

健康診断関係年表③

【生活習慣病に関する健康診断】

9. 成人病検診・生活習慣病健康診断	146
10. 老人保健法基本健康診査	155
11. 特定健康診査・特定保健指導	161
12. がん検診	170
13. 人間ドック	196

小 池 慎 也 編

9. 成人病検診・生活習慣病健康診断

昭和 20 年～29 年・昭和 30 年～49 年

年号	健康診断の動き
1951 昭和 26	<ul style="list-style-type: none"> 結核に代わり、昭和 26 年より脳卒中による死亡が第 1 位、昭和 28 年よりがんが第 2 位、昭和 33 年より心臓病が第 3 位を占め、成人病が死因順位の上位を独占し、成人病の予防が公衆衛生の主目標となった。5)
1952 昭和 27	<ul style="list-style-type: none"> 厚生省が、厚生科学研究に、成人病に関する課題を設け、成人病の治療方法のみならず、早期発見、集団検診、健康管理等について研究を進めた。2)
1954 昭和 29	<ul style="list-style-type: none"> 厚生省が、地方ごとに基幹となっている国立病院に、脳卒中、がんの早期診断、治療法等に関する研究班を設け、国立病院 2 ヶ所にがん診療センター、3 ヶ所に高血圧診療センターを設置する準備を開始した。2)
1955 昭和 30	<ul style="list-style-type: none"> わが国における高血圧についての研究は、生命保険医学研究の中で行われた。脳血管疾患に関する最初の系統的研究の中で、各地の住民の血圧について報告した。22) 脳卒中、がん、心臓病等の成人病対策が大きな課題となり、種々の対策を講じた。昭和 30 年代の保健医療における主目標となった。5)
1956 昭和 31	<p>3・1 成人病の発現機序、治療方法等は十分に解明されていなかった。厚生省は、厚生大臣の諮問機関として「成人病予防対策協議連絡会」を設置し、成人病予防の具体的方法を諮問した。「成人病予防対策協議会」の第 1 回会合において、成人病としてがん、高血圧、心臓病の 3 大疾病を重点的に取り上げ、行政対策の主たる対象としては、40 歳から 60 歳程度の働き盛りの年齢層とする方針を定めた。成人病は、40 歳前後から急に死亡率が高くなり、全死因の中でも高位を占め、40～60 歳位の働き盛りに多い疾患とした。1,2,459)</p> <p>3 「成人病」という名称は、日本独自のものであり、厚生省に最初の記載が見られた。40 歳から 60 歳の働き盛りの人々に発生率が高い疾患を指し、脳血管障害、悪性腫瘍、心疾患、糖尿病、痛風等慢性疾患とした。死亡率で上位を占めたがん、脳卒中、心臓病は「3 大成人病」とし、この言葉は徐々に定着した。その後、集団検診による早期発見、早期治療の体制が整えた。5)</p> <ul style="list-style-type: none"> 昭和 31 年以来国民栄養調査の中で測定した血圧値、また昭和 36 年と昭和 46 年に行った成人病基礎調査と、昭和 55 年の循環器疾患基礎調査による血圧値によって、日本人の血圧についての概要を知ることが出来た。5)

<p>1957 昭和 32</p>	<p>2・15 厚生省に設置した「成人病予防対策協議会」が、成人病に対する実態の調査、医療施設の強化、専門技術者の養成等が当面の緊急課題である旨の答申を行った。(2,5)</p> <p>6・21 厚生大臣から「成人病予防対策協議連絡会」に対し、「成人病予防に関し、特に対策を講ずべき疾病及びこれが予防の具体的方策」について諮問した。(1,2)</p>
<p>1958 昭和 33</p>	<p>9 厚生省が、昭和 33 年 9 月及び 10 月の 2 ヶ月間にわたり、わが国初の全国の一般病院退院患者の全員 1 万 3,127 人を対象とした悪性新生物実態調査を実施した。この結果、がん罹患の地域差、都道府県別の病院利用状況等、今後の対策の基礎資料となるべき貴重な成果を得た。1)</p> <p>－ 悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等の「成人病」は、40 歳前後から急に死亡率が高くなり、加齢に伴って罹り易くなる病気ということで国民の関心が高まった。受療率は「循環器」「呼吸器」「消化器」「筋骨格及び結合組織」の疾患が増加した。その後も、総死亡に対する 3 大成人病の合計の割合は年々増え続けた。成人病が国民の保健衛生上重要な問題となった。(1,2)</p> <p>－ WHO の専門委員会で、初めて高血圧と心臓病の疫学的研究における分類と基準を報告した。(22)</p>
<p>1959 昭和 34</p>	<p>－ 白木幸男が『眼底血圧の集団検診』を刊行した。(29)</p>
<p>1960 昭和 35</p>	<p>－ 循環器集団検診用として眼底カメラの利用が着目された。眼底カメラは、瞳孔を通して眼底血管を撮影し、高血圧や動脈硬化等を診断するうえで有効であった。わが国でも数社の光学メーカーが生産を始めた。いずれの機械も瞳孔を開いたままにするために散瞳剤の点眼が必要であった。散瞳剤を点眼すると被検者の瞳孔が約半日間開いたままになり、眩しくてピントも合わないため仕事が出来ず、また緑内障患者の場合稀に失明の恐れもあるので、集団検診用として散瞳剤を必要としない眼底カメラの出現が望まれた。(488)</p>
<p>1961 昭和 36</p>	<p>－ 厚生省が、循環器疾患（脳卒中、心臓病）の実態を把握するため、昭和 36 年と昭和 37 年に、「成人病基礎調査」を実施した。この調査により、脳卒中对策の基礎となる高血圧及びその合併症、脳卒中患者の状況を把握した。(2,459)</p> <p>－ 福岡県糟屋郡久山町の生活習慣病予防健診は、「成人健診」として開始した。故江口浩平町長の回顧録によれば、「昭和 36 年九州大学医学部第二内科（現、病態機能内科学）から、「健診を実施し、その受診者の追跡調査を行い、お亡くなりになった方は病理解剖することで、脳卒中の正確な診断と発症する要因を解明する研究をさせてくれないか」との相談</p>

	<p>があり、議会の賛同も得て申し出を受けることにした」と、記した。年齢・職業構成等が全国平均に近い久山町は、調査研究に好条件であった。世界でも稀に見る高精度の健康管理事業が幕を開けた。2)</p>
<p>1963 昭和 38</p>	<p>7・11 「老人福祉法」を制定（昭和 38.7.11 法律第 133 号）した。本法では、有病率の高い老人に対する保健医療対策として、老人に健康診査の受診機会を与え、疾病予防、早期発見、早期治療を目的とし、市町村は、毎年、期日又は期間を指定し、65 歳以上の者を対象として、老人の疾病の予防、早期発見・早期治療という見地から老人健康診査を実施した。2,483)</p> <p>7・31 厚生省社会局長から、「老人福祉法による健康診査の実施について」（昭和 38.7.31 社会局長通知第 520 号）の通知を発した。65 歳以上の老人を対象にした健康診査を制度化した。いかなる疾病の治療も早期発見、早期治療が最も望ましいものであり、そのためには平素から健康診査を受けて自己による健康管理を行っていくことが必要であるとした。老人の健康を守るという立場から健康診査を積極的に行うことが必要とし、制度化した。2)</p> <p>－ 本格的な疫学調査が始まり、その結果、脳卒中の危険因子として、高血圧が最も重要であることを示した。脳卒中と脳梗塞の比率は、全国 17 か町村の脳卒中発生調査をまとめた研究班の報告で、脳出血が脳梗塞より多く、約 1.4 倍であった。いくつかのモデル地区において、脳卒中予防対策として、高血圧検診と高血圧管理への取り組み、生活改善を行った結果、脳卒中死亡率・発生率の低下を認めた。459)</p>
<p>1964 昭和 39</p>	<p>4 厚生省社会局に老人福祉課を新設し、「老人福祉法」の施行に伴う事務を所掌した。2)</p>
<p>1965 昭和 40</p>	<p>12 循環器疾患対策は、啓蒙普及活動、健康診断、専門医療機関の整備、専門技術者の養成訓練、研究の推進について総合的な対策を図った。最大の危険因子である高血圧症を健康診査によって早期発見し、早期治療を行うことにより脳卒中の予防を図ることに主眼を置いた。2)</p> <p>－ 「老人福祉法」により、がん、循環器の検診を実施した。2)</p> <p>－ 岩手県沢内村、新潟県大和町、長野県八千穂村、高知県野市町、島根県八雲村、福岡県朝倉町等 10 年あるいは 20 年以上も前から住民の健康管理や脳卒中の予防対策を積極的に行ってきた市町村においては、住民 1 人当たりの医療費は県平均の 1 人当たり医療費に比べて著しく低かった。また、循環器対策を積極的に行ってきた地区は、脳卒中発生率が低下し、中等症又は重症のものが減少したことを示す調査があり、更に胃がんや子宮がんについての各種の調査は、検診がきっかけで発見され</p>

	<p>た者の方が早期で手術の可能なものが多く、治療後の生存率も高く、治療費も著しく低くて済んでいた。479)</p>
<p>1967 昭和 42</p>	<p>－ 血圧測定法について、日本循環器管理研究協議会における診断手技に関する研究の中で血圧小委員会における検討の結果、「水銀血圧計による血圧測定の手技」を報告し、昭和 54 年に改訂（「水銀血圧計による血圧測定の手技」）した。22)</p>
<p>1969 昭和 44</p>	<p>4 厚生省が、農山村地域の循環器疾患対策として、農村に位置する公的病院に併設する「農村検診センター」の整備、健康管理指導車の整備を開始した。2,5)</p> <p>－ 厚生省が、総合的な循環器疾患対策として、昭和 44 年度を初年度として 3 年間の計画に、脳卒中の半減を目標とし、全国平均の 2 倍以上の脳卒中死亡を持つ 6 県 74 市町村を対象に、市町村から、毎年数 10 地区を選んで脳卒中予防特別対策を実施した。昭和 45 年度には新たに 6 県 57 市町村を追加した。該当の地区では、40 歳から 60 歳までの全員の健康診断を実施し、健康診断の結果によって医療機関の紹介、患者の治療の継続と生活の指導を行った。これを契機に全国の都道府県や市町村にも循環器健診が普及した。2)</p> <p>－ 文部省総合研究「高血圧眼底」班が『高血圧症眼底所見の判定基準図譜』を刊行した。29)</p>
<p>1970 昭和 45</p>	<p>－ 成人病の患者は増加し、高血圧性疾患は、昭和 30 年と昭和 45 年を比較すると、それぞれ 1,000 人当たり 1.3 と 14.6 で 11 倍であり、受療率ではそれぞれ 0.61 と 3.42 で 6 倍であった。また、悪性新生物では、同年で有病率は 0.3 と 0.5 で、1.7 倍、受療率では 0.2 と 0.5 で 2.5 倍であった。2)</p> <p>－ 成人病の集団検診の実施状況のうち、循環器検診は、年間では血圧測定で 237 万人、検尿で 160 万人程度であった。2)</p>
<p>1971 昭和 46</p>	<p>3 G.A.Rose、H.Blackburn 著、小林太刀夫他訳『循環器調査法』を刊行した。29)</p> <p>－ 昭和 46 年～47 年に第 2 回成人病基礎調査を実施した。この結果、最大血圧の平均値が減少し、高血圧は軽症化する傾向を示した。昭和 48 年度より、循環器疾患健康診断の国庫補助を開始し、循環器健康診断実施数・受診者数は飛躍的に増加した。調査の結果、脳卒中、心臓病等の循環器疾患は高血圧によることを明らかにした。成人病基礎調査は、名称を循環器疾患基礎調査と改めた。昭和 52 年、全国の 207 市町村が脳卒中対策重点地区に指定し、2 次健康診断と共に保健指導の費用も補助した。2,5,459)</p>

1973 昭和 48	4 厚生省が、昭和 48 年度から市町村が行う循環器疾患の早期発見のための血圧測定、尿検査等の基礎的な健康診査に対して国庫補助を行い、普及に努めた。農村地帯の循環器疾患対策として、公的病院に併設して農村検診センターの整備を開始し、施設、設備、運営費にも助成を行った。2)
1974 昭和 49	－ WHO 東京会議では、高血圧の診断をする前に数回の血圧測定が必要なこと、最高血圧 180 mmHg 以上の患者は、治療すべきだとした。22)

昭和 50 年～63 年

年号	健康診断の動き
1975 昭和 50	7・11 「老人福祉法」(昭和 38.7.11 法律第 133 号) に基づき、市町村が 65 歳以上の老人の疾病を早期に発見し、健康の保持・増進を図ることを目的に、健康診査を実施した。受診人員は毎年着実に増加し、昭和 50 年代には、20%を超える受診率となった。2)
1976 昭和 51	6 キヤノンが、無散瞳眼底カメラを発売した。成人病集団検診用として広く用いた。その仕組みは、被検者を薄暗い部屋に入れて自然に瞳孔を開かせ、弱い赤外光で眼底を照明し、その像を赤外テレビカメラによってテレビモニターに映し出してピント合わせをした後、一瞬のストロボフラッシュで撮影した。昭和 52 年 11 月操作性を改良した無散瞳眼底カメラを発売した。488) － 昭和 51 年の国民健康調査によれば、国民の 8.6 人に 1 人が何等かの傷病を持ち、また、傷病を持つ者の 4 分の 1 は循環器系の疾患であった。2)
1977 昭和 52	－ 厚生省が、各県 3 か所(昭和 55 年からは 5 か所) 程度を循環器疾患重点地区に指定し、高血圧者等に対して心電図検査、眼底検査の他、集団・個別の保健指導を行った。2)
1978 昭和 53	－ WHO 専門家会議では、高血圧の臨床的な分類には、2 回の異なる状態の時、3 回の測定値によって分類されるべきであることを勧告した。また高血圧は、最高血圧 160 mmHg 以上、最低血圧 95 mmHg 以上と定義した。22) － 「生活習慣病」の提唱は、1970 年代後半から聖路加国際病院の院長であった日野原重明によって「習慣病」という名称を、川久保清によって平成 2 年に「生活習慣病」という名称を提案した。469,470)
1980 昭和 55	11 厚生省が、9 年ぶりに第 3 回循環器疾患基礎調査を実施した。この調査では初めて国民栄養調査対象者を対象とし、食生活状況と循環器疾患との相関性を検討した。併せて血液生化学的検査を実施し、循環器疾患

	<p>と血液性状との関係を検討した。この結果、最大血圧は全体的に低下したが、調査で高血圧と判定された者のうち高血圧であることを知らなかった者が40%を超えており、知っていても治療を受けていない者も25%以上もいた。高血圧管理はまだ十分ではなかった。2,459)</p> <p>－ 日本循環器管理研究協議会の「高血圧と動脈硬化性疾患の重症度判定基準の設定に関する小委員会」が、重症度を判定出来る判定基準を作成した。22)</p>
1981 昭和 56	<p>－ 脳卒中は、脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等に分類した。1950年代までは脳出血が圧倒的に多かった。1960年代中頃より脳出血死亡は減少する一方、脳梗塞死亡が増加し、昭和50年に順位が逆転した。漸増してきた脳梗塞も、昭和56年には減少に転じた。459)</p>
1982 昭和 57	<p>8・17 「老人保健法」を制定(昭和57.8.17 法律第80号)した。各種の成人病対策を実施した。(1) 40歳以上の者を対象として、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導を行った。(2) 保健事業は市町村が行うとした。(3) 保健事業の費用負担は、国、都道府県、市町村が3分の1ずつ負担した。厚生省は、実施体制を法施行後5年で順次計画的に整備することを目指して、「保健事業5か年計画」を策定した。2)</p>
1983 昭和 58	<p>2 糖尿病は、比較的頻度の高い疾病で、放置すると重篤な合併症をもたらした。日常生活上の指導・治療・管理が必要で、糖尿病・前糖尿病患者をスクリーニングした。458)</p>
1984 昭和 59	<p>11 キヤノンが、空気パルス噴射式非接触眼圧計ノンコンタクトトノメーターを発売した。488)</p> <p>－ 厚生省が、公衆衛生審議会の「保健事業の推進方策について」の答申を受けて、保健事業の普及を図るとともにその評価を行うために、昭和59年より、(1) 年1回の「40歳からの健康週間」の制定、(2) 中央行事「健康フェスティバル」の開催、(3) 全市町村、都道府県について健康診査受診率を地図化し「健康マップ」の刊行等を実施した。2)</p> <p>－ 糖尿病に関する全国成績では、尿糖陽性頻度は40歳代、50歳代、60歳代、70歳代以上で各々1.5%、2.1%、2.9%、3.2%、疑いを含む糖尿病頻度は各々2.1%、3.0%、4.2%、4.4%であった。458,471)</p>
1986 昭和 60	<p>－ 心疾患の死亡率ががんに次いで第2位となり、我が国の疾病構造が欧米諸国に近づきつつあった。2)</p>
1986 昭和 61	<p>8 キヤノンから、テレビモニターを組み込んだ、無散瞳眼底カメラを発売した。無散瞳眼底カメラにおける地位を高めた。488)</p>

