

巻頭言

外科医がいなくなる？ 中井 修 ③

グラフ

第37回 日本診療情報管理学会
学術大会 ④

●国際モダンホスピタルショウ2011
オープニングセッション

「東日本大震災後の医療再生」

●堺 常雄 8

●予防医学委員会

「2010年 人間ドック全国集計成績」 ●笹森 典雄 28

連載

体の文化史⑧ [頭・額] ●池澤 康郎 75

病院経営管理士通信教育「通教月報10月号」巻頭言 ●山内 一信 80

●一番町だより 平成23年度 第6回定期常任理事会 議事抄録(平成23年9月17日) ●82

●お知らせ 平成23年度 第2回「病院経営管理研修会」開催案内・参加申込書 ●92

平成23年度 第4回「臨床研修指導医養成講習会」案内・参加申込書 ●96

訂正のお願い ●110

◆日本病院会雑誌2011年総目次 ●104

中井 修

なかい おさむ

- (社)日本病院会 常任理事
- 九段坂病院 院長



外科医がいなくなる？

外科医の志望者が減少している。そのきっかけは大野病院事件で医師が逮捕されるなど、手術の結果が悪い場合には刑事罰も適用されるということが知られたことであろう。人助けをされていて失敗したら、留置所にいられるのではかなわない。高度な技量、過酷な労働、過大な責任の3K職場である外科系診療科は敬遠されてもやむを得ない。しかし、このまま座視すればやがて深刻な外科医不足に陥ることは明らかである。解決法を考えてみた。

まず、労働の質、量に応じた報酬体系になっていない公的病院の勤務医の現状を改善することである。公的病院の給与は、経験のみで診療科による差はない。しかし手術のある診療科は、ない診療科に比べてその分労働の質、量ともに増えるのは自明である。それゆえ内科医より外科医のほうがより高い報酬になるべきはずである。たとえば、アメリカでは家庭医や内科医の平均年収は14万ドルであるが、外科、産婦人科は30万ドル、心臓外科40万ドル、整形外科45万ドル、私の専門の脊椎外科はもっとも高い70万ドルである。専門医の数、患者の数、仕事のリスクの大きさにより決まるのである。これが日本の勤務医では診療科による差がないうえに額が低い。私の友人の整形外科の大学教授の年収は1千万円を割っている。こういう状況で仕事の楽な責任の少ない診療科を選択する若い人を非難することはできない。外科を志望するほうがもの好きで変わり者なのである。手術料の一部をドクター・フィーにするなど報酬でインセンティブをつけることが必要である。

近年の患者の知る権利の拡大は、外科医の教育

に支障を来している。昔の手術室はブラックボックスで、オン・ザ・ジョブ・トレーニングが自由にできた。師匠の技をみるとともに、代わりにさせてもらって腕をみがいた。手術を受ける患者さんも術者が誰とか頓着しない人が多かった。現在、術者は誰だか確認する患者さんが多い。それは当然のことで、誰だって経験豊富な人をお願いしたい。初めての方はお断りである。しかし、それでは外科医が育たない。

アメリカでは病院に値段の差があって、高いプライベートな病院には経験豊富な外科医がいて、安い郡病院のようなところには若いトレーニング中の外科医がいる。外科医はスキルアップしながら病院のヒエラルキーを這い上がっていくのである。日本でも医者経験により手術料を変えるのが、解決策の1つだが社会の土壌として受け入れられないだろう。

そこで、手術室をブラックボックスにもどすことを提案したい。チームで責任をもっているから、誰が術者かは問わないでほしい。若いうちにたくさん執刀することが良い外科医になる早道である。それゆえ指導者は責任をもって、自分の患者さんを若い人に執刀させるのである。結果の責任をもつ指導者は技量をみて、いつでもメスを取りあげる。昔からの技術の伝承法である。早く執刀できる先輩をみて外科医志望者は増えることは間違いない。大きなインセンティブになるのだ。

良い外科医を多く育てるのは社会のためになるのであるから、患者さんにもぜひ協力してほしいものである。

第37回日本診療情報管理学会 学術大会



開会式



大井利夫日本診療情報管理学会 理事長の挨拶



堺常雄日本病院会会長の挨拶

平成23年9月29・30日の両日、第37回日本診療情報管理学会学術大会が福岡市の福岡国際会議場で開催されました。今学会の学術大会長は医療法人松籟会ケアハイツ虹施設長の吉田晃治氏、メインテーマは「IT時代における診療記録の位置づけと診療情報管理士の役割」。演題は、大会長講演、特別講演2題、学生セッションシンポジウムを含むシンポジウム6題、その他の演題248題（一般228，学生20），ランチョンセミナー4題など。そのほか、書籍販売、企業展示など盛りだくさんの内容で、2,173人の参加者が熱心に討議し、親睦を深めた有意義な2日間でした。



吉田学術大会長による 大会長講演



会場の福岡国際会議場





特別講演 1

自治医科大学医学部 メディカルシミュレーションセンター センター長 医療安全学教授の河野龍太郎氏による「ヒューマンエラーと情報管理」



特別講演 2

韓国延世大学校 保健行政学科教授の南銀祐氏による「韓国における診療情報管理システム：u-healthとITの観点から」

シンポジウム 1 「IT化時代に診療情報管理士は何を担うか：チーム医療の中で拡大を続ける診療情報管理」



シンポジストの各氏。右から須貝和則氏（ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院 医事課長）、佐々木美幸氏（箕面市立病院 診療情報管理室 室長）、秋岡美登恵氏（国立病院機構九州医療センター 診療情報管理センター 診療情報管理室長）、山野辺裕二氏（国立成育医療研究センター 情報管理部 情報解析室長）

右から座長の大道久氏（社会保険横浜中央病院 院長）、長澤哲夫氏（広島国際大学 医療福祉学部 医療経営学科 教授）

シンポジウム 2 「DPCのデータ精度改善とデータ活用」



シンポジストの各氏。右から桑原一彰氏（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授）、荒井康夫氏（北里大学東病院 医療情報管理部 診療情報管理課 課長補佐）、吉野博氏（国立公務員共済組合連合会新別府病院 事務次長）

右から座長の阿南誠氏（国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター実務統括管理者）、鎌倉由香氏（昭和大学病院 診療録管理室 主任）

シンポジウム 3 「東日本大震災の被災地における診療情報管理」



右から座長の冷牟田浩司氏（国立病院機構九州医療センター 副院長）、シンポジストの加古由美氏（労働者健康福祉機構福島労災病院 診療情報管理士）、菊地正子氏（国立病院機構仙台医療センター 事務部企画課専門職）、今泉浩徳氏（名古屋市立大学病院管理部医事課 保険・診療情報管理担当主査）、住友正幸氏（徳島県立中央病院 医療局次長）、特別指定発言者の櫻井芳明氏（宮城県医師会 副会長）

シンポジウム 4 「死亡診断書の精度向上：厚生労働科学研究事業の結果を踏まえて」



シンポジストの各氏。右から三木幸一郎氏（北九州市立医療センター内科 主任部長）、川合省三氏（大阪南脳神経外科病院 副院長）、上田京子氏（健康保険医療情報総合研究所 シニアマネージャー）

座長の大井利夫氏（日本診療情報管理学会 理事長）

■一般演題

多数の演題発表があった。写真は、「災害医療」をテーマにした一般演題の発表が行われた会場の様子



■学生シンポジウム

大会前日の28日に行われた学生シンポジウム。テーマは「未来の診療情報管理士像：IT化時代に診療情報管理士は何を担うか」



大会には診療情報管理を学ぶ多くの学生が参加した。

特別シンポジウム

「診療情報管理士の現状と未来：実務者に対する現状調査を踏まえて」



右から座長の三木幸一郎氏（北九州市立医療センター内科主任部長）、シンポジストの入江真行氏（和歌山県立医科大学 先端医学研究所 医学医療情報研究部 准教授）、中村洋一氏（茨城県立医療大学 教授）、横堀由喜子氏（日本病院会 通信教育課 課長）



総会

大会初日に開かれた総会では平成22年度の事業報告と23年度の事業計画案が審議され、満場一致で承認された



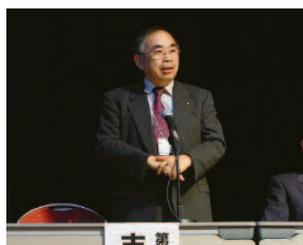
優秀論文受賞者の表彰と第7回診療情報管理士指導者の認定証の授与が行われた



■懇親会 初日の夕刻より開かれた懇親会の様子

閉会式

大井理事長より吉田学術大会長へ感謝状の贈呈



第38回学術大会は平成24年9月6・7日の両日、名古屋市の名古屋国際会議場で開催の予定。次回の学術大会長は小牧市民病院院長の末永裕之氏



閉会式で挨拶する吉田学術大会長

オープニングセッション 東日本大震災後の医療再生

社団法人 日本病院会
会長

堺 常雄

国際モダンホスピタルショウ

（オープニングセッション）東日本大震災後の医療再生

皆さま、こんにちは。国際モダンホスピタルショウ2011のオープニングセッションとして、今回は「東日本大震災後の医療再生」をテーマに選ばせていただきました。

3月11日の大震災からもう4か月が過ぎました。かつて経験したことのない大きな災害でしたが、医療界にとっても非常に大きな打撃だったと思います。私も被災地の岩手県・福島県に行ってまいりましたが、想像を絶するひどい状況です。我々が、東京にいて「ひどい」と言うのは簡単ですが、現地にいる皆さんは本当に大変だと思います。加えて、被害3県は医療過疎地ですから、もともと難しい問題がずいぶんあったと思います。

今日お話しすること（スライド1）は、まず「大

今日お話しすること

- 大震災のインパクト
- 日本病院会の取り組み
- 医療支援システム構築の提案

スライド1

震災のインパクト」についてです。それから、それに対する「日本病院会の取り組み」はどうであったか。最後に「医療支援システムの構築」、それを提案したいと思っております。

東日本大震災のインパクト



- 地震による被害
- 津波による被害
- 原子力被害
- 風評被害
- 人災による被害

人的被害	
死者	15,550名
行方不明者	5,344名

* 警視庁調べ：7月11日時点

スライド2

東日本大震災のインパクト

（スライド2）ご存じのように3月11日、宮城県沖を震源地として、マグニチュード9.0の震災が起こったわけですが、今回の被害は、実は大きく分けて5つあります。本来は、地震による被害、津波による被害、それから原子力発電所の被害——これは主に福島県です——の3つでしようけれども、福島県を中心にプラス風評被害というのがあります。それだけでなく、

見ていますとどうも人災による被害というのがあると、最近、思うようになりました。これは誰を責めるということではないのですけれども、なかなか国（行政）が右往左往していることを目の当たりに見ますと、日本は本当にどこに行くんだらうという不安がよぎります。そうはいっても、我々現場の人間はトップの責任にしていればすむのかという、それは全くそういうことでなくて、我々は、我々に与えられた課題を肅々とこなす必要があります。120パーセントくらい努力する必要があると思います。

