞれ25,897人、25人、0.10%で、非初回受診では、それぞれ81,990人、52人、0.06%である。がん発見率を性別（図表2-4-3-4）からみると、男性が0.11%（女性0.05%）と高く、年齢階級別では65歳以上で多く、年齢とともに増加する傾向がある。また二次保健医療圏別（図表2-4-3-4）では東葛北部、香取海匝、山武長生夷隅、安房、市原で発見例が多く、市原では男性で肺がん発見率が0.38%である。

一方、喀痰検査の受診者数（図表2-4-3-1）は令和6年度では1,360人（対前年度186人減）で、10年以上減少傾向が続いている。禁煙活動による重喫煙者の減少や喫煙率低下による効果が表れているものと考えられる。喀痰によるがん発見数（図表2-4-3-5）は、令和4年度より1名もおらず、継続を期待したい。

出典

- 1) 厚生労働省：令和6年（2024）人口動態統計（確定数）の概況
〈https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei24/dl/11_h9.pdf〉
(2025/11/01アクセス)
- 2) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」：国民生活基礎調査による都道府県別がん検診受診率データ
〈[https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/excel/Pref_Cancer_Screening_Rate\(2007_2022\).xlsx](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/excel/Pref_Cancer_Screening_Rate(2007_2022).xlsx)〉
(2025/11/05アクセス)
- 3) 厚生労働省：がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）
〈<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001138884.pdf>〉
(2025/11/05アクセス)

図表2-4-3-2 【地域保健】肺がん検診 胸部エックス線検査成績

[全国・千葉県・当財団比較] (平成30～令和5年度)

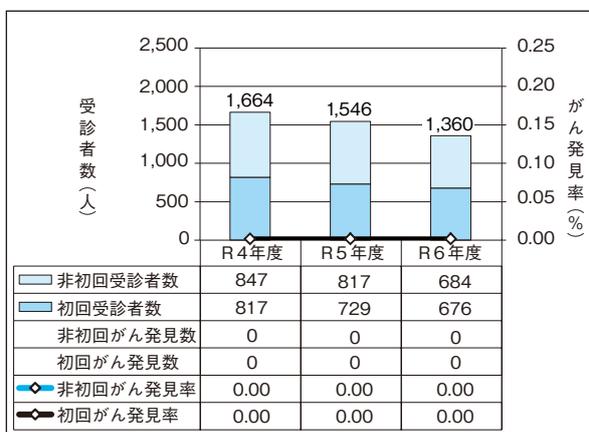
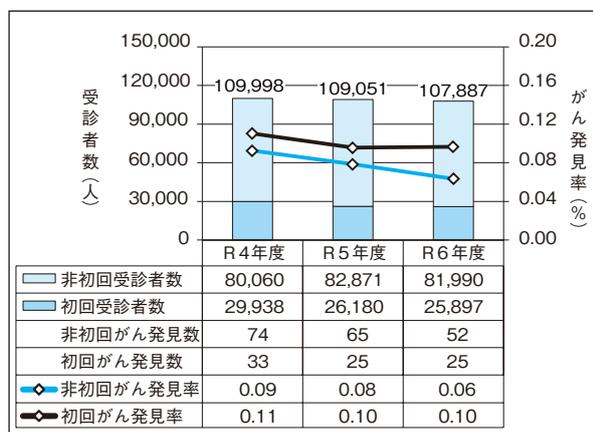
項目		30	R1	R2	R3	R4	R5	
全 国	対象者数 A (人)	51,847,442	51,255,721	50,750,595	50,347,337	50,006,746	49,804,259	
	受診者数 B (人)	3,686,623	3,466,560	2,771,657	3,052,032	3,002,727	2,931,531	
	受診率 (B/A) × 100 (%)	7.1	6.8	5.5	6.1	6.0	5.9	
	要精検者数 C (人)	58,124	54,320	41,819	45,377	44,793	-	
	要精検率 (C/B) × 100 (%)	1.58	1.57	1.51	1.49	1.49	-	
	結果	がん発見数 D (人)	1,103	1,055	729	802	749	-
		がん発見率 (D/B) × 100 (%)	0.030	0.030	0.026	0.026	0.025	-
		がんの疑い (人)	2,110	2,004	1,465	1,579	1,733	-
	千 葉 県	実施市町村数	54	54	54	54	54	54
		対象者数 A (人)	2,594,123	2,574,231	2,557,123	2,543,760	2,537,208	2,534,247
受診者数 B (人)		246,511	225,843	170,896	193,265	190,189	183,422	
受診率 (B/A) × 100 (%)		9.5	8.8	6.7	7.6	7.5	7.2	
要精検者数 C (人)		2,764	2,621	1,803	2,046	1,847	-	
要精検率 (C/B) × 100 (%)		1.12	1.16	1.06	1.06	0.97	-	
結果		がん発見数 D (人)	47	48	46	28	26	-
		がん発見率 (D/B) × 100 (%)	0.019	0.021	0.027	0.014	0.014	-
		がんの疑い (人)	146	119	88	103	91	-
当 財 団		実施市町村数	30	30	28	32	32	32
	対象者数 A (人)	1,385,201	1,376,092	1,323,855	1,367,466	1,363,191	1,360,893	
	受診者数 B (人)	132,591	126,850	75,197	105,530	109,998	109,051	
	受診率 (B/A) × 100 (%)	9.6	9.2	5.7	7.7	8.1	8.0	
	要精検者数 C (人)	2,124	2,018	946	1,444	1,339	1,510	
	要精検率 (C/B) × 100 (%)	1.60	1.59	1.26	1.37	1.22	1.38	
	結果	がん発見数 D (人)	86	89	75	96	107	90
		がん発見率 (D/B) × 100 (%)	0.065	0.070	0.100	0.091	0.097	0.083
		がんの疑い (人)	63	42	30	40	51	35

- 備考：1) 全国・千葉県のデータについては、厚生労働省統計の「地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）」を参照した。
 2) 全国・千葉県のデータについては、エックス線検査で集計されている数を掲載した。
 3) 当財団の数値は、集団検診で撮影・読影ともに実施した数を集計した。
 4) 当財団の要精検者数・がん発見数・がんの疑いは、E判定より算出し、D判定を含まない。
 5) 全国・千葉県は平成25年度より受診率の算定対象年齢を40～69歳までに変更したが、当財団は40歳以上を集計している。
 6) 全国・千葉県は翌年6月末日時点、当財団は翌々年3月末日時点の実績を集計している。

図表2-4-3-3 【地域保健】肺がん検診 初回・非初回がん発見率（令和4～6年度）

1) 胸部エックス線検査

2) 喀痰検査



図表2-4-3-4【地域保健】肺がん検診 胸部エックス線検査実績（令和6年度）①

1) 年齢階級別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果	精密検査結果												指標（％）				
		受診者数	要精検者数 (E判定)	受診者精検 者数	所見延べ 数	肺がん	肺がん 疑い	他腫瘍性 疾患	甲状腺疾患	結核要医療	他呼吸器 疾患	循環器 疾患	その他 の疾患	異常なし	疾病名不明	要精検率	受診者精 検率	発見率 がん
40～44歳	男	1,489	14	11	11					3		1	7		0.94	78.57	0	0
	女	3,585	26	24 (2)	29 (3)		1	1	1 (1)	19 (2)		3	4		0.73	92.31	0	0
45～49歳	男	1,394	10	9	9					4		2	3		0.72	90.00	0	0
	女	3,669	26	24	26	1		3		8		6	8		0.71	92.31	0.03	3.85
50～54歳	男	1,895	14	12	14			2		7		1	4		0.74	85.71	0	0
	女	4,396	28	28	30	1		1		18		1	9		0.64	100	0.02	3.57
55～59歳	男	1,731	11	9	10	2				6			2		0.64	81.82	0.12	18.18
	女	4,189	34	32	35	1	1	1		17		5	10		0.81	94.12	0.02	2.94
60～64歳	男	2,435	27	24	25	1	1	1		11		2	9		1.11	88.89	0.04	3.70
	女	5,488	74	73 (2)	80 (2)	1	2	3		46 (1)	1	8 (1)	19		1.35	98.65	0.02	1.35
65～69歳	男	5,453	89	74	83	3	4	6		40	1	8	21		1.63	83.15	0.06	3.37
	女	8,847	142	133 (2)	149 (2)	8	1	8 (1)	1	83 (1)		15	33		1.61	93.66	0.09	5.63
70～74歳	男	8,602	156	132 (2)	150 (4)	11	4	6	1	84 (3)	1	14 (1)	29		1.81	84.62	0.13	7.05
	女	12,775	197	184	195	7	9	11		120	1	13	34		1.54	93.40	0.05	3.55
75～79歳	男	9,704	180	170 (3)	191 (4)	13	10 (1)	7		107 (2)	2	20 (1)	32		1.85	94.44	0.13	7.22
	女	13,073	238	230 (1)	252 (3)	6	9	9		144 (3)	2	23	59		1.82	96.64	0.05	2.52
80歳以上	男	9,471	220	196 (1)	223 (2)	15	15 (1)	5		130	5 (1)	18	34		2.32	89.09	0.16	6.82
	女	9,691	198	183 (1)	204 (1)	7	7	4	1	122 (1)	5	15	43		2.04	92.42	0.07	3.54
合計	男	42,174	721	637 (6)	716 (10)	45	34 (2)	27	1	392 (5)	9 (1)	66 (2)	141	0	1.71	88.35	0.11	6.24
	女	65,713	963	911 (8)	1,000 (11)	32	30	41 (1)	3 (1)	577 (8)	9	89 (1)	219	0	1.47	94.60	0.05	3.32
	計	107,887	1,684	1,548 (14)	1,716 (21)	77	64 (2)	68 (1)	4 (1)	969 (13)	18 (1)	155 (3)	360	0	1.56	91.92	0.07	4.57
40～74歳 (再掲)	男	22,999	321	271 (2)	302 (4)	17	9	15	1	155 (3)	2	28 (1)	75	0	1.40	84.42	0.07	5.30
	女	42,949	527	498 (6)	544 (7)	19	14	28 (1)	2 (1)	311 (4)	2	51 (1)	117	0	1.23	94.50	0.04	3.61
	計	65,948	848	769 (8)	846 (11)	36	23	43 (1)	3 (1)	466 (7)	4	79 (2)	192	0	1.29	90.68	0.05	4.25

備考：1) 括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 読影のみ・撮影のみ当財団実施分は含まない。

3) 「他腫瘍性疾患」の内訳は、転移性肺腫瘍7人、転移性肺腫瘍疑い1人、肺腫瘍（がんを除く）12人、肺腫瘍疑い（がんを除く）32人、縦隔腫瘍14人、悪性リンパ腫疑い2人である（所見は複数計上のため、合計と一致しない）。

図表2-4-3-4【地域保健】肺がん検診 胸部エックス線検査実績（令和6年度）②

2) 二次保健医療圏別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果		精密検査結果													指標 (%)			
	受診者数	要精検者数 (E判定)	受診者数 精検	所見延べ数	肺がん	肺がん 疑い	他腫瘍性 疾患	甲状腺疾患	結核要医療	他呼吸器 疾患	循環器 疾患	その他 の疾患	異常なし	疾病名不明	要精検率	受診者 精検率	がん 発見率	陽性反応 適中度	
千葉	男	275	4	2 (1)	2 (1)							1 (1)	1	1.45	50.00	0	0		
	女	583	12	9 (2)	9 (2)			1 (1)	1			4 (1)	3	2.06	75.00	0	0		
東葛南部	男	2,413	38	32 (1)	38 (2)	1			26 (2)	1	2	8	1.57	84.21	0.04	2.63			
	女	3,725	56	49 (1)	53 (2)	2	1		36 (2)		7	7	1.50	87.50	0.05	3.57			
東葛北部	男	10,827	185	171	183	11	12	5	1	88	4	21	41	1.71	92.43	0.10	5.95		
	女	17,988	270	262	280	10	12	14	137	3	30	74	1.50	97.04	0.06	3.70			
印旛	男	3,303	54	49 (2)	54 (3)		2 (1)	2	20	2 (1)	5 (1)	23	1.63	90.74	0	0			
	女	6,064	78	74 (1)	82 (1)	4	1	2	51 (1)	1	4	19	1.29	94.87	0.07	5.13			
香取海匝	男	5,255	75	71	78	8	1	3	46		7	13	1.43	94.67	0.15	10.67			
	女	8,451	104	101	106	3		4	69		3	27	1.23	97.12	0.04	2.88			
山武長生 夷 隅	男	9,136	168	140 (2)	166 (4)	14	4 (1)	6	103 (3)	1	15	22	1.84	83.33	0.15	8.33			
	女	13,195	194	186 (4)	209 (6)	8	4	7 (1)	128 (5)	1	17	43	1.47	95.88	0.06	4.12			
安房	男	5,040	94	85	99	3	12	3	56	1	7	17	1.87	90.43	0.06	3.19			
	女	6,049	102	97	107	3	8	4	61	1	11	19	1.69	95.10	0.05	2.94			
君津	男	3,819	69	57	61		2	6	37		6	10	1.81	82.61	0	0			
	女	5,556	94	84	102	1	5	5	70	3	5	12	1.69	89.36	0.02	1.06			
市原	男	2,106	34	30	35	8	1	2	16		2	6	1.61	88.24	0.38	23.53			
	女	4,102	53	49	52	1		4	24		8	15	1.29	92.45	0.02	1.89			
合計	男	42,174	721	637 (6)	716 (10)	45	34 (2)	27	392 (5)	9 (1)	66 (2)	141	0	1.71	88.35	0.11	6.24		
	女	65,713	963	911 (8)	1,000 (11)	32	30	41 (1)	577 (8)	9	89 (1)	219	0	1.47	94.60	0.05	3.32		
	計	107,887	1,684	1,548 (14)	1,716 (21)	77	64 (2)	68 (1)	969 (13)	18 (1)	155 (3)	360	0	1.56	91.92	0.07	4.57		

備考：1) 括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 読影のみ・撮影のみ当財団実施分は含まない。

3) 「他腫瘍性疾患」の内訳は、転移性肺腫瘍7人、転移性肺腫瘍疑い1人、肺腫瘍（がんを除く）12人、肺腫瘍疑い（がんを除く）32人、縦隔腫瘍14人、悪性リンパ腫疑い2人である（所見は複数計上のため、合計と一致しない）。

I トピックス
II 健診・診療
・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間
ドック等
検体検査
その他
III 調査研究
実績
IV 普及啓発
実績
V 財団概要
VI 基本方針

図表2-4-3-5 【地域保健】肺がん検診 喀痰検査実績（令和6年度）②

2) 二次保健医療圏別

(単位：人（表示以外）)

		集団検診結果					精密検査結果											各指標 (%)								
		受診者数	要精検者数			計	受診者数 精検	延べ数 所見	肺がん	肺がん疑い	異型上皮	気管支	(疑い含む) 慢性気管支炎	(疑い含む) 気管支拡張症	(疑い含む) 肺腫瘍	(疑い含む) 肺線維症	(疑い含む) 肺気腫症	その他	がん	その他	疾病名 不明	要精検率	受診率	精検 発見率	がん 適中度	陽性反応 集中度
			精検	経過観察	後精検																					
			3か月	6か月																						
千葉	男	17	0	0	0	0															0	-	-	-		
	女	3	0	0	0	0															0	-	-	-		
東葛南部	男	195	0	0	4	4	1 (1)	1 (1)			1 (1)										2.05	25.00	0	0		
	女	37	0	0	1	1	0														2.70	0	0	0		
東葛北部	男	402	0	2	5	7	6 (3)	6 (3)	1	2 (2)									3 (1)		1.74	85.71	0	0		
	女	93	0	0	1	1	0														1.08	0	0	0		
印旛	男	0	-	-	-	-															-	-	-	-		
	女	0	-	-	-	-															-	-	-	-		
香取海陸	男	35	0	0	1	1	1	1											1		2.86	100	0	0		
	女	7	0	0	0	0															0	-	-	-		
山武長生 夷隅	男	358	1	1	1	3	2 (2)	2 (2)			2 (2)										0.84	66.67	0	0		
	女	34	0	0	1	1	1 (1)	1 (1)			1 (1)										2.94	100	0	0		
安房	男	0	-	-	-	-															-	-	-	-		
	女	0	-	-	-	-															-	-	-	-		
君津	男	164	0	0	1	1	0														0.61	0	0	0		
	女	15	0	0	0	0															0	-	-	-		
市原	男	0	-	-	-	-															-	-	-	-		
	女	0	-	-	-	-															-	-	-	-		
合計	男	1,171	1	3	12	16	10 (6)	10 (6)	0	1	5 (5)	0	0	0	0	0	0	4 (1)	0	0	1.37	62.50	0	0		
	女	189	0	0	3	3	1 (1)	1 (1)	0	0	1 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.59	33.33	0	0		
	計	1,360	1	3	15	19	11 (7)	11 (7)	0	1	6 (6)	0	0	0	0	0	4 (1)	0	0	0	1.40	57.89	0	0		

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2-4-4 【地域保健】 子宮がん検診

概 要

子宮がん検診車による巡回集団検診を実施し、子宮頸部から採取した検体について、日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士が検査（細胞診）にあたっている。

当財団では液状化検体法（Liquid Based Cytology：LBC法）を採用し、HPV（ヒトパピローマウイルス）検査の併用も可能である。

子宮頸部細胞診の判定は、平成22年度から採用されたベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式（ベセスダシステム）をすべての市町村で採用している。ベセスダシステムではNILMを「精検不要」、ASC-US以上を「要精密検査」と判定する。ASC-US以上は細胞診専門医が最終診断を行っている。

子宮頸部ベセスダ分類

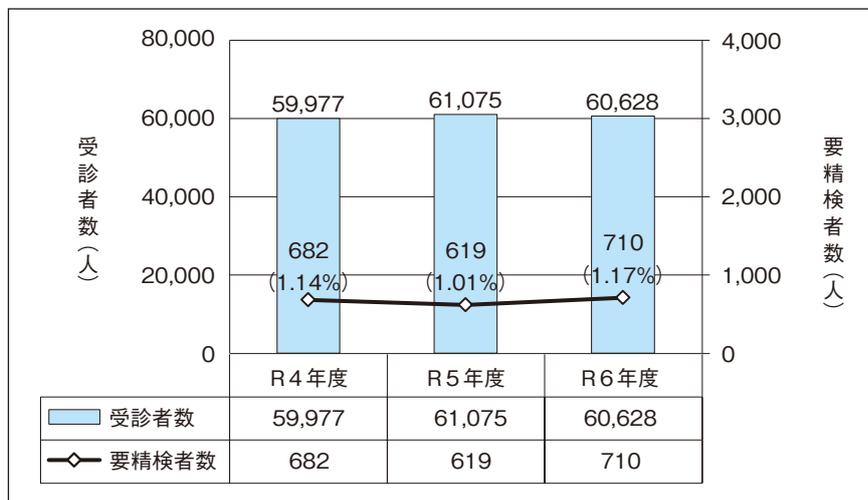
結果	略語	英語表記	推定される病理診断	取扱い（参考）
1) 陰性	NILM	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	非腫瘍性所見、炎症	精検不要：定期検査
2) 意義不明な異型扁平上皮細胞	ASC-US	Atypical squamous cells of undetermined significance	軽度扁平上皮内病変疑い	要精検： ① HPV [*] テストによる判定が望ましい。 陰性：一年後に細胞診 HPV併用検査 陽性：コルポ、生検 ② HPVテスト非施行 6ヶ月以内細胞診再検査
3) HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	ASC-H	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL	高度扁平上皮内病変疑い	要精検：コルポ、生検
4) 軽度扁平上皮内病変	LSIL	Low grade squamous intraepithelial lesion	HPV感染 軽度異形成	要精検：コルポ、生検
5) 高度扁平上皮内病変	HSIL	High grade squamous intraepithelial lesion	中等度異形成、高度異形成、上皮内癌	要精検：コルポ、生検
6) 扁平上皮癌	SCC	Squamous cell carcinoma	扁平上皮癌（微小浸潤癌を含む）	要精検：コルポ、生検
7) 異型腺細胞	AGC	Atypical glandular cells	腺異形または腺系病変疑い	要精検：コルポ、生検、頸管内膜細胞診または組織診
8) 上皮内腺癌	AIS	Adenocarcinoma in situ	上皮内腺癌	要精検：コルポ、生検、頸管内膜細胞診または組織診
9) 腺癌	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	腺癌	要精検：コルポ、生検、頸管内膜細胞診または組織診
10) その他の悪性腫瘍	Other malig.	Other malignant neoplasms	その他の悪性腫瘍	要精検：病変検索

備考：HPV…ヒトパピローマウイルス（Human Papilloma Virus）

実施状況

令和6年度の子宮がん検診の受診者数は60,628人（対前年度447人減）で要精検者数710人、要精検率1.17%であった。

図表2-4-4-1 【地域保健】子宮がん検診 年度別実績（令和4～6年度）



考察・評価

総合健診センター顧問 河西十九三

地域子宮頸部がん検診における令和6年度の子宮がん発見数は頸部浸潤がん4人、頸部腺上皮内がん1人、体部がん2人で、前がん病変のCIN3は54人（上皮内がん6人、高度異形成48人）であった（図表2-4-4-7）。

がん発見率を全国（R5年度日本対がん協会）の数値と比較してみると、共にごがん発見率は0.01%と同率である（図表2-4-4-2）。

図表2-4-4-3に千葉県の子宮がん検診受診者の年次推移を示す。本県で子宮がん集団検診が車検診方式（地域(市町村)以外の受診者を含む）により本格的に開始されたのは昭和47年であり、初年度に26,387人が受診した。その後の検診数の推移をみると、当初のおよそ10年間は年毎に数万人の増加が見られ、昭和55年には10万人の大台に達した。次の約16年間は10～11万人台を維持していたが、その後の10年間は10万人を割り漸減傾向をたどり、最近の数年間も多少減少傾向にある。

市町村における近年の6年間（R1～R6年度）の子宮がん集団検診（頸部）の受診者数は、76,349人、36,571人、62,567人、59,977人、61,075人、60,628人とピーク時のおおよそ8割に回復した。これは無料クーポン券配布や啓蒙の効果と思われるが、R2、R3、R4年度はCOVID-19流行の影響により36,571人、62,567人、59,977人に減少した（図表2-4-4-5）。

子宮頸がんの発見率は最初の10年間は0.1～0.3%と高率であったが、その後の約30年間は0.02～0.05%となり一桁下がった。この低下理由は集団検診を開始して10年位が経過すると、繰り返し受診者の割合が増加すること、言い換えれば毎年同じ対象者を検診していることによると推測される（図表2-4-4-3）。最近数年間の頸がん発見率は0.01～0.02%であり、平成29年度より上皮内がんががん発見数から除かれたので更に低下している。

図表2-4-4-4に示すように子宮がん検診の年度別年代別受診割合は、検診開始当初の10年間位は30代、40代の受診者を合計すると約8割を占めていたが、その後この世代は漸減し

て、最近の10年間では40代が2割強と若干の増加傾向にあるものの、60代と70代以上で5割弱を占め、受診者の高齢化が顕著になっている。このことは、検診開始当初に受診した同じ世代がそのまま加齢と共に繰り返し受診していることを示唆している。子宮頸部がんに関する最近の各種データからは、一致して20代後半からの急激な罹患率上昇がみられ、頸がん若年化傾向は明らかである。しかし、受診者の高齢化は継続しており検診の効率化とは相反する現象となっている。

平成16年に検診開始年齢を20歳よりと変更してからも、20、30代の受診率の増加は全く認められなかった。しかし、平成21年度の無料クーポン券配布により、H22～H26年度（前期）、R1～R6年度（後期）とすると20代で前期では平均2.8%（2.7～3.0%）、後期で平均2.1%（1.8～2.4%）と、30代でも前期が平均17.0%（16.1～17.5%）、後期が平均13.7%（13.2～14.2%）と21年度以前に比較して、この年代層の受診率向上が見られていたが、R1～R6年度には多少の減少傾向となった。このことは平成27年度からクーポン券配布対象者を限定したこと、COVID-19の流行が原因であり、若年者への無料クーポン券配布の継続が若年者受診のきっかけとして重要であることを示している（図表2-4-4-5）。

次に、最近5年間（R2～R6年度、一部の市町村除く）の受診者を初回と非初回に分けて、CIN3以上の発見率を比較してみると（図表2-4-4-6）、初回の発見率が0.26%であるのに対し非初回の発見率は0.03%と顕著に低下する。この数値は初回受診者のCIN3以上発見率が非初回の約9倍と高率であり、一度も検診を受けたことのない対象者を、いかにして受診するように啓発するかが最重要であることを表している。この対策として最も有効であるのはコール、リコールの遂行（受診勧奨）であると言われている。

年齢階級別にみると、CIN3以上が高率に発見されているのは30～40代であり、この年齢層への検診啓発が重要であると示している（図表2-4-4-7①）。

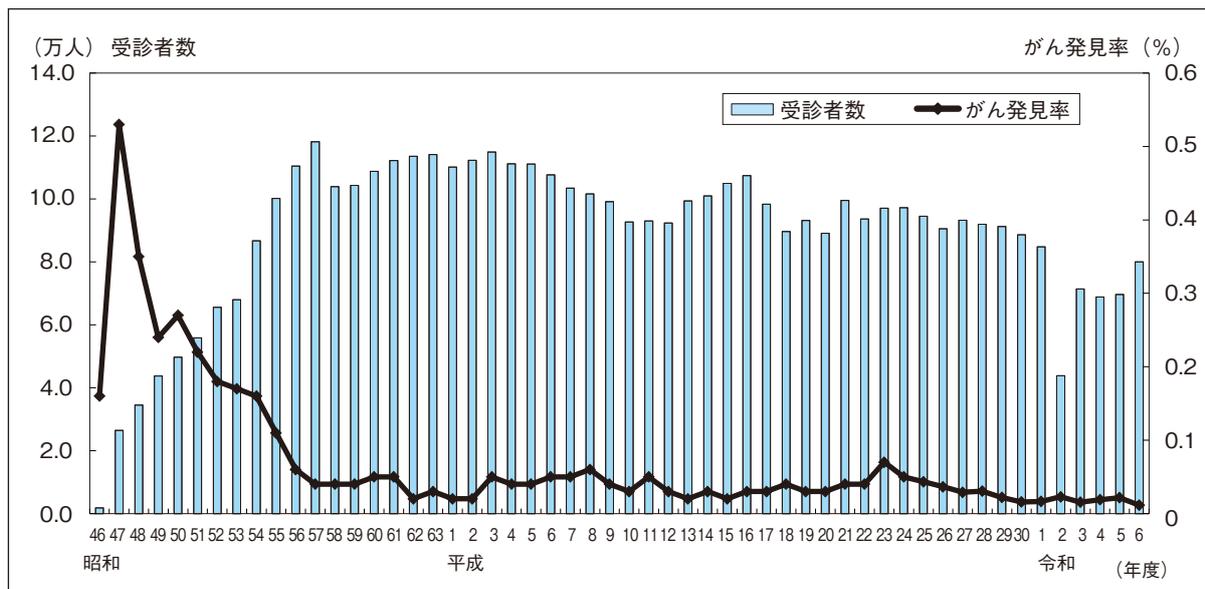
二次保健医療圏別のCIN3以上の発見率に大きな差は無く、要精検率も大差は見られない（図表2-4-4-7②）。

図表2-4-4-2 【地域保健】 子宮がん検診 子宮がん発見数

	(当財団) 令和6年度				(全国) 令和5年度	
	がん発見数 (人)	がん発見率 (%)	要精検率 (%)	要精検率 (R2～R6平均) (%)	がん発見率 (%)	要精検率 (%)
頸部検診	4	0.01	1.17	1.22	0.01	1.37

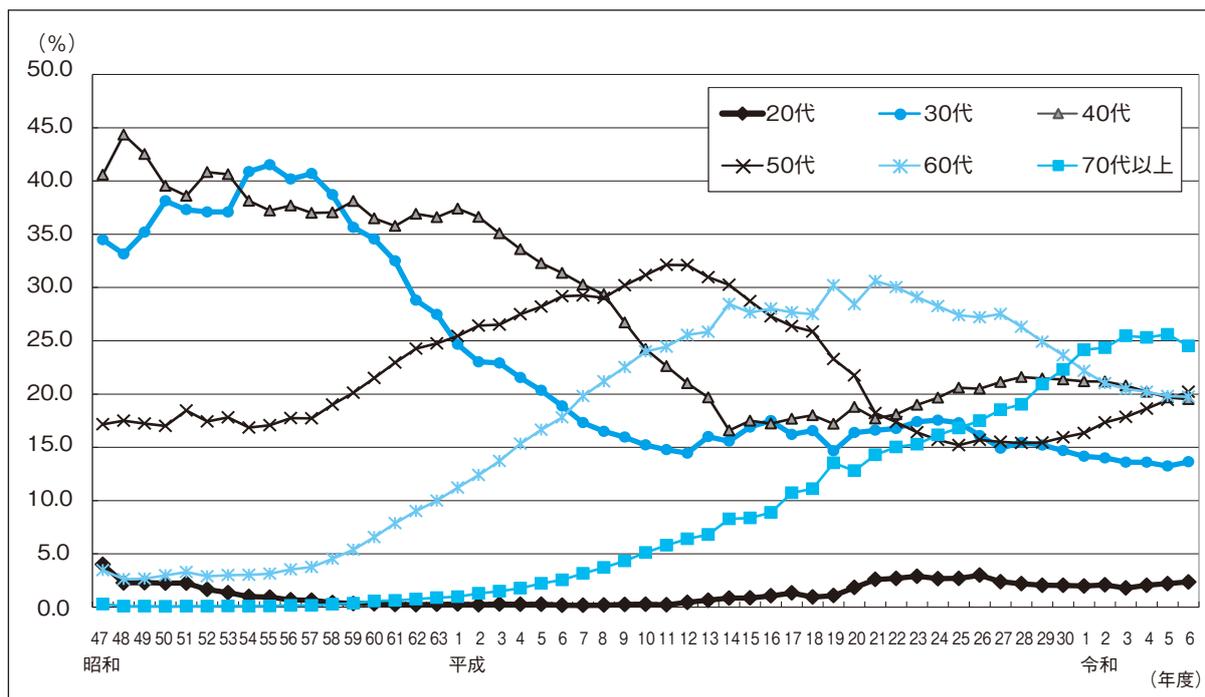
備考：頸部検診で要精密検査となり、精密検査の結果、浸潤がんとなった者を集計した（全国・当財団共通）。

図表2-4-4-3 【地域保健】子宮がん検診 集団検診（車検診方式）年次推移（昭和46～令和6年度）



備考：1）図は車検診方式で実施した受診者数の総計。そのため地域（市町村）以外の受診者を含む。
 2）平成14年度までのデータは、財団法人千葉県対がん協会の「年報」等による。

図表2-4-4-4 【地域保健】子宮がん検診 年代別受診割合【頸部】（昭和47～令和6年度）



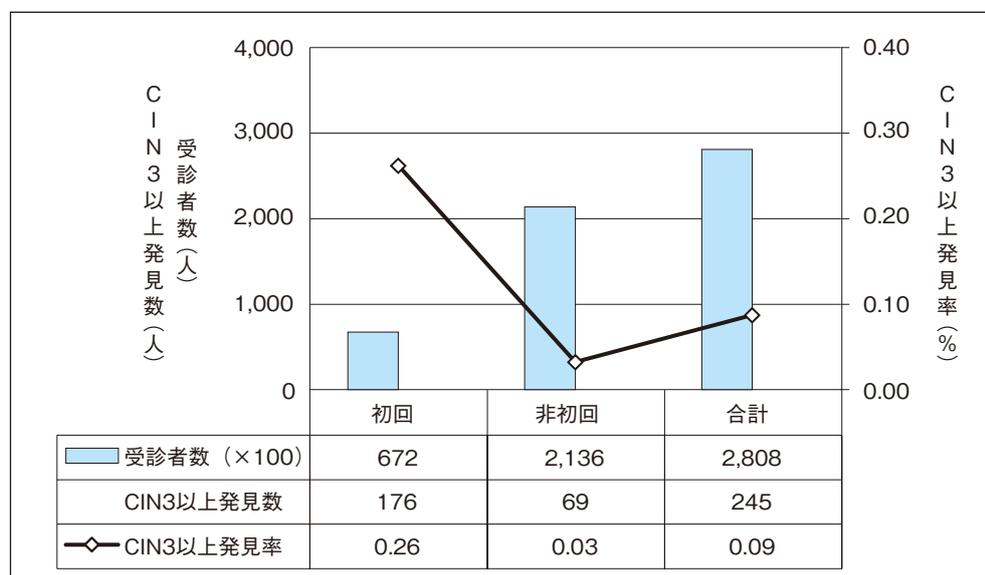
備考：平成14年度までのデータは、財団法人千葉県対がん協会の「年報」等による。

図表2-4-4-5 【地域保健】子宮がん検診 20、30代受診者数【頸部】（令和元～令和6年度）

		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
20代	受診者数（人）	1,516	762	1,123	1,230	1,350	1,435
	割合（%）	(2.0)	(2.1)	(1.8)	(2.1)	(2.2)	(2.4)
30代	受診者数（人）	10,810	5,122	8,514	8,153	8,087	8,272
	割合（%）	(14.2)	(14.0)	(13.6)	(13.6)	(13.2)	(13.6)
全年齢	受診者数（人）	76,349	36,571	62,567	59,977	61,075	60,628

備考：括弧内は全年齢に対する割合を示す（%）。

図表2-4-4-6 【地域保健】子宮がん検診 初回・非初回別がん発見数、がん発見率【頸部】
（令和2～6年度累計）



図表2-4-4-7【地域保健】子宮がん検診 実施状況（令和6年度）①

1) 年齢階級別

(単位：人（表示以外）)

	精密検査結果											各指標 (%)									
	集団検診結果		浸潤がん			CIN			AIS		AGC		その他	異常なし	体部がん	その他のがん	疾病名不明	要精検率	精検受診率	CIN3以上発見率	CIN3以上陽性反応適中度
	受診者数	要精検者数	精検受診者数	所見延べ数	扁平上皮系	腺上皮系	その他	扁平上皮内がん		CIN3 異高度形成	CIN2 異中高度形成	CIN1 異軽度形成									
								扁平上皮内がん	異高度形成												
25歳未満	475	35	32 (8)	34 (8)							18 (7)					7 (1)	9	91.43	0	0	
25～29歳	960	44	33 (10)	34 (10)				2 (1)	4 (7)		12 (7)					10 (2)	6	75.00	0.21	4.55	
30～34歳	3,259	101	89 (17)	93 (17)				1 (1)	10 (2)	1 (1)	30 (4)					18 (4)	18	88.12	0.34	10.89	
35～39歳	5,013	104	88 (13)	96 (13)	2				7 (2)	6 (1)	32 (8)	1				28 (2)	20	84.62	0.18	8.65	
40～44歳	5,882	119	110 (22)	122 (22)				3	6 (1)	18 (1)	30 (11)	1				37 (7)	25	92.44	0.17	8.40	
45～49歳	5,956	96	91 (30)	94 (30)				1 (1)	13 (3)	9 (16)	29 (16)					19 (5)	23	94.79	0.24	14.58	
50～54歳	6,558	75	70 (10)	73 (10)					3 (1)	5 (1)	19 (4)					17 (1)	29	93.33	0.05	4.00	
55～59歳	5,694	36	32 (7)	34 (7)	1 (1)				1 (1)	2 (4)	10 (4)					9 (2)	11	88.89	0.04	5.56	
60～64歳	5,706	25	25 (6)	25 (6)					2	2 (1)	6 (4)					6 (1)	8	100	0.04	8.00	
65～69歳	6,265	28	25 (3)	28 (3)	1					3	6					9 (2)	9	89.29	0.02	3.57	
70～74歳	6,700	23	22 (8)	22 (8)				1 (1)	2 (1)	1 (3)	7 (3)					5 (1)	5	95.65	0.04	13.04	
75～79歳	5,551	13	13 (2)	14 (2)					1	2	3					4 (1)	4	100	0.02	7.69	
80歳以上	2,609	11	10 (1)	11 (1)					1	1	1					4 (1)	4	90.91	0.04	9.09	
合計	60,628	710	640 (137)	680 (137)	4 (1)	0	0	6 (2)	48 (10)	68 (7)	203 (66)	2	1 (1)	2 (2)	173 (29)	171 (18)	2 (1)	90.14	0.10	8.31	
20～74歳 (再掲)	52,468	686	617 (134)	655 (134)	4 (1)	0	0	6 (2)	46 (10)	65 (7)	199 (66)	2	1 (1)	2 (2)	165 (27)	163 (17)	2 (1)	89.94	0.11	8.31	

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

図表2-4-4-7【地域保健】子宮がん検診 実施状況（令和6年度）②

2) 二次保健医療圏別

(単位：人（表示以外）)

	精密検査結果										各指標 (%)												
	集団検診結果		浸潤がん				CIN				AIS		AGC		その他	異常なし	体部がん	その他のがん	疾病名不明	要精検率	精検受診率	CIN3以上 発見率	陽性反応 適中度 CIN3以上
	受診者数	要精検者数	精検受診者数	所見延べ数	扁平上皮系	腺上皮系	その他	扁平上皮内がん	異形成	異形成	異形成	分類不明	腺上皮内がん	異形腺細胞									
千葉	3,267	34	16 (2)	18 (2)	1 (1)	3	2	3	1 (1)	3	6 (1)	3	6 (1)							1.04	47.06	0.12	11.76
東葛南部	1,223	22	19	19		2	3	8												1.80	86.36	0.16	9.09
東葛北部	14,767	166	145 (6)	158 (6)	2	11	15 (1)	40 (4)	1	53 (1)	35	53 (1)								1.12	87.35	0.09	8.43
印旛	9,306	109	104 (17)	103 (17)	1	8 (1)	9	30 (6)		21 (9)	33 (1)	33 (1)			1					1.17	95.41	0.11	9.17
香取海匠	9,500	108	99 (23)	112 (23)		6 (2)	17 (3)	37 (15)		22 (1)	30 (2)	22 (1)								1.14	91.67	0.06	5.56
山武長生 夷隅	15,065	172	165 (82)	168 (82)	2 (1)	11 (3)	13 (3)	56 (41)		41 (15)	41 (15)	41 (15)	1 (1)	1 (1)						1.14	95.93	0.10	8.72
安房	538	1	1	1			1													0.19	100	0	0
君津	4,680	57	55 (1)	65 (1)		4 (1)	6	20		22	12	22								1.22	96.49	0.09	7.02
市原	2,282	41	36 (6)	36 (6)		3 (3)	2	9	1	8 (2)	11	8 (2)	1 (1)	1 (1)						1.80	87.80	0.18	9.76
合計	60,628	710	640 (137)	680 (137)	6 (2)	48 (10)	68 (7)	203 (66)	2	173 (29)	171 (18)	173 (29)	2 (1)	2 (2)	1					1.17	90.14	0.10	8.31

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2-4-5 【地域保健】 乳がん検診

概要

乳がん検診車（マンモグラフィ用、超音波検査用）による巡回集団検診を実施している。

マンモグラフィは、左右乳房のMLO（medio lateral oblique = 内外斜位）方向のエックス線撮影を行う。一部においてはCC（cranio-caudal = 頭尾）方向を加え、2方向撮影を実施する。撮影は、日本乳がん検診精度管理中央機構認定の診療放射線技師が実施する。判定は、同認定の読影医師が二重読影及び比較読影を行う。二重読影は、一次読影、二次読影を独立してそれぞれ読影・判定し、二次読影は基本的に認定A評価の医師が行う。

超音波検査は、日本乳がん検診精度管理中央機構の乳房超音波技術講習会を受講した臨床検査技師が全乳房の走査を行う。判定は日本乳癌学会認定乳腺専門医かつ日本超音波医学会認定超音波指導医が全て読影し、判定を行う。

乳がん検診 判定カテゴリー分類（マンモグラフィガイドライン、乳房超音波ガイドライン 引用）

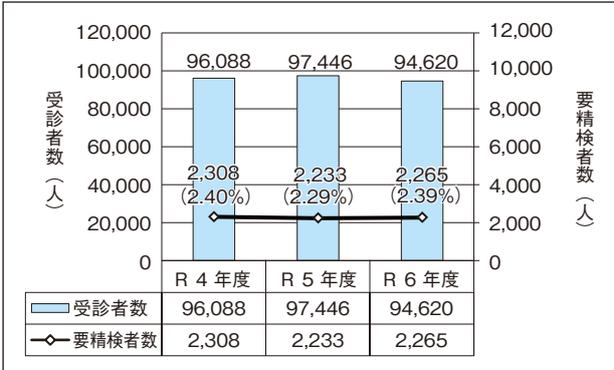
分類	マンモグラフィ	超音波	措置
カテゴリー1	異常所見なし	異常所見なし	精検不要
カテゴリー2	良性	所見があるが精検不要	
カテゴリー3	良性、しかし悪性を否定できず	良性、しかし悪性を否定できず	要精検
カテゴリー4	悪性の疑い	悪性の疑い	
カテゴリー5	悪性	悪性	

実施状況

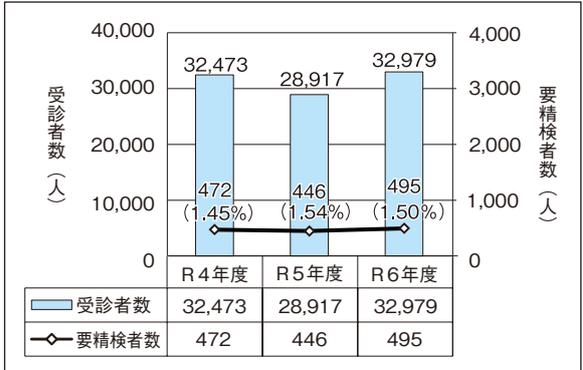
令和6年度の乳がん検診の受診者数は、マンモグラフィが94,620人（対前年度2,826人減）で要精検者数2,265人、要精検率2.39%、超音波検査が32,979人（対前年度4,062人増）で要精検者数495人、要精検率1.50%であった。

図表2-4-5-1 【地域保健】 乳がん検診 年度別実績（令和4～6年度）

1) マンモグラフィ



2) 超音波検査



乳がんの罹患率および死亡率は増加の一途をたどり、今後も増え続けると予想される。そのため検診による早期発見・早期治療への期待や意義は非常に大きい。

わが国で乳がんと診断される患者数は年間10万人近くなり、女性の約9人に1人が乳がんにかかるという状況になっている。その原因として早い初潮、遅い閉経、未婚や未産、肥満、喫煙、アルコールの摂取等がいわれているが、予防法として決め手になるものは存在しない。そのため乳がん発症を予防すること（一次予防）は難しく、検診による早期発見（二次予防）が乳がん死亡率を減少させる唯一の方法である。

現在、千葉県の乳がん検診は、乳房エックス線撮影（マンモグラフィ）、超音波検査の画像診断を行っている。平成16年に厚生労働省（厚労省）より乳がん検診についての通達があり、40歳以上の受診者にマンモグラフィ（40代のみ二方向（内外斜位方向撮影（medio-lateral oblique; MLO）と頭尾方向撮影（cranio-caudal; CC））、50歳以上は一方向（MLO））と視触診検診を2年に一度（隔年）行うように示された。さらに、平成27年10月には『がん検診のあり方に関する提言』が発表され、マンモグラフィを原則とし、視触診は推奨しないこと、超音波検診に関しては、今後、導入される可能性があるというものであった。千葉県では、平成16年6月に「千葉県乳がん検診ガイドライン」を作成し、マンモグラフィでは乳がんの発見が難しい『高濃度乳房』を考慮して、年齢別に適した方法（最も感度の高い方法）で検診事業を行ってきた（図表2-4-5-2）。この『高濃度乳房』には、閉経前の受診者が多く含まれ、超音波検査の追加が必要である。現在ではこの内容を「千葉県乳がん検診実施のための技術的手引き」が引き継ぎ、検診を実施している。

千葉県では、30代には超音波検査（厚労省の通達ではこの年代は検診対象外）、40代は超音波検査とマンモグラフィ（2方向）の交互検診（超音波検査とマンモグラフィを毎年、交互に受ける）、50歳以上はマンモグラフィによる検診を推奨のひとつとしている。しかし、50代に関しては、閉経前の受診者が多いことを考慮すると、マンモグラフィだけでは不十分であり、40代と同様に超音波検査とマンモグラフィの交互検診が必要であると考えられる。図表2-4-5-3に令和6年度地域別乳がん検診実施パターンを示す。45市町村中、33の市町村（73%）（背景が青色の○△）で交互検診を実施している。そのうち13市町村（全体の29%）で閉経前が含まれる50代（マンモグラフィ単独では危険な年代）にも超音波検診を導入している。千葉県では各市町村の事情が許せば毎年（毎年）検診を推奨しており、39市町村（87%）で毎年検診が実施されている（市町村名の背景が灰色）。令和2年度はCOVID-19の影響があり、7市町村（旭市、山武市、いすみ市、酒々井町、栄町、芝山町、長南町）で乳がん検診を全く実施することができなかったが、今年度は、昨年度と同様に千葉県内（54市町村）の45市町村（83%）で乳がん検診が実施できた。

当財団で施行した乳がん検診を検討すると、マンモグラフィ検診では、令和6年度、94,620人に施行し、コロナ禍の影響を一番大きく受けた令和2年度以降で大きな変化を認めない。しかし、コロナ禍前は10万人を大きく超えていたことを考えると、まだその影響が残っていると思われる（図表2-4-5-1および2-4-5-5）。要精検者は2,265人・要精検率は2.39%・がん発見数は220人・がん発見率は0.23%・陽性反応適中度（Positive Predictive Value; PPV）は9.71%であった（図表2-4-5-1および2-4-5-5）。がん発見率に関しては前述したが、千葉県では多くの市町村で毎年検診を施行（87%）しており、他県の隔年検診のデータとの単純な比較はできない。千葉県内で隔年検診を行っている6市町村（千葉市・市川市・松戸市・佐

倉市・柏市・市原市) (全受診者の22.3%にあたる (21,129/94,620)) に限った結果を図表2-4-5-6に示す。がん発見率は0.33%、PPVは10.28%と逐年検診と比べ発見率は高い数値になっている。要精検率は、平成30年度までは4%台であったが、比較読影を導入することにより6年度は2.39%まで減少し、精度が高く、効率の良い検診ができていると考えられる(図表2-4-5-1、2-4-5-5)。マンモグラフィ導入当初(平成10年頃)の要精検率は10%を超えていたが、読影力の向上と撮影技術の進歩によりプロセス指標である6.8%以下を維持できていると考えている。

マンモグラフィ検診を行うためには、読影する医師、撮影する技師、施設(装置や画像の管理)の精度管理が求められる。NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構(精中機構)(<https://www.qabcs.or.jp>)では、その認定を行っており、当財団では、A評価を取得している医師や技師が中心に検診事業を行っている。特に読影に関しては、二次読影は必ずA判定の医師が行い、比較読影や所見に応じては三次読影のシステムを導入している。さらに乳がんを強く疑う症例には、至急読影および至急報告を行っており、時間的なロスをできる限り少なくするように受診者中心の医療を心掛けている。現在は全ての画像をモニタ診断し、比較読影も行えるようにシステムを構築している。今後、受診者が増加することも予想され、ますます精度管理が重要となる。精度管理の面でも県民からの信頼を得られる検診事業を行っていく必要がある。

日本乳癌学会及び日本乳癌検診学会では、乳がん検診の精査施設の基準を作成している(図表2-4-5-4)。その内容は非常に厳格であるが、検診を精度高く行うには、当然のことと考える。当財団内の乳腺外来(診療部門)では、その基準を満たしているが、千葉県内でその基準に達している施設が十分にあるとは言えない。精査施設の精度として、財団が行ったこれまでの乳がん検診(マンモグラフィ検診と超音波検診)について、精査施設におけるがん発見の割合とPPVをまとめてみた(図表2-4-5-8)。令和6年度のマンモグラフィ検診の発見乳がん数は220人(うち51人は財団で精査)、PPVは10.22%(220/2,152(精検受診者数))、乳がん発見率は0.23%であった。PPVはあくまでも目安ではあるが、当センターでの精査では、PPV:13.39%(51/381)、他施設での精査では、PPV:9.54%(169/1,771)であった。この差が大きくなると同じ検診を受けても精査施設によって乳がんの発見率に大きな差が生じている可能性を意味し、精査の精度管理が問われることとなる。今後も追跡調査を含めた正確な結果の把握と精度管理をしっかりと行う必要がある。今回のマンモグラフィ検診で発見された乳がんの病期は、病期0が36例(17.2%)、病期Iが122例(58.4%)であり、病期0とIの合計は、全体の75.6%であった(図表2-4-5-9)。

超音波検診は、32,979人に施行し、要精検者495人・要精検率1.50%であった。受診者数は、交互検診の関係で昨年より増加していたが、マンモグラフィと同様にCOVID-19の影響は残っていると考えている。乳房超音波検査は、マンモグラフィに比べ有所見率が高く、良性病変を精査にまわさないように要精検率をいかに抑えるかが重要である。マンモグラフィ検診と同様に開始当初は、10%に近い要精検率であったが、近年では5%を下回る数字が続いている(図表2-4-5-1および2-4-5-5)。当財団の超音波検査を担当する技師は、日本超音波医学会認定超音波検査士(体表)の資格および日本乳腺甲状腺超音波医学会または精中機構が主催(共催)する講習会を修了して試験でB判定以上を取得している。読影は超音波検診開始時(平成14年度)より1名の医師で全てを行っており、資格としては、日本乳癌学会認定乳腺専門医と日本超音波医学会認定指導医・専門医を有している。また、判定は日本乳癌

甲状腺超音波医学会編集の乳房超音波診断ガイドラインの要精査基準に則して行っている。

がん発見数40人、がん発見率0.12%と画像を用いた検診としてはあまり高い数値ではない。図表2-4-5-7に超音波検診およびマンモグラフィ検診の年代別の集計を示す。超音波検診受診者の3分の2（66.0%）が30代であり、30代の乳がん罹患率は、40歳以上に比べると非常に低い。そのためがん発見率の数値に結びついていないと考えている。超音波検診が最も威力を発揮できるのは、マンモグラフィで検出が非常に難しく、しかも乳がん罹患率の高い40代から50代である。超音波検査は、マンモグラフィに適さない（乳がんをマンモグラフィで検出できない『高濃度乳房』）年代には必要不可欠な検査法である。がん発見率のグラフをみると40代は超音波検査がマンモグラフィの発見率を大きく上回っている。さらにPPVをみると2倍以上、中には3倍以上超音波検診が高くなっている年代もあり、効率・効果の面で両者の差は明らかである。この40代から50代（閉経前後）の乳房は、乳腺組織の密度が高く、マンモグラフィを撮影すると高濃度となり、乳がんを検出できないことを多く経験する。今後は千葉県内で13市町村（24%）しか施行されていない50代の交互検診が実施できるように強く推奨して行きたいと考えている。

乳がん死亡率を減少させるための検診には、精度管理が必要であることはいうまでもないが、検診を受ける側の意志、則ち受診率が低い状態では、検診の効果は期待できない。わが国の乳がん検診受診率は40%台とまだまだ低く、欧米諸国の60%から90%に比べ大きな隔たりがある。千葉県では、全国平均より上回っている（55.0%で全国4位（2022年国民生活基礎調査））が、決して高い数値ではない。各自治体が配付している「無料クーポン券」による効果も期待しているが、受診率向上への大きな躍進にはつながっていないようである。今回、初回受診者および非初回受診者とがん発見率の関係を検討してみた（図表2-4-5-10）。令和4年から6年度の累計において、初回受診者の割合は、マンモグラフィ検診で17.8%、超音波検診で39.6%を占める。特にマンモグラフィ検診のがん発見率をみると2.1倍、初回受診者に高い傾向がある。

近年、遺伝子の研究が進み、遺伝子検査によって乳がんや卵巣がんの発症原因となる遺伝子（BRCA1およびBRCA2）が判明し、乳がんの5～10%がこの遺伝が要因といわれている。しかし、この遺伝子検査は全ての症例で健康保険の適応にはならないため非常に高額であり、結果が判明したことによるメリットとデメリットを吟味せずに安易に受ける検査でもない。今後、受診者のリスク分けを行い、遺伝専門医（遺伝カウンセリング外来）と連携しながら進めていく医療である。

今後も精度管理に努めることはいうまでもないが、受診率の向上、精密検査の精度管理にも取り組んでいきたいと考えている。

図表2-4-5-2【地域保健】乳がん検診 年齢毎の受診パターンの概略例

	30~39歳	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62歳以降
厚生労働省 (平成20年 最新改正)	— (対象外)	M2		M1		→ (M1 隔年繰り返し)																		
当財団推 奨方式1	US	M2	US	M2	US	M2	US	M2	US	M2	US	M1	M1	→ (M1繰り返し)										
当財団推 奨方式2 (旧千葉県乳がん検 診ガイドライン)	US	M2	US	M2	US	M2	US	M2	US	M2	US	M1	→ (M1繰り返し)											

備考：M1=マンモグラフィ（1方向撮影）、M2=マンモグラフィ（2方向撮影）、US=超音波検査

図表2-4-5-3【地域保健】乳がん検診 市町村別乳がん検診実施パターン（令和6年度）

分類	市町村名	30代	40代	50代	60代以上	備考
財団推奨方式1 (13市町村)	富里市	◎	○△	○△	▲	
	山武市	◎	○△	○△	▲	*R6は40代MMG、50代US
	大網白里市	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
	東庄町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
	九十九里町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
	芝山町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代MMG、50代US
	横芝光町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代MMG、50代US
	一宮町	◎	○△	○△	▲	*40歳MMG 40代、50代奇数MMG 偶数US
	睦沢町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
	長生村	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
	長南町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代、50代奇数US、偶数MMG
	大多喜町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
	御宿町	◎	○△	○△	▲	*R6は40代US、50代MMG
財団推奨方式2 (旧千葉県乳がん検 診ガイドライン) (20市町村)	木更津市	◎	○(△)	▲	▲	*30代及び40代奇数がUS、40代偶数がMMG（他機関個別検診）
	茂原市	◎	○△	▲	▲	*R6は40代US
	東金市	◎	○△	▲	▲	*41歳及び40代偶数MMG
	勝浦市	◎	○△	▲	▲	*41歳及び40代偶数MMG
	鴨川市	(○)	○△	▲	▲	*R6は40代MMG、() は個別検診のみ
	君津市	◎	○△	▲	▲	*41歳を除く40代奇数がUS、41歳及び40代偶数がMMG
	富津市	◎	○△	▲	▲	*41歳を除く40代奇数がUS、41歳及び40代偶数がMMG
	四街道市	◎	○△	▲	▲	*40代奇数MMG2方向、40代偶数US
	袖ヶ浦市	◎	○△	▲	▲	*一方を本人が選択
	八街市	◎	○△	▲	▲	*40歳のみMMG2方向、40代奇数US、40代偶数MMG1方向
	印西市	◎	○△	▲	▲	*40代奇数MMG2方向、40代偶数US
	匝瑳市	◎	○△	▲	▲	*R6は40代US
	香取市	◎	○△	▲	▲	*R6は40代US
	いすみ市	◎	○△	▲	▲	*40代奇数US、40代偶数MMG
	酒々井町	◎	○△	▲	▲	*40代奇数MMG、40代偶数US
	栄町	◎	○△	▲	▲	*40代奇数MMG、40代偶数US
	その他	銚子市	◎	▲	▲	▲
野田市		◎	▲	▲	▲	
旭市		◎	▲	▲	▲	
流山市		◎	(▲)	▲	▲	* () は個別検診（他機関）
八千代市		○	▲	▲	▲	*40代MMG2方向 USは30代偶数
我孫子市		◎	▲	▲	▲	*40代MMG2方向 50歳以上MMG1方向
千葉市		○	△	△	△	*40代MMG2方向
市川市		○	(△)	△	△	() は個別検診（他機関）
松戸市		○	○△	△	△	*30・32・34~39歳及び40代奇数はUS、40代偶数MMG2方向、50代偶数MMG1方向
佐倉市		○	△	△	△	*40代MMG2方向
柏市	○	△	△	△	*40代MMG2方向	
市原市	◎	○△	(△)	(△)	*40代偶数MMG2方向、40代奇数US、() は個別検診のみ	