平成期

年号	健康診断の動き
1989 平成元	10 フクダ電子社史編纂委員会が『心電計と歩んだ半世紀 フクダ電子創業50年史』を刊行した。(29)
1996 平成8	12・18 厚生大臣諮問機関である公衆衛生審議会成人病難病対策部会が「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について(意見具申)」が取りまとめ、生活習慣病(life-style related diseases)という概念を提唱した。生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患群」とした。この意見具申に基づき、生活習慣を改善することにより疾病の発症・進行が予防出来るという認識を国民に醸成し、行動に結びつけていくために、「加齢」という要素に着目した「成人病」から、新たに「生活習慣」という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という概念を健康づくり対策に導入した。生活習慣病は、生活習慣に起因する疾病として主として、がん、脳血管疾患、心臓病等を指摘した。肥満はこれらの疾患になるリスクを上げ、肥満自体が生活習慣病の一つとした。肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼んだ。また、糖尿病(1型糖尿病を除く)・脂質異常症(家族性脂質異常症を除く)・高血圧・高尿酸血症等を挙げた。 346,459,472)
1997 平成9	— 平成9年頃から、成人病の多くについて「生活習慣の改善によって予防し得る」という認識を人々の間に醸成することを目的として、「成人病」を「生活習慣病」へと置き換える動きが興り始めた。生活習慣病は生活習慣による疾病の区分であった。(472)
1998 平成10	2 笹森典雄、小山和作、田村政紀が『健康長寿を支える高齢者健診と保健活動』を刊行した。(29)
1999 平成11	3 大野良之、柳川洋編集、大野良之他執筆『生活習慣病予防マニュアル』を刊行した。(29) 10 矢野栄二編集、小林廉毅編集、山岡和枝編集『Evidence based medicineによる健康診断』を刊行し、「第Ⅲ部 健康診断の歴史と今後の方向性」を掲載した。(29)
2002 平成14	6 金子満雄が『地域における痴呆健診と対策 早期なら痴呆は防げる、治せる』を刊行した。(29) 8・2 「健康増進法」を制定(平成14.8.2 法律第103号)した。平成16年2月27日より施行した。本法は、国民の健康の増進の総合的な推進に關し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図ることを目的とした。厚生労働大臣は、健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳の交付その他の措置に關し、

	<p>健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針を定める。厚生労働大臣は、健康診査等指針を定め、又はこれを変更したときは、これを公表するとする。がん検診は、第19条の2に基づく健康増進事業として市町村が実施した。厚生労働省は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省健康局長通知）を定め、同指針に基づいて検診を推進した。健康診断は健康増進事業として位置づけた。</p> <p>441,459)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 平成14年の調査では、生活習慣病の推定有病者数は、高血圧症約3,100万人、高脂血症約3,000万人、糖尿病約740万人であり、人口のほぼ半分に相当する47%がこの3つのいずれかに該当した。473) － 痛風は男性に集中しており、患者数は推定30-60万人、その予備軍である高尿酸血症は成人男性の20%とも言われた。発症年齢もかつては50代だったのが30代へと若年化した。474)
2003 平成15	5 『死の四重奏とよばれる生活習慣病 高血圧・肥満・高脂血症・糖尿病』を刊行した。29)
2004 平成16	6 遠田栄一、谷内亮水が『腹部超音波スクリーニング 見落としをしないコツ』を刊行した。29)
2005 平成17	<p>3 石竹達也、佐川公矯が『ライフステージからみた健康診断』を刊行した。29)</p> <p>6 食生活の欧米化との関連で生じている傾向が強いのは乳がんや前立腺がんや大腸癌であると考えられた。食生活の状況を改善することを目的として「日本型食生活」を提唱し、「食生活指針」や「食事バランスガイド」等を策定した。「食事バランスガイド」は、健康的な食生活を実現するため、摂取する食品の組み合わせや摂取量の目安をイラストで示した資料であった。475)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 肥満は中年以降に多く、平成18年には40～70代の男性で30%以上、女性では若干少なく20～30%が肥満であった。肥満は3大死因を含めたこれらの疾患のリスクを上げた。476)
2006 平成18	1 山門實が『ここまでわかってきた最新の生活習慣病健診と対策のすべて 診断からフォローアップまで』を刊行した。29)
2007 平成19	7・31 厚生労働省健康局総務課・老健局老人保健課から、「健康増進法に基づき市町村が実施する健康増進事業について」の通知を発し、「老人保健法」に基づく老人保健事業は、平成20年度以降、がん検診と併せて「健康増進法」に基づき、引き続き市町村において実施した。平成20年度以降の各事業の内容等は、老人保健事業を引き継ぐもので、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、基本健康診査（医療保険者の実施する特

	<p>定健診へ移行)、歯周疾患検診、骨粗鬆検診、健康度評価(廃止)、肝炎ウイルス検診、機能訓練、訪問指導、がん検診等であった。441)</p>
<p>2008 平成 20</p>	<p>4 「健康増進法」に基づく健康増進事業(健発第 0331058 号)を実施した。485)</p> <p>10・1 中小企業等で働く従業員やその家族が加入している健康保険(政府管掌健康保険)は、従来、国(社会保険庁)で運営していたが、平成 20 年 10 月 1 日、新たに「全国健康保険協会」(愛称:協会けんぽ)を設立し、協会が運営した。全国健康保険協会が行う「生活習慣病予防健診」は、主に生活習慣病の事前予防と早期発見を主旨とする健康診断であった。健診の対象は 35 歳以上、75 歳未満の被保険者であった。料金は有料であった。健康診断の種類は、一般健診を基本とし、医師の診断もしくは被保険者の要請にて、付加健診、肝炎ウイルス検査、乳がん・子宮頸がん検診(女性のみ)等を受診することが出来た。特定健康診査の対象者は、40 歳~74 歳の方が受けた。478)</p>

10. 老人保健基本健康診査

昭和 50 年～63 年・平成期

年号	健康診断の動き
1975 昭和 50	7 国民健康保険中央会は、「高齢者保健特別制度構想」を打ち出した。この構想は、健康診断、保健指導、70 歳以上の者に対する医療給付、リハビリテーションを一貫として行うこと、この制度は国、都道府県、市町村の共同事業とし、市町村が実施すること、と言うものであった。2)
1976 昭和 51	2・21 厚生省が、「老人保健医療問題懇談会」を設置した。10 月 26 日同懇談会は、「今後の老人保健医療のあり方について」の意見具申を行い、老人保健医療対策は、老人の健康状態に応じて、健康教育、健康診査、保健指導、治療、機能回復訓練、家庭看護指導が一貫して行われる総合的包括的な制度として確立されるべきことを指摘した。2)
1978 昭和 53	一 総合的な国民健康づくり対策を展開し、老人健康相談、在宅老人家庭看護訪問事業等を創設した。2)
1980 昭和 55	9 厚生省が、「老人保健法」(昭和 57.8.17 法律第 80 号)の原型となった老人保健制度の第 1 次試案を発表した。第 1 次試案は、市町村が健康教育、健康診査、機能訓練等の保健サービスを 40 歳から、療養の給付を 70 歳から実施すること、その費用は、国、地方公共団体の負担金及び医療保険の各保険者からの拠出金で賄うこと、患者に一部負担金の負担を求めること、を内容とした。2,479)
1982 昭和 57	8・17 健康な老後を送るための壮年期からの総合的な保健医療対策の実施と医療保険制度の負担の公平化を目的として、「老人保健法」を制定(昭和 57.8.17 法律第 80 号)した。「老人保健法」の基本的理念は、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。」ことであった。老人保健制度は、国民の老後の健康保持と適切な医療の確保のため、疾病予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施するもので、国民は、適切な保健サービスを受けることが出来るものとした。「老人保健法」に基づく保健事業には 7 事業があった。市町村(長)が行う保健事業は、40 歳以上の者を対象として、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、医療、機能訓練、訪問指導等とした。第 1 次から第 4 次の計画に従って、壮年期からの健康づくりの推進を図った。循環器健康診断は健康診査の一環として行った。医療以外の保健事業は、40 歳以上の者を対象として、市町村が地域の実情に即して計画的・段階的に行う。医療以外の保健事業の費用は、国、都道府県、市町村

	<p>が各々3分の1ずつ負担する。厚生省は、実施体制を法施行後5年間で計画的に整備することを目指して、「保健事業の5か年計画」を策定した。保健事業第1次計画では、健康診査の中のがん検診事業として、胃がん及び子宮がん検診を導入した。「老人保健法」に基づく保健事業が全国の市町村で円滑にかつ効果的に実施するために、昭和57年度を初年度とし、保健事業の基盤整備5か年計画を策定し、概ね5年間で要員の確保、施設の整備その他保健事業を実施するための基盤を整備し、計画的、段階的に事業の拡大、推進を図った。循環器検診の受診者は昭和61年度までに対象人口の約50%に、がん検診は約30%に引き上げることを目標とした。国は、保健婦等の要員の確保、施設設備の整備、がん検診車の整備等について必要な予算措置を講じた。(2,458,479)</p> <p>8・17 「老人保健法」に基づく健康診査は、高血圧、脳卒中、心臓病等の循環器疾患についての一般検診及び精密検査とし、がんについては、市町村の実施能力や実施体制等から胃がん検診と子宮がん検診であった。保健事業の対象者は、40歳以上とした。保健事業の実施基準は、「医療以外の保健事業の実施の基準」(昭和57.11.1 厚生省告示第185号)で示した。健康診査は、「心身の健康を保持するために行われる健康診査及び当該診査に基づく指導とする。」とした。健康診査に加えてその結果に基づく指導を健康診査の中に含め、適切な事後指導により健康づくりに積極的に役立てるようにした。(458,479)</p>
<p>1983 昭和58</p>	<p>1・26 健康診査の対象者、実施の要領等は、「老人保健法による保健事業の実施について」(昭和58.1.26 衛老第15号)で示した。健康診査の種類は次の通りであった。(1) 一般健康診査：一般診査、精密診査。(2) がん検診：胃がん検診、子宮がん検診、肺がん検診、乳がん検診であった。対象者：40歳以上の者、子宮がん検診及び乳がん検診は予算措置により30歳以上40歳未満の者も対象とし、実施回数は、原則として年1回であった。実施機関：健康診査は、市町村が適切な方法を選定した。健康診査の実施方法：(1) 一般健康診査：① 一般診査：健康診査は、循環器疾患及び肝疾患を早期に発見、適切な指導が目的であった。[検査項目及び方法]：1. 問診、2. 身体計測、3. 理学的検査、4. 血圧測定、5. 検尿(糖、蛋白、潜血の検査)、6. 心電図検査、7. 眼底検査、8. 総コレステロール、9. 貧血検査、10. 肝機能検査(血液のGOT、GPTを測定)、11. 血糖検査(原則として糖負荷試験試験)、訪問健康診査(在宅の寝たきり者に対し、必要に応じ医師及び保健婦を派遣し)。[結果の判定]：検査ごとに所定の方法で判定し、指導区分を決定した。② [精密診査]：精密診査の項目は、循環器検査(心電図検査、眼底検査及びコレステロール検査)・貧血検査、肝機能検査及び血糖検査であった。(3) 記録の整備。(4) 検診精度の管理：健</p>

康診査の結果としての要精検率や疾病の発見率等を検討し、その精度の維持向上を図り、必要に応じて検診実施機関の指導を行った。458,479)

1・26 「老人保健法」では、「健康手帳は、健康診査の記録その他老後における健康の保持のために必要な事項を記載するものとし、自らの健康管理と適切な医療の確保に資するため交付するものとする。」と規定した。479)

2・1 「老人保健法」による基本健康診査は次のように実施した。〔問診〕：問診の方法は、空欄方式、自記質問紙法、面接質問紙法のいずれかを用いた。〔身体計測〕：身長、体重、肥満度、皮下脂肪厚を測定した。〔血圧測定〕：2回以上測り、最も低い値のもの2つの平均値をとった。高血圧を示したものは、再度測定した。高血圧の管理には、日本循環器管理研究協議会の定めた分類、WHOテクニカルレポートに示された分類が参考になった。血圧値による分類は正常血圧、高血圧、境界域高血圧に分類した。「高血圧・動脈硬化性疾患の管理要綱」として、要観察の医療指導は、なるべく年2回血圧測定を行い、年1回は、尿検査、心電図、眼底の検査を行った。要指導の医療指導は、3ヵ月毎に血圧測定を行い、冬季及び過労働の時は、頻回に血圧測定を行い、年1回は尿検査、心電図、眼底、血液検査を行った。要医療の医療指導は、医療機関で継続的に治療を行った。〔尿検査〕：蛋白、糖、潜血は試験紙法で検査した。精密検査のうち糖については、糖尿病に関する精密検査を行った。蛋白と潜血については、早朝尿について検査を施行、同時に沈渣を検査した。〔心電図検査〕：標準的判定にはミネソタコードを基にした日本循環器管理研究協議会の判定基準を参考にした。〔眼底検査〕：散瞳型眼底カメラまたは無散瞳型眼底カメラを用いて行った。458,479)

2・1 「老人保健法」では、40歳以上の人を対象に「健康診査」を実施した。健康診査には、基本健康診査（循環器疾患、糖尿病、肝臓病等のスクリーニング）、胃がん検診、肺がん検診、子宮がん検診、乳がん検診（子宮がんと乳がんの検診対象者は30歳以上）があった。〔基本健康診査〕：問診、身体計測、理学的検査、血圧検査、検尿、コレステロール検査、肝機能検査（GOT、GPT）、心電図検査、眼底検査、貧血検査、血糖検査であり、心電図検査から血糖検査までの検査は、医師が必要と判断した場合に必要な項目を実施した。〔胃がん検診〕：胃がんの早期発見のために行った。検査は、胃のエックス線検査で通常検診車による間接撮影で行った。〔子宮がん検診〕：子宮の頸部と体部のがんを早期に発見するために行った。対象者全員にまず子宮頸部の細胞診を行い、医師による問診等の結果、受診前6ヵ月以内に不正性器出血を訴えたことがある者等には、子宮体部のがんの有無を調べた。〔肺がん検診〕：結核検診で撮影したエックス線写真を再読影する他、医師による問診の結果、50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）が600以上の場合、6ヵ月以内に血たんがあった場合のいずれかに該当す

	<p>る者については、喀たんの細胞診を実施した。エックス線検査は主に肺野（肺の末端の部分）の変化を、喀たんの検査は主に肺門部（肺の入り口）の変化を掴まえるためであった。〔乳がん検診〕：医師による問診、視診、触診により行った。479,480)</p> <p>2・1 「老人保健法」による基本健康診査の糖尿病の診断は、WHO専門委員会の診断区分を基にした。日本糖尿病学会の定めた糖負荷試験の判定基準が参考になった。糖尿病の診断は、1. 血糖を測定し診断した。2. 糖尿病が疑われる場合は、一定の条件下に 75gGTTを施行し、「糖尿病型」、「境界型」または「正常型」に判定した。458)</p> <p>2・1 胃がんの集団検診は、昭和 30 年頃から徐々に普及し、全国的には昭和 41 年から集団検診に国庫補助を行った。昭和 48 年には受診者が 300 万人を突破した。昭和 58 年から「老人保健法」による保健事業に取り入れた。480)</p> <p>12 「公衆衛生審議会」が、「保健事業の推進方策について」を答申した。厚生省が、保健事業の普及、評価を図るため、(1) 年 1 回の「40 歳からの健康週間」の制定、(2) 中央行事「健康フェスティバル」の開催、(3) 全市町村・都道府県について健康診査受診率等を地図化した「健康マップ」の刊行等を実施した。2)</p>
<p>1984 昭和 59</p>	<p>10 厚生省老人保健福祉局が『全国市町村別健康マップ 昭和 59 年度ー平成 9 年度』を刊行した。29)</p>
<p>1987 昭和 62</p>	<p>6・1 「老人保健法」に基づく保健事業第 2 次 5 カ年計画を策定した。健康診査は、昭和 61 年度(第 1 次計画最終年度)では、(1) 一般健康診査・約 1,315 万人(受診率 37.5%)、(2) がん検診：① 胃がん検診・約 789 万人(受診率 22.5%)、② 子宮がん検診・約 683 万人(受診率 22.5%)であった。健康診査において肺がん検診・乳がん検診の新規導入、子宮がん検診充実のため子宮体がん検診の追加導入を行った。全国的な子宮頸がん検診システムによる子宮体がん検診を追加導入した。肺がん検診の対象者は、40 歳以上の男女で、検査項目は問診、胸部単純 X 線写真であった。さらに、50 歳以上で喫煙指数 (1 日×年) が 600 以上の者、40 歳以上で 6 か月以内に血痰のあった者は、喀痰細胞診検査が行われた。昭和 62 年度(初年度)では、(1) 基本健康診査・充実した内容の健診を概ね半数の市町村で実施、・約 1,450 万人(受診率 40%) (うち半数は従来の一般健康診査受診者)、(2) がん検診：① 胃がん検診・約 870 万人(受診率 24%)、② 子宮がん検診・約 740 万人(受診率 24%)、③ 肺がん検診・約 140 万人、④ 乳がん検診・約 130 万人であった。保健事業第 2 次 5 カ年計画 (マンパワー等基盤整備) では、施設等の整備のうち市町村保健センタ</p>