今回の人的被害——人災による被害ではなく——をみますと、これは4カ月後の7月11日時点ですが、死亡者が1万5,550人、行方不明者が5,344人です。今後の推移で行方不明者の数が減ると、それは死亡者の数が増えるということです。大変な数字です。そういう状況ですが、その後も大きな余震があり、また大震災が来るかという不安がよぎるわけです。特に被災地の皆さま方は目に見えない恐れを常に感じているのではないかと思うと、本当にやるせない気持ちがいたします。

●医療機関の被害状況

スライド3の表は、厚生労働省が発表した医療機関の被害状況を示しています。病院数が岩手県全部で94、宮城県で147、福島県で139あります。そのうち全壊した病院は、岩手県で4、宮城県で5、福島県で2です。一部損壊した病院は表に示されたような状況で、実に多くの病院に被害があったことがわかります。以上は建物についての被害です。

医療機能に関して言いますと、入院の受け入れが



講演中の堺日本病院会会長

できない病院数は、被災直後は、岩手県で11、宮城県で38、福島県で35ということです。いろいろ復興していきまされたので、4月20日現在では入院の受け入れができない病院数は減っています。5月17日にはもっと減っています。ただ、ご覧のように、福島県はまだ2桁の病院で入院受け入れが不可能だということです。これは津波・地震の被害というよりももちろん原子力被害ということになります。入院受け入れ制限をしている病院数も表に出ているとおりです。

実は日本病院会としても震災直後から災害特別委員会というのを立ち上げて、情報の収集に努めたのですが、まず電話連絡が取れない、それから交通ライフラインが途絶えて行けない、そういうことで、病院の被害がどうであったかというのがなかなかわ

医療機関の被害状況

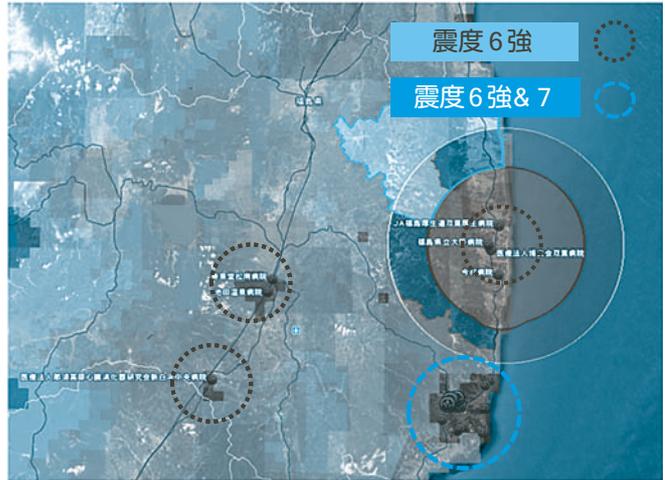
	病院数	全壊	一部損壊	入院受け入れ制限			入院受け入れ不可		
				被災直後	4/20 現在	5/17 現在	被災直後	4/20 現在	5/17 現在
岩手県	94	4	58	48	7	2	11	5	4
宮城県	147	5	123	7	13	5	38	11	7
福島県	139	2	108	52	22	14	35	24	20
計	380	11	289	107	42	21	84	40	31

* 厚生労働省資料より

スライド3

福島県の被害状況 — 福島県病院協会の資料より

- アンケート調査（4月18日～29日）：76病院（全会員の6割）
- 聞き取り調査：5病院
- 退避病院：地震・津波（12病院），原発事故（16病院）



スライド4

からない状況がありました。

● 福島県の被害状況

（スライド4）そのなかで、前原和平先生が会長をしておられる福島県病院協会がアンケート調査を行い、非常に緻密にデータ収集を行っていただきました。その内容を少しご紹介します。

アンケートを行った期間が、4月18日から29日までの2週間弱の期間で、76病院が答えてくれたそう

です。これは福島県病院協会の全会員の6割にあたるということで、非常に高い回答率です。アンケート調査に加えて聞き取り調査を5病院に対して行われています。

福島県は、会津・中通り・浜通りの3つの地方に分けられます。今回、会津はあまり被害がなかったわけですが、中通りは地震による被害、浜通りは地震と津波、それと原子力の被害があったわけです。

例えばスライド4の下側の図には震度6強だった所と6強から7だった所が点線の円で示されていますけれども、同じ福島県といっても、中通り・浜通り・会津の3地域で被害の状況が違ったということです。

退避した病院数は、地震・津波によるものが12病院あり、原発事故による退避病院が16病院もあり、非常に数だと思います。

実際、いろいろな病院でライフラインが途絶え、物品供給もだめになったわけ

ライフライン・物品供給の復旧 — 福島県病院協会の資料より

	会津	県北	県中	県南	相双	いわき
水	1	5	5	4	7	13
電気	0	1	0	0	1	0
ガス	0	1	3	2	0	1
液体酸素	0	0	0	2	2	0
重油	7	7	4	8	9	10
医薬品	8	6	7	8	9	13
診療材料	8	7	4	10	9	13
給食材料	13	10	4	11	13	15
職員ガソリン	17	17	15	18	17	21

* 復旧に要した日数

スライド5

職員の自主退避・職場離脱の状況 —福島県病院協会の資料より

	会津	県北	県中	県南	相双	いわき	県全体
全職員数	744	4068	4695	1639	1016	2940	15102
離脱・退職職員数	0 / 0	21 / 10	119 / 45	5 / 1	273 / 107	370 / 62	788 / 225
割合 (%)	0 / 0	0.5 / 0.2	2.5 / 1.0	0.3 / 0.1	26.9 / 10.5	12.6 / 2.1	5.2 / 1.5
医師	0 / 0	3 / 1	8 / 6	2 / 1	6 / 6	9 / 5	28 / 19
看護師	0 / 0	8 / 3	80 / 28	3 / 1	55 / 51	290 / 30	538 / 113

* 直後 / 8週後

スライド 6

ですが、そうした震災直後の状況から復旧に要した日数を見たのがスライド5の表です。上から、水、電気、ガス、液体酸素、重油、医薬品、診療材料、給食材料、職員のガソリン、以上の9品目について調べています。これで見ますと、会津は重油や医薬品、さらに表でその下に挙げられている物品で影響が出ていますが、全体的には中通り、浜通りに比べると回復が早いことがわかります。しかし、浜通りはやはり回復が遅い。例えばいわきでは、水の回復に13日かかっている、大変だったことがわかります。それに加えて原子力の災害があるので、今も大変な状況です。

それから、福島県病院協会が非常に関心をもって見ているのが、職員の自主退避・職場離脱の状況です。スライド6の表に示されているのは、それぞれの地域ごとに病院の全職員数、その内の離脱・退職者数です。分子の部分（／の前）が被災直後で、分母の部分（／の後ろ）が8週間後の状況です。こうして見ると、直後は離脱者がずいぶん多かったことがわかります。そのうち、特に医師と看護師の場合を見てみますと、直後は動揺もあったし、連絡も取れないなどで病院に来られない方がけっこういたんですけれども、8週間後にはだいぶ戻っています。私はこの表を見てずいぶん安心しました。

先日、福島県にあるJビレッジ* に行った時に前原先生の病院（白河厚生総合病院）も訪ねて、いろいろとお話をうかがったんですが、最近、徐々に退職者が増えているといいます。特に若手の職員、なかでも医師の退職が多いそうです。たぶんそういう

お医者さんというのは、福島県出身ではなく、関連病院との関係のなかで東京やいろいろなところから来ていると思います。まずご家族が、お子さんが小さかったりすると、先に地元に戻っておられるでしょう。そうすると単身赴任でずっと続けるのはなかなか難しい状況がありますから、「私は帰らせてもらいますよ」というかたちです。そうすると残された病院は、かなりの打撃を受けます。ところがそれがいつまで続くかわからないわけです。原子力の被害の終着点がいづになるかわかりません。菅首相（当時）は「数十年かかるんじゃないか」ということを言っています。数十年経ったら、いくら若い30代のお医者さんでも退職の頃ですから、考えると思います。それが現実です。

*（編集部註）本来はスポーツのためのトレーニングセンターとして日本サッカー協会が中心になって設立・運営されていた民営の施設。福島原発事故後は運営が国に移管され、原発事故対応の前線拠点になっている。

●情報を得ることが難しい

それからもうひとつ、情報がなかなか集まらなかっただけでなく、正確な情報を得るといのは非常に難しいということがよくわかりました。

スライド7は、別に朝日新聞でなくてもいいんですが、このように被害者数が毎日載っています。それを見ると、震災の翌日の新聞には被害者数、死者が133人と載っています。次の日には686人と5倍くらいになり、3日目になると1,697人になって、先ほどお示した4か月後の7月11日になると死亡者1万5,550人という数字が載るようになります。

本当の死亡者数はまだ増えていくのでしょうか。

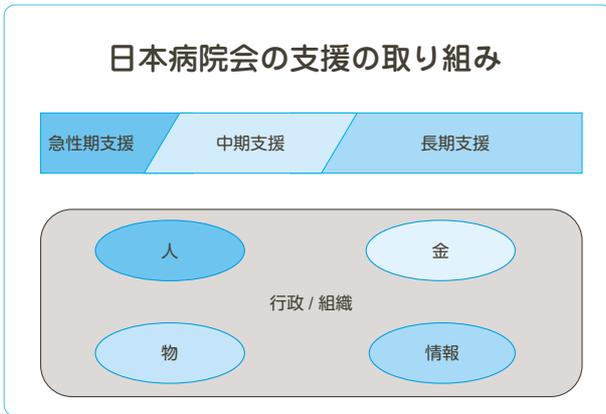
ところが実際は、これだけの方が亡くなったのは、4カ月後というよりもずっと短期間のできごとです。ですから本当の死亡者数を知るのにここまで4カ月かかっていることになります。外にいる人が、現場の真実の状況を知るまでにはずいぶん時間がかかるわけです。

我々日本人は、普通、活字に書かれたものとかテレビ・ラジオの情報は即座に正しいと思ってしまいますが、そんなに正しいわけじゃないんですね。

我々はどうやって正しい情報を早く得るかというのが非常に重要になってきます。それについては後ほどまたお話しいたします。

■日本病院会の取り組み

日本病院会がどういう取り組みをしたのかお話しします。中心となったのは支援の取り組みです。



スライド 8

急性期支援

- 組織
 - 災害対策特別委員会設置
 - 行政への協力：被災者健康支援協議会
- 人・物・金
 - DMAT：各病院所属グループを通して340チーム以上派遣
 - JMAT：主に避難所での支援700チーム以上が派遣
 - 被災地からの患者受け入れ
 - 義援金募集
- 物：薬品・診療器械
- 情報：
 - 情報収集・分析・発信とGISによる見える化