備考：◎=超音波逐年 ▲=マンモグラフィ逐年 ○△=交互検診
○=超音波隔年 △=マンモグラフィ隔年

図表2-4-5-4 【地域保健】乳がん検診 精密検査実施機関基準（日本乳癌学会・日本乳癌検診学会）

はじめに

乳がん検診の精密検査実施機関基準（以下、本基準）は、乳がん検診により精密検査が必要とされた者（要精検者）が、精密検査実施機関における的確な診断を通じ乳がんの早期発見と適切な治療を保証されること、関連機関が乳がん検診精度向上のための情報を共有することを目的として、日本乳癌学会と日本乳癌検診学会の共同により作成された。

本基準は、乳がん検診の精度管理の一環として、都道府県的生活習慣病検診等管理指導協議会、地域の乳がん検診精度管理委員会等による精密検査実施機関の認定基準の目安として使用されることを想定している。職域における乳がん検診をはじめとする任意型乳がん検診においても、この基準が活用されることが望ましい。

1 精密検査実施機関の定義

乳がん検診の精密検査実施機関は、要精検者に対して下記の検査および診断が行われ、乳癌と診断された場合に速やかに治療を行える、もしくは速やかに治療医と連携が取れる施設とする。

- (1) 問診／視触診
- (2) マンモグラフィ
- (3) 乳房超音波検査
- (4) 画像誘導下生検

2 精密検査実施機関の基準

精密検査は、日本乳癌学会の乳腺専門医または認定医^{注1}が行うか、その医師を精密検査実施機関の責任医師とし^{注2}、その監督下に行われること。精密検査を行う医師は、日本乳がん検診精度管理中央機構（精中機構）の主催・共催するマンモグラフィと乳房超音波検査の講習会を受講し、どちらもB判定以上の成績を取得された医師が行うことが望ましい。なお、この基準を満たしていない精密検査実施機関は速やかに基準を満たす努力を行うこと。

注1：機構の認定する新専門医制度が確定した時点で名称等が改変・更新される場合がある

注2：常勤が非常勤が関わらないが、非常勤の場合は求めに応じて勤務実態を証明する必要がある

- (1) 問診／視触診

乳腺疾患の診療に習熟した医師、あるいは、その監督下に行われること。

- (2) マンモグラフィ

- ・NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価に合格していること
- ・少なくとも2方向撮影・圧迫スポット撮影および拡大撮影が可能なこと
- ・NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構が主催あるいは共催する撮影技術および精度管理に関する講習会を修了し、評価B以上の診療放射線技師が撮影すること、あるいはその監督下に撮影されること
- ・NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構が主催あるいは共催する読影講習会を修了し、十分な読影能力（評価B以上が望ましい）を有する医師により読影されること

- (3) 乳房超音波検査

- ・乳腺精密検査用超音波装置として推奨される超音波診断装置と乳房用の適切な探触子を使用すること
- ・日本超音波医学会の超音波専門医（乳腺領域で資格を取得した者に限る）、超音波検査士（体表）の資格を有しているか、検診のための基本講習プログラムに準じた超音波講習会^{注3}を修了している乳房超音波検査に習熟した医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師が検査を行うこと。当面の間はその監督下で行われることを可とする。
- ・精中機構の主催・共催する乳房超音波講習会の試験でB判定以上の成績を取得された医師が診断することが望ましい
- ・画像および所見・診断を記録し、保管すること

注3：精中機構の主催・共催する乳房超音波講習会がこれに相当する

- (4) 組織診

- ・生検は超音波ガイド下やステレオガイド下などの画像誘導下で行うこと第一選択とし、外科的生検は画像誘導下の生検で確定診断がつかなかった場合などの、「診断と治療を兼ねた」摘出生検に限定し、「診断目的」の切開生検はできる限り行わないこと
- ・画像誘導下生検に習熟した医師が行うこと。定期的に自身のPPV3^{注4}を算出して、精度管理委員会の求めに応じてそのデータを報告するとともに保管できる体制を整えることが望ましい
- ・吸引式組織生検は必須でないが、マンモグラフィのみで抽出される石灰化病変に対する画像誘導下生検に対応できること（自施設で行うことができない場合は速やかに可能な施設と連携できること）
- ・組織診は病理医（病理専門医）により診断が行われること（常勤、非常勤は問わない）

注4：PPV（Positive Predictive Value）は、検査で陽性と判定された場合の真陽性の確率である。乳がん検診の精度管理の指標として算出される（乳癌数）／（検診カテゴリー3以上の症例数）はPPV1と呼ばれる。PPV3は精密検査機関の乳房画像診断の医療の質の指標（QI）となり、（乳癌数）／（診断カテゴリー4、5の症例で組織生検が施行された症例数）で算出される（表参照）。検診カテゴリー、診断カテゴリー、PPV1、PPV2、PPV3についての詳細は、参考文献を参照のこと。

表：診断カテゴリーとその推奨マネジメント

診断カテゴリー	悪性確信度	推奨マネジメント
1	異常なし	精検機関は終診
2	良性	対策型乳がん検診の該当者には定期的乳がん検診受診を勧奨する
3	悪性を否定できず	短期間（6カ月後など）の経過観察（マンモグラフィなどの画像監視の継続）を実施する
4	悪性疑い	組織（細胞）診断を必ず実施する
5	悪性	

参考文献

1) 日本乳癌学会編、検診カテゴリーと診断カテゴリーに基づく乳がん検診精検報告書作成マニュアル

2) 日本乳癌学会乳癌診療ガイドライン、検診・画像診断総説5、検診カテゴリーと診断カテゴリー

(<https://ibcs.xsrv.jp/guideline/2018/index/kenshingazo/1a5/>)

3 記録の整備と報告

精密検査結果^{注5}を速やかに検診実施機関または市町村に報告する。

- ・受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも精密検査実施機関受診後8週間以内に行う。
- ・この結果報告は精密検査実施機関の未受診率や未把握率の精度管理に重要であるので、経過観察となった場合も速やかに市区町村に報告すること、また、経過観察を経て最終的な結果が変更になった場合は、可能な限りその最終結果を市区町村に報告すること
- ・精密検査によりがんと診断された者については、確定診断の結果^{注6}、治療の状況^{注7}等について記録し、検診実施機関または市町村に報告するとともに保管すること

注5：診断のために行われた検査の種類・それに伴う合併症の有無・診断名を含む。臨床所見がある場合はそれも報告すること

注6：がんの部位とプロセス評価に必要な項目（臨床病期）を必須とし、できれば最終的な病理組織型・病理学的な病期を含む

注7：治療を他の機関に依頼した場合にはその施設名を報告する

4 精度管理

精度管理は責任医師が積極的に行うこと

- ・精密検査の結果を検診実施機関及び市町村と共有し、検診機関の精度向上に協力すること
- ・精密検査実施機関の担当者は、地域における精度管理活動に定期的に参加すること
- ・精密検査の均てん化を図るため診断カテゴリーを用いて判定しその推奨マネジメントを行うこと、特に診断カテゴリー3と判定した症例（表参照）に対する経過を追跡して結果を把握できる体制を検診機関と整備すること
- ・その他、定期的なカンファレンス開催など、精度管理に関する事項が適切に実施できること

5 本基準の改定

本基準は適時見直されることが必要である。

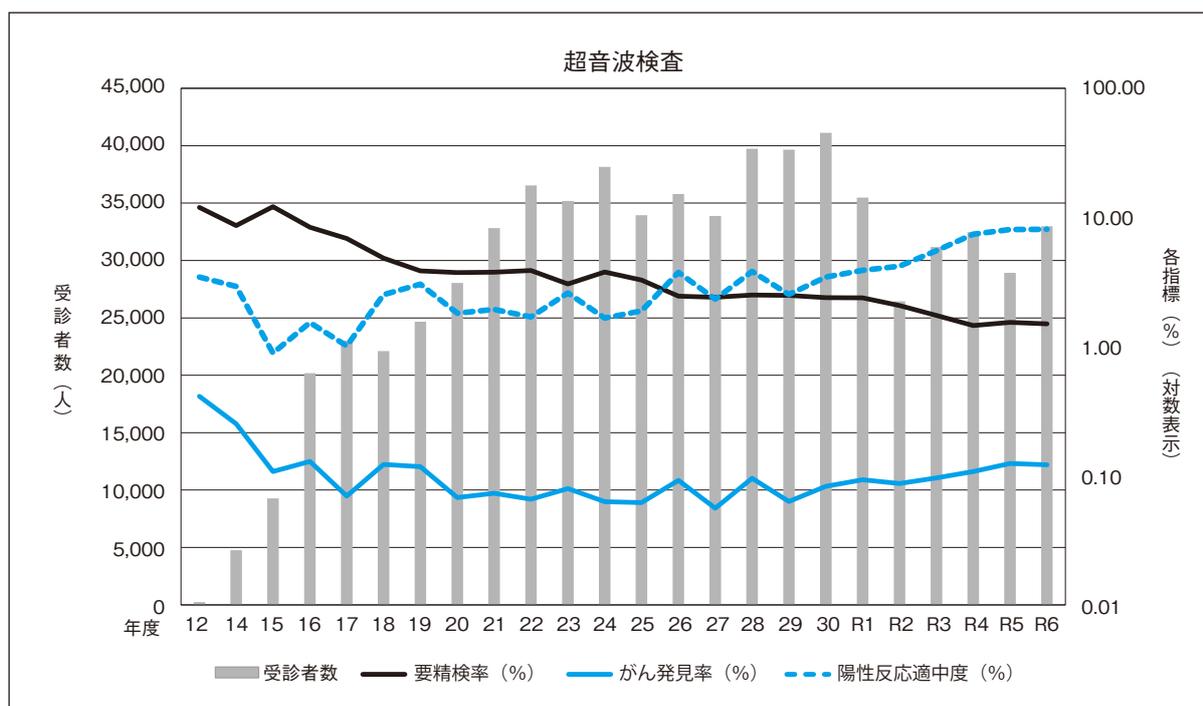
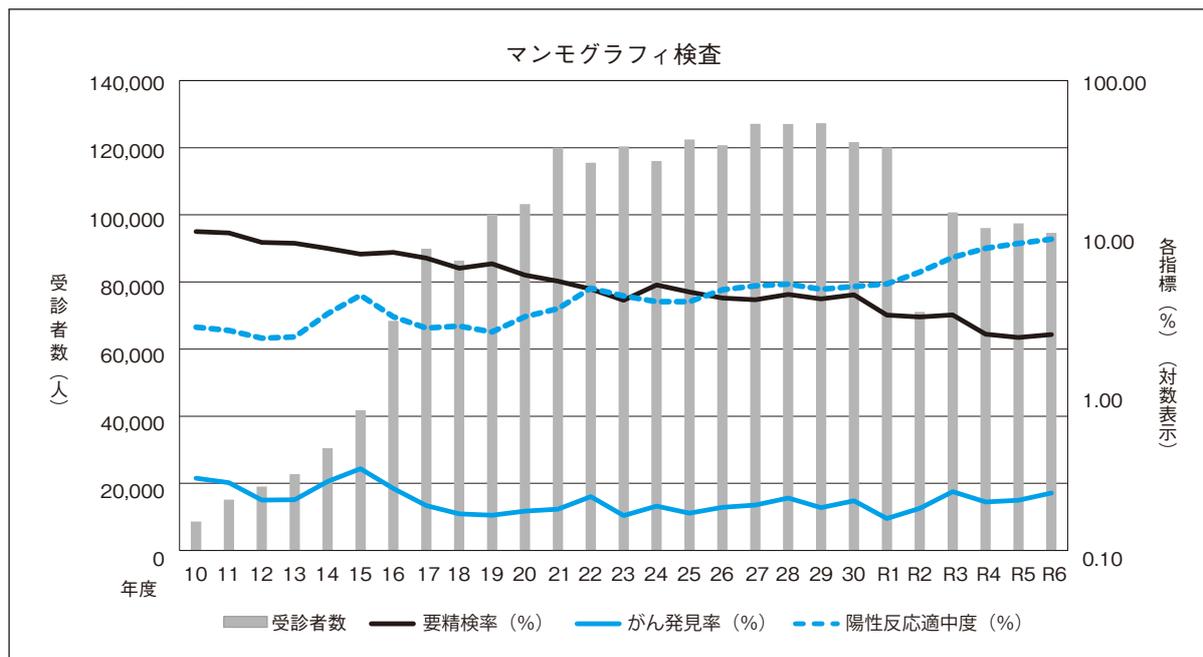
図表2-4-5-5【地域保健】乳がん検診 集団検診の動向と年次推移①（平成21～令和6年度）

乳がん集団検診の動向と年次推移（マンモグラフィ及び超音波検査）

年度	検診方法	受診者数 (人) (a)	要精検 者数 (人) (b)	要精検率 (%) (b/a×100)	精検 受診者数 (人) (c)	精検 受診率 (%) (c/b×100)	がん 発見数 (人) (d)	がん 発見率 (%) (d/a×100)	陽性反応 適中度 (%) (d/b×100)
21	マンモグラフィ	120,039	6,294	5.24	5,689	90.39	220	0.18	3.50
	超音波検査	32,827	1,236	3.77	1,132	91.59	24	0.07	1.94
	計	152,866	7,530	4.93	6,821	90.58	244	0.16	3.24
22	マンモグラフィ	115,532	5,396	4.67	4,972	92.14	255	0.22	4.73
	超音波検査	36,538	1,417	3.88	1,312	92.59	24	0.07	1.69
	計	152,070	6,813	4.48	6,284	92.24	279	0.18	4.10
23	マンモグラフィ	120,420	4,770	3.96	4,422	92.70	201	0.17	4.21
	超音波検査	35,180	1,075	3.06	975	90.70	28	0.08	2.60
	計	155,600	5,845	3.76	5,397	92.34	229	0.15	3.92
24	マンモグラフィ	116,047	5,748	4.95	5,403	94.00	223	0.19	3.88
	超音波検査	38,151	1,442	3.78	1,337	92.72	24	0.06	1.66
	計	154,198	7,190	4.66	6,740	93.74	247	0.16	3.44
25	マンモグラフィ	122,454	5,472	4.47	5,092	93.06	212	0.17	3.87
	超音波検査	33,949	1,112	3.28	1,001	90.02	21	0.06	1.89
	計	156,403	6,584	4.21	6,093	92.54	233	0.15	3.54
26	マンモグラフィ	120,774	4,939	4.09	4,615	93.44	228	0.19	4.62
	超音波検査	35,785	879	2.46	805	91.58	33	0.09	3.75
	計	156,559	5,818	3.72	5,420	93.16	261	0.17	4.49
27	マンモグラフィ	127,099	5,071	3.99	4,858	95.80	248	0.20	4.89
	超音波検査	33,876	817	2.41	760	93.02	19	0.06	2.33
	計	160,975	5,888	3.66	5,618	95.41	267	0.17	4.53
28	マンモグラフィ	127,081	5,478	4.31	5,241	95.67	275	0.22	5.02
	超音波検査	39,727	997	2.51	922	92.48	38	0.10	3.81
	計	166,808	6,475	3.88	6,163	95.18	313	0.19	4.83
29	マンモグラフィ	127,310	5,138	4.04	4,898	95.33	239	0.19	4.65
	超音波検査	39,653	986	2.49	929	94.22	25	0.06	2.54
	計	166,963	6,124	3.67	5,827	95.15	264	0.16	4.31
30	マンモグラフィ	121,697	5,227	4.30	4,995	95.56	253	0.21	4.84
	超音波検査	41,114	983	2.39	919	93.49	34	0.08	3.46
	計	162,811	6,210	3.81	5,914	95.23	287	0.18	4.62
R1	マンモグラフィ	120,065	3,819	3.18	3,606	94.42	192	0.16	5.03
	超音波検査	35,482	846	2.38	787	93.03	33	0.09	3.90
	計	155,547	4,665	3.00	4,393	94.17	225	0.14	4.82
R2	マンモグラフィ	71,106	2,201	3.10	2,055	93.37	132	0.19	6.00
	超音波検査	26,436	549	2.08	515	93.81	23	0.09	4.19
	計	97,542	2,750	2.82	2,570	93.45	155	0.16	5.64
R3	マンモグラフィ	100,745	3,215	3.19	3,081	95.83	239	0.24	7.43
	超音波検査	31,170	543	1.74	500	92.08	30	0.10	5.52
	計	131,915	3,758	2.85	3,581	95.29	269	0.20	7.16
R4	マンモグラフィ	96,088	2,308	2.40	2,176	94.28	196	0.20	8.49
	超音波検査	32,473	472	1.45	431	91.31	35	0.11	7.42
	計	128,561	2,780	2.16	2,607	93.78	231	0.18	8.31
R5	マンモグラフィ	97,446	2,233	2.29	2,107	94.36	204	0.21	9.14
	超音波検査	28,917	446	1.54	414	92.83	36	0.12	8.07
	計	126,363	2,679	2.12	2,521	94.10	240	0.19	8.96
R6	マンモグラフィ	94,620	2,265	2.39	2,152	95.01	220	0.23	9.71
	超音波検査	32,979	495	1.50	465	93.94	40	0.12	8.08
	計	127,599	2,760	2.16	2,617	94.82	260	0.20	9.42
21～R6 累計	マンモグラフィ計	1,798,523	69,574	3.87	65,362	93.95	3,537	0.20	5.08
	超音波検査計	554,257	14,295	2.58	13,204	92.37	467	0.08	3.27
	合計	2,352,780	83,869	3.56	78,566	93.68	4,004	0.17	4.77

備考：精密検査結果のうち26年度以前の千葉市からの報告資料は財団以外の集団検診分が含まれているため、按分計算して計上した。

図表2-4-5-5 【地域保健】乳がん検診 集団検診の動向と年次推移②（平成10～令和6年度）



図表2-4-5-6 【地域保健】乳がん検診 マンモグラフィ隔年検診（千葉、市川、松戸、佐倉、柏、市原）（令和4～6年度）

年度	受診者数 (人)	要精検者数 (人)	要精検率 (%)	精検受診者数 (人)	精検受診率 (%)	がん発見数 (人)	がん発見率 (%)	陽性反応適中度 (%)
	(a)	(b)	(b/a × 100)	(c)	(c/b × 100)	(d)	(d/a × 100)	(d/b × 100)
R4年度	23,059	779	3.38	709	91.01	70	0.30	8.99
R5年度	21,399	686	3.21	610	88.92	71	0.33	10.35
R6年度	21,129	671	3.18	604	90.01	69	0.33	10.28

図表2-4-5-7【地域保健】乳がん検診 年代別実績（令和6年度）

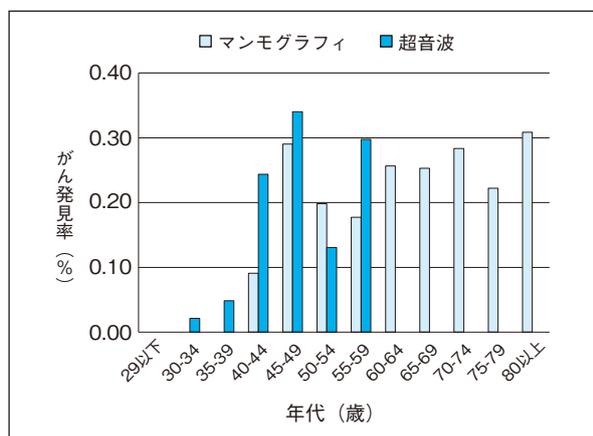
1) マンモグラフィ検査

年代	受診者数 (人)	要精検者数 (人)	要精検率 (%)	がん発見数 (人)	がん発見率 (%)	陽性反応 適中度(%)
35-39歳	0	0	-	-	-	-
40-44歳	7,687	308	4.01	7	0.09	2.27
45-49歳	7,229	247	3.42	21	0.29	8.50
50-54歳	12,607	386	3.06	25	0.20	6.48
55-59歳	10,148	226	2.23	18	0.18	7.96
60-64歳	11,295	255	2.26	29	0.26	11.37
65-69歳	12,248	241	1.97	31	0.25	12.86
70-74歳	14,454	280	1.94	41	0.28	14.64
75-79歳	12,149	197	1.62	27	0.22	13.71
80歳以上	6,803	125	1.84	21	0.31	16.80

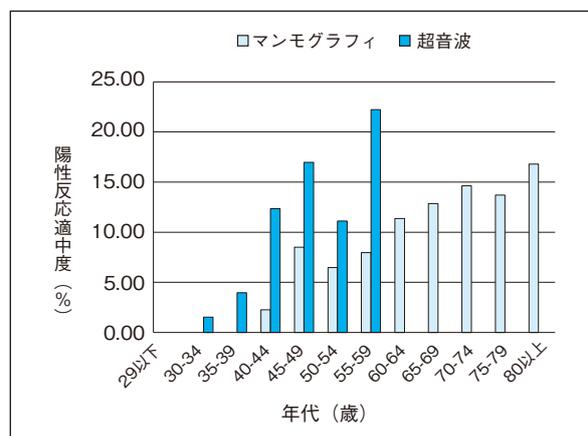
2) 超音波検査

年代	受診者数 (人)	要精検者数 (人)	要精検率 (%)	がん発見数 (人)	がん発見率 (%)	陽性反応 適中度(%)
29歳以下	25	0	0	-	-	-
30-34歳	9,417	131	1.39	2	0.02	1.53
35-39歳	12,361	151	1.22	6	0.05	3.97
40-44歳	4,105	81	1.97	10	0.24	12.35
45-49歳	5,585	112	2.01	19	0.34	16.96
50-54歳	764	9	1.18	1	0.13	11.11
55-59歳	672	9	1.34	2	0.30	22.22
60-64歳	1	0	0	-	-	-
65-69歳	9	1	11.11	0	0.00	0.00
70-74歳	14	1	7.14	0	0.00	0.00
75-79歳	11	0	0	-	-	-
80歳以上	15	0	0	-	-	-

3) がん発見率



4) 陽性反応適中度



I トピックス
II 健診・診療
・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間
ドック等
検体検査
その他
III 調査研究
実績
IV 普及啓発
実績
V 財団概要
VI 基本方針

図表2-4-5-8【地域保健】乳がん検診 精密検査集計表（当財団及び他医療機関別）（平成20～令和6年度）①

1) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）（地域集団）

（単位：人（表示以外））

年度	受診者数	要精検者数 ①	精検受診機関別	精検受診者数 ②	精検受診率(%) ②/①×100	乳がん ③	陽性反応適中度(%) ③/②×100	乳がん疑い	乳腺症	良性腫瘍
平成20	103,185	5,913	財団受診	1,752	29.6	79	4.51	3	1,143	186
			他機関受診	3,550	60.0	105	2.96	22	877	689
			計	5,302	89.7	184	(0.18) 3.47	25	2,020	875
平成21	120,039	6,294	財団受診	1,639	26.0	81	4.94	1	1,018	194
			他機関受診	4,050	64.3	139	3.43	29	873	829
			計	5,689	90.4	220	(0.18) 3.87	30	1,891	1,023
平成22	115,532	5,396	財団受診	1,607	29.8	119	7.41	1	933	153
			他機関受診	3,365	62.4	136	4.04	21	549	553
			計	4,972	92.1	255	(0.22) 5.13	22	1,482	706
平成23	120,420	4,770	財団受診	1,339	28.1	87	6.50	2	750	145
			他機関受診	3,083	64.6	114	3.70	19	511	893
			計	4,422	92.7	201	(0.17) 4.55	21	1,261	1,038
平成24	116,047	5,748	財団受診	1,545	26.9	79	5.11	0	879	162
			他機関受診	3,858	67.1	144	3.73	18	601	1,072
			計	5,403	94.0	223	(0.19) 4.13	18	1,480	1,234
平成25	122,454	5,472	財団受診	1,467	26.8	72	4.91	7	843	184
			他機関受診	3,625	66.2	140	3.86	16	629	1,129
			計	5,092	93.1	212	(0.17) 4.16	23	1,472	1,313
平成26	120,774	4,939	財団受診	1,304	26.4	72	5.52	4	746	196
			他機関受診	3,311	67.0	156	4.71	9	524	893
			計	4,615	93.4	228	(0.19) 4.94	13	1,270	1,089
平成27	127,099	5,071	財団受診	1,268	25.0	81	6.39	0	700	197
			他機関受診	3,590	70.8	167	4.65	21	611	1,128
			計	4,858	95.8	248	(0.20) 5.10	21	1,311	1,325
平成28	127,081	5,478	財団受診	1,176	21.5	68	5.78	0	610	195
			他機関受診	4,065	74.2	207	5.09	7	637	1,061
			計	5,241	95.7	275	(0.22) 5.25	7	1,247	1,256
平成29	127,310	5,138	財団受診	1,143	22.2	71	6.21	1	522	200
			他機関受診	3,755	73.1	168	4.47	19	684	1,175
			計	4,898	95.3	239	(0.19) 4.88	20	1,206	1,375
平成30	121,697	5,227	財団受診	1,088	20.8	52	4.78	0	476	188
			他機関受診	3,907	74.7	201	5.14	13	736	1,101
			計	4,995	95.6	253	(0.21) 5.07	13	1,212	1,289
令和元	120,065	3,819	財団受診	805	21.1	60	7.45	0	348	132
			他機関受診	2,802	73.4	132	4.71	5	474	784
			計	3,607	94.4	192	(0.16) 5.32	5	822	916
令和2	71,106	2,201	財団受診	406	18.4	35	8.62	1	176	66
			他機関受診	1,649	74.9	97	5.88	9	243	395
			計	2,055	93.4	132	(0.19) 6.42	10	419	461
令和3	100,745	3,215	財団受診	572	17.8	58	10.14	0	216	112
			他機関受診	2,509	78.0	181	7.21	6	431	703
			計	3,081	95.8	239	(0.24) 7.76	6	647	815
令和4	96,088	2,308	財団受診	387	16.8	55	14.21	2	142	61
			他機関受診	1,789	77.5	141	7.88	7	298	555
			計	2,176	94.3	196	(0.20) 9.01	9	440	616
令和5	97,446	2,233	財団受診	445	19.9	53	11.91	0	163	73
			他機関受診	1,662	74.4	151	9.09	1	276	528
			計	2,107	94.4	204	(0.21) 9.68	1	439	601
令和6	94,620	2,265	財団受診	381	16.8	51	13.39	0	140	71
			他機関受診	1,771	78.2	169	9.54	6	270	527
			計	2,152	95.0	220	(0.23) 10.22	6	410	598

備考：1) 陽性反応適中度の計算分母は精検受診者数とした。また、この欄の括弧内はがん発見率（受診者数に対する割合）を示す。

2) 精密検査結果のうち26年度以前の千葉市からの報告資料は財団以外の集団検診分が含まれているため、按分計算して計上した。

図表2-4-5-8【地域保健】乳がん検診 精密検査集計表（当財団及び他医療機関別）（平成20～令和6年度）②

2) 乳がん検診（超音波検査）（地域集団）

（単位：人（表示以外））

年度	受診者数	要精検者数 ①	精検受診機関別	精検受診者数 ②	精検受診率(%) ②/①×100	乳がん ③	陽性反応適中度(%) ③/②×100	乳がん疑い	乳腺症	良性腫瘍
平成20	28,049	1,048	財団受診	475	45.3	14	2.95	0	225	220
			他機関受診	515	49.1	5	0.97	4	139	277
			計	990	94.5	19	(0.07) 1.92	4	364	497
平成21	32,827	1,236	財団受診	368	29.8	15	4.08	0	173	180
			他機関受診	764	61.8	9	1.18	0	204	384
			計	1,132	91.6	24	(0.07) 2.12	0	377	564
平成22	36,538	1,417	財団受診	517	36.5	16	3.09	1	266	196
			他機関受診	795	56.1	8	1.01	5	234	252
			計	1,312	92.6	24	(0.07) 1.83	6	500	448
平成23	35,180	1,075	財団受診	367	34.1	16	4.36	0	222	132
			他機関受診	608	56.6	12	1.97	2	182	318
			計	975	90.7	28	(0.08) 2.87	2	404	450
平成24	38,151	1,442	財団受診	475	32.9	15	3.16	1	286	176
			他機関受診	862	59.8	9	1.04	8	216	471
			計	1,337	92.7	24	(0.06) 1.80	9	502	647
平成25	33,949	1,112	財団受診	377	33.9	11	2.92	0	213	139
			他機関受診	624	56.1	10	1.60	1	135	344
			計	1,001	90.0	21	(0.06) 2.10	1	348	483
平成26	35,785	879	財団受診	332	37.8	20	6.02	1	194	118
			他機関受診	473	53.8	13	2.75	0	130	263
			計	805	91.6	33	(0.09) 4.10	1	324	381
平成27	33,876	817	財団受診	210	25.7	9	4.29	0	135	76
			他機関受診	550	67.3	10	1.82	4	153	295
			計	760	93.0	19	(0.06) 2.50	4	288	371
平成28	39,727	997	財団受診	294	29.5	25	8.50	0	188	99
			他機関受診	628	63.0	13	2.07	1	185	308
			計	922	92.5	38	(0.10) 4.12	1	373	407
平成29	39,653	986	財団受診	250	25.4	15	6.00	0	134	99
			他機関受診	679	68.9	10	1.47	1	220	373
			計	929	94.2	25	(0.06) 2.69	1	354	472
平成30	41,114	983	財団受診	215	21.9	16	7.44	0	126	68
			他機関受診	704	71.6	18	2.56	2	234	346
			計	919	93.5	34	(0.08) 3.70	2	360	414
令和元	35,482	846	財団受診	211	24.9	13	6.16	0	126	73
			他機関受診	578	68.3	20	3.46	2	156	285
			計	789	93.3	33	(0.09) 4.18	2	282	358
令和2	26,436	549	財団受診	121	22.0	9	7.44	1	67	41
			他機関受診	394	71.8	14	3.55	0	104	210
			計	515	93.8	23	(0.09) 4.47	1	171	251
令和3	31,170	543	財団受診	79	14.5	6	7.59	0	57	24
			他機関受診	421	77.5	24	5.70	1	105	201
			計	500	92.1	30	(0.10) 6.00	1	162	225
令和4	32,473	472	財団受診	79	16.7	8	10.13	0	43	26
			他機関受診	352	74.6	27	7.67	1	93	203
			計	431	91.3	35	(0.11) 8.12	1	136	229
令和5	28,917	446	財団受診	76	17.0	14	18.42	0	43	19
			他機関受診	338	75.8	22	6.51	0	85	192
			計	414	92.8	36	(0.12) 8.70	0	128	211
令和6	32,979	495	財団受診	98	19.8	14	14.29	0	51	32
			他機関受診	367	74.1	26	7.08	2	93	216
			計	465	93.9	40	(0.12) 8.60	2	144	248

備考：1) 陽性反応適中度の計算分母は精検受診者数とした。また、この欄の括弧内はがん発見率（受診者数に対する割合）を示す。

2) 精密検査結果のうち26年度以前の千葉市からの報告資料は財団以外の集団検診分が含まれているため、按分計算して計上した。

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

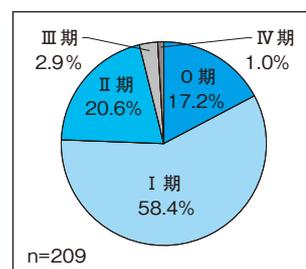
図表2-4-5-9【地域保健】乳がん検診 精密検査追跡調査 乳がん発見病期別実績（令和6年度）

1) マンモグラフィ

（単位：人、括弧内は割合（％））

	0	I	II a	II b	III a	III b	III c	IV	不明・未判明	合計
40～44歳	3	3							1	7
45～49歳	7	7	3	2	1				1	21
50～54歳	4	11	7	1	1				1	25
55～59歳	2	12	3		1					18
60～64歳	6	14	4	2	1			1	1	29
65～69歳	4	21	3	2					1	31
70～74歳	7	24	4	2	1				3	41
75～79歳	1	14	6	1	1			1	3	27
80歳以上	2	16	3							21
合計	36 (17.2)	122 (58.4)	33 (15.8)	10 (4.8)	6 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	11 -	220 -

マンモグラフィ

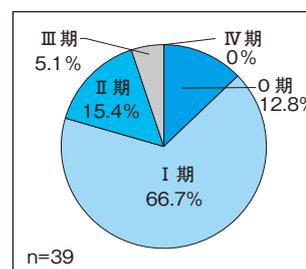


2) 超音波

（単位：人、括弧内は割合（％））

	0	I	II a	II b	III a	III b	III c	IV	不明・未判明	合計
30～34歳		1	1							2
35～39歳		3	1		2					6
40～44歳	2	8								10
45～49歳	1	13	3	1					1	19
50～54歳		1								1
55～59歳	2									2
60～64歳										0
65～69歳										0
70～74歳										0
75～79歳										0
80歳以上										0
合計	5 (12.8)	26 (66.7)	5 (12.8)	1 (2.6)	2 (5.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 -	40 -

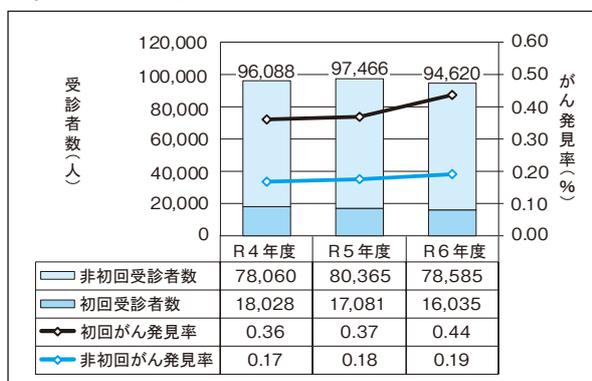
超音波



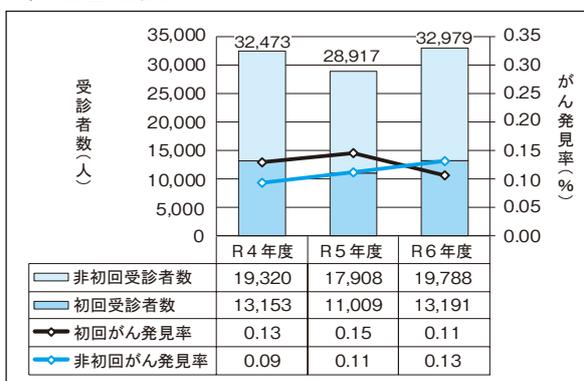
備考：割合は「不明・未判明」を除いた母数で算出した。

図表2-4-5-10【地域保健】乳がん検診 初回・非初回別がん発見率（令和4～6年度）

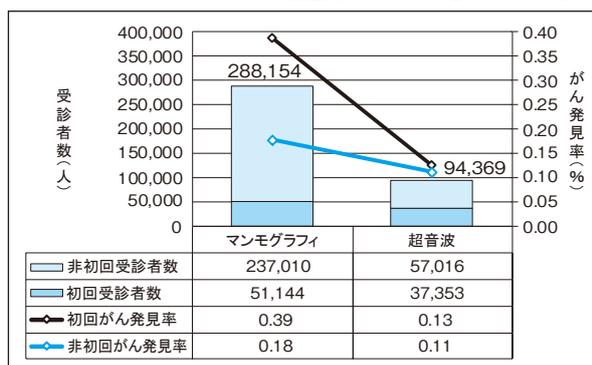
1) マンモグラフィ



2) 超音波検査



3) マンモグラフィと超音波検査の比較（令和4～6年度累計）



図表2-4-5-11 【地域保健】乳がん検診 マンモグラフィ実施状況（令和6年度）

1) 年齢階級別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果		精密検査結果									各指標（%）			
	受診者数	要精検者数	受診者数 精検	所見延べ数	乳がん	乳がん疑い	乳頭分泌 を含む	乳腺症 ・線維腺腫 ・嚢胞など	良性腫瘍 （線維腺腫 ・嚢胞など）	その他	異常なし	疾病名不明	要精検率	精検受診率	がん発見率
40歳未満	0	0										-	-	-	-
40～44歳	7,687	308	292 (40)	296 (41)	7 (3)		59 (20)	109 (9)	12 (1)	109 (8)		4.01	94.81	0.09	2.27
45～49歳	7,229	247	229 (38)	235 (38)	21 (4)		50 (20)	72 (6)	8 (8)	84 (8)		3.42	92.71	0.29	8.50
50～54歳	12,607	386	353 (61)	357 (62)	25 (5)		65 (20)	133 (17)	12 (1)	122 (19)	1	3.06	91.45	0.20	6.48
55～59歳	10,148	226	212 (44)	215 (44)	18 (4)	1	53 (19)	59 (11)	5 (2)	79 (8)		2.23	93.81	0.18	7.96
60～64歳	11,295	255	246 (49)	248 (49)	29 (7)		38 (14)	49 (6)	11 (2)	121 (20)		2.26	96.47	0.26	11.37
65～69歳	12,248	241	237 (55)	239 (55)	31 (10)	3	44 (18)	53 (8)	11 (3)	97 (16)		1.97	98.34	0.25	12.86
70～74歳	14,454	280	270 (46)	274 (47)	41 (5)	1	45 (14)	70 (9)	7 (1)	110 (18)		1.94	96.43	0.28	14.64
75～79歳	12,149	197	193 (35)	196 (36)	27 (8)	1	37 (13)	33 (4)	8 (1)	90 (10)		1.62	97.97	0.22	13.71
80歳以上	6,803	125	120 (13)	121 (13)	21 (5)		19 (2)	20 (1)	7 (5)	54 (5)		1.84	96.00	0.31	16.80
合計	94,620	2,265	2,152 (381)	2,181 (385)	220 (51)	6	410 (140)	598 (71)	81 (11)	866 (112)	1	2.39	95.01	0.23	9.71
40～74歳 (再掲)	75,668	1,943	1,839 (333)	1,864 (336)	172 (38)	5	354 (125)	545 (66)	66 (10)	722 (97)	1	2.57	94.65	0.23	8.85

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 二次保健医療圏別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果		精密検査結果									各指標（%）			
	受診者数	要精検者数	受診者数 精検	所見延べ数	乳がん	乳がん疑い	乳頭分泌 を含む	乳腺症 ・線維腺腫 ・嚢胞など	良性腫瘍 （線維腺腫 ・嚢胞など）	その他	異常なし	疾病名不明	要精検率	精検受診率	がん発見率
千葉	1,512	91	63 (13)	62 (13)	3 (1)	1	18 (6)	11 (3)	7 (3)	22 (3)	1	6.02	69.23	0.20	3.30
東葛南部	5,397	199	180	186	18		34	53	7	74		3.69	90.45	0.33	9.05
東葛北部	29,707	714	689 (2)	698 (2)	69 (1)		95	220 (1)	25	289		2.40	96.50	0.23	9.66
印旛	13,651	323	314 (131)	315 (132)	37 (20)		89 (55)	79 (23)	6 (3)	104 (31)		2.37	97.21	0.27	11.46
香取海匝	15,446	313	309 (77)	312 (78)	31 (9)		47 (26)	77 (18)	16 (3)	141 (22)		2.03	98.72	0.20	9.90
山武長生 夷隅	20,454	433	417 (152)	427 (154)	45 (17)	5	110 (53)	101 (25)	13 (5)	153 (54)		2.12	96.30	0.22	10.39
安房	422	13	12	12	3		1	3	2	3		3.08	92.31	0.71	23.08
君津	7,189	135	127 (4)	128 (4)	11 (1)		14	39 (1)	3	61 (2)		1.88	94.07	0.15	8.15
市原	842	44	41 (2)	41 (2)	3 (2)		2	15	2	19		5.23	93.18	0.36	6.82
合計	94,620	2,265	2,152 (381)	2,181 (385)	220 (51)	6	410 (140)	598 (71)	81 (11)	866 (112)	1	2.39	95.01	0.23	9.71

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

I トピックス
 II 健診・診療・検査事業
 全体概況
 地域保健
 学校保健
 産業保健
 診療・人間ドック等
 検体検査
 その他
 III 調査研究実績
 IV 普及啓発実績
 V 財団概要
 VI 基本方針

図表2-4-5-12 【地域保健】乳がん検診 超音波検査実施状況（令和6年度）

1) 年齢階級別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果		精密検査結果									各指標（%）				
	受診者数	要精検者数	受診者数 精検	所見延べ数	乳がん	乳がん疑い	（乳頭分泌を含む）	乳腺症	・線維腺腫・嚢胞など	良性腫瘍	その他	異常なし	疾病名不明	要精検率	精検受診率	がん発見率
30歳未満	25	0											0	-	-	-
30～34歳	9,417	131	122 (15)	133 (16)	2 (1)		35 (8)	79 (6)	3	14 (1)			1.39	93.13	0.02	1.53
35～39歳	12,361	151	142 (26)	147 (31)	6 (1)	1	44 (14)	80 (12)	2	14 (4)			1.22	94.04	0.05	3.97
40～44歳	4,105	81	76 (18)	83 (19)	10 (4)	1	23 (8)	41 (7)	1	7			1.97	93.83	0.24	12.35
45～49歳	5,585	112	105 (32)	110 (32)	19 (7)		35 (17)	42 (6)	2	12 (2)			2.01	93.75	0.34	16.96
50～54歳	764	9	9 (3)	10 (3)	1		3 (1)	3 (1)		3 (1)			1.18	100	0.13	11.11
55～59歳	672	9	9 (4)	9 (4)	2 (1)		4 (3)	2		1			1.34	100	0.30	22.22
60～64歳	1	0											0	-	-	-
65～69歳	9	1	1	1				1					11.11	100	0	0
70～74歳	14	1	1	1						1			7.14	100	0	0
75～79歳	11	0											0	-	-	-
80歳以上	15	0											0	-	-	-
合計	32,979	495	465 (98)	494 (105)	40 (14)	2	144 (51)	248 (32)	8	52 (8)		0	1.50	93.94	0.12	8.08
40～74歳 (再掲)	11,150	213	201 (57)	214 (58)	32 (12)	1	65 (29)	89 (14)	3	24 (3)		0	1.91	94.37	0.29	15.02

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 二次保健医療圏別

(単位：人（表示以外）)

	集団検診結果		精密検査結果									各指標（%）				
	受診者数	要精検者数	受診者数 精検	所見延べ数	乳がん	乳がん疑い	（乳頭分泌を含む）	乳腺症	・線維腺腫・嚢胞など	良性腫瘍	その他	異常なし	疾病名不明	要精検率	精検受診率	がん発見率
千葉	1,137	16	14 (1)	14 (1)			5 (1)	7		2			1.41	87.50	0	0
東葛南部	4,221	51	45	48	2		9	32	1	4			1.21	88.24	0.05	3.92
東葛北部	8,552	118	112 (4)	114 (4)	7	1	24	57	5	20 (4)			1.38	94.92	0.08	5.93
印旛	3,856	66	63 (24)	65 (25)	6 (2)		26 (16)	25 (7)		8			1.71	95.45	0.16	9.09
香取海匝	3,791	50	47 (23)	50 (24)	7 (5)		21 (14)	17 (4)	1	4 (1)			1.32	94.00	0.18	14.00
山武長生 夷隅	7,123	132	127 (45)	140 (46)	11 (5)	1	44 (18)	75 (21)		9 (2)			1.85	96.21	0.15	8.33
安房	0	0											-	-	-	-
君津	2,325	29	28 (3)	34 (3)	5 (2)		8	19	1	1 (1)			1.25	96.55	0.22	17.24
市原	1,974	33	29 (2)	29 (2)	2		7 (2)	16		4			1.67	87.88	0.10	6.06
合計	32,979	495	465 (98)	494 (105)	40 (14)	2	144 (51)	248 (32)	8	52 (8)		0	1.50	93.94	0.12	8.08

備考：括弧内は上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2-4-6 【地域保健】 前立腺がん検診

概要

特定健康診査時等に採血を行い、血清を試料として、化学発光免疫測定法（CLEIA法：Chemiluminescent Enzyme Immunoassay）により前立腺特異抗原（PSA：prostate specific antigen）を測定する。判定は下表のとおりである。

PSA判定基準範囲

精検不要	要精密検査	
	要精密検査	至急報告値
4.000ng/mL 以下	4.001ng/mL 以上	10.000ng/mL 以上

実施状況

令和6年度の前立腺がん検診の受診者数は、5市町村1,598人（対前年度482人減）、要精検者数は108人であった。大半は健康診査等と同時に実施したが、76人は単独実施であった。

2-5 【地域保健】骨粗鬆症検診

概要

健康増進法に基づき、40～75歳（5歳刻みに実施）の女性に、超音波法による骨粗鬆症検診を実施している。骨量測定は、定量的超音波測定法（QUS法：Quantitative ultrasound）で踵骨中の超音波伝播速度を測定する。測定機器は、超音波骨密度測定装置（AOS-100SA：富士フイルムメディカルソリューション(株)）で、検診会場に設置し使用する。

骨粗鬆症検診の判定方法

判定1	YAMの90%以上	今回の検診結果からは、今は特に心配はありません。
判定2	YAMの80%以上90%未満	適当な運動をしたり、カルシウムの多い食事をとるなど、日常生活に留意してください。定期的（年1回位）に検診を受けてください。
判定3	YAMの80%未満	医療機関を訪れ、受診される事をおすすめします。

備考：YAM=20～44歳の若年成人平均値（Young Adult Mean）

音響的骨評価値（osteosono-assessment index: OSI）を算出し、そのYAMを100%として、被検者の値が何%に該当するかを算出して判定する。

実施状況

令和6年度の骨粗鬆症検診の受診者数は、8市町村で2,094人（対前年度283人減）であった。要精検者数は313人、要精検率は14.95%であった。

図表2-5-1 【地域保健】骨粗鬆症検診 年齢階級別実績（令和6年度）

（単位：人）

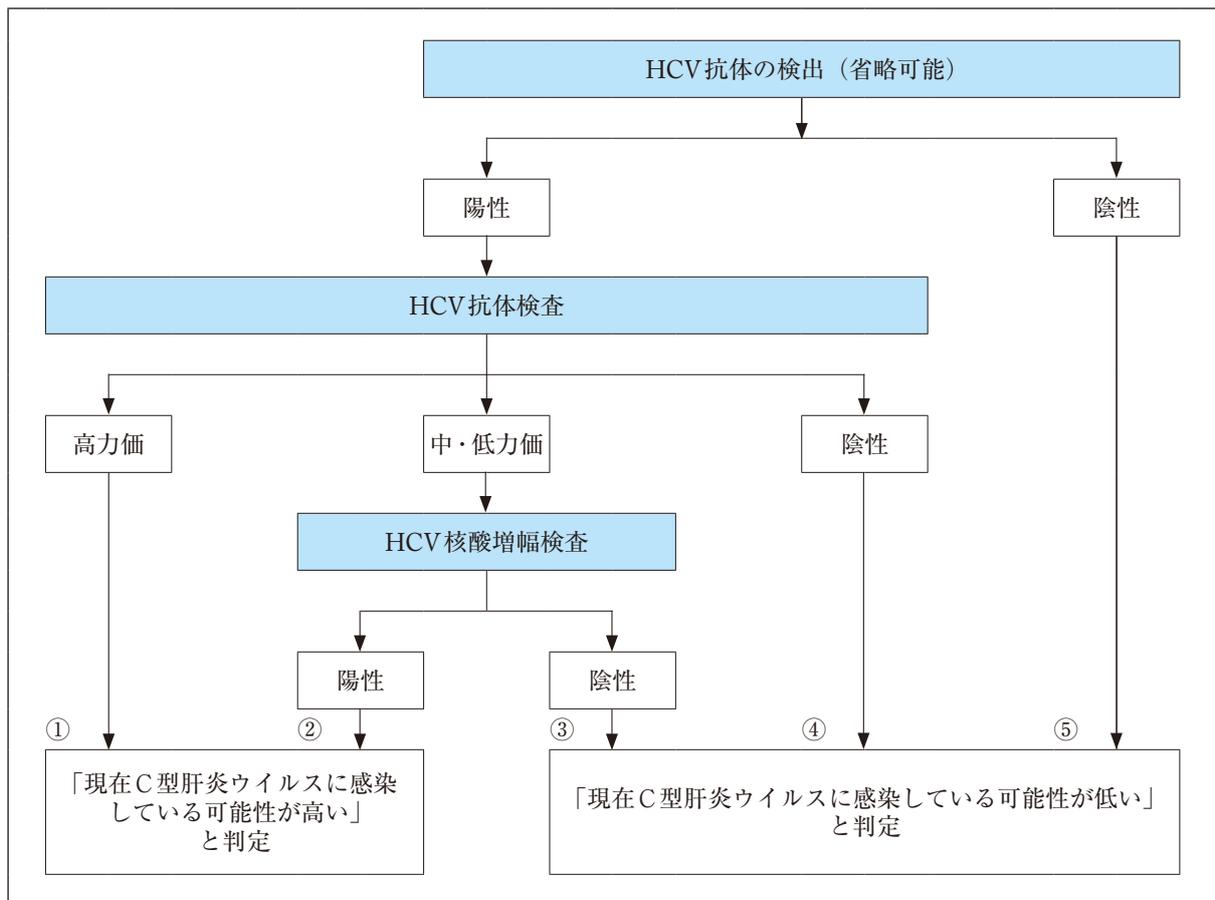
	受診者数			判定結果								
				判定1			判定2			判定3		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20～24歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25～29歳	0	3	3	0	3	3	0	0	0	0	0	0
30～34歳	0	4	4	0	3	3	0	1	1	0	0	0
35～39歳	0	73	73	0	57	57	0	13	13	0	3	3
40～44歳	0	165	165	0	120	120	0	40	40	0	5	5
45～49歳	0	272	272	0	199	199	0	59	59	0	14	14
50～54歳	0	370	370	0	221	221	0	123	123	0	26	26
55～59歳	0	377	377	0	187	187	0	132	132	0	58	58
60～64歳	0	295	295	0	110	110	0	132	132	0	53	53
65～69歳	0	297	297	0	85	85	0	140	140	0	72	72
70～74歳	0	184	184	0	41	41	0	78	78	0	65	65
75～79歳	0	32	32	0	3	3	0	18	18	0	11	11
80～84歳	0	19	19	0	6	6	0	7	7	0	6	6
85歳以上	0	3	3	0	1	1	0	2	2	0	0	0
合計	0	2,094	2,094	0	1,036	1,036	0	745	745	0	313	313

2-6 【地域保健】 肝炎ウイルス検診

概要

健康増進法に基づく肝炎ウイルス検診は、年齢が40～70歳（5歳刻み）、かつ肝炎ウイルス検診未実施の方を対象に実施している。特定健康診査と同時に行うことを基本としているが、単独実施もある。検査は、血清検体を使用し実施する。B型肝炎ウイルス検診は、HBs抗原が検出された場合陽性となる。C型肝炎ウイルス検診の判定方法は下図を参照されたい。

肝炎ウイルス検診の判定（C型肝炎ウイルス）



実施状況

令和6年度の肝炎ウイルス検診の受診者数は、9市町村1,283人（対前年度148人減）で、うち単独受診が481人、健康診査等と併用受診が802人であった。

図表2-6-1 【地域保健】 肝炎ウイルス検診 年齢階級別実績（令和6年度）

（単位：人）

		受診者数				C型肝炎ウイルス検査							B型肝炎ウイルス		
		総数	内訳			HCV抗体検査	HCV-RNA	判定					HBs抗原		
			基本型	C型のみ	B型のみ			可能性が高い		可能性が低い			実施数	陽性	陰性
								①	②	③	④	⑤			
40歳未満	男	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	2
	女	5	5	0	0	5	0	0	0	0	5	0	5	0	5
	計	7	7	0	0	7	0	0	0	0	7	0	7	0	7
40-44歳	男	125	124	0	1	124	0	0	0	0	124	0	125	0	125
	女	177	176	0	1	176	0	0	0	0	176	0	177	0	177
	計	302	300	0	2	300	0	0	0	0	300	0	302	0	302
45-49歳	男	32	31	0	1	31	0	0	0	0	31	0	32	0	32
	女	50	48	1	1	49	0	0	0	0	49	0	49	1	48
	計	82	79	1	2	80	0	0	0	0	80	0	81	1	80
50-54歳	男	45	45	0	0	45	0	0	0	0	45	0	45	0	45
	女	50	49	1	0	50	0	0	0	0	50	0	49	0	49
	計	95	94	1	0	95	0	0	0	0	95	0	94	0	94
55-59歳	男	46	45	1	0	46	0	0	0	0	46	0	45	0	45
	女	49	47	2	0	49	0	0	0	0	49	0	47	1	46
	計	95	92	3	0	95	0	0	0	0	95	0	92	1	91
60-64歳	男	70	69	0	1	69	0	0	0	0	69	0	70	2	68
	女	52	52	0	0	52	0	0	0	0	52	0	52	0	52
	計	122	121	0	1	121	0	0	0	0	121	0	122	2	120
65-69歳	男	118	115	3	0	118	1	0	1	0	117	0	115	1	114
	女	89	88	1	0	89	1	0	0	1	88	0	88	0	88
	計	207	203	4	0	207	2	0	1	1	205	0	203	1	202
70-74歳	男	109	107	1	1	108	0	0	0	0	108	0	108	0	108
	女	75	75	0	0	75	0	0	0	0	75	0	75	0	75
	計	184	182	1	1	183	0	0	0	0	183	0	183	0	183
75-79歳	男	75	74	0	1	74	0	0	0	0	74	0	75	0	75
	女	51	50	0	1	50	1	0	0	1	49	0	51	1	50
	計	126	124	0	2	124	1	0	0	1	123	0	126	1	125
80歳以上	男	35	34	0	1	34	0	0	0	0	34	0	35	0	35
	女	28	28	0	0	28	0	0	0	0	28	0	28	0	28
	計	63	62	0	1	62	0	0	0	0	62	0	63	0	63
合計	男	657	646	5	6	651	1	0	1	0	650	0	652	3	649
	女	626	618	5	3	623	2	0	0	2	621	0	621	3	618
	計	1,283	1,264	10	9	1,274	3	0	1	2	1,271	0	1,273	6	1,267