	<p>一の整備については、昭和 61 年度(第 1 次計画最終年度)には約 1,000 カ所、昭和 62 年度(初年度)には約 1,120 カ所、昭和 66 年度(目標年度)は約 1,600 カ所であった。また、がん検診車の整備については、昭和 61 年度(第 1 次計画最終年度)には胃がん検診車 752 台、子宮がん検診車 217 台、確保する、昭和 62 年度(初年度)には胃がん検診車車については、地域の関係機関の協力を得て確保する。昭和 66 年度(目標年度)は胃がん検診車約 1,100 台、子宮がん検診車約 320 台、肺がん検診のための結核検診車については、地域の関係機関の協力を得て確保することを掲げられた。基本健康診査には、検査項目として総コレステロールが必須項目として加えた。458,459,481)</p> <p>9 日本公衆衛生協会が『老人保健法による健康診査マニュアル』を刊行した。29)</p> <p>— 「老人保健法」に基づく保健事業の一つである健康診査の精度管理の維持・向上を図る目的で「成人病検診管理指導協議会」を設置した。各部会の活動状況を調査した厚生省の調査結果によれば、殆どどの都道府県で部会を設置した。480)</p>
<p>1989 平成元</p>	<p>— 基本健康診査と一般健康診査の受診人員は約 882 万人で、うち指導区分が判定されたのは 873 万人であった。指導区分が判定されている人のうち 34.5%の 301 万人は「異常なし」、32.7%の 285 万人は「要指導」、32.8%の 286 万人は「要医療」と判定した。480)</p>
<p>1992 平成 4</p>	<p>— 「老人保健法」に基づく保健事業第 3 次計画は、平成 11 年度を最終年度とする 8 か年計画であった。第 3 次計画は「3 大成人病の死亡率を減少させること、及び寝たきり老人を大幅に減少させること」を目標に、脳卒中については「2000 年までに 60%程度減少させる」と言う目標値が掲げた。基本健康診査には、HDL コレステロールや中性脂肪、γ-GTP、血糖検査及びHbA_{1c} 検査を導入した。中間見直しにより、平成 8 年度には血糖検査とヘモグロビン A_{1c} (Hb A_{1c}) 検査を導入した。基本健康診査は、同年度の受診者数が 1,023 万人、受診率は 37.4%となった。胃がん・子宮がんは 50%程度減少、肺がん・大腸がん・乳がんは対前年度伸び率をゼロすることが目標であった。大腸がん対策として、新しく大腸がん検診を導入した。胃がん・子宮がん検診は、集団検診方式に加え、個別検診方式の導入、乳がん検診については自己触診法の普及、子宮がん検診と同時受診等、受診しやすくした。459)</p>
<p>1995 平成 7</p>	<p>6 歯周疾患検診マニュアル作成委員会が『老人保健法による歯周疾患検診マニュアル』を刊行した。29)</p> <p>7 日本医事新報社が『老人保健法による骨粗鬆症検診マニュアル』を刊行した。29)</p>

1996 平成 8	11 『老人保健法による糖尿病検診マニュアル』を刊行した。29)
2003 平成 15	10 社会保険研究所が『老人保健事業における肝炎ウイルス検診ハンドブック』を刊行した。29)
2004 平成 16	3 老人保健事業研究会が『老人保健事業のすべて 老人保健法 20 年のあゆみ 2003 年－2004 年』を刊行した。29)

11. 特定健康診査・特定保健指導

昭和 50 年～63 年・平成期

年号	健康診断の動き
1982 昭和 57	8・17 「高齢者の医療の確保に関する法律」を制定（昭和 57.8.17 法律第 80 号）した。本法は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について必要な制度を設け、国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とした。平成 20 年 3 月 31 日まで題名は「老人保健法」だったが、平成 20 年 4 月 1 日に題名に改正、施行し、後期高齢者医療制度が発足した。441)
2002 平成 14	ー 国民健康保険では、平成 14 年度から平成 16 年度にかけて、国の助成事業として「国保ヘルスアップモデル事業」を実施した。平成 17 年度には「国保ヘルスアップ事業」として一般事業化した。生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症等）の予備群の人を対象とした 1 次予防のための保健指導を実施し、新たな保健指導の手法として「個別健康支援プログラム」を開発した。平成 20 年に義務化された特定保健指導の制度設計の参考として活用した。441)
2005 平成 17	9・15 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会が、「今後の生活習慣病対策の推進について」（中間とりまとめ）で、生活習慣病対策を推進していく上での課題として、生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分。科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要。健診・保健指導の質の更なる向上が必要、等を挙げた。課題を解決するために、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要になった。441,595) 12・1 政府・与党医療制度改革協議会が、「医療制度改革大綱」を決定した。医療制度改革の大きな課題のひとつに医療費の適正化を指摘した。生活習慣病の有病者・予備群の増加が医療費増加の要因と考えられており、国、都道府県、保険者、市町村等が協力して生活習慣病の予防に取り組んでいくことになった。政策目標は、平成 27 年度には平成 20 年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備軍を 25%減少させることを掲げた。この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要がある、標準的な健診・保健指導プログラム等が重要であった。今後の健診・保健指導は、保健指導に重点を置いた。441,595) ー 日本内科学会等内科系 8 学会の合同により、メタボリックシンドロームの疾患概念と基準が示された。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、高血圧、脂質異常等を呈する状態を言い、これらが重複した状態は心疾患、脳血管疾患の発症リスクを高めるこ

	<p>とから、内臓脂肪を減少させることで心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減及び糖尿病等の個々の諸病態の改善が図られると言う考え方を基本とした。具体的な基準では、腹囲が基準値（男性 85cm、女性 90cm）以上の場合に「要注意」とし、さらに、血中脂質、血圧、血糖値のうち 2 項目以上が基準値に該当する場合をメタボリックシンドロームに該当するとした。簡便な腹囲測定により、メタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見し、日常の生活習慣の改善を促すことで、生活習慣病の予防を図っていくことが期待された。441,595)</p>
2006 平成 18	<p>3 厚生労働省保険局国民健康保険課が『個別健康支援プログラム実施マニュアル 国保ヘルスアップ事業 [本冊]、別冊資料集 ver.2』を刊行した。29)</p> <p>8 厚生労働省の標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会が『標準的な健診・保健指導プログラム 暫定版』を公表した。441,595)</p>
2007 平成 19	<p>4 「国保ヘルスアップ事業」は、平成 20 年度からの特定保健指導の実施に向けた準備事業として実施した。473)</p> <p>4 厚生労働省健康局が『標準的な健診・保健指導プログラム 確定版』を公表した。『標準的な健診・保健指導プログラム』は、標準的な健診・保健指導プログラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方等をまとめた。441,595)</p> <p>4 厚生労働省健康局が『標準的な健診・保健指導プログラム 確定版 保健指導事例集』、『保健指導における学習教材集 確定版』を公表した。441,595)</p> <p>7・25 厚生労働省保険局が、『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き Ver1.11』を策定し公表した。平成 25 年 4 月 12 日に Ver2.0 として更新した。本書の構成は、基本的事項、特定健康診査、特定保健指導、実施形態、アウトソーシング、集合契約、健診・保健指導データ、代行機関、基本指針・実施計画、支払基金（国）への実績報告、11. 後期高齢者支援金から成った。441,595)</p> <p>8・10 厚生労働省が、「特定健康診査・特定保健指導に関する Q&A 集」を公表した。441,595)</p> <p>8・13 厚生労働省健康局から、「メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業の実施について」の通知（健発第 08130011 号 厚生労働省健康局長通知）を發し、「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」を公表した。平成 27 年に改訂版を公表した。441,595)</p> <p>10・19 厚生労働省が、「高齢者医療確保法施行令」を制定（平成 19.10.19 政令第 318 号）した。生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その</p>

他の生活習慣病であって、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものと定めた。平成 20 年 4 月 1 日から施行した。441,595)

10・22 厚生労働省が、「高齢者医療確保法施行規則」を制定（平成 19.10.22 厚生労働省令第 129 号）した。441,595)

12・28 厚生労働省が、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成 19.12.28 厚生労働省令第 157 号）を公表した。特定健康診査の項目を定めた。〔対象者〕：保険者は、毎年度、当該年度の 4 月 1 日における加入者であって、当該年度において 40 歳以上 74 歳以下の年齢に達するものを対象とした。〔特定健康診査の項目〕：1. 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）、2. 自覚症状及び他覚症状の有無の検査、3. 身長、体重及び腹囲の検査、4. BMI の測定 $BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$ 、5. 血圧の測定、6. GOT、GPT、 γ -GTP の検査（肝機能検査）、7. 血清トリグリセライド（中性脂肪）、HDL コレステロール及び LDL コレステロールの量の検査（血中脂質検査）、8. 血糖検査、9. 尿中の糖及び蛋白の有無の検査（尿検査）、10. 厚生労働大臣が定める項目。441,595)

12・28 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成 19.12.28 厚生労働省令第 157 号）において特定保健指導を定めた。保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者は、医師、保健師又は管理栄養士とした。保険者は、動機付け支援又は積極的支援により特定保健指導を行う。〔動機付け支援〕：対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的とした保健指導であった。1 対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定する。2 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者が、生活習慣の改善のための取組に係る動機付け支援を行う。3 動機付け支援の面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から 6 月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行う。〔動機付け支援対象者〕：腹囲が 85 センチメートル未満である男性又は腹囲が 90 センチメートル未満である女性であって BMI が 25 以上の者とする。特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認めたもの。441,595)

12・28 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」において、積極的支援については、次のように定めた。〔積極的支援〕：対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的とする。1 積極的支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定する。2 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及

	<p>び技術をすると認められる者が、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当な期間継続して行う。3 対象者及び面接指導を行った者が、行動計画の進捗状況に関する評価を行う。4 積極的支援対象者及び面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行う。〔積極的支援対象者〕：次の各号に掲げる者とする。1 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であって、第4条第1項各号のいずれか2以上に該当する者。2 喫煙習慣があると認められた者。441,595)</p>
<p>2008 平成 20</p>	<p>1・17 「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」のうち、医師が必要と認めるときに行う健診項目及び実施の基準に関する大臣告示（厚生労働省告示第4号）を公表した。貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）と心電図検査及び眼底検査の基準を示した。441,595)</p> <p>1・17 腹囲検査の省略基準に関する大臣告示（厚生労働省告示第5号）を公表した。1 BMIが20未満である。2 自ら腹囲を測定し、その値を申告していること（BMIが22未満である者に限る。）。441,595)</p> <p>1・17 特定保健指導の対象者となる者（階層化）に関する大臣告示（厚生労働省告示第6号、第7号、第8号）を公表した。1 血圧の測定の結果、収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧が85mmHg以上である。2 血清トリグリセライド（中性脂肪）の量が150mg/dl以上又は高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）の量が40mg/dl未満である。3 血糖検査の結果、空腹時血糖値が100mg/dl以上又はヘモグロビンA1cが5.2%以上であること。441,595)</p> <p>1・17 特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）の実施方法に関する大臣告示（厚生労働省告示第9号）を公表した。〔動機付け支援の実施方法〕：1 支援期間及び頻度：原則1回の支援とする。2 支援内容及び支援形態：(1) 自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、目標を設定し行動に移すことが出来る内容とする。(2) 面接による支援及び実績評価を行う。(3)ウ 食事、運動等、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。カ 面接による指導の下に、行動目標及び行動計画を作成する。キ 支援形態は、1人当たり20分以上の個別支援又は1グループ当たり80分以上のグループ支援とする。(4) 実績評価 イ 設定した行動目標の達成、身体状況及び生活習慣の変化についての評価を行う。ウ 行動計画の策定日から6月経過する前に評価時期を設定して対象者が評価する。6月以上経過後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行う。評価結果は対象者に提供する。エ 実績評価は、面接又は通信により行い、評価結果は対象者に提供する。441,595)</p>

1・17 特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）の実施方法に関する大臣告示（厚生労働省告示第9号）を公表した。〔積極的支援の実施方法〕：1 支援期間及び頻度：初回に面接による支援を行う。以後、3月以上の継続的な支援を行う。2 支援内容及び支援形態：(1) 対象者が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行うことが出来る内容とする。(2) 対象者が身体状況の変化を理解出来るよう促す。(3) 実践可能な行動目標を選択出来るよう支援する。(4) 行動目標について、優先順位を付ける。(5) 医師、保健師又は管理栄養士は、支援計画を作成する。(6) 対象者が行動を継続出来るように定期的に支援する。(8) 初回の面接（略）(9) 3月以上の継続的な支援は、合計で180ポイント以上の支援を行う。(10) 支援Aの方法 イ 食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。ウ 進捗状況の評価として、実践している取組内容及びその結果についての評価を行う。エ 行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、支援を行う。(17) 実績評価 ア 指導の効果について評価する。イ 設定した行動目標の達成、身体状況及び生活習慣の変化についての評価を行う。ウ 行動計画の策定の日から6月以上経過後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。エ 実績評価は、面接又は通信を利用し、対象者に提供する。441,595)

1・17 食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者に関する大臣告示（厚生労働省告示第10号）を公表した。第1 食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者。1 看護師、栄養士等であって、食生活改善指導担当者研修を受講した者。第2 運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者。1 看護師、栄養士等であって、運動指導担当者研修を受講した者。441,595)

1・17 特定健診・特定保健指導の外部委託基準に関する大臣告示（厚生労働省告示第11号）を公表した。441,595)

3・28 特定健診・特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準に関する大臣告示（厚生労働省告示第142号）を公表した。1 人員に関する基準、2 施設、設備等に関する基準、3 精度管理に関する基準、4 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準、5 運営等に関する基準。506,691)

3・31 「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」のうち、代行機関の基準に関する大臣告示（厚生労働省告示第179号）を公表した。441,595)

3 門脇孝（東京大学大学院教授）、島本和明（札幌医科大学教授）、津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター副センター長）、松澤佑次（住友病院院長・大阪大学名誉教授）が『メタボリックシンドロームリスク管理の

ための健診・保健指導ガイドライン』を刊行した。29)

4・1 「高齢者医療確保法」(昭和 57.8.17 法律第 80 号)を施行し、75 歳以上の老人医療は後期高齢者医療制度へ、保健事業は「健康増進法」へ移行した。本法では、内蔵脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための新しい「特定健康診査・特定保健指導」を開始した。医療保険者に実施を義務づけた。新たに 40～74 歳の医療保険者加入者全員(被保険者・被扶養者)を対象としたメタボリック症候群に対応するため、保険者が特定健診・特定保健指導を実施する制度に移行した。本法の特定健康診査等基本指針等で特定健康診査・特定保健指導の実施を規定した。厚生労働大臣は、特定健康診査及び特定保健指導の実施を図るための「特定健康診査等基本指針」を定め、実施方法に関する基本的な事項、成果に係る目標に関する基本的な事項、特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項等を定めることを規定した。保険者は、5 年ごとに、5 年を 1 期として、特定健康診査等実施計画を定めることを規定した。厚生労働省令により、40 歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行う。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け又は記録の送付を受けたときは、この限りでないとした。保険者は、加入者が、「労働安全衛生法」(昭和 47 年法律第 57 号)その他の法令に基づき行った特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合は、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとした。また、特定健康診査に関する記録の保存、特定健康診査の結果の通知を定めた。保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、特定保健指導を行う。記録の保存、他の保険者の加入者への特定健康診査等、特定健康診査等に関する記録の提供を規定した。特定健康診査等の実施の委託、関係者との連携、秘密保持義務、健康診査等指針との調和を定めた。受診率や保健指導実施率(2008→2012 年度)の目標到達度によって後期高齢者医療制度への財政負担は保険組合や自治体に対して最大 10%内で増減することになった。

441,595)

4・1 「特定健康診査」は、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 歳の被保険者と被扶養者を対象として開始した。特定健診・保健指導の対象者には、医療保険者から、受診券(保健指導は「利用券」)や受診案内が届き、受診券(利用券)と被保険者証を持って受けた。特定健康診査・特定保健指導の費用は主に医療保険者が負担し、一部を自己負担とした。以下の項目を実施した。〔基本的な項目〕: 質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、血圧測定、理学的検査(身体診察)、検尿(尿糖、尿蛋白)、血液検査・脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール)、血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c)、肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)。〔詳細な健診の項目〕: 一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施、心電