スライド 9

正確な情報を得ることが難しい



スライド 7

3月11日は、私自身も日本病院会におりましたので、すぐに特別委員会（災害対策特別委員会）を設けました。その議論のなかで考えたのは、スライド 8 に示してあるように、まず、急性期の支援があり、中期支援があり、長期支援があるということです。そして、どうい支援をするかという支援の中身になると、やはり“人・物・金・情報”ですが、もうひとつ、行政あるいは組織的な取り組み——日本病院会単独ではなくて、政府に働きかけたり、ほかの病院団体と連携して支援を行う——が重要ですので、これも加えて、支援の中身には5つあると思います。

●急性期支援

（スライド 9）まず急性期の支援について日本病院会がどういう取り組みをしたかですが、組織的な取り組みとしては、今、申しましたように災害対策特別委員会を設置しました。それから行政への協力として、内閣府のなかにできた被災者健康支援協議会に参画しました。協議会ができたのは実際は2カ月くらい先ですけれども、その前に連絡会ができたときから日本病院会は委員として関わりました。

人・物・金についての支援も行いました。まずDMATですが、これはいろいろな病院団体、医療団体が「我々は何チームDMATに出した」という話になりますが、ニュースを見ても日本病院会がDMATを出したとは出ないのですね。それは日本病院会は、あらゆる種類の病院のグループで、公的病院・私的病院、大きい病院・中小病院、急性期病院・慢性期病院といろいろな分け方がありますが、それらのいろいろな病院が所属しています。そのなかに、例えば公的病院としては国立病院機構がありますし、国立がん研究センター・国立循環器病研究

センターなどのナショナルセンター（国立高度専門医療センター）があります。準公的病院としては厚生連、日赤、済生会等の病院、自治体病院や社会保険病院もあります。

急性期の支援として、例えば日赤は独自の働きを行っています。厚生連、済生会も行ってきます。そういうかたちでそれぞれの病院が自分の所属するグループのなかで派遣を行っていただいたということですが、累計するとDMATとして会員病院から340チームくらい行っています。

それからJMAT、これは日本医師会が行っているものですが、これにも日本病院会の会員病院から大勢参加しています。医師だけでなく、看護師さんも、そのほかの職種の方々も、会員病院から大勢行っています。

もうひとつ、人・物・金の支援として考えたのは、被災地の患者さんを非被災地にある病院に受け入れようということでマッチングの試みをしました。しかし、これはなかなか難しかったですね。例えば福島県は原子力災害があって、住めなくなった街全体がどこかに避難したらいいという考えがありますけれども、地元の方はその話になかなかのってきません。ということで、これはなかなか難しいことでした。

それから、義援金の募集をやりました。

物の支援としては、薬品・診療機器などですが、これも薬を送るとか、ガイガーカウンターを送るとか、いろいろしております。

日本病院会が特に力を入れたのが、情報の支援です。情報を集め、分析して、発信する。あとで詳しく言いますが、これには地図情報を使った見える化——どこにどのような被災がどれだけあるかといった情報——をしました。

こういうかたちで急性期の支援を行いました。

今回は阪神・淡路大震災と違って、地震による倒壊などの被害が少なく、津波による被害が非常に多かったものですから、DMATの活動の原点である外傷等の急性期の医療は少なかったわけです。そういうことでDMATの活動も早期に終焉しました。今でも支援に行っている方はもちろんいるんですが、それはDMATの活動ではなくて、JMAT的な活動を行っているということになります。

●中・長期支援

（スライド10）災害から2、3カ月過ぎた頃から中・長期に入っていきます。この時期の支援としては、人・物・金で言いますと、現地はもともと医療過疎地で医療スタッフが少ない所ですので、医療スタッフの中期的・長期的な派遣が求められています。そういうなかで日本病院会は、初期研修医、後期研修医、それから専門医の派遣を考えていて、今、文部科学省、厚生労働省などいろいろすすめています。それから精神科の会員病院がありますので、それらの病院がメンタルヘルスケアの専門の要員の派遣を行っています。

義援金の給付も行いました。それから被災した会員病院の会費の免除をしています。

一方、この時期の行政・組織的な支援としては、地域医療提供体制の整備。これはなかなか難しい問題ですが、被災地はもともと地域医療が崩壊しているといわれている状況のなかでこういった災害を受けています。我々は、こういう状況だからこそ被災地の医療提供体制を整備できなければ、被災地でない地域の医療提供体制の整備もなかなかできないのではないかと考えています。

それから、ライフライン・医薬品・診材器機供給システムの構築が求められています。

もうひとつ大切なのは、今回のDMATの見直しです。DMATは阪神・淡路大震災の後にできたわけですが、今回十分に機能したのかという見直しが必要だと思います。つま

中・長期支援

- 人・物・金
 - 医療スタッフの中期派遣：
 - 初期研修医・後期研修医・専門医
 - メンタルヘルス・ケア
 - 義援金の給付
 - 被災病院の会費免除
- 行政・組織
 - 地域医療提供体制整備
 - ライフライン・医薬品・診材器機供給システムの構築
 - 災害支援システムの再構築：DMATの見直し
 - 医療支援システムの構築：平時・有事
 - 支部・都道府県病院協会活動の支援強化
 - 長期フォローアップ

スライド10

り災害支援システムの再構築です。

もうひとつ非常に重要だと思っているのが、医療支援システムの構築です。これは平時のシステムを、いったん有事になれば有事対応に切り替えることができる、そういうシステムをつくることのできないかと思っております。

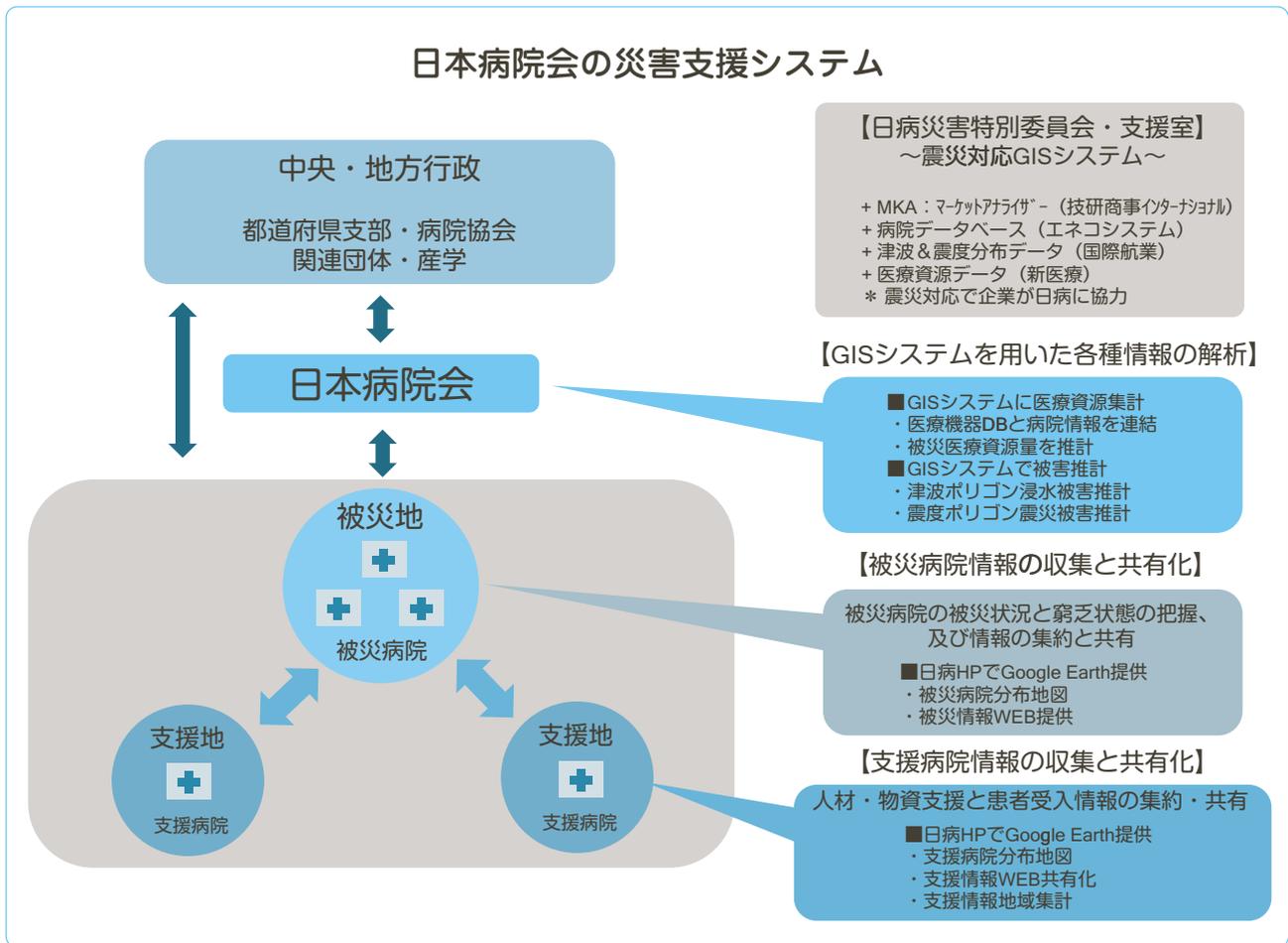
今回、日本病院会として困難に感じたのは、東北の被災地3県に日本病院会の支部がないことでした。本来的には支部を通じていろいろな情報の共有化を図りたかったのですが、支部がなかったということで不十分になってしまったところがありました。やはり各地に支部をつくる必要があります。あるいは、支部がなくても各都道府県に病院協会——例えば先ほどお示した福島県病院協会のように——がありますから、その活動を支援する必要があるということです。

そして、これから長期フォローアップをやりたい。こういうことを考えております。

■日本病院会の災害支援システムの運用

スライド11に示したのは日本病院会の災害支援システムです。こまかくてちょっと複雑なスライドで申しわけありませんけれども、日本病院会があって、連携する相手として中央・地方行政、あるいは都道府県支部、都道府県の病院協会、関連団体、産学があります。これらの機関や組織が、被災地・支援地、そこにある病院を支援するという図です。

日本病院会のなかに災害対策特別委員会ができて、支援室を立ち上げました。そこで震災対応 GIS システム（地理情報システム；Geographic Information System）を使うのですが、このシステムに、マーケットアナライザー（技研商事インターナショナル）、病院データベース（エネコシステム）、津波&震度分布データ（国際航業）、それから医療資源データ（月刊新医療）を入れて、日本病院会が持っているそれぞれの病院固有のデータを統合させて、いろいろ分析したものを発信しようということをしました



スライド11

〈（ ）内は提供していただいた会社〉。

具体的には、GISシステムに医療資源集計のデータベースを合致させて、地図情報システムで被害推計をしています。

一方、被災地病院ではどの程度のダメージがあって、どういう支援が必要か。あるいは非被災地からはどういう支援ができるのかという情報の共有化ということをしています。

非被災地（支援地）の情報としては、実は、先述したように、当初地域ごとの受け入れを考えていましたから、各地域で眠っている病床を調べました。例えば新たな病院を別の場所につくったときに、もとあった病院が壊されないまま使わないでいる。そういうのをいろいろ調べたのです。かなりの数の病棟、病床があることがわかりましたが、結局、今回はこの情報を利用することはありませんでした。