備考：HCV-RNA = HCV核酸増幅検査

2-7 【地域保健】 個別検診

概 要

総合健診センターにおいてがん検診などの個別検診の実施や、外部医療機関が実施した胃
部内視鏡検査の二次読影及び画像評価を実施している。

実施状況

令和6年度の個別検診受診者は、4市町村16,320人であった。

また、胃内視鏡の二次読影業務では、12市町村23,856件を実施した。

図表2-7-1 【地域保健】 個別検診 検診別実績（令和6年度）

（単位：人）

検診名称		受診者数
特定健康診査		1,624
後期高齢者健康診査		1,021
特定保健指導（支援総数）		18
がん検診	胃 エックス線	1,116
	胃 内視鏡	1,031
	大腸	2,867
	肺 エックス線	3,168
	肺 喀痰	85
	子宮 頸部	1,904
	子宮 体部	20
	乳房 マンモグラフィ	1,994
	乳房 超音波	176
	前立腺	263
肝炎ウイルス検診		477
ピロリ菌検査		78
骨粗鬆症検診		470
もの忘れチェック事業		8
合計		16,320

図表2-7-2 【地域保健】 個別検診 内視鏡二次読影実績（令和6年度）

（単位：件）

第二読影数	画像評価	合計
23,370	486	23,856

2-8 【地域保健】 その他の検診

概 要

市町村から委託を受けて、住民の大気汚染等による健康被害を補償するための公害医療手帳の更新等に必要な呼吸機能検査等を実施している。

実施状況

令和6年度に実施した地域保健に関わるその他の検診として、公害医療手帳取得者を対象とした呼吸機能検査等を92人に実施した。

3. 学校保健事業

3-1 【学校保健】 定期健康診断

概要

各学校の児童・生徒・学生及び教職員を中心に、各学校を巡回する定期健康診断を実施している。健診項目は委託内容により異なるが、おおむね、診察、計測、採血、心電図検査等の項目である。

実施状況

令和6年度の定期健康診断の受診者数は、児童・生徒・学生が34,411人(対前年度1,163人増)、教職員等が18,606人(対前年度506人増)であった。

図表3-1-1 【学校保健】 定期健康診断（児童・生徒・学生） 項目別受診実績（令和6年度）（単位：人）

	小学校	中学校	高等学校 高専	大学 短大	専門学校	その他の 学校	合計
身長・体重	333	2,540	6,936	18,800	4,385	254	33,248
視力	333	2,540	6,934	18,685	4,221	254	32,967
色覚	0	0	0	0	0	128	128
聴力	232	1,700	4,998	7,370	3,254	254	17,808
尿蛋白	337	2,505	6,175	17,895	4,089	254	31,255
尿糖	337	2,505	6,175	17,895	4,089	254	31,255
尿潜血	337	2,505	6,175	12,447	1,682	173	23,319
心電図	57	833	2,216	2,194	918	126	6,344
胸部	0	0	2,200	18,299	4,649	252	25,400
歯科	333	2,032	3,342	0	0	0	5,707
血液	0	151	0	976	610	0	1,737
スコリオ	69	629	0	0	0	0	698
血圧	0	0	1,824	15,656	3,208	254	20,942
診察	333	2,526	6,909	16,425	3,378	254	29,825
受診者数	337	2,542	6,970	19,323	4,985	254	34,411
学校数	1	4	9	17	21	5	57

図表3-1-2 【学校保健】 定期健康診断（教職員） 年齢階級別実績（令和6年度）

（単位：人）

	受診者数			検査項目別実施数（主な項目）					
	男	女	計	貧血	肝機能	脂質	腎機能	糖代謝	心電図
20歳未満	18	13	31	30	30	30	31	31	30
20～24歳	812	1,170	1,982	1,832	1,832	1,832	1,979	1,980	1,802
25～29歳	1,049	1,216	2,265	2,076	2,076	2,076	2,260	2,261	2,005
30～34歳	1,050	1,008	2,058	1,883	1,884	1,883	2,054	2,055	1,782
35～39歳	1,305	1,185	2,490	2,451	2,451	2,451	2,488	2,488	2,407
40～44歳	896	1,089	1,985	1,978	1,978	1,978	1,985	1,985	1,974
45～49歳	649	925	1,574	1,570	1,570	1,570	1,574	1,574	1,556
50～54歳	621	1,084	1,705	1,700	1,700	1,700	1,705	1,705	1,690
55～59歳	720	928	1,648	1,640	1,640	1,640	1,648	1,648	1,630
60～64歳	935	761	1,696	1,688	1,688	1,688	1,693	1,693	1,676
65～69歳	448	347	795	791	792	791	794	794	782
70～74歳	146	115	261	255	255	255	260	260	249
75～79歳	63	33	96	96	96	96	96	96	93
80歳以上	14	6	20	19	19	19	20	20	18
合計	8,726	9,880	18,606	18,009	18,011	18,009	18,587	18,590	17,694

備考：検査項目別実施数には要医療（受診中）の者を含めた。

3-2 【学校保健】結核検診

概要

主に高等学校1年の生徒・大学の学生及び教職員を対象に、各学校を胸部検診車で巡回して実施している。

胸部エックス線読影所見の説明

所見	概要	措置	
結核性所見 (学会及び学研分類)	I型	広汎空洞型(肺結核) 空洞面積の合計が第2肋骨前端上縁を通る水平線上の肺野の面積を超え、肺病変の広がり合計が1側肺に達するもの	要治療
	II型	非広汎空洞型(肺結核) 空洞を伴う病変であって、上記I型に該当しないもの	要精検
	III型	不安定非空洞型(肺結核) 空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの	
	IV型	安定非空洞型(肺結核) 安定していると考えられる肺病変のみがあるもの	要精検又は 管理不要
	V型	治癒型(肺結核) 治癒所見のみのもの	
	H型	肺門リンパ節腫脹	要精検
	OP型	手術のあとのあるもの	管理不要
	PI(s)	胸膜の肥厚・胼胝	
	PI(v)	胸膜の癒着	
	PI(e)	滲出性胸膜炎	要精検
非結核性所見	気胸	胸膜腔に空気が入っている状態	要治療
	肺炎	多くはマイコプラズマ肺炎など一過性浸潤	要精検
	Tum./Ca/LK (異常影/肺腫瘍疑い)	それぞれTumor(腫瘍) Carcinoma(癌) Cancer(がん) Lungenkrebs(肺がん)の略。取扱いには細心の注意が必要である。	別途指示
	Med.tum. (縦隔腫瘍)	Mediastinal tumor 縦隔腫瘍	要精検
	Ekt. (気管支拡張症)	Bronchiectasis 気管支拡張症	症状があれば 要精検
	Emph. (肺気腫)	Pulmonary emphysema 肺気腫	
	Fib. (肺線維症)	Pulmonary fibrosis 肺線維症	要精検又は 管理不要
	Bulla (肺嚢胞)	肺嚢胞	
	Scar (炎症性瘢痕)	炎症性瘢痕	管理不要
	CTR↑ (心陰影拡大)	Cardiothoracicratio (心胸比)の肥大	聴診と血圧値、 心電図所見参照
左第2弓↑ (左第2弓突出)	肺動脈の膨隆など心房中隔欠損などを疑わせる所見	聴診と心電図 所見参照	

備考：1) 結核性所見は学会分類とし、病巣部位 r(右)、l(左)、b(両)と広がり 1(小)、2(中)、3(大)を組み合わせ、rIIIなどと記載する。
2) 胸膜病変は学会分類で記載する。

実施状況

令和6年度の結核検診の受診者数は、生徒・学生25,176人（対前年度877人減）、教職員は結核検診単独受診24,367人（対前年度19人減）、定期健診等との併用受診7,325人、計31,692人であった。

図表3-2-1 【学校保健】結核検診（生徒・学生：単独受診） 学校区分別実績（令和6年度）

（単位：人、括弧内：割合（％））

	受診者数	異常なし	有所見者数	所見								
				結○	非○	循○	腫○	他○	結×	非×	循×	他×
高等学校	22,898	22,565 (98.55)	333 (1.45)	0 (0.00)	4 (0.02)	29 (0.13)	46 (0.20)	114 (0.50)	0 (0.00)	31 (0.14)	15 (0.07)	96 (0.42)
特別支援学校	824	758 (91.99)	66 (8.01)	0 (0.00)	2 (0.24)	4 (0.49)	3 (0.36)	17 (2.06)	0 (0.00)	5 (0.61)	6 (0.73)	33 (4.00)
専修学校	659	648 (98.33)	11 (1.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.46)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (0.76)	0 (0.00)	3 (0.46)
大学・短大	588	578 (98.30)	10 (1.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (0.85)	0 (0.00)	5 (0.85)
その他の学校	207	194 (93.72)	13 (6.28)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.48)	0 (0.00)	5 (2.42)	0 (0.00)	2 (0.97)	2 (0.97)	4 (1.93)
合計	25,176	24,743 (98.28)	433 (1.72)	0 (0.00)	6 (0.02)	34 (0.14)	52 (0.21)	136 (0.54)	0 (0.00)	48 (0.19)	23 (0.09)	141 (0.56)

備考：所見は複数計上のため、所見区分の合計と有所見者数は一致しない。

○：要精検	×	精検不要
結：結核性陰影	非：	結核・腫瘍以外の呼吸器疾患
循：循環器疾患	腫：	腫瘍状陰影
	他：	その他の異常

図表3-2-2 【学校保健】結核検診（教職員：単独受診） 学校区分別実績（令和6年度）

（単位：人）

	受診者数	異常なし	有所見者数	所見								
				結○	非○	循○	腫○	他○	結×	非×	循×	他×
幼稚園・保育園	160	145	15				2			12		1
小学校	8,383	7,765	618		2		47	7	2	476	11	92
中学校	4,739	4,420	319		1	1	14	2		256	6	49
高等学校	3,805	3,448	357		1	1	17	1		268	13	62
特別支援学校	3,795	3,480	315				13			245	10	55
大学・短大	3,414	3,209	205				12	1		158	6	38
専修学校	6	6	0									
その他	65	51	14							11	1	3
合計	24,367	22,524	1,843	0	4	2	105	11	2	1,426	47	300

備考：所見は複数計上のため、所見区分の合計と有所見者数は一致しない。

○：要精検	×	精検不要
結：結核性陰影	非：	結核・腫瘍以外の呼吸器疾患
循：循環器疾患	腫：	腫瘍状陰影
	他：	その他の異常

3-3 【学校保健】循環器検診

概要

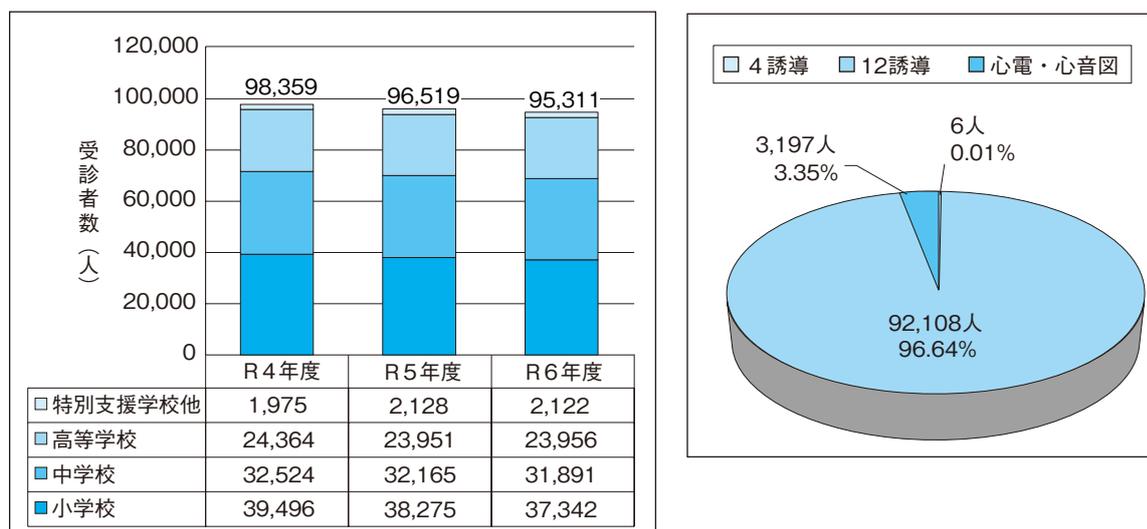
主に小学校1,4年・中学校1年・高等学校1年・特別支援学校の児童・生徒を対象に、心電図検査を実施している。検査は、調査票の記入と標準12誘導心電図検査を行う。一部の小学校・中学校の児童生徒に対しては、心音図検査を追加した省略4誘導心電図検査を実施している。

判定は全て二段階判読で行っている。第一判読は心電計の自動解析とし、第二判読は心電図判読に習熟している循環器専門医が行う。

実施状況

令和6年度の循環器検診の受診者数は、児童・生徒が95,311人（対前年度1,208人減）であった。

図表3-3-1 【学校保健】循環器検診（児童・生徒） 年度別実績（令和4～6年度）



考察・評価

常務理事兼総合健診センター副センター長 角南祐子

要精検率は、小学校で0.75%、中学校1.25%、高等学校で0.84%（図表3-3-2）であり、中学生が一番高くなっている。これは先天性心疾患が疑われる所見が認められた場合や川崎病の既往がある場合、小学校入学前に精密検査を受診し、問題ないものと要医療者のふるいわけが既にできている例が多いこと、軽度の先天性心疾患や心筋疾患の場合、小学校に比べ中学校では運動量が急に増加することなどが影響し、中学生になって顕在化してくる例があること、高等学校1年生では胸部レントゲン検査も実施しているため、心電図所見とレントゲン所見で総合判定し、要精検の対象者を絞り込むことが可能なことなどが原因として考えられる。

また、小中学校での他所見参照数74例は船橋市の心臓検診によるもので（図表3-3-6）、船橋市では一次検診の心電図所見から、先天性心疾患を疑われた場合には「要他所見参照」と指示し、集団で行う二次検診にて心電・心音図検査を実施して要精検の対象者に対する絞り込みを行っていることによる。

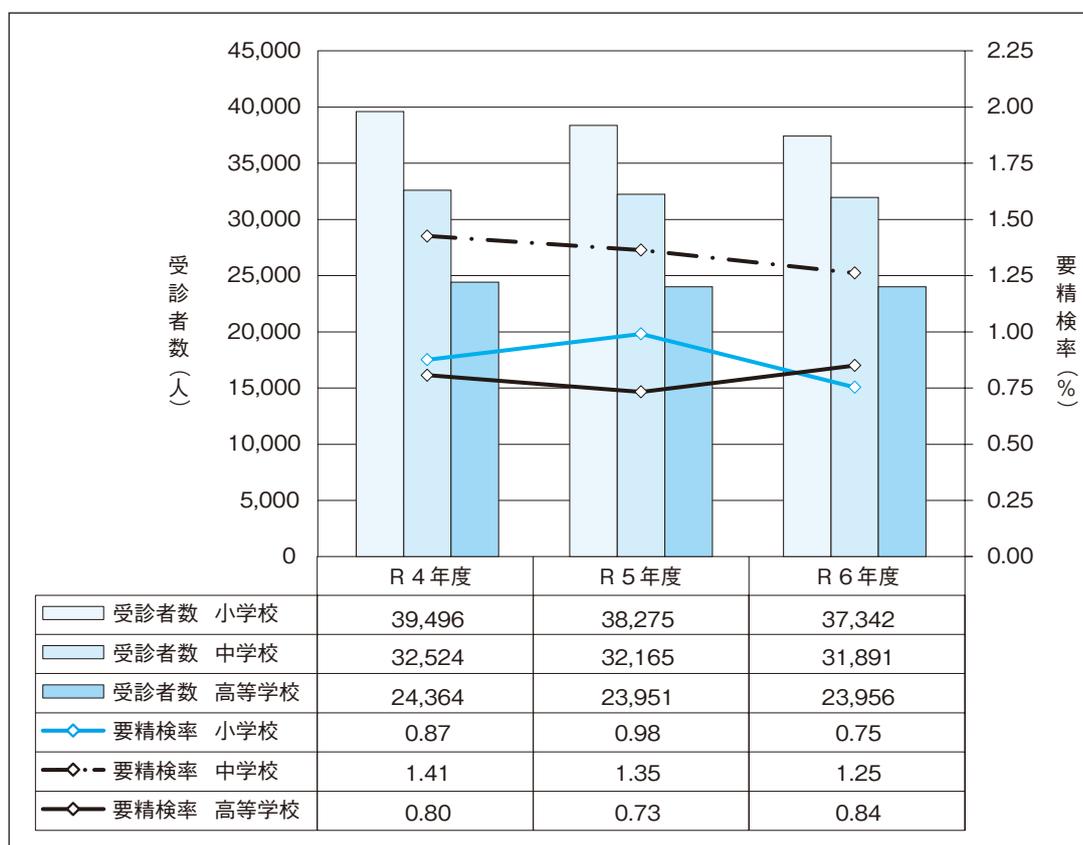
高等学校で胸部レントゲン検査を参照した場合の要精検率は0.75%だが、参照できなかった学校では要精検率は1.52%と高率だった（図表3-3-3）。

検査方法別にみると、管理区分の判明できた12誘導、心電・心音図検査の要精検率は小学校でそれぞれ0.78%、0.12%、中学校でそれぞれ1.30%、0.33%と12誘導に比し心電・心音図検査の方が低率である。これはASDに特徴的な不完全右脚ブロックが認められると要精査とするが、心音検査である程度ふり分けができることによる（図表3-3-4）。

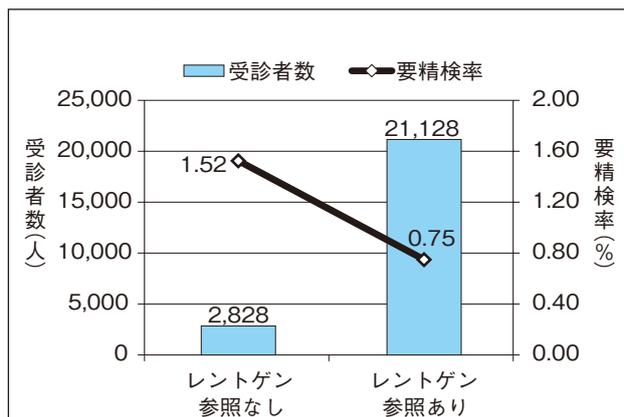
要精検となった生徒たちが精密検査を受診した医療機関で精検結果を記入していただいた“心疾患精密検診連絡票”の結果を集計し図表3-3-7に示した。精検把握率は図表3-3-5のとおり、小学校が39.63%から35.84%へ、中学校が41.38%から38.35%、高等学校が32.18%から36.14%へと、高校生は改善が見られたが、小中学校は令和5年度に比し減少していた。コロナ流行前の状況にはまだ戻っておらず、特に精検把握率の減少が認められた小中学生を重点に、引き続き各学校の担当者の方へは精検未受診者への受診勧奨をお願いしたい。

図表3-3-7で発見できた心疾患の内訳を見ると、要精検となった911人中、精検結果の判明した362人のうち16人（4.4%）に先天性心疾患が発見されており、そのうち6人（1.7%）は心房中隔欠損症（ASD）だった。例年先天性心疾患は4%以上発見されており、さらなる精検受診率の向上が課題であろう。また、当財団は千葉市学校心疾患判定委員会に協力して、千葉市立の小・中学校及び高等学校の二次検診（精密検査）で全員に心臓超音波検査を実施しており、毎年、数名のASD等の先天性心疾患や心筋症が発見されている。このことから精密検査が行える医療機関を紹介する場合、心臓超音波検査が可能な循環器専門外来等のある医療機関を選択することが望ましいと考える。

図表3-3-2【学校保健】循環器検診（児童・生徒、一次検診） 学校区分別実績（令和4～6年度）

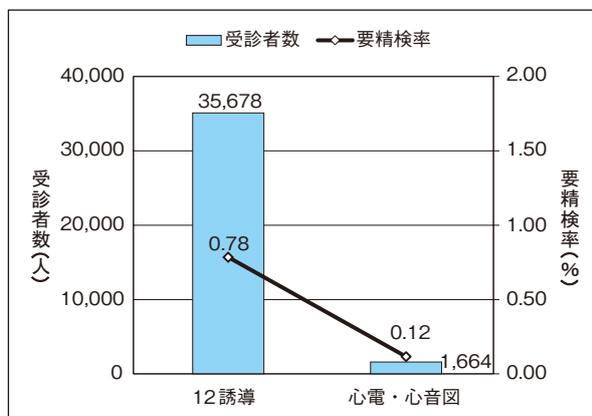


図表3-3-3【学校保健】循環器検診（高等学校）胸部レントゲン有無別の精検率（令和6年度）

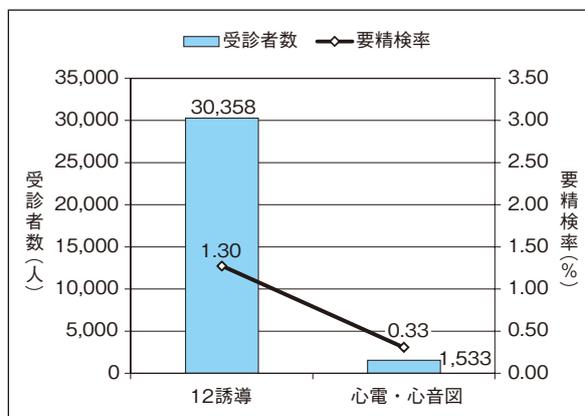


図表3-3-4【学校保健】循環器検診（小・中学校）検査方法別実績（令和6年度）

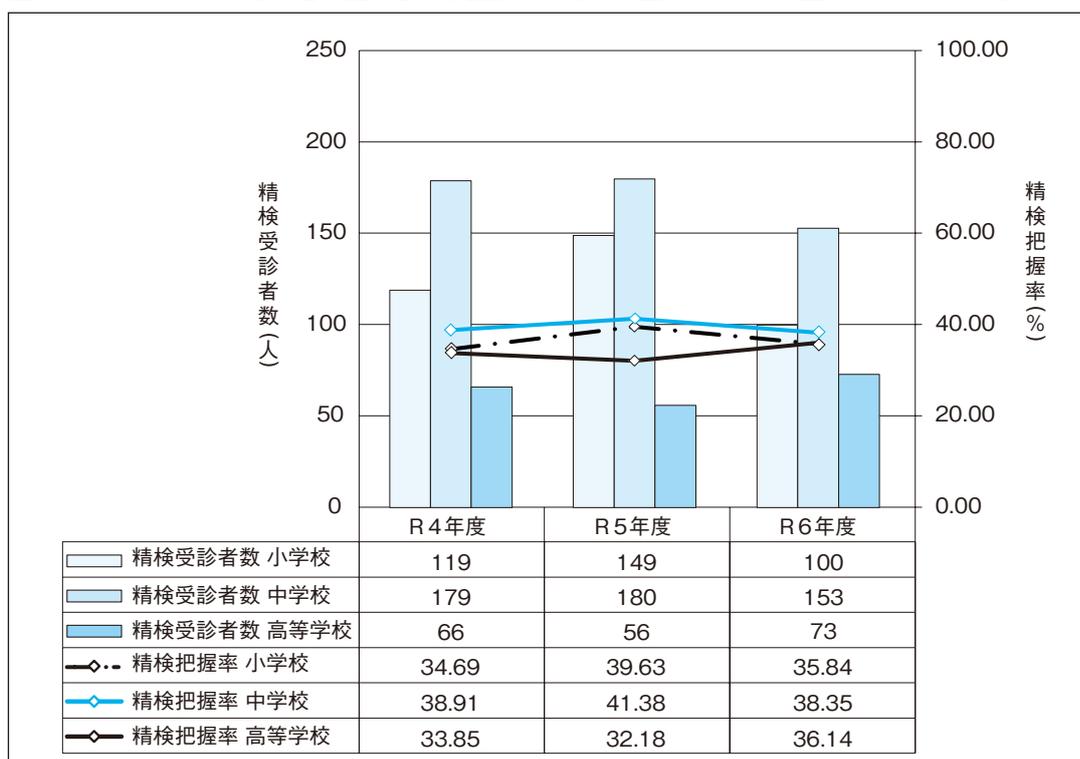
1) 小学校



2) 中学校



図表3-3-5【学校保健】循環器検診（児童・生徒、精密検査）学校区分別実績（令和4～6年度）



図表3-3-6 【学校保健】循環器検診（児童・生徒、一次検診:単独検診分） 集計表（令和6年度）

心電図検査及び心電・心音図検査

		受診者数			有所見者合計						管理不要																	
					人数(人)			率(%)			人数(人)			率(%)														
		男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計												
小	学	校	19,115	18,227	37,342	931	566	1,497	4.87	3.11	4.01	414	191	605	2.17	1.05	1.62											
中	学	校	16,539	15,352	31,891	796	605	1,401	4.81	3.94	4.39	288	241	529	1.74	1.57	1.66											
高	等	学	校	12,245	11,711	23,956	760	409	1,169	6.21	3.49	4.88	386	153	539	3.15	1.31	2.25										
特	別	支	援	学	校*1	1,496	620	2,116	102	40	142	6.82	6.45	6.71	47	15	62	3.14	2.42	2.93								
そ	の	他	の	施	設*2	5	1	6	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0.00								
合		計	49,400	45,911	95,311	2,589	1,620	4,209	5.24	3.53	4.42	1,135	600	1,735	2.30	1.31	1.82											
(再	掲)	全	体	省	略	4	誘	導	法	の	み	5	1	6	1	0	1	20.00	0.00	16.67	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
		標	準	12	誘	導	法	47,752	44,356	92,108	2,559	1,600	4,159	5.36	3.61	4.52	1,114	586	1,700	2.33	1.32	1.85						
		心	電	・	心	音	図	検	査	1,643	1,554	3,197	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
		う	ち	管	理	区	分	把	握	369	404	773	29	20	49	7.86	4.95	6.34	21	14	35	5.69	3.47	4.53				
		う	ち	小	学	生	150	186	336	8	6	14	5.33	3.23	4.17	4	3	7	2.67	1.61	2.08							
(再	掲)	高	等	学	校	胸	部	レ	ン	ト	ゲ	ン	参	照	な	し	-	-	2,828	-	-	133	-	-	4.70	-	-	1.41
		胸	部	レ	ン	ト	ゲ	ン	参	照	あ	り	-	-	21,128	-	-	1,036	-	-	4.90	-	-	499	-	-	2.36	
(再	掲)	小	中	学	校	標	準	12	誘	導	法	34,011	32,025	66,036	1,698	1,151	2,849	4.99	3.59	4.31	681	418	1,099	2.00	1.31	1.66		
		う	ち	心	音	参	照	あ	り	7,976	7,535	15,511	468	336	804	5.87	4.46	5.18	198	114	312	2.48	1.51	2.01				
		う	ち	心	音	参	照	な	し	26,035	24,490	50,525	1,230	815	2,045	4.72	3.33	4.05	483	304	787	1.86	1.24	1.56				
		心	電	・	心	音	図	検	査	1,643	1,554	3,197	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
		う	ち	管	理	区	分	把	握	369	404	773	29	20	49	7.86	4.95	6.34	21	14	35	5.69	3.47	4.53				

備考：*1) 従来の養護学校及び高等学園（現在は、一部を除き特別支援学校と呼称）、盲学校、聾学校をいう。
*2) 中学校夜間学級（夜間中学）が該当

他 所 見 参 照						要 管 理						要 医 療						要 精 検					
人数 (人)			率 (%)			人数 (人)			率 (%)			人数 (人)			率 (%)			人数 (人)			率 (%)		
男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
17	15	32	0.09	0.08	0.09	88	80	168	0.46	0.44	0.45	232	181	413	1.21	0.99	1.11	180	99	279	0.94	0.54	0.75
26	14	40	0.16	0.09	0.13	131	120	251	0.79	0.78	0.79	105	77	182	0.63	0.50	0.57	246	153	399	1.49	1.00	1.25
0	0	0	0.00	0.00	0.00	142	107	249	1.16	0.91	1.04	105	74	179	0.86	0.63	0.75	127	75	202	1.04	0.64	0.84
2	0	2	0.13	0.00	0.09	12	5	17	0.80	0.81	0.80	17	13	30	1.14	2.10	1.42	24	7	31	1.60	1.13	1.47
0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0.00
45	29	74	0.09	0.06	0.08	373	312	685	0.76	0.68	0.72	459	345	804	0.93	0.75	0.84	577	334	911	1.17	0.73	0.96
0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0.00	0.00	0.00	1	0	1	20.00	0.00	16.67
45	29	74	0.09	0.07	0.08	371	311	682	0.78	0.70	0.74	457	343	800	0.96	0.77	0.87	572	331	903	1.20	0.75	0.98
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0	0	0	0.00	0.00	0.00	2	1	3	0.54	0.25	0.39	2	2	4	0.54	0.50	0.52	4	3	7	1.08	0.74	0.91
0	0	0	0.00	0.00	0.00	1	1	2	0.67	0.54	0.60	1	2	3	0.67	1.08	0.89	2	0	2	1.33	0.00	0.60
0	0	0	0.00	0.00	0.00	1	0	1	0.46	0.00	0.23	1	0	1	0.46	0.00	0.23	2	3	5	0.91	1.38	1.14
-	-	0	-	-	0.00	-	-	30	-	-	1.06	-	-	20	-	-	0.71	-	-	43	-	-	1.52
-	-	0	-	-	0.00	-	-	219	-	-	1.04	-	-	159	-	-	0.75	-	-	159	-	-	0.75
43	29	72	0.13	0.09	0.11	217	199	416	0.64	0.62	0.63	335	256	591	0.98	0.80	0.89	422	249	671	1.24	0.78	1.02
43	29	72	0.54	0.38	0.46	52	69	121	0.65	0.92	0.78	108	87	195	1.35	1.15	1.26	67	37	104	0.84	0.49	0.67
0	0	0	0.00	0.00	0.00	165	130	295	0.63	0.53	0.58	227	169	396	0.87	0.69	0.78	355	212	567	1.36	0.87	1.12
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0	0	0	0.00	0.00	0.00	2	1	3	0.54	0.25	0.39	2	2	4	0.54	0.50	0.52	4	3	7	1.08	0.74	0.91
0	0	0	0.00	0.00	0.00	1	1	2	0.67	0.54	0.60	1	2	3	0.67	1.08	0.89	2	0	2	1.33	0.00	0.60
0	0	0	0.00	0.00	0.00	1	0	1	0.46	0.00	0.23	1	0	1	0.46	0.00	0.23	2	3	5	0.91	1.38	1.14

Ⅰ トピックス
Ⅱ 健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
Ⅲ 調査研究 実績
Ⅳ 普及啓発 実績
Ⅴ 財団概要
Ⅵ 基本方針

図表3-3-7【学校保健】循環器検診（児童・生徒、精密検査：単独検診分） 集計表（令和6年度）

心電図検査及び心電・心音図検査

（単位：人）

項目	一次検診結果 要 精 検			精密検査 受診者数			要 管 理 ①															管理不要 ②					
							先天性心疾患						心筋疾患			心電図異常									その他の 所 見		
							ASD*4			その他						不整脈			その他								
区分（学年）	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計			
小 学 校	180	99	279	64	36	100	2	4	6	3	0	3	0	1	1	14	10	24	5	3	8	1	0	1	39	18	57
中 学 校	246	153	399	99	54	153	0	0	0	4	0	4	0	1	1	24	18	42	10	7	17	1	1	2	60	27	87
高等 学 校	127	75	202	47	26	73	0	0	0	1	0	1	0	0	0	14	8	22	2	0	2	1	0	1	29	18	47
高等学校 胸部所見参照*3	-	-	-	7	9	16	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	7	14
特別支援学校*1	24	7	31	13	4	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6	0	0	0	1	0	1	9	1	10
特別支援学校 胸部所見参照*3	-	-	-	3	0	3	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
その他の施設*2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	577	334	911	233	129	362	2	4	6	9	1	10	1	2	3	55	39	94	17	10	27	4	2	6	145	71	216
（再掲） 省略4誘導法のみ	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
（再掲） 標準12誘導法	572	331	903	229	126	355	2	4	6	8	1	9	1	2	3	54	39	93	17	9	26	4	2	6	143	69	212
心音心電図検査 のうち管理区分 把握の学校	4	3	7	3	3	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	3
小学生	2	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中学生	2	3	5	2	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	3

備考：*1) 従来の養護学校及び高等学園（現在は、一部を除き特別支援学校と呼称）、盲学校、聾学校をいう。
 *2) 中学校夜間学級（夜間中学）が該当
 *3) 胸部レントゲン所見より精密検査受診
 *4) ASD = Atrial Septal Defect（心房中隔欠損症）

3-4 【学校保健】腎臓検診

概 要

幼児・児童・生徒・学生及び教職員を対象に実施している。事前に採尿容器を配布し、検査当日の朝の尿を採尿容器に入れたものを検体とし、当財団で回収後、速やかに検査部門にて検査を行う。

当財団では、尿自動分析装置において、試験紙法にて尿中の蛋白、糖、潜血の3項目を検査している。尿蛋白試験紙はpH指示薬の蛋白誤差を利用した呈色反応であるため、陽性の場合、スルホサリチル酸法による確認検査を実施し精度を高めている。また、二次検査は試験紙法により定性半定量検査を行い、一次検査で蛋白もしくは潜血が陽性であった検体については尿沈渣検査を行っている。

判定は、一次検査は蛋白、糖、潜血のいずれかが「±」以上であった者を二次検査の対象とし、二次検査は試験紙法で「+」以上の者（千葉市の教育委員会以外は糖「±」も）および尿沈渣で赤血球数が5/HPF^{*1}以上、白血球数が10/HPF以上、または円柱が1/WF^{*2}以上に認められた者および前年度、要管理とされて未管理の者を精密検診の対象とする。

*1 HPF: High power Field (400倍での1視野)、*2 WF: Whole Field (全視野)

実施状況

令和6年度の腎臓検診の受診者数は、幼児・児童・生徒・学生が449,091人（対前年度7,886人減）、教職員が単独受診11,352人（対前年度20人減）であった。

図表3-4-1 【学校保健】腎臓検診（幼児・児童・生徒・学生） 学校区分別実績（令和6年度）

(単位：人)

	一次検査						二次検査					
	受診者数			陽性者数			受診者数			要精検者数		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
保育所	7,882	7,505	15,387	60	93	153	42	48	90	16	19	35
幼稚園	15,433	14,895	30,328	90	204	294	64	138	202	22	52	74
小学校	101,958	97,556	199,514	729	1,785	2,514	811	1,927	2,738	220	507	727
中学校	52,547	49,260	101,807	823	2,279	3,102	815	2,132	2,947	207	369	576
高等学校	47,814	46,477	94,291	687	1,732	2,419	612	1,541	2,153	193	324	517
特別支援学校	4,102	1,838	5,940	79	74	153	71	56	127	22	16	38
専修学校	897	323	1,220	10	9	19	10	9	19	3	3	6
大学	22	342	364	1	18	19	1	9	10	1	3	4
その他	144	96	240	4	6	10	3	3	6	2	1	3
合計	230,799	218,292	449,091	2,483	6,200	8,683	2,429	5,863	8,292	686	1,294	1,980

図表3-4-2 【学校保健】腎臓検診（教職員） 学校区分別実績（令和6年度）

(単位：人)

	一次検査						二次検査					
	受診者数			陽性者数			受診者数			要精検者数		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
保育所	0	8	8	0	0	0	-	-	-	-	-	-
幼稚園	19	183	202	1	17	18	0	14	14	0	4	4
小学校	1,549	2,533	4,082	100	245	345	71	197	268	40	75	115
中学校	1,285	990	2,275	109	100	209	67	85	152	29	39	68
高等学校	2,210	1,148	3,358	140	74	214	107	58	165	63	25	88
特別支援学校	600	827	1,427	11	49	60	8	44	52	4	19	23
合計	5,663	5,689	11,352	361	485	846	253	398	651	136	162	298

3-5 【学校保健】尿細菌検査

概 要

先天性腎・尿路系異常の早期発見を目的に、小学校1年の児童を対象に実施している。

検査は、一次検査と二次検査がマッコンキー寒天培地、三次検査がBTB寒天培地による定量培養及び分離菌種の同定を行う。マッコンキー寒天培地への尿の接種は千葉大学医学部と共同開発した特別な器具を使用しており、簡易培養法（レプリカ法）と称している。判定は、培養後、菌数を調整して作製した対照培地と比較して行う。三次検査まで尿1 mL当り 10^5 個以上の場合を“有意の細菌尿”として、病院等で精密検診を受けるよう勧めている。

実施状況

令和6年度の尿細菌検査は、1つの教育委員会から委託を受け、受診者数は6,798人（対前年度94人減）であった。

図表3-5-1 【学校保健】尿細菌検査（児童） 学年別実績（令和6年度） （単位：人）

一次検査							二次検査							
受診者数			陽性者数			陽性率 (%)	受診者数			要精検者数			受診率 (%)	要精 検率 (%)
男	女	計	男	女	計		男	女	計	男	女	計		
3,474	3,324	6,798	27	34	61	0.90	26	33	59	7	3	10	96.72	16.95

3-6 【学校保健】 脊柱側弯症検診

概要

主に小学校5, 6年、中学校1, 2年の児童・生徒を対象として実施している。
 一次検診は学校医が行う視触診法または3Dスコリオグラフィ法によるスクリーニング検査を行い、二次検診は側弯症エックス線検査を行う。二次検診の判定は整形外科の専門医によるダブルチェックを行い、Cobb法による側弯度を計測し、カーブパターン等により管理区分を決定している。また、管理区分で判定が経過観察及び要治療となった児童・生徒に対して「脊柱側弯症管理手帳」を配布し、専門医療機関を受診するよう指導している。

実施状況

令和6年度の脊柱側弯症検診の受診者数は、77,547人（対前年度662人増）であった。

図表3-6-1 【学校保健】 脊柱側弯症検診（児童・生徒） 学校区分別実績（令和6年度）

1) 一次検診 (単位：人（表示以外）)

	一 次 検 診 (3Dスコリオ)								
	受診者数			有所見者数			有所見率 (%)		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
小学校	23,245	21,821	45,066	1,769	3,652	5,421	7.6	16.7	12.0
中学校	16,978	15,436	32,414	2,666	4,071	6,737	15.7	26.4	20.8
特別支援学校	46	21	67	6	6	12	13.0	28.6	17.9
合計	40,269	37,278	77,547	4,441	7,729	12,170	11.0	20.7	15.7

備考：図表3-1-1と一部重複。

2) 二次検診 (単位：人（表示以外）)

		二 次 検 診 (側弯症エックス線)														
		受診者数			有所見者数			有所見率 (%)			有所見者内訳					
		男	女	計	男	女	計	男	女	計	次年度エックス線再検			要精検者数		
											男	女	計	男	女	計
小学校	エックス線再検	221	608	829	84	415	499	38.0	68.3	60.2	59	216	275	25	199	224
	視診・触診	405	494	899	86	137	223	21.2	27.7	24.8	68	99	167	18	38	56
	3Dスコリオ	1,597	3,336	4,933	412	1,515	1,927	25.8	45.4	39.1	292	854	1,146	120	661	781
	計	2,223	4,438	6,661	582	2,067	2,649	26.2	46.6	39.8	419	1,169	1,588	163	898	1,061
中学校	エックス線再検	656	1,633	2,289	392	1,216	1,608	59.8	74.5	70.2	133	433	566	259	783	1,042
	視診・触診	500	654	1,154	122	247	369	24.4	37.8	32.0	53	96	149	69	151	220
	3Dスコリオ	2,443	3,687	6,130	685	1,712	2,397	28.0	46.4	39.1	472	964	1,436	213	748	961
計	3,599	5,974	9,573	1,199	3,175	4,374	33.3	53.1	45.7	658	1,493	2,151	541	1,682	2,223	
特別支援学校	エックス線再検	0	0	0	0	0	0	-	-	-						
	視診・触診	0	2	2	0	2	2	-	100.0	100.0	0	0	0	0	2	2
	3Dスコリオ	6	2	8	3	1	4	50.0	50.0	50.0	1	1	2	2	0	2
	計	6	4	10	3	3	6	50.0	75.0	60.0	1	1	2	2	2	4
合計	エックス線再検	877	2,241	3,118	476	1,631	2,107	54.3	72.8	67.6	192	649	841	284	982	1,266
	視診・触診	905	1,150	2,055	208	386	594	23.0	33.6	28.9	121	195	316	87	191	278
	3Dスコリオ	4,046	7,025	11,071	1,100	3,228	4,328	27.2	46.0	39.1	765	1,819	2,584	335	1,409	1,744
	計	5,828	10,416	16,244	1,784	5,245	7,029	30.6	50.4	43.3	1,078	2,663	3,741	706	2,582	3,288

備考：二次検診の受診者数には、一次検診の3Dスコリオの結果、有所見となった者以外に、視・触診で有所見となった者及び前年度に「次年度エックス線再検」と判定された者を含む。

3-7 【学校保健】 がん検診

概 要

教職員を対象に5大がん（胃・大腸・肺・子宮・乳房）および前立腺がん検診を実施している。検査・判定方法は地域保健事業の項を参照されたい。

なお、本項における肺がん検診（胸部エックス線）の実績は、結核検診、定期健康診断等で胸部エックス線検査を実施した40歳以上を集計した。

実施状況

令和6年度のがん検診（教職員）の受診者数は、胃がん8,249人、大腸がん10,875人、肺がん（胸部エックス線検査）14,944人、肺がん（喀痰検査）125人、子宮がん5,362人、乳がん6,056人、前立腺がん4,043人、計49,654人（対前年度1,719人増）であった。

図表3-7-1 【学校保健】 がん検診（教職員） 各がん別実績（令和6年度）①

1) 胃がん（胃部エックス線）

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	4,783	208	93 (8)	0	0	76 (6)	17 (2)
女	3,466	84	43 (4)	0	0	34 (2)	9 (2)
合計	8,249	292	136 (12)	0	0	110 (8)	26 (4)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 大腸がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	5,825	354	132 (8)	0	0	82 (6)	50 (2)
女	5,050	287	120 (5)	1	0	77 (5)	42
合計	10,875	641	252 (13)	1	0	159 (11)	92 (2)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

3) 肺がん（胸部エックス線）

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	6,355	55	17 (7)	0	1 (1)	12 (5)	4 (1)
女	8,589	94	26 (10)	0	1	19 (10)	6
合計	14,944	149	43 (17)	0	2 (1)	31 (15)	10 (1)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

図表3-7-1【学校保健】がん検診（教職員）各がん別実績（令和6年度）②

4) 肺がん（喀痰）

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	71	0	-	-	-	-	-
女	54	0	-	-	-	-	-
合計	125	0	-	-	-	-	-

備考：要精検者数に経過観察後精密検査（C判定）も含む。

5) 子宮がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん（浸潤がん）	CIN3		CIN2（中等度異形成）	CIN1（軽度異形成）	子宮頸がん以外のがん	その他	異常なし
					上皮内がん（CIS）	高度異形成					
頸部	5,362	69	45 (45)	0	0	1 (1)	1 (1)	23 (23)	1 (1)	11 (11)	8 (8)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

6) 乳がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
マンモグラフィ	1,864	64	49 (49)	2 (2)	0	41 (41)	6 (6)
超音波検査	4,143	40	24 (24)	1 (1)	0	22 (22)	1 (1)
マンモグラフィ+超音波検査	49	1	0	-	-	-	-

備考：1) 括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) マンモグラフィ、超音波検査には視触診併用を受診したものも含む。

7) 前立腺がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数
前立腺がん	4,043	104

3-8 【学校保健】 小児生活習慣病予防健診

概 要

肥満、糖尿病、脂質異常症および高血圧症などの生活習慣病を小児期から予防する目的で実施している。対象は主に小学校4年、中学校1, 2年の児童・生徒の中で希望者としている。健診項目は、血圧、脂質（総コレステロール・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール）、家族歴などである。検査後、決められた判定基準により項目別コメントと総合判定区分及び総合判定コメントを決定する。

実施状況

令和6年度の小児生活習慣病予防健診受診者数は、児童・生徒が10,854人（対前年度53人減）であった。

図表3-8-1 【学校保健】 小児生活習慣病予防健診（児童・生徒） 学校区分別実績（令和6年度）

（単位：人、括弧内は割合％）

	受診者数			健診結果														
				I			II			III			IV			N		
	(要医学的管理)			(要経過観察)			(要生活指導)			(管理不要)			(正常)					
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
小学校	2,466	2,211	4,677	76 (3.1)	46 (2.1)	122 (2.6)	235 (9.5)	186 (8.4)	421 (9.0)	316 (12.8)	333 (15.1)	649 (13.9)	1,406 (57.0)	1,302 (58.9)	2,708 (57.9)	433 (17.6)	344 (15.6)	777 (16.6)
中学校	3,170	3,007	6,177	94 (3.0)	51 (1.7)	145 (2.3)	265 (8.4)	215 (7.1)	480 (7.8)	287 (9.1)	414 (13.8)	701 (11.3)	1,994 (62.9)	1,755 (58.4)	3,749 (60.7)	530 (16.7)	572 (19.0)	1,102 (17.8)
合計	5,636	5,218	10,854	170 (3.0)	97 (1.9)	267 (2.5)	500 (8.9)	401 (7.7)	901 (8.3)	603 (10.7)	747 (14.3)	1,350 (12.4)	3,400 (60.3)	3,057 (58.6)	6,457 (59.5)	963 (17.1)	916 (17.6)	1,879 (17.3)

3-9 【学校保健】 寄生虫卵等検査

概要

ぎょう虫卵検査をセロハンテープ法で行っている。事前に配布したテープを肛門の周囲に当てた後、提出し（テープは表と裏で2回採卵式）、顕微鏡下でぎょう虫卵の有無を検査する。なお、学校保健安全法施行規則の改正により平成28年度からぎょう虫卵検査は必須項目から削除されている。

実施状況

令和6年度のぎょう虫卵検査の受診者数は、幼児・児童・生徒が1,350人（対前年度226人減）、陽性者はいなかった。教職員の受診者数119人（対前年度11人減）、陽性者はいなかった。

図表3-9-1 【学校保健】 ぎょう虫卵検査（幼児・児童・生徒） 学校区分別実績（令和6年度）
（単位：人）

	受診者数			陽性者数		
	男	女	計	男	女	計
幼稚園・保育所	670	641	1,311	0	0	0
その他	27	12	39	0	0	0
計	697	653	1,350	0	0	0

図表3-9-2 【学校保健】 ぎょう虫卵検査（教職員） 学校区分別実績（令和6年度）
（単位：人）

	受診者数			陽性者数		
	男	女	計	男	女	計
幼稚園・保育所	7	112	119	0	0	0
計	7	112	119	0	0	0

3-10 【学校保健】 貧血検査

概要

小・中学校の児童・生徒を対象に、思春期に多い鉄欠乏性貧血などを予防する目的で貧血検査を実施している。

検査項目は赤血球数（RBC）、血色素量（Hb）、ヘマトクリット値（Ht）の3項目及び推奨項目として赤血球恒数（MCV、MCH、MCHC）、血清鉄（Fe）を設定している。検査後、決められた判定基準により判定区分と判定コメントを決定する。

貧血検査の判定区分

N	正常
B-1	軽度の異常（基準範囲より高値）
B-2	軽度の異常（基準範囲より低値）
A	貧血の疑い（医師に相談）

実施状況

令和6年度の貧血検査の受診者数は、児童・生徒が10,974人（対前年度151人増）であった。一部の学校（1校151人）では定期健康診断時に同時に貧血検査を実施しているが、3-1定期健康診断の項に計上したため本項では未集計とした。

図表3-10-1 【学校保健】 貧血検査（児童・生徒） 学校区分別実績（令和6年度）（単位：人）

	受診者数			N：正常範囲			所見あり			有所見率（%）			所見内訳					
													A：貧血 （医師に相談）		B-1：軽度の 異常・高値		B-2：軽度の 異常・低値	
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	男	女		
小学校	688	628	1,316	670	617	1,287	18	11	29	2.62	1.75	2.20	4	2	1	0	13	9
中学校	4,493	5,143	9,636	4,344	4,850	9,194	149	293	442	3.32	5.70	4.59	16	142	102	36	31	115
高等学校	10	12	22	10	12	22	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0	0	0
合計	5,191	5,783	10,974	5,024	5,479	10,503	167	304	471	3.22	5.26	4.30	20	144	103	36	44	124

3-11 【学校保健】骨粗鬆症検診

概要

中学校・高等学校・大学などの生徒・学生及び教職員を対象に実施している。判定方法は年齢によって異なり、18歳を境に次表のようになる。

骨粗鬆症検診の判定方法

1) 18歳未満

判定1	平均値 + 2SDを上回る	同年齢と比べて高い傾向にあります。
	平均値 ± 2SD内	同年齢と比べて同等と言えます。
判定2	平均値 - 2SDを下回る	同年齢と比べて低い傾向にあります。

備考：SD = Standard Deviation, 標準偏差。統計データが平均値からどれくらい広い範囲にばらついているかという「ばらつきの程度」を示す指標。平均値 ± 2SDは全体の95.4%が含まれる。

2) 18歳以上

判定1	YAMの90%以上	今回の検診結果からは、今は特に心配はありません。
判定2	YAMの80%以上90%未満	適当な運動をしたり、カルシウムの多い食事をとるなど、日常生活に留意してください。定期的（年1回位）に検診を受けてください。
判定3	YAMの80%未満	医療機関を訪れ、受診される事をおすすめします。

備考：YAM = 20～44歳の若年成人平均値（Young Adult Mean）

音響的骨評価値（osteosono-assessment index: OSI）を算出し、そのYAMを100%として、被検者の値が何%に該当するかを算出して判定する。

実施状況

令和6年度の骨粗鬆症検診の受診者数は、生徒が245人（対前年度23人減）、教職員が907人（対前年度131人増）であった。

図表3-11-1 【学校保健】骨粗鬆症検診（生徒、教職員） 団体別実績（令和6年度）（単位：人）

	受診者数			判定1			判定2			判定3		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
生徒 (18歳未満)	112	133	245	112	133	245						
教職員	9	898	907	7	620	627	2	236	238	0	42	42
合計	121	1,031	1,152	119	753	872	2	236	238	0	42	42

3-12 【学校保健】 予防接種

概 要

私立高等学校や医療系の専門学校・大学の生徒・学生及び教職員を対象に、インフルエンザ、B型肝炎などの予防接種を実施している。また、HBs・HCV抗体検査、風疹等の抗体価検査も実施している。

実施状況

令和6年度の予防接種の実施者数は、予防接種926人（対前年度99人減）、抗体価検査9,672人（対前年度697人増）、合計10,598人であった。

図表3-12-1 【学校保健】 予防接種（生徒・学生、教職員） 種別実績（令和6年度）

1) 予防接種 (単位：人)

	インフルエンザ	計
生徒・学生	262	262
教職員	664	664
合計	926	926

2) 抗体価 (単位：人)

	風疹	麻疹 (はしか)	おたふく (ムンプス)	水痘・ヘルペス (水疱瘡・帯状疱疹)	B型肝炎	C型肝炎	計
生徒・学生	1,528	1,590	1,640	1,628	1,923	631	8,940
教職員	83	100	74	73	165	237	732
合計	1,611	1,690	1,714	1,701	2,088	868	9,672

3-13 【学校保健】 精密検査等

概要

結核検診、心疾患検診及び腎疾患検診で要精検となった小学校・中学校・高等学校・特別支援学校の児童・生徒・教職員の精密検査等を、総合健診センターにて実施している。

実施状況

令和6年度の精密検査等の受診者数は、児童・生徒907人（対前年度4人減）、教職員65人（対前年度13人減）であった。

図表3-13-1 【学校保健】 精密検査等（児童・生徒、教職員） 検査別実績（令和6年度）
（単位：人）

検査名	人数
学校小児結核精密検査	275
学校小児心疾患精密検査	240
学校小児腎疾患精密検査	187
千葉県立学校生徒尿精密検査	205
教職員呼吸器精密検査	65

3-14 【学校保健】 ストレスチェック

概要

教職員を対象にストレスチェックを実施している。ストレスチェックの詳細は、産業保健事業の項を参照されたい。

実施状況

令和6年度のストレスチェックの受診者数は、教職員216人（対前年度205人減）であった。

3-15 【学校保健】 成人眼検診

概要

中途失明の原因の第一位である緑内障など眼疾患の早期発見を目的として、成人眼検診を教職員に実施している（検査項目：視力検査、血圧測定、眼底検査、簡易視野検査（FDT））。

実施状況

令和6年度の成人眼検診の受診者数は、教職員104人（対前年度で3人減）であった。

4. 産業保健事業

4-1 【産業保健】一般健康診断

概 要

労働安全衛生法第66条に基づき、当財団では一般健康診断の種類を①雇入時の健康診断、②定期健康診断（1回／1年）、③特定業務従事者等（深夜勤務者等）の健康診断（1回／半年）としている。なお、②には特定健康診査併用の健診、農協職員等健康診断を含めている。

④被扶養者の特定健康診査は、高齢者の医療の確保に関する法律第21条により平成20年度から開始したメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診で、40～74歳となる健康保険の加入者を対象に実施している。

健診は原則巡回集団健診であるが、30人未満の小規模事業所の健診は巡回して行うことが難しいことから、商工会議所・労働基準協会などの協力を得ながら地域毎に健診会場を確保し実施、または総合健診センターで実施している。

実施状況

令和6年度の一般健康診断の受診者数は、116,121人（対前年度12,394人増）であった。

図表4-1-1 【産業保健】一般健康診断 健診種別実績（令和6年度）

（単位：人）

健診種別	受診者数
① 雇入時の健康診断	3,691
② 定期健康診断	92,215
③ 特定業務従事者健診等	18,009
④ 被扶養者の特定健康診査	2,206
合計	116,121

4-2 【産業保健】 総合健康診断

概要

一般健診の定期健康診断項目に、生活習慣病予防のための検査項目及びがん検診を加えた総合健康診断を実施している。なお、協会けんぽ生活習慣病予防健診と特定健康診査併用の健診もこの項に含めている。

千葉県職員及び関連団体職員の健診は県庁健康管理クリニックで実施し、個人の健康管理をトータルで行えるよう、精密検査も当財団で実施し、その結果を翌年度の健診に活かして定期健診と管理健診を同時実施できるシステムになっている。生活習慣病発症の若年化・動脈硬化危険因子の早期把握などを考慮し、全員に採血及び心電図検査等を、また節目健診として25歳・30歳・35歳・40歳・45歳・50歳・55歳時に腹部超音波検査、45歳・50歳・55歳時に75gブドウ糖負荷試験を含んだ1日ドックを実施し、即日の結果説明・健康相談を行うなど充実した健診を実施している。

実施状況

令和6年度の総合健康診断の受診者数は、39,449人（対前年度1,867人増）であった。

4-3 【産業保健】 特定保健指導

概要

特定保健指導は、特定健康診査によって対象者を抽出し、対象者の持つリスク数に応じた保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣の改善と生活習慣病予防を目的としている。