	<p>図、眼底検査、貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット値）。441,595)</p> <p>4・1 特定保健指導は、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待出来る人に対して、生活習慣を見直すサポートをした。特定健診の結果から保健指導の対象者を抽出し利用券等を案内した。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があった。441,595)</p> <p>4・1 特定健康診査・特定保健指導を全国の実施機関で受診できる仕組みとして集合契約を導入した。保険者が全国の実施機関と効率的に契約する「集合契約」という全国共通の仕組みを整えた。「集合契約」は、「医療機関等の実施機関の代表」と「保険者の代表」（国民健康保険・全国健康保険協会（旧政管健保）・健保組合・共済組合）が、委任を受けた実施機関や保険者を代表して契約した。健保組合加入者（主に被扶養者）は、保険者から受診券（健診）・利用券（保健指導）や受診案内等を受取り、都合のよい実施機関で受診出来た。集合契約以外の個別契約は、保険者と実施機関が1対1で契約を結ぶものであった。保険者が集合契約と個別契約の両方を締結している場合もあった。全衛連等の実施団体は健保連他の保険者団体と集合契約を締結し、「特定健康診査・特定保健指導事業」に参加した。441,594,595)</p> <p>11・18 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を改正（平成20.11.18 厚生労働省令第159号）した。441,595)</p> <p>－ 厚生労働省が「平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」を公表した。特定健康診査は、対象者数が全体で51,919,920人、対象被扶養者数は9,214,134人、受診券を配布した被扶養者数は4,352,440人、受診者数は20,192,502人、実施率は38.9%であった。特定保健指導は、対象者数が全体で4,010,717人、対象者の割合は19.9%、指導終了者数は308,222人、指導終了者の割合（特定保健指導実施率）は7.7%であった。441,595)</p>
<p>2009 平成21</p>	<p>－ 厚生労働省が「平成21年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」を公表した。特定健康診査の対象者数は5,220万人で、受診者数は2,115万人であり、特定健康診査の実施率は40.5%であった。441,595)</p>
<p>2010 平成22</p>	<p>－ 「国保ヘルスアップ事業」は先駆的・モデル的な取り組みとして位置づけた。31の保険者（平成22年度から21保険者、平成23年度から10保険者が参加）により被保険者の健康の保持増進とQOLの向上を目的とした新たな取り組みを開始した。591)</p> <p>8 厚生労働省が、特定健康診査の受診者の3割近くが「メタボ」か「予備群」であることを公表した。424,441,595)</p>

<p>2011 平成 23</p>	<p>11 公益社団法人全国労働衛生団体連合会の保健指導研究会（代表責任者 津下一代）が、「特定保健指導の効果に関する特別調査結果報告書」を公表した。アンケート調査によって回答のあった 119 機関のうち、90 機関の特定健康診査受診者 2,540,399 人、特定保健指導の対象者となったのは 25,118 人について分析対象とした。特定保健指導の実施者は 25,118 人であり、積極的支援が 12,015 人、動機付け支援は 13,103 人であった。特定保健指導の継続率は全体で 91.1%、脱落率は 8.9%であった。441,477,595)</p>
<p>2013 平成 25</p>	<p>4 厚生労働省保険局が『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き ver 2.0』を公表した。441,595)</p> <p>4 厚生労働省健康局が『標準的な健診・保健指導プログラム 改訂版』を公表した。441,595)</p> <p>6・26 厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の作業部会が、「特定保健指導」による検査値への影響と医療費の適正化効果について経年的な分析を実施し、第 3 次中間結果を公表した。特定保健指導を受けた人は、血糖や血圧、中性脂肪等の検査値の改善効果が 3 年間続いたことが判明した。441,595)</p>
<p>2014 平成 26</p>	<p>1 国民健康保険中央会が、「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書」をまとめた。591)</p> <p>4・18 厚生労働省が、特定健康診査でメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)や肥満と判定された人を追跡調査したところ、積極的に特定保健指導を受けた人は 1 年後、体重や血圧、血糖等の値が改善し、男性の 3 割、女性の 3~4 割がメタボリックシンドロームではなくなる等、一定の効果が認められたとする結果をまとめた。厚生労働省の作業グループは、平成 20 年度から 3 年間に、保健指導の対象となった人のうち 600 万人以上のデータを調べた。その結果、「積極的支援」を受けた人達は、受けなかった人達に比べ、男女いずれも全ての項目で値が改善された。441,482,595)</p> <p>10 健康保険組合連合会が、特定保健指導の効果に関する調査の結果を公表した。本調査は、平成 23 年度の特定健診受診者のうち特定保健指導対象者 83 万 3,340 名を対象に行った。調査結果では、メタボリックシンドロームの「予備群」・「該当者」の割合を比較すると、特定保健指導参加者の方が非参加者に比べ、「該当者」の割合が低く、「非該当者」の割合が高い傾向にあった。「腹囲」についても、特定保健指導参加者の方が「改善」の割合が高い傾向にあった。健診検査値の変化では、特定保健指導参加者の方が概ね各数値とも低い（HDL：善玉コレステロールは高い）他、検査値の改善度合いが高いことを示した。441,595)</p>

<p>2015 平成 27</p>	<p>3・31 「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」のうち、特定健康診査の除外対象となる者に関する大臣告示（厚生労働省告示第 223 号）を公表した。441,595)</p> <p>3 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループが『特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ最終取りまとめ』を刊行した。29, 441,595)</p>
-----------------------	--

12. がん検診

明治期・昭和戦前期

年号	健康診断の動き
1907 明治 40	<p>－ パパニコロウが、ニューヨークのスローンケタリング癌研究所で婦人の膣塗抹標本を見る機会があり、子宮頸癌診断を発展させるきっかけとなった。染色法はMalloizel（1907年）の方法と近似した多重染色法にあり、重層扁平上皮の成熟度を鑑別出来た。子宮頸癌の多くが扁平上皮癌であることが成功の最大の要因であった。577)</p>
1943 昭和 18	<p>－ 病理細胞診の始まりはコーネル大学解剖学教室のパパニコロウが、1920年代に膣スミアによって子宮頸癌を診断した。1943年に発表し、細胞診の有用性を実証し発展した。512)</p>

昭和 20 年～29 年

年号	健康診断の動き
1949 昭和 24	<p>9 オリンパスが、ガストロカメラの研究開発に着手した。東京大学付属病院小石川分院外科副手の宇治達郎が、渋谷田毎町のオリンパスに常務中野撒夫を訪れ、「胃の中に入れて胃内を撮影するカメラは出来ないか」と依頼した。宇治達郎の熱意により、昭和 24 年 9 月、胃カメラの開発をスタートした。「胃カメラ」の開発は、極小レンズの製作、強い光源の検討、本体軟性管の材質探し、最適なフィルムの入手等全てが手探りの試行錯誤の連続であった。487)</p> <p>－ 日本病理学会の一般演題で「喀痰の肺癌細胞学診断」の発表があった。577)</p>
1950 昭和 25	<p>4・1 「胃カメラ」試作 1 号機が生まれた。フィルムは白黒で幅 6 ミリ、手許の操作で豆ランプをフラッシュさせて撮影し、ワイヤーで引っばってフィルムを巻き上げた。宇治達郎らが、東大分院外科において犬の胃内撮影に成功し、昭和 25 年 6 月患者に対する臨床診断に成功した。487)</p> <p>11・3 東大分院外科宇治達郎とオリンパス（杉浦睦夫・深海正治）との共同研究によって、日本臨床外科学会で、胃内撮影による臨床結果を報告した。487)</p> <p>－ 本格的な胃集検は、日本大学の有賀槐三らによって始まった。出身地の長野県下伊那郡阿智村において、胃がん対策として間接胃 X 線撮影法について検討を加えてきた。昭和 25 年には 40 歳以上の住民 165 名について問診、腹部触診、間接 X 線撮影によるスクリーニングを行い、有所見者について直接 X 線撮影による精密検査を行った。これが、胃集検の始まりであった。484)</p>

1956 昭和 26	— 日本で最初の本格的かつ組織的な胃集団検診は、日本大学の有賀槐三らによって長野県下伊那郡の 10 ヲ所の住民 3,000 名について胃集検を行った。その後 3 年間の逐年検診を行った。検討の結果、見逃し胃癌の殆んどが胃上部であることから、昭和 28 年に立・臥位 4 枚撮影法を考案し、臥位の撮影が重要であるとした。(483)
1952 昭和 27	5 オリンパスが、わが国で初めて胃カメラ「ガストロカメラ I 型 (GT-I)」を発表した。写真撮影は白黒フィルムであったが、昭和 29 年に胃カメラ用カラーフィルムを発売した。胃カメラが胃疾患診断の有力な器械として広く使われ、高い診断能力が評価された。(487,489)
1953 昭和 28	— 日本の胃がん検診は、肺結核の集団検診で普及していた間接 X 線撮影を応用することから始まり、1950 年代には、入江英雄、有賀槐三らの胃集団検診の先駆的な取り組みが牽引力となって、徐々に成果が注目された。(484,490,491)
1954 昭和 29	4 安藤晝一が『子宮癌の早期診断 発生初期癌の診断法 細胞診・組織診・腔鏡診』を刊行した。(29)

昭和 30 年～49 年

年号	健康診断の動き
1955 昭和 30	— 日本大学の有賀槐三が、長野県下伊那郡阿智村の要請によって、昭和 30 年には検便、血圧測定、胸部 X 線撮影による検診に加えて、胃癌対策として 40 歳以上の村民 165 名について、問診、腹部触診、間接 X 線によるスクリーニングを行い、有所見者に対して直接 X 線による精密検診を行った。(483,492,493) — わが国での子宮がん検診は 1950 年代後半より各自治体での集団検診を中心に開始し、その後普及した。精度管理上の問題点として、細胞採取不良と誤判定による偽陰性への対応があった。自己採取法による子宮頸がん検診はキット化され流通したが、感度は 1/50 以下であり推奨出来なかった。(512)
1956 昭和 31	— 島津製作所が、透視撮影の寝台面を電動式にし、好評を博した。(296) — 胃カメラの撮影術が確立し、胃がんの早期発見に貢献した。(487)
1958 昭和 33	8 日本対がん協会は、がんの早期発見や早期治療、生活習慣の改善によって、「がん撲滅」を目指そうという趣旨で設立した。現在は公益財団法人日本対がん協会となっている。日本対がん協会の協力グループは、42 道府県支部のうち専門支部が 5 団体、残りの大部分は統合団体（地元の法人格をもった団体が兼業で事業を行っている）である。各支部はがんを中心に住民検診や職域での検診事業を行っている。(1,600)

	<p>9 厚生省の「成人病予防対策協議連絡会」において、がんに対して罹患状況を把握するため実態調査を行う必要があるとの意見が打ち出された。厚生省は、昭和33年、35年、38年に第1次～第3次の悪性新生物実態調査を実施した。昭和33年の9月及び10月の2ヵ月間にわたり、わが国初の全国の一般病院退院患者の全員（1万3,127人）を対象とした第1次悪性新生物実態調査を実施した。この結果、がん罹患の地域差、都道府県別の病院利用状況等、今後の対策の基礎資料が得られ、対策の検討を加えた。2)</p>
<p>1959 昭和34</p>	<ul style="list-style-type: none"> — 日本大学教授有賀槐三によって胃集検による「胃癌研究会連絡会」を設立した。昭和36年に「胃集検研究会」、昭和39年に「胃集団検診学会」、昭和57年に「日本消化器集団検診学会」、平成18年に「日本消化器がん検診学会」へと発展した。489) — 日本対ガン協会のキャンペーンを中心に、がん撲滅運動が全国的な活動として沸き上がった。当時、胃癌による死亡数は増加の一途を辿り、大きな社会問題になりつつあった。対策として、健康人を対象にした検診を行い、早期に患者を発見する集団検診が各方面で取り上げられ、地方自治体や企業等で、X線間接撮影による胃集団検診を実施した。489)
<p>1960 昭和35</p>	<p>2 安藤画一が『腔鏡診 頸腔部癌の前期検診 2版』を刊行した。29)</p> <p>6 檜林和之が『肺癌のレントゲン図説 早期診断のために』を刊行した。29)</p> <p>11 米国NIHより、胃カメラ集団検診と紫外線胃カメラの研究に対して、東大第1内科に1万ドルの研究費が交付され、これを契機として、オリンパスが集団検診用胃カメラP型の開発に入った。東大第1内科第8研究室は、NIHに報告する集団検診の臨床例を得るために、オリンパスの協力のもとに昭和36年から昭和37年の2年間にわたって数ヵ所の職域や自治体で集団検診を実施し、通算3,000例以上の臨床例を得た。489)</p> <ul style="list-style-type: none"> — (財)宮城県対がん協会が、昭和33年に発足し、初代会長に東北大学の黒川利雄（1897年－1988年）教授が就任（昭和53年まで）した。黒川利雄が、わが国に多い胃癌の早期診断の為に、一般人の胃集団検診が必要であることを強調し、(財)宮城県対がん協会が胃集団検診車（日立号）を完成し、宮城県で胃がん集団検診を全国に先駆けて開始した。胃がん検診のX線装置を載せた胃集団検診車（「日立号」）を開発しこれが、国内初の胃がん検診であった。黒川利雄は、胃がんの集団検診を普及する機運を作った。後に宮城方式として広く知られた。494,495,496,497,498,581) — 胃がんの検診車が実用化され、間接X線撮影による胃がん検診は、一部の市町村や事業所において集団検診に実施した。その後全国に普及した。459)

	<ul style="list-style-type: none"> － 胃集団検診は、市町村を主体とした地域集検に加え、職域集検も行われ、胃がん検診車の巡回による検診が全国的に広まった。小さな集団や個人が外来を訪れ、外来集検（施設集検）を行った。これ以後、検診車による集検と施設における外来集検を統合した形で、検診センターへと発展し、スクリーニングとしての検診、直接X線や内視鏡による精検、治療まで行う方向に発展した。その後、胃、大腸、前立腺、乳房、子宮、肺等のがん検診、循環器検診等の総合的な健診を広く行った。483) － 島津製作所が、消化器系がんの集団検診用として、透視台形のエクス線間接撮影装置を開発した。216) － 蛍光面上に作られたX線像を電子的に増幅するX線イメージインテンシファイアー(蛍光増倍管、Image Intensifier、以下 I.I.と呼ぶ)が、昭和 30 年頃欧米で実用化され、わが国でも昭和 35 年頃から市場に現れた。488) － 子宮がんの検診車が実用化され、一部の市町村や事業所において集団検診に使用した。458)
<p>1961 昭和 36</p>	<p>5 最初の胃カメラによる集団検診は、東大第 1 内科がオリンパス光学（株）の協力を得て、中小企業への融資を審査する信用保証協会で、希望者 88 名を対象に行った。6 月に埼玉県越谷市で 700 名の地域住民を対象に、胃カメラによる胃集団検診を実施した。489)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 財団法人福島県保健衛生協会の前身である成人病予防協会が、昭和 36 年に胃がん検診車を製作し巡回胃がん検診を行った。当時の胃がん検診車は、検診台の起倒が出来ず立位撮影のみを行っていたことから、早期がんの発見は困難であった。昭和 42 年に車両を改良し検診台の起倒出来る胃がん検診車を導入したことにより、早期胃がんの発見に不可欠な胃 2 重造影撮影法が可能となり、胃がん検診の精度は高まった。昭和 53 年には、I.I. カメラを搭載した胃がん検診車を導入した。584) － 島津製作所が、三菱電機株式会社の工業用テレビ技術陣と結んで、世界初の遠隔操作式X線テレビ装置を製品化した。本格的に普及した。216)
<p>1962 昭和 37</p>	<p>11 オリンパスが、胃がんの集団検診用胃カメラ P 型を発売した。563)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 厚生省が、がんの早期発見、早期治療を支える専門技術者の養成訓練のための、医師、診療放射線技師、臨床検査技師等に対する研修を、昭和 37 年以降、国立がんセンターを始め各地のがんセンター等で実施した。2) － 島津製作所が、胃エクス線間接撮影装置に 3 極エクス線管を標準として用いた。昭和 42 年にイメージアンプリファイア像を間接撮影する形式の撮影台を開発した。216) － (財) 宮城県対がん協会が、昭和 37 年には子宮がん集団検診を開始し、昭和 39 年に日本初の子宮がん検診車を完成した。昭和 43 年には民間初の

	「検診センター」を完成した。昭和 52 年に乳がん集団検診と肺がん集団検診を開始した。昭和 56 年に「新検診センター」が完成した。581)
1963 昭和 38	3 オリンパスが、「ファイバースコープ付胃カメラ」を開発し、昭和41年10月に発売し、高い評価を得た。487) <ul style="list-style-type: none"> ー 白壁彦夫、市川平三郎らによってバリウムによる「胃の2重造影法」が開発され、日本独自の胃がんのX線診断の精度が急速に向上した。微細な消化管の粘膜病変を捉えることが出来、その後の早期胃がん診断に画期的な成果をもたらした。483,499) ー キヤノンが、胸部の他に胃の集団検診も出来る胸部・胃部兼用型ミラーカメラを商品化した。胃集団検診専用ミラーカメラ開発の動きに繋がった。488)
1964 昭和 39	ー 「日本胃集団検診学会」がレントゲン撮影による胃の集団検診の標準方式を作った。2)
1965 昭和 40	10 有賀槐三、高橋淳が『胃集団検診』を刊行した。29) 12 政務次官会議にがん対策小委員会を設置し、「がん対策の推進について」の決議をした。この決議に基づいて、「がん対策の5本柱」、がんに対する正しい広報・衛生教育、健康診断の実施、専門医療機関の整備、専門技術者の養成訓練、がん研究の推進、等を骨子とする報告をまとめた。がん対策推進上の指針となった。わが国では、2次予防にあたるがん検診に力が注がれ、がん検診はがん対策の重要な柱となった。2,459) <ul style="list-style-type: none"> ー 島津製作所が、キャノン胃用ミラーカメラの発売により、これを組み込んだコンデンサ式集団検診装置を製作した。胃集団検診装置は据え置または自動車に積載して使用するので、高電圧発生装置も独自に製作した。216) ー (財)福島県保健衛生協会が、子宮がん検診車を製作し、全国では宮城県に次いで2番目に巡回検診車による子宮がん検診が本格的に始動した。昭和56年に肺がん検診、平成元年に乳がん検診を開始した。584)
1966 昭和 41	4 キヤノンが、胃用X線ミラーカメラCXS-70を商品化した。「マーゲンミラー」という愛称が付いた。昭和55年まで15年間にわたって製造した。昭和42年11月胃の観察をTVモニターで行う方式のミラーカメラCXMS-70TVを商品化した。488) <ul style="list-style-type: none"> ー 厚生省が、胃がんの早期発見を図るため、昭和41年度から各都道府県に胃がん集団検診車の整備費と運営費の国庫補助を開始した。胃がん集団検診は国家的な事業として発展した。昭和48年には受診者が300万人を突破した。2,480,484) ー 厚生省が、昭和41年度から医療技術者研修、昭和42年度から集団検診技術者研修を実施した。2)