スライド12に災害用病院情報データベースと書いてありますが、上述のとおりで、病院資源データベース、病院環境データベース、各種統計GISデータベース、それを地図情報に統合させて発信したということです。

● GISを用いた情報システム運用についてのまとめ

（スライド13）おさらいになりますけれども、日本病院会固有のデータベースとしては、会員病院情報——例えばその病院はどのような機能を持っているか、病床数はどれくらいなのか、職員数はどうなのか、それから臨床研修病院だとか地域医療支援病院などの指定状況、そういうデータ——がいろいろあります。

そしてマーケットアナライザーを用いました。さらに津波・震度情報、それから病院資源（治療・診断器械等）の情報を集めました。

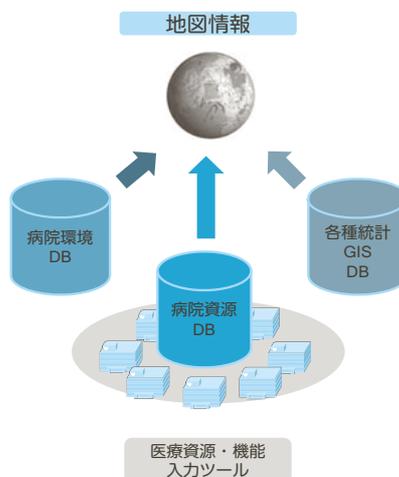
データ収集・分析としては、まず被災状況、支援要請と応需、患者受け入れ状況等の情報収集がありました。

それから情報がなかなか見えなかったなかで、被災程度の推定を行いました。これにGISシステムが非常に役に立ったわけです。

所在地の位置情報を伴ったシステム化をしたということ。それから地域の医療商圏や交通インフラ、被災範囲、それも情報収集し、分析したいということです。

地理的情報発信をすると、例えば道路インフラが

災害用病院情報データベース



スライド12

災害に対応したGIS

- 日本病院会固有のデータベース
 - 会員病院情報
 - マーケットアナライザー*
 - 津波・震度情報*
 - 病院資源（治療・診断機器等）情報*
- データ収集・分析
 - 被災状況・支援要請と応需・患者受入状況等
 - 被災程度の推定
 - 所在地の位置情報を伴ってシステム化
 - 地域の医療商圏や交通インフラ、被災範囲
- 地理的情報発信
 - 患者搬送・避難への利用
 - 医療再生や復興への活用

* 技研商事インターナショナル・国際航業・エネコシステム・月刊新医療による多大な協力と情報提供

スライド13

だめだったらどこのルートを使うといった、患者搬送・避難への利用ができるのではないかとあります。医療再生や復興への活用も考えられます。

そしてこのシステムの運用にあたって、技研商事インターナショナル、国際航業、エネコシステム、月刊新医療の多大な協力をいただいております。

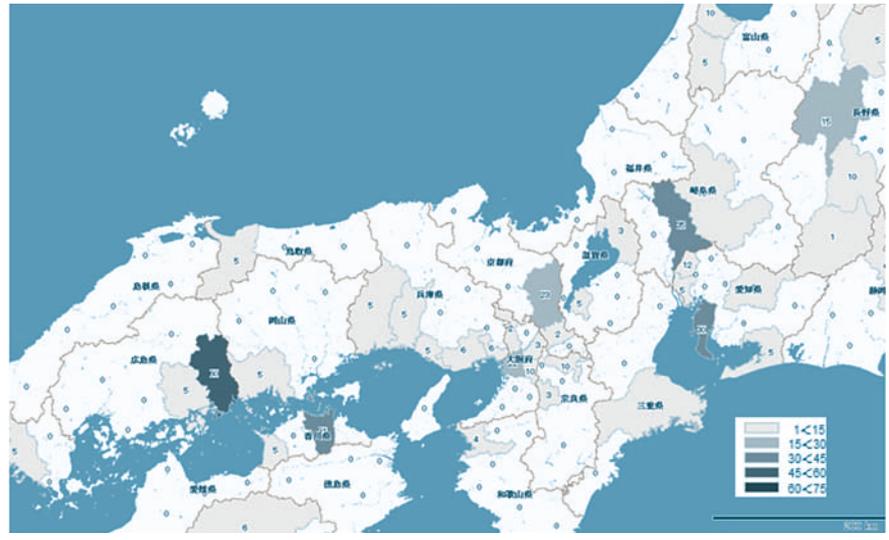
● 日本病院会が収集して、発信した震災関連情報

スライド14に写っているのは日本病院会のホームページです。実際にご覧になっていただくとわかりますが、そのなかで震災関連のサイトリンクができ

ていて、いろいろな情報を貼り付けてあります。ただ、これをどの程度利用していただいたのかは、なかなかわかりません。実はほかの病院団体の情報も統合したいということではおはかりしたのですが、なかなか難しいという結果になりました。みなさん自分が持っている固有の情報をほかに渡すのを嫌がります。これは今後の課題ではないかと思っています。

スライド15は Google Earth を用いて病院の情報が見られるというもので、今お見せした日本病院会のホームページからリンクをたどっていくと見ることができます。例えば Google Earth の衛星写真上で仙台赤十字病院のあるところのマークをクリックしますと、画面に新しい窓が開いて、病床数が一般病床が何床あるといった情報が出てきます。被災状況も情報が入り次第、ここにアップしたということです。こういうのがあります。

支援応需情報 集計分布地図



スライド16

一方、スライド16には、非被災地での支援応需状況を示した地図がでています。例えば腎透析の患者さんを、外来で何人、入院で何人取ることが可能かという情報を地図上に乗せたものです。これは今回は大きく利用されることはなかったわけですが、このネットワークをもっと周知徹底して、しっかりとした数値データにしておけば、もし次にどこかで震災や、いろいろな災害の場面があった場合、活用で

会員病院の被災状況調査

← 被災前

石巻市立病院【震災前】

被災後 ↓

石巻市立病院【震災後】

- ① 被災前後の航空写真を比較し被災程度を把握
- ② 現地写真で周辺及び病院内部の被害状況を把握

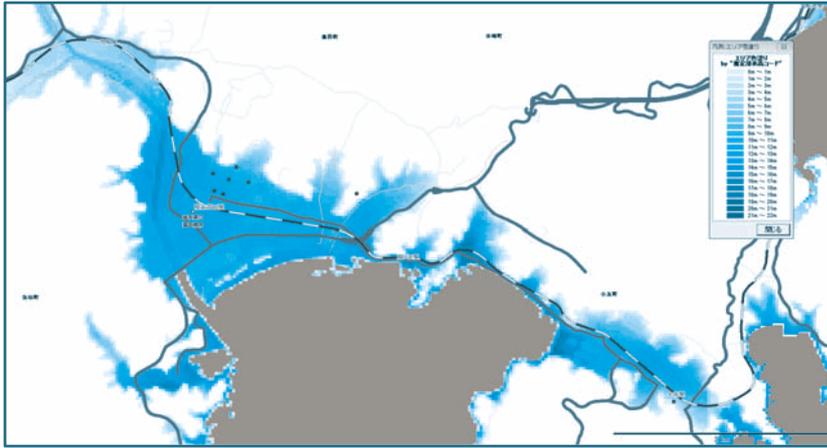
↓

津波により地域も甚大な被害が確認

石巻市立病院【震災後】

スライド17

陸前高田地区の津波推計



スライド18

釜石地区の津波被災



スライド19

釜石地区の震度分布



スライド20

きるのではないかと考えております。

スライド17は、会員病院の被災状況の調査に、Google Earthで収集できる画像を利用したものです。例に出して大変申しわけないんですが、石巻市立病院の震災前の写真があり、きれいに街並みが見えております。一方の被災直後の写真では、もう瓦礫になっていて全然だめです。見ることできた地図情報で、すでにこの病院は機能を失われていると想定できます。震災のあと大体2日か3日くらいに、現地の実際の写真の情報が手に入りますから、それをあわせて見ると、残念ながら石巻市立病院は機能していないだろうということがかなり早期にわかります。ですから問題は、こういう情報が入ったらそれをどのように活用するかということで、これが今後の課題だと思っています。

スライド18は、たまたま私もそこに行ったのですが、陸前高田地区の津波推計です。津波ポリゴンによるかなり詳細な、津波の高さを1メートル間隔で分析し濃度で表示したものです。この情報は国際航業さんからいただきました。これによってどのくらいの津波がどこまで行っているかというのが大体わかります。川沿いにずっと奥まで津波が進んでいることがよくわかると思います。

スライド19は釜石地区の津波被災状況です。釜石地区の津波浸水範囲がこのように一目瞭然にわかります。これにスライド20の震度分布を重ねますと、震

国立病院機構 いわき病院の例

2005.04.27

2011.03.12



スライド21

度6強で津波に襲われた地域が壊滅状態だというのがわかります。山の中で震度6ではそんなに影響はないと思いますが、そういうかたちでわかる。

スライド21の写真もGoogle Earthの地図情報ですが、非常に驚かせるものです。円のところに国立病院機構いわき病院があります。

左は2005年4月27日の航空写真です。病院があって、周りの街並みはきれいです。右の2つは2011年3月12日の写真、震災の翌日です。真ん中の写真を詳細に見るとわかるんですが、瓦礫の山となっているところがあります。右の写真は津波の状況を示していますから、かなりの部分が津波にさらされて、病院は壊滅状態だろうということが、この3月12日のデータでわかります。我々がこれを実際に手にしたのはもうちょっとあとになりますけれども、とにかく1週間経たないで、

GISによる被災程度の推計 —岩手県の例

病院	病床数	(一般)	(療養)	(感染)	震度分布	浸水深さ
宮古第一病院 * 被災無し、診療継続	148	0	148	0	5弱	0～1m
岩手県立高田病院	136	136	0	0	6弱	11～12m
のぞみ病院 * 被災無し、診療継続	250	250	0	0	6強	1～2m
久慈恵愛病院 * 被災無し、診療継続	81	39	42	0	5弱	1～2m
岩手県立山田病院	60	60	0	0	5弱	4～5m
岩手県立大槌病院	121	119	0	2	5強	9～10m

スライド22

4, 5日の間でこれがわかるということで、これは本当にびっくりする写真で、啞然とさせます。

スライド22の表は、そういう情報をもとに、私が岩手県に行く時に携えた資料です。事前に震度分布と浸水の深さによって判断したんですが、大体壊滅状態にあるのではないかと予測された病院が6施設あったんですね。実際に行ってみましたところ、大きな被災がなかった病院が3施設ありました。震度6強だった地域の病院も、幸い津波が2メートル以