令和2年度より一部健保にて特定健康診査受診当日に特定保健指導の対象と見込まれる者に対して面接を行い、行動計画の暫定的な策定と継続的支援の勧奨を行っている。特定保健指導の支援形態については個別支援、電話支援、電子メール支援、手紙支援があり、3年度より遠隔面接支援を導入している。効果的な支援プログラムの提供と対象者が受けやすい支援形態の選択ができるよう体制を整えている。

実施状況

令和6年度の特定保健指導の実施者数は、1,260人（対前年度51人増）、支援総数は、4,076回（対前年度570回増）であった。

図表4-3-1 【産業保健】 特定保健指導 分類別実績（令和6年度）

分類	人数
実施者数	1,260
積極的支援	566
動機付け支援相当	15
動機付け支援	679
支援総数（実施者に対し、特定保健指導3カ月もしくは6カ月間における面接・手紙・電話・メールで実施した支援の総数）	4,076

4-4 【産業保健】 特殊健康診断

概 要

粉じん、石綿、有機溶剤及び特定化学物質などを取り扱う有害業務に従事する労働者を対象に、じん肺法、労働安全衛生法に係る各規則に基づく健康診断、指導勧奨による健康診断等を実施している。健診は特殊健康診断単独で行う場合と、一般健康診断又は総合健康診断と同時に進める場合があり、ここでは両方を計上している。

特殊健康診断の分類

法定健康診断	じん肺（じん肺法第3条、第7条～第9条の2）
	石綿（石綿障害予防規則第40条～43条）
	有機溶剤（有機溶剤中毒予防規則第29条）
	鉛（鉛中毒予防規則第53条）
	電離放射線（電離放射線障害防止規則第56条）
	特定化学物質（特定化学物質障害予防規則第39条）
	高気圧業務（高気圧安全衛生規則第38条）
	酸類等（労働安全衛生規則第48条）
指導勧奨による健康診断	情報機器
	騒音
	腰痛等
	振動業務
	有害光線
	その他

実施状況

令和6年度の特健康診断の受診者数は44,259人（対前年度11,089人減）であった。

図表4-4-1 【産業保健】 特殊健康診断 年齢階級別実績（令和6年度）①

1) 法定健康診断

（単位：人）

		法定健康診断								
		じん肺 健康診断	石綿	鉛	有機 溶剤等	特定化学 物質等	電離 放射線	高気圧 業務	四アルキ ル鉛	酸類等
30歳未満	男	270	107	42	1,645	3,579	493	127	2	289
	女	9	11	1	470	598	444	4	0	33
30～34歳	男	175	94	25	1,046	2,216	237	92	0	179
	女	6	16	2	155	177	129	0	0	4
35～39歳	男	177	95	33	933	2,047	304	56	1	105
	女	8	5	3	114	164	115	4	0	16
40～44歳	男	140	117	36	859	1,878	266	41	0	139
	女	7	11	4	146	179	183	0	0	18
45～49歳	男	252	124	43	918	2,004	195	19	4	141
	女	3	19	9	173	223	233	0	0	14
50～54歳	男	232	236	42	991	2,225	232	4	1	140
	女	9	15	11	201	294	136	0	0	17
55～59歳	男	100	195	37	608	1,356	138	5	0	67
	女	4	10	0	139	154	108	0	0	5
60～64歳	男	82	102	21	384	983	154	3	2	40
	女	3	13	2	85	103	53	0	0	9
65～69歳	男	39	70	7	153	367	24	0	0	17
	女	0	0	2	24	11	33	0	0	4
70歳以上	男	28	148	4	54	134	20	0	0	1
	女	0	0	0	4	3	19	0	0	0
合計	男	1,495	1,288	290	7,591	16,789	2,063	347	10	1,118
	女	49	100	34	1,511	1,906	1,453	8	0	120
	計	1,544	1,388	324	9,102	18,695	3,516	355	10	1,238

備考：県庁健康管理クリニックで実施した分の一部を除く。

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

図表4-4-1【産業保健】特殊健康診断 年齢階級別実績（令和6年度）②

2) 指導勧奨による健康診断

(単位：人)

		指導勧奨による健康診断						その他 特殊健診
		情報 機器	騒音	腰痛等	振動 業務	有害 光線	その他	
30歳未満	男	296	648	269	113	50	51	26
	女	245	47	88	2	6	5	10
30～34歳	男	212	282	134	44	39	25	12
	女	131	23	30	8	0	3	8
35～39歳	男	211	297	103	54	48	24	11
	女	112	19	37	4	0	4	6
40～44歳	男	178	282	75	36	24	11	15
	女	134	16	43	0	0	10	5
45～49歳	男	172	307	38	43	49	27	10
	女	184	26	37	3	0	14	6
50～54歳	男	191	347	50	74	58	15	13
	女	222	28	51	17	0	11	12
55～59歳	男	147	191	52	22	27	11	23
	女	160	16	43	1	2	9	2
60～64歳	男	113	130	76	19	11	9	8
	女	120	7	44	0	0	9	3
65～69歳	男	30	46	11	7	8	1	3
	女	30	0	28	0	0	2	2
70歳以上	男	17	26	3	9	6	0	0
	女	7	0	22	0	0	2	0
合計	男	1,567	2,556	811	421	320	174	121
	女	1,345	182	423	35	8	69	54
	計	2,912	2,738	1,234	456	328	243	175

備考：県庁健康管理クリニック実施分の一部を除く。

4-5【産業保健】結核検診

概要

病院、介護老人保健施設や社会保健施設等の職員を対象に結核検診を実施している。検診方法等は地域保健事業2-3胸部検診の項を参照されたい。

実施状況

令和6年度の結核検診の受診者数は、健康診断等で併用受診した者も含めて全体で123,538人（対前年度5,918人増）であった。そのうち、医療従事者等の結核検診の受診者数は、4,817人（対前年度1,204人減）であった。

4-6 【産業保健】 がん検診

概要

事業所の従業員や団体の職員を対象に、5大がん及び前立腺がんの検診を一般健康診断と同日又は単科検診で実施している。検診・判定方法は地域保健事業の項を参照されたい。

なお、本項における肺がん検診（胸部エックス線）の実績は、一般健康診断、総合健康診断等で胸部エックス線検査を実施した40歳以上を集計した。

実施状況

令和6年度のがん検診の受診者数は、計125,680人（対前年度7,325人増）であった。

なお、胃がん検診の撮影のみ実施は30人であったが、集計からは除外している。

図表4-6-1 【産業保健】 がん検診 各がん別実績（令和6年度）①

1) 胃がん（胃部エックス線）

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	11,877	568	55 (50)	2 (1)	0	34 (30)	19 (19)
女	4,150	115	29 (28)	0	0	20 (19)	9 (9)
合計	16,027	683	84 (78)	2 (1)	0	54 (49)	28 (28)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) 大腸がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	20,365	1,548	76 (75)	0	0	57 (56)	19 (19)
女	9,424	649	66 (65)	0	0	37 (36)	29 (29)
合計	29,789	2,197	142 (140)	0	0	94 (92)	48 (48)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

3) 肺がん（胸部エックス線）

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	40,125	485	84 (36)	3 (2)	1	57 (27)	23 (7)
女	26,057	275	56 (39)	0	0	49 (34)	7 (5)
合計	66,182	760	140 (75)	3 (2)	1	106 (61)	30 (12)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

図表4-6-1【産業保健】がん検診 各がん別実績（令和6年度）②

4) 肺がん（喀痰）

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
男	343	2	0	-	-	-	-
女	204	2	0	-	-	-	-
合計	547	4	0	-	-	-	-

備考：要精検者数に経過観察後精密検査（C判定）も含む。

5) 子宮がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん（浸潤がん）	CIN3		CIN2（中等度異形成）	CIN1（軽度異形成）	子宮頸がん以外のがん	その他	異常なし
					上皮内がん（CIS）	高度異形成					
頸部	4,005	51	24 (24)	0	0	5 (5)	2 (2)	9 (9)	0	4 (4)	4 (4)

備考：括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

6) 乳がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数	精検受診者数	がん	がん疑い	その他	異常なし
マンモグラフィ	2,273	86	28 (27)	3 (3)	0	20 (19)	5 (5)
超音波検査	1,818	27	7 (7)	0	0	7 (7)	0
マンモグラフィ+超音波検査	98	2	0	-	-	-	-

備考：1) 括弧内は、上段数値のうち「精密検査」を当財団で実施したものである。

2) マンモグラフィ、超音波検査には視触診併用を受診したのものも含む。

7) 前立腺がん

（単位：人）

	受診者数	要精検者数
前立腺がん	4,941	203

4-7 【産業保健】骨粗鬆症検診

概 要

事業所からの要望により実施している。判定方法等は地域保健事業の項を参照されたい。

実施状況

令和6年度の骨粗鬆症検診の受診者数は、803人（対前年度10人増）であった。

図表4-7-1 【産業保健】骨粗鬆症検診 年齢階級別実績（令和6年度）（単位：人）

	受診者数			判定結果								
				判定1			判定2			判定3		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20歳未満	4	0	4	2	0	2	1	0	1	1	0	1
20～24歳	17	20	37	15	18	33	2	2	4	0	0	0
25～29歳	22	34	56	15	24	39	5	7	12	2	3	5
30～34歳	25	51	76	13	37	50	12	12	24	0	2	2
35～39歳	40	56	96	28	41	69	8	13	21	4	2	6
40～44歳	35	57	92	17	45	62	13	9	22	5	3	8
45～49歳	44	70	114	34	59	93	8	10	18	2	1	3
50～54歳	62	87	149	43	55	98	15	29	44	4	3	7
55～59歳	32	49	81	15	25	40	9	15	24	8	9	17
60～64歳	26	46	72	12	13	25	10	16	26	4	17	21
65～69歳	8	15	23	4	4	8	4	8	12	0	3	3
70歳以上	0	3	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0
合計	315	488	803	198	321	519	87	124	211	30	43	73

判定1：今回の検診結果からは、今は特に心配はありません。

判定2：適当な運動をしたり、カルシウムの多い食事をとるなど、日常生活に留意してください。

定期的（年1回位）に検診を受けてください。

判定3：医療機関を訪れ、受診される事をおすすめします。

4-8 【産業保健】 予防接種

概 要

事業所からの要望に応じ、インフルエンザ、B型肝炎、破傷風、風疹などの予防接種を実施している。また、HBs抗体等の抗体価検査も実施している。

実施状況

令和6年度の予防接種の実施者数は、予防接種10,564人（対前年度190人増）、抗体価検査4,071人（対前年度216人増）、合計14,635人であった。

図表4-8-1 【産業保健】 予防接種 種別実績（令和6年度）

1) 予防接種

（単位：人）

	インフルエンザ	風疹	MR (麻疹・風疹)	おたふく (ムンプス)	水痘・ヘルペス (水疱瘡・帯状疱疹)	破傷風	B型肝炎	合計
人数	9,780	6	13	20	8	517	220	10,564

2) 抗体価

（単位：人）

	風疹	麻疹 (はしか)	おたふく (ムンプス)	水痘・ヘルペス (水疱瘡・帯状疱疹)	A型肝炎	B型肝炎	C型肝炎	トキソプラズマ	蜂抗体	合計
人数	444	326	310	294	4	1,495	1,146	21	31	4,071

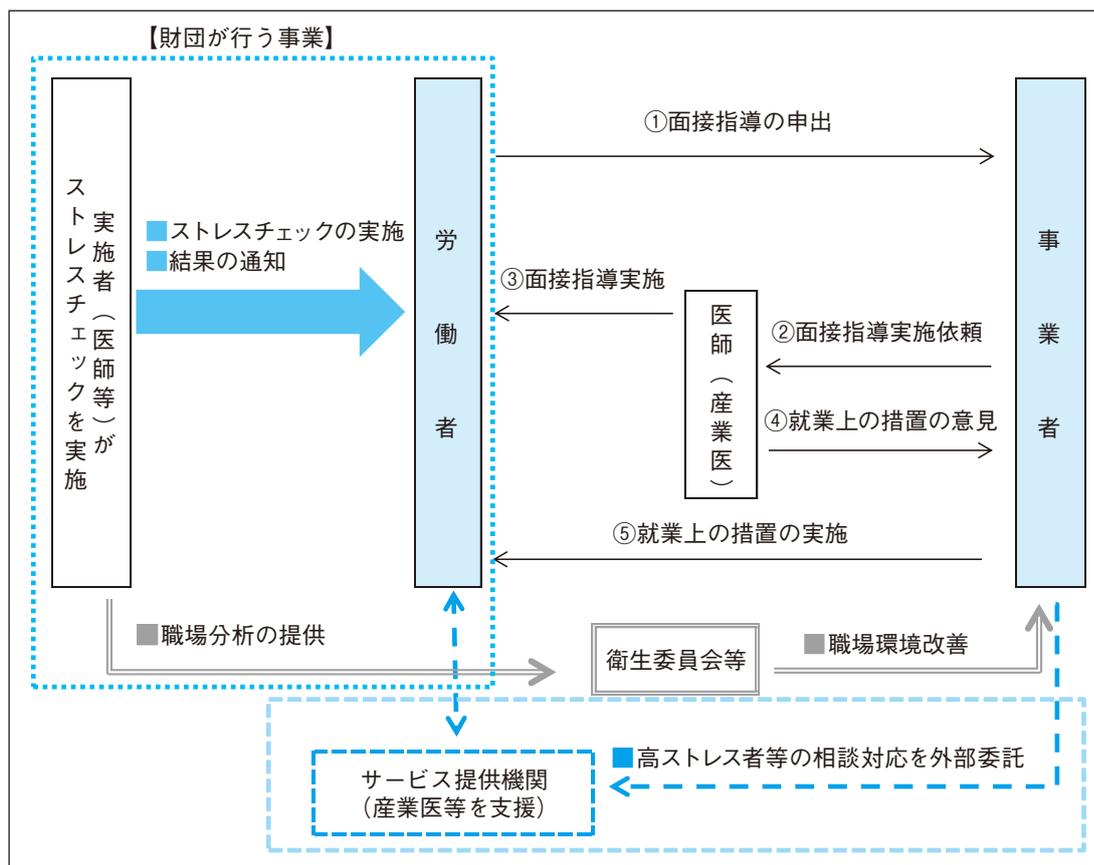
4-9 【産業保健】 ストレスチェック

概要

ストレスチェックとは、労働者が自身のストレスがどのような状態にあるかを、年1回（人事異動の約2ヶ月後を目安とする）選択回答式の調査票を用いて確認する検査である。事業者の指名を受けた医師、保健師または厚生労働大臣が定める研修を修了した看護師もしくは精神保健福祉士が実施者となる。仕事や職業生活に関して強い不安、悩み又はストレスを感じている労働者が増えている状況を踏まえ、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的としている。

常時50人以上の労働者を使用する事業所に実施義務があり、検査結果は本人に直接通知される。高ストレスと選定され、面接指導を受ける必要があると認められた労働者から面接希望の申し出があった場合には、医師の面接指導を実施する。ストレスチェック及び面接指導の結果、就業上の措置が必要と認められる場合、事業主はメンタルヘルス改善に向けた協力体制をとる。

ストレスチェックの流れ



実施状況

令和6年度のストレスチェック受診者数は、15,456人（対前年度398人減）であった。

4-10【産業保健】成人眼検診

概 要

事業所からの要望により実施している。詳細は学校保健事業の項を参照されたい。

実施状況

令和6年度の成人眼検診の受診者数は、232人（対前年度25人減）であった。

5. 診療・人間ドック等事業

5-1 【診療・人間ドック等】外来診療

概要

総合健診センターでは、がん精密検査や結核の専門施設として専門医による外来診療、一般内科診療、糖尿病・脂質異常症・高血圧症・肥満など生活習慣病の予防外来、骨粗鬆症外来などを実施し、受診者のニーズに応えるきめ細やかな診療体制を心掛け、疾病の早期発見と迅速な確定診断に努めている。県庁健康管理クリニックでは県・教育庁等の一般内科診療を実施している。また、遺伝カウンセリング外来では、乳がん、卵巣がん、胃がん、大腸がん及び膵臓がん等の遺伝性のがんについての相談や、血液による遺伝学的検査を実施している。

診療部門

診療部門
糖尿病・代謝内科（骨粗鬆症外来を含む）、呼吸器内科・外科、循環器内科、消化器内科、肝臓内科、婦人科、内分泌内科（甲状腺）*、乳腺外科、遺伝カウンセリング外来

*内分泌外来は令和7年3月31日付で閉科

がん精密検査項目

種別	検査項目
胃がん	胃内視鏡検査（経口・経鼻）、ピロリ抗体検査
大腸がん	大腸内視鏡検査、大腸CT
肺がん	胸部マルチスライスCT検査、喀痰細胞診
子宮がん	コルポスコピー診、経膈超音波検査、細胞診、組織診
乳がん	マンモグラフィ検査、乳房超音波検査、細胞診、マンモトーム生検、針生検

実施状況

令和6年度の外来診療の受診者数は、総合健診センター21,253人、県庁健康管理クリニック4,739人の計25,992人であった。

図表5-1-1 【診療・人間ドック等】 外来診療 診療科目別実績（延べ人数）（令和4～6年度）
（単位：人）

	診療科目	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度
総合健診センター	内 科	1,878	1,955	1,970
	呼吸器	2,407	2,478	2,672
	循環器	1,501	1,498	1,549
	胃腸科	3,116	3,194	3,336
	肝・胆・膵	598	596	484
	婦人科	1,303	1,290	1,151
	甲状腺	1,369	1,124	407
	乳 腺	9,896	9,156	8,863
	遺伝カウンセ リング	109	134	119
	その他精検 (小児等)	613	688	702
	計	22,790	22,113	21,253
県庁健康管理クリニック	内 科	4,755	4,798	4,739
合計		27,545	26,911	25,992

5-2 【診療・人間ドック等】人間ドック

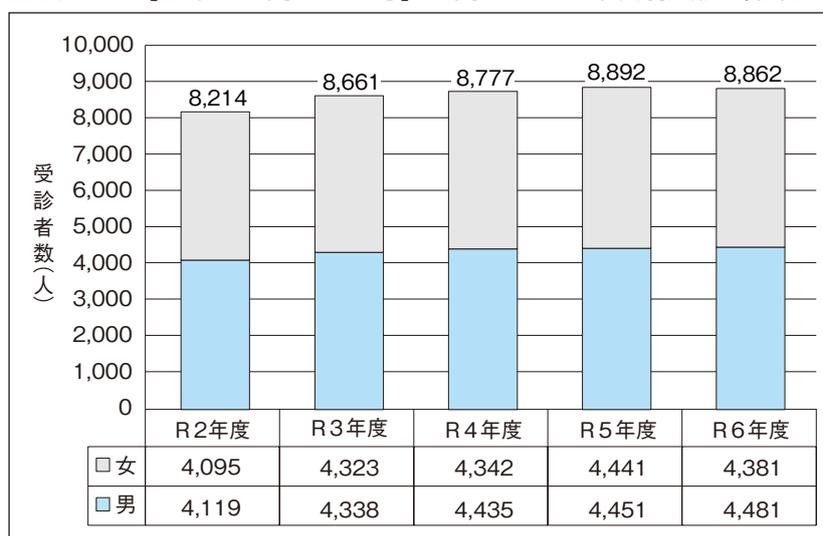
概要

総合健診センターにおいて実施している人間ドックは、多様な要望に応えられるように基本の日帰りドックに、各種オプション検査を追加できるようになっている。また、専門ドックとして、脳ドック、部位別がんドック、レディースがんドックなどを用意している。フロアは男性ゾーンを1階、女性ゾーンを2階と完全に分離し、受診者のプライバシーが守れるよう配慮している。1階一般健診フロアでも限定的にドックを実施している。

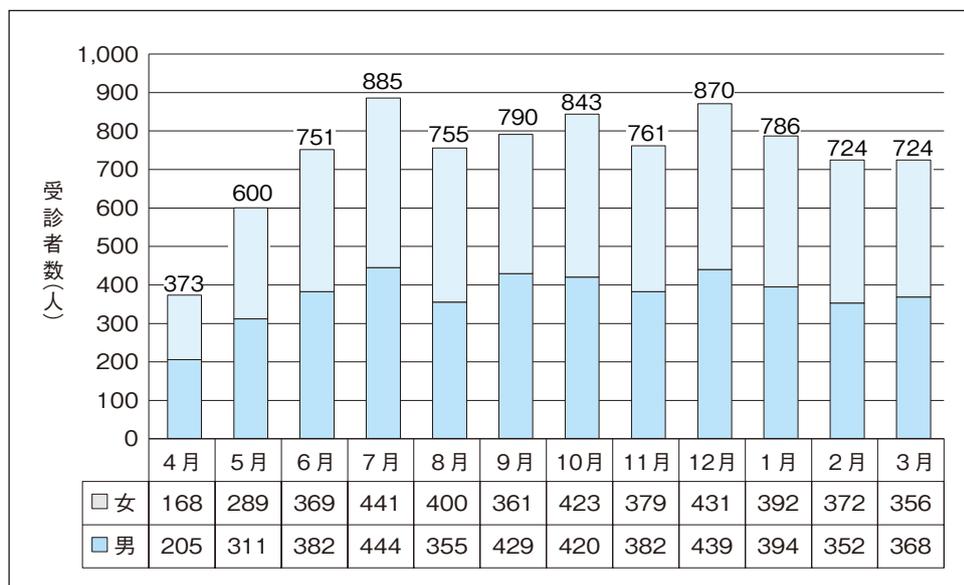
実施状況

令和6年度の人間ドックの受診者数は、男性4,481人、女性4,381人、計8,862人（対前年度30人減）であった。

図表5-2-1 【診療・人間ドック等】人間ドック 年度別実績（令和2～6年度）



図表5-2-2 【診療・人間ドック等】人間ドック 月別実績（令和6年度）



人間ドックは総合健診センターで行っている。基本コースの他に脳ドック、部位別がんドック、レディースがんドック等の各種コースを設定している。総合健診センターではプライバシーに配慮した“女性ゾーン”を設けており、男性・女性がそれぞれ専用のフロアで健診を行うことで受診しやすい環境を整え、好評を頂いている。

令和6年度の間人ドックの受診者数は、男性4,481人、女性4,381人、計8,862人（対前年度30人減）であった（図表5-2-1）。コロナ禍以前の令和元年度と比べると182人増加している。月別の受診者数推移をみると、例年と同様に4・5月はやや少なかったものの、同期間限定でリピーターに対しオプション検査のサービスを設定する等の工夫を凝らし、年々増加傾向にある。令和6年6月～令和7年3月は受診者がコンスタントに720人／月を超えた。最も多かったのは7月で885人／月、次いで12月の870人／月だった（図表5-2-2）。

総合健診センターの間人ドックでは、冒頭で述べたように部位別がんドック・レディースがんドック・脳ドックの単独受診や、部位別がんドックと基本コースの組合せ受診など、受診者の希望に応じたコース選択が可能となっている（図表5-2-3）。脳ドックについて見ると、脳ドック（単独）を209人、併用コース（基本コース+脳ドックもしくは部位別コース+脳ドック）を312人、計521人が受診した（対前年比28人減）。

日程や予約枠の関係で脳ドックを受診できない場合でも、脳MRI/MRA検査をオプション検査として受けることも可能である。基本コースに加えて脳MRI/MRA検査を行った受診者は171人で、脳MRI/MRA検査の受診者数は年間で計692人（対前年比33人減）だった（図表5-2-4）。受診者数の年齢階級別実績（図表5-2-5）を見ると、基本コース、脳ドックともに50代が最多だった。次いで40代と60代が多いのは例年と同様の傾向であり、全体的に脳ドック受診者の方が年齢層は高めとなっている。

最後にオプション検査の実施件数（図表5-2-6、5-2-7）について述べる。胃内視鏡検査の希望者は依然増加傾向にある。令和6年度の実施者数は3,863人で、前年度と比べて13人増となった。マンモグラフィ・乳房超音波検査、子宮頸部細胞診等の女性のがん検診については、殆どの検査を女性専用フロア内で受けられることから、基本コースと併せて多くの方が選択している。胸部CT検査は、単純エックス線検査と比較して、より微細な肺内の変化を検出することができる。オプションとして、または部位別肺がんドックとして胸部CT検査を実施した受診者は352人（対前年比66人減）だった。約71%を男性が占め、女性を上回る傾向は変わっていない。当財団は令和3年に肺がんCT検診認定機構施設認定を受け、低線量肺がんCT検診として実施している。喫煙歴がある人には喀痰細胞診検査と併せて胸部CT検査を選択することを勧めたい。

今後も快適な受診環境を整備し、受診者個々のニーズに合わせた人間ドック・脳ドックを多くの方に活用していただきたいと考えている。

図表5-2-3 【診療・人間ドック等】人間ドック コース別実績（令和6年度）

（単位：人）

	全体			脳ドック併用		
	男	女	計	男	女	計
基本	4,296	4,160	8,456	155	156	311
脳ドック	86	123	209			
部位別	99	70	169	1	0	1
レディース		28	28			
合計	4,481	4,381	8,862	156	156	312

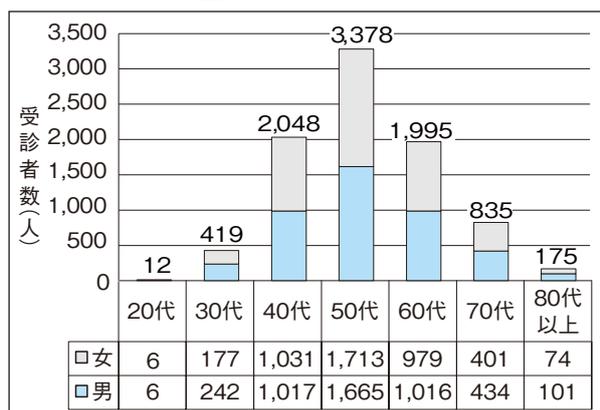
図表5-2-4 【診療・人間ドック等】人間ドック 脳疾患検査・年齢階級別実績（令和6年度）

（単位：人）

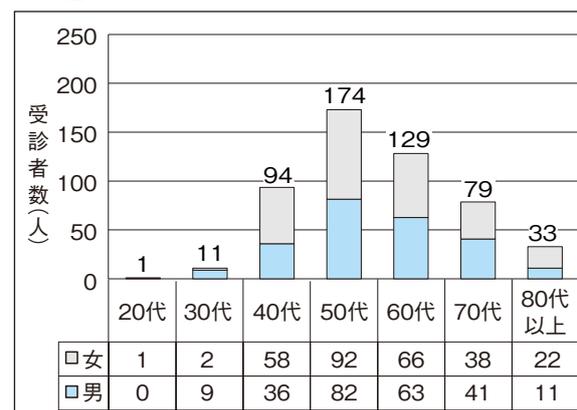
年代	単独 脳ドック	併用 脳ドック	オプション MRI	合計
30代以下	3	9	5	17
40代	49	45	46	140
50代	70	104	69	243
60代	48	81	32	161
70代	23	56	18	97
80代以上	16	17	1	34
合計	209	312	171	692

図表5-2-5 【診療・人間ドック等】人間ドック 年齢階級別実績（令和6年度）

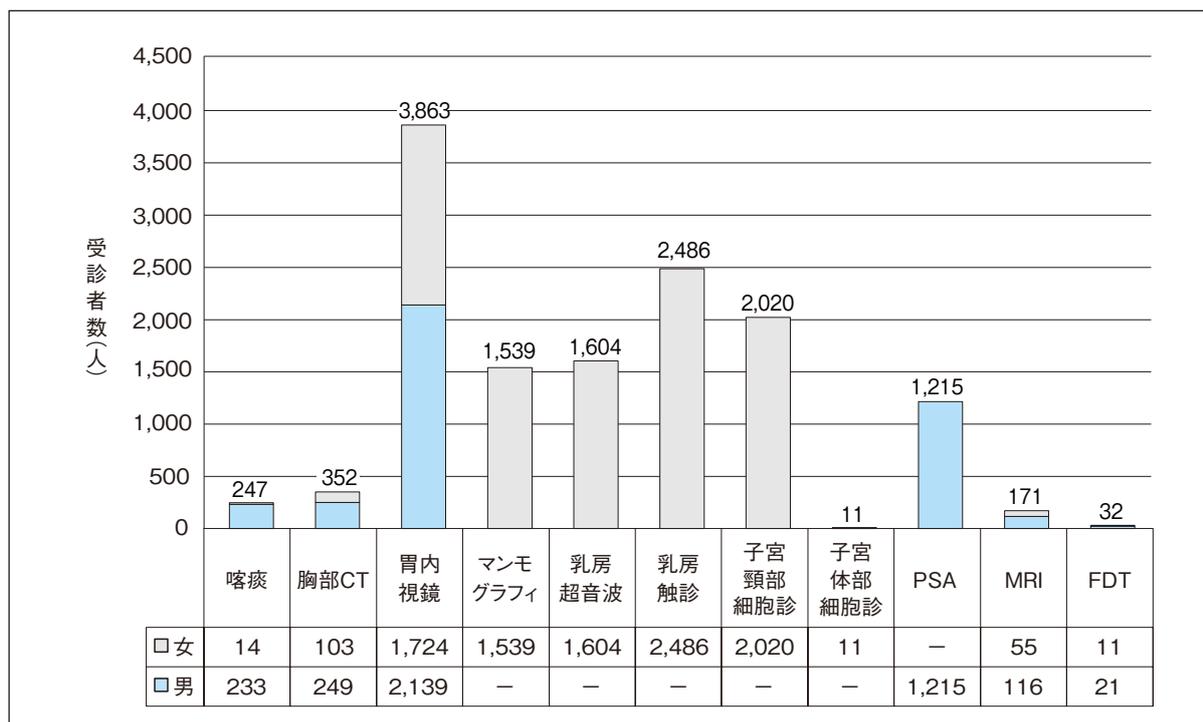
1) 人間ドック全体



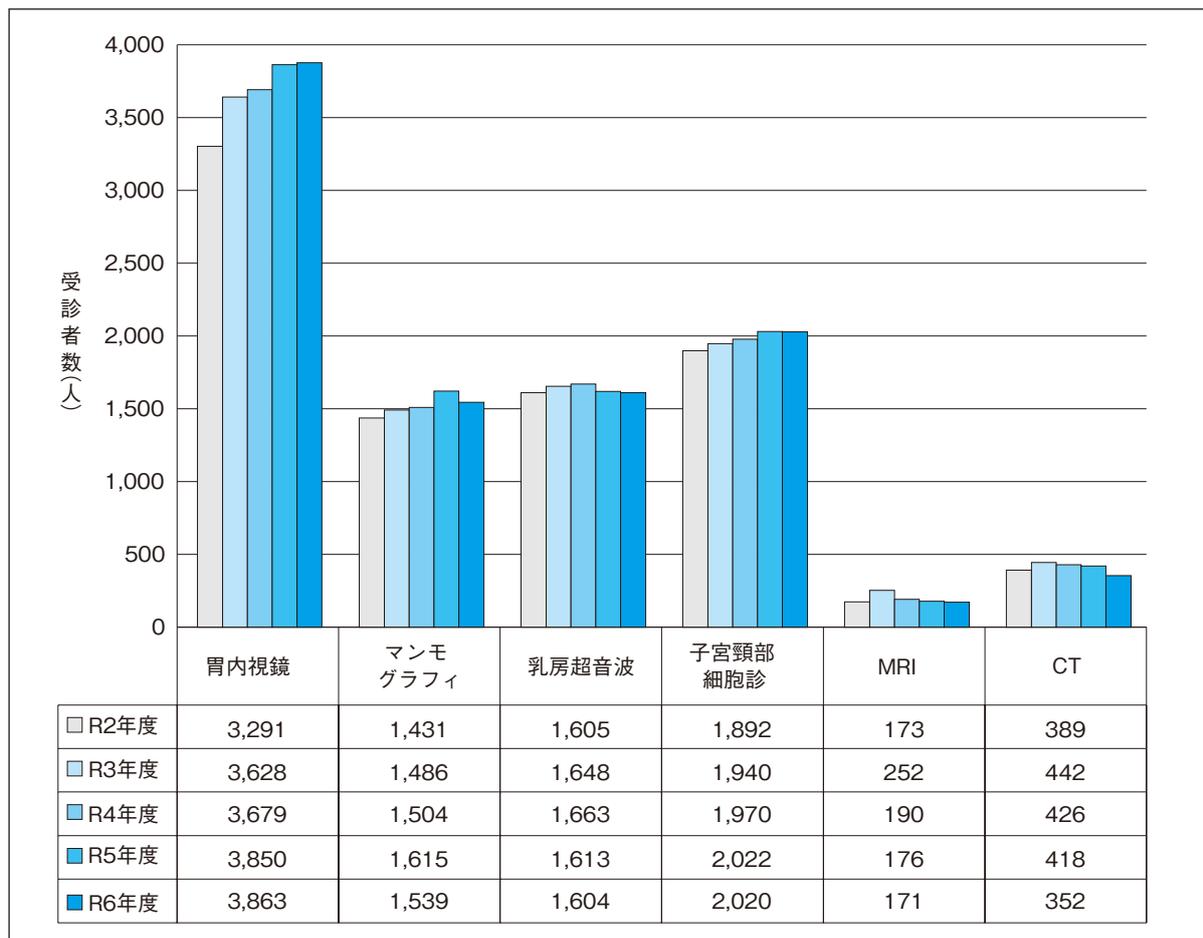
2) 脳ドック



図表5-2-6 【診療・人間ドック等】人間ドック オプション別実績（令和6年度）



図表5-2-7 【診療・人間ドック等】人間ドック オプション別実績（令和2～令和6年度）



5-3 【診療・人間ドック等】個別健康診断

概要

就職や受験等に必要な健康診断、教職員臨時的任用時の健康診断、健康管理手帳所持者に対する健康診断等を実施している。

実施状況

令和6年度の個別健康診断の受診者数は、653人（対前年度375人増）であった。

5-4 【診療・人間ドック等】予防接種

概要

予防接種は、感染症予防のためのワクチンを用意し、一般住民等を実施している。また、HBs抗体検査、麻疹、風疹などの抗体価の検査も実施している。

実施状況

令和6年度の予防接種の実施者数は、予防接種1,555人（対前年度408人増）、抗体価検査50人（対前年度3人減）、合計1,605人であった。

図表5-4-1 【診療・人間ドック等】予防接種 種別実績（令和6年度）

1) 予防接種

（単位：人）

	インフル エンザ	麻疹 (はしか)	MR (麻疹・ 風疹)	おたふく (ムンプス)	水痘・ ヘルペス (水疱瘡・ 帯状疱疹)	破傷風	B型 肝炎	HPV ワクチン	肺炎 球菌	帯状 疱疹	新型 コロナ	RS ウイルス	合計
人数	727	11	34	13	9	34	15	47	30	78	553	4	1,555

2) 抗体価

（単位：人）

	風疹	麻疹 (はしか)	おたふく (ムンプス)	水痘・ ヘルペス (水疱瘡・ 帯状疱疹)	B型 肝炎	C型 肝炎	合計
人数	24	7	6	6	4	3	50

5-5 【診療・人間ドック等】健康相談

概要

健康診断後の事後措置として、食事・禁煙・運動・ストレスなど生活習慣病の改善に向けた健康相談を実施している。県庁健康管理クリニックでは、メンタルヘルス相談や長期休暇者への職場復帰支援事業も実施している。

実施状況

各種の健康相談を県庁健康管理クリニックで実施している。令和6年度の健康相談者数は、健康相談92人、精神保健相談1,063人、職場復帰支援1,779人、計2,934人（対前年度114人増）であった。

5-6 【診療・人間ドック等】労災保険二次健康診断

概要

労働安全衛生法に基づく定期健康診断（一次健診）で、脳・心臓疾患に関連する一定の項目に異常所見がある者に対して、労災保険二次健康診断指定医療機関として、頸部超音波検査等の労災保険二次健康診断を実施している。

実施状況

令和6年度の労災保険二次健康診断の受診者数は、11人（対前年度6人減）であった。

6. 検体検査

6-1 【検体検査】先天性代謝異常等検査

概 要

新生児の先天性代謝異常等を早期に発見することにより、疾病の発病前から治療ができるようにすることを目的とした検査で、県内では当財団が唯一のスクリーニング検査機関であり、千葉県及び千葉市からの委託事業である。現在は、先天性代謝異常症18疾患と、先天性副腎過形成症、先天性甲状腺機能低下症の計20疾患についてのスクリーニング検査を実施している。

検査は、日齢4～6日（生まれた日を0と数える）に新生児の足裏より採血し、代謝異常検査用の濾紙にしみこませた後よく乾燥させたものを検体とし、医療機関等から郵送等で送付された検体を当財団内で検査している。

令和6年3月より、国と千葉県・千葉市の実証事業として、希望する産科施設と保護者に対し、脊髄性筋萎縮症（Spinal Muscular Atrophy: SMA）検査と重症複合免疫不全症（Severe Combined Immunodeficiency: SCID）検査を拡大スクリーニングとして実施している。

先天性代謝異常等検査 対象疾患名等

区分	対象疾患名	検査法		
先天性代謝異常検査	アミノ酸代謝異常	フェニルケトン尿症	タンデムマス法	
		メープルシロップ尿症		
		ホモシスチン尿症		
		シトルリン血症1型		
		アルギニノコハク酸尿症		
	有機酸代謝異常	メチルマロン酸血症		
		プロピオン酸血症		
		イソ吉草酸血症		
		メチルクロトニルグリシン尿症		
		ヒドロキシメチルグルタル酸血症		
		複合カルボキシラーゼ欠損症		
		グルタル酸血症1型		
	脂肪酸代謝異常	中鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症		タンデムマス法
		極長鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症		
		三頭酵素／長鎖3-ヒドロキシアシルCoA脱水素酵素欠損症		
		カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-1欠損症		
		カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-2欠損症		
	糖質代謝異常	ガラクトース血症		マイクロプレート酵素法 ボイトラー法
	内分泌疾患	先天性副腎過形成症		酵素免疫測定法 (ELISA法)
		先天性甲状腺機能低下症		
拡大スクリーニング (令和6年3月より 公費助成)	脊髄性筋萎縮症（SMA）	PCR法		
	重症複合免疫不全症（SCID）			

実施状況

令和6年度の先天性代謝異常等検査の初回検体数は、34,100件（対前年度1,209件減）で、拡大スクリーニング検査として脊髄性筋萎縮症（SMA）検査及び重症複合免疫不全症（SCID）検査を30,564件実施した。

図表6-1-1 【検体検査】先天性代謝異常等検査 疾患別実績（令和6年度）

疾患名		先天性代謝異常等検査 (マススクリーニング) 結果					
		受検件数 (初回検体数) (件)	要再採 血件数 (件)	要再 採血率 (%)	要精密 検査件数 (件)	要精 検率 (%)	
先天性代謝異常疾患	タンデムマス法	フェニルケトン尿症	34,100	107	0.31	10	0.029
		メープルシロップ尿症					
		ホモシスチン尿症					
		シトルリン血症1型					
		アルギニノコハク酸尿症					
		メチルマロン酸血症					
		プロピオン酸血症					
		イソ吉草酸血症					
		メチルクロトニルグリシン尿症					
		ヒドロキシメチルグルタル酸血症					
		複合カルボキシラーゼ欠損症					
		グルタル酸血症1型					
		中鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症					
		極長鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症					
		三頭酵素/長鎖3-ヒドロキシアシルCoA脱水素酵素欠損症					
カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-1欠損症							
カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-2欠損症							
	ガラクトース血症	34,100	28	0.08	2	0.006	
内分泌疾患	先天性副腎過形成症	34,100	500	1.47	54	0.158	
	先天性甲状腺機能低下症	34,100	552	1.62	76	0.223	
拡大	脊髄性筋萎縮症(SMA)	30,564	0	0	1	0.003	
	重症複合免疫不全症(SCID)		121	0.40	18	0.059	

6-2 【検体検査】 腸内細菌検査等

概 要

食中毒予防を目的として、食品製造業、販売業事業者、給食施設などの従業員を対象とした赤痢菌、サルモネラ菌・チフス菌・パラチフス菌、腸管出血性大腸菌O-157等の腸内細菌検査を実施している。また、学校給食施設の食品検査及びクーリングタワー冷却水のレジオネラ菌検査、ノロウイルス検査も実施している。

千葉県「食品衛生法施行条例」においては、調理施設勤務者、食品取扱者に対しては1ヶ月に1回又は2回検便を行うよう指導されている。その他、9～10月には高等学校及び大学において、文化祭等の模擬店を行う生徒・学生等の検便検査を委託されている。

検査は、腸内細菌検査用の専用容器を事前に配布する。受検者は容器に便を取り、冷所保存でなるべく早く提出する。回収された検体は、分離培養、確認培養、同定検査を行う。

- 分離培養：検体に含まれる菌の中から、目的の菌を分離・培養する
- 確認培養：分離培養で問題となった菌があった場合、その性状を確認する
- 同定検査：確認培養で疑わしい場合実施する

実施状況

令和6年度の腸内細菌検査等の実施件数は、33,663件（対前年度2,033件減）で、陽性件数は19件であった。

図表6-2-1 【検体検査】 腸内細菌検査等 検査種別件数（令和6年度）

（単位：件、括弧内は陽性件数）

赤痢・サルモネラ	赤痢・サルモネラ・ O-157	O-157	その他	合計
1,488 (4)	31,380 (15)	757 (0)	38 (0)	33,663 (19)

6-3 【検体検査】細胞診・組織診検査

概 要

集団検診の肺がん検診・子宮頸がん検診と総合健診センター各専門外来及び他医療機関から委託された細胞・組織検査を実施している。

検査は、日本病理学会認定の病理専門医及び日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医と細胞検査士が行っている。

実施状況

令和6年度の細胞診検査の実施件数は、財団内78,141件、受託5,672件、計83,813件（対前年度2,752件減）、組織診検査の実施件数は、財団内1,656件、受託4,305件、計5,961件（対前年度12件増）であった。

図表6-3-1 【検体検査】細胞診検査 検査区分別実績（令和6年度）①

1) 細胞診 財団内

科 別	検 査 区 分	検 査 対 象	実施件数(件)
婦人科 (子宮がん)	車 検 診	子 宮 頸 部	68,884
	施 設 健 診 (ドック+所内+個別)	子 宮 頸 部	5,070
		子 宮 体 部	29
	一 般 健 診・外 来 (相 談 + 女 性)	子 宮 頸 部	79
		子 宮 体 部	18
	精 密 検 査 (経 過 観 察 含 む)	子 宮 頸 部	1,023
子 宮 体 部		44	
呼吸器科 (肺がん)	集 団 地 域	蓄 痰 検 査	1,360
	事 業 所	蓄 痰 検 査	560
	人 間 ド ッ ク	蓄 痰 検 査	247
	一 般 健 診	蓄 痰 検 査	112
	精 密 検 査	蓄 痰 検 査	221
	外 来 内 科	蓄 痰 検 査	0
	外 来 じ ん 肺	蓄 痰 検 査	54
乳腺甲状腺 (乳がん・甲状腺がん)	精 密 検 査	穿 刺 吸 引・分 泌 材 料	440
合 計			78,141

図表6-3-1 【検体検査】細胞診検査 検査区分別実績（令和6年度）②

2) 細胞診 受託検査

科別	検査区分	検査対象	実施件数(件)
婦人科 (子宮がん)	開業医(日母方式)	子宮頸部	3,974
		子宮体部	181
		子宮その他	0
呼吸器科 (肺がん)	個別・一般医療機関	蓄痰検査	1,517
その他	一般医療機関	乳腺甲状腺・その他	0
合計			5,672

図表6-3-2 【検体検査】組織診検査 検査区分別実績（令和6年度）

1) 組織診 財団内

検査区分	検査対象	実施件数(件)	目的疾患
病理組織検査	上部消化管	548	胃がん、食道がん
	下部消化管	50	大腸がん
	乳腺甲状腺	199	乳がん、甲状腺がん
	婦人科	679	子宮がん
	小計	1,476	
免疫染色		180	
合計		1,656	

2) 組織診 受託検査

検査区分	実施件数(件)
病理組織検査	4,142
免疫染色	163
解剖検体	0
合計	4,305

6-4 【検体検査】結核感染診断検査

概 要

結核診断のための補助検査として、従来のツベルクリン反応に代わり、結核菌特異抗原で刺激されたTリンパ球から遊離されるインターフェロン- γ (IFN- γ) を指標とした検査法 (IGRA) を実施している。クオンティフェロン (QFT) 検査は、全血を用いIFN- γ 量をELISA法により定量する。一方、T-スポット (T-SPOT.TB) 検査は、精製リンパ球を用いIFN- γ 産生細胞数をELISPOT法により定量している。両検査とも、結核感染の診断補助検査として、感度・特異度とも高い検査法である。

実施状況

令和6年度の実施件数は、QFT検査が3,325件 (対前年度459件減)、Tスポット検査が7件 (対前年度24件減) であった。

図表6-4-1 【検体検査】 QFT検査 実施件数 (令和6年度)

(単位：件 (表示以外))

	実施件数	検 査 結 果		
		陽性	陰性	判定不可
件数 (率：%)	3,325	154 (4.63)	3,161 (95.1)	10 (0.30)

図表6-4-2 【検体検査】 T-スポット検査 実施件数 (令和6年度)

(単位：件 (表示以外))

	実施件数	検 査 結 果		
		陽性	陰性	判定不可
件数 (率：%)	7	1 (14.29)	5 (71.43)	1 (14.29)

6-5 【検体検査】ピロリ菌検査

概要

ヘリコバクター・ピロリ（以下、ピロリ菌）はヒトの胃に生息する細菌であり、胃がん発症の要因となる。ピロリ菌は除菌することで胃がんのリスクが下がることが判明しており、ピロリ菌検査と従来の胃がん検診と組み合わせることで、がんの予防効果が期待されている。

当財団ではピロリ菌検査の方法として、便中ピロリ菌検査、血液抗体（IgG抗体定性定量）検査、尿素呼気試験（Urea Breath Test: UBT）を実施している。また、胃粘膜の萎縮度を調べるペプシノゲン検査を併用した胃がんリスク階層化検査（ABC分類）も実施している。

実施状況

令和6年度の実施件数は、便中ピロリ菌検査が293件、血液抗体検査が1,960件、尿素呼気試験が0件、計2,253件（対前年度168件増）であった。

考察・評価

診療部消化器担当部長 山口和也

ピロリ菌検査は、職域健診を中心に、地域健診でも行われている。受診者数は年齢別では40～44歳が最も多かった。陽性率は20～34歳は2.22%～10.40%、35～54歳は14.49%～18.64%、55歳以上は19.35～22.60%であった。参考に、千葉市が令和6年に20～35歳の住民を対象に行ったピロリ菌検査の受診者1,490名の陽性率は9.3%であった。今回の結果は、年齢が低い集団は年齢が高い集団に比べ、ピロリ菌陽性率が低いことが示された。県民の皆様は、まだピロリ菌検査を受けたことがなければ、ドックオプションなどでお受けになってはいかがでしょうか。

図表6-5-1 【検体検査】ピロリ検査 実施件数（令和6年度）

（単位：人）

	受診者数			陽性者数			陽性率（%）		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20歳未満	37	8	45	1	0	1	2.70	0	2.22
20～24歳	36	38	74	2	5	7	5.56	13.16	9.46
25～29歳	70	55	125	8	5	13	11.43	9.09	10.40
30～34歳	45	53	98	6	3	9	13.33	5.66	9.18
35～39歳	108	61	169	16	9	25	14.81	14.75	14.79
40～44歳	214	131	345	29	21	50	13.55	16.03	14.49
45～49歳	176	126	302	27	23	50	15.34	18.25	16.56
50～54歳	214	124	338	38	25	63	17.76	20.16	18.64
55～59歳	186	106	292	34	24	58	18.28	22.64	19.86
60～64歳	129	79	208	29	18	47	22.48	22.78	22.60
65～69歳	54	39	93	12	6	18	22.22	15.38	19.35
70歳以上	46	26	72	12	4	16	26.09	15.38	22.22
合計	1,315	846	2,161	214	143	357	16.27	16.90	16.52

7. その他

7-1 【その他】 作業環境測定

概 要

労働安全衛生法に基づく有害物質（鉱物性粉じん、有機溶剤、特定化学物質、重金属等）を取り扱っている事業所の作業環境測定を実施している。工場等で採取したサンプルを分析し、当該作業場の状態を評価し、下表のいずれかの管理区分を決定する。

作業環境測定管理区分

第1管理区分	作業環境管理が適切であると判断される状態
第2管理区分	作業環境管理に改善の余地があると判断される状態
第3管理区分	作業環境管理が適切でないと判断される状態 改善措置が義務づけられる

実施状況

令和6年度の作業環境測定の延単位作業場数は、2,584作業場（対前年度98増）であった。

図表7-1-1 【その他】 作業環境測定 測定対象作業場別管理区分比率（令和6年度）

	測定実施 事業場数	延単位 作業場数	第1管理区分		第2管理区分		第3管理区分	
			件数	比率	件数	比率	件数	比率
粉じん	51	273	248	90.8%	11	4.0%	14	5.1%
特定化学物質	113	827	801	96.9%	14	1.7%	12	1.5%
金属	19	147	146	99.3%	0	0.0%	1	0.7%
有機溶剤	156	1,150	1,098	95.5%	33	2.9%	19	1.7%
騒音	32	187	74	39.6%	58	31.0%	55	29.4%
合計	371	2,584						

7-2 【その他】 情報処理

概 要

県や市町村からの委託を受け、妊婦・乳児一般健康診査料支払業務などを実施している。

実施状況

令和6年度の情報処理の実績は以下のとおりであった。

図表7-2-1 【その他】 情報処理 業務別実績（令和6年度）
（単位：件）

情報処理業務	処理件数
妊婦・乳児一般健康診査料支払事務	526,014

III. 令和6年度 調査研究事業実績

1. 論文・学会発表等 132

1. 論文・学会発表等

7件の発表を行った。発表内容の要旨は、調査研究ジャーナル2025 Vol.14 No.1に掲載している。

論文発表等（職員が論文発表したもの）

著書・学術論文等の題名 (共著等含む)	掲載雑誌等の名称及び 発行又は発表の年月	発表者 (斜字：財団外共同発表者)
Effectiveness of self-sampling human papillomavirus test on pre-cancer detection and screening uptake in Japan: The ACCESS randomized controlled trial	Int J Cancer. 2024; 155: 905-15. doi.org/10.1002/ijc.34970	Fujita M, <i>Nagashima K, Shimazu M, Suzuki M, Tauchi I, Sakuma M, Yamamoto S, Hanaoka H, Shozu M, Tsuruoka N, Kasai T, Hata A</i>
日本における脊髄性筋萎縮症の新生児スクリーニングの費用対効果分析	脳と発達. 2024; 56: 20-4.	羽田明、宇田晃仁
飲酒量を把握するための飲酒マーカー	診断と治療. 2024; 112(9): 1089-93.	野村文夫
Impact of the COVID-19 pandemic on hypofractionated radiation therapy use for breast cancer in Japan: A nationwide study	Adv Radiat Oncol. 2024; 9: 101555. doi.org/10.1016/j.adro.2024.101555	Fujita M, <i>Nagashima K, Uno T, Hashimoto H, Suzuki K, Kasai T, Yamaguchi K, Onouchi Y, Sato D, Fujisawa T, Hata A</i>
The path toward routine use of LC/MS/MS in clinical chemistry laboratories in Japan	Med Mass Spectrom. 2024; 8(2): 46-52.	Nomura F, <i>Sato H M</i>
シンガポールの医療システムについて	調査研究ジャーナル. 2024; 13(1): 4-14.	日暮浩実
Cost-utility analysis of newborn screening for spinal muscular atrophy in Japan	J Med Econ. 2025; 28(1): 44-53. doi.org/10.1080/13696998.2024.2439734	Hata A, <i>Uda A, Tanaka S, Weidlich D, Toro W, Schmitt L, Igarashi A, Bischof M</i>

9 演題の発表を行った。発表内容の要旨は、調査研究ジャーナル2025 Vol.14 No.1に掲載している。

学会発表等（職員が筆頭発表を行ったもの）

月日	講演・学会名	演題名・内容	発表者名 (先頭：発表演者) (斜字：財団外共同発表者)
R6 5/31	第107回日本消化器内視鏡学会総会	千葉県10市の広域的内視鏡検診二次読影の現状	山口和也、中川由紀
6/7	第63回日本消化器がん検診学会総会	地域大腸がん検診のカットオフ値を500ng/dLに上げた際の変化	山口和也、中川由紀
6/10～13	The 2024 Annual Congress of the European Association for Cancer Research	Impact of COVID-19 pandemic on liver cancer treatments in Japan: A nationwide observational study using an interrupted time-series analysis	Fujita M, <i>Nagashima K</i> , Fujisawa T, Suzuki K, Kasai T, Hashimoto H, Yamaguchi K, <i>Onouchi Y</i> , <i>Sato D</i> , Hata A
10/31	第108回日本消化器内視鏡学会総会 (JDDW2024)	当センターが施行した地域および職域大腸がん検診の比較	山口和也、中川由紀
		当センターが施行した地域および職域胃がん検診の比較	山口和也、中川由紀
		千葉県の広域的対策型内視鏡検診の現状	山口和也、中川由紀
12/14	第382回日本消化器病学会関東支部例会	当センター地域胃エックス線検診の現状	山口和也、中川由紀
R7 2/20～21	第58回全国予防医学技術研究会	ISO 15189認定維持と効果について	廣田美和、稲田正貴、中臺有紀、岡馨、石井貴之、海保郁男、藤澤武彦
		尿自動分析装置US-1200と健診システムの検査結果自動連係改善について	吉野有砂、茂手木美憂、渡邊美香、梶原崇恵、稲田正貴、倉内誉仁、細野透、藤澤武彦

I トピックス
II 健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
III 調査研究 実績
IV 普及啓発 実績
V 財団概要
VI 基本方針

IV. 令和6年度 普及啓発事業実績

1. 普及啓発	136
1-1 結核・呼吸器感染症啓発活動	136
1-2 がん征圧月間啓発活動	138
1-3 他団体主催イベントへの協力	140
1-4 健康づくり標語コンテスト	141
1-5 広報啓発	142
2. 講演会・研修会	143
2-1 講演会・研修会の開催	143
2-2 講師の派遣、委員会・協議会等への参加	184
3. ちば県民保健予防基金事業	192
4. その他	193

1. 普及啓発

1-1 結核・呼吸器感染症啓発活動

毎年9月24日から9月30日までの1週間を「結核予防週間」として、全国で一斉に結核対策の啓発事業が行われている。令和6年度から「呼吸器感染症予防週間」が新たに追加され、同期間に2つの週間を併せて「結核・呼吸器感染症予防週間」として普及啓発活動を実施した。

結核の正しい知識と対策が県民に浸透するよう、ポスター、パンフレットを各市町村・医師会・関係団体等へ配布し、財団ホームページでも、結核・呼吸器感染症予防週間の紹介を行った。

また、千葉都市モノレールセントラルアーチを結核予防のイメージカラーである赤色にライトアップを行い、財団壁面にはプロジェクトロゴライトにて啓発コンテンツの投影を実施した。総合健診センター入口のデジタルサイネージでは、来館者に結核・呼吸器感染症予防週間を案内した。