	<ul style="list-style-type: none"> － キヤノンが、肺がん検診用ミラーカメラを発売した。胸部X線写真には、左右の肺野と同時に気管等も見え、早期の発見率が向上した。488)
1967 昭和 42	<ul style="list-style-type: none"> － 島津製作所が、胃集検用としてのエックス線テレビを完成した。エックス線テレビの需要は急増した。216) － 厚生省が、子宮がんの早期発見を図るため、都道府県に子宮がん集団検診車の整備と運営費の国庫補助を開始した。2)
1968 昭和 43	<ul style="list-style-type: none"> － 子宮頸がん検診の細胞診判定は、日本臨床細胞学会が認定する細胞診専門医と細胞検査士によって行った。細胞診陰性と判定された検体は、無作為に抽出した10%以上について再スクリーニングを行うことで誤判定を減らすよう配慮した。子宮頸がん検診における細胞採取法は、扁平円柱上皮（SCJ）を中心に細胞を採取した。直接塗抹法と液状化検体細胞診（LBC法）があった。後者は、標本作製の過程が標準化され、検体作製にかかる時間やコストが短所とされた。512) － 昭和43年に細胞診指導医、昭和44年に細胞検査士制度が発足した。平成17年までに認定された細胞診指導医は2,366名を数えた。2) － 各地で乳癌検診を開始した。485)
1969 昭和 44	<p>10 オリンパス光学工業株式会社が『50年の歩み』を刊行した。507)</p> <p>10 オリンパスが、大腸ファイバースコープとして有効長86センチのS状結腸用（CF-SB）を昭和44年10月、180センチの全結腸用が昭和45年、その中間のCF-MBが昭和46年に発売した。489)</p>
1970 昭和 45	<ul style="list-style-type: none"> － 胃がん検診の実施状況は、年間で216万人、胃がんの発見数は2,360人であった。2) － 厚生省が、昭和45年度から、民間で行う胃がんと子宮がんの集団検診車にも運営費を国庫補助した。2) － 胃カメラに代わるファイバースコープ（内視鏡）は、画像診断器械として消化器分野における進歩は著しかった。細胞や組織の採取による病理診断も行えるようになった。489)
1971 昭和 46	<p>4 竹原靖明が、視触診・乳房超音波検査－MMG（マンモグラフィ）－細胞・組織診というシステムで、世田谷区を中心に乳癌検診を実施した。当時、MMGは精度が悪く、また乳房超音波検査は検査時間が長かった。485)</p>
1972 昭和 47	<ul style="list-style-type: none"> － 栗原操寿、細川勉、増淵一正、日本母性保護医協会が『子宮頸癌検診の手びき』を刊行した。29)
1973 昭和 48	<ul style="list-style-type: none"> － 高解像力I.I.が出現し、胃の集団検診は、次第にI.I.によるものが主流となった。キヤノンが、胃部を撮影するための100mmI.I.スポットカメラを商品化した。ミラーカメラに比べて優れた写真が得られた。488)

	<ul style="list-style-type: none"> － キヤノンが、TVモニター撮影カメラを商品化した。488) － 田代貫一郎が『自己採取スミア法による子宮癌集団検診法の開発に関する研究』を刊行した。29)
1974 昭和 49	<p>4 キヤノンから、70mm 胃用X線間接撮影ミラーカメラと100mm 胃用X線間接撮影ミラーカメラを発売した。488)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 間接X線装置の使用状況は、ミラーカメラ 90%、I.I.間接 5%、胃集団検診は、立位と臥位の撮影が出来るようになった。I.I.方式は、胃集検の主流となった。殆どどの施設で100mmのI.I.間接X線となった。その後、デジタル化されたI.I.DR方式を開発した。483) － 日本消化器集団検診学会が、胃間接撮影法標準委員会において標準方式を公表した。この基本は撮影枚数を最小限6枚、撮影体位は8法の中から選ぶことにし、6枚撮影の場合は10種類の組み合わせを記した。488,500)

昭和 50 年～63 年

年号	健康診断の動き
1975 昭和 50	<p>6 滝一郎、杉森甫が『婦人科細胞診』を刊行した。29)</p> <p>6 日本対ガン協会により「乳がん集検方式の確立に関する研究」を行った。485)</p> <p>8 日本におけるCTの導入は、東芝が輸入し、東京女子医科大学病院に設置されて脳腫瘍を捉えたのが始まりであった。521)</p> <p>10 東芝メディカルによりCT装置の国内生産を開始し、日立製作所が、自社開発による初の国産機を藤田学園保健衛生大学に設置した。521)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 「ファイバースコープ」(内視鏡)は、診断領域も食道、十二指腸、大腸、気管支、胆道や外科領域と大きく広がった。487) － キヤノンが、肺がんの早期発見に、役立つ画像を得ることを狙いとして、ミラーカメラに組み込まれる特殊な蛍光板を共同開発した。胸部X線写真を撮った時、左右の肺野と同時に気管等も見えるようにし、早期の発見率を向上させた。488) － (財)東京都予防医学協会が、「東京から肺がんをなくす会」の高危険群を対象にした会員制肺がん検診を開始した。年2回の胸部X線写真と喀痰細胞診で始まり、平成5年にらせんCTを導入し、CT検診の先駆けとなった。CT導入後の成績は、受診者数延べ14,526名、要精検率10.2%、肺がん54例、発見率0.372%、病期IA期早期がん82%、肺野型89%、平均腫瘍径15.8mm、5年生存率83%であった。CT導入により、肺がん発見率が上昇し、早期がんが増加し、5年生存率も改善した。CTに所見がなく、喀痰細胞診で発見した肺門型扁平上皮がんが5例、9%あった。516,521)

	<ul style="list-style-type: none"> － 和賀井敏夫や堤正夫らによって初の集検車による乳癌検診を実施した。移動用に改造した超音波診断装置と自動記録装置を小型バスに搭載し、富山県下各地で視触診を併用して行った。乳房超音波診断装置は、触診によって腫瘍の存在を確かめた後、腫瘍の質的診断を行う精査用の装置と、他の1つは触診を行わないで腫瘍を発見、診断する集検用の装置であった。(522)
1976 昭和 51	<p>8 日本対ガン協会が、「乳ガンの標準方式」を定めた。(485)</p> <ul style="list-style-type: none"> － わが国における大腸がんの検診は、直腸鏡による検診を3施設で試行した。(486)
1977 昭和 52	<p>10 岸恭也が『子宮頸癌の精密検診 コルポスコープを中心とする性状診断』を刊行した。(29)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 日本消化器集団検診学会が『消化器集団検診』を刊行した。(29) － 大阪大学微生物病研究所病院外科では、昭和52年から(財)大阪癌研究会と共同して大腸がん検診を試みた。初期に行った直腸鏡による方法は、羞恥心のためか多くの受診者は得られなかった。昭和53年から2年間は、国産の便潜血スライド(シオノギ)を用い、複数の医師により判定する検診を行った。その方法は、食事制限なしでスクリーニングし、その陽性者に肉やワサビ等を摂らないように食事制限を指示する2段階法で、約1万3千人に実施した。この成績は、わが国で便潜血テストのみにより集検が成り立ちうる事を示した最初の成績であった。(486,526)
1978 昭和 53	<ul style="list-style-type: none"> － 厚生省が、医療機関での子宮がん集団検診にも補助を行い、検診の普及と検診能力の強化を図った。(2) － 厚生省が、国立がんセンターを始め各地のがんセンター等で保健婦を対象とした乳がんの自己検診普及講習会を開始した。(2) － 厚生省が、乳がんの集団検診を推進するため、都道府県に対し、乳がん自己検診も国庫補助を行った。(450)
1979 昭和 54	<p>第4次悪性新生物実態調査を実施した。この結果を踏まえて、厚生省公衆衛生局に設置したがん予防対策打ち合わせ会議で、胃がん、子宮がん、乳がん、肺がんの効率的な集団検診に関する提言がされた。(2,459)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 放射線医学総合研究所に、わが国で最初のPET装置を設置し、PET検査が始まった。平成2年には全身が検査出来る装置が出来、平成14年になると全国で52台のPET装置が設置された。(2) － 大規模な大腸がん検診は、弘前大学で便潜血検査を併用して行ったものが、最初の優れた成績であった。(532)

<p>1980 昭和 55</p>	<ul style="list-style-type: none"> － 東北大学の久道が行った宮城県における昭和 35 年から 55 年までの間の胃がんの調査によると、罹患率と死亡率を男女別、年齢階級別に見たデータによれば、昭和 45 年頃から 40～60 歳代で罹患率と死亡率の差が大きくなった。480) － 大阪大学微生物病研究所病院外科の藤田昌英らが、大腸がん検診として潜血スライド 2 日法を食事制限の方法を指示して実施した。受検者 9,449 名から 11 名 (0.12%) と高い大腸がん発見率が得られ、食事制限が重要であることが分かった。がんの発見率を見ると、高齢者程高く、検診の対象年齢は 40 歳以上とすべきだとの感触を得た。486,527)
<p>1981 昭和 56</p>	<p>6 厚生省公衆衛生局結核成人病課が『乳がん自己検診の方法と意義 早期発見・治療・社会復帰』を刊行した。29)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 井出正男らと竹原靖明が試作した「同時多面断層装置」と高解像度を有するリニア電子スキャンを利用し「Cモード表示」を採用した乳房超音波集検装置があった。523) － 大腸がん検診が全国的に盛んとなった。厚生省が最初の大腸がん検診班を組織した。486)
<p>1992 昭和 57</p>	<p>8・17 「老人保健法」を制定 (昭和 57.8.17. 法律第 80 号) し、保健事業として市町村が主導となり、全国の 40 歳以上の人を対象にした検診を始めた。がん検診は当初は胃がんと子宮頸がんの検診を実施し、検診者数は増加した。483)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 「老人保健法」による胃がん検診は、全国の 40 歳以上の人を対象に行った。胃がん検診の受診者は 4,529,391 人から増加し、平成 2 年には 600 万人を超え、ピークは平成 6 年の 6,669,406 人となった。その後がん検診に対する国からの補助金を廃止し、一般財源化が決定 (実施は平成 10 年) し、その影響を受けて減少し、平成 13 年には 5,318,830 人となった。年間 600 万人の受診者のうち、75%、450 万人は間接 X 線で、直接 X 線は 25%であった。483) － 日本胃集団検診学会は「日本消化器集団検診学会」と改称した。学会より胃がん検診のための間接 X 線の標準撮影法を提示し、X 線検査の精度が高くなった。484) － 大阪大学微生物病研究所病院外科の藤田昌英が、潜血スライドを 3 枚に増やし、問診異常による拾い上げも試みた。このグアヤック 3 日法による検診は、昭和 60 年度、厚生省研究班の推奨法となった。486)
<p>1983 昭和 58</p>	<p>2・1 「老人保健法」を施行し、法律に裏付けられた胃がん検診と子宮頸がん検診を開始した。保健事業として胃がん検診と子宮頸がん検診はわが国のがんの 2 次予防対策の大きな柱であった。現在は、市区町村が独自の判</p>

断で検診事業を行っている。〔胃がん検診実施機関〕昭和60年に全国で375機関、昭和60年に51.6%の機関で日本消化器集団検診学会の認定医が担当した。検診実施機関は、日本消化器集団検診学会の定めた精度管理を実施、X線写真は3年間保存であった。〔胃がん検診の内容〕問診として現在の症状、既往歴、家族歴、これまでの受診状況等の把握、胃部X線撮影として、1. 原則として間接撮影(7×7cm以上のフィルム)(直接撮影も可能)、2. 撮影枚数は最低6枚、3. 撮影体位及び方法は日本消化器集団検診学会の方式によった。検診標準方式は、① 間接または直接X線撮影法、② 読影は認定医によるダブルチェック、③ 逐年受診、④ 男女40歳以上であった。間接撮影標準方式は、4つの組み合わせから選んだ(日本消化器集団検診学会勧告 昭和58年より)。昭和60年の全国集計で、6枚撮影は42.5%、7枚撮影は53.2%であった。〔胃がん検診の流れ〕レントゲン間接撮影を行い、異常所見のある者には、ファイバースコープ、直接X線撮影、組織診により確定診断を行った。〔胃がん検診の第2次検診〕精密検査：ファイバースコープ(約13.0%)→直接X線撮影(約2.0%)・組織診であった。組織診はファイバースコープ検査後、さらに精密検査を必要とした場合に実施するもので、組織の一部をつまみ、それぞれの標本を顕微的に診断された。458,459)

- 2・1 子宮頸がん検診は、「老人保健法」の保健事業の一つとして開始した。〔子宮頸がん検診の内容〕問診として妊娠及び分娩歴、生理の状況、不正性器出血等の症状の有無の把握、視診として陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察、細胞採取の方法は頸部では子宮頸管及び陰部表面の全面擦過法、体部では吸引法又は擦過法であった。検体採取後迅速に固定し、パパニコラ染色を実施した。内診は双合診を実施した。子宮頸がん検診の流れは、まず細胞診を行い、異常所見のある者にはコルポスコープの下に切除診を行い、組織学的な確認を行った。細胞診は、子宮頸部の擦過細胞(スミア)をパパニコラ染色して鏡検した。鏡検はサイトスクリーナー(細胞検査士)と細胞診指導医により判定した。擦過器具は木製スクレーパーまたは混綿球、綿棒を用いた。精密検査は、1. コルポスコピー(陰拡大鏡、拡大率は6~40倍)の下に切除診を行い、組織学的に病巣を確認した。2. ディスプレジア(異形上皮)は、異形の程度により経過観察した。頸部の細胞診結果は細胞診クラス分類(I、II、IIIa、IIIb、IV、V)によって分類し、精密検査の必要性の有無を決定した。体部の細胞診の結果は、「陰性」、「疑陽性」及び「陽性」と判定した。〔対象者〕「労健法」では30歳以上の女性地域住民を対象、ハイリスクグループを重点的に対象とした。最近子宮体がんの発生率が増加傾向にあり、ハイリスク者には子宮体がんの検診も行うようになった。「老人保健法」の第1次5ヵ年計画の目標として、30歳以上の女性地域住民を年間910万人受検。5. 第2次5ヵ年計画(昭和62~

	<p>66年)、子宮頸がん検診の目標：1次、2次の10年間で死亡率を30%程度減少させることが掲げた。458)</p> <p>2・1 「老人保健法」による肺がん検診は、肺がんの早期発見が目的であった。〔検診内容〕問診として現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診受診状況等の把握、胸部X線撮影として、「結核予防法」に規定する定期の健康診断等において撮影した胸部X線写真を用いた読影、読影は十分な経験を有する2名以上の医師によって行うとし、必要に応じて過去の胸部X線写真と比較して読影した。〔喀痰細胞診〕問診の結果、必要と判断される者に対して行った。細胞採取の方法は、喀痰採取容器を配布し、細胞を採取し採取細胞は、固定後パニコラ染色を行い顕微鏡下で観察した。顕微鏡検査は十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門検査機関において実施した。〔結果の通知〕問診、胸部X線写真の読影の結果及び喀痰細胞診の結果を総合的に判断して精密検査の必要性の有無を決定した。458)</p> <p>2 「老人保健法」の保健事業の下で実施する細胞診断は「細胞検査士と細胞診指導医の共同作業で実施する」と明記した。512)</p> <ul style="list-style-type: none"> － オリンパスが、ビデオカメラを内視鏡に組み込んだビデオスコープを発売した。診断の精度が上がった。また、内視鏡の先端に超音波を発信する振動子を取り付けた「超音波内視鏡」の開発を始めた。超音波内視鏡検査は、平成22年4月より保険適応となった。487) － 子宮がん検診成績の推移を見ると、昭和42年は、受験者数172,968、発見子宮がん数392、発見子宮がん率(1,000人対)2.27に対し、昭和57年は、受験者数2,660,626、発見子宮がん数2,299、発見子宮がん率(1,000人対)0.86であった。458) － ドイツのzurHausen博士らによって子宮頸がん組織にHPV16型ゲノムが高率に存在することを報告し、HPV感染が子宮頸がんの発症に深く関与することを示した。HPVは現在150種類を超える型に分類しているが、16,18,33,52,58型等が頸がんを高頻度に検出されることからハイリスク型とした。HPV検査は頸部病変の管理や予防、子宮頸がん再発の予知に有用と考えられ、実地臨床への応用を進めた。わが国で保険収載した。陽性と判定された場合にはコルポスコープ(腔拡大鏡)と狙い組織診を行った。HPVタイピング検査は組織診でCIN1または2と判定された患者を対象に行った。512)
<p>1984 昭和59</p>	<ul style="list-style-type: none"> － 日本消化器集団検診学会が、「新胃集検間接X線撮影の基準」を公表した。撮影法は、7枚撮影を基準とした。バリウムの濃度は100%で200~300mlを推奨し、X線検査の精度が高くなった。この過程では間接X線フィルムは70mm×70mmから徐々に100mm×100mmに移った。483,501)