下だったということで機能していました。この経験から、我々の情報判断としては、津波の場合は2メートル以上の場合に大きな被災を受けるだろうという予測になります。そうするとスライド22の表の病院のうちでは、3病院がだめだということが予測できます。これは、実際の結果と同じだったのです。

最初に示した厚生労働省のデータ（スライド3参照）では、岩手県では4病院が全壊でした。スライド22の表に載っていない病院がさらに1つあることになります。実は、その病院はもう築50年だったそうです。そうすると免震も耐震もない古い建物ですから、震度6弱でその病院は壊滅してしまったということです。実は、築年数などについては、建築業界が持っている病院の建築情報があるので、それをかみ合わせれば、かなり正確なデータがわかるのではないかと考えております。

以上の意味するところは、我々がGISを用いて得た情報というのは、かなり正確だったということになります。

●被災した地域の医療提携体制の整備
——岩手県の場合

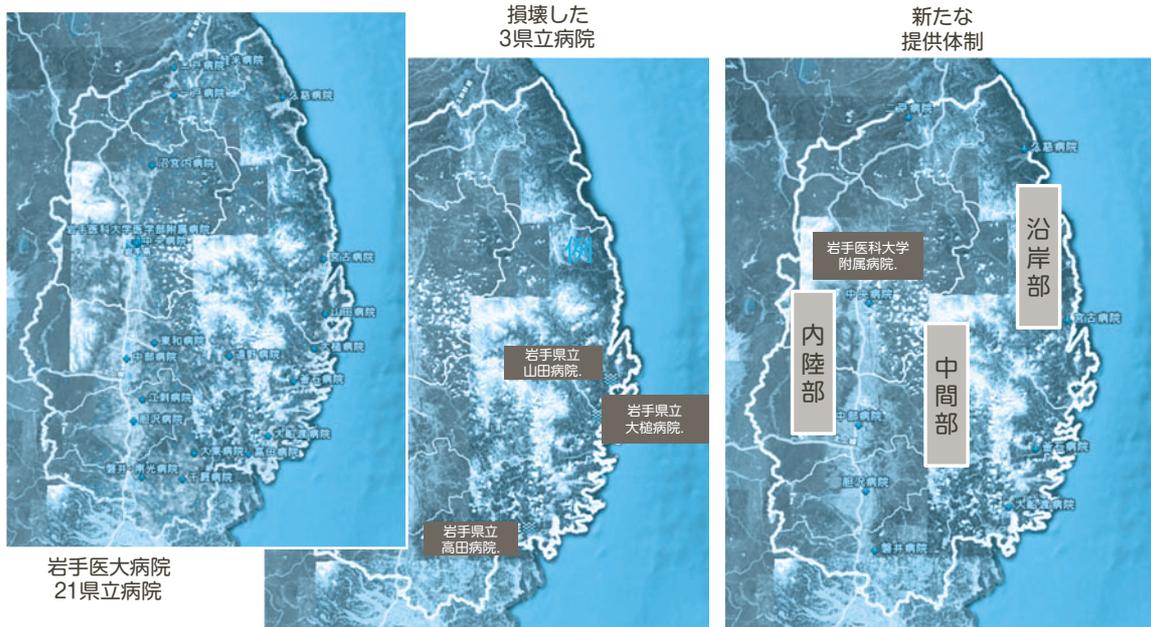
（スライド23）そういう状況を受けて、被災した地域の医療提携体制の整備をどうしたらいいかという問題があります。これは岩手県の例ですが、こ

で岩手県を選んだのは、ご存じのように岩手県というのは県立病院がかなり頑張っています。現在は21病院、もともと27病院くらいだったのでしょうか、あったんですけども、統廃合を重ねて現在は21県立病院。それと岩手医科大学の附属病院がかなり頑張っています。それらの病院が、実際、スライド23の左の地図に示したように点在しています。

今回、沿岸部の県立病院のなかで、スライド23の中央の地図上に示す県立山田病院、県立大槌病院、県立高田病院は壊滅状態です。これをふまえて、今後の医療提携体制の整備について、県立中央病院の佐々木院長、岩手医大の小川学長と話しをさせていただきました。

先ほどの福島県と似ているんですが、内陸部・中間部・沿岸部という類型分けになると思います。内陸部に基幹病院、中間部には基幹病院に準ずるような病院、そして沿岸部の病院ですが、沿岸部の全壊した3つの病院は病院として再生するというよりも診療所機能ということになるのではないかと。そして、沿岸部の病院は、大きな被災を免れた4つの病院が出先病院というかたちになるという考えです。このへんで必要なものの応援をできないかということですが、日本病院会として、あるいは行政として支援していく、そういう構想を考えています。

地域医療提供体制整備への取り組み —岩手県の例

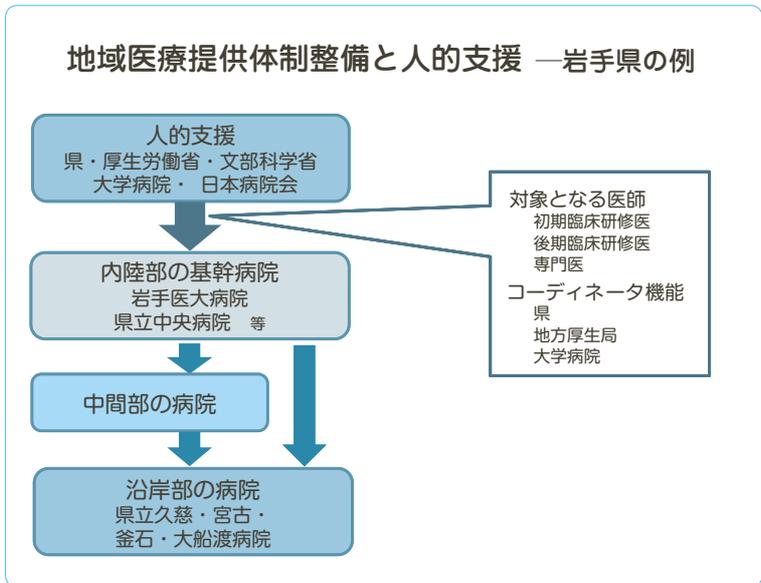


スライド23

この構想による人的支援の体制を図式化したのがスライド24です。これは人的資源に限った図です。県、厚生労働省、文部科学省、大学病院、日本病院会が関与します。岩手県の場合、内陸部に基幹病院として岩手医科大学附属病院、県立中央病院等があり、中間部の病院もあります。沿岸部に残った4つの病院、久慈、宮古、釜石、大船渡の各県立病院になると思いますが、どういった支援をやるかという、医師を派遣するわけです。派遣するのは初期臨床研修医、後期臨床研修医、専門医が対象になります。

それから、我々は今回DMAT, JMATなど、いろいろなかたちで支援に参加させていただいたわけですが、反省すべき一番の問題はコーディネート機能が弱かったことでした。司令塔がなかったのです。コーディネート機能を誰かが持たなければならないのですが、それはやはり県なり、地方厚生局なり、大学なりにやっていただくのがいいだろうということですが、そのためのネットワークが必要になると思います。

こういったことで現在、初期臨床研修医、後期臨床研修医の派遣は始まっております。ただ、難しい問題がいろいろあって、1つは、今でもこういう派遣はボランティアになっていること。そのため基本



スライド24

的には派遣元の病院が給料を払って、宿泊費、交通費を現地で出すというかたちが普通です。ボランティア活動は、短期はいいでしょうが、中・長期になるとなかなか難しいと思います。いろいろ問題がありますが、そのへんもこれから詰めていく必要があると思います。

●災害中での運のよしあしもあるが、やはり、“備えあれば憂いなし”

病院がどこにあるかということが非常に大きな違いとなってしまいました。病院のある場所が大きな違いとなった例として、石巻市の病院があります。

石巻市立病院があるところは風光明媚な所ですが沿岸部です。もう1つの石巻赤十字病院は、少し内陸部にあります。震災後の写真を比較して見ると（スライド25）、石巻赤十字病院のほうは、実際、駐車場もまだきれいに残っています。けれども、石巻市立病院のほうは、病院の建物は一見良さそうですが、周りにはもう瓦礫の山です。ほんのわずか、数キロの違いで津波による被



スライド25

害の差が出てしまったわけです。

（スライド26）今回の災害で、その石巻赤十字病院が大変いい働きをされて、非常にクローズアップされました。石巻市は、もともと人口が16万人くらいです。そこに6万戸の家屋がありましたが、その半分が津波で破壊されています。その石巻市には基幹病院として2つの病院、402床の石巻赤十字病院と、206床の石巻市立病院がありますけれども、石巻市立病院は津波で全壊、全機能を失ってしまいます。

石巻赤十字病院にとって幸いしたのは、2006年に内陸部に移築をしたことでした。それから、宮城県では2010年1月に災害ネットワーク協議会をつくって、そこに災害医療の実務担当者が集まって話し合いをしていました。さらにタイミングがよいことに、2011年2月（震災が起こった1カ月前）に、石巻赤十字病院の先生が県の災害医療コーディネーターに依頼されていました。そういうことで、心の準備もできていたし、システムの用意もできていたのです。その結果として、3月11日以降、石巻赤十字病院が災害の拠点基幹病院として機能することができたのでした。

このように、たまたまいくつかのことがタイミング的によかったからとも言えますが、それも“備えあれば憂いなし”ということであったのだらうと思います。

先月、香港で病院学会があり、国際病院連盟の理事会が開かれました。私も行ってきましたが、そのときに「ぜひ、震災の話をしてくれ」と言われたので、お話ししたのです。台湾の新聞記者の方がいて取材していったのですが、次の日に新聞記事が出ていました。中国語ですので、私にはちんぷんかんぷん、全然わからないのですが、「災害」という文字が書いてあったので「ああ、書いてあるな」と思ったのでした。

香港には地震も津波もないというんですね。そういうところで地震と津波の話をしてはどうかと思いましたが、「そんなことはない、やはりいろいろな想定外の災害が起こるから、“備えあれば憂いなし”まったくそのとおりだ」ということで、納得してく

備えあれば憂いなし —石巻赤十字病院の例

- 石巻市：人口160,000
- 家屋60,000の半分が津波により破壊
- 基幹病院
 - 石巻赤十字病院：402床，内陸部
 - 石巻市立病院：206床，沿岸部
 - 津波で全壊，全機能失う
- 石巻赤十字病院
 - 海に近い市街地から内陸部に病院移設新築：2006年5月
 - 災害ネットワーク協議会発足：2010年1月
 - 災害医療の実務担当者（県・市，基幹病院，県・郡医師会，自衛隊，警察等）
 - 県災害医療コーディネーター委嘱：2011年2月
 - 3月11日以降：災害拠点基幹病院として機能