結核予防複十字シール募金運動の推進

複十字シール運動（8月1日～12月31日）の開始に合わせて、8月8日に千葉県へ東庄町女性の会と表敬訪問に伺い、運動への理解と協力をお願いした。

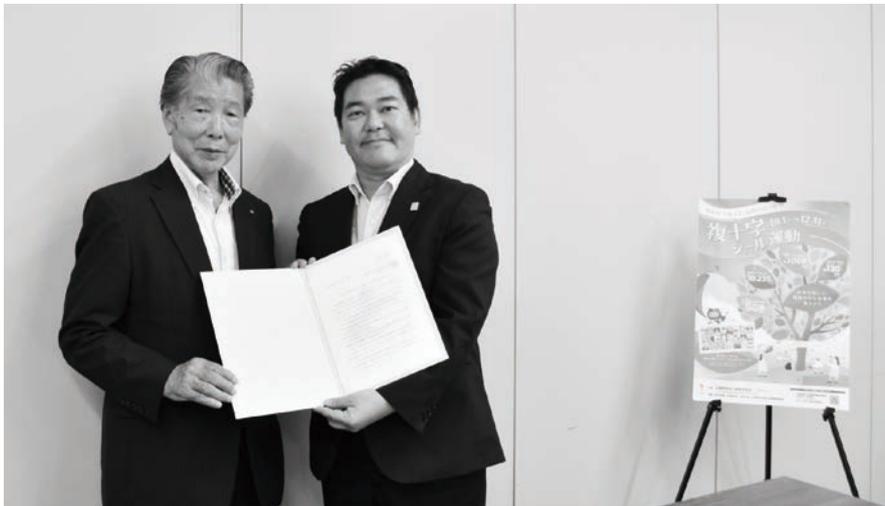
全国一斉複十字シール運動街頭キャンペーンは、9月28日千葉そごう前広場において千葉県及び東庄町女性の会の協力を得て、結核予防パンフレットなど啓発資料の配布や、マスコットキャラクターによる募金活動を行うとともに、市民吹奏楽団「i-Brass」がシール運動キャンペーンソングなどの演奏を行った。

千葉県内の募金総額：1,264,479円



千葉県への表敬訪問①

【左から】【千葉県】荒木疾病対策課長、出浦健康福祉部次長兼健康危機対策監、
鈴木健康福祉部保健医療担当部長
【財 団】藤澤理事長
【婦人会】飯田会長、戸田副会長、吉田監査



千葉県への表敬訪問②

【右】千葉県 鈴木貴士保健医療担当部長
【左】ちば県民保健予防財団 藤澤武彦理事長



複十字シール運動街頭キャンペーン

1-2 がん征圧月間啓発活動

がんに対する知識と正しいがん対策を広くPRする集中的な期間である「がん征圧月間」(9月1日～30日)に、「若い世代に知ってほしい子宮頸がん検診」と題し、若年層の罹患が増えている事、HPVワクチン接種の必要性、定期的な子宮頸がん検診の大切さについて千葉日報に掲載した。また、9月中は令和6年度がん征圧スローガン「がん検診 あなたの暮らしの習慣に」の横断幕を総合健診センター4階壁面への掲出及び正面玄関入口のデジタルサイネージに掲示するほか、日本対がん協会のがん征圧月間啓発ポスターを市町村、県医師会をはじめ関係団体に配布した。

がん予防展の開催

千葉県のがん対策事業の一環として、健康づくり・医療・福祉等の関係団体、企業等と行政機関との協働により、県民にがんの予防や診断治療、最新の知識を広く伝えた。

開催日	令和6年9月8日(日)
会場	イオンモール千葉ニュータウン
主催	千葉県、千葉県がんセンター、ちば県民保健予防財団
共催	印西市
参加者	来場者数700人、スタンプラリー参加者500人
主な内容等	<ul style="list-style-type: none">・口腔がん検診・無料相談(がん相談、栄養相談、食生活相談、健康相談)・各種展示(5大がん、口腔がん、増やそう野菜、減らそう塩、がんと向き合う食事、タバコとがん)・体験コーナー(レントゲン画像展示、がん細胞を顕微鏡で見るコーナー、胃内視鏡体験、血圧測定、スモーカーライザー、タブレットを使用したがんクイズ、KAGOME「ベジチェック」、乳がん触診模型体験)・チーバくん・いんざい君・けんしー(着ぐるみ)による啓発、がん啓発用小冊子の配布等・スタンプラリー



がん予防展

がん講演会の開催

がんの予防に関する正しい知識や診断・治療など、最新の知識を広く県民に伝えるための講演会をオンデマンド配信した。

主催	千葉県、千葉県がんセンター、ちば県民保健予防財団
共催	印西市
視聴者	402人
講演Ⅰ	「子宮頸がんゼロ時代を目指して～予防と検診について～」 (講師) 千葉県がんセンター 副病院長 田中尚武
講演Ⅱ	「ステージⅣの舌ガンを乗り越えて生きる～キャンサーギフト・大切な家族～」 (講師) タレント 堀ちえみ



がん講演会
講演Ⅰ 田中尚武氏



がん講演会
講演Ⅱ 堀ちえみ氏

1-3 他団体主催イベントへの協力

市町村主催の健康まつり等への協力

2市で開催された健康まつり等に協力し、疾病予防と健康づくりの啓発活動に努めた。

イベント名	開催日	会場	当財団実施内容
千葉市： 市民健康づくり大会	10/19	きぼーる	がんに関するパネル掲示 乳房模型を使った乳がんのセルフチェック 健康カレンダーの作成
市原市： いちほら健幸フェスタ	10/20	ユニモチはら台	がんに関する掛図貸出し

他団体主催のイベント・キャンペーン等への協力

各種イベント及びキャンペーン等に後援・協力した。

イベント名	開催日	会場	イベント内容
令和6年度「看護の日・看護週間」	R6 5/12	ペリエホール	千葉県看護協会が主催となり、若年層を中心とした県民に、実際の看護体験を伝え、看護への興味・関心を深め、看護職への就業促進を図る事を目的とし、「看護の力を未来へつなげよう」をテーマに開催された。(財団後援)
第1回千葉県遺伝医療研究会	7/13	千葉大学亥鼻キャンパス むのはな同窓会館	千葉県遺伝医療研究会が主催となり、千葉県の遺伝医療ネットワークの構築と連携により、良質な遺伝医療の発展・普及を図ることを目的として開催された。(財団主催)
千葉県がん患者大集合2024	10/14	オンライン(サテライト会場：千葉市文化センター会議室)	がん患者並びにその家族が、安心して療養し、納得した医療を受けられるとともに、その人らしい生活を送ることができるよう、必要な支援を受けられるための社会づくりの実現に寄与することを目的に「がんと生殖医療」をテーマに開催された。(財団共催)
リレー・フォー・ライフ・ジャパン2024ちば	10/26	柏の葉公園	日本対がん協会及びリレー・フォー・ライフ・ジャパンちば実行委員会が主催となり、がん患者さんやそのご家族を支援し、地域全体でがんと向き合い、がん征圧を目指すチャリティ活動として開催された。(財団共催)
令和6年度健康ちば推進県民大会	11/9 (配信：12/7～12/26)	イオンモール幕張新都心 グランドモール3階イオンホール(オンデマンド開催)	健康づくりに関する県民の意識を高めることを目的として「自然に健康になれる環境づくり～体を動かすきっかけづくり～」をテーマに、著名人による講演会を開催した。(財団主催)
いい歯のイベント2024・千葉県口腔保健大会	11/10	京成ホテルミラマーレ	千葉県歯科医師会が主催となり、「食べること」、「口腔と全身疾患との関連」等を共に考え、口腔ケア・口腔機能の重要性を広く県民に周知することを目的として開催された。(財団後援)
第2回千葉県遺伝医療研究会	R7 1/25	千葉大学亥鼻キャンパス むのはな同窓会館	千葉県遺伝医療研究会が主催となり、千葉県の遺伝医療ネットワークの構築と連携により、良質な遺伝医療の発展・普及を図ることを目的として開催された。(財団主催)
令和6年度「女性の健康週間」県民公開講座	1/27～3/31	Web開催	2005年より毎年3月に「女性の健康週間」を厚生労働省が制定し、全女性を対象に健康増進と女性特有の疾患の予防を目的として、「女性特有の手指の不調と対処法について」をテーマに開催された。(財団後援)

1-4 健康づくり標語コンテスト

県民の健康づくりに対する意識を高める啓発活動の一環として、県内小中学生を対象とした「健康づくり標語コンテスト」を実施し、小学校61校1,830編、中学校24校1,486編の応募があった。

この中から小学生で最優秀賞1編、優秀賞2編、入選2編、中学生で最優秀賞1編、優秀賞2編、入選2編が選考され、県民公開講座で表彰を行った。また、最優秀賞2編を掲載したポスターを県内小中学校等に配布し、啓発活動に努めた。

令和6年度健康づくり標語コンテスト入選作品

【小学校の部】健康の大切さについて

賞	標語	学校名	学年	氏名
最優秀賞	つなごうよ 今の健康 未来へと	柏市立酒井根東小学校	5	中嶋 日彩
優秀賞	けんしんで なくそうびょうき ふやそう えがお	いすみ市立浪花小学校	1	大野 真央
優秀賞	健康は 私と家族の 宝物	野田市立二川小学校	4	伊藤 羽菜
入選	健康は みんなしあわせ 笑顔だよ	松戸市立矢切小学校	4	餌取 志穂
入選	わっはっは えがおでつながる けんこうづくり	勝浦市立上野小学校	1	伊勢 海花

【中学校の部】がん検診の受診の推進について

賞	標語	学校名	学年	氏名
最優秀賞	なぜ私 そうなる前に がん検診	浦安市立堀江中学校	1	友永 莉那
優秀賞	元気でも 進んで行こう がん検診	御宿町立御宿中学校	1	米本 絆愛
優秀賞	ありがとう 助けてくれた がん検診	八千代市立大和田中学校	3	大塚祥太郎
入選	がん検診 「いつか」じゃなくて 早めから	浦安市立見明川中学校	3	柴田 結衣
入選	がん検診 イエローカードが 出るまえに	千葉市立葛城中学校	1	峯島 康羽

1-5 広報啓発

広報誌「けんこうChiba」の発行

事業の紹介と健康づくりに関する情報提供・意識の高揚を図るため、広報誌「けんこうChiba」を年4回発行し、県、市町村、教育委員会及び関係団体などに配布した。

健康教育機材の貸し出し

乳がんに関するパネル及び乳房モデル、がん全般に関する掛図など健康教育機材を3市、4企業、3団体、1医療機関に貸し出し、普及啓発を図った。

広報資料配布（関連団体機関誌等）

県、市町村、医師会並びに教育委員会等を対象に配布し、県民の健康づくり及び疾病予防等についての情報提供を行った。

【主な配布資料】

結核予防会機関誌「複十字」（年6回）	各	180部
結核予防婦人会機関誌「健康の輪」（年3回）	各	80部
日本対がん協会報（年12回、増刊1回）	各	230部

ホームページを活用した情報発信

〈<https://www.kenko-chiba.or.jp>〉

各種検査やちば県民保健予防基金及び研修会やセミナーの開催などについて情報を発信。また、リクルート情報を職種毎に作成するなど、充実した内容の提供に努めた。

マスメディアを活用した情報発信

マスメディアを通じた情報発信の一環として、新聞、テレビ、書籍、著書等により、疾病の予防・健康維持を目的とした普及啓発活動を行った。

放送・掲載日	媒体	組織名・媒体名	出演者 (執筆者)	内容
R6 4/26	テレビ	千葉テレビ NEWSチバ	藤澤武彦	ちば県民保健予防基金 10団体に助成金交付
9/1	雑誌	月刊新医療	藤澤武彦 倉内誉仁 岩元興人 門脇辰幸 稲田正貴	千葉県の健診事業を支える公益財団法人が業務の効率化と将来のIT化推進を見据えてミドルウェアの導入でシステム連携を大幅に推進
9/12	新聞	千葉日報	-	9月はがん征圧月間 「若い世代に知ってほしい子宮頸がん検診」
12/11	新聞	千葉日報	-	健康づくり標語コンテスト表彰式開催
R7 3/15	広報誌	複十字421号	佐藤昌弘	胸部画像精度管理研究会に参加して
-	広報誌	葉建	角南祐子	食中毒について

2. 講演会・研修会

2-1 講演会・研修会の開催

令和6年度は下記の講演会を実施した。なお、次ページ以降に各講演の誌上採録を掲載している（県民公開講座除く）。

サマーセミナー

小・中・高等学校・特別支援学校の養護教諭等を対象にWebセミナー形式で開催した。

配信期間	令和6年8月20日～9月10日
視聴申込	279人
視聴回数	402回
講演Ⅰ	「発達障害のある子どもへの支援について」 (講師) 淑徳大学 総合福祉学部 教育福祉学科 教授 松浦俊弥
講演Ⅱ	「子どもの摂食障害について」 (講師) 国立国際医療研究センター国府台病院 心療内科医師 田村奈穂

県民公開講座

県民を対象に会場で開催した。

開催日	令和6年11月28日
会場	千葉市美浜文化ホール
参加者	240人
講演	「笑い与健康」 (講師) 落語家 林家三平

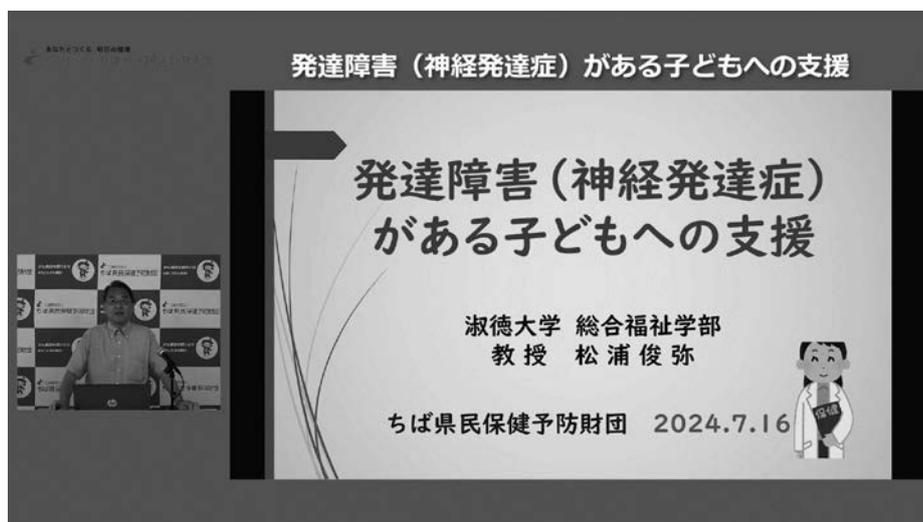
ウインターセミナー

市町村、事業所等の保健・衛生部門担当者等を対象にWebセミナー形式で開催した。

配信期間	令和7年3月7日～21日
視聴申込	180人
視聴回数	229回
講演Ⅰ	「若者のネット、ゲーム、スマホ依存の予防と対応」 (講師) 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 名誉院長・顧問 樋口進
講演Ⅱ	「赤ちゃんを助けたい！ Part 2 ～脊髄性筋萎縮症の画期的な治療法の登場と今後の課題～」 (講師) 公益財団法人ちば県民保健予防財団 調査研究センター センター長 羽田明

発達障害のある子どもへの支援について

淑徳大学 総合福祉学部 教育福祉学科
教授 松浦俊弥



1. はじめに

「発達障害」という名称は、今から10年以上前にアメリカ精神医学会が決めた診断基準であるDSM-5で、“障害”という言葉をしてできるだけ使わないことを目的に、「神経発達症」という名称に変更となっている。“DSM”というのはアメリカの精神疾患の基準であり、世界基準となっているため日本の病院でも使われている（図表1）。

同様に「自閉症・アスペルガー」は「自閉スペクトラム症」、「注意欠陥多動性障害」は「注意欠如・多動症」、「学習障害」は「限局性学習症」と名称変更された。皆さんは、「発達障害」「自閉症」「ADHD」「学習障害」という名称に馴染みがあると思うが、医療機関では新しい名称を使っていることの方が多い。

ただ、診断基準には世界保健機関（WHO）の診断基準というものもある。WHOの診断基準とし

DSM-5による発達障害・名称変更

- アメリカ精神医学会 (DSM) →
精神疾患の診断基準 (1952年～)
- DSM-IV → DSM-5 (2013年5月)
- 日本語訳変更 (発達障害 → 神経発達症)
- 自閉症・アスペルガー → 「自閉スペクトラム症」
- ADHD 「注意欠陥多動性障害」 → 「注意欠如・多動症」
- 学習障害 → 限局性学習症

図表 1

日本・発達障害の定義 (ICD-10)

- 発達障害者支援法 (2005年施行、2016年改正)
- 発達障害とは → 自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害
その他これに類する脳機能の障害であってその症状が
通常低年齢において発現するもの
- 発達障害者とは → 発達障害がある者であって発達障
害及び社会的障壁により日常生活又は社会生活に制
限を受けるもの
- 発達障害児とは → 18歳未満のものをいう

図表 2

てはICD-11という最新のものがあるが、日本では公式に、それより少し古いICD-10という診断基準を用いている（図表2）。発達障害者支援法（2005年施行、2016年改正）では、ICD-10に基づき、「自閉症」「アスペルガー」といった古い名称をそのまま使っている。実は文部科学省もこの法律を基にしている。学校現場では今も「自閉症・アスペルガー」「LD」「ADHD」という言い方をしていると思う。

発達障害というのは、「社会的障壁により生活に制限を受ける」と定義されているため誤解をされている方もいるかもしれないが、神経発達症の方がバリアになっているということでは決してない。私たちの方が学んでいくことによって、神経発達症のお子さんたちや成人の方々の生きづらさが少なくなっていくのである。周囲の理解により社会的障壁は下げられる、バリアを低くできるということをしっかり押さえておいていただければと思う。

ちなみに、発達障害者支援法では発達障害という言葉を使っているが、「発達障害児とは18歳未満のものをいう」と記載し、児童福祉法と同じように“学齢の子ども達”ということまで定義している。本講演でお話しするのはこの学齢の子ども達についてである。

発達障害の当事者あるいはその保護者向けに民間企業が作成し、私も出演している「そうなんだあ！」というYouTubeの動画がある（図表3）。小さいお子さんや保護者が興味深く観られるように、NHKのEテレのような構成になっていて、誰でも無料でご視聴いただける。専門家や関係者向けに私が単独で解説している動画もあり、全て6～7分の短いものなので、よろしければご覧いただきたい。

2. ASDの特徴

自閉スペクトラム症は、“Autism Spectrum Disorder”の頭文字をとってASDという。以前は自閉症やアスペルガー障害と呼ばれていたが、今は自閉スペクトラム症という診断名に統合されている。

アメリカ精神医学会の診断基準DSM-5では「A、B、C、Dを満たしていること」となっているが、ここではその中のAとBの診断基準に注目する。

A（図表4）は、対人関係の障害といわれているものである。誤解される方が多いのだが、“言葉のコミュニケーションが苦手”ということではない。中には昔の名前でいうアスペルガー障害のような言葉巧みなお子さんもいる。簡単にいうとASDのお子さんは生まれながらにして「容貌認知」、あるいは「顔認知」といって、人の表情を読み取りづらいという特徴がある。人間は言葉だけでなく表情や身ぶり手ぶりもあわせて相手の気持ちを理解していくのだが、それが苦手である。例えば、障害のない人は相手の表情や雰囲気を感じて自身の行動を制御するが、それが難しいためにいわゆる「空気が読めない」行動をとってしまう。

また、「人間関係を発展させ、維持し、理解することの欠如」という特徴がある。

**ユーチューブチャンネル
「そうなんだあ！」**

- ・発達障害の様々な困りごとに具体的なアドバイス
- ・「教えて!松浦先生」
- ・「防災そうなんだあ」
- ・マイルストーン株式会社制作
- ・「そうなんだあ」で検索
- ・あるいは右のQRコードから




図表3

自閉スペクトラム症 (ASD)

◦診断基準「以下のABCDを満たしていること」

A:社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害(以下の3点で示される)

- ・対人的相互反応で非言語的コミュニケーションを用いることの欠如
- ・人間関係を発展させ、維持し、理解することの欠如
- ・症状は発達早期の段階で必ず出現するが、後になって明らかになるものもある

図表4

コミュニケーションとは、挨拶や「はい」「いいえ」、Q&Aなど、単に意思疎通の方法のことをいう。ところが私たちは、初対面の人とは「こんにちは。私の名前はこう言います。ちなみに、どこの出身ですか？」などと言って、人間関係を発展させるような会話をを行う。それが苦手である。「こんにちは」と言われたら「こんにちは」と返して会話が終わってしまうような場合のことである。

症状は早期に出る。昔は「自閉症の場合は3歳以前に見られる」ということも言われていたが、最近はずいぶん後に判明することがわかってきた。極端な話、成人になってから判明するという方も出ている。

次は診断基準のB（図表5）である。これはいわゆる「行動の障害」と呼ばれているものである。例えば、常同的で反復的な運動動作。これは比較的、知的障害のあるような自閉症のお子さんにみられがちである。体をぐるぐる回す、体を横に振る、手のひらをひらひらさせるなど、同じ行動を繰り返すことがある。

また、こだわり、融通の効かない執着。例えば、通学路で毎日この電柱を触らないと気が済まない、このマンホールを踏んで行かないと気が済まない、この道でなければだめだといった同一性へのこだわりが非常に強いことをいう。

もう一点、集中度・焦点づけが異常に強い。集中力が強いのは良いことなのだが、「過集中」といって集中し過ぎるきらいがある。そうすると他から呼びかけても反応しない、行動を移せないという困ったことにつながる。

また、皆さんに覚えておいて欲しいのだが、「感覚鈍麻」や「感覚過敏」といった「感覚障害」と呼ばれる特性がある。人間には五感（視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚）があるが、この五感が極めて感じやすい、あるいは感じづらい。例えば「聴覚過敏」では、耳から入る音が非常に気になり小さな雑音も気になってしまう。逆に、大きな音が苦手なASDのお子さんは、ヘッドホンを付けるなどして対策している。五感のいずれかに感じやすさ、あるいは感じづらさのどちらかがあるということが、診断基準の1つとなっている。この感覚障害は、おそらくほとんどのASDのお子さんにあると思う。

もう少しわかりやすく、日常的な例をあげてみる（図表6）。

○表情や身振り、声の抑揚、姿勢などが独特。

しゃべり方が独特であったり、中には言葉が出づらいうようなお子さんもいる。

○親しい友人関係を築けない。

普通の友人関係は築けても、特に親しい友人関係を築くのが難しい。

B: 限定された反復する様式の行動、興味、活動 (以下の2点以上の特徴で示される)

1. 常同的で反復的な運動動作や物体の使用、あるいは話し方
2. 同一性へのこだわり、日常動作への融通の効かない執着、言語・非言語上の儀式的な行動パターン
3. 集中度・焦点づけが異常に強く限定的であり、固定された興味がある
4. 感覚入力に対する感受性あるいは鈍感性、あるいは感覚に関する環境に対する普通以上の関心

図表5

ASDの特徴

- 表情や身振り、声の抑揚、姿勢などが独特
- 親しい友人関係を築けない
- 慣習的な暗黙のルールが分からない
- 会話で、冗談や比喻、皮肉が分からない
- 興味の対象が独特で変わっている (特殊な物の収集癖)
- 身体の使い方がぎこちなく「不器用」な場合が多い
- 対人関係を持ちたがる場合もある
- 対人関係がよいと「自閉症ではない」と言われ誤解を受けることが多い
- 大人っぽく振る舞うことで社交の場を切り抜けようとする

図表6

○慣習的な暗黙のルールがわからない。

これは成人の間でもよく相談を受ける。例えば、職場に入っても、暗黙のルールとして自分がすべきことを、先輩の見よう見まねで行うことができない。「暗黙のルールがわからない」という相談を受け、調べてみるとASDだったということはよくある。あるいは、日本人によくある“阿吽の呼吸”も苦手である。しっかり言葉にして伝えてもらえないとわからない。

○会話で、冗談や比喩、皮肉が分からない。

会話の中で「バカじゃないの？」などと言うことはよくあると思うが、それを真剣に受け取って、「俺はバカじゃない」と怒って友人関係に破綻をきたすこともある。専門用語では「字義通り性」と言って、文字の通りに受け取ってしまう。

○興味の対象が独特で変わっている（特殊な物の収集癖）。

以前、相談対応をしてきたお子さんの中には、石を集めたり、葉っぱを集めたりなど、その子なりに意味があるのだろうが、私たちには余り意味がないという趣味があった。

○身体の使い方がぎこちなく「不器用」な場合が多い。

これは「協調性運動障害」とも呼ばれるが、簡単に言うと体の末端の使い方がよくわからない。たとえばラジオ体操では上半身と下半身の動きが違う体操がよくあるが、これが苦手である。上半身の動作と下半身の動作をリンクできないお子さんたちがいる。縄跳びが難しかったりする。体育の授業を見ていてぎこちなさが目立ち、「ひょっとしたら発達障害かな」と思うこともある。

○対人関係を持ちたがる場合もある。

私は保育園や幼稚園の支援もしていて時々見学に伺うのだが、真っ先に寄ってくる園児が必ずいる。「おじさん、名前は？住所は？」などとどンドン聞いてくるのだが、そういうお子さんに限って、後で先生に確認してみると発達障害があることが多い。

○対人関係がよいと「自閉症ではない」と言われ誤解を受けることが多い。

そうではない場合もあるということ覚えておいて欲しい。

○大人っぽく振る舞うことで社交の場を切り抜けようとする。

例えば、選挙などで投票に行った際、投票の仕方がわからないため「あんなバカバカしいことをやってられない」と言って避けようとする方もいる。

3. ADHDの特徴

ADHDは“Attention Deficit Hyperactivity Disorder”の頭文字をとった略称である。“Attention”は「注意」、「Deficit」は「欠陥」、「Hyperactivity」は「多動」、「Disorder」は「障害」もしくは「症」、合わせて「注意欠陥多動性障害」となる。

ADHDは主に3つの特徴（図表7）があり、年齢あるいは発達に不釣り合いな行動、何となく子どもじみた行動をとる。

○「不注意」は、忘れ物が多かったり片付けられなかったりすること。

○「多動性」は、じっとしてられないこと。

○「衝動性」は、思ったらすぐに行動しないと気が済まない、我慢できないこと。

ADHDは、これらが社会的な活動や学業に支

ADHDの特徴

- 不注意→集中力が続かない、気が散りやすい、忘れっぽい、整理整頓が苦手、忘れ物やケアレスミスが多く、宿題をやりとげられない、周囲でちょっとした動きや物音がするとそちらに意識が向いてしまう
- 多動性→じっとしていることが苦手で落ち着きがない（「移動性多動」と「非移動性多動」）
- 衝動性→質問を聞かずに話し始める、通りの向こう側に気になるものが見えたら安全を確認せずに飛び出す、自分の順番が来るまで静かに並んで待てない

図表7

障を来すレベルということである。単に落ち着きがないというお子さんは多く、特に保育園・幼稚園では体を頻繁に動かし落ち着かないお子さんたちの方が多いが、その中でも、生活に支障を来してしまうと「障害」という診断名がつくことがある。

今の日本では「ADHDは7歳以前に現れる」とされている。日本では6歳を迎えた次の4月1日が小学1年生とされ、これを「就学」という。つまり、1年生になって初めてADHDであることがわかることが多い。

保育園・幼稚園ではみんなが活発に動いているため見づらいが、就学すると突然「45分間ずっと座っていなさい」と言われる。その中で座ってられない子どもたちが動き出して、「ひょっとしたらADHDかな」とわかることがある。

ただ、最近使われているDSM-5では「7歳以前に現れ」ではなく、「12歳になる前から存在していた」と年齢が上がっている。小学生くらいであれば落ち着きがなくても普通という解釈である。アメリカではADHDの診断がとて多くなっているため、慎重になってきており、この年齢がアメリカの精神医学会で上げられたのかなという気がしている。

ADHDの特徴をもう少し具体的に下記に示す。

「不注意」は、集中力が続かない、気が散りやすい、忘れっぽい、整理整頓が苦手。こう聞くと、「自分も小さい時はそうだった」と思われる方も多いだろう。小さい子どもは大概そういうものである。ただ、発達障害というのは年齢に不釣り合いな行動をとるところが特徴である。たとえば二十歳になっても、集中力が続かない、気が散りやすい、忘れっぽいとなれば問題である。忘れ物やケアレスミスが多い。周囲でちょっとした動きや物音がするとそちらに意識が向いてしまう。こういったことが年齢相応ではない場合に発達障害と診断される。

私は小中学校や教育委員会の研修会にもたびたび訪れているが、こういうお子さんたちの落ち着きを取り戻すために、教室の前の方に動く物を置かないようアドバイスしている。例えば、秒針が動く時計のようなものがあると、ADHDのお子さんはどうしても目をとられてしまう。最近では、時計を教室の横に置くような学校が増えてきた。そういう少しの配慮で落ち着ける子どもが増える。

続いて「多動性」について説明する。じっとしていることが苦手ということはわかりやすいが、1つポイントがある。「あの子は立ち歩かないからADHDではないのでは」と言われるケースがまれにある。これは私の印象であるが、小学校の低学年ぐらいのお子さん場合は、椅子から立ち歩いていて一見して多動だなというお子さんも比較的多いが、高学年や中高生になってくると椅子から離れて歩き回るお子さんは少なくなるように感じている。その代わりに、常に手をもじもじ動かしていたり、貧乏ゆすりをしていたり、移動しなくても多動であることがある。これを「非移動性の多動」という。このようなADHDの方もいらっしゃるので、「立ち歩かないからADHDではない」と安易に判断するのは危険かと思う。「非移動性多動」もあることは覚えておいて欲しい。

そして「衝動性」について、たとえば車通りの激しい道路の向かい側に家族あるいは友達がいたということで、車を顧みずに渡ってしまう。他によくあるのが、思ったことをすぐに口走ってしまう。これは大人の方でも時々いて、言っはいけないことを言ってしまう。例えば、正面から歩いてくる全く見知らぬ大人に対して、「おじさん、太ってますね」などとその人の身体的特徴を言ってしまう。見知らぬ人であれば怒られるくらいで済むが、友人に対してやってしまうと人間関係が悪くなってしまふ。また、順番が待てないこともよくある。静かに並んで待つのが難しいということである。

ADHDには、この不注意、多動性、衝動性の3つの症状がある。多いのは3つの症状が揃っているパターンであるが、不注意優勢型や多動性・衝動性優勢型など、どちらかに行動が際立っていると

いうケースもあるということを覚えておいていただきたい。

4. LD・SLDの特徴

学習障害・限局性学習症は、日本の医療界でも教育界でもあまり話題にならないという点が大きな問題の1つである。学習障害・限局性学習症は、多動や衝動性、ASDのような問題行動にはつながつていない。つまり、読み書きが苦手というだけで授業を妨害したりするわけではないため、比較的放置されることが多い。そして、原因が特定できないため、本人の努力不足であるとか、親がいけないといった方向に流れていきがちである。しかし、実は苦しんでいるお子さんはとても多い。できれば早期発見し、早期対応してあげるのがベストだと思う。

学習障害は“Learning Disabilities”を略し、“LD”と呼ぶ。最近の呼び方は“Specific Learning Disorder”の頭文字をとって“SLD”という呼び方をするが、学校現場ではLDの方が使われていると思う。「聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する」この6つの能力のうち1つ以上が年齢相応ではないことと考えると良い。

例えば、小学校5年生のお子さんで、聞く、話す、読む、計算する・推論するは学年相応だが、漢字となると小学校1年生レベルのものもなかなか書けないとなったらLDの診断基準に当てはまる。ところが、学校の先生が、「漢字が書けないのは勉強しないからではないか」と言ってしまうことがあり、お子さんの方も「ぼくはダメなんだ…」と思ってしまう。それを「学習性無力感」と呼ぶ。

LDのお子さんたちは自分の努力不足と誤解することが多く、不登校などにつながってしまうことがある。先生方にはぜひご理解いただき、しっかり子どもを見てあげていただきたい。ちなみに、「聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する」ことについての問題が6か月持続しているというのが新しい診断基準である。

LD・SLDの特徴としては種類が幾つかある。

「ディスレクシア (Dyslexia)」は読むのが苦手で、読むのが遅いことである。国語の教科書を視力検査のように「ぼ、く、は、な、ん、と、か、で…」と一文字ずつ読む子どもたちもいる。

また「ディスグラフィア (Dysgraphia)」は文章がうまく書けない。これはASD、ADHD、LDのお子さんにも共通しているが、自分の思ったことを言葉にしづらいという特徴がある。たとえば、遠足で動物園に行った時の感想を作文にしようとなった場合、LD・SLD系のお子さんたちの作文は「何時に集合しました。どこに行きました。何を食べました。何がいました。帰ってきました」といったような記録文になってしまう。「ライオンがとても怖くて僕はびっくりしました」といった自分の気持ちを書きづらい。

「ディスカリキュア (Dyscalculia)」は「算数障害」ともいうが、計算、数字、記号の模写が難しい。繰り上がりの足し算や割り算が苦手な子どもたちが時々いる。

LD・SLDの特徴をわかりやすく紹介する(図表8)。

○よく似た文字の区別ができない。

これは低学年の子に多い。「あ」と「お」や、「ぬ」と「め」など、似た文字の見分けが難しい。

○どの行を読んでいるのかわからなくなり、飛ばして読む。

LD・SLDの主な特徴

- よく似た文字の区別ができない。(あ・お、ぬ・め、の・めなど)
- どの行を読んでいるのかわからなくなり、飛ばして読む
- 読むのが遅い
- 読字で頭痛がする
- 内容が理解できない
- 鏡文字を書く
- 書字、視写、聞き写しができない
- 作文が書けない
- 数の大小がわからない。簡単な計算でも指を使う
- ケアレミスが多い
- 繰り上がり、繰り下がりがわからない

図表8

国語の教科書は縦書きであるが、縦書きの文章が読みづらいという方が時々いる。こういう場合には、縦書きの行に、赤、青、緑、赤、青、緑とアンダーラインを書いてあげると読みやすくなったりする。あるいはスリットとって、その行だけくり抜いてあるようなものを上に置き、少しずつずらして読むという方法もある。

○読むのが遅い。

「ほ、く、は、な、ん、と、か、で…」といったように一文字ずつ読むため読むのが遅くなる。

○読字で頭痛がする。

若い人には時々いるが、LD・SLDの1つの傾向である。

○内容が理解できない。

○鏡文字を書く。

文字を鏡に映したように書く。

○書字、視写、聞き写しができない。

手書きの黒板が読めない。あるいは書き写せないというお子さんたちがいる。先生方はいまだに黒板にチョークで書く傾向があるが、私は教員の研修会などでは「できるだけ電子黒板を使いましょう」、「プレゼンテーションソフトを使いましょう」という話をしている。その方が見やすい子どもたちはたくさんいるのだが、学校現場の伝統を変えるのは容易ではない。

○作文が書けない。

○数の大小がわからない。簡単な計算でも指を使う。

小学校の高学年になっても指を折って計算問題をやっていたら、違和感を持った方がよいかもしれない。

○ケアレスミスが多い。

○繰り上がり、繰り下がりがわからない。

なお、本講演のスライドのフォント（字体）は「ユニバーサルデザインフォント」を使っている。「ユニバーサルデザイン」とは、障害の有無に関わらず伝わりやすいデザインということである。

ユニバーサルデザインフォントは、最近の新しいパソコンには必ずプリインストールされている。「UDフォント」と呼ばれ、発達障害のあるお子さんたちには一番読みやすいと言われている。国語の授業以外であれば、ふりがなをふってあげるのも良いと思う。学校のプリントや教材を作ったりする時は、できるだけUDフォントを使うことを心がけると発達障害の有無に関わらず読みやすい、見やすい資料を作ることができると思う。

5. 発達障害のあるお子さん対応で、保健室のよくある困りごと

○体調不良を訴えても要領を得ない。

言葉で説明することが苦手なお子さんの場合、どこが痛いのかわかってあげられない。「大丈夫？」と聞けば「大丈夫…」、「熱は？」「う～ん、わかんない…」こういう答え方をされて困ることがある。

○保健室でストレスを発散する。

教室では静かなのに、保健室で元気よく暴れ回るお子さんもいる。教室に居づらいのだろう。

発達障害・保健室のよくある困りごと

- 体調不良を訴えても要領を得ない
- 保健室でストレスを発散する
- 授業中に体調不良でたびたび保健室へ来る
- 保健室登校
- 「授業妨害をする」と担任が保健室へ連れてくる
- 保護者対応を任せられる
- 「発達障害に詳しい」と思われる
- 特別支援教育の「キーパーソン」にされてしまう

図表9

○授業中に体調不良でたびたび保健室へ来る。

○保健室登校

不登校と言われるお子さんの中に時々いるが、保健室が安心できる場なのだろう。

○「授業妨害をする」と担任が保健室へ連れてくる。

以前は、担任が保健室に子どもを連れてきて「暴れるから保健室で預かってくれる？」などということがよくあった。今では、授業から外すことは体罰であると文科省が認定している。教室内で立たせるのはよいが、廊下に立たせるのはだめという認識があることは養護教諭の皆さんも覚えておいた方がよい。

○保護者対応を任される。

保護者対応が大変だからと養護教諭に依頼がきたという話も聞いたことがある。

○「発達障害に詳しい」と思われる。

養護教諭だから何でも詳しいのだろうと思われることもある。私は大学で養護教諭課程の学生にも発達障害の話・特別支援教育の話を必ずするが、そうではない学校もある。

○特別支援教育の「キーパーソン」にされてしまう。

発達障害に詳しいと思われた結果、特別支援教育のキーパーソンにされてしまう。今、学校現場では、小中学校に必ず特別支援教育コーディネーターという役職を置くことになっているが、養護教諭がこれに指定されることもあり、困ったことである。

6. 保健室のユニバーサルデザイン

対応の1つとして、保健室環境の整備をしてみると良い。整理整頓し、掲示物を整理する。例えば壁に掲示物を貼る際に、どこに何があるかをわかりやすく紙テープか何かで囲っておく。また、掲示物にふりがなをふってあげるなど、少しの工夫をするだけで多くの子どもが読みやすくなる。

また、体温計などの保健用品の置き場などを決めておく。サインボードは、本来なら市内の小中学校で統一できると良い。発達障害のあるお子さんの中には、文字を読むより絵で見て理解する子どもの方が多いので、目で見てもわかりやすい環境づくりをしていく。さらに、保健室をパーティションで区切り、ここはこういう場所、そちらはこういう場所と、わかりやすい構造にする。そして、UDフォントを使うと良い。

7. コミュニケーション方法の工夫

言葉・話し方については、ゆっくり、はっきり、わかりやすく、具体的に話すこと。この4つを必ず心がけて話すだけで、障害のあるお子さんは教員の言葉がわかりやすくなる。

対応のアドバイス

- 保健室のユニバーサルデザイン
- 保健室環境の整備(掲示物整理、掲示物の工夫、サインボード統一、室内の構造化、UDフォント)
- 養護教諭の言葉(ゆっくりはっきりわかりやすく、具体的に、継次処理)
- コミュニケーション方法の工夫
- コミュニケーション支援ボード(明治安田生命財団)
- タブレット(アプリ:UDトーク・コミュニケーション支援)

図表10

覚えておいてほしいこと

- ▶養護教諭は最も多忙な教職の一つ
- ▶「何でも知っている」「どんなことにも詳しい」
- ▶それがゆえに「何でも屋」になってしまうことも
- ▶小中学校、高校の特別支援教育キーパーソンはあくまでも「特別支援教育コーディネーター」
- ▶発達障害対応は文科省の指針にのっとり全校体制で
- ▶そのうえで養護教諭も基本的な知識を!
- ▶多様化の時代⇒すべてにおいて基礎基本を学ぶ!

図表11

発達障害のあるお子さんはマルチタスク（同時処理）が苦手な場合がある。そこで、「1.これをやりましょう」、それが終わったら「2.これをやりましょう」、それが終わったら「3.これをやりましょう」、「4.ここに至りましょう」というように順番を決めて行う「継次処理」で指示する方法が望ましい。

また、タブレットを活用する。小中学校でタブレットを使っているのであれば、話した言葉がほぼリアルタイムで文字化される無料アプリ「UDトーク」を活用する方法もある。発達障害のお子さんは耳からの情報入力が苦手な場合があるため、そういった子どもにとって「UDトーク」の活用はとても便利な手段である。

コミュニケーション支援ボードというものもある。私は、明治安田生命財団が開発し無料ダウンロードできるようになっているコミュニケーション支援ボードをラミネートして授業で活用している。「はい」「いいえ」「トイレ」「のみたい」「おなかがへった」など、基本的な言葉を集めてあるので、言葉でのコミュニケーションが苦手な人はこれを指さすだけで良い。

養護教諭がよく使うのは、救急隊員が使うコミュニケーション支援ボードである。日本は今、多様性の時代で外国籍の方もいるため、「どこが痛い」「熱がある」「痛い」などが色んな国の言葉や絵で示してあるこのボードはかなり便利である。痛みや苦しみの度合いを示すこともできてかなり使えると思うので、ぜひ保健室で活用していただきたい。

過去に、食物アレルギーのあるお子さんが校内でアナフィラキシーを起こし意識が朦朧としている中、「大丈夫？」と聞いたところ、「大丈夫」と答えたために、エピペンを打たず亡くなってしまった事件があった。そういったことが起こった時に救急隊員用のコミュニケーション支援ボードが保健室に1つあれば、「大丈夫？」と聞いた時に、指さすだけで「痛い」や「苦しい」などと訴えコミュニケーションがとれたりする。それにより、言葉が出づらい発達障害のあるお子さんもうまくコミュニケーションできる場合があるので、ぜひ、目で見てわかるものを活用していただければと思う。

8. 最後に

養護教諭は最も多忙な教職の1つである。児童、生徒だけでなく、職員の健康管理も任されているため、本当に大変な仕事をされていて、私は尊敬している。しかし、周囲から「何でも知っていて詳しい」と思われがちゆえに“何でも屋”にされてしまうことがあり、この点は要注意である。特に、特別支援教育・発達障害に関しては、本来であればその小中学校や高校にいる特別支援教育コーディネーターが中心となるべきだと思う。

今は多様性の時代で、神経発達症以外に、外国籍のお子さん、虐待を受けているお子さん、貧困のお子さん、不登校傾向のお子さん等々もいて、複雑で大変な時代である。そんな中、養護教諭はキーパーソンになりがちである。できるところは思い切り活躍していただいて良いが、大変だと思うところは、管理職や周りの先生方にしっかり相談をして欲しい。

本講演で解説した発達障害についての基本的な知識は、養護教諭だけでなく、一般の小中学校の先生方にもしっかり理解しておいて欲しいことばかりである。養護教諭にばかり負担がこないよう、文科省の指針に則り、「チーム学校」という言葉を使って全校体制で臨んでいただきたいと思います。

参考資料

YouTube チャンネル：「そうなんだあ！」

〈<https://www.youtube.com/channel/UCRyMkaPthOoF6drX03Z59hA>〉

公益財団法人明治安田こころの健康財団：「コミュニケーション支援ボード」掲載ページ

〈<https://www.my-kokoro.jp/communication-board/>〉

松浦俊弥先生のプロフィール

千葉県公立中学校・県立特別支援学校 教員・教頭

淑徳大学大学院社会福祉学専攻（社会福祉学修士）

2004年 読売教育賞最優秀賞受賞（地域教育部門）

2009年 NHK障害福祉賞受賞

千葉県柏市生涯福祉専門部会長・印西市いじめ防止対策委員

臨床発達心理士・自閉症スペクトラム支援士（エキスパート）

「エピソードで学ぶ知的障害教育」（北樹出版）

「ライフステージの発達障害論」（北樹出版）

「チームで育む病気の子ども」（北樹出版）

「障害のある子どもへのサポートナビ」（北樹出版）

「障害のある子どもへのサポートナビ2」（白鷺社）

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

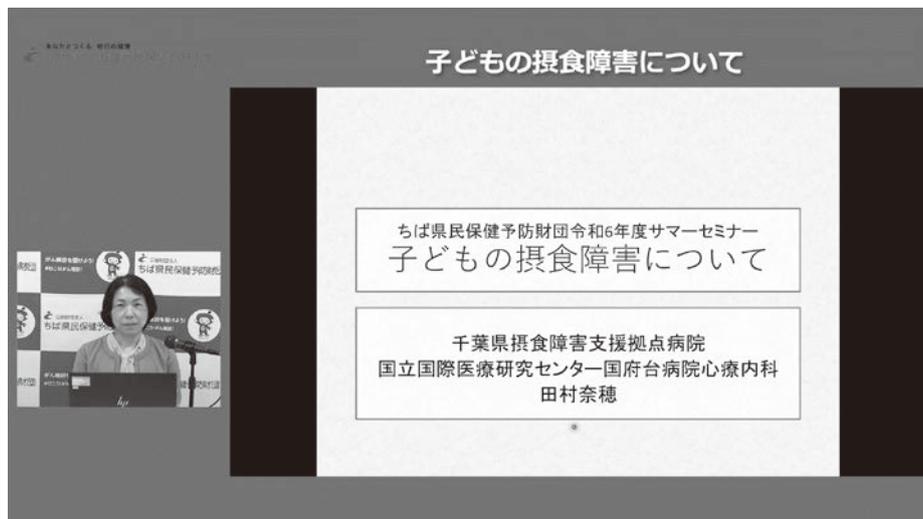
IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

子どもの摂食障害について

国立国際医療研究センター国府台病院
心療内科医師 田村奈穂



1. 摂食障害の分類と特徴

摂食障害の好発年齢は思春期と言われている。中学生の終わりから高校生の初めの年代が一番多く、女性に多い疾患で、約95%を女性が占めている。

摂食障害は大きく次の4つに分けられる。

- ・神経性やせ症
- ・神経性過食症
- ・過食性障害
- ・回避・制限型食物摂取症

過食性障害は子どもでは多くないので、神経性やせ症、神経性過食症、回避・制限型食物摂取症の3つが重要だと思ってほしい。

神経性やせ症は“やせ”の方である。神経性過食症では正常な体重で、図表1に症状を記載している。

摂食制限型は排出行為がない状態である。過食排出型と神経性過食症は過食・嘔吐・絶食・下剤乱用などの排出行為を伴う。

回避・制限型食物摂取症はやせの方が多いが、肥満恐怖等はなく分類しにくいいため、図表の中の少し違うところに示している。

過食性障害は体重が重い方が多い。



図表1

DSM-5というアメリカの診断基準があり、子どもはそれを基準として診療している（図表2）。DSM-5における神経性やせ症の基準は、「カロリー摂取を制限」し「有意に低い体重」とされている。「肥満になることに対する強い恐怖（肥満恐怖）」があり、自分の評価が体重や体型に非常に影響されている。これらが神経性やせ症の方の特徴である。

神経性過食症の方は不適切な代償行動（自己誘発性嘔吐、緩下剤の乱用等）がみられることが多く、週1回は起こっていることが基準になる（図表3）。先述した神経性やせ症と同様に、自己評価が体型・体重の影響を過度に受けている病気である。「やせが一番」「やせていないとだめなんだ」と思っている方が多い。

過食性障害もあるが、子どもには非常に少ないので、ここでは割愛する。

回避・制限型食物摂取症（ARFID：Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder）は、肥満恐怖等はなく、食べることへの無関心や、食べ物の感覚的特徴に基づく回避がある（図表4）。例えば、食べたあとにお腹が一杯になるのが嫌である、お腹が気持ち悪くなるのが嫌だということから栄養不足になったり、体力が不足したりする状況になってしまう。お子さんの場合は肥満恐怖が明らかでない方が多いので、ARFIDという形で現れる小学生は比較的多い。

摂食障害では摂食中枢に異常を来している。例えば、お腹が空いている、お腹が一杯になる機構がきちんと働いていないのである。保護者の方たちはどうしても「食べなさい」と言ってしまうのだが、言ったからといって治る病気ではない。かといって、言う必要が全くないわけでもないが、言って治る病気ではないということを入念に入れておいてもらえると有難い。

DSM-5での神経性やせ症

- A.必要量と比べてカロリー摂取を制限し、年齢、性別、成長曲線、身体的健康状態に対する有意に低い体重に至る
- B.有意に低い体重であるにもかかわらず、体重増加また肥満になることに対する強い恐怖、または体重増加を妨げる持続した行動がある
- C.自分の体重または体型の体験の仕方における障害、自己評価に対する体重や体型の不相応な影響、または現在の低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如



図表2

DSM-5での神経性過食症

- A.反復する過食エピソード
- B.体重の増加を防ぐための反復する不適切な代償行動、例えば自己誘発性嘔吐、緩下剤の乱用など
- C.過食と不適切な代償行動がともに平均して3ヶ月間にわたって少なくとも週1回は起こっている
- D.自己評価が体型および体重の影響を過度に受けている
- E.その障害は、神経性やせ症のエピソードの期間にのみ起こるものではない

図表3

DSM-5での回避・制限性食物摂取症 (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder)

- 摂食または栄養摂取の障害
 食べることまたは食物への明らかな無関心;
 食物の感覚的に基づく回避;
 食べた後嫌悪すべき結果が生じることへの不安
- 適切な栄養、および体力的要求が持続的に満たされない
 有意の体重減少、有意の栄養不足
 経腸栄養・経口栄養補助食品への依存
 心理社会的機能の著しい障害

図表4

飢餓症候群

- 飢餓により健常者にさえ、多彩な影響を及ぼす
- 思考や興味や行動が食に関係したものになる
- 情緒不安定、抑うつ、不安、過敏性、易怒性、自己評価の低下、社会的ひきこもり、認知の変化、集中力低下、悲観的な判断、決断力の低下、無力感を引き起こす
- だから、改善するには栄養療法

図表5

「飢餓症候群」という考え方がある（図表5）。例えば、戦争に行き、栄養がきちんと摂れない方が飢餓となってしまう、男性や筋肉がたくさんあるような方でも、体重が減ってしまうと、情緒不安定や認知機能の低下など、神経性やせ症と行動パターンが類似した変化が起こるといわれている。飢餓症候群を改善するには栄養療法しかない。私たちもやせてしまえば、神経性やせ症の方と同じような精神状態になり得ることをご理解いただければと思う。

摂食障害は食行動異常だけではない。前述したように、認知の障害があるとか、病気という認識が薄弱である、情緒が不安定である等により、社会生活そのものがうまくいかないこともある。また、身体合併症を生じ、それによって亡くなることもある。

図表6では入院の適応を示しているが、これはどのくらいやせているのかによって、活動の制限が変わってくるという表である。身長・成長曲線から標準体重を割り出して、その何%なのかを計算し、65%未満であれば入院が望ましいとされている。私たちはこの表を指針として、「学校に行ってもよい」、「今の体重だったら送り迎えが必要」といった判断をしているので、かなり大事な表となっている。

具体的にどういった状態で入院するのかについては、短期間で急激な体重低下や、動けない、低血糖で意識がなくなっている、低カリウム血症がひどい、標準体重の55%以下のやせ等の場合にはすぐに入院した方がよい。

入院の仕方には色々あるが、「すぐ入院しましょう」という緊急入院や、外来で「何kg増やしましょう」という治療契約を結び、「ベッドが空いたから入院しましょう」という予約入院。病院がどんなところなのかを体験する入院や、休養目的の入院、環境調整目的の入院などがある。

2. 摂食障害の身体合併症

やせに合併する異常は、覚えておくともよいかもしれない。徐脈、低体温、低血圧、汎血球減少、電解質異常、肝障害、運動障害、意識障害、低血糖、無月経などがある（図表7）。少しでもおかしいと思ったら、脈を計ったり、血圧を計ったりするのが良い。

それ以外にも、やせの場合だけではない摂食

入院適応		
%標準体重	身体状況	活動制限
55未満	<ul style="list-style-type: none"> ○内科的合併症がよく起こります ○低血糖による意識障害が起こりやすいです 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院による栄養療法が是非とも必要です ○突然死や入院後の急変などがあります
55-65	<ul style="list-style-type: none"> ○最低限の日常生活に支障があります ○経口摂取のみでは栄養療法が難しいです ○走れない、機敏な動作ができない、転びやすいことがよくあります 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院による栄養療法が望ましいです (点滴などが必要になる事が多いです)
65-70	<ul style="list-style-type: none"> ○軽労作の日常生活にも支障があります ○身体能力の低下があり、体力不足です 	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅療養が望ましいです ○どうしても場合は通学の送迎、出席時間の短縮・体育の禁止・隔日通学など、制限付きで就学してもらえます
70-75	<ul style="list-style-type: none"> ○軽労作の日常生活はできます ○75%以下では成長障害、骨粗鬆症の悪化があります 	<ul style="list-style-type: none"> ○制限つきなら就学、就労はしてもいいです ○水泳、長距離走、体育の禁止、遠足、登山、体育系の部活、重労働などは禁止します
75以上	<ul style="list-style-type: none"> ○日常の日常生活はできます 	<ul style="list-style-type: none"> ○就学・就労はしてもいいです

図表6

やせに合併する異常
<ul style="list-style-type: none"> • 60/分以下の徐脈 • 36℃以下の低体温 • 収縮期血圧90mmHg以下の低血圧 • 骨量減少、骨粗鬆症 • 貧血、白血球減少、血小板減少 • 低ナトリウム血症、低カリウム血症 • 肝障害(ALT上昇、AST上昇) • 歩行困難や起き上がれないなどの運動障害 • 意識障害 • 低血糖 • 無月経

図表7

摂食障害の身体合併症
<ul style="list-style-type: none"> • 低血糖性昏睡 • 腎不全 • 低カリウム血症 • 不整脈 • 心不全、タコツボ型心筋症 • 偽性パーターナー症候群 • 下剤乱用症候群 • 横紋筋融解症 • 逆流性食道炎、マロリー・ワイス症候群 • 上腸間膜動脈症候群 • 結核、非定型抗酸菌症 • 酸蝕歯

図表8

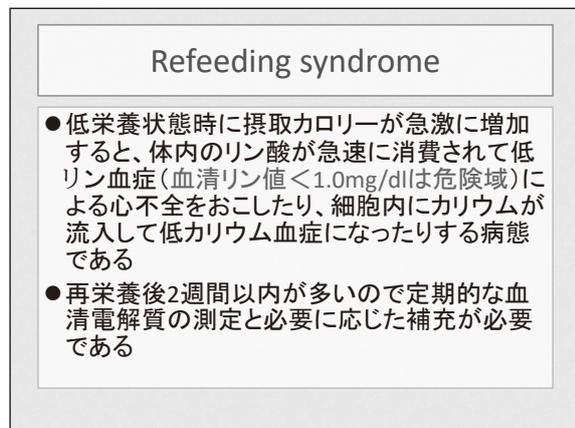
障害の身体合併症を図表8にまとめたが、参考程度に思っただければと思う。腎不全であるとか、結核であるとか、歯が溶けてしまう酸触菌などがある。歯を見ると吐いているか否かがわかる。最近チューイング（噛み吐き行為）で吐いてしまうため歯が溶けない方もいるが、歯は吐いているかどうかがあるので大事である。