	<p>－ 弘前大学の斎藤博士らが、精製したヘモグロビン抗体を作成して、人の血液を特異的に検出する逆受身血球凝集反応（RPHA法）を集検用に開発した。その後、ラテックス凝集法等が続々と開発され、大腸がん集団検診は爆発的に全国に普及し、平成元年には、86万人にも達した。486,528)</p>
<p>1985 昭和 60</p>	<p>－ 日本消化器集団検診学会の全国集計によれば、胃がん検診成績は、昭和60年では受診者数 5,161,876 人（男女、間接、直接合計）、間接集検受検者数 4,828,954 人であった。〔要精検率、精検受診率、胃がん発見率〕（昭和60年度学会による間接集検の地域・職域別成績）検診数：4,828,954、要精検者数：699,683、要精検率：14.5%、精検受診者数：547,911。〔精検受診率〕：78.3%、発見胃がん数：5,846、発見率：0.12%、早期胃がんの割合：47.1%。458)</p> <p>－ 早期胃癌と診断された組織を内視鏡で切り取って治療する内視鏡的治療が行われた。低侵襲の手術が可能になった。563)</p> <p>－ 子宮頸がん検診の有効性を示唆する研究は、死亡率減少効果に関する一貫性をもって、推奨した。精度管理を含むがん検診の実施上の問題点を浮き彫りにした。512)</p> <p>－ 日本消化器集団検診学会による大腸がん検診成績全国集計（昭和60年）によると、全国での大腸集検実施機関 47 ヶ所。受診者数 143,525 名（男 52.7%、女 37.6%、性別不明 9.7%）。発見疾患と発見率は、大腸がん 99 名(0.07%)、ポリープ 1,124 名(0.78%)、炎症性疾患 45 名(0.03%)、大腸憩室 371 名(0.26%)、その他の疾患 994 名(0.69%)であった。458)</p>
<p>1986 昭和 61</p>	<p>－ ヘリカルCT [スパイラル (らせん) CTとも言う] を開発した。胸部CT検査（コンピュータ断層診断装置）は、胸部X線検査で発見出来ない早期の肺がんの診断が可能となった。ヘリカルCT検査は、X線が短時間に高速回転するため、1回の息止めで広範囲の撮影が出来き、凡そ5分程度の短い時間で検査が終了出来た。ヘリカルCT検査は、10mm以下の肺がんでも容易に発見出来るため、早期の段階で治療が出来ることになり肺がんからの生還率が高くなった。458)</p>
<p>1987 昭和 62</p>	<p>4 子宮体がん検診は、現時点での罹患率や死亡率から見ると集団検診を組織的に行う意義は薄いと見た。「老人保健法」の保健事業の中で、第2次5ヵ年計画（昭和62～66年）の中に子宮体がん検診を加え、その充実を図るように提言した。458)</p> <p>4 肺がん検診は、「老人保健法」の保健事業第2次5ヵ年計画に組み入れた。〔肺がん集検の方法〕問診票（自覚症状、喫煙歴の有無、既往歴、家族歴、特殊職業歴）では、喫煙指数（B.I、1日の喫煙本数×喫煙年数）を参考に</p>

した。原則として 50 歳以上で B I 600 以上の者、あるいは 6 ヶ月以内に血痰のあった者をハイリスクグループとした。X線撮影は、「結核予防法」に規定する定期の健康診断等において撮影した胸部X線写真を用いた。読影の方法は二重読影または比較読影を行った。喀痰細胞診は、喫煙と特に関係の深い肺門部肺がん（扁平上皮がんや小細胞がん）を標的にした。喀痰細胞診の種類は、新鮮痰（精度が低い）、保存喀痰による方法。喀痰採取は 3 日間蓄痰法であった。〔検診体系〕1 次検診は、胸部X線撮影、ダブルチェック・比較読影した。ハイリスクグループには、喀痰細胞診断（サコマノ法・3.B法等）が行われた。2 次検査は、X線検査（断層・気管支造影等）、気管支鏡（生検等）であった。検診対象者は、40 歳以上の男女全員とし原則として年 1 回行った。ハイリスクグループ（喫煙指数 600 以上、血痰、既往歴、50 歳以上）や特殊職業従事者（アスベスト、重クロム工、ウランウム工等）であった。保健事業の見直し（第 2 次 5 ヶ年計画）で、「肺がん検診について、精度管理等事業の実施体制の整っている市町村から段階的に実施することを検討すべきである」とし、また「第 2 次 5 ヶ年計画初年度以降概ね 5 年間で、早期のがんの発見割合を 50%程度に高めること」と目標を掲げた。458)

4 大腸がん検診は、大腸がん死亡の 2 次予防対策として開始した。〔大腸がんの検診方式〕 1. 直腸鏡集検。2. ファイバースコープによる集検。3. 問診によるスクリーニング。4. CEAによる方法（早期診断には役にたかない）。5. 便潜血反応による方法：集団を対象にした場合最も広く用いられ、今後も普及すると考えられた。これには、① 1 日法、2 日連続法、3 日連続法、② 2 段階法（1 次で食事制限無しの潜血反応→陽性者に食事制限をして潜血反応テスト）、③ 潜血スライド (a) ヘモカルト（グアヤック法、感度 5,000 倍）、(b) シオノギスライド B（グアヤック法、感度 2 万倍）→食事制限が必要、④ 免疫学的便潜血試験、ヒト血液を特異的に検出する新しい方法。特に敏感度が従来の方法より優れていた。コストと処理能力に難点があるが将来への応用が期待できる。これには単純放射免疫拡散法（S R I D）、（Songster, C.L.ら、1980 年）、免疫蛍光法（Vellacott, K.D.ら、1981）、ラテックス凝集法（竹下ら、1982 年）や逆受身血球凝集法（R P H A、斉藤ら、1984 年）等があった。ラテックス凝集法と R P H A 法は、集検に応用出来るように日本で開発した。458)

— 三木一正が、胃 X 線検査に変わる新しい胃がんの検診法として、ペプシノゲン法を確立した。胃の消化酵素の前駆体であるペプシノゲンを測定することにより、慢性萎縮性胃炎を診断出来ることを発表した。504,503)

— 日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会が『子宮頸癌取扱い規約』を刊行した。29)

— 日本対ガン協会実施の肺がん検診成績(昭和 59 年、19 県で実施)による

	<p>と、集検受診 709,249、再精検 8,873(1.32%)、精検受診 6,750(76.1%)、発見した肺がん、同疑 227(0.03%)であった。524)</p> <p>ー 日本肺癌学会肺癌集団検診委員会が『肺癌検診の手引き』を刊行した。29,521)</p> <p>ー 大阪大学微生物病研究所病院外科の藤田昌英らが、R P H A塗布紙 3 日法による集団検診を、2 年間で 15,488 人に実施した。要精検率が 2.4%になり、大腸がんの発見率は 0.2%と、検診精度の向上をみた。集検における便潜血検査は、2 日法が妥当だと判った。486,529)</p>
1988 昭和 63	<p>4 「老人保健法」に基づく第 2 次老人保健事業（昭和 63 年～平成 3 年度）を開始し、30 歳以上の乳がん視触診検診を導入した。乳がん検診の自己検診法は、昭和 31 年に Haagensen が提唱した。厚生省が、保健婦向けに「乳がん自己検診普及講習会」を実施、普及拡大に努めた。乳がん検診では、問診として月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、乳房の状態、過去の検診受診状況等を把握し、触・視診、触診は乳房、乳頭及びリンパ節であった。458,485)</p>

平成期

年号	健康診断の動き
1989 平成元	<p>4 大内憲明が『マンモグラフィによる乳がん検診の手引き 精度管理マニュアル』を刊行した。29)</p> <p>ー 胃がん検診受診者数は約 387 万人、子宮がん検診受診者数は約 371 万人、肺がん検診受診者数は約 469 万人、乳がん検診受診者数は約 210 万人であった。胃がんの発見率が最も高く、肺がんの発見率は最も低かった。480)</p> <p>ー 藤田昌英らが、大腸がんの集団検診を R P H A塗布紙 2 日法に切りかえ、2 年間で 2 万人強に実施した。大腸がんの発見率は、3 日法と遜色がなかった。486,529)</p>
1990 平成 2	<p>4 『老人保健法による大腸がん検診マニュアル』を刊行した。29)</p> <p>11 野田定、甲斐一郎が『細胞診による子宮がん検診の A B C 老人保健法』を刊行した。29)</p> <p>11 乳房超音波診断装置としてアニュラアレイプローブを実用化した。485)</p> <p>ー 厚生省が、「乳がん検診への X 線撮影導入に関する研究調査事業」を開始した。厚生省により「画像診断によるモデル事業」が開始し、平成 2～3 年度は研究調査事業、平成 4～6 年度はモデル事業を行った。485)</p>
1991 平成 3	<p>4 厚生省がん研究助成金により「画像診断を中心とした乳がん検診の適正化に関する研究」（木戸班）を行った。485)</p> <p>5 『老人保健法による肺がん検診マニュアル』を刊行した。29)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> － 胃集検間接X線撮影で、バリウムは濃度の濃いものを少量使用するようになった。日本消化器集団検診学会の平成3年の全国集計では、7枚撮影が65.9%、8枚以上の撮影が20.1%であった。バリウムの量は120～139%を使用している施設が50%、量も200～249mlとする施設が多くなり、濃度の濃い少量のバリウムによる検診に変わった。483) － 藤田昌英らが、大腸がんの集団検診では問診は参考にとどめた免疫2日法による大腸がん検診を始めた。この検診法が1年後に厚生省「老人保健法」に基づく大腸がん検診法となった。免疫2日法による大腸がん検診の成績は、それまでの検診法と比べると、陽性率はやや高いものの、がん発見率、早期がんの割合、陽性反応適中度ともに遜色のない数字を示した。486,530)
1992 平成 4	<p>3 厚生省が、「老人保健法」に基づく第3次保健事業（平成4～11度）を開始し、大腸がん検診を導入した。男女を対象に年1回受診を原則とし、検査項目は問診と便潜血検査（免疫便潜血検査2日法）であった。免疫便潜血検査は、ヘモカルトテストよりも感度が高いことから、同検査による検診はさらに効果が大きいと推定した。同時に、厚生省老人福祉部が『大腸がん検診マニュアル』を刊行した。30歳以上の乳がん視触診検診が継続実施した。459,486,531,603)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 厚生省がん研究助成金により「乳がん検診へのX線撮影導入に関するモデル事業」を行った。485)
1993 平成 5	<ul style="list-style-type: none"> － 平成5年から肺がん1次検診にらせんCTを導入し、平成6年にはCT検診車を製作した。521) － 厚生省がん研究助成金により「乳がん検診における画像診断の有用性に関する研究」（木戸班）を行った。485) － 消化器がん検診学会の全国集計によると、大腸がん検診の受診者数は平成5年には1,896,859人、平成17年には3,425,653人が受診し、平成22年には6,266,496人にまで増加した。免疫便潜血検査が、国民レベルで集団検診を行っているのは、日本以外にはなかった。486)
1994 平成 6	<p>10 多田正大、長廻紘が『老健法大腸癌検診に対応するための大腸検査法マニュアル』を刊行した。29)</p>
1995 平成 7	<p>12 岡田光治が『高橋信次 X線CTの先駆者』を刊行した。29)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 老人保健増進等事業として「がん検診の有効性評価に関する研究」（久道班）を行った。484) － 成人病検診管理指導協議会のあり方に関する調査研究班が『がん検診の精度評価に関する手引き』を刊行した。29)

	<ul style="list-style-type: none"> － 厚生省がん研究助成金により「マンモグラフィ導入による乳がん検診システムの精度管理の確立に関する研究」(大内班)を行った。485)
1996 平成 8	<p>3 『厚生省がん研究助成金による大腸がん集団検診の精度向上と評価に関する研究 平成 7 年度』を刊行した。29)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 大腸がん検診の有効性は、樋渡ら、斎藤らによって明らかにされ、有効性の確立したがん検診と位置付けた。全国的に大腸がん検診が普及する段階で、多くの問題が明らかになった。486,528)
1997 平成 9	<p>11 日本乳癌検診学会ガイドライン作成委員会が『マンモグラフィを導入した乳癌検診システムのガイドライン』を刊行した。29,485)</p> <p>11 日本乳癌検診学会に精度管理中央委員会を設置した。精度管理中央委員会は、日本乳癌検診学会が中心となり、関連 6 学会より構成した。485)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 子宮頸部の扁平上皮系の病変についての細胞診判定方法は、パパニコロウによってクラス分類として1954年に提唱された。わが国における子宮頸部細胞診の判定方法として、日本母性保護医協会(現：日本産婦人科医会)方式(日母方式)が広く普及した。平成16年4月に出された厚生労働省による「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正の中でも、子宮頸部の細胞診の判定に関して日母分類を採用した。511) － 厚生省がん研究助成金により「マンモグラフィを導入した乳がん検診システムの確立に関する研究」(大内班)を行った。485)
1998 平成 10	<p>3 厚生省がん検診の有効性評価に関する研究班が『がん検診の有効性等に関する情報提供のための手引』を刊行した。29,459)</p> <p>4 がん検診に対する国からの補助金を廃止し、「老人保健法」の事業から外され一般財源化が決定した。がん検診の受診者数は減少した。459,483)</p> <p>6 藤田昌英が『よくわかる大腸がん検診ガイドブック』を刊行した。29,530)</p> <ul style="list-style-type: none"> － マルチスライスCTが登場した。1度に複数枚の断層画像を撮影することが出来、薄い厚さで広い範囲の臓器を輪切りにして短時間に撮影出来た。521)
1999 平成 11	<p>3・1 日本対ガン協会が『がんと闘う 征圧運動 40 年 日本対ガン協会 40 年史』を刊行した。29)</p> <p>12 深海正治(オリンパス光学工業)監修、胃カメラ歴史研究会編著『胃カメラの技術物語 胃カメラの歴史を 7 つのキーワードで探る』を刊行した。29)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 厚生省が、毎年 40 歳以上(子宮がん検診では 30 歳以上)の対象人口の 30%に対してがん検診を行うことを目標として掲げた。老人保健事業報告によると、平成 12 年度のがん検診受診者数(受診率)は、胃がん検診 421

	<p>万人 (13.0%)、子宮がん検診 358 万人 (13.8%)、肺がん検診 727 万人 (22.6%)、乳がん検診 309 万人 (11.7%)、大腸がん検診 548 万人 (15.8%) となっており、目標には達しなかった。459)</p> <p>ー 長野県では、平成 8 年から 3 年間に 29 市町村の住民の希望者を対象に、C T 検診車による肺がんの 1 次検診を実施した。受診者は 17,892 名で、肺がんは初回受診が 37 例、発見率は 0.472%、経年受診が 30 例で、発見率は 0.299%であった。肺がん発見率は 1 年目 0.557%、2 年目 0.747%、3 年目 0.187%であった。521)</p>
2000 平成 12	<p>3 厚生労働省が、「がん検診実施のための指針」(老健第 65 号)を定め、50 歳以上女性にマンモグラフィ検診を導入した。485)</p> <p>4 「老人保健法」に基づく第 4 次老人保健事業を開始し、老健第 65 号により 50 歳以上へのマンモグラフィ検診の導入 (2 年に 1 回)及び 30・40 歳代は視触診 (1 年に 1 回)を実施した。459,485)</p> <p>5・25 精度管理マニュアル作成に関する委員会監修、大内憲明 (東北大学教授) 編集『マンモグラフィによる乳がん検診の手引き 精度管理マニュアル』を刊行した。29)</p> <p>ー 長野県健康づくり事業団では、平成 12 年に 18 市町村で C T 検診を開始された。1 年目は受診者数 2,996 名、肺がんは 9 例、発見率は 0.300%、2 年目は 21 市町村で受診者数 3,851 名、肺がんは 9 例、発見率は 0.234%であった。516,517,521)</p> <p>ー 大腸がん検診の精度は、採便方法、測定するまでの検体の保管法、検査キット等によって大きく左右された。阪本康夫が、検診を受けた 11 万人について調べたところ、便秘 (1 日 1 回未満の排便) の人は毎日排便が出る人に比べて便潜血が陽性に出ることが男女ともに多く、大腸がんの発見率は有意に低いことが判った。486,532)</p>
2001 平成 13	<p>3 『新たながん検診手法の有効性評価報告書 (主任研究者 久道茂)』を刊行した。国内外の研究レビューに基づいて、子宮頸がん (擦過細胞診)、乳がん (視触診とマンモグラフィの併用)、大腸がん (便潜血) の 3 種類の検診については、十分な根拠があるとした。胃がん検診に関する「結論」では、逐年の胃 X 線検査は I -b 即ち胃癌の死亡率減少効果を示す相応の効果があると評価し、逐年の胃 X 線検査を用いた胃がん検診を今後とも継続することを推奨すると結論した。がん検診における有効性評価は、公的施策としてがん検診を実施する際には、死亡率減少効果についての明確な科学的根拠が必要であった。459,483,504)</p> <p>3 成人病検診管理指導協議会のあり方に関する調査研究班が『がん検診の精度評価に関する手引き』を刊行した。29)</p> <p>4 日本乳癌検診学会精度管理中央委員会の施設画像評価委員会が、施設・画</p>