スライド26

れたのでした。まあ、これは1つの教訓ではないかと思っています。

私は病院が浜松ですけれども、あそこはもう50年来、明日地震が来てもおかしくないと言われ続けてきたのですが、いつまでたっても来ない——といっても来てほしいわけではないのはもちろんですが——。そのなかで、どうしてもマンネリ化してくると、備えは薄くなります。ですから、今回は非常に大きな経験だったと思います。特に浜岡原発が停止になったのは、まあ喜んでいいのか、悲しんでいいのかわかりませんが、日本というのは全国各地で災害が起こる危険性があるということで、備えは非常に重要ではないかと思っております。

■今後に向けて、医療支援システム構築の提案

（スライド27）今後に向けた方策ですが、医療支援システム構築を提案していこうと思います。これは平時・有事に対応可能なシステムということになります。

県単位ではなかなか難しいということがわかりました。国単位というのも難しいですから、あるのは道州制ではないかと思っています。結局、こういう医療支援システムを構築するには、ある程度、中規模のエリアをターゲットにしたシステムが必要ではないかと思っています。そう考えてみますと、日本全国に地方厚生局が7つありますが、その規模・範囲を想定するといいいのではないかと思います。そういうなかで、中央——厚生労働省（国でもいいですけれど

も）——と地方厚生局との緊密な連携が必要になります。それから、地方厚生局と都道府県との連携、行政と医療関係団体との連携が必要です。それに産学との連携が加わるということになります。

そのなかでは、情報ネットワークの構築が必要だと思っています。そして連携をネットワークで実現します。また、情報の収集・分析、配信をやります。それから、いろいろなネットワークがすでに存在するのですが、今回、見ていますとなかなか情報が出てこないとか、有効な連携ができなかったこととかを考えますと、病院というくくりで見たときに、

日本病院会がネットワークに入って頑張る必要があると思います。前述のように、日本病院会には、公的病院・民間病院、大規模病院・中小病院が所属していて、厚生連、済生会、日赤のそれぞれの病院、自治体病院、社会保険病院・厚生年金病院などいろいろな病院が入っていますので、日本病院会は頑張る必要があると思います。

医療支援のネットワークは、スライド27の右の図のようになります。国・中央行政があり、都道府県があり、医療団体があり、国・地方行政の在り方としての地方厚生局があります。そこに日本病院会がしっかりと位置して機能を発揮する必要があります。

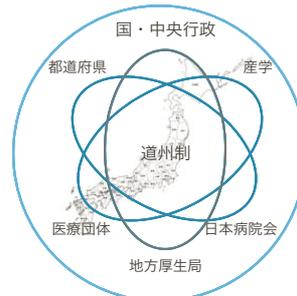
医療支援システムの機能

- 平時
 - 初期研修・専門研修の支援
 - 地域に則した医療提供体制整備
 - 需要と供給のバランス
 - 医師の地域・専門科偏在
 - 過疎地への支援
- 有事
 - 災害支援システムとして機能
 - 司令塔機能の確立
 - 被災を受けない地域に司令塔設置
 - 人・物・金・情報の支援
 - 情報ネットワークの構築
 - 情報の収集・分析・配信
 - 効率の良い支援体制構築

スライド28

医療支援システム構築の提案 一道州制の導入

- 平時・有事に対応可能なシステム
- 地方厚生局の規模・範囲
- 中央と地方厚生局との緊密な連携
- 地方厚生局と都道府県との連携
- 行政と医療関係団体との連携
- 産学との連携
- 情報ネットワークの構築
 - 連携をネットワークで実現
 - 情報の収集・分析・配信
 - 日本病院会がネットワークに入る
- 日本病院会の取り組み
 - 支部組織の強化
 - 都道府県病院協会との連携強化



スライド27

それに産学が協同で入っていただくということになります。

日本病院会がこのネットワークに入るのは非常に重要だと思います。しかし、日本病院会が入って排他的にやるということではなくて、日本病院会の枠をとおして、その中で、例えばDMATに関しては日赤にお願いするとか、いろいろな連携ができるわけです。

日本病院会としてやらなければいけないことは、繰り返しになりますけれども、支部組織の強化、あるいは都道府県病院協会との連携強化の取り組みです。

日本病院会がひとり笛を吹いて、こうしたシステムの構築をやろうと提案しても、なかなか難しいことです。ですから、いま鋭意努力して、国あるいは行政に働きかけているところです。

●医療支援システムにもたせる機能

（スライド28）実際、どういう機能をもたせるかですけれども、もともと過疎地で、特に医師の派遣が少なく、初期研修、専門研修が少ないところには、平時において初期研修、専門研修の支援ができると思います。

今回、被災地に派遣された若手の医師が、ふだんはできていなくとも、危機的状況の中でチーム医療を立派に実践できたという話を聞き、非常に感心しました。同じように、初期研修医を過疎地に派遣すれば、過疎地を支援しつつチーム医療を学ぶことが

できます。それから、初期研修のなかで地域医療の研修をすることになっていますが、派遣されればまさに地域医療そのものを研修できます。専門医研修でも1カ月ですか、そういう地域医療の研修が必要です。そうしますと、過疎地でない所の研修医が短期間、1カ月なり2カ月なり、過疎地の基幹病院に行って地域医療、あるいはチーム医療を学ぶ。そういうことができれば非常にいいと思います。

それから、地域に即した医療提供体制の整備の支援です。医師の地域偏在、専門科偏在と言われていいますが、問題なのは、その需要と供給のバランスをどうやってとるかということです。私どもが厚生労働省に、その需要と供給のバランスを知るために、データを出してくれと言うと、そのようなデータはないと言います。実は、そのデータがないわけではなく、データはあるのに、そのデータを活用しきれていないということだと思います。これについては、明日の日本病院学会での講演でもお話しします（本誌vol.58, 10・11月合併号31ページ参照）。

需要と供給がわからないで、医師不足、専門科偏在を言うことはできないと思います。需要と供給のバランスをしっかりと把握するためには、この医療支援システムを使って、データを明示する——見える化——ということです。それによって、過疎地への支援ができるわけです。

一旦有事の場合は切り替えて、災害医療支援システムとして機能させます。

そして、先ほど来言っていますように司令塔機能を確立します。今回のように、例えば岩手、宮城、福島が機能しなくなったのなら、山形とか、茨城とか、そういう近隣に司令塔をつくる。地方厚生局レベルでいくと、例えば東北厚生局が機能できなくなれば関東信越厚生局に司令塔をつくるということになると思います。

それから、情報ネットワークを構築して、情報の収集、分析、発信をするわけです。それを基に人、物、金、情報の支援が可能になります。つまり効率のいい支援体制が構築できるということです。

日本病院会は、すでに必要な情報のかなりの部分を収集しております。こういうシステムが構築できたあかつきには、それほど時間がかからないで、それを皆さま方にご提示できるのではないかと考えております。

まだ時間がございますけれども、もしご質問がございましたらお受けしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

■質疑応答

質問者 長崎記念病院の福井といます。たいへん貴重なお話をありがとうございました。この支援システムの問題は非常に重要なテーマだと思います。今回の震災では、いろいろなチームが動きました。設立母体による動き、この日本病院会のような動き、それに各地方の行政による動き、また医師会、即ちDMAT、JMATなどいろいろなものが動きました。ある時点では統合されたようですが、この支援システムの問題が一番重要なことではなかったかと思います。

全国的な動きと同時に、地域でもこれは同じように重要です。この支援システムというのは先ほども堺先生がおっしゃいましたように、地域性の問題とか、専門性の問題とかたくさん問題をかかえたままで、現在、全国的にも地方でもはっきりしたものができていません。このことが、日本の医療にとって問題なのではないかと思います。先生の、この東日本大震災以後の支援システムはこうあるべきだというお話、大変参考になりました。

最後に、少し先生のお考えをお聞かせいただきたいのですが、現在日本では医療の集約化が行われています。この集約化の後、再配分はどのようになされて、地域あるいは全国の支援システムが構成されていくべきなのでしょう。お考えがございましたら、お教えいただきたいと思います。

堺 なかなか難しいご質問だと思います。厚生労働省は今回の社会保障と税の一体改革のなかでも、いろいろな提供体制の模式図を描いています。けれども、これは厚生労働省が描いているので全国一律的なものになると思います。先生がおっしゃったように地域特性があるし、地域ニーズはずいぶん違うと思います。高齢化率などもずいぶん違うので、これはなかなか全国的に一律にやるのは難しいでしょう。

本来的には県レベルでと思ったのですがけれども、皆さま方ご承知のように、厚生労働省というのはマ

ンパワーもあってかなりの機能をもっているわけですが、一方、地方分権と言いながら、そういう厚生行政に携わる人が県の行政部局にいるかというとなかなかないんですね。県の厚生部長なんかも2年ごとで代わるというようなこともあります。

こういうことを言うと怒られますが、私は、地方厚生局は何をしているのかという気はあります。以前は地方厚生局は監査をやるところだと思っていたんですが、そうでもないのです。例えば卒後臨床研修が始まってから、研修に非常に大きく関わっていて力を持っています。今言ったように病院の監査もするわけです。そうしますと、地方厚生局は管轄内の病院の状況、医療状況というのを一番知っているのではないかという気がします。

それから、各県は5年ごとに地域医療計画を立てるわけですが、あれも見てみると、どうも皆さん計画をつくるのに精一杯で、できてしまうと95%達成したという感じです。いつも思うのですが、PDCAサイクルがまったく働いていないですね。

ですから、地方厚生局に全機能を与えるということではないが、もっと頑張ってもらいたく。自分の管轄の医療圏をどういうふうにとらえているか。あるいは地域ごとに地域医療計画を出していただいてもいいし、地域ごとに二次医療圏の設定のし直しもしてほしいですね。

道州制の考えを出しましたが、そこで核になるのがどこかということ、規模的、範囲的には地方厚生局のレベルでいいのかなというふうに思います。

そういうなかで、我々にもかなりのデータがあります。例えば今回4疾病5事業から5疾病5事業に

なりましたけれども、地域のそれらについての状況、例えば東海北陸厚生局管轄の5疾病5事業はどうなったかというデータはもうあるんですよね。それと我々のデータを統合する。例えば私は脳外科ですけども、脳卒中の手術が必要な患者さんが何人いて、専門医が何人いて、どこの病院にいるかというのを地図情報に貼りつけて統合すれば、脳卒中手術の医療需要と供給が一目瞭然でわかるわけです。

データを基に、マッチングさせていくということは、結局、それは病院の集約化につながると思います。一方でそうは言っても、地域にまったく病院がなくていいか、診療所がなくていいかということになります。そういうことから言えば、地域内に有機的なネットワークをつくる必要があるでしょう。そして、そういう意味では道州制くらいの規模が効率的で効果的なのではないかと思っています。都道府県単位の任せるのは、なかなか難しいだろうという気がします。

今後、国とか行政に、日本病院会としてこういう考えであると提案していく必要がありますが、日本病院会のなかで詰めた議論はまだしていませんので、これを持ち帰って議論をしたいと思っています。ただ言えることは、今のままでは日本の医療提供体制はなかなか厳しいということです。