低血糖昏睡は、救急車で搬送される原因の多くを占める症状である。神経性やせ症の人が低血糖昏睡で運ばれたり、倒れてしまったりすることはかなり多い。血糖値が低いと意識が朦朧としてしまうが、朦朧とはしていても少し意識がある場合は、甘いものの経口摂取で足りる。昏睡までいくと、救急搬送しブドウ糖の注射をすることになる。

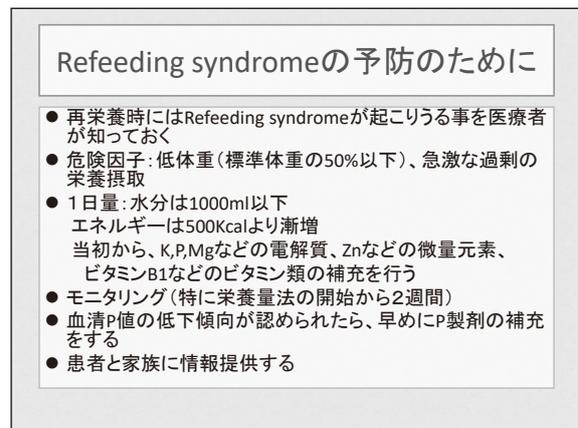
なお、カロリーが急激に体の中に入ってくると、体の中のリン酸が消費され、低リン血症や低カリウム血症といった状態が起こり、そのままにしておくと重篤な状態になり多臓器不全に陥ってしまう“Refeeding syndrome”という病気がある（図表9）。それを防ぐためには、カロリーアップは少しずつゆっくり、電解質の定期的なチェックを行いながら補充していく必要がある（図表10）。これは医学生国試に出るくらい大事なことで、そういった知識も必要である。また、ビタミンの補充も行う。

上記から、神経性やせ症の方の栄養管理というのは、少しだけ専門性が必要となる。どんなふうに栄養管理を進めるのか、経口摂取、経鼻栄養、点滴（電解質の補充の際や、肝障害がひどい時）等があり、必要な時は中心静脈栄養も行う。

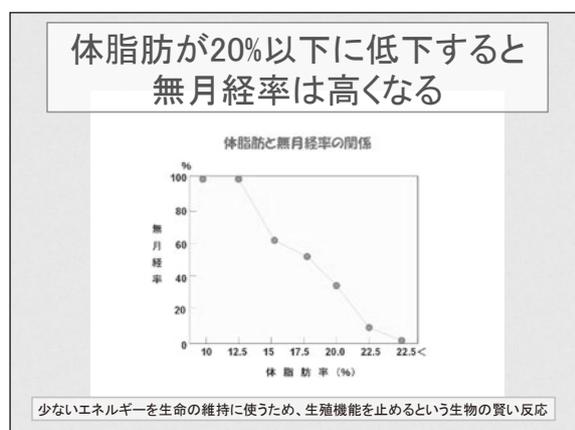
無月経は非常に重要な症状である。やせてしまうと無月経になってしまうが、これは少ないエネルギーを生命の維持に使うため、生殖機能を止めることである（図表11）。子孫を残すことより、自分



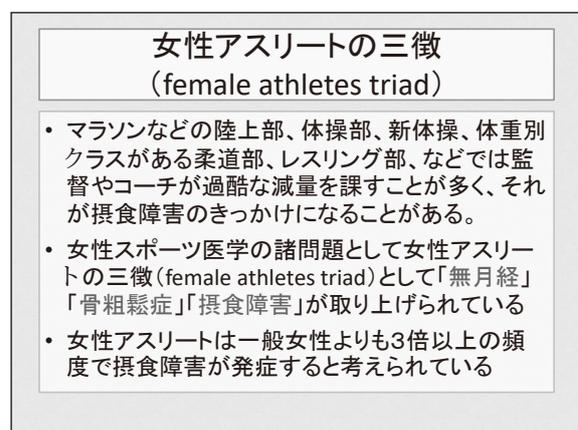
図表9



図表10



図表11



図表12

が生き延びることを選んでいるということである。

「女性アスリートの三徴」を覚えていただきたい（図表12）。陸上部のマラソン選手、体操部、新体操、体重別クラスがある柔道部、レスリング部等の競技の選手というのは、減量をさせられることがあり、それをきっかけに摂食障害になってしまうことがある。そのため、マラソン選手などは無月経の選手も多く、無月経が続くと骨が脆くなってしまふことがあるので注意が必要である。これらの競技の監督やコーチ、部活の先生方は気をつけていただきたい。

〈非典型例〉

最近是非典型例もずいぶん増えてきている（図表13）。自閉スペクトラム症の方で、食事をすると気持ち悪くなるから食べられないという機能性ディスペプシア・ARFIDと少し関わりがある。

また、嘔吐が怖いという理由で食べない方や、1つのことにずっと集中してしまって寝たり食べたりするのを忘れてしまう方もいる。

〈精神疾患併存症〉

精神疾患併存症では、社交不安症、うつ病、自閉スペクトラム症、強迫傾向、感情調節困難といった疾患を抱える方が多いと思う。接し方については、図表14・15にNGワードをまとめてあるので、気になる方は確認してほしい。

3. 摂食障害の児童と家族への接し方

摂食障害の児童・生徒とコミュニケーションを取る際に留意してほしい点であるが、まず、安易に体重を尋ねないこと。体重は地雷かもしれない、踏んでしまうと二度と話してくれないかもしれない。地雷かどうかは人によって違うが、できれば安易に尋ねないようにする。

さらに、決めつけた言い方はしない。「なんで〇〇しないの?」「〇〇すべきでしょ」といった責めるような言い方はしない。困ったことや悩みごとを聞くスタンスで接してほしい。気持ちを話しやすい雰囲気をつくっていただけるとよい。

そして、病名や病状を安易に他の児童・生徒に教えない。話してほしいくないこともあるので、

非典型例
<ul style="list-style-type: none">・ 自閉スペクトラム症傾向のある例の場合、食べ物のこだわりが強くして食行動異常が現れることもある・ 「食事をすると気持ち悪くなるから食べられない」:機能性ディスペプシア→ARFID<small>自閉性摂食障害</small>・ 「嘔吐するのではないかと怖くて食べられない」:嘔吐恐怖によるもの・ 猪突猛進タイプ:寝食を忘れて何かに没頭し、摂取量が減って体重減少

図表13

NGワード(1)
<ul style="list-style-type: none">・ 安易な励まし 「気もちようだから、大丈夫」・ 励まし、話を聞かない 「元気を出さないよ」・ 相手の考えを否定する 「そんなことないよ、そう考えちゃダメだよ」・ 他人との比較 「みんな大変だけど、頑張っているんだから」

図表14

NGワード(2)
<ul style="list-style-type: none">・ 根拠のない励まし 「元気出して頑張りましょう」・ 過度な負担になる気分転換をすすめる 「海外旅行でもいけば気分も晴れるよ」・ 説得・説教 「食べればいいんだからね」 「とにかく〇〇しなさい」・ 容姿のこと、体重のことに安易に触れる 「すこしふっくらしたんじゃない?」「太ったね」

図表15

どこまで話して問題ないか確認する方が無難である。

また、日本人は完璧主義、過剰な頑張りというのを美德としているが、それは本当に良いことであるのか。ダイエットは、最も手っ取り早く偽りの充実感や達成感を得られる手段である。体重を減らすことに一番の達成感を得てしまうと、ダイエットにのめり込んでしまい抜け出せなくなってしまふ。「完璧でなければいけない」というような考えに支配されてしまうと、挫折があった時にどう立ち上がればいいのかわからなくなってしまふ。完璧だけが良いわけではないという、多様な価値観を持っていただきたい。

〈学校で配慮してほしいこと〉

「やせなさい」「やせた方がいい」と言いたくなるようなポッチャリとした方もいる。「肥満になってしまうから、このままだと成人病になるからやせなさい」と言いたくなるが、ポッチャリな方がやせなさいと言われてダイエットにはまり、摂食障害を発症することもあるので難しいところである。

部活で体重制限を強要しなければならない競技もあるのだろうが、それをきっかけに発症したりもするので気をつけていただきたい。

また、給食やお昼ご飯を「必ず全部食べなさい」と強制しない。

そして、配慮した方がいいことがあるか、例えば、お昼ご飯はどこで食べるのがいいのか、体育は見学がいいのか等をきちんと聞いてみる。自分から先生に時間を作ってくれとは言えない方が多いので、先生の方から時間を作って話しかけていただけると有難い。

脳の機能が落ちてると、一度に色々言われても理解できない方がいるので、ゆっくり、もしくは紙に書いて説明するのも良いかもしれない。

さらに、やることを抱え込み過ぎる方、SOSを出せない方、NOと言えない方が多いので、それについても配慮していただいた方がよいかもしれない。

〈家族について〉

色々な家族がいるので一概には言えないが、病気の方がいると家族も大変であるから、その大変さを労っていただいたり、摂食障害について説明したりする必要がある。食行動や体重について家族があれこれ言い過ぎて本人とけんかになったりしがちなので、そうならないように指導したり、褒めてあげられるところは褒めるようにする。

ただ、どこまでしてあげたらいいのか親もわからなくなってくる。甘えさせたり話をよく聞くことは大事だが、なんでもしてあげて良いのかということそうではない。例えば、物を壊すとか万引きといった行為があった場合には、愛情をもって叱ることも大事である。

養護教諭の先生方には、家族と学校が連絡を取り合うための橋渡しになってもらうのも大事である。

最近では、生活水準が低い家庭の中で摂食障害になってしまう方もだんだん増えてきている。十分な養育ができない、経済的理由で食事を十分に与えられない、虐待やネグレクトなどが疑われるケースもあるかもしれないので、どのような家族かを観察することも大事である。

摂食障害に初めて気づく人が誰であったかを調べた研究がある。それによると、やはり一番

摂食障害に初めて気付く人

- 家族52%
- 学校関係者22%
- 医療関係者17%
- その他6%

(家族が気づかず、学校の養護教諭・担任・部活顧問が気づく例が5分の1いる！)

図表16

多いのは家族であったが、次に多いのが学校関係者で22%（約5分の1）を占めていた。家族が気づかない場合、学校関係者が気づく必要がある（図表16）。

〈低体重について〉

低体重の方がどのくらいいるかについて、高校1年生を対象とした研究で、健康診断でマイナス25%標準体重の子が1.8%いた。その全部が摂食障害ではないが、成長期の中でそれだけの低体重の方がいるのは注目すべき点である。

お子さんの場合は成長曲線の表があるので、本人の体重をプロットして、今の状況をみていくのが大事である。図表17の成長曲線では、体重が順調に伸びた後にガクンと下がっているところがある。ここで発症したのではないかと、グラフで分かりやすくなっている。

定期健診であれば体重測定があるため体重を尋ねなくて済む。成長曲線が一番大事だが、肥満度を計算し、それにより成長が順調なのかをみていく。

4. 保健室でできること

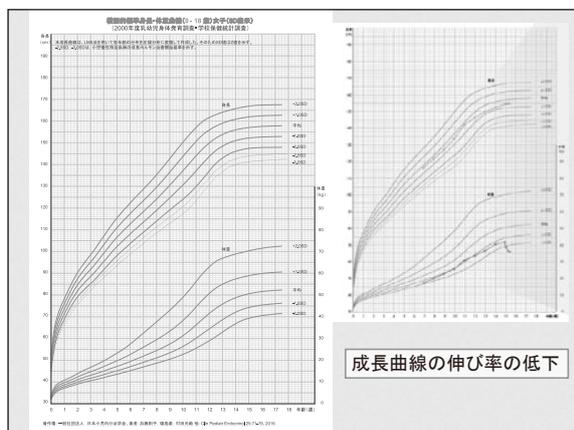
身体を観察としては、脈拍や血圧、手足が冷たいかどうか等をみていく。体重測定については、お子さんが嫌がったり、体重が減っていくのを嬉しがる方もいるため、毎回行うべきか難しいところだが、場合によっては毎回測定してもよいと思う。

摂食障害にいち早く気づくためには、身長・体重の伸びが遅くなってきた、元気がなくなってきた、友達や家族のダイエットにつられてしまっている、食後にトイレにいつてしばらく帰ってこない（嘔吐している）、薬局で下剤を買い込んでいる、スマホで摂食障害のことを調べまくっている等に注意する。

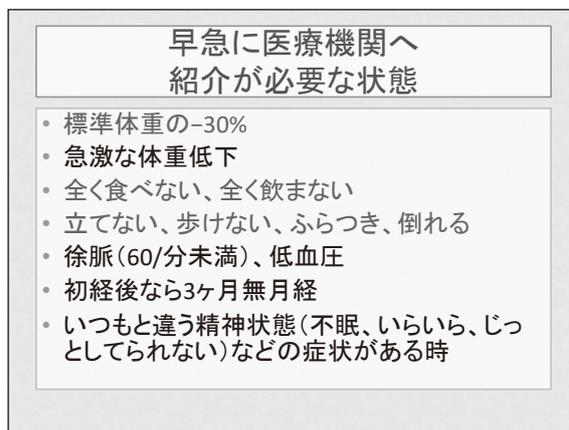
受診のタイミングについて、早急に医療機関への紹介が必要な状態というのは、マイナス30%の標準体重、急激に体重が減ってしまった、全く食べない、全く飲まないという状況である。立てない、歩けない、ふらつき、倒れるというのは緊急に医療機関への紹介が必要な状態である（図表18）。

学校医に連絡や相談をする、本人や保護者に受診を勧めるタイミングは、標準体重マイナス25%未満、BMIでいうと15未満である。成長曲線から明らかに外れている状態であったら、緊急ではないが受診を勧めるタイミングとなる。

受診の勧め方にはかなり気を使うが、「何か病気が隠れている可能性があるので検査をしてもらいましょう」と保護者に勧める。本人には「やせると脳も胃も縮んでしまうから、脳や胃を調べてもらおう」「月経不順があるので、ホルモンの検査をもらおう」「心臓がゆっくりしか動いていないの



図表17



図表18

で、心臓を調べてもらおう」「水不足は体によくないし、体の電解質のバランスが乱れているので、調べてもらおう」等の声かけを参考として受診を勧めてみてほしい。

具体的に医療機関をどう探すかは難しいが、まずは小児科の先生に診てもらうのが一番敷居が低い。初めから専門医に診てもらいたいという場合は、精神保健福祉センターへ相談、千葉県摂食障害支援拠点病院へ相談するなどの手段がある。

図表19の「摂食障害治療施設リスト」は、2022年度版であればホームページから自由にダウンロードできる。

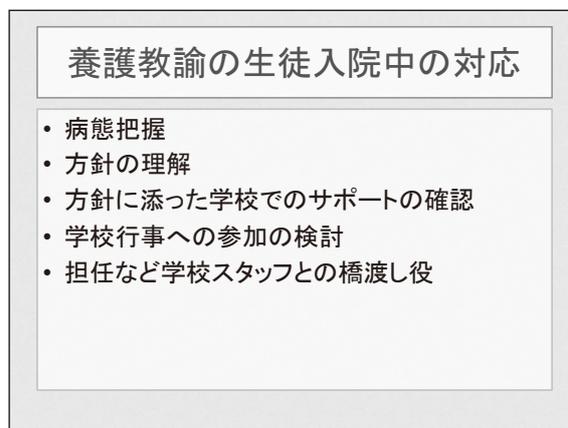
5. 養護教諭の対応

図表20にお子さんが入院した際の養護教諭の対応をまとめた。まずは、現在どんな状態かを家族に聞いて把握する。退院して復学できる状況になることが一番大事なのだが、体調管理はもちろん、お昼ご飯は配慮が必要か、保健室で食べた方が良いのか、別室で食べた方が良いのか、体育はどうすべきかなど。場合によっては、これらについて養護教諭が主治医に聞く役割を担うことも必要かもしれない。

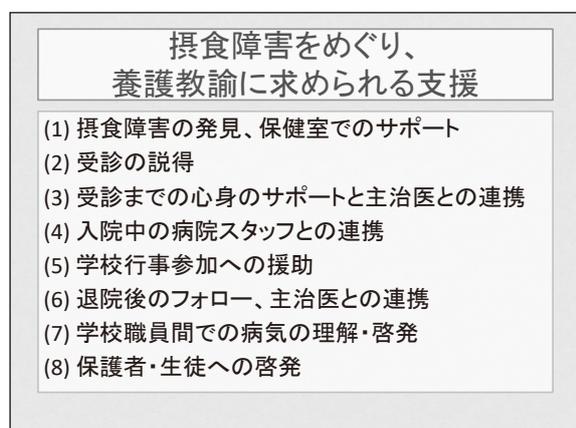
図表21に、養護教諭に求められる支援についてまとめたが、一番大変なのは、例えば修学旅行などに参加できるのか、どんなことに気をつけたらいいのかを確認し、それを学校の他の職員たちに知らせて理解してもらうことだろう。養護教諭は、この役割を求められることが多い。



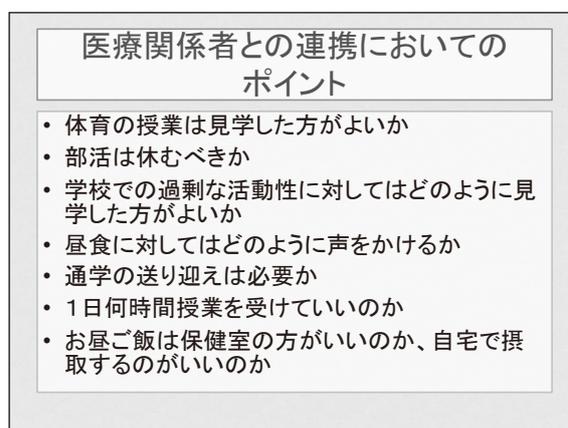
図表19



図表20



図表21



図表22

〈医療関係者との連携〉

医療関係者との連携における注意点について、医療者には守秘義務があるが、学校の先生方は守秘義務をどう扱うのが曖昧な方もいる。本人にとっては「それは言ってほしくなかった」という問題がどうしても発生しがちであるので、注意が必要である。

また、摂食障害の方は、体育は見学なのか、部活はどうか、お昼ご飯はどうするのか、送り迎えは必要なのかといった細々したことについて配慮されると学校に行きやすくなる（図表22）。

医療関係者との連携において、摂食障害の治療には、安心してなんでも話せる関係性が重要である。養護教諭と医療機関が連携する際、守秘義務として、本人・家族の同意が必要である。

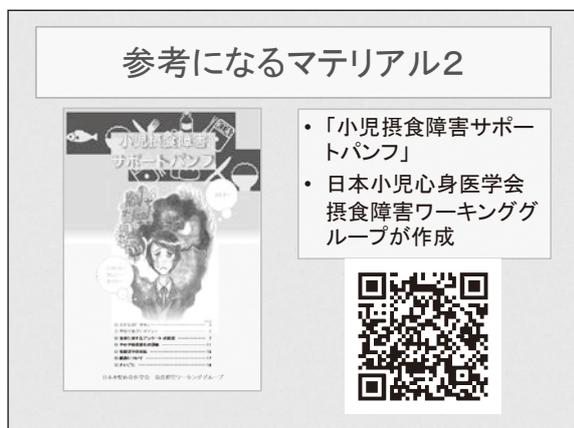
主治医の治療方針が優先であるが、体重と安静度の目安（図表6の入院適応の表）がある。緊急に医療機関受診が望ましい場合があるので、その判断を適切にする。

6. 参考になるマテリアル

参考になるマテリアルを図表23・24にまとめたが、これらは全てホームページから無料でダウンロードできるので、興味のある方はぜひア



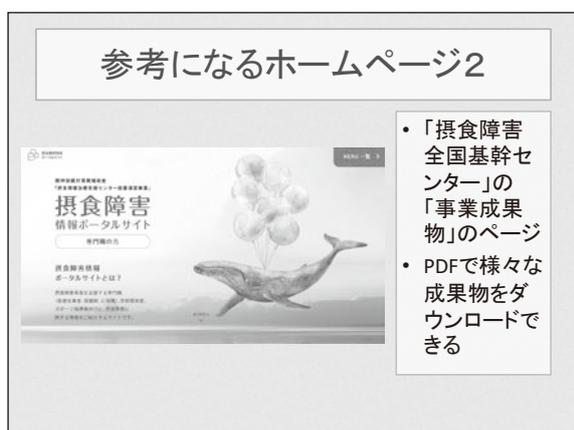
図表23



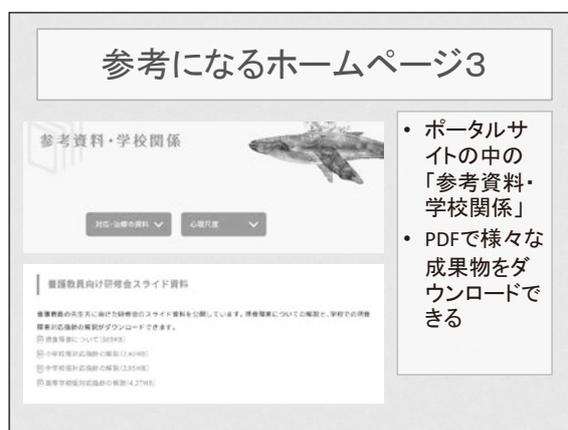
図表24



図表25



図表26



図表27

クセスしてダウンロードしてみてください。

また、「摂食障害情報ポータルサイト（図表25～27）」は、摂食障害についての情報収集や勉強にお勧めできる。専門職向けのページ（https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_pro/）と、一般の方向けのページ（https://edcenter.ncnp.go.jp/edportal_general/）がある。

また、「摂食障害に関する学校と医療のよりよい連携のための対応指針」という資料がある。小学校版、中学校版、高校版までをそれぞれ二次元コード付きで紹介しておく（図表29～31）。今回は掲載していないが、大学版まであるので、必要に応じて見ていただければと思う。

7. 薬物療法と気持ちの持ちようの目標

摂食障害に対する特效薬はない。しかし、不安・抑うつに対する向うつ薬、こだわりに対する向精神薬、食欲アップのための薬、胃薬・便秘薬など、補助的に使う薬はある。

治療が進んでいくと、図表32のように、健康的な自分と病気の自分がいることを客観視できるようになってきて、心の中で2つの自分がやりとりできるようになっていく。

また、自分を受け入れることも大事になって

オスズメの本・ホームページ

- ・ 見る読むクリニック 星和書店 鈴木眞理
- ・ 日本摂食障害学会ホームページ
- ・ 摂食障害情報ポータルサイト

図表28

参考になるマテリアル3

- ・ 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針小学校編」
- ・ 厚生労働科学研究費補助金「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班が作成

図表29

参考になるマテリアル4

- ・ 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針中学校編」
- ・ 厚生労働科学研究費補助金「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班が作成

図表30

参考になるマテリアル5

- ・ 「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針高等学校編」
- ・ 厚生労働科学研究費補助金「摂食障害の診療体制整備に関する研究」班が作成

図表31

健康な自分と病気の自分

健康的な自分と病気の自分がいることを客観視できて、心の中で2つの自分のやりとりができるように

図表32

くる。自分を支える、慰める、励ます、受け入れ許すといった健康な役割の見本を治療者が見せる。すると、患者は「だめな自分もあるけれど、良い自分もあるし、トータルとしてまんざら悪くない」と思えるようになる。完璧を目指さず、“良い部分も悪い部分もどっちもある”ことを受け入れられることを目指す。

治療者は、患者の心の成長、居場所や安心感、自分をしっかりと受け止めてくれる存在、自分に自信を持てる、1人で抱え過ぎず、対人交流のスキルを獲得する、これらを心がけて治療していく。

自信を持ってもらうには、できたことや体力をつけられたことを評価したり、何かを表現してくれた時に「それでいいですよ」と支持することで自信をもってもらえるのではないかと考えている。

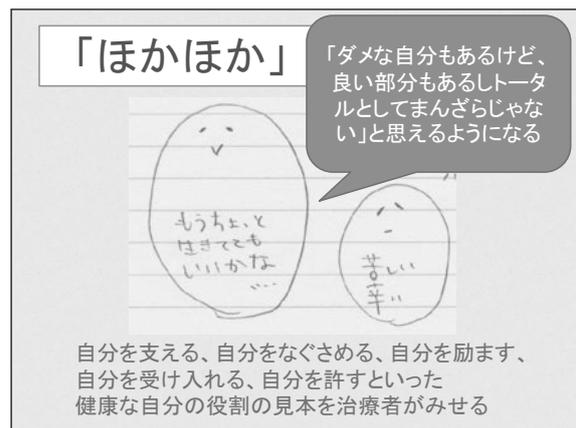
なお、図表28に挙げた本「摂食障害：見る読むクリニック（星和書店 鈴木眞理）」や、「日本摂食障害学会ホームページ」、「摂食障害情報 ポータルサイト」ホームページがお勧めであるが、これらは専門家向けではなく一般向けのためとても理解しやすくお勧めである。

田村奈穂先生の略歴

1999年秋田大学卒業

仙台市立病院内科研修を経て、九州大学心療内科に入局

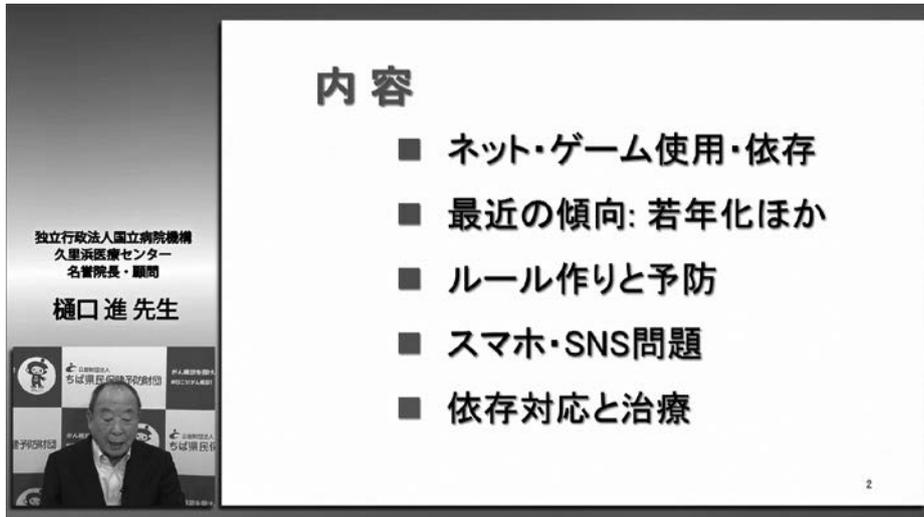
医局関連病院数カ所（洛和会音羽病院、恵愛会福岡病院 など）を経て2007年現在の勤務先である国府台病院心療内科医師として勤務し、現在に至る



図表33

若者のネット、ゲーム、スマホ依存の予防と対応

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
名誉院長・顧問 樋口進

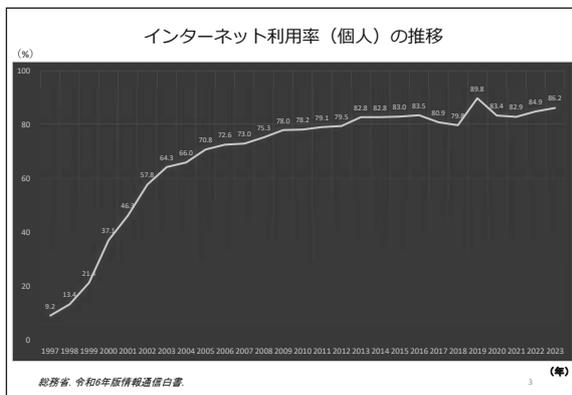


1. ネット・ゲーム使用・依存

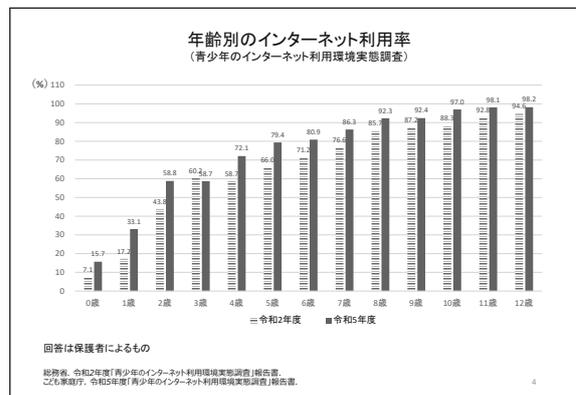
図表1は総務省が令和6年に行った調査で、インターネット利用率（個人）の推移を示している。直近の2023年では86%を越え、現在でも、インターネットを使う人の割合は増えている。

図表2は、こども家庭庁が毎年実施している、青少年のインターネット利用に関する実態調査結果の一部である。ネットを使用し始める子どもは0歳児からいて、利用率は年齢とともに増加し、8歳以上の利用率は90%を超えている。また、令和2～5年ではほぼ全ての年齢で増加しており、依然として年少者のネット利用率が増えている。

令和5年に総務省が行った通信利用動向調査で、情報通信機器がどのくらい所有されているかを調べたものがある。最近ではタブレットとゲーム機が横ばいで約30%、パソコンはゆっくり下がってきている。それに比べてスマートフォンは毎年のように割合が増えていて、令和5年には90.6%に達し、



図表1



図表2

ほとんどの方が持っているような状況になっている。

ネットに依存する時はどんなコンテンツに依存しているかを図表3で示したが、「オンラインゲーム」が最も依存性が高いと考えられている。

久里浜医療センターでは2011年からインターネット依存の専門外来を始めているが、いまだにオンラインゲームに依存している患者さんが圧倒的に多い。中でも、戦闘型のゲーム「シューティングゲーム」が最も依存性が高いと言われている。それに対し、音楽ゲーム（音ゲー）やパソコンの中で色んなものを創作するタイプのゲームは比較的依存性が低い。また、インターネットに接続されている「オンラインゲーム」は、接続されていない「オフラインゲーム」に比べて圧倒的に依存性が高いことも分かっている。

「コミュニケーション」は、近年SNSを使う方が非常に増え、依存性が上昇していると考えられる。後述するが、SNSは依存以外にも様々な問題があり、予防していかなければいけない対象である。

「動画」は、医療機関を受診される患者さんたちはインターネットのゲームに依存しているため、「動画は何を観ているのか」を聞くとゲームの実況動画が一番多い。他にもアニメなど色々なものを観ているのだが、陰に隠れているのがポルノである。口には出さないが、ポルノに依存している方々も一定数はいると予想している。

インターネット関連で病気として認められているのは「ゲーム依存」、正確には「ゲーム行動症」のみで、2019年にWHOが疾病として認定しており、診断の基準には4項目ある。

第1に「ゲームのコントロールができない」こと。前もって決めていたゲームの使用時間をはるかに越えてしまう、途中で止めることができない等である。

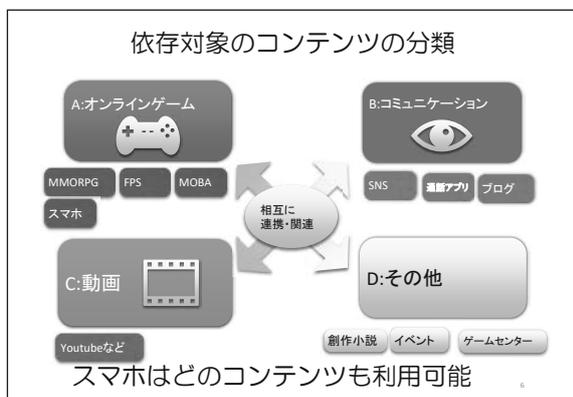
第2に「日々の生活でゲームが最優先されている」こと。学校や勉強、家庭における大事なイベント等よりもゲームを優先してしまう状況である。

第3に「ゲームによって明確な問題が起きている」こと。この問題については後に詳しく説明する。

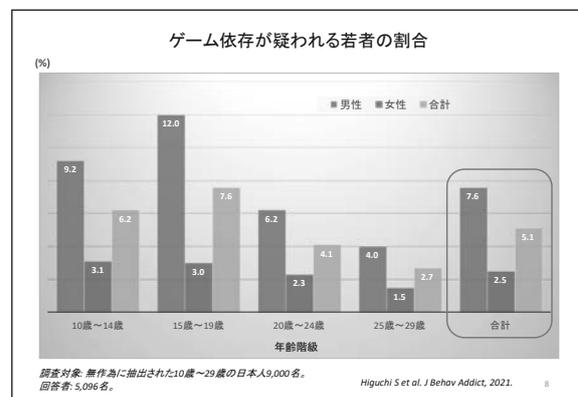
第4に「問題があるがゲームを続ける、あるいはエスカレートさせる」こと、である。

これが全部が揃う状況を「ゲーム依存」と呼ぶ。

世の中では「スマホ依存」「SNS依存」「ネット依存」といった言葉がよく使われるが、先述したとおりこれらの依存についてはまだ疾病として認定されておらず、どんなものであるかも明確になっていない。しかし、前述した4つの基準の「ゲーム」を「スマホ使用」という言葉に置き換えてみると分かりやすいかもしれない。スマホ依存の場合であれば、「スマホ使用のコントロールができない」「日々の生活でスマホの使用が最優先」といったように文章化してみると、スマホ依存、あるいはSNS依存がどんなものなのかを推測できる。



図表3



図表4

図表4は、子どもが2019年に行った実態調査の結果である。10～29歳までの若者9,000名を無作為に選び、ゲーム依存が疑われる者がどのくらいいるのか、ご自宅を訪問して調べた。

10～29歳までの全体の割合では、男性7.6%、女性2.5%、全体で5.1%となり、おおよそ20人に1人くらいの割合でゲーム依存が疑われる方がいることになる。年代別に見てみると、15～19歳の年代が一番高く、年代と共に下がっていく。同年の10月に10～79歳までの実態調査も行ったが、60～70代ではゲーム依存が疑われる方は0%になる。10～79歳までの全体では2%強くらいで、海外に比べても特段高くも低くもない状況だと考えられる。

次に、ゲームの過剰使用、依存にまつわる問題について解説する。

図表5に東北大学の川島隆太先生のグループが行った研究を示す。幼い子どもたちの脳のMRI画像を撮影し、その3年後に再び同じようにMRIを撮ることで、子どもたちの脳がどのように変化したかを調べたものだ。この研究によると、スマホを長時間使っている子どもと、短時間しか使っていない・全く使っていない子どもとの間では、脳の発達に大きな差が出てくる。つまりスマホが脳の発達そのものに大きな影響を及ぼすことを報告している。研究結果より、スマホの使用時間について「最長でも1日1時間」を強く推奨されているが、現実的には難しそうである。

図表6は、私どものネット依存専門外来を受診されたゲーム依存の男の子の健康問題例である。写真の輪の中に、右手の使い過ぎによりできてしまったガングリオンという大きなこぶが2つある。彼はその後、治療を受けてゲームの時間が大幅に減ったところ、このガングリオンが消失した。

また、ゲーム・インターネットに依存している若者は食事を定期的にとらなかつたりするため、痩せている方が非常に多い。さらに、太陽を浴びなかつたりカルシウムを摂らなかつたりすることが理由で骨密度が下がり、骨粗しょう症を発症するなど、健康問題を生じる若者がたくさんいる。

依存に直結はしないが、スマホの小さな画面を近いところでずっと見ていることで近視が進行したり、遠くが見えづらくなる「スマホ老眼」も報告されている。加えて、小さな画面をのぞき込むため斜視を発症するなど、目への影響もかなり出てくる。スマホ・インターネットを非常に長く使っていてひきこもっている方が、私どもの病院に入院して改善し、半年たって視力を調べると入院前に比べてかなり良くなっていたこともあった。視力に対する影響は、依存の改善によりかなり良くなることもわかっている。日本眼科医会では、「スマホの画面から30cm以上離そう」「スマホを30分見たら20秒休もう」と強く推奨している。

健康問題の他、家庭や社会の中で起こってくる問題も深刻である。ネット依存専門外来の患者さんの多くは父母に連れてこられて受診するが、受診の大きな理由として次の3つが挙げられる。

1つ目は不登校。ネット依存専門外来を受診される方々の約60%以上が長期の不登校となってい

スマホが子どもに与える(悪)影響のまとめ

- ・スマホ利用時間が長いほど、学業成績は落ちる
- 文献多数 (例: Felisoni et al. Comput Hum Behav 2018)
- ・長時間のスマホ使用は子どもの脳発達を大きく阻害し、言語性発達を遅延する (最長で一日1時間を強く推奨)
- Takeuchi et al, Human Brain Mapping 2018 他



川島隆太: ネット依存予防等に関する久里浜研修講義より

図表5

体の健康問題



手の酷使によるガングリオン

栄養失調

正常な骨 骨密度の低下した骨
骨粗しょう症

図表6

る。不登校には大きく分けて2種類のケースがあり、1つは元々不登校ぎみで家にいることが多かったが、ネット・スマホを使う時間が長くなり、不登校に拍車がかかったケースである。もう1つは、元々は不登校ではなかったが、ネット・スマホの使用時間が長くなり、朝まで使っていることで昼夜逆転してしまい不登校になっていくケースである。

2つ目は、父母への暴言・暴力である。例えば、子どもがスマホを長く使っていることに堪忍袋の緒が切れた父親や母親がスマホを取り上げる。すると子どもの暴言・暴力が始まり、特に母親に対する暴力が激しいことで、ネット依存専門外来に連れてこられることがよくある。

3つ目は、ゲーム・ネットに使う金額が異常に多くなることである。ゲームを有利に進めるために支払う費用を「課金」というが、親のクレジットカードのパスワードを盗み見て無断で使い、1か月に数十万もの課金をしたケースも起きている。また、動画の配信サイトで“推し活”として金銭を提供することを「投げ銭」というが、多額の投げ銭をするような方々も受診されている。その多くは若い女性である。

2. 最近の傾向：若年化ほか

図表7は、私どものネット依存専門外来を受診した患者さんのうち、12歳以下の小学生の割合を示している。2016年には0%だったが、近年急に増加し2022年には18%となって、5人に1人くらいが小学生以下の子どもとなっている。同時に、高齢の方々は減ってきているため、全体的に若年化が進行している。

小学生以下の子どもたちがネット・ゲーム依存に陥り病院を受診するというのは、かなり深刻な問題である。人生の最早期にネット・ゲーム依存に伴う深刻な問題に直面すると、不登校や昼夜逆転、両親とのいさかい等がある状況が長く続き、彼らの将来に大きな影響を及ぼす。

世界的にも同様であるが、幼い子どもの依存治療は非常に難しいことが分かっている。我々も幼い子どもたちの治療にはとても難儀していて、治療の成功率もあまり高くないかもしれない。それだけに予防が重要だが、予防法についてはまだ余り進展していない。

また、課金についてであるが、ゲーム内で課金をすると「ガチャ」と呼ばれるくじが出てくる。このくじに当たれば少額の金で高価なアイテム（対戦型のゲームなら武器）が手に入るが、外れれば当たるまで何回もガチャを引いて多額の金銭を使うことになる。この仕組みはギャンブルそのものであり、ガチャで勝った快感や、多額の金銭を使い込んでもはや引き返せないという気持ちがゲームに拍車をかける。

一方、最近では違法なオンラインカジノをする若者が非常に増えてきている。ゲーム依存の患者の中にはオンラインゲームからオンラインカジノに移行するケースがある。ゲーム内のギャンブル体験がオンラインカジノへの移行を助長しているように見える。

3. ルール作りと予防

こども家庭庁による青少年のインターネット利用に関する実態調査では、ネット利用に関する家庭のルールについても調べている。図表8の左側の図は、小・中・高校生とその両親に対



図表7

して「インターネット利用についてのルールを決めているかどうか」を聞いた結果である。「ルールを決めている」と回答している割合は、小・中・高のいずれでも生徒より保護者の方が高い。それでも、小学生では80%以上、中学生では70%以上の生徒が「決めていない」と回答している。しかし、高校生ではその割合がかなり下がって42%となっている。右側の図は、9歳以下の子どもに対する保護者のルールの有無であるが、「決めていない」と回答している割合はかなり高くなっている。しかし、このようなルールが本当に有効かどうか、守られているかどうかについては疑問がある。

そこで、より効果的なルール作りのために、ルールを作る時のポイントを紹介したい。

まず、親が一方的に決めて子どもに押しつけるのではなく、子どもと相談しながらルールを決めることが大事である。ルール作りに参加したことで、子どものルール遵守のモチベーションが上がる。

時間については余り細かく決めず、1つか2つの目安となる時間を決める。例えば、スマホ使用の開始時間と終了時間などである。私の経験から言うと、細かく決めると守れない子どもが多い。

使用場所については、特にスマホについて、食事の時間、寝床、トイレや風呂では使わないようにすべきである。

また、課金やオンラインショッピングについても決めておくことが大事である。

最後に、両親がネット、特にスマホ使用に関してルールを守り、子どもたちの見本になるようにすること。子どもたちは、親の行動に従うものである。

なお、子どもたちが了承するなら、ペアレンタルコントロールやタイマーなどを使うのも良い。依存の予防対策はたくさんあるが、ここではその中で重要なものを紹介する。

まず、ゲームやスマホの使用開始年齢を遅らせることである。残念ながら、年齢に関する国や国際的な指針はない。スマホの利用率は、10歳以上の小学生ですでに63%になっている。使用開始については、スマホの必要性や子どものルールの遵守状況も踏まえて慎重に決めることが重要である。

スマホの特定のアプリのみ使えるようにする方法や、位置情報と電話だけできるようなキッズスマホからスタートする方法もある。

次に、両親も含めた、ネット・ゲーム・スマホなどの過剰使用や依存に対する予防教育が必要である。子どもたちは依存について驚くほど無知である。依存やそれによって引き起こされる問題の説明に加え、子ども自身も対策について意見を述べられる教育環境が有効とされている。

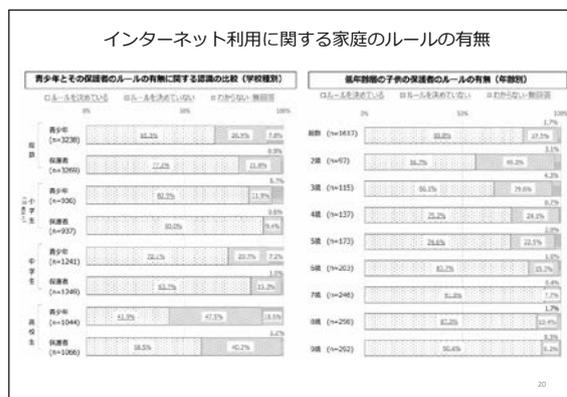
第三に、親子のコミュニケーションをよく取るようにする。受診患者では、親子のコミュニケーションのレベルと依存問題は反比例しているように見える。

最後に、ネット・ゲーム以外に、リアルでの楽しくやりがいのある活動を体験させて欲しい。ネット・ゲームへの逃げ込みを防いでくれる。

4. スマホ・SNS問題

スマホはあまりにも手軽で、“いつでもどこでも使える”という依存の重要なリスク要因があるため、過剰に使っている人は子どもだけでなく、大人もたくさんいると予測している。

スマートフォンなどの端末を使えないことに対して恐怖を感じる状態を指す「No Mobile Phone Phobia」を略した「ノモフォビア」という用語がある。例えば、スマホを忘れて外出し



図表 8

たり、家の中でスマホをどこに置いたかが分からなくなったことでパニックを起こすようなケースはよく見られる。このノモフォビアが見られるようであれば、依存症に半分くらい足を踏み入れていると考えて良い。

「スマホ依存のスケール」という全10項目の指標があるので、これで自身のスマホの依存状況を一度チェックしてみたい。

- ① スマホ使用のため、予定していた仕事や勉強ができない
- ② スマホ使用のため、課題に取り組んだり、仕事や勉強をしている時に、集中できない
- ③ スマホを使っていると、手首や首の後ろに痛みを感じる
- ④ スマホがないと耐えられなくなると思う
- ⑤ スマホを手にしていないと、イライラしたり、怒りっぽくなる
- ⑥ スマホを使っていない時でも、スマホのことを考えている
- ⑦ スマホが毎日の生活にひどく悪影響を及ぼしていても、スマホを使い続けると思う
- ⑧ エックスやフェイスブックで他の人とのやり取りを見逃さないために、スマホを絶えずチェックする
- ⑨ (使う前に) 意図してたよりスマホを長時間使ってしまう
- ⑩ 周りの人が、自分に対してスマホを使い過ぎていると言う

以上の質問それぞれに対し、「全く違う」であれば1点、「違う」であれば2点、「どちらかという」と違えば3点、「どちらかというとその通り」であれば4点、「その通り」が5点、「全くその通り」は6点とし、合計点が男性では31点以上、女性では33点以上であればスマホ依存が疑われる。

スマホをどうやってうまく使っていくかについて、まず自分のスマホ使用を確認することが大事である。どのようなアプリを何時間使用しているかは、スクリーンタイムなどを調べることである程度分かる。使用時間が長ければ、タイマーでロックするなど使用制限をかけることも可能である。

アプリの通知をオフにすることも、自分がハマっているアプリから解放されるため有効かもしれない。また、スマホの画面を白黒や赤1色にするとスマホの使用時間が短くなるという人もいる。

そういったスマホの機能を使った制限に加え、自分のスマホの使用状況を振り返ってみることも大事である。まず、スマホの良いところとはどんなことか、逆に、スマホで困ることはどんなことか。スマホ時間が伸びてどんな変化があったか、どの時間にどのようにスマホを使っているか。そういったことを振り返ってみることで、スマホ時間を減らすヒントが生まれるかもしれない。

「ファビング (Phubbing)」という Phone と Snubbing (冷たくあしらう) を合わせた造語があり、スマホに気をとられて目の前の相手や周囲の人を無視することを意味する。会話途中で突然スマホを取り出し、そのスマホを見ながら話を続ける人がいるが、それがまさにファビングである。相手に対して大変失礼であり、このファビングをしないようにするだけでスマホの使い方が少しは良くなる。

スマホはいつでもどこでも使えるという特性があり、目の前にあるとすぐ手に取ってしまうため、物理的にスマホを遠ざけるのも大事なことである。例えば、仕事や勉強中はスマホをかばんや机の中にしまっておき、見えないようにする等が挙げられる。

また、特に重要なポイントとして、寝床にスマホを持っていかないことが挙げられる。寝床に持っていくと夜中に目が覚めた時もすぐに手に取って使い出してしまう。そして、充電は寝室以外の部屋で行う。家族一緒に同じ部屋で充電を行うということも必要かもしれない。当然だが、食事中はスマホを食卓とは別の場所に置いた方が良い。

最後に、“スマホ断ち”してみるのも非常に大事なことである。何日間もスマホ断ちする必要はないが、例えば、朝にスマホの電源を入れる時間を遅らせること等、できることからやってみると良い。

寝室にスマホを持っていく理由の1つに、スマホを目覚まし時計がわりにしていることが挙げられるが、目覚めて最初に触るのがスマホになり、それから延々とスマホを使ってしまう。“起床後の3時間はスマホを使わない”などと決めておき、その間はスマホなしの生活をする。あるいは、昼休みはスマホを使わないで外に出て運動や散歩をするなど、1日の中でスマホを使わない時間帯を作る。

週末にはスマホを24時間オフにするのも良い。より長時間の“デジタルデトックス”を実践してみるわけだが、そういう時には事前に親しい人たちにその旨を伝えておいた方が良いかもしれない。

SNSについて、図表9は総務省が行っている「令和5年通信利用動向調査」の一部である。令和5年度のSNSの利用者割合は80.8%となっており、令和4年度よりわずかに増えている。僅差であるが、令和5年度で増えている年齢層は6～12歳と、40歳以降の中年～高齢の方々となっている。非常に多くの方がSNSを使っているということである。

SNSは、不登校を含む様々な問題の原因になっている。我々の患者さんの中には、SNSで「イイね」やフォロワー数が増えたことが自分へのご褒美となって依存が進行した方もいる。

一方、SNSでいじめや誹謗中傷を受けている方もかなりいる。不登校の子どもが多いが、その原因が実はいじめであったり、“さらし”であったりした子どももいる。これは大人の世界でも同じで、個人情報の流出や、いわゆる“炎上”が原因ということもあるだろう。

こういった方が受診された時に私が最初に言うのは「書き込みするのをやめよう」ということである。書き込みをすれば必ずそれに対する反応を見なくなるためだ。書き込みをやめた方の中には、SNSへの囚われがかなり改善している人がいる。

スマホ断ちと同様に、「SNSフリー」の時間をつくる、あるいは、思い切って一定期間、SNSのアプリを全部消してしまうというのも1つの方法である。当然、消す前に親しい方々にその点を伝えておかねばならないが、SNSから自由になるとかなり楽になる。

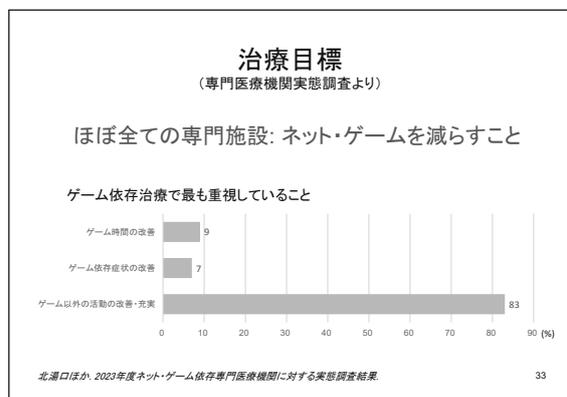
5. 依存対応と治療

子どもは2年に1回、全国のネット・ゲーム依存の専門医療機関を対象とした調査を行っている。それによると、ネット・ゲーム依存に関しては、ほぼすべての施設において「完全に止めるのではなく減らすこと」、あるいは「上手く使うこと」を治療目標にしていた。

また、「ゲーム依存治療で最も重視していること」に関しては、83%の施設が「ゲーム以外の活動



図表9



図表10

の改善・充実」と回答していた。直接的にゲーム時間を減らすことより「ゲームができない時間をいかに増やしていくか」を重要視しているということである（図表10）。

改善の対応の原則だが、ネット・ゲーム依存にまでなってしまうと、周囲の人間が本人のネット・ゲームの行動をコントロールすることは難しくなる。コントロールできたとしても一時的なもので、すぐに元に戻ってしまう。大原則は本人に問題を気づかせて、自ら改善に向けて動き出させることである。しかし、行動に移るのは容易ではない。少なくとも、自身の行動を改善する意向をもって、それに向けて少しずつ動いていくように支援していかなければならない。

では、ネット・ゲームに依存している彼らに改善の意向はあるのか。

彼らの中には通常、相反する2つの気持ちが混在している。これは依存であるため当然のことだが、まず1つは「ネット・ゲームをもっとしたい」という気持ちがある。しかし同時に「このままでは良くない」「ゲームを減らしたい」「学校に行きたい」「勉強しなければいけない」などの気持ちも小さいながら存在する。

彼らが受診した時、「きみは本当に今のままでいいの？このままずっと今の生活を続けていくの？」と聞くと、ほとんどの方が「いや、今のままではまずい。ネット・ゲームを減らしたい」と答える。彼らのこの気持ちを確認し、少しずつ大きくし、実行に移させていくのが治療である。

しかし、彼らがこのような気持ちを親に表明することはほとんどない。親に言えば「すぐ止めろ」と言われてしまうため、親は子どもにそういう気持ちが全くないと誤解していることが多い。

治療方法はそれぞれの治療施設で異なる。しかし、世界的にその有効性が示されているのは、認知行動療法をベースにした治療プログラムである。ネット・ゲーム依存について正しく理解し、自分の考え方や行動を検証し、修正していくのがその目的である。

通常は図表11のように、小集団でワークブックなどを使って治療を進める。回復プログラムにもよるが、1～2時間程度のセッションを10回程度行う。もちろん、これ以外にも医師の診察、心理師によるカウンセリング、あるいは病気に対する教育なども行う。

上記の治療に加えて、図表12のようなキャンプを行っている治療施設も全国で20施設以上ある。我々の医療機関でも2014年から毎年3回、普通のキャンプに認知行動療法やカウンセリングを組み合わせたキャンプを行っている。我々のプログラムの場合、キャンプ参加中はネットやスマホは全く使えない。また、このキャンプには「メンター」という参加者の面倒をみてくれる大学生が参加し、非常に重要な役割を果たしてくれる。

このキャンプを通じて、ネットがなくても生活できることを実感し、ネット以外に現実の楽しい活動があることを体験してもらう。私の経験上、このキャンプは入院治療と並んで非常に有効性が高い。



図表11



図表12

依存が疑われる方がいたら、私どもの病院のホームページに全国の専門医療施設のリストが掲載されている (https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/net_list.html) のでご確認いただきたい。

受診の時期に関しては、早過ぎることはないので、心配な場合には受診をお勧めしたい。

また、各都道府県・政令指定市の精神保健福祉センターに相談してみるのも良い。センターでは、医療機関の紹介のみならず、カウンセリング等もしてくれる。

課金、投げ銭等の金銭に関する相談の場合は、消費生活センターや国民生活センターに相談して欲しい。残念ながら、自助グループのような社会資源は乏しいのが現状である。

なお、「ゲーム依存 相談対応マニュアル」という冊子が依存症対策全国センターのホームページに掲載されている (<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document45.pdf>)。こちらもご参照いただきたい。

樋口進先生のプロフィール

【役職】

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター名誉院長・顧問

慶應義塾大学医学部客員教授

藤田医科大学医学部客員教授

【専門領域】

臨床精神医学、アルコール関連問題の予防・治療・研究、ゲーム行動症・ギャンブル行動症等の行動嗜癖の予防・治療・研究

【認定資格】

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会認定医

【所属学会、委員会、役職等】

国際アルコール医学生物学会 (International Society for Biomedical Research on Alcoholism, ISBRA) 前理事長、2018年大会長

国際行動嗜癖研究学会 (International Society for the Study of Behavioral Addiction, ISSBA) 理事、2019年大会長

国際嗜癖医学会 (International Society of Addiction Medicine, ISAM)、2014年大会長

アジア・太平洋アルコール嗜癖学会 (Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research, APSAAR) 理事、事務局長

日本アルコール関連問題学会 (理事、前理事長)

アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク代表

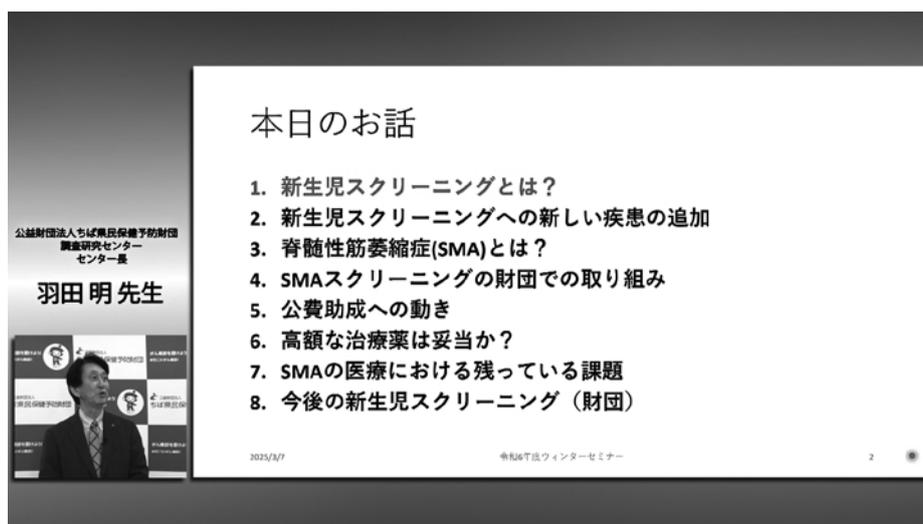
【委員等】

WHO 専門家諮問委員 (薬物依存・アルコール問題担当)