	<p>像評価を開始した。485)</p> <p>5 日本消化器集団検診学会の胃X線撮影法標準委員会が、「新・胃X線撮影法（間接・直接）ガイドライン」を決定した。新ガイドラインは、200～230%の高濃度低粘性バリウムを120～150mlを使用し、撮影体位を2重造影法による8体位とした。平成23年に改訂版を刊行した。483,484,505,506)</p> <p>ー J A長野では、昭和60年から肺がん検診を行い、平成13年にCT検診車を導入し、初年度の成績を報告した。受診者数は6,633名、肺がんは36例、発見率は0.543%であった。CT検診による発見率は高率であった。518,521)</p>
<p>2002 平成14</p>	<p>8・2 「健康増進法」を制定（平成14.8.2 法律第103号）した。がん検診は、第19条の2に基づく健康増進事業として位置付け、市町村が実施した。がん検診は、健康増進事業として位置付け、市町村が胃・子宮・肺・乳・大腸がん検診実施した。厚生労働省は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省健康局長通知）を定め、同指針に基づいて検診を推進した。健康診断は健康増進事業として位置づけた。441,459)</p> <p>11 オリンパスが、世界で初めて「ハイビジョン内視鏡システム」を開発した。新世代システムとして脚光を浴びた。487)</p> <p>ー 金子昌弘らによると、3年以上継続して1,000例以上のCT検診を行っている8施設の成績は、受診者数延べ59,123名、肺がん212例、発見率0.359%で、病期I A期早期がんが168例、79%を占め、死亡が23例、11%あり、そのうち18例、8%は肺がん死であった。519,521)</p> <p>ー 日立健康管理センターでは、平成10年から4年7ヵ月間に延べ29,655名、実人数10,882名のCT検診を行い、喫煙指数600以上には喀痰細胞診を併用した。要精検率は4.0%、肺がんは69例、発見率は0.233%であった。510)</p> <p>ー 小諸厚生総合病院では、人間ドックでマルチスライスCTによる胸部検診を行った。受診者数は1,174名、肺がんは10例、発見率は0.852%であった。経年受診の377名では比較読影で要精検率が11.9%に低下した。520)</p> <p>ー 栃木県がんセンターでは、マルチスライスCTによるCT検診を行った。受診者数は延べ1,527名、男女比61対39、要精検率は19.8%で、肺がんは6例、発見率は0.393%であった。521)</p> <p>ー 栃木県保健衛生事業団では、人間ドックでマルチスライスCTの胸部検診を行った。受診者503名から肺がん4例が発見され、腺がん3例、扁平上皮がん1例で、腺がんの2例が病期I A期であった。518,521)</p> <p>ー 「東京から肺がんをなくす会」の高危険群を対象にした年2回のCT検診では、経年受診にも拘らず病期I A期を越えていた肺がんが7例、13%</p>

	<p>あり、ⅠB期1例、ⅡB期1例、ⅢA期2例、ⅢB期1例、Ⅳ期2例で、小細胞がんの2例が病期Ⅳ期で6ヵ月ごとの検診でも進行がんであった。CT検診の発見肺がん54例のうち16例、30%が扁平上皮がんであった。肺野型扁平上皮がんの3例はCTに陰影が出現する前から喀痰細胞診でがん細胞を検出し、経過観察となった。520,521)</p>
2003 平成 15	<p>12 日本臨床細胞学会認定の「細胞診指導医」は、「細胞診専門医」と改称した。</p> <p>－ 報告されたCT検診の成績を検証すると、CT検診を導入すると、初回受診では肺がん発見率が肺がん存在期待値を3倍～6倍も上回った。521)</p>
2004 平成 16	<p>3 『老人保健事業に基づく乳がん検診及び子宮がん検診の見直しについてがん検診に関する検討会中間報告』を刊行した。29)</p> <p>4 「老人保健法」に基づく第5次老人保健事業を開始した。「がん検診実施のための指針」の改正（老老発第0427001号）により40歳以上女性にマンモグラフィ検診が導入（2年に1回）し、30歳代の乳がん検診は廃止した。485)</p> <p>－ 厚生労働省は、健康フロンティア戦略としてマンモグラフィ整備費用の補助を進めた。524)</p>
2005 平成 17	<p>3 主任研究者 祖父江友孝『有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン』を刊行した。29)</p> <p>12 経鼻的胃内視鏡研究会(in 関西)が『経鼻的胃内視鏡検査の手引き より苦痛の少ない安全な内視鏡検査を目指して』を刊行した。29)</p> <p>12 乳がん検診として、乳房超音波検査とマンモグラフィ（MMG）の併用を奨めた。診断では初回にはMMGと乳房超音波検査を行い、その後は乳房超音波検査のみを用いた。乳房超音波検査は限局性の病変が見られる場合、その所見に応じて3ヵ月後、6ヵ月後の再検を行い、異常所見のない場合でも逐年検査を奨めた。525)</p> <p>－ 厚生労働省の助成金によるがん検診の有効性評価班研究を組織し、東北大学の久道茂を中心に胃がん検診の研究を進めた。その後、国立がんセンター祖父江友孝らが中心となって、胃がん検診の有効性を検討した。胃のX線検査による検診は、推奨グレードB：＜死亡率減少効果を示す相応な根拠あり＞と報告し、X線を中心とした胃がん検診が続けられた。内視鏡検査は胃がん死亡率減少効果を示す証拠が不十分であるとして、推奨に値しないと評価した。484,507, 530)</p>
2006 平成 18	<p>3 主任研究者 祖父江友孝が『有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン』を刊行した。29)</p>

	<p>4 「老人保健法」に基づく第5次老人保健事業で、老老発第0331003号により検診実施機関や検診事業の評価を始めた。441)</p> <p>6・23 「がん対策基本法」を制定（平成18.6.23 法律第98号）した。本法では、がん対策の充実を図るため、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的に掲げ、政府によるがん対策推進基本計画の策定、都道府県による都道府県がん対策推進計画の策定、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進、がん対策推進協議会の設置等の規定を盛り込んだ。国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとした。441,484)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 日本消化器集団検診学会は、がん検診に特化した「日本消化器がん検診学会」へと発展的な変更が行われた。483) － 厚生労働省「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班から「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」を公表した。441)
<p>2007 平成 19</p>	<p>6 「がん対策基本法」に基づく「がん対策推進基本計画」を公表した。胃・肺・大腸・乳・子宮頸部のがん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）にまで引き上げることを目標としたが、いずれのがん検診も目標を達成出来なかった。441,485)</p> <p>10 日本消化器がん検診学会が『平成17年度消化器がん検診全国集計資料集』を刊行した。X線検診の受診者総数は5,901,031人に対し、内視鏡は121,816人であった。内視鏡検査の胃癌発見率は0.30%で、X線検診の0.091%より高率であった。483,508)</p> <p>10 オリンパスが、小腸用カプセル内視鏡を開発した。超小型撮像素子を内蔵した外径11mm、全長26mmのカプセル型であり、撮影機能と無線送信技術を搭載した。口から飲み込んだカプセル内視鏡が、消化管の蠕動運動によって消化管内部を移動してゆき、内蔵されたカメラが撮影した画像を体外に送信し画像診断を行った。487)</p>
<p>2008 平成 20</p>	<p>3・31 厚生労働省健康局長通知「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ついて」（健発第0331058号）において「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を公表した。これに基づき、市町村は、胃・子宮・肺・乳・大腸がん検診の適切な方法及び精度管理の下で実施した。「健康増進法」第19条の2に基づく健康増進事業としてのがん検診に関し、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定めた。がん検診の種類、対象者、実施回数、実施内容等は、次のようであ</p>

った。〔胃がん〕：40歳以上、年1回、〔1次検診〕問診、胃間接X線透視、〔精密検査〕内視鏡検査。肺癌：40歳以上、年1回、問診、〔1次検診〕胸部X線、ハイリスク者への喀痰細胞診（50歳以上の男性で喫煙指数 ≥ 600 、6ヶ月以内に血痰あり）、〔精密検査〕断層X線、CT、気管支鏡検査（生検）、腫瘍マーカー（N：E etc.）等。〔大腸がん〕：40歳以上、年1回、〔1次検診〕問診、便潜血検査（免疫潜血検査2日法）、〔精密検査〕注腸X線検査（二重造影法）、S状結腸内視鏡検査＋注腸X線検査（二重造影法）、全大腸内視鏡検査のいずれか。〔乳がん〕：2年に1回、〔1次検診〕問診、視診、触診、マンモグラフィー、〔子宮がん〕：〔精密検査〕エコー、吸引細胞診等子宮がん：20歳以上、2年に1回、〔1次検診〕問診、視診、内診（双合診）子宮頸部の擦過細胞診、子宮体がんの有症状者・ハイリスク者に対する医療機関の受診の勧奨または子宮体部細胞診、〔精密検査〕子宮頸がん：コルポスコピーによる円錐切除組織診、子宮体がん：ヒステロスコピーによる組織生検。〔総合がん検診〕：40歳・50歳、各1回、〔1次検診〕上記の5つのがん検診を同時に実施（肺がん検診の胸部Xpは直接撮影による）直腸鏡による直腸検査（医師が必要と認めた場合）。総合がん検診は、地域住民の多様なニーズに対応する観点から、節目検診として、総合的ながん検診を行うことを目的とした。総合がん検診は、胃・子宮・肺・大腸の全てのがん検診を同時に実施出来る医療機関において実施した。受診機会は、乳がん検診及び子宮がん検診についても、毎年度設けた。検診のクーポン券を対象者の配布し、検診の受診を呼びかけた。441)

3・31 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき、市町村は、胃・子宮・肺・乳・大腸がん検診の適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書：平成20年3月）の「胃・子宮頸部・肺・乳・大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(市町村用)」を参考にして、検診の実施状況を把握し、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行った。都道府県は、各がん部会において、「胃・子宮頸部・肺・乳・大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(都道府県用)」を参考にして、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行った。がん検診を行う検診実施機関は、「胃・子宮頸部・肺・乳・大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(検診実施機関用)」を参考にして、各がん検診の撮影及び読影等の精度管理、精密検査の結果の把握に努めた。441)

3・31 厚生労働省が、「健康診査管理指導等事業実施のための指針について」（平成20.3.31 健総発0331012号 厚生労働省健康局総務課長通知）

において「健康診査管理指導等事業実施のための指針」を公表した。これに基づき、「生活習慣病検診等管理指導協議会」を設置し、がんに関する部会（胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会）を設置した。各部会において、がん検診の評価、指導等、その他精度管理を実施した。胃がん検診の検診項目は、問診及び胃部エックス線検査であった。胃部エックス線間接撮影は、撮影枚数は最低7枚、体位及び方法は、日本消化器がん検診学会の方式によった。胃部エックス線写真の読影は、経験を有する2名以上の医師によって行い、その結果に応じて、過去に撮影した写真と比較読影した。子宮頸がん検診は対象年齢が20歳以上となり、受診間隔は2年に1回となった。対象者が引き下げられたのは若い世代での増加に應えるものであった。ヒトパピローマウイルス（HPV）検査は、遺伝子検査技術を使って、子宮頸がんの原因となる高リスク型HPV感染を調べた。この検査は、子宮頸部から採取した細胞を使って、ウイルスの遺伝子（DNA）の有無を判定した。441）

3・31 子宮がん検診の検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じてコルポスコープ検査であった。〔問診〕妊娠歴、分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無及び過去の検診の受診状況等を聴取した。問診の結果、最近6月以内に、不正性器出血、月経異常及び褐色帯下のいずれかの症状を有した者は、子宮体がんの受診を勧奨した。子宮体部の細胞診は、子宮頸がん検診と併せて行った。〔視診〕は、膣鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察した。〔子宮頸部の細胞診〕子宮頸管及び膣部表面の全面擦過法によって、子宮体部の細胞診は吸引法又は擦過法によって検体を採取し、固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察された。〔子宮頸部の細胞診の結果〕細胞診クラス分類（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ）又はベセスダシステムによって分類し、子宮体部の細胞診の結果は、「陰性」、「疑陽性」及び「陽性」に区分した。〔子宮がん検診の結果〕細胞診の結果等を総合的に判断して精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に通知した。441）

3・31 肺がん検診の検診項目は、喫煙歴、職歴及び血痰の有無、過去の検診の受診状況等についての問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とし、喀痰細胞診の実施対象者は、問診の結果、医師が必要と認める者に行った。問診の結果、40歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上の者及び6月以内に血痰のあった者のいずれかに該当する者とした。65歳未満の者を対象とした肺がん検診は、胸部エックス線写真を撮影し、読影した。65歳以上の対象者の場合は、結核健康診断等において撮影した胸部エックス線写真を用いて読影した。〔喀痰細胞診〕喀痰は起床時の早朝痰を最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰した。〔胸部エックス線写真〕肺尖、肺野外側縁、横隔膜及び肋骨横隔膜等を十分に含むエックス線写真であって、適度

な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度を持ち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察出来るものとした。〔胸部エックス線写真の読影〕2名以上の医師によって行い、それぞれの読影結果に基づき比較読影した。〔検診の結果〕指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、「要精検」の者は、医療機関において精密検査の受診を指導した。441)

3・31 乳がん検診の検診項目は、乳がんの家族歴、既往歴、月経及び妊娠等に関する事項、乳房の状態、過去の検診の受診状況等の問診、視診、触診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）であった。〔視診〕乳房の対象性（大きさ及び形）、乳房皮膚の陥凹、膨隆、浮腫、発赤、乳頭陥凹及び乳頭びらんの有無について観察した。〔乳房エックス線検査の実施機関〕撮影装置を備えた。マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了した診療放射線技師が乳房撮影を行った。乳房エックス線写真の撮影は、両側乳房について、内外斜位方向撮影を行った。〔乳房エックス線写真の読影〕経験を有する医師が行った。読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行った。〔検診結果の指導区分〕「要精検」及び「精検不要」とし、「要精検」の者は、医療機関において精密検査を受診するよう指導された。「精検不要」とされた者は、次回の検診の受診を勧めるとともに、乳房の自己触診に関する指導を行った。485)

3・31 大腸がん検診の項目は、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等の問診及び便潜血検査であった。〔便潜血検査〕免疫便潜血検査2日法により行い、採便用具を配布し、自己採便とした。検体を採取した後回収した。検体の測定は、検体回収後に速やかに行った。〔大腸がん検診の結果〕「便潜血陰性」及び「要精検」に区分した。検診結果の通知には、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に通知した。「要精検」とされた者には、精密検査を受診するよう指導を行った。精密検査は、全大腸内視鏡検査とし、困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（2重造影法）の併用による精密検査を、注腸エックス線検査の専門家により実施された。便潜血検査のみによる精密検査は、行わないとした。441)

4 「健康増進法」に基づく健康増進事業を（健発第0331058号）実施した。485)

－ 子宮頸がん検診受診率は24%程度で、極めて低かった。都市部は10数%と低迷していた。子宮頸がんの罹患者数は平成10年の6,936人から平成20年は9,794人と上昇傾向にあった。子宮頸がんは、99%以上が高リスク型ヒトパピローマウイルス（HPV）の持続感染によって発生することが明らかになった。512,513,514)