特に今回の震災を見て、4カ月経っても司令塔がない状況が続いているという様子からは、これからも非常に難しいだろうと想像されます。そうすると、少なくとも医療現場からはそういうアイデアを出していく必要があるだろうと思います。



日本病院会の主な事業活動

学会運営：日本病院学会，日本診療情報管理学会

委員会活動：政策提言や人材の育成，調査の分析，広報活動を円滑に行うための委員会を組織しています。平成22年度は25委員会で活動をしています。

人材育成：臨床研修指導医，医療安全管理者，感染制御講習会修了者（ICS），診療情報管理士，病院経営管理士，DPCコース修了者，医師事務作業補助者など幅広い人材を育成しています。

国際活動：国際病院連盟（IHF）理事国，アジア病院連盟（AHF）理事国，WHO支援

要望・提言：民主党，自民党，公明党，厚生労働省等へ，税制改正や診療報酬，新型インフルエンザ対策などに関し5要望・提言をしました。（平成21年度実施）

セミナー等：病院長・幹部職員セミナー（東京），病院診療の質向上を考えるセミナー（東京），感染制御講習会（東京），医療安全管理者養成講習会（東京），臨床研修指導医養成講習会（東京）

調査活動：中小病院（200床未満）に関する調査，医師の業務負担軽減に係わる調査，平成20年度病院経営分析調査，平成21年病院運営実態分析調査などを実施しました。（平成21年度実施の調査）

厚生労働省・各種団体への委員派遣：

厚生労働省の審議会・検討会，消防庁，日本医師会，日本医療機能評価機構等へ派遣をしています。

病院団体連携：日本病院団体協議会，四病院団体協議会

その他の活動：国際モダンホスピタルショウ

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

社団法人 日本病院会

2010年 人間ドック全国集計成績

牧田総合病院附属健診センター
名誉院長

笹森 典雄

■はじめに

1984年に人間ドックの全国調査を始めて以来、今回で27回目になる。

第52回日本人間ドック学会学術大会においても大道道学術大会長のご配慮により、講演の機会を与えていただきましたことに、深謝申し上げます。

今回のアンケート調査返信病院および施設からの対象受診者数は前年より約7万人増加し、308万人である。また、すべての調査項目の集計は、日本人間ドック学会事務局の関係者が実施した。

がん統計では乳がん、前立腺がんの増加傾向が続いている。また、項目別統計では長年にわたり減少し続けていた健常者頻度は前年より1.1%減少して8.4%と過去最低である。このような人間ドックの現状分析から、今後のあり方についても言及する。

日本病院会予防医学委員会では人間ドックの種類を従来は下記のように命名していた。しかし、一泊人間ドック指定病院で行われている一日コースのドックが急増しているため、2005年より一泊人間ドックを二日ドック、一日病院外来ドックと一日人間ドックを併せて一日ドックと時間軸で二大別にした。なお二日ドックには3から6日ドックも含めている。

1997年から

2005年

{ 一泊人間ドック (短期人間ドック) → 二日ドック
 一日人間ドック (総合健診) } → 一日ドック
 一日病院外来ドック

また、2004年度より始まった人間ドック機能評価認定施設は2010年12月現在で262施設に達している。一日と二日ドックの両方を実施しているところが過半数のため、二大分類に加えて統計処理を行った。

表1 二日ドック実施病院のアンケート
返信数 —地域別比較— (2010年)

ブロック	指定 病院数	返信数	%
北海道	4	3	75.0
東北	26	23	88.5
関東・甲信越	179	158	88.3
東海・北陸	45	40	88.9
近畿	70	65	92.9
中国・四国	46	45	97.8
九州・沖縄	39	36	92.3
計	409	370	90.5

表2 一日ドック実施施設のアンケート
返信数 —地域別比較— (2010年)

ブロック	指定 施設数	返信数	%
北海道	2	1	50.0
東北	1	1	100.0
関東・甲信越	40	35	87.5
東海・北陸	9	6	66.7
近畿	14	14	100.0
中国・四国	9	9	100.0
九州・沖縄	11	10	90.9
計	86	76	88.4

表3 機能評価認定施設のアンケート返
信数 —地域別比較— (2010年)

ブロック	認定指定 施設数	返信数	%
北海道	7	7	100.0
東北	19	18	94.7
関東・甲信越	100	95	95.0
東海・北陸	40	38	95.0
近畿	39	36	92.3
中国・四国	34	33	97.1
九州・沖縄	23	21	91.3
計	262	248	94.7

〔A〕 アンケート調査内容と返信内容

(1) 二日ドック実施病院のアンケート返信数 (表1)

指定病院数は前年より15減少し、返信数も前年より減っているが、返信率は90.5%と1.8%増えている。

返信率を地域別に比較すると、平均以下は北海道、東北、関東・甲信越およびと東海・北陸地方である。

(2) 一日ドック実施施設のアンケート返信数 (表2)

昨年より指定施設数は11減少し、返信率も1.3%減少し、88.4%である。

地域別では、北海道、関東・甲信越、東海・北陸地方が平均以下である。

(3) 機能評価認定施設のアンケート返信数 (表3)

2005年より機能評価認定施設について別に分析している。施設数は18増え、返信率も前年より1.7%増加し94.7%であった。

(4) アンケート返信内容 (表4)

実施状況調査対象施設数が前年より8減っているが、項目別統計の返信数は前年より4増えている。したがって、項目別統計の返信数に対する割合は前年より1.5%増え91.7%である。

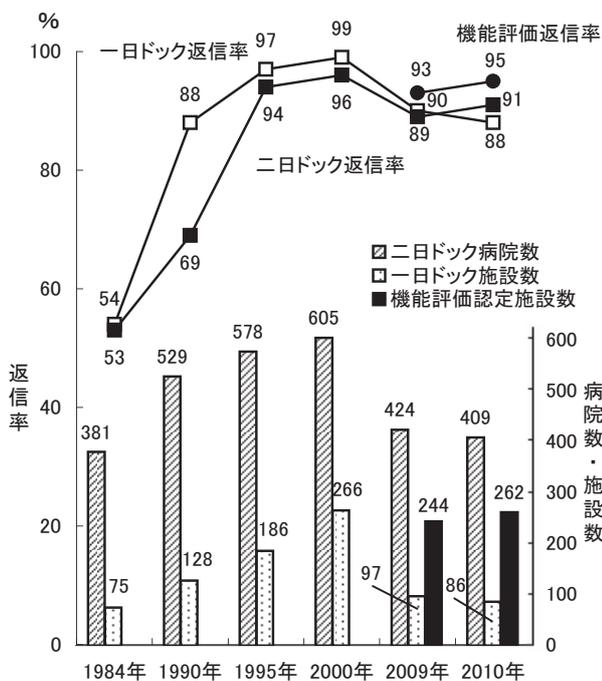


図1 日本人間ドック学会・日本病院会指定二日ドック・一日ドック施設ならびに機能評価認定施設のアンケート返信状況 一年別比較

表4 施設別・アンケート返信内容の比較 (2010年)

		総数	項目別統計 返信数	%	がん症 例統計 返信数	%
二日	指定病院	409	370	90.5	272	66.5
一日	指定施設	86	76	88.4	64	74.4
機能 評価	認定施設	262	248	94.7	236	90.1
	計	757	694	91.7	572	75.6

がん統計は前年より34施設増加し、返信率も5.3%増え75.6%である。

(5) 人間ドックアンケート返信状況の年別比較 (図1)

1984年以來の指定病院数および施設数の伸びと返信率の関係について、5年ごとに経年変化を見た。二日ドック指定病院は2009年より減少しているが、返信率は90.5%と前年より増えている。

一日ドック指定施設数は前年より11減少し、返信率も前年より1.3%減って88.4%である。

(6) 受診者数の動向 (図2)

調査対象受診者総数は年々増加傾向を示しており、今回は前年より約7万人増え308万人である。

(7) アンケート調査による受診者数の動向 (表5)

人間ドック受診者数を年代別に分類して、1984年以來の経年変化について比較をした。

1984年から1995年までの人間ドック受診者の割合を年代別に比較してみると、40歳代>50歳代>30歳代>60歳代の順であった。

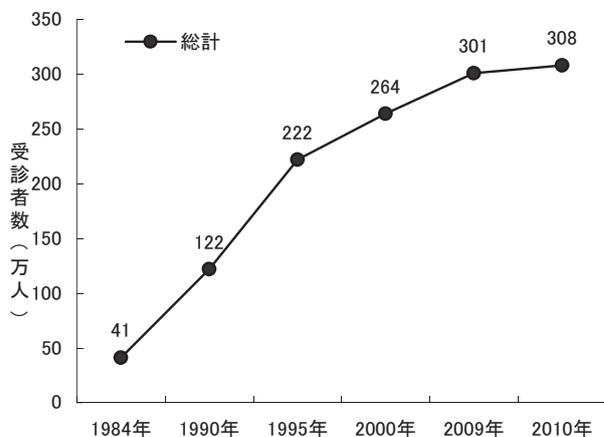


図2 アンケート調査による受診者数の動向 一年別比較

しかし、2000年の調査より50歳代がトップとなり、ついで40歳代>30歳代>60歳以上の順であった。しかし、2009年より50歳代>40歳代>60歳代>30歳代と高齢化の傾向を示している（図3）。

〔B〕臓器別がん集計成績

—特に胃および大腸がんの検討—

1. 臓器別がん占有率の分析（2010年）

人間ドックで発見した臓器別がん発見人数の総計を各臓器別、2種類の間ドック別に区分し、さらに性別に分類した総括表（表6）を示す。なお、前

立腺、乳房、子宮がんを除いて占有率を表示した。

（a）二日ドックと一日ドックの比較

両群ともに胃がんが1位で、二日ドックの発見頻度が高い。2位は大腸がん、ついで肺がんの順であり、両群の差はほとんどみられない（図4）。

（b）性別の比較

男性では、1位が胃がん、2位は大腸がん、3位は前立腺がん、ついで肺がん、食道がんの順である。

女性では乳がんが1位、ついで胃がん、大腸がん、子宮がん、肺がんの順である。

表5 アンケート調査による受診者数の動向
—年代別・年別比較—

調査 年別	年代別				計
	39歳以下	40-49歳	50-59歳	60歳以上	
1984年	89,045名	163,944名	127,122名	33,637名	413,748名
1990年	243,227	487,834	365,661	126,764	1,223,486
1995年	396,718	833,070	708,584	284,409	2,222,781
2000年	461,812	850,601	928,881	394,410	2,635,704
2009年	490,265	932,663	960,841	625,176	3,008,945
2010年	482,088	957,776	975,435	662,053	3,077,352