内閣官房ギャンブル等依存症対策推進関係者会議会長

赤ちゃんを助きたい！ Part 2 ～脊髄性筋萎縮症の画期的な治療法の登場と今後の課題～

公益財団法人ちば県民保健予防財団
調査研究センター センター長 羽田明



1. 新生児スクリーニング (NBS) とは？

新生児スクリーニング (Newborn Screening : NBS) では、生後数日の赤ちゃんの足裏に小さな傷をつけ、ごく少量の血液をろ紙で吸い取り、採血済みのろ紙を専門の検査機関 (千葉県では当財団) に送って対象となる病気の有無を調べ、陽性を示した赤ちゃんは各地域の専門医の診察を受け、必要に応じて治療や生活の指導を受けるという流れで実施されている。代謝異常の検査は、母乳やミルクをある程度飲む状態になっていることが必要なことから、採血は出産したクリニックで生後5日頃の退院前に行うのが通常である。NBSは病気の発症前に発見して治療をすることを目的とするため、対象は治療可能な病気のみである。日本では1977年に5疾患を対象に始まり、2025年1月現在では20疾患までに拡充した。

図表1は、NBS検査の採血済みのろ紙である。4か所に血液がしみ込んだろ紙をパンチアウトして検査に出されるが、このシートには医療機関コード、母親の名前、子どもの名前、出生日、哺乳開始日、その他の情報が記載されている。

現在、千葉県では20種類の新生児疾患を対象としてNBSを行っている。開始当初はアミノ酸代謝異常であるフェニルケトン尿症などの5疾患のみだったが、その後の拡充により、有機酸代謝異常である7疾患、脂肪酸代謝異常である5疾患、ガラクトース血症、内分泌疾患である

NBS検査のために送られてくる採血済みろ紙

採血済みろ紙	初生児	再採血	項目	検査番号
検査機関コード				
検査機関名				
母子手帳番号				
母氏名				
子氏名				
出生日	年 月 日	出生時刻		
哺乳開始日	年 月 日	開始時刻		
採血日	年 月 日	採血時間		
備考	1. 試 2. 不試 3. 始と哺乳不能			
結果				
検査結果				

2025/1/7 令和6年度ウインターセミナー

図表1

先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症といった病気が加わった。これらの病気について当財団で検査を行い、陽性の場合は医療機関への紹介状も付けて連絡している。

対象疾患の大部分は遺伝性の病気である。常染色体潜性遺伝（父親と母親が保因者で子どもに4分の1の確率で発症する遺伝）が最も多く、その場合、両親には症状が全くない。

図表2は、千葉県におけるNBS体制を示している。当財団ではろ紙の仕分け、検査、データ管理などを行い、検査結果報告書を産科施設に送る。陽性であった場合は、産科施設から保護者に結果を送り、結果報告書を持って指定した病院を受診するよう連絡する。治療は千葉県こども病院で行うことが多いが、千葉大学医学部附属病院などで行うケースもある。指定病院では、遺伝子検査を行うための遺伝カウンセリングや精密検査、治療などを担う形式で進めてきた。

2. NBSへの新しい疾患の追加

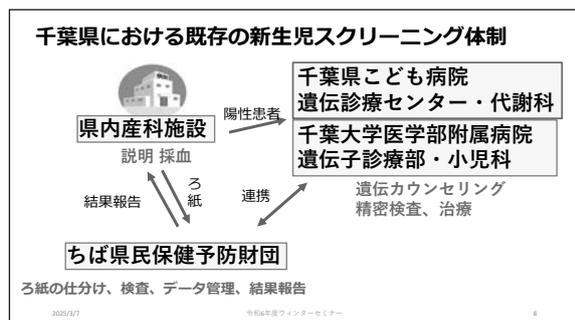
近年の医学の発達により、新生児疾患の検査・診断・治療は急速に発展した。ゲノム研究や遺伝医学の研究が劇的に進歩したことから、新生児期にスクリーニングをすれば発症の予防や治療が可能な病気が増え、次はどの疾患をNBSに加えるべきかが検討されつつある。

その検討の中心となっているのがアメリカの“Advisory Committee on Heritable Disorders and Genetics Disease in Newborns and Children”であり、この機関が毎年、NBSの推奨疾患を決定し発表している。この推奨疾患のリストを、“Recommended Uniform Screening Panel (RUSP)”という。

余談であるが、千葉県市原市に日本初の地質時代の名称となった「チバニアン」の地層がある。現世人類は25～30万年前にアフリカで生まれたが、ちょうどそこに入る非常に重要な時代にチバニアン(Chibanian、千葉時代)という名前がついたことは私も誇らしく思っている。地質時代は環境の大きな変化によって決められるもので、白亜紀の終わりにメキシコ沖に隕石が落ち恐竜が減じた話は有名である。

NBSも、大きな転換期を経て時代を重ねながら今に至る(図表3)。開始当初は枯草菌を培養した中にろ紙血を置いて反応を調べる「ガスリー法」を使っていた「ガスリー紀」で、日本でも1977年にガスリー法を使ったNBSを開始した。ただガスリー法は時間も手間もかかったため、2014年には質量分析計で様々な病気が診断できる「タンデムマス法」が取り入れられ、全国に広まった。千葉県でも当財団が中心となってタンデムマス法の普及に貢献した時代である。その後、前述したRUSPが導入された「RUSP紀」に入るが、このRUSP紀にリストアップされた疾患をNBSに含めたいと考えている。

RUSPでは、2009年に重症複合免疫不全症(Severe Combined Immunodeficiency: SCID)、2018年には脊髄性筋萎縮症(Spinal Muscular Atrophy: SMA)がスクリーニングの推奨としてリストアップされている。SMAを世界で初めて国単位でスクリーニングしたのは、台湾である。スクリーニングで



図表2

主な地質年代	地球誕生	1960年	1965年	1968年	1977年	1979年	1990年代	1997年	2000年前後	2004年	2011年	2014年	2009年	2013年	2015年	2018年
古生代	46億年前	ガスリー法発明(米国・Guthrie博士)	米国16州での初的新生児スクリーニング開始	わが国でガスリー法の試み(研究機関、厚生省研究奨励費)	新生児スクリーニング法(全国実施(アトピー/難産症を対象))	先天性腎臓線維症(遺伝子検査)が対象疾患に追加	TMS法の開発(米国)	わが国で初のTMS法の試験研究(千葉大学)	TMS法が世界的に注目	厚生労働省タンデムマススクリーニング研究奨励費	TMS法の導入について厚生労働省母子保健課長会議	全国にTMS法導入(ガスリー法は廃止)	RUSPにSCIDがリストアップ	Pompe病がリストアップ	MPS1型 ハーラー病がリストアップ	SMAがリストアップ
中生代	252万年前															
新生代	6600万年前															
第四紀	258万年前															
更新世	1万1700年前															
人類世	現在															

図表3

陽性であった子どもに、開発されて間もない治療薬を投与したところ、未治療では2歳までに亡くなる子どもが、治療により他の子どもと同様な運動機能を獲得したという症例の動画が世界中に拡散したことから、RUSPでリストアップされたという経緯がある。このような世界情勢の中、当財団では日本でもSCIDやSMAをNBSに取り入れるための取り組みを開始した。

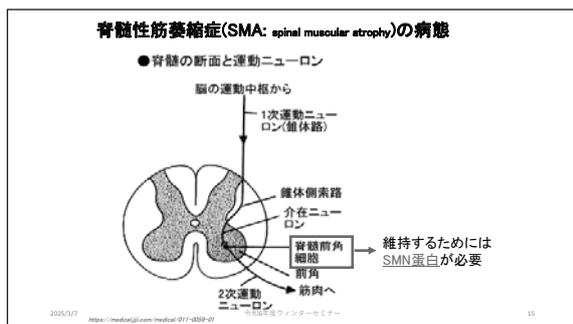
ちなみに私は研修医時代にSMAの患者さんを診たことがある。当時は治療法が全くなかったため、合併症が出た時にその症状に対処する以外何もできず、お子さんはだんだん弱って行って最後は亡くなった。私にとって、医療者として何もできない無力感に苛まれた代表的な疾患がSMAである。

3. 脊髄性筋萎縮症 (SMA) とは？

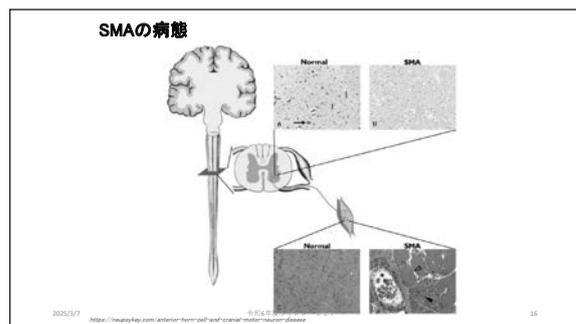
体を動かす指令は脳の運動中枢から発せられる。例えば右手を動かしたいと思うと、脳の運動中枢から1次運動ニューロン（錐体路）を通して脊髄の前角細胞までシグナルが行く。この脊髄前角細胞を通して筋肉にシグナルが受け渡され右手を動かせるわけだが、SMAはこの脊髄前角細胞がなくなってしまうという病気である。

なぜなくなってしまうのか？脊髄前角細胞を生かし続けるにはSMN蛋白という蛋白質が必要なのだが、SMAの患者はSMN蛋白ができないため前角細胞が死んでしまう。前角細胞が無いと、脳からシグナルが来てもそこから先には伝わらない。シグナルが来ないと筋肉は廃用性萎縮の状態となり萎縮してしまう。これがSMAの病態である（図表4）。図表5は顕微鏡で見たSMAの病態である。黒く見える細胞が前角細胞であるが、SMAの方の脊髄を見てみると黒く見えるところが全くない。この状態になるとシグナルが伝わらず、筋肉が萎縮して廃絶する。

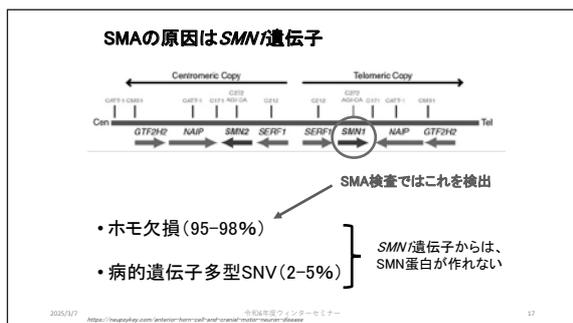
SMAは、*SMN1*という遺伝子が父親由来の染色体にも母親由来の染色体にも欠損している場合に発症することから、*SMN1*の欠損を検出することがSMAのスクリーニングとなる（図表6）。*SMN1*にかなり似た*SMN2*という遺伝子もあり、今まで開発された薬の中には*SMN2*をうまく働かせるようにする薬もある。



図表4



図表5



図表6

脊髄性筋萎縮症の分類

タイプ	発症年齢	最高到達運動機能
0型	出生前	-
I型	生後0~6ヵ月	支えなしに座れない
II型	<1歳6ヵ月	支えなしに立てない・歩けない
III型	1歳6ヵ月~20歳	支えなしに立てる・歩ける
IV型	20歳<	正常

難病情報センターのウェブ(<https://www.nanbyou.or.jp/entry/135>)などをもとに作成

図表7

図表7で示したように、この病気には様々な型がある。0型は稀で、Ⅲ型、Ⅳ型もかなり少ない。70~80%を占めるⅠ型とⅡ型を早期に発見することで大きな効果が期待できる。特にⅠ型の場合は1か月前後で症状が出はじめる可能性があり、極めて重症な型であり、2歳までに呼吸ができない状態に陥り、人工呼吸器を付けなければ亡くなってしまふ。Ⅱ型も少し悪化スピードは遅いが、障害が進行する型である。

SMAに対しては治療薬「スピナラザ」が開発され、2017年7月から日本でも使えるようになった。バイオジェン社が開発したSMN2遺伝子を働かせる薬で、年に4回、背中から針を入れて髄腔内に注射をする。侵襲的な治療法ではあるが治療効果が示されて、世界中のNBSでSMA検査が導入されるようになった。2020年3月には、SMN1遺伝子そのものを体内で働かせる遺伝子治療が承認された。ノバルティス社が開発した「ゾルゲンスマ」を使った治療では、静脈から1回注射をするだけで済む。それによりSMN1遺伝子が働き続け、遺伝子産物であるSMN蛋白を生産し続けるとされる治療法である。もう1つは、ロシュ社と中外製薬が共同で開発した薬で、経口摂取で効果を得られる画期的なものである（図表8）。こういった画期的な治療法が開発され、いずれもよく効くことが証明されている。

図表9は、治療が有効な期間（Therapeutic window）を示したグラフである。現在、NBSの主要な対象はⅠ型とⅡ型で、重症型のⅠ型の場合は3か月頃になっても首が座らず、2歳までに呼吸に必要な筋肉まで萎縮してしまい、人工呼吸器なしでは生存できなくなる。Ⅱ型の場合は、首はなんとか座るがお座りができないという時期を頂点とし、以後少しずつ筋萎縮が進んでいく。症状が出た以降はグラフ内の治療が有効な期間の線が少し細くなっている。つまり、一度障害が起こってしまうと、それを完全に元に戻すのは難しいことが分かる。

以前は症状が出てから受診し、その病院の医師にSMAの知識があれば診断がつくが、ある程度の障害が残るといふ状況が続いていた。現在では治療ができるようになってきて治療の有効期間を若干延ばすことは可能となったものの、発症してしまった障害を元に戻すことはやはり難しい。

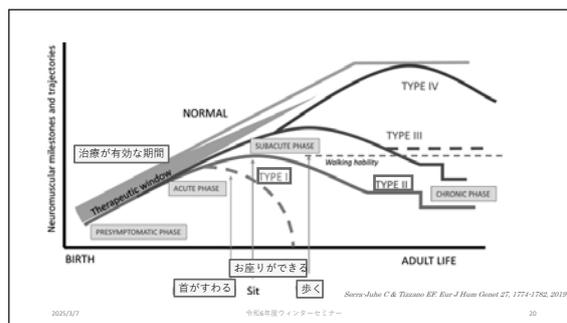
つまりは症状が出る前に診断しないと有効な治療ができないということであり、それを可能とするのはNBSのみである。ただ、SMAは従来のタンデムマス法ではなく遺伝子検査でなければ検出できないため、別の検査機器が必要となる。とはいえ治療効果が非常に高いことは明らかなことから、NBSの対象疾患にSMAを入れたいというのが世界中の小児科医の願うところとなっている。

4. SMAスクリーニングの財団での取り組み

SMAのスクリーニングには遺伝子検査が必要だが、開始当初、当財団にはそのノウハウがまだなかった。そこで千葉県の遺伝子治療の先導的施設であるかずさDNA研究所に協力依頼し、当財団か

品名 一覧名	スピナラザ ヌシネルセン	ゾルゲンスマ オナセム/ゲン アベハルホベフ	エブリスティ リスジプラム
社名	バイオジェン	ノバルティス	ロシュ/中外
作用機序	スプライシング修飾 【核酸医薬】 SMN2遺伝子を働かせる	遺伝子導入 【遺伝子治療】 SMN1遺伝子を導入	スプライシング修飾 【低分子】 SMN2遺伝子を働かせる
投与形態	髄腔内注射（年4回）	静脈注射（単回）	経口
開発段階	日：承認 米：承認 欧：承認	日：承認 米：承認 欧：承認	日：承認（2021.6） 米：承認（2020.8） 欧：承認（2021.3）
日本での承認	2017年7月承認	2020年3月承認	2021年6月承認

図表8



図表9

ら血液ろ紙の一部を宅急便でかずさDNA研究所に送り、結果をメールで返してもらう体制を整えた（図表10）。この体制であれば千葉県全域をカバーできると考え、千葉県は2020年に全国で初めてSMAを加えたNBSを開始した。しかもこの時は研究助成金の支援があったため、SMAの検査を無料で実施できた。その後、全国から「我が県でも実施したい」という問合せを頻繁に受けるようになり、千葉県での取り組みを紹介していくうちに、他県でも次々に開始されるようになっていく。

研究助成は1年間のみであったため、開始翌年の2021年からはSMAの検査は有料となったが、2022年度からはSCIDもNBSに加えることができた。元々この2疾患を一度に検査できるキットを使ってはいたのだが、SCIDの治療には骨髄移植が必要である場合があり、それが可能な施設の確保が前提条件であったため導入を遅らせた。千葉県では千葉大学附属病院のみが対応可能であった為、まず千葉大学に協力を依頼し承諾を得た後、2022年度からは両方の検査を有料で提供できる状態となった。

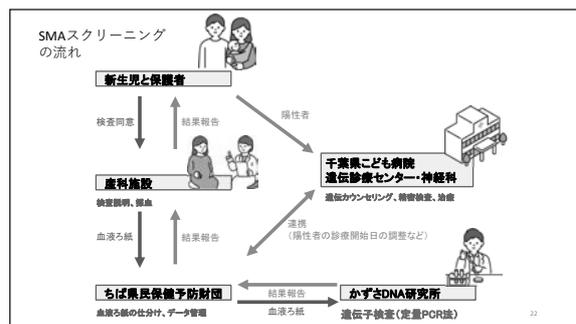
SMA検査の流れを説明する。①産科施設から送られた血液がついたろ紙を当財団でパンチアウト（血液のところには穴をあける）、②その一部を載せたプレートを翌日の15時までにかずさDNA研究所へ宅配便で発送、③次の日の午前中に届いた血液をかずさDNA研究所が解析する、という極めて迅速な流れを構築した。

検査結果は信頼度が高く、陰性であれば余裕をもって結果を返せばいいが、陽性の場合には1日を争う。陽性が出た際には、まず私自身が治療対応機関である千葉県こども病院に電話連絡し、最も早く対応可能な外来受診日を指定してもらい受け入れの確約をとった後、産科施設に連絡する。「陽性の可能性が非常に高いため、指定日に千葉県こども病院を受診するように」と伝え、産科施設はその内容を保護者に連絡し、受診の承諾が取れ次第もう一度、当財団に連絡していただく。

治療対応機関は千葉県こども病院であり、遺伝カウンセリングをした後、再度、確定のための遺伝子検査を行うと同時に、重症度に関わるSMN2という遺伝子のコピー数を外注検査に出す。遺伝子ベクターに対する抗体ができていると遺伝子治療ができないことから抗体の有無も調べ、問題がなければ1回で済む遺伝子治療を選択するケースが多い。

ただ、当初は日本には遺伝子治療薬の在庫はなく、発注してから日本に届くまで、さらに数日を要していた。現在ではやや改善し、1回分だけは常に国内に在庫がある状態となっている。

この流れの中で問題なのは、私が産科施設に電話をすると、どこの誰なのか不審がられることがあるという点だ。他の病気であれば紹介状を書いて送る時間もあるが、一刻を争うSMAに



図表10

NBSにSMA・SCID検査を追加する事業を実施	
新生児マススクリーニング (NBS: newborn screening) すべての新生児を対象に公費負担にて行われています	脊髄性筋萎縮症検査 (SMA検査) 重症複合免疫不全症検査 (SCID検査) 当財団で独自に追加した検査です
<ul style="list-style-type: none"> 2020年度→ SMA検査を研究助成を受け無料で実施 2021年度から→ SMA検査を有料で実施 2022年度から→ SCID検査を同額で追加 	

図表11

ろ紙血受取からの所要時間
<ul style="list-style-type: none"> Day 1: ろ紙血受取→プレートにパンチアウト Day 2: 15時にかずさDNA研究所へ発送（宅配便） Day 3: 午前中にかずさDNA研究所着 Day 4-5: 解析実施 Day 6: 結果を財団で受取 Day 7-8: 当該産科施設へ結果発送
<ul style="list-style-type: none"> 陽性が出た場合：治療対応機関（千葉県こども病院）および産科施設に連絡→保護者に迅速な受診を求め→対応機関で遺伝カウンセリング後、SMN2遺伝子のコピー数の外注検査→ゾルゲンスマ発注し迅速に治療開始

図表12

についてももう少し周知できれば改善できるかと思う。2024年からは当財団でDNA検査ができるようになり、時間短縮できたことも改善点の1つである。

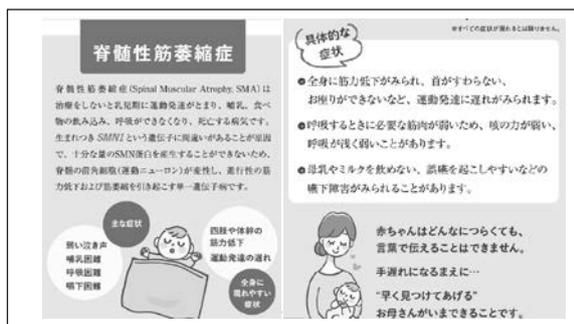
SMA検査を受けていただくには、ご両親の承諾と承認が必要である。当財団では納得して検査を受けていただけるよう、パンフレットを配布している（図表13～15）。掲載内容は、SMAはどのような疾患かの説明、治療はできるがそのためには診断が不可欠であること、ちば県民保健予防財団ではマスキングにこの病気も入れて検査をしていること、この病気の発生率は1万5千～2万人に1人という頻度で、千葉県内でも毎年数人見つかる可能性があること、陽性結果が出た場合はすぐに千葉県こども病院などに行って治療を始めなければいけないが、陰性であった場合は1か月検診までに結果をお返しすることとなっている。さらにQ&Aのページも設けてあり、理解しやすい内容となっている。

現在、千葉県で実施しているSMA検査のポイントは、第1に、SMA検査のための新たな採血は不要ということである。既存のろ紙をそのまま使うことについては千葉県・千葉市にも承認を得ている。次に挙げられるのは、遺伝子検査体制の確立である。最初はかずさDNA研究所で遺伝子検査を行っていたが、現在は当財団で行っており、滞りなく進んでいる。さらに、千葉県では治療体制から治療後のフォローアップ体制まで確立できている点もポイントであり、他県に比べ非常に恵まれていると言える。

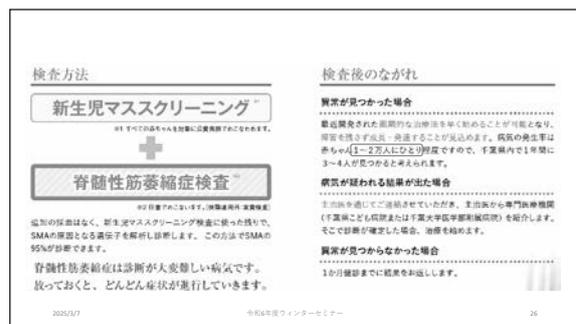
千葉県でのSMA検査実施数については、無料で実施していた当初は90%近い新生児が検査を受けていた。しかし2022年4月から有料になったところ実施数がガクンと落ち、約半分になってしまった。折しも2022年に立て続けに2例の診断ができ治療に結びついたということがあり、記者会見を行って、NBSへの公的支援と検査の必要性をアピールさせていただいた。

5. 公費助成への動き

公費助成への動きの中で一番大きかったのは、「SMA家族の会」の存在である。SMAのお子さんを育ててこられた千葉県の大山有子会長により、厚生労働大臣にSMA治療への公的支援を嘆願され



図表13



図表14



図表15



図表16

る等、アクティブに活動されている（図表16）。

2023年には、以前は厚生労働省母子保健課だったNBSの担当が、新設されたこども家庭庁に移った。そのタイミングで、SMA家族の会や私たちも何度もアプローチし、議員の方々も尽力くださった結果、SMAとSCIDを検査対象として公費でスクリーニングする実証事業が行われることとなった（図表17）。

ただ、この実証事業には都道府県が主体となって申請しないと参加できず、助成金の半分は国が負担するものの、もう半分は都道府県が負担しなければならないことからハードルが高かった。事業が発表されたのは11月だったが、その年度内から開始できるよう急いで千葉県と千葉市の担当者にお問い合わせに行ったら、幸いにも承諾していただいた。そして千葉県・千葉市からこども家庭庁に申請をして採択され、2024年3月からは保護者の費用負担なしでSMAのスクリーニングができるようになった。翌年になると他の自治体からの参加も増えた。

事業開始前の千葉県におけるSMAの受検率は40%程度だったが、この実証事業を開始した途端に急上昇した（図表18）。現在、千葉県では希望すれば追加負担なしでこの検査を受けることができる。

当財団のスクリーニングからは過去4例の陽性が出ているが、いずれも迅速に千葉県こども病院での治療につなげることができ、担当の神経科医からは経過も良好であると聞いている。ただ、2023年にスクリーニングしていない集団からも1例の陽性が出てしまい、すでに発症してしまっていたことから、ある程度の障害が残っているかもしれないと危惧している。

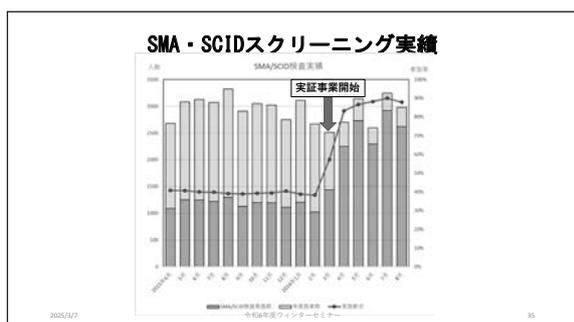
図表19に実証事業に参加している都道府県を示す。千葉県はもちろん参加しているが、2024年度に参加している自治体は27都道府県（千葉市のような政令市も含む）だけで、参加していない空白地帯がまだある。この中から患者さんが出る可能性があるため、一刻も早く全国一律で検査できるような色々な取り組みを進めている。

6. 高額な治療薬は妥当か？

SMAの治療薬は極めて高額であり、特に遺伝子治療薬は非常に高い。2020年5月の新聞記事では遺伝子治療薬「ゾルゲンスマ」の薬価が1億6,707万円になることが報じられた。この金額が国民負担となるからには、高額であってもこの薬を使った方が結局は税負担が軽くなるのだと、国民が納得できるだけの根拠を示す必要がある。



図表17



図表18



図表19

Iトピックス
II 健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
III 調査研究 実績
IV 普及啓発 実績
V 財団概要
VI 基本方針

そこで私たちが行ったのは費用対効果分析である。NBSでSMA検査を実施したグループと、実施せずに障害が起こってから治療したグループとを比較し、それぞれの段階でどれくらいの費用がかかるかを算出し、ガイドラインに従って解析した。その結果、NBSでSMA検査を行うと、しない場合に比べ総費用で90億円ほど税負担が減少する可能性があるという計算になった。費用には患者のケアにかかる負担も含まれるが、結論として、高額な費用をかけてもNBSでSMA検査を行い治療していく方がリーズナブルであるというデータを論文にまとめて発表した。

7. SMAの医療における残った課題

SMAとSCIDを対象とするNBSの実証事業には、まだ全国すべての自治体が参加しているわけではない。全国どこでも無料で検査できる体制を構築するためにも、実証事業の結果を的確に示すことが重要であり、私たちもこども家庭庁に定期的に成果報告を提出している。

問題となるのは、全国一律の検査・治療体制がとれない点である。人口が少ない都道府県では検体数も少ないことから、採算が合わない可能性がある。また、陽性が出ても対応可能な小児神経科医がいない県もある。その2点がある程度解決できる方法を見つけないと、全国一律に税金で賄うのは難しい。現在、検査に関しては、東北大学を中心としたグループが東北圏内の検査を引き受けて実施する体制の構築を検討している。専門医師不在の問題についても、現在日本小児神経学会の新生児スクリーニングワーキンググループが主体となり、窓口となる人材を都道府県ごとに指定する事業を行っている。

2番目の問題は、遺伝子治療薬ゾルゲンスマの治療効果についてである。1回注射するだけで治療が完了するとされている薬であるが、この遺伝子治療は開発されてから日が浅く、治療効果期間と副作用については問題が残っている。1回だけの治療で今まで全く問題ないという人もいるが、効果が薄れてきた場合は、3番目に承認された経口薬を使って対処できるのではないかと考えられている。小児神経科医が筋肉の状態などを適切にフォローアップしていく方法が確立されているので、その対応窓口を増やしていく必要がある。

過去には、先走った遺伝子治療により患者さんが亡くなった事例がある。副作用が将来出てくる可能性を念頭に置いたフォローアップを続けていく必要があり、体制を全国的に整えることが課題となっている。そのためには、小児神経科医による運動機能の経時的評価と、障害が残ってしまった子に対する徹底的なリハビリテーションが重要である。現在千葉県では、千葉県リハビリテーションセンターを中心にノウハウを確立し、県全域でリハビリテーションができるようにすることを目的とした活動が行われている。治療後に障害が残ってしまう人を含め、小児神経科医がしっかりとフォローしていく必要があることを全国に周知し、体制をより整えていくことが課題となっている。

8. 今後のNBS（財団）

将来的には、RUSPの項目に掲載されているSMA以外の疾患も日本のNBSに追加していかなければならない。一部の自治体ではそういった疾患も含めて自費で検査をしているところもある。

私たちも、まずは当財団で検査を実施できる体制づくりに取り組んでいる。かずさDNA研究所からタンデムマスの検査機器を譲り受け、有料で検査を行う準備を少しずつ進めている。現在は、SMAより頻度は低くても早く治療すればそれなりの効果があり、ある程度の対応も可能な、将来的にはNBSに含めるべきと思われる病気について準備している。

もう1点、最新の話題であるが、かずさDNA研究所では、血液のろ紙から蛋白質を解析しスク

リーニングに利用する方法を世界に先駆けて開発している。この開発により、遺伝子では分からないものも検出できて網羅的に調べられることから、全ての検査を一気に行うことが可能となる。私たちは、このスクリーニングによる実証研究を始めるべく検討を進めている。この研究に興味を示している東北大学、岐阜大学、熊本大学との話し合いを開始したが、まずは千葉県下でこういった新たな実証研究をできるか否か、その効果がどうかを検証しながら進めていきたい。検査機器が20億と高額であることから、各県ごとに実施するには適さないが、網羅的に検査できることから新しい病気を追加してもこれで検出でき、1回の検査で済むかもしれないと期待している。

当然ながら、こういった研究等を千葉県内で進めるにあたっては千葉県内での連携が不可欠である。そのため当財団主催の「千葉県遺伝医療研究会」を年に2回開催しており、これに参加することで専門医の単位を取得できるようになっている。千葉県全域で知識レベルを高めることで、全県に普及させていく意味ある取り組みとして進めている。

羽田明 調査研究センター長のプロフィール

昭和53年 熊本大学医学部卒業

昭和53年 国立岡山病院

昭和55年 神奈川県立こども医療センター遺伝科

昭和59年 熊本大学大学院医学研究科博士課程

平成元年 ハワードヒューズ医学研究所（ユタ大学）

平成3年 名古屋市立大学医学部講師（生化学）

平成5年 北海道大学医学部助教授（公衆衛生学）

平成10年 旭川医科大学教授（公衆衛生学）

平成14年 千葉大学大学院医学研究院教授（公衆衛生学）

平成31年 公益財団法人ちば県民保健予防財団調査研究センター長

臨床遺伝専門医制度委員会臨床遺伝専門医・指導医

日本小児科学会小児科専門医

健康づくりに関する講演会（市町村との共催）

県民の健康づくりに寄与するための取り組みとして、当財団でがん検診等を実施している市町村へ講師として専門医師等を派遣した。

開催日	主催団体・会場	テーマ	講師
7/11	市原健康福祉センター	ママ世代の乳がんとがん検診について	看護部診療看護課長代理 乳がん看護認定看護師 齋藤智子
9/18	長生健康福祉センター	学んでみよう 子宮がん検診のこと	総合健診センター顧問 河西十九三

各種講習会の実施（千葉県委託事業）

配信期間	イベント名	講師	参加者数
R7 2/7～28	胃内視鏡検診従事者研修会（医師及び行政職員対象） ※Webセミナー形式	診療部消化器担当部長 山口和也	初任者 課程28人 経験者 課程62人
		千葉県がんセンター 内視鏡科医長 北川善康	
2/20～28	乳がん超音波検診研修会（乳房超音波検診を行う検査技師等） ※Webセミナー形式	診療部長 橋本秀行	39人
		検査部生理機能検査課 大鹿倫代 検査部生理機能検査課 稲田佳奈	

看護実習の受け入れ

開催日	大学名	実習区分	人数
7/10	国立大学法人千葉大学大学院看護学部	地域	7人
9/25	SBC東京医療大学健康科学部看護学科	産業	13人
R7 2/12	東邦大学健康科学部看護学科	産業	19人

インターンシップの受け入れ

開催日	大学名	人数
8/19・20・22・23	東邦大学	5人
8/19・20・22・23	千葉経済大学短期大学部	2人

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

2-2 講師の派遣、委員会・協議会等への参加

市町村、外部団体等が主催する講演会・研修会等に講師を派遣し、情報提供や助言を行うと共に、結核、がん、生活習慣病などの予防に関する正しい知識の普及に努めた。また、各種の委員会・協議会等で委員、事務局を担当した。

講師等の派遣

開催日	主催団体	研修会・講演会名	演題名・内容	派遣者
R6 4/11	千葉県消防学校	消防職員初任科第177期教育訓練	健康	角南祐子
5/19	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠
5/20	千葉県教育庁安全衛生委員会	健康講話	食中毒について	角南祐子
6/22	公益社団法人千葉県医師会	産業医研修会	実習スタッフ	寺島俊平 田山亮 川上泰毅
7/19	南房総教育事務所安全衛生委員会	健康講話	喫煙と健康	角南祐子
7/27	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠
7/28	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠
9/1	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠
9/11	千葉県企業局	千葉県企業局千葉水道事務所産業医健康講話	がん検診について	山地治子
9/18	千葉県企業局	千葉県企業局柏井浄水場 産業医講話	がん検診について	山地治子
9/14・15	JSS体表領域専門部会 一般社団法人日本超音波検査学会	JSS体表領域専門部会 第7回乳房超音波ファントム実技セミナー	実技講師	梶原崇恵
9/27	千葉県健康福祉部	令和6年度千葉県特定健診・特定保健指導経験者研修	喫煙と生活習慣病の関連、禁煙治療について	角南祐子
10/18	一般社団法人松戸市医師会	松戸市胃がん検診必須研修会	対策型胃内視鏡検診の注意点と発見癌症例	山口和也
10/20	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠
11/29・30	特定非営利活動法人日本乳癌検診学会 デヴィコア・メディカル・ジャパン株式会社	第34回日本乳癌検診学会学術総会	4,000症例の経験から考えるステレオ（トモシンセシス）ガイド下VABの有用性	橋本秀行
			乳房超音波検査 技術セミナー（US Hands On）	梶原崇恵
12/1	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠

開催日	主催団体	研修会・講演会名	演題名・内容	派遣者
12/7・8	特定非営利活動法人 日本乳がん検診精度 管理中央機構	第35回乳房超音波医師更新講習会 第37回乳房超音波技術更新講習会 第6回乳房超音波医師試験 第7回乳房超音波技術試験	更新試験の解答解説	梶原崇恵
12/9	一般社団法人柏市医師会	胃内視鏡検診従事者研修会	R5年度胃内視鏡検診の状況とがん症例	山口和也
12/14	公益社団法人千葉県医師会	産業医研修会	実習スタッフ	寺島俊平 加藤聖一 田山亮 根本憲幸
12/15	一般社団法人日本産婦人科乳腺医学会 特定非営利活動法人 日本乳がん検診精度 管理中央機構	第18回乳房超音波講習会	ハンズオン	梶原崇恵
R7 1/16	千葉県総務ワークステーション安全衛生委員会	健康講話	心不全について	角南祐子
2/12	千葉県消防学校	消防職員初任科第178期教育訓練	健康	角南祐子
2/15	独立行政法人地域医療機能推進機構	令和6年度乳房超音波（技術）講習会	画像評価	梶原崇恵
2/21	千葉県教育庁	東上総教育事務所健康講話	健診結果について	杉山園美
3/2	一般社団法人日本臨床衛生検査技師会	タスク・シフト／シェアに関する厚生労働省大臣指定講習会	司会および実技指導	藤代誠
3/6	バイオジェン・ジャパン株式会社	SMA Treatment in Chiba～診断から治療・リハビリテーションまで～	千葉県の新生児マススクリーニング現状と連携について	羽田明
3/6	一般社団法人千葉市医師会	令和6年度千葉市肺がん検診講習会	肺がん検診の精度管理と読影	杉山園美
3/13	公益財団法人日本対がん協会 公益財団法人結核予防会	令和6年度 診療放射線技師研修会【オンライン開催】	肺がんCT検診の認定資格に向けて	佐藤昌弘
3/22	千葉乳房画像研究会	第33回千葉乳房画像研究会	日頃の悩みを解決！マンモグラフィのポジショニング&乳房超音波検査の走査	梶原崇恵
3/27	千葉県産業メンタルヘルス研究会	千葉県産業メンタルヘルス研究会	県庁健康管理センター相談室の現状について	内本美鈴

委員の委嘱

(部署・役職名は令和7年3月31日現在)

委員名等	機関名	委嘱者	
千葉地方裁判所専門員	千葉地方裁判所	理事長	藤澤武彦
千葉県公安委員会委員	千葉県公安委員会	調査研究センター長	羽田明

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

委員名等	機関名	委嘱者	
千葉県衛生研究所等疫学倫理審査委員会委員	千葉県衛生研究所	調査研究センター長	羽田明
千葉県結核・感染症発生動向調査検討会議委員	千葉県衛生研究所	診療部診療科部長	日暮浩実
千葉県職員健康管理審議会委員	千葉県総務部	総合健診センター副センター長	角南祐子
新健康管理システム開発業務委託総合評価委員会委員	千葉県総務ワークステーション	総合健診センター副センター長	角南祐子
健康ちば地域・職域連携推進協議会委員長	千葉県健康福祉部	理事長	藤澤武彦
千葉県医療審議会専門委員	千葉県健康福祉部	理事長	藤澤武彦
千葉県がん対策審議会委員	千葉県健康福祉部	理事長	藤澤武彦
千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会委員長	千葉県健康福祉部	理事長	藤澤武彦
千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会専門委員（肺）	千葉県健康福祉部	理事長	藤澤武彦
千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会専門委員（子宮）	千葉県健康福祉部	総合健診センター顧問	河西十九三
千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会専門委員（乳）	千葉県健康福祉部	診療部長	橋本秀行
千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会専門委員（大腸）	千葉県健康福祉部	診療部消化器担当部長	山口和也
千葉県がん登録部会委員	千葉県健康福祉部	理事長	藤澤武彦
千葉県循環器病対策推進協議会委員	千葉県健康福祉部	総合健診センター副センター長	角南祐子
千葉県企業局柏井浄水場衛生委員会委員（産業医）	千葉県企業局	診療部健診・ドック科部長	山地治子
千葉水道事務所（本所）安全衛生委員会委員（産業医）	千葉県企業局	診療部健診・ドック科部長	山地治子
千葉県病院局健康管理審議会委員	千葉県病院局	診療部健診・ドック科部長	山地治子
千葉県がんセンター倫理審査委員会委員	千葉県がんセンター	調査研究センター長	羽田明
千葉県がん診療連携協議会委員	千葉県がんセンター	理事長	藤澤武彦
千葉県がん診療連携協議会肺がん部会委員	千葉県がんセンター	理事長	藤澤武彦
千葉県がん診療連携協議会子宮がん部会委員	千葉県がんセンター	総合健診センター顧問	河西十九三
千葉県がん診療連携協議会乳がん部会委員	千葉県がんセンター	診療部長	橋本秀行
千葉県教育委員会結核検討会議委員	千葉県教育委員会	診療部診療科部長	日暮浩実
千葉県公立学校職員健康審査会委員（一般部会）	千葉県教育委員会	診療部健診・ドック科部長	山地治子

委員名等	機関名	委嘱者	
千葉県公立学校職員健康審査会委員 (特別部会)	千葉県教育委員会	総合健診センター 副センター長	角南祐子
千葉県教育庁等職員健康審査会委員	千葉県教育委員会	総合健診センター 副センター長	角南祐子
千葉市口腔がんスクリーニング研究会顧問	千葉市	理事長	藤澤武彦
千葉市公害健康被害認定審査会委員	千葉市	診療部診療科部長	日暮浩実
千葉市建築審査会委員	千葉市	調査研究部主席 研究員	藤田美鈴
千葉市幼児腎疾患対策協議会委員	千葉市保健福祉局健康福祉部	検査部長	稲田正貴
千葉市学校心疾患対策委員会委員	千葉市教育委員会	総合健診センター 副センター長	角南祐子
千葉市学校児童生徒結核対策審議会委員	千葉市教育委員会	診療部診療科部長	日暮浩実
市原市保健事業事故等調査委員会委員	市原市	理事長	藤澤武彦
君津市国民健康保険運営協議会委員	君津市	調査研究部主席 研究員	藤田美鈴
大網白里市国民健康保険運営協議会委員	大網白里市	調査研究部主席 研究員	藤田美鈴
公益財団法人安田教育振興会理事	公益財団法人安田教育振興会	理事長	藤澤武彦
公益財団法人安田教育振興会奨学生選考委員	公益財団法人安田教育振興会	理事長	藤澤武彦
特別客員研究員	公益財団法人かずさDNA研究所	調査研究センター長	羽田明
公益財団法人かずさDNA研究所研究倫理審査委員会委員	公益財団法人かずさDNA研究所	調査研究センター長	羽田明
審査委員会委員	公益財団法人ひまわりベンチャー育成基金	調査研究センター長	羽田明
結核予防会放射線技師協議会関東ブロック幹事	公益財団法人結核予防会放射線技師協議会	画像診断部診療放射線課長	佐藤昌弘
評議員	公益財団法人日本対がん協会	理事長	藤澤武彦
「がん検診研究助成事業」審査委員	公益財団法人日本対がん協会	理事長	藤澤武彦
公益財団法人予防医学事業中央会業務研修委員	公益財団法人予防医学事業中央会	健診事業部長	堀江秀樹
公益財団法人予防医学事業中央会技術委員	公益財団法人予防医学事業中央会	検査部長	稲田正貴
公益財団法人予防医学事業中央会情報統計委員	公益財団法人予防医学事業中央会	情報管理部副部長	倉内誉仁
精度管理認証事業委員会委員	公益財団法人予防医学事業中央会	検査部一般検査課グループ長	中基有紀
教育研修専門委員会尿検査ワーキンググループ委員	公益財団法人予防医学事業中央会	検査部一般検査課	赤羽利文
千葉県糖尿病対策推進会議役員	公益社団法人千葉県医師会	理事長	藤澤武彦
千葉県医師会母性保護法指定医師指定審査会委員	公益社団法人千葉県医師会	総合健診センター顧問	河西十九三

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

委員名等	機関名	委嘱者	
日本臨床細胞学会功労会員	公益社団法人日本臨床細胞学会	総合健診センター顧問	河西十九三
公益財団法人花と緑の農芸財団理事	公益財団法人花と緑の農芸財団	理事長	藤澤武彦
千葉県がん検診精度管理委員会委員	一般社団法人千葉県医師会	総合健診センター顧問	河西十九三
千葉県がん検診精度管理委員会委員	一般社団法人千葉県医師会	診療部長	橋本秀行
千葉県がん検診精度管理委員会委員	一般社団法人千葉県医師会	診療部消化器担当部長	山口和也
がん検診等精度管理委員会 肺がん検診分科会委員	一般社団法人千葉県医師会	理事長	藤澤武彦
がん検診等精度管理委員会 肺がん検診分科会委員	一般社団法人千葉県医師会	総合健診センター長	飯笹俊彦
がん検診等精度管理委員会 肺がん検診分科会委員	一般社団法人千葉県医師会	画像診断部長	杉山園美
千葉県胃がんリスク検診等検討小委員会委員	一般社団法人千葉県医師会	診療部消化器担当部長	山口和也
千葉県医師会禁煙推進委員会委員	一般社団法人千葉県医師会	総合健診センター副センター長	角南祐子
日本婦人科がん検診学会名誉会員	一般社団法人日本婦人科がん検診学会	総合健診センター顧問	河西十九三
日本病理学会評議員	一般社団法人日本病理学会	総合健診センター顧問	桑原竹一郎
日本消化器がん検診学会代議員	一般社団法人日本消化器がん検診学会	診療部消化器担当部長	山口和也
大腸がん検診精度管理委員会委員	一般社団法人日本消化器がん検診学会	診療部消化器担当部長	山口和也
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部代議員	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療部消化器担当部長	山口和也
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部代議員	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療看護課担当課長	渡邊綾子
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部運営幹事	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療部消化器担当部長	山口和也
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部機関誌編集委員長	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療部消化器担当部長	山口和也
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部超音波研修委員会世話人	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療部消化器担当部長	山口和也
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部内視鏡研修委員会世話人	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療部消化器担当部長	山口和也
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部保健衛生研修委員会世話人(副委員長)	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	診療看護課担当課長	渡邊綾子
日本消化器がん検診学会関東甲信越支部腹部超音波研修委員会世話人	一般社団法人日本消化器がん検診学会関東甲信越支部	検査部生理機能検査課グループ長	榊朋子
日本超音波検査学会専門部会体表領域委員	一般社団法人日本超音波検査学会	検査部生理機能検査課担当課長	梶原崇恵

委員名等	機関名	委嘱者	
日本乳腺甲状腺超音波医学会評議員	一般社団法人日本乳腺甲状腺超音波医学会 (JABTS)	診療部長	橋本秀行
日本乳腺甲状腺超音波医学会評議員	一般社団法人日本乳腺甲状腺超音波医学会 (JABTS)	検査部生理機能検査課担当課長	梶原崇恵
保険診療推進委員会委員長	一般社団法人日本医用マンスペクトル学会	診療部遺伝子診療科部長	野村文夫
学会賞選考委員会委員	一般社団法人日本医用マンスペクトル学会	診療部遺伝子診療科部長	野村文夫
学会活性化委員会	一般社団法人日本医用マンスペクトル学会	診療部遺伝子診療科部長	野村文夫
小慢・指定難病に関する委員会脊髄性筋萎縮症マンスクリーニングWG外部委員	一般社団法人日本小児神経学会	調査研究センター長	羽田明
地域別代議員	一般社団法人日本公衆衛生学会	調査研究センター長	羽田明
日本マンスクリーニング学会評議員	一般社団法人日本マンスクリーニング学会	検査部一般検査課長代理	稲田佳美
日本マンスクリーニング学会技術部会技術委員	一般社団法人日本マンスクリーニング学会	検査部一般検査課長代理	稲田佳美
千葉県臨床検査技師会常務理事	一般社団法人千葉県臨床検査技師会	検査部生理機能検査課	藤代誠
千葉県臨床検査技師会微生物検査研究班班員	一般社団法人千葉県臨床検査技師会	検査部一般検査課グループ長	岡田奈生
千葉県臨床検査技師会実務委員	一般社団法人千葉県臨床検査技師会	検査部一般検査課グループ長	岡田奈生
柏戸医学研究奨励金選考委員会委員	一般社団法人柏戸記念財団	診療部遺伝子診療科部長	野村文夫
日本呼吸器内視鏡学会国際委員会顧問	特定非営利活動法人日本呼吸器内視鏡学会	理事長	藤澤武彦
日本乳癌検診学会評議員	特定非営利活動法人日本乳癌検診学会	診療部長	橋本秀行
日本乳癌検診学会評議員	特定非営利活動法人日本乳癌検診学会	検査部生理機能検査課担当課長	梶原崇恵
日本乳癌検診学会乳房超音波検診精度管理委員会委員	特定非営利活動法人日本乳癌検診学会	診療部長	橋本秀行
日本乳癌検診学会精密検査実施機関基準検討委員会委員	特定非営利活動法人日本乳癌検診学会	診療部長	橋本秀行
教育・研修委員会超音波部門委員会委員	特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構	検査部生理機能検査課担当課長	梶原崇恵
大学の世界展開力強化事業プログラム委員会専門委員	独立行政法人日本学術振興会	調査研究センター長	羽田明
「野口英世アフリカ賞」医学研究分野推薦委員会委員	独立行政法人日本学術振興会	調査研究センター長	羽田明
スーパーグローバル大学創成支援プログラム委員会専門委員	独立行政法人日本学術振興会	調査研究センター長	羽田明

I トピックス
II 健診・診療・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間ドック等
検体検査
その他
III 調査研究実績
IV 普及啓発実績
V 財団概要
VI 基本方針

委員名等	機関名	委嘱者	
社会福祉法人笑顔理事	社会福祉法人笑顔	理事長	藤澤武彦
重粒子線治療多施設共同臨床研究組織(J-CROS) 運営委員会肺・縦隔腫瘍分科会委員長	国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院	理事長	藤澤武彦
重粒子線治療多施設共同臨床研究組織(J-CROS) 運営委員会肺・縦隔腫瘍分科会委員	国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院	総合健診センター長	飯笹俊彦
QST病院重粒子線治療臨床研究検討会肺・縦隔腫瘍班会議委員	国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院	総合健診センター長	飯笹俊彦
エコチル調査2024年度メディカルサポートセンター主催会議委員	国立研究開発法人国立成育医療研究センター	調査研究センター長	羽田明
エコチル調査2024年度メディカルサポートセンター「遺伝子解析検討ワーキンググループ」委員	国立研究開発法人国立成育医療研究センター	調査研究センター長	羽田明
AMED課題評価委員	国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED)	調査研究センター長	羽田明
人類遺伝学(遺伝カウンセリングコース)非常勤講師	国立大学法人東京医科歯科大学	調査研究センター長	羽田明
千葉大学大学院医学研究院生命倫理審査委員会委員	国立大学法人千葉大学大学院医学研究院	調査研究センター長	羽田明
千葉大学大学院医学研究院生命倫理審査委員会委員	国立大学法人千葉大学大学院医学研究院	調査研究部主席研究員	藤田美鈴
いのはな同窓会代議員	千葉大学医学部いのはな同窓会	診療部消化器担当部長	山口和也
千葉県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会委員	千葉県国民健康保険団体連合会	調査研究センター長	羽田明
千葉県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会委員	千葉県国民健康保険団体連合会	理事長	藤澤武彦
全国健康保険協会千葉支部健康づくり推進協議会委員	全国健康保険協会千葉支部	調査研究センター長	羽田明
社会保険診療報酬支払基金審査委員会審査委員	社会保険診療報酬支払基金	総合健診センター長	飯笹俊彦
災害弔事金等支給審査会委員	千葉県市町村総合事務組合	総合健診センター副センター長	角南祐子
千葉県病院企業年金基金選定代議員	千葉県病院企業年金基金	常務理事	片岡勝美
地方公務員災害補償基金千葉支部専門医員・審査医員	地方公務員災害補償基金	総合健診センター副センター長	角南祐子
地方公務員共済組合千葉県支部データヘルス実行委員会委員	地方公務員共済組合千葉県支部	総合健診センター副センター長	角南祐子
プラザ業の花福利厚生施設トレーニング指導等業務委託に係る選定委員会委員	地方職員共済組合千葉県支部	総合健診センター副センター長	角南祐子
プラザ業の花福利厚生施設トレーニング指導等業務委託に係る選定委員会委員	地方職員共済組合千葉県支部	看護部集健看護課長代理	木村玲純
千葉商工会議所医療・介護部会常任委員	千葉商工会議所	理事長	藤澤武彦

委員名等	機関名	委嘱者	
千葉県学校保健学会理事	千葉県学校保健学会	総合健診センター 副センター長	角南祐子
千葉県産科婦人科医学会監事	千葉県産科婦人科医学会	総合健診セン ター顧問	河西十九三
千葉県母性衛生学会監事	千葉県母性衛生学会	総合健診セン ター顧問	河西十九三
千葉県臨床細胞学会役員	千葉県臨床細胞学会	検査部病理・細 胞診断科長	外處博子
千葉県胃がん地域連携研究会世話人	千葉県胃がん地域連携研究会	診療部消化器担 当部長	山口和也
千葉県産業メンタルヘルス研究会理事	千葉県産業メンタルヘルス研究会	総合健診センター 副センター長	角南祐子
千葉県乳腺診断フォーラム運営委員	千葉県乳腺診断フォーラム	検査部生理機能 検査課担当課長	梶原崇恵
千葉県細胞検査士会地区幹事	千葉県細胞検査士会	検査部病理・細 胞診断科長	外處博子
アジア太平洋気管支協議会副理事長	アジア太平洋気管支協議会	理事長	藤澤武彦
肺・心肺移植関連学会協議会委員	肺・心肺移植関連学会協議会	理事長	藤澤武彦
千葉県公衆衛生協会理事	千葉県公衆衛生協会	調査研究セン ター長	羽田明
千葉県集団検診協会常務理事	千葉県集団検診協会	理事長	藤澤武彦
個人情報取扱・倫理審査委員会委員	N T T プレシジョンメディシン株式 会社	調査研究セン ター長	羽田明
登録衛生検査所指導監督医	株式会社エスアールエル	診療部遺伝子診 療科部長	野村文夫

各団体の事務局担当

(部署・役職名は令和7年3月31日現在)

事務局を担当している団体名	担当部署	役職名	担当者名
千葉県集団検診協会	健診事業部	部長	堀江秀樹
		副部長	鈴木善幸
		地域渉外課長	大井政幸
千葉県学校保健集団検診要綱検討委員会	健診事業部	副参事	長谷部勉
腎臓疾患判定委員会	健診事業部	副参事	長谷部勉
千葉県新生児マスキリング連絡協議会	検査部	一般検査課長代理	廣田美和
公益社団法人日本作業環境測定協会京葉支部	検査部	環境検査課長	寺島俊平

I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

3. ちば県民保健予防基金事業

がん及び結核などの感染症等の予防並びに公衆衛生の向上・健康増進・疾病対策にかかわる事業、教育・研究活動などを行っている団体を対象に、助成金を交付している。令和6年度は25団体から応募があり、当財団基金審査委員会における厳正な審査により9団体への助成交付を決定し、4月26日に交付式を行った。その様子は同日千葉テレビのニュースにて放送された。