<p>2009 平成 21</p>	<p>10・31 平成 20 年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適正な方法とその評価の確立に関する研究」班 平成 21 年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の評価とあり方に関する研究」班が『有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン』を刊行した。推奨グレードは次のようであった。</p> <p>1 細胞診（従来法）については、子宮頸がん死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、対策型検診及び任意型検診として、細胞診（従来法）による子宮頸がん検診を実施することを勧める（推奨グレード B）。2 細胞診（液状検体法）については、子宮頸がん死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、対策型検診及び任意型検診として、細胞診（液状検体法）による子宮頸がん検診を実施することを勧める（推奨グレード B）。3 H P V 検査（単独法）・H P V 検査と細胞診の同時併用法・H P V 検査陽性者への細胞診トリアージ法については、子宮頸がん死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診としての実施は勧められない。任意型検診として実施する場合には、子宮頸がん死亡率減少効果が不明であることと不利益について適切に説明する必要がある（推奨グレード I）。29,441)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 子宮頸部細胞診の ベセスダ分類（平成 21 年より日本でも導入されている子宮頸部細胞診の報告様式）では、H P V（ヒトパピローマウイルス）検査は A S C－U S と判定された場合、健康保険適用となった。512) － 三木一正によって、胃がんの発生母地としての萎縮性胃炎の発見に主眼を置いた胃がんハイリスク検診の A B C 検診を提唱した。これは、血液中のピロリ菌 I g G 抗体検査とペプシノゲン検査を組み合わせることで胃癌危険度を診断し、異常のある人に効率的に精密検査（胃内視鏡）を勧奨する胃がん検診であった。484,509)
<p>2010 平成 22</p>	<p>2 日本消化器がん検診学会胃内視鏡検診標準化研究会編が『胃内視鏡検診マニュアル』を刊行した。胃がん検診における内視鏡検査の基準を示した。経鼻内視鏡検査が普及するにつれて、内視鏡検査による胃がん検診が優位に立とうとしている。29,484,510)</p> <ul style="list-style-type: none"> － 平井康夫らが、8,051例を対象に子宮頸部より細胞を採取した後、従来法で作製した標本と液状化検体細胞診（L B C 法）によって作製した標本についてその精度を比較検討した。その結果、組織診で C I N 2 以上の症例は 553例で C I N 2 以上の病変を検出する感度は従来法が 71.3%，L B C 法が 77%、特異度はそれぞれ 99.0%、98.9%であったとし、L B C 法は従来法に比べ C I N 2 以上の病変の検出能が従来法よりも優れていると報告した。512,515)

2011 平成 23	7 高橋真理子が『最新子宮頸がん予防 ワクチンと検診の正しい受け方』を刊行した。29)
2013 平成 25	<p>5・24 厚生労働省健康局長が、「平成25年度がん検診推進事業の実施について」の通知を発し、「平成25年度がん検診推進事業実施要綱」を定め、これに基づいて子宮頸がん、乳がん及び大腸がん検診を対象としたがん検診推進事業とHPV検査（ヒトパピローマウイルス検査）検証事業の推進を図った。この事業は、市町村及び特別区が実施する子宮頸がん、乳がん及び大腸がんにおいて、検診手帳及び検診費用が無料となるがん検診無料クーポン券を送付し、がん検診の受診促進を図った。子宮頸がんは、HPV（ヒトパピローマウイルス）検査（HPV核酸検出）を導入する場合の課題及び最も適切な実施方法を検証するため、30歳、35歳、40歳の希望者に対して、HPV検査検証事業を実施した。441,444,512)</p> <p>－ 平成21年に日本産婦人科医会が、『ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために』を刊行し、細胞診精度の向上に向けてベセスダシステムへの移行を進めた。厚生労働省が、平成25年に細胞診報告様式としてベセスダシステムの単独使用を各市町村に推奨した。512)</p>
2014 平成 26	<p>3・31 厚生労働省が、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を改正（平成 26.3.31 健発第 0331058 号健康局長通知）した。指針で定める子宮頸がん検診の検査項目は問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診、対象者は20歳以上、検診間隔は2年に1回であった。肺がん検診の検査項目は質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、対象者は40歳以上、検診間隔は1年に1回であった。乳がん検診の検査項目は問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）、視診、触診は推奨しない、対象者は40歳以上、検診間隔は2年に1回であった。大腸がん検診の検査項目は問診及び便潜血検査、対象者は40歳以上、検診間隔は年1回であった。441)</p> <p>3 胃細径内視鏡検診研究会が『経鼻内視鏡による胃がん検診マニュアル』を刊行した。29)</p> <p>－ 『有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン』2014年版』が刊行され、X線検診に加え、胃内視鏡検査が導入された。胃内視鏡検査は、死亡率減少効果を示す相応な証拠を確認し、対策型検診・任意型検診ともに実施を推奨した。441)</p>
2015 平成 27	9・29 「がん検診のあり方に関する検討会」（座長：大内憲明東北大学大学院医学系研究科教授）において、「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について～」をとりまとめた。この報告書では、胃がん検診は、50歳以

	<p>上の人を対象に、「胃部エックス線検査」（毎年）または「胃内視鏡検査」（2年に1度）とすることを提言した。〔胃がん検診項目に関する提言〕1) 検診方法・胃部エックス線検査若しくは胃内視鏡検査とする。2) 対象年齢：案）原則として50歳以上とする。3) 検診間隔：案）胃部エックス線検査は1年に1度、胃内視鏡検査は2年に1度とする。乳がん検診は、40歳以上の女性を対象に、2年に1度「マンモグラフィによる検診」を原則とし、「視触診」は必須としないことを提言した。361,441)</p>
<p>2016 平成 28</p>	<p>2 日本消化器がん検診学会対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル作成委員会が『対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015年度版』を刊行した。29)</p> <p>7 日本乳癌検診学会超音波検診精度管理委員会が『超音波による乳がん検診の手引き 精度管理マニュアル』を刊行した。29)</p>

13. 人間ドック

大正期・昭和戦前期・昭和 20 年～29 年

年号	健康診断の動き
1914 大正 3	<p>－ 自動化健診の多項目の検査をパッケージとして同時に施行する健診方式は、ニューヨークの下町にオフィスを持つ Life Extension Institute の保険加入者を対象として、1 年に 1 回の精密検診を行う団体で、以来約半世紀の間に、主にアメリカ、カナダの約 400 万人の検診を行い、昭和 12 年からは、色々の産業界と連携して健診を行った。533)</p>
1937 昭和 12	<p>－ 人間ドックの始まりは、民政党の領袖格の代議士であった俵孫一・桜内幸雄が精密検査を希望して、東大坂口内科に健康診断の目的で入院した。政界の暇をみて、健康度の点検を受けるためであった。入院した時、記者会見を開いて、「今回の入院は艦船が母港に帰港して、ドライドックに上がり船底やスクリューの傷を点検し、エンジンや機器を整備し、乗組員に休養を取らせて、次の航海に備えるのと同じである」と言ったことから、これを契機に政財界の要人が次々と入院して健康診断を受けた。主治医の坂口康蔵教授（1885—1961）は「船がドックに入って点検しているようなものだ」と述べた。533)</p>
1951 昭和 26	<p>－ 米国カルフォルニア州オークランドの Kaiser Foundation で、多項目健診（MHS）と呼ばれる健診を実施した。15 項目の多項目検査が中・高年を対象に実施した。このプランは「会員制の医療システム」の一種であった。健診は土・日の病院の休日に施設を利用して行われた。その後、各都市に普及したが、1950 年の半ばには中止するところもあった。458,533)</p>
1953 昭和 28	<p>－ 日本における最初の生活習慣病検診は、社団法人ライフ・エクステンション倶楽部（現・ライフ・エクステンション研究所附属永寿総合病院）で実施した（当時の呼び名は成人病精密総合診断）。533)</p>
1954 昭和 29	<p>2 人間ドックの試運転は、聖路加国際病院、昭和医大病院、東京女子医大病院で開始した。533)</p> <p>7・12 坂口康蔵は東大退職後、国立第一病院（現在の国立医療センター）に赴任した。ドックのアイデアを生かし、「短期入院身体総合精密検査」と言う名前で小山善之医師の担当により、スタートした。最初 5 日間の入院が、検査項目の都合から 6 日間にした。短期入院を伴う人間ドックが、保健同人社の発意により、同社が運営面を担当、検診作業を国立東京第一病院が担当して開始した。7 月 12 日は、人間ドックの日となった。533)</p>

	<p>9 聖路加国際病院院長橋本寛敏（1893－1974年）が、坂口康蔵院長と相談し聖路加国際病院でもドックを開設した（日野原重明医師が担当）。1週間入院ドックとして始めた。533)</p> <p>－ 橋本寛敏（第2代日本病院会長）が、日本病院会会員病院に呼び掛けて、国立第一病院と聖路加国際病院が中心となり、東京の他の病院も含めて、1週間入院させて、血液、尿、便の検査の他、肝、腎機能、心電図、胸部X線、胆、胃X線撮影を含めた検査と診察を行った。533)</p> <p>－ わが国でも多項目健診（MHS）が昭和27年に紹介され、昭和29年には、独特の人間ドックを開始した。533)</p>
--	---

昭和30年～49年

年号	健康診断の動き
1955 昭和30	<p>2 慶応大学、東京女子医大、昭和医大の附属病院にもドックを開設し、その後全国各地の総合病院に拡大した。611)</p> <p>11 器械の自動化やコンピュータを導入した自動化健診（後に総合健診と改めた）で、3時間位で効率よく、ほぼ短期人間ドックに準じた健診が可能になった。昭和30年11月から愛知県中央健康相談所で外来ドックと称して実施した。533)</p>
1957 昭和32	<p>－ 全国の病院で次々と人間ドックを創設した。厚生省から病院単独での運営が公認されたことに伴い、保健同人社は検査作業の委託と受諾の契約を解消し、当局に返上した。初めは「短期入院精密身体検査」と称していたが、読売新聞の記事において「人間ドック」とネーミングがされたことから、この呼び方が定着した。533)</p>
1959 昭和34	<p>3 聖路加国際病院に入院した1,500人の、1週間ドック受診者の結果を整理して、若い人には余り必要のない検査とか、手数のかかりすぎる検査等を除いて入院日数を短く、かつ費用も安く出来るようにした。これが1泊2日の短期ドックで、昭和33年10月から試験的に実施した。聖路加国際病院、東京警察病院、済生会中央病院の3病院の試験実施の結果を踏まえて、昭和34年3月、健康保険組合連合会と日本病院協会の正式契約のもとに短期人間ドックが発足した。一般の人々にも手の届く料金になると急速に普及発展し、大衆化した。533)</p> <p>－ 被検者を入院させず、外来で分割して検査を行い、これが外来人間ドックと呼ばれた。533)</p>
1960 昭和35	<p>8 日野原重明、橋敏也が『人間ドック その企画・検査から生活指導まで』を刊行した。29)</p>

<p>1970 昭和 40</p>	<p>ー 東芝ヘルスケア社が、昭和 40 年日本で最初に、東芝中央病院（現在の東芝病院）でコンピュータを使用した自動化健診を始め、健診システムを開発した。健診システムは、短時間に、多項目検査の結果を効率的に取り纏め、経年的に比較して、受診者に分かりやすく結果報告し、健診後には面接指導、事後フォローや健康づくりの支援が出来き、人間ドックや健康診断の発展に貢献した。533)</p>
<p>1967 昭和 42</p>	<p>ー カイザー方式の健診（AMS）が昭和 42 年の夏にわが国に紹介された。12 月には愛知県立中央健康相談所をベースとしてカイザー方式の採用を決定し、昭和 46 年 4 月に開設した。533)</p>
<p>1970 昭和 45</p>	<p>5 自動化総合健診システム（AMHTS）は、多くの自動化した検査機器を利用して、短時間に多人数を総合的に検査するシステムであった。日本では、昭和 45 年 5 月 開設の東芝総合健診センターが第 1 号、昭和 46 年 4 月には愛知県総合保健センターと PL 健康管理センター、その後住友生命総合健診システム、みどり健康管理センター等が開設した。AMHTS 方式は、受診者が一定の順序で各検査室を巡回する方式と、順序に関係なく空いている検査室を回る方式があった。458)</p> <p>ー アメリカのカイザー財団で、短時間に血液や尿の成分を分析して結果を出すオートアナライザーを開発し、さらにコンピュータの出現で、診察や検査の結果を即日に行えるようになり、この 1 日健診は日本でも全国に普及した。533)</p> <p>ー 人間ドックは、外来通院による自動化健診システム（AMHTS）が主流で、全身を対象とした、精密な健康診断であった。人間ドックの目的は、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 疾病の早期発見と早期治療（第 2 次予防）、 2. 体力評価と健康度評価、 3. 疾病発生危険因子の発見と評価、 4. 生活指導・生活管理・健康教育等であった。 <p>自動化総合健診システム（AMHTS）は、次のようであった。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 主目的：多数の個人の健康診断(1 次スクリーニング)、 2. 1 回の検診能力：3 時間で 30～140 名、 3. 対象疾病：数種の重要疾患(成人病)、 4. 検診内容：自動化した計測・検査を数 10 項目、数 100 の問診項目、 5. 検査：項目固定、一部追加可能、 6. 施設・設備：独立の施設・設備・人員必要、開設費用大、 7. 検診担当者：コンピュータによるデータ結果を医師が判定、 8. 受診者：本人の希望または職場の勧誘、 9. 受診料：半日ですみ、費用は格安、 10. 受入体制：医師との面接が検診の最後に 1 回、 11. 検診結果：即日医師の説明と指導があり、健診データは後日入手できる、 12. 検診精度：かなり優秀、 13. データ利用：個人データの検索・再利用・受診者の統計処理容易、 14. 繰り返し受診：容易。458,533)

昭和 50 年～63 年・平成期

年号	健康診断の動き
1975 昭和 50	11 佐々貫之、日野原重明、安部英が『打聴診のコツ』を刊行した。29)
1979 昭和 54	— 短期人間ドックの検査項目への配慮は、次のようであった。1. スクリーニング検査条件を満たすもの。2. 成人病を始め、発生頻度の高い疾患が発見出来るもの。3. 検査所要時間が短く、容易な手技、大量処理、安全性のあるもの。4. 経済性のよいもの。5. 呼吸器・循環器・消化器・泌尿器・内分泌代謝・感覚器等の全身的機能の異常を定量的に評価できる代表的検査を含むこと。458)
1982 昭和 57	1 Elmer E.Raus、Madonna M.Raus 著、日野原重明監訳『診察術マニュアル 問診—診察—記録』を刊行した。29) — 短期ドック指定施設は、330 カ所 (昭和 57 年) であった。〔ドック指定 266 施設の受診者 (昭和 56 年)〕 短期(2 日)ドック : 97,739 人、1 週間ドック : 946 人、3~4 日入院ドック : 6,503 人、通院ドック : 43,285 人であった。〔自動化健診の現状〕 昭和 56 年、74 施設の調査(岩塚) : 健診のみ実施 28 施設、病院に併設 20 施設、診療所併設 25 施設、入院ドックとの併用 28 施設、1 日受診者数 40 人以上が 34% で年々増加。1 日平均受診者数は 10 人前後が最も多く、20~30 人がこれに次ぐ(62 機関では 30 人以下)、昭和 55 年の総受診者数 358,741 人で、前年に比べ約 5 万人増であった。29)
1987 昭和 62	8 安藤幸夫 (聖路加国際病院内科部長) が『健康診断受診者必読本』を刊行した。29) 10 日野原茂雄が『人間ドックのすすめ』を刊行した。29)
1989 平成元	— 日本病院会臨床予防医学委員会の報告によれば、日本病院会が指定した人間ドック指定病院は 508 病院、自動化健診 (半日ドック—診療所) の施設は 126 の計 634 であった。指定施設における受診者数は、人間ドックと自動化健診とを合わせた受診者総数は約 140 万人であり、昭和 63 年に比べて 10.5% 増加した。受診者の 115 万人は外来の人間ドックを受診した。480)
1991 平成 3	9 日野原重明監修、田村政紀編集、田嶋基男編集『人間ドックマニュアル 健康評価と指導のポイント』を刊行した。29)
1996 平成 8	3 多田信平が『新編頭頸部の画像診断 CT、MRI を中心として』を刊行した。29)
2000 平成 12	10 金森勇雄が『MR 検査の実践 全訂 診療画像検査法』を刊行した。29)
2003 平成 15	8 後藤由夫、奈良昌治が『健診判定基準ガイドライン』を刊行した。29)

2005 平成 17	2 日本総合健診医学会編集、日野原重明監修、小川哲平編集幹事、猿田享男編集幹事、田村政紀編集幹事『総合健診ハンドブック 2 版』を刊行した。29)
2006 平成 18	9 笹森典雄が『ほんとうの人間ドック 20 年・4,000 万人の受診者データから健康を考える』を刊行した。29)
2008 平成 20	ー 人間ドックの追加検査として頭部の検査が行われた。実施している検査方法は、CT (Computed Tomography) とMRI (Magnetic Resonance Imaging : 磁気共鳴画像診断装置) の 2 種類である。現在では磁気を使用したMRI 検査が一般的とされた。CT 検査は、コンピュータを使用して X 線断層写真の撮影を行い、脳の正確な映像を映し出す事が可能となった。CT 検査は長くても 10 分程度とされ、短時間で診察が完了する。MRI は、脳梗塞や脳腫瘍を調べるのに適していた。検査時間が 40 分と時間がかかった。592)
2009 平成 21	8 山門實が『人間ドック健診フォローアップガイド』を刊行した。29) ー 日本人間ドック学会の調査によれば、受診者の中で全ての項目で「異常なし」及び「軽度異常だが心配なし」であった人は約 9.5%であった。異常項目では高コレステロールが 26.5%、肥満(26.3%)、肝機能異常(25.8%)であった。男性は肝機能障害 (31.4%) と肥満 (30.9%) の割合が多く、女性は高コレステロール (26.2%) と肥満 (19.1%) がその上位を占めた。599)