なお、助成金が交付された事業の詳細な内容については、調査研究ジャーナル2025 Vol.14 No.1に掲載している。

区分	事業名称	申請者所属	申請代表者
I-1	茂原北陵高校へのがん予防講座	ねむの会	高松温子
II-1	SARS-CoV-2ワクチン接種による抗体価上昇関連HLAアレルの探索	千葉大学大学院医学研究院 公衆衛生学	山崎慶子
II-2	生成AIを用いた患者・家族向けの診療ガイドラインに関する情報リーフレットの作成と臨床的妥当性の検討	千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学	大網毅彦
II-3	千葉市高齢者における孤食がもたらす健康課題の可視化と共食による健康への関連	千葉大学予防医学センター	竹内寛貴
II-4	非弁膜症性心房細動患者におけるWATCH-MAN FLX Proを用いた経皮的左心耳閉鎖術後の抗血栓療法として抗血小板薬1剤療法の安全性と有効性を評価する前向き介入研究	千葉大学大学院医学研究院 不整脈先進医工学寄附講座	龍崎智子
II-5	僧帽弁輪石灰化に関連した僧帽弁狭窄症の重症度とCTでの石灰化スコアとの関連を調べる前向き観察研究	東京ベイ・浦安市川医療センター	加藤奈穂子
II-6	慢性閉塞性肺疾患に伴う悪液質に対するアナモレリンの有効性と機序の探索	千葉大学大学院医学研究院 呼吸器内科学	平間隆太郎
II-7	バイオメカニクスに基づいた高齢者の大腿骨近位部骨折予防方法の確立	千葉大学医学部附属病院 整形外科	萩原茂生
III-1	歯科診療所院内感染対策検討会議の開催 (歯科診療所における院内感染対策の現状と課題に関する研究)	千葉県衛生研究所 健康疫学研究室	吉森和宏

区分：I 健康づくり・普及啓発活動、II 予防医学に関する調査研究、III 保健予防に関する会議開催等

4. その他

結核対策特別促進事業（DOTS事業）

千葉県の実務を受け、結核患者への直接服薬確認（DOTS）を推進する事業について、県内医療機関及び行政関係者等とDOTS支援員等育成研修会、DOTS支援員派遣、薬局DOTS事業及びコホート検討会を実施した。

結核検診事業

千葉市の委託を受け、無料低額宿泊施設入所者（251人）に対し胸部エックス線検査を実施し、結核の早期発見から治療まで確実に管理し、二次感染の危険性の減少に努めた。

斡旋事業

がん、結核及び生活習慣病予防のための正しい知識を普及啓発するため、結核書籍・教育資料の斡旋を行った。

表彰

当財団職員が下記の表彰を受けた。

月日	表彰	所属部署・役職	氏名
6/18	全国労働衛生団体連合会功績賞	看護部副部長	高橋真理
6/18	全国労働衛生団体連合会奨励賞	検査部生理機能検査課主査（グループ長）	畑中美緒
6/18	全国労働衛生団体連合会奨励賞	看護部診療看護課主任看護師	四宮友紀
11/21	予防医学事業中央会奨励賞	総務部副部長兼総務課長	石井貴之
11/21	予防医学事業中央会奨励賞	画像診断部集検放射線課長代理	野崎統美子

V. 財団の概要

1. 沿革	196
2. 登録・許可・認定等	199
3. 評議員・役員・顧問	202
4. 組織図	203
5. 職員状況	204
6. 施設概要	205

1. 沿革

公益財団法人ちば県民保健予防財団は、「財団法人結核予防会千葉県支部」「財団法人千葉県対がん協会」「財団法人千葉県予防衛生協会」「財団法人千葉県医療センター」の4団体が統合し、平成15年4月に「財団法人ちば県民保健予防財団」として設立され業務を開始した。国の公益法人制度改革を受け認定手続を申請し、平成24年4月に公益財団法人に移行した。

沿革

前身団体

年	月	できごと
昭和15年	7月	「財団法人結核予防会千葉県支部」設立
33年	7月	「財団法人千葉県対がん協会」設立
34年	9月	「千葉県寄生虫研究所」設立、のちに「財団法人千葉県寄生虫予防協会」、昭和43年4月「財団法人千葉県予防衛生協会」となる
48年	3月	「財団法人千葉県医療センター」設立
平成15年	3月	上記4団体解散

財団設立後

年	月	できごと
平成15年	4月	「財団法人結核予防会千葉県支部」「財団法人千葉県対がん協会」「財団法人千葉県予防衛生協会」「財団法人千葉県医療センター」の4団体が統合し、「財団法人ちば県民保健予防財団」を設立
		初代理事長 藤森宗徳（千葉県医師会会長）就任
		ちば県民保健予防基金事業開始
	10月	広報誌「けんこうちば」創刊
16年	10月	財団ビル完成
	11月	財団オリジナルロゴマーク制定
17年	1月	財団ビルに移転 同施設を主たる事務所とし、桜木施設及び木更津施設を従たる事務所とする
		ちば県民保健予防財団総合健診センター（診療・ドック部門）オープン
	4月	健康管理システム及び画像ネットワークシステム本稼動
		第56回結核予防全国大会開催 秋篠宮妃殿下当財団をご視察 大研鑽集会主題：「新しい結核対策－これからの取り組み」 会場：ホテルニューオータニ幕張、幕張メッセ日本コンベンションセンター 主催：千葉県、財団法人結核予防会 後援：当財団他
6月	MRI（磁気共鳴画像診断装置）を導入し脳ドック開始	
9月	QFT（クオンティフェロンTB-2G）検査開始	

年	月	できごと
18年	5月	プライバシーマーク付与認定
		第2代理事長 藤澤武彦（千葉大学理事・副学長）就任
19年	1月	継続雇用（再雇用）制度導入
20年	4月	特定健康診査、特定保健指導開始
		新生児マス・スクリーニング タンデムマス法による運用開始
		HPV（ヒトパピローマウイルス）検査開始
21年	1月	広報誌「けんこうちば」を「けんこう Chiba」にリニューアル
		財団創立5周年記念式典・祝賀会開催 会場：オークラ千葉ホテル
	3月	第1期5か年基本計画策定（2009～2013）
	4月	ステップアップ（人材登用）制度導入
22年	2月	第44回予防医学技術研究会議開催 テーマ：「新たな予防医学技術の向上をめざして」 会場：OVTA（財団法人海外職業訓練協会）国際能力開発支援センター（千葉市） 主催：財団法人予防医学事業中央会、財団法人日本寄生虫予防会、当財団他
	4月	健（検）診支援システム稼動
子宮がん検診 ベセスダシステムによる運用開始		
23年	2月	調査研究センター（準備室）を新設
24年	2月	調査研究センター設置
	4月	公益財団法人ちば県民保健予防財団に移行
		公募による調査研究事業（委託研究、共同研究）開始
11月	調査研究ジャーナル創刊	
25年	3月	T-SPOT.TB検査開始
		ISO 15189：2007の認定を取得
26年	1月	財団創立10周年記念講演会・式典・祝賀会開催 会場：オークラ千葉ホテル
		財団オリジナルマスコットキャラクター「けんしー」誕生
	4月	第2期5か年基本計画策定（2014～2018）
	8月	第32回公益財団法人予防医学事業中央会全国情報統計研修会開催 会場：三井ガーデンホテル千葉 主催：公益財団法人予防医学事業中央会、当財団
27年	10月	遺伝カウンセリング外来開設
		ISO 15189：2012の認定を取得
	12月	ストレスチェック事業開始

Ⅰ トピックス
Ⅱ 健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
Ⅲ 調査研究 実績
Ⅳ 普及啓発 実績
Ⅴ 財団概要
Ⅵ 基本方針

年	月	できごと
28年	4月	胸部エックス線検査完全デジタル化
29年	4月	脊柱側弯症検診 3Dスコリオグラフィ法導入
	7月	大腸CT検査導入
	10月	第62回予防医学事業推進全国大会開催 テーマ:「健康寿命の延伸を目指して～未来を切り拓く健康づくり～」 会場:幕張メッセ国際会議場 主催:公益財団法人予防医学事業中央会、当財団
30年	9月	第51回がん征圧全国大会開催 テーマ:「千葉から全国へ みんなで広げるがん征圧の輪」 会場:幕張メッセ国際会議場 主催:公益財団法人日本対がん協会、当財団
	10月	MRI装置更新
令和元年 (平成31年)	5月	第3期5か年基本計画策定(2019～2023)
2年	4月	健康診断支援新システム 人間ドック部門稼働
		エックス線検診車完全デジタル化
	5月	脊髄性筋萎縮症(SMA)検査試験研究開始
3年	3月	子宮頸がん検診未受診者に対する自己採取HPV検査の評価研究開始
	4月	脊髄性筋萎縮症(SMA)検査 有料検査として導入
		健康診断支援新システム 全面稼働
		電子カルテシステム稼働、総合健診センターでの院外薬局への移行 新型コロナウイルスワクチン接種開始
4年	4月	新ちば県民保健予防基金事業公募開始 (旧ちば県民保健予防基金事業と公募による調査研究助成事業の発展的統合)
		重症複合免疫不全症(SCID)検査 有料検査として導入
	10月	千葉県健康づくり優良事業所賞受賞
6年	1月	財団創立20周年記念講演会・式典・祝賀会開催 会場:オークラ千葉ホテル
		財団コーポレート・スローガン「あなたとつくる 明日の健康」制定
	2月	令和5年度公衆衛生事業功労者厚生労働大臣表彰(団体の部)
	3月	第4期5か年基本計画策定(2024～2028)
	10月	ISO 15189:2022の認定を取得

2. 登録・許可・認定等

登録・許可・認定等

(令和7年3月31日現在)

名称	登録番号等	受付等の団体名
診療所開設（許可） （総合健診センター）	千葉県指令 保保第88号	千葉県保健所
診療所開設（許可） （千葉県庁医務室）	千葉県指令 保保第61号	千葉県保健所
登録衛生検査所	千保第16号	千葉県保健所
作業環境測定機関登録	第12-1号	千葉労働局
マンモグラフィ検診施設画像認定 （総合健診センター）1室	第7735号	特定非営利活動法人日本乳がん検診 精度管理中央機構
マンモグラフィ検診施設画像認定 （総合健診センター）2室	第9259号	特定非営利活動法人日本乳がん検診 精度管理中央機構
マンモグラフィ検診施設画像認定 （コスモス1号）	第7614号 84-2873D	特定非営利活動法人日本乳がん検診 精度管理中央機構
マンモグラフィ検診施設画像認定 （コスモス2号）	第9247号 84-4051DFS	特定非営利活動法人日本乳がん検診 精度管理中央機構
マンモグラフィ検診施設画像認定 （コスモス10号）	第7023号 84-2669DF	特定非営利活動法人日本乳がん検診 精度管理中央機構
労働衛生サービス機能評価認定	第21号	公益社団法人全国労働衛生団体連合 会労働衛生サービス機能評価委員会
日本臨床細胞学会施設認定	第0312号	公益社団法人日本臨床細胞学会
データヘルス支援施設認定	施設会員番号 462A	一般社団法人日本総合健診医学会
人間ドック健診専門医研修施設認定	施設会員番号 393	一般社団法人日本総合健診医学会 公益社団法人日本人間ドック・予防 医療学会
優良人間ドック健診施設認定	487QE号	公益社団法人日本人間ドック・予防 医療学会 一般社団法人日本病院会
人間ドック健診施設機能評価認定	487号	公益社団法人日本人間ドック・予防 医療学会 一般社団法人日本病院会
プライバシーマーク認定	第14200029号	一般財団法人医療情報システム開発 センター
臨床検査室認定ISO 15189：2022	認定番号 RML00710	公益財団法人日本適合性認定協会
千葉大学病院消化器内科関連施設 認定	—	国立大学法人千葉大学

名 称	登録番号等	受付等の団体名
日本消化器内視鏡学会指導施設認定	20120009号	一般社団法人日本消化器内視鏡学会
日本消化器がん検診学会指導施設認定	第180号	一般社団法人日本消化器がん検診学会
超音波専門医制度研修施設認定	第23-30-620号	一般社団法人日本超音波医学会
千葉市健康づくり推進事業所認証	第180003号	千葉市
公益財団法人認定	千葉県疾病指令第940号	千葉県
スマートライフプロジェクト企業登録	－	Smart Life Project 事務局
がん対策推進企業アクション推進パートナー企業登録	－	がん対策推進企業等連携本部
肺がんCT検診施設認定	第100051号	特定非営利活動法人肺がんCT検診認定機構
健康な職場づくり宣言書	－	健康保険組合連合会 千葉県医業健康保険組合
社員いきいき！元気な会社宣言登録	－	千葉県
ちばSDGsパートナー	2018	千葉県

臨床研修協力施設

名 称	登録番号等	受付等の団体名
臨床研修協力施設	医政 第0331051号	厚生労働省
臨床研修協力施設	－	千葉大学医学部附属病院

指定

名 称	登録番号等	受付等の団体名
保険医療機関 (総合健診センター)	医療機関コード 0119479	関東甲信越厚生局
保険医療機関 (千葉県庁医務室)	医療機関コード 0118620	関東甲信越厚生局
生活保護法指定医療機関 (総合健診センター)	千葉県指令保地 第234号	千葉市
結核指定医療機関 (総合健診センター)	-	千葉市
結核指定医療機関 (千葉県庁医務室)	-	千葉市
労災保険指定医療機関 労災保険二次健診等給付医療機関 (総合健診センター)	指定病院等番号 1213067	千葉労働局
労災保険指定医療機関 労災保険二次健診等給付医療機関 (千葉県庁医務室)	指定病院等番号 1212478	千葉労働局
原子爆弾被爆者一般疾病医療機関 (総合健診センター)	千葉県健指指令 第764号-2	千葉県
原子爆弾被爆者一般疾病医療機関 (千葉県庁医務室)	千葉県健指指令 第764号	千葉県
特定健診・特定保健指導機関 (総合健診センター)	機関コード 1210119479	千葉県社会保険診療報酬支払基金 千葉県国民健康保険団体連合会
生活習慣病予防健診指定実施機関 (総合健診センター)	機関コード 1210119479	全国健康保険協会 (協会けんぽ)
船員法指定医療機関	-	関東運輸局
難病指定医療機関	疾病第138号の6	千葉市
肝炎治療特別促進事業指定医療機関	-	千葉県

I トピックス
II 健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
III 調査研究 実績
IV 普及啓発 実績
V 財団概要
VI 基本方針

3. 評議員・役員・顧問

評議員

(令和7年3月31日現在)

役職名	氏名	現職
評議員	入江 康文	公益社団法人千葉県医師会会長
	寺田 俊昌	公益社団法人千葉県医師会副会長
	大河原 伸浩	一般社団法人千葉県歯科医師会会長
	眞鍋 知史	一般社団法人千葉県薬剤師会会長
	綿引 一成	一般社団法人千葉県臨床検査技師会会長
	大濱 洋一	一般社団法人千葉市医師会会長
	中元 広之	株式会社千葉日報社取締役社長
	中田 暁	独立行政法人労働者健康安全機構 千葉産業保健総合支援センター所長
	影山 美佐子	学校法人千葉経済学園 千葉経済大学短期大学部教授
	久保 秀一	千葉県保健所長会会長
	小高 康幸	千葉県国民健康保険団体連合会常務理事

理事

役職名	氏名	現職
理事長	藤澤 武彦	公益財団法人ちば県民保健予防財団（常勤）
副理事長	飯笹 俊彦	公益財団法人ちば県民保健予防財団（常勤）
専務理事	玉田 浩一	公益財団法人ちば県民保健予防財団（常勤）
常務理事	角南 祐子	公益財団法人ちば県民保健予防財団（常勤）
常務理事	細野 透	公益財団法人ちば県民保健予防財団（常勤）
常務理事	片岡 勝美	公益財団法人ちば県民保健予防財団（常勤）
理事	金江 清	公益社団法人千葉県医師会副会長
	佐々木 悟	千葉県市長会事務局長・千葉県町村会事務局長
	増渕 美恵子	公益社団法人千葉県看護協会会長
	杉崎 幸子	公益社団法人千葉県栄養士会会長
	木原 薫	千葉県養護教諭会顧問

監事

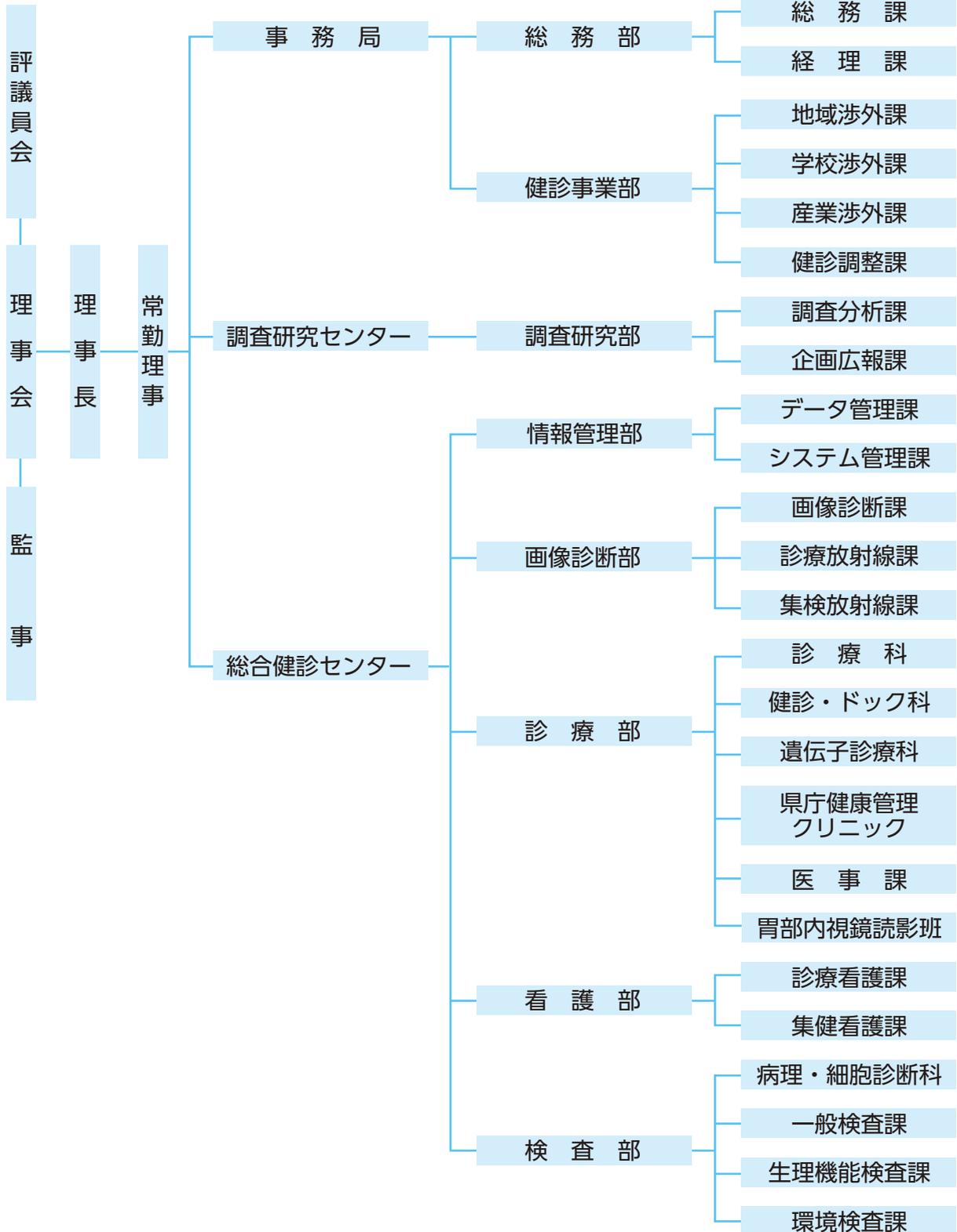
役職名	氏名	現職
監事	古川 光一	公益社団法人千葉市民間保育園協議会理事
	須賀 豊彦	公認会計士

顧問

役職名	氏名	現職
顧問	熊谷 俊人	千葉県知事

4. 組織図

(令和7年3月31日現在)



I トピックス

II 健診・診療
・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間
ドック等

検体検査

その他

III 調査研究
実績

IV 普及啓発
実績

V 財団概要

VI 基本方針

5. 職員状況

職員数355人 (令和7年3月31日現在)

職員分課	資格	一般事務	情報処理技術者	放射線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	保健師	看護師	准看護師	作業環境測定士	薬剤師	管理栄養士	医師	合計
常勤理事		3											3	6
事務局														0
総務部		2												2
	総務課	7	2											9
	経理課	4												4
健診事業部		5			1									6
	地域渉外課	8												8
	学校渉外課	7			1									8
	産業渉外課	6												6
	健診調整課	26	1											27
調査研究センター													1	1
調査研究部		2						1						3
	調査分析課	3	1											4
	企画広報課	4												4
総合健診センター													9	9
情報管理部			1											1
	データ管理課	11	3									2		16
	システム管理課		2											2
画像診断部		1		2									1	4
	画像診断課	6		1	2									9
	診療放射線課			6										6
	集検放射線課	1		29										30
診療部		2			1								2	5
	診療科												3	3
	健診・ドック科												1	1
	遺伝子診療科													0
	県庁健康管理クリニック	1			1	3	1							6
	医事課	19												19
	胃部内視鏡読影班	1		1										2
看護部								5						5
	診療看護課						8	27						35
	集健看護課	1					13	17						31
検査部					1									1
	病理・細胞診断科				12									12
	一般検査課	1			20									21
	生理機能検査課				44									44
	環境検査課	1								4				5
合計		122	10	39	83	0	24	51	0	4	0	2	20	355

6. 施設概要

施設

- ちば県民保健予防財団総合健診センター
住所：千葉市美浜区新港32番地14
- 木更津施設
住所：木更津市岩根1丁目2番24号
※令和7年4月1日より「木更津倉庫」に変更

車両、施設内主要機器

(令和7年3月31日現在)

	種 類	台数	種 類	台数
車 両	胸部検診車両	15	乳がんX線検診車両	7
	循環器検診車両	3	乳がん超音波検診車両	4
	胃部検診車両	11	側弯症検診車両	1
	子宮がん検診車両	4		
健 診 ・ 診 療 部 門	X線撮影装置 (FPD方式)	4	心電計	8
	X線透視撮影装置 (DR方式)	3	心音心電計	23
	X線透視撮影装置 (FPD方式)	1	ホルター心電計	4
	マルチスライスCT撮影装置	1	モニター 患者観察装置 (心電図)	2
	超電導磁気共鳴診断装置 (MRI)	1	血圧脈波検査装置	4
	マンモグラフィ撮影装置 (CR方式)	1	血圧モニター	2
	マンモグラフィ撮影装置 (FPD方式)	2	自動体外式除細動装置 (AED)	5
	乳腺バイオプシーシステム (腹臥位方式)	1	超音波骨評価装置	7
	骨密度測定装置 (DEXA法)	1	超音波診断装置	34
	医用画像情報システム (PACS)	1	コルポスコープ	3
	ボリュームアナライザー	1	乳房バイオプシーシステム	6
	尿自動分析装置	13	内視鏡ビデオ情報システム	4
	3Dスコリオグラフィー	5	大腸ビデオスコープ	9
	スパイロメーター	9	上部消化管ビデオスコープ	15
	スモーカーライザー	2	内視鏡洗浄消毒器	5
	無散瞳眼底カメラ	12	高圧蒸気滅菌機	2
	眼圧計	4	医療用体外吸引装置	5
ハンフリーFDTスクリーナー	5	小型薬用保冷庫	6	
オートレフラクトメーター	4			

	種 類	台数	種 類	台数
検 査 部 門	生化学自動分析装置	2	冷凍庫	2
	尿自動分析装置	6	冷凍冷蔵庫	6
	自動尿中有形成分分析装置	1	電気孵卵器	5
	化学発光酵素免疫測定装置	1	高圧蒸気滅菌機	2
	自動グリコヘモグロビン測定装置	5	電気乾熱滅菌機	3
	自動グルコース測定装置	2	恒温水槽	4
	全自動便潜血免疫分析装置	3	手持屈折計	1
	多項目自動血球分析装置	4	小型便潜血分析装置	1
	分光光度計	1	クリーンベンチ殺菌灯付	1
	PCR	2	サーモシェイク	1
	タンデム四重極質量分析装置	2	オートパンチャー	1
	吸光マイクロプレートリーダー	4	マイクロトーム	2
	蛍光マイクロプレートリーダー	1	パラフィン溶融器	1
	顕微鏡	38	パラフィン伸展器	1
	直示天秤	5	自動染色装置	1
	遠心機	8	自動免疫染色装置	1
	冷却遠心機	5	液状化細胞診標本作製機	1
	クラスII生物用キャビネット	2	ガスクロマトグラフ分析装置	2
	純水製造装置	4	原子吸光分光光度計	1
	水素イオン濃度測定器	1	液体クロマトグラフ分析装置	2
	水平振盪器	2	位相差顕微鏡	1
	超低温フリーザー	2	普通騒音計	10
	冷蔵庫	9	レーザー粉じん計	10
	冷蔵室	2		

VI. 基本方針実現にむけて

1. 基本方針を実現するための方策	208
2. 品質管理	209
3. 精度管理	211
4. 個人情報保護	216
5. リスクマネジメント	217

1. 基本方針を実現するための方策

当財団では、基本方針の確実な実現のために基本方針を実現するための方策を定め、これに基づき、品質管理、精度管理、個人情報保護、リスクマネジメントなど、様々な取り組みを実施している。

基本方針を実現するための方策

◆受診者満足度の向上

受診者に満足いただけるサービスを提供するため、受診者のご意見ご要望を把握し、一人ひとりのニーズに対応した正確で迅速なサービスの提供を心がけ、職員全員で取り組みます。

◆品質管理

精度管理事業へ参加するとともに、第三者機関による評価を受け、精度の維持・向上に努めます。また、学会や研修会などへの参加及び資格取得に取り組み、職員の能力の向上に努めます。

◆調査研究、情報提供

豊富な健診データを活用して地域性を踏まえた調査研究に努めます。また、県民の健康維持・向上に資するため、健康づくりの啓発や保健、医療及び福祉に関する情報を提供します。

◆公正な事業活動

健診機関として法令を遵守するとともに社会的責任意識を持ち、公正、かつ健全な事業活動の推進に努めます。

◆情報セキュリティ・プライバシーの保護

個人情報とは個人の重要な財産であると認識し、JIS Q 15001に即したコンプライアンス・プログラムに基づき、個人情報の保護・管理に努めます。

◆職場環境

職員の安全と健康の確保に努め、働きやすい、やりがいのある職場づくりに取り組むとともに、仕事を通じて自己実現や自身の成長を図れるよう支援します。

◆環境保全

医療廃棄物の適正な取り扱いや省エネルギー、リサイクル促進に積極的に取り組み、環境と調和した持続可能な社会の実現に向けて環境に与える負荷を低減し、限りある資源の有効活用を行います。

◆リスクマネジメント

健診などのリスクを把握し、事故の防止、迅速かつ的確な事故後の対応などリスクマネジメントを徹底します。

2. 品質管理

当財団では、総合健診機関としての責務を果たすため、精度の高い健診・検査結果の提供を重視し、臨床検査室の国際規格であるISO 15189の認定を取得している。認定取得から10年以上が経過し、品質マネジメントの考え方は職員に定着しつつある。

令和6年10月28日にはISO 15189:2022の認定を新たに取得し、国際的水準に則った検査体制を維持・強化した。さらに内部監査やマネジメントレビューを通じた改善活動を推進し、DXの活用や検査員への教育にも力を注いでいる。今後も受診者の信頼向上と検査精度の一層の向上を目指し、継続的に取り組んでいく所存である。

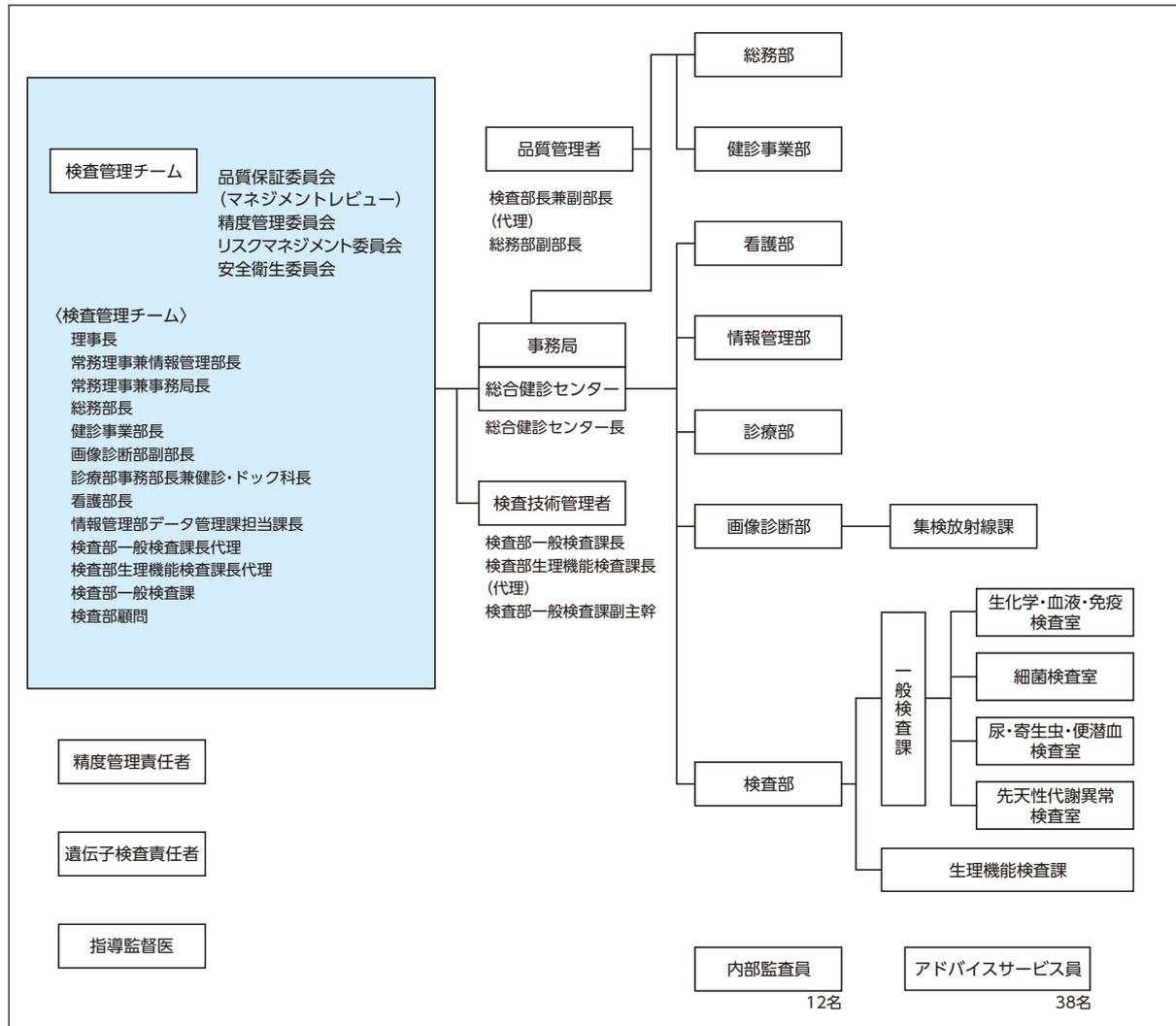
品質方針

当財団で提供する臨床検査サービス等については、財団の基本理念および基本方針に基づき、常にその品質の向上を図り、もって顧客等からの高い信頼と満足を得ることを目的として、この品質方針を定める。

1. 財団で提供する臨床検査サービス等については、その品質を確保するために国際基準であるISO 15189の要求事項に則った品質マネジメントシステム(QMS)を構築すると共に、その有効性の検証と継続的な改善に努める。
2. 財団で提供する臨床検査サービス等の業務に携わる職員は、常に新しい専門知識の取得や技術の向上を図り、新しい検査技術の習得に努めることで各分野のオピニオンリーダーを目指す。
3. 財団は、出来る限り顧客等のニーズを満たし、使用目的にかなう検査サービスの提供に努めるとともに、提供する検査サービスの継続的な改善により品質の向上を図る。
4. 財団は、提供するサービス等について顧客から高い満足を得るために品質目標を定め、各部門の具体的な取り組みについて毎年検証する。
5. 本方針は、財団が提供するサービスに携わる職員に広く周知し、職員はその内容を理解し、実現のために日々努める。
6. 本方針は、常に検証の対象とし、その合理性が失われた時は直ちに改正を行う。

ISO範囲組織図

(令和7年3月31日現在)



3. 精度管理

精度管理とは、健診業務の精度を一定の水準に確保するために、全体に渡って適切に管理することであり、「内部精度管理」と「外部精度管理」とがある。

内部精度管理は、財団内において検診手技、検体の採取・保存及び搬送、測定又は検査の実施、結果の管理、機器の整備と安全、管理監督者等の充実などを図り、測定・検査値の精度と判定結果の信頼を保つものである。

外部精度管理は、各種学会で行っている外部精度管理事業の審査を定期的に受け、エックス線画像の画質、あるいは測定又は検査値の精度の保証を得るものである。

内部精度管理

専門医、放射線技師によるエックス線画像などの読影・判定の診断精度の検討や、医療技術者の技術研修について積極的な参加を行った。

当財団では健康診断、検診・検査及び診療事業の精度を確保し、かつ向上させることを目的に、次のように「精度管理委員会」を設置している。委員会の概念図と委員会委員は次のとおりである。

精度管理委員会の概念図



精度管理委員

(令和7年1月31日現在)

氏名		役職
委員長	藤澤 武彦	理事長
	飯笹 俊彦	副理事長兼総合健診センター長
	角南 祐子	常務理事兼総合健診センター副センター長
	細野 透	常務理事兼情報管理部長
	羽田 明	調査研究センター長
	野村 文夫	総合健診センター学術顧問
	河西十九三	総合健診センター顧問
	堀江 秀樹	健診事業部長
	牧野 新一	調査研究部長
	藤田 美鈴	調査研究部主席研究員
	杉山 園美	画像診断部長
	橋本 秀行	診療部長
	山口 和也	診療部消化器担当部長
	中川 由紀	診療部診療科部長
	日暮 浩実	診療部診療科部長
	大浦 弘嵩	診療部診療科部長
	山地 治子	診療部健診・ドック科部長
	伊藤 由美	看護部長
	稲田 正貴	検査部長
オブザーバー	桑原竹一郎	総合健診センター顧問

精度管理専門委員

(令和7年1月31日現在)

委員会名	委員			
	専門分野	氏名	外部	所属・役職
呼吸器科委員会		滝口 裕一	○	(医社) 翠明会 山王病院 腫瘍内科・呼吸器内科部長
		澁谷 潔	○	成田赤十字病院副院長
		山本 司	○	(独) 労働者健康安全機構千葉ろうさい病院
		鈴木 秀海	○	(国大) 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学教授
		飯笹 俊彦		副理事長兼総合健診センター長
		杉山 園美		画像診断部長
		日暮 浩実		診療部診療科部長
		山地 治子		診療部健診・ドック科部長

委員会名	委 員			
	専門分野	氏 名	外部	所 属 ・ 役 職
消化器科委員会		林 學	○	元 総合健診センター長
		更科 廣實	○	(医社) 健勝会 介護老人保健施設 睦沢の里理事長
		瀬崎 徳久	○	亀田総合病院附属幕張クリニック 消化器内科顧問
		露口 利夫	○	千葉県立佐原病院病院長
		長浜 隆司	○	(医社) 誠馨会 新東京病院 消化器内科主任部長
		吉川 正治	○	本郷並木通り内科院長
		杉山 園美		画像診断部長
		山口 和也		診療部消化器担当部長
		中川 由紀		診療部診療科部長
	大浦 弘嵩		診療部診療科部長	
循環器科委員会	眼底	川端 秀仁	○	(医社) 秀光会 かわばた眼科院長
	眼底	千葉 幸恵	○	千葉眼科副院長
	眼底	藤本 尚也	○	大木眼科クリニック
	心電図	寺井 勝	○	千葉市立海浜病院 小児科教育担当
	心電図	中島 弘道	○	千葉市社会福祉協議会桜木園 副園長
	心電図	丹羽公一郎	○	(学) 聖路加国際大学 聖路加国際病院特別顧問
	心電図	吉田 秀夫	○	(医社) 普照会 井上記念病院副理事長
		角南 祐子		常務理事兼総合健診センター副センター長
	山地 治子		診療部健診・ドック科部長	
乳腺科委員会		鈴木 正人	○	(独) 国立病院機構千葉医療センター乳腺外科外来管理部長
		長嶋 健	○	(国大) 千葉大学医学部附属病院 手術部長兼乳腺・甲状腺外科長
		宮澤 幸正	○	(医) 鎗田病院 乳腺・甲状腺外科
		山本 尚人	○	(医社) 普照会 井上記念病院 乳腺外科顧問
		横溝 十誠	○	川上診療所院長
		橋本 秀行		診療部長
甲状腺科委員会		長嶋 健	○	(国大) 千葉大学医学部附属病院 手術部長兼乳腺・甲状腺外科長
		伴 俊明	○	いすみ医療センター病院長
		宮澤 幸正	○	(医) 鎗田病院 乳腺・甲状腺外科
		橋本 秀行		診療部長
婦人科委員会		岩崎 秀昭	○	(医社) 紫雲会 介護老人保健施設ケアセンターけやき園 院長
		田中 尚武	○	千葉県がんセンター副病院長
		平井 康夫	○	(株) PCL JAPAN 川越細胞診ラボ所長
		三橋 暁	○	獨協医科大学 産科婦人科主任教授
		錦見 恭子	○	(国大) 千葉大学医学部附属病院 婦人科診療講師
		河西十九三		総合健診センター顧問

Ⅰトピックス
Ⅱ健診・診療 ・検査事業
全体概況
地域保健
学校保健
産業保健
診療・人間 ドック等
検体検査
その他
Ⅲ調査研究 実績
Ⅳ普及啓発 実績
Ⅴ財団概要
Ⅵ基本方針

委員会名	委 員			
	専門分野	氏 名	外部	所 属 ・ 役 職
検査委員会	血液	河野 陽一	○	(地独) 東金九十九里地域医療センター東千葉メディカルセンター理事長
	血液	松下 一之	○	(国大) 千葉大学医学部附属病院検査部・遺伝子診療部診療教授
	先天	猪股 弘明	○	いのまたこどもクリニック院長
	先天	高柳 正樹	○	帝京平成大学健康医療スポーツ学部リハビリテーション学科教授
	腎臓	金本 勝義	○	(独) 国立病院機構千葉東病院小児科診療部長
	寄生虫	彦坂 健児	○	(国大) 千葉大学大学院医学研究院感染生体防御学准教授
		角南 祐子		常務理事兼総合健診センター副センター長
		野村 文夫		総合健診センター学術顧問
		稲田 正貴		検査部長
脊柱側弯症委員会		小谷 俊明	○	(福) 聖隷福祉事業団聖隷佐倉市民病院副院長
		佐久間 毅	○	(福) 聖隷福祉事業団聖隷佐倉市民病院整形外科部長
		南 昌平	○	(福) 聖隷福祉事業団聖隷佐倉市民病院名誉院長
		杉山 園美		画像診断部長
健康診断・基準範囲検討委員会		潤間 励子	○	(国大) 千葉大学総合安全衛生管理機構機構長
		永島 昭司	○	労働衛生コンサルタント事務所元気げんき所長
		飯笹 俊彦		副理事長兼総合健診センター長
		角南 祐子		常務理事兼総合健診センター副センター長
		野村 文夫		総合健診センター学術顧問
		日暮 浩実		診療部診療科部長
		山地 治子		診療部健診・ドック科部長
		稲田 正貴		検査部長兼副部長
		前原亜矢乃		調査研究部副部長
		倉内 誉仁		情報管理部副部長
		鈴木 善幸		健診事業部副部長
		山下 朋美		看護部副部長
	秋場なをこ		診療部副部長	

備考：先天＝先天性代謝異常

外部精度管理

日本医師会、全国労働衛生団体連合会等、第三者機関が実施する各種の精度管理評価に参加した。

外部精度管理調査等参加一覧

(令和7年3月31日現在)

対 象	名 称	実施機関名
結核検診	結核予防会胸部画像精度管理研究会評価	公益財団法人結核予防会
健康診断、臨床検査、細胞診・病理検査	日本医師会臨床検査精度管理調査	公益社団法人日本医師会
	全衛連エックス線検査精度管理調査	公益社団法人全国労働衛生団体連合会
	全衛連労働衛生検査精度管理調査	
	全衛連臨床検査精度管理調査	
	全衛連腹部超音波検査精度管理調査	公益財団法人予防医学事業中央会
	予防医学事業中央会共有化事業評価	
	日臨技臨床検査精度管理調査（施設総合評価）	
	千臨技精度管理調査（施設総合評価）	一般社団法人千葉県臨床検査技師会
	日本総合健診医学会精度管理調査	一般社団法人日本総合健診医学会
日本総合健診医学会臨床検査精度管理		
先天性代謝異常検査	先天性代謝異常検査等スクリーニングの精度管理業務	特定非営利活動法人タンデムマス・スクリーニング普及協会
結核感染診断検査	UK NEQAS for Interferon gamma release assays (Mycobacterium tuberculosis)	UK NEQAS（イギリス）

I トピックス

II 健診・診療・検査事業

全体概況

地域保健

学校保健

産業保健

診療・人間ドック等

検体検査

その他

III 調査研究実績

IV 普及啓発実績

V 財団概要

VI 基本方針

4. 個人情報保護

当財団では、個人の重要な財産である個人情報を適正に保護・管理していくことを目的に、平成18年5月にプライバシーマーク認定を取得した。個人情報保護方針の策定やプライバシーマーク委員会を定期的で開催し、個人情報に関する管理体制の維持及び適正な保護・管理を行っている。

(最終改訂：令和7年9月1日)

個人情報保護方針

公益財団法人ちば県民保健予防財団（以下、「財団」という。）は、健診・検査・調査研究を通じて疾病の早期発見・予防に努め、県民の皆さま一人ひとりの健康づくりを支援し、地域社会に貢献することを基本理念としています。業務で取り扱う個人情報（当財団が取得し、又は取得しようとしている個人情報を含む。以下同じ。）は個人の重要な財産であると認識し、その適正な保護・管理のために個人情報保護に関する方針を以下のとおり定め、確実な履行に努めます。

1 個人情報の取得、利用及び提供について

- (1) 個人情報の取得に際しては、利用目的を明確に定め、適法かつ公正な手段により取得します。
- (2) 個人情報の利用、提供につきましては、以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。
 - ア ご本人の了解を得た場合
 - イ 個人を識別又は特定できない状態に加工して利用する場合
 - ウ 法令等により提供を要求された場合財団では法令の定める場合や、緊急の場合等を除き、ご本人の許可なく、その情報を第三者に提供いたしません。

2 法令、国が定める指針その他の規範の遵守

財団で個人情報の取扱いに従事する全ての者は、個人情報保護に関する法令、国が定める指針その他の規範並びに財団の内部規定を遵守します。

3 個人情報の適正管理について

個人情報の正確性及び安全性を確保するため、管理体制を確立し、適切な安全管理の措置を講じるとともに、職員教育を実施し、個人情報への不正アクセス、漏えい、紛失、毀損、改ざんの予防及び是正に努めます。

4 苦情及び相談、開示等への対応について

財団が保有する個人情報について、本人から利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去、第三者への提供の停止及び第三者への提供と第三者からの受領の記録の開示を求められた場合、並びに個人情報に関する苦情又は相談の申出があった場合、関連する法令や国が定める指針その他の規範等に照らし、適切に対応します。

5 個人情報保護マネジメントシステムの継続的改善

個人情報を適切に保護し、法令遵守を徹底するため、JIS Q 15001に準拠した個人情報保護を適切に保護するためのマネジメントシステムを確立し、実施するとともに、適宜見直しを行い、個人情報保護マネジメントシステムの継続的な改善を図ります。

6 委託業務について

財団では、一部の検査・診断等を外部の検査会社や医療施設等に委託しており、その際、お客様の個人情報をこれらの委託先に提供することがあります。このような場合において、財団では信頼のおける委託先を選択するとともに、お客様の個人情報が不適切に扱われないように契約を取り交わし、定期的な監査を実施してまいります。

7 個人情報に関するお問合せ先

調査研究部企画広報課 TEL:043-246-8606

5. リスクマネジメント

当財団の行う健（検）診、診療、検査等事業に係る事故の発生防止を目的として「事故防止対策要綱」を平成18年7月に、「リスクマネジメント方針」を平成25年1月に制定している。また、事故防止対策を実効あるものとするため、部門ごとの事故防止や安全対策及び各部門間との連携機関として、リスクマネジメント委員会を設置し、施設内の縦横の連絡を緊密に行い事故防止に努めている。

リスクマネジメント方針

- 1 受診者及び職員の生命・身体の安全を守る。
- 2 受診者及び職員の権利・利益を保護する。
- 3 リスクの組織的な監視に努め、健診・検査及びサービスの質を改善することによって事故を防止する。
- 4 法令及び社会的規範を遵守する。
- 5 財団の財務的資産を保護し、損害を防止する。
- 6 リスク低減に向けて職員の教育・指導を徹底する。
- 7 リスクマネジメント体制を構築し、定期的に評価・見直しを行う。
- 8 リスクを分析し未然防止に努めるとともに、万一発生した場合は、迅速で的確な対応と再発防止のための改善を行う。

リスクマネジメント委員会委員

(令和7年3月31日現在)

	役 職	氏 名
委員長 ゼネラルリスクマネージャー	理事長	藤澤 武彦
	副理事長兼総合健診センター長	飯笹 俊彦
サブゼネラルリスクマネージャー	専務理事	玉田 浩一
	常務理事兼総合健診センター副センター長	角南 祐子
副委員長	常務理事兼情報管理部長	細野 透
	常務理事兼事務局長	片岡 勝美
	総務部長兼副部長	近藤 好一
	健診事業部長	堀江 秀樹
	調査研究部長	牧野 新一
	画像診断部技術担当部長	岩元 興人
	診療部事務部長兼健診・ドック科長	門脇 辰幸
看護部長	伊藤 由美	
	検査部長兼副部長	稲田 正貴

用語解説

受診率

検診を受けるべき対象者が、実際に検診を受けたかを測る指標。高いことが望ましい。

【受診者数／対象者数×100】

要精検率

検診において、精密検査の対象者が適切に絞られているかを測る指標。対象集団に応じて適切な範囲があり、極端な高値、あるいは低値の場合はさらに検討が必要。

【要精検者数／受診者数×100】

精密検査受診率（精検受診率）

要精検者が実際に精密検査を受診したかを測る指標。高いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、疾患の発見率や陽性反応適中度を適切に評価できない）。

【精検受診者数／要精検者数×100】

がん発見率

その検診において、適正な頻度でがんを発見できたかを測る指標。基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合はさらに検討が必要。

【がんであった者／受診者数×100】

陽性反応適中度（Positive Predictive Value：PPV）

その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標（検診の精度を測る指標）。基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合はさらに検討が必要。陽性適中率、検査後確率などとも呼ばれる。

【がんであった者／要精検者数×100】

追跡調査

胸部検診・がん検診（一次検診）で、「要精密検査（要精検）」と判定された方のその後を調査し、精密検査受診の有無の確認を行う。受診している場合は、がんであったかどうか、またはどのような疾患であったかを把握し、一次検診の判定基準及び精度管理の点検のため行う。特に、当該年度にがん、がん疑い及びがん関連所見が付いた場合、前回、前々回など過去の所見を点検することによって、検診精度の向上などに役立てている。

腫瘍

細胞が異常に増殖したもの。転移をしない良性腫瘍と悪性腫瘍（がん）がある。

「がん」と「癌」

ひらがなの「がん」は悪性腫瘍全体を指し、漢字の「癌」は上皮細胞から発生する悪性腫瘍に限って使用するとされているが、特に区別しないこともある。本誌では、原則として「癌」についてもひらがなの「がん」を使用する。

進行がん

がんの大きさが大きくなっていたり、できた場所から広がっていて、治りにくいがん。厳密な定義は臓器やがんの種類によって異なる。一般的には、最初にできたがんが大きくなっている、リンパ節に転移している、他の臓器への転移がある等の特徴がある。

上皮内がん

がん細胞が臓器の表面や管状の臓器の内側をおおっている上皮内でとどまっているがん。がんが上皮と間質を隔てる基底膜を破って広がっていない状態。上皮内新生物とも呼ばれる。

病期

がんの大きさや周囲の広がり方で、がんの進行の程度を判定するための基準。がんの治療方針を検討するときに使用する。ステージ、病期分類とも呼ばれる。

循環器

血液が循環する器官を意味し、心臓と血管が該当する。心臓がポンプとして血液を押し出し、心臓→動脈→全身の臓器→静脈→心臓という順番で血液が全身の血管を循環することから呼ばれる。

生活習慣病

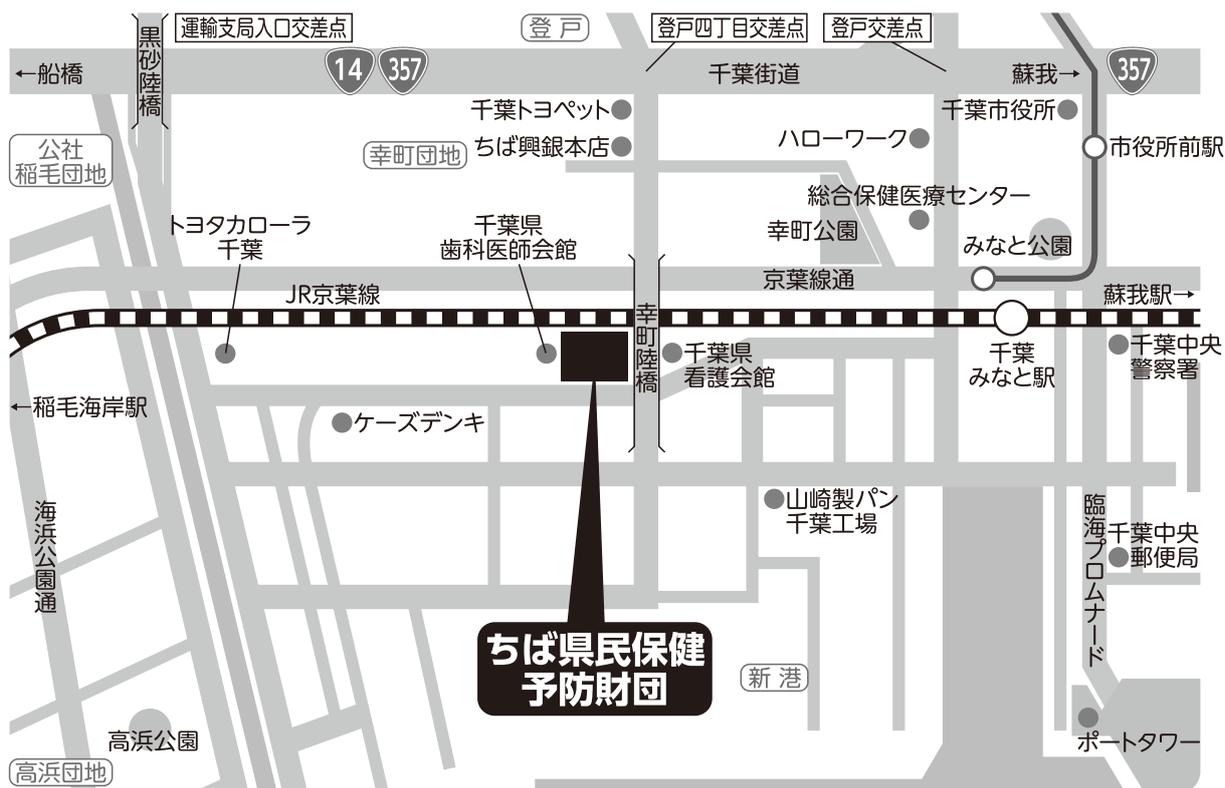
食事や運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。日本人の死因の上位を占め、がんや脳卒中、糖尿病等が含まれる。

抗体価

ワクチンを接種し、ウイルスと戦うため体の中で産生された抗体の量を数値で表したものの。

肝炎ウイルス

感染すると肝炎を引き起こすウイルスで、A、B、C、D、E型等がある。中でもB型、C型肝炎ウイルスについては、慢性の肝臓病を引き起こす原因となる。



交通経路のご案内

◎徒歩の場合

JR京葉線「千葉みなと駅」より、京葉線沿い海側を船橋方面へ約1.2km、徒歩約17分

◎路線バスの場合

JR総武線「千葉駅西口」25番バス停、JR京葉線「千葉みなと駅西口」1番バス停から、京成バス千葉イースト「ちば県民保健予防財団」経由「新港車庫前」または「新港イースト」行に乗車し、「ちば県民保健予防財団」下車

所要時間：JR総武線「千葉駅西口」から14～17分

JR京葉線「千葉みなと駅西口」から5～6分

◎お車の場合（駐車場：約140台）

●船橋方面よりお越しの場合

国道357（14）号線、「運輸支局入口」交差点を右折し、二つ目の信号を左折して直進すると道路左側になります。

●市原方面よりお越しの場合

国道357（14）号線、「登戸」交差点を左折し、JR京葉線ガード下を通過し突当たりT字路を右折、信号三つ目の交差点を右折後、突当たりT字路を左折し直進すると道路右側になります。

◎ 編集委員

藤澤 武彦 (理事長)	山地 治子 (診療部健診・ドック科部長)
飯笹 俊彦 (副理事長兼総合健診センター長)	河西十九三 (総合健診センター顧問)
生稲 芳博 (専務理事)	近藤 好一 (事務局調整監兼情報管理部長)
角南 祐子 (常務理事兼総合健診センター副センター長)	石井 貴之 (総務部長)
片岡 勝美 (常務理事兼事務局長)	堀江 秀樹 (健診事業部長)
羽田 明 (調査研究センター長)	渡邊 綾子 (看護部長)
杉山 園美 (画像診断部長)	稲田 正貴 (検査部長)
橋本 秀行 (診療部長)	牧野 新一 (調査研究部長)
山口 和也 (診療部消化器担当部長)	藤田 美鈴 (調査研究部主席研究員)
中川 由紀 (診療部診療科部長)	
日暮 浩実 (診療部診療科部長)	(令和8年1月31日現在)



公益財団法人 ちば県民保健予防財団

<全国組織への参加>

公益財団法人結核予防会
公益財団法人日本対がん協会
公益財団法人予防医学事業中央会

事業年報 令和6年度 (通巻第22号)

令和8年1月31日発行

発行人 藤澤 武彦

編集 事業年報編集委員会

(編集事務局:調査研究部調査分析課)

発行 公益財団法人ちば県民保健予防財団

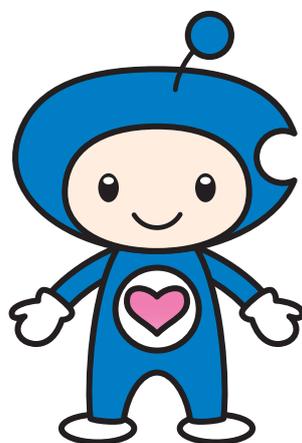
〒261-0002 千葉市美浜区新港32番地14

TEL 043-246-0350

FAX 043-246-8640

URL <https://www.kenko-chiba.or.jp>

©2026 公益財団法人ちば県民保健予防財団



ちば県民保健予防財団
マスコットキャラクター
「けんしー」