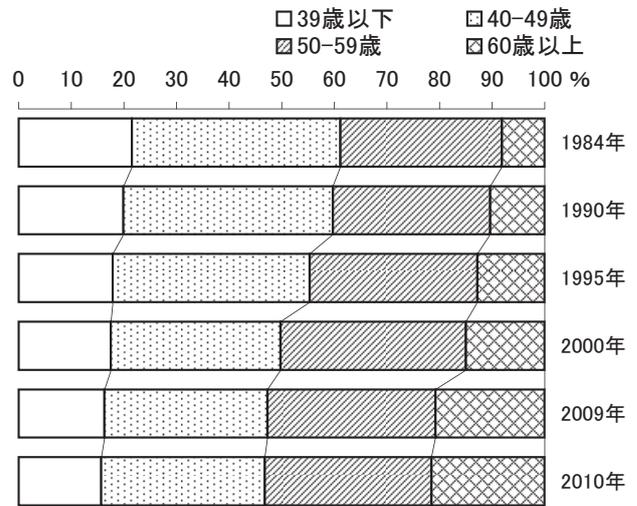


図3 人間ドック受診者の年代別傾向 —年別比較—

表6 人間ドックで発見した臓器別がん占有率の性別・ドック別比較（2010年）

性別	種類	胃	肺	肝	大腸	食道	膵	胆のう	腎	膀胱	前立腺	甲状腺	乳房	子宮	その他	合計
男性	①	262	71	13	114	43	9	0	32	13	103	24			24	708
		37.0	10.0	1.8	16.1	6.1	1.3	0.0	4.5	1.8	14.5	3.4			3.4	100.0
	②	1,518	335	85	802	268	79	12	209	79	557	69			144	4,157
		36.5	8.1	2.0	19.3	6.4	1.9	0.3	5.0	1.9	13.4	1.7			3.5	100.0
	計	1,780	406	98	916	311	88	12	241	92	660	93			168	4,865
		36.6	8.3	2.0	18.8	6.4	1.8	0.2	5.0	1.9	13.6	1.9		3.5	100.0	
女性	①	60	16	1	35	1	0	0	3	2		34	72	19	16	259
		23.2	6.2	0.4	13.5	0.4	0.0	0.0	1.2	0.8		13.1	27.8	7.3	6.2	100.0
	②	398	176	20	358	23	37	6	60	10		120	1,209	289	107	2,813
		14.1	6.3	0.7	12.7	0.8	1.3	0.2	2.1	0.4		4.3	43.0	10.3	3.8	100.0
	計	458	192	21	393	24	37	6	63	12		154	1,281	308	123	3,072
		14.9	6.3	0.7	12.8	0.8	1.2	0.2	2.1	0.4		5.0	41.7	10.0	4.0	100.0
男女合計	①	322	87	14	149	44	9	0	35	15		58			40	967
		33.3	9.0	1.4	15.4	4.6	0.9	0.0	3.6	1.6		6.0			4.1	
	②	1,916	511	105	1,160	291	116	18	269	89		189			251	6,970
		27.5	7.3	1.5	16.6	4.2	1.7	0.3	3.9	1.3		2.7			3.6	
	計	2,238	598	119	1,309	335	125	18	304	104		247			291	7,937
		28.2	7.5	1.5	16.5	4.2	1.6	0.2	3.8	1.3		3.1		3.7		

（注）①二日ドック②一日ドック

(c) 年代別の比較

占有率の高い胃がん，大腸がん，肺がんと男性の前立腺がん，女性の乳がん，子宮がんの6項目について年代別の比較を行った（表7）。

胃がん，大腸がんと同様に肺がん，前立腺がんも加齢とともに占有率が増加している。

前立腺がんは49歳以下はほとんど見られず，50歳以上で急増している。

乳がんは40歳代で36.1%と最も多く，ついで50歳代，60歳代の順で，39歳以下はわずか7.5%である。子宮がんは40歳以下が61.1%を占め，50歳以上で減

少している（図5）。

2. 臓器別がん占有率の経年比較

臓器別がん発見頻度について，各年ごとの発見がんの総和を100%として，男女別および男女合計の比率を表示した（表8）。

(a) 男女合計の経年変化

1984年は男女別分類を行わなかったために除外した。1985年以来26年間にわたり人間ドックで発見した臓器別がんの男女合計の占有率について，経年的に比較をした（前立腺，乳房，子宮を除く）。

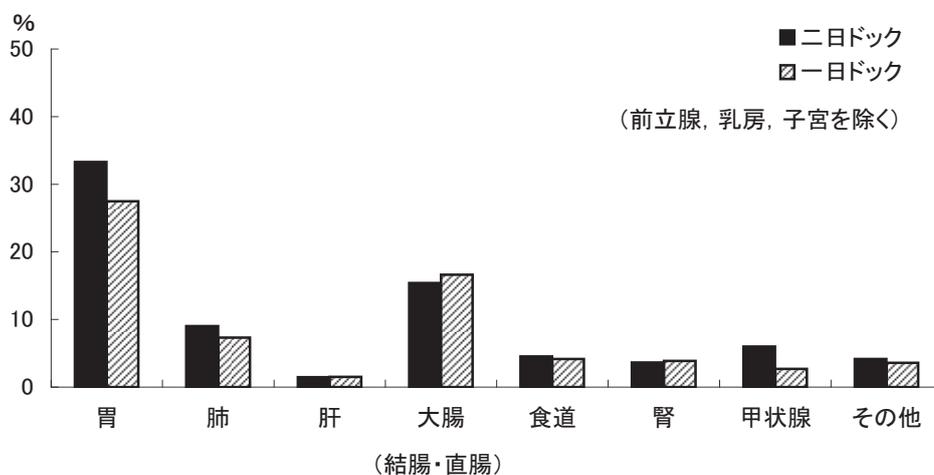


図4 人間ドックで発見したがんの臓器別占有率 —人間ドック別比較— (2010年)

表7 主要臓器別がんの性別・年代別占有率比較 (2010年)

検討項目		性別		年代別			
種類	症例数	男	女	39歳以下	40歳代	50歳代	60歳以上
胃がん	症例数	1,780	458	43	194	732	1,269
	%	79.5	20.5	1.9	8.7	32.7	56.7
大腸がん	症例数	916	393	28	187	446	648
	%	70.0	30.0	2.1	14.3	34.1	49.5
肺がん	症例数	406	192	14	68	186	330
	%	67.9	32.1	2.3	11.4	31.1	55.2
前立腺がん	症例数	660		0	16	139	505
	%	100.0		0.0	2.4	21.1	76.5
乳がん	症例数		1,281	96	463	417	305
	%		100.0	7.5	36.1	32.6	23.8
子宮がん	症例数		308	80	108	72	48
	%		100.0	26.0	35.1	23.4	15.6

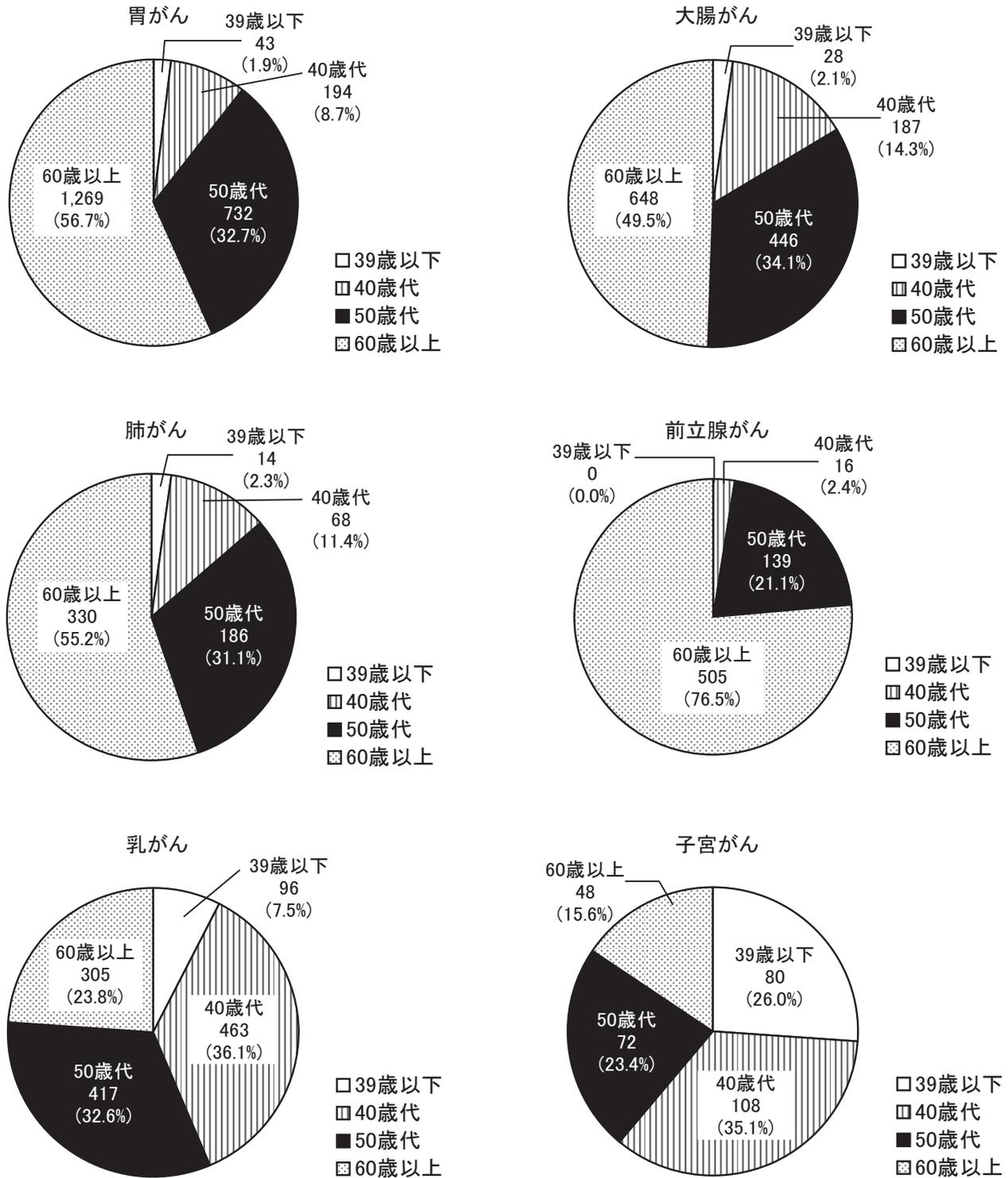


図5 主要臓器別がんの年代別占有率比較 (2010年)

臓器別に比較すると、各年ともに胃がんが1位、大腸（結腸+直腸）がんが2位である。1位の胃がんは、次第に減少傾向を示していたが、2010年は前年と横ばいである。2位の大腸がんは年々増加傾向を示していたが、2000年以降は減少傾向を示している。

第3位の肺がんは年々増加傾向を示しているが、今回は前年に比べてやや減っている。また、その他のがんの割合が、次第に増加傾向を示している（図6）。

(b) 性別の経年変化

男性では1位の胃がんは年々減少していたが、今回は前年と横ばいである。2位の大腸がんは、1995年以來年々減少傾向を示している。前立腺がんは2002年以降増加が著しかったが、近年は横ばいである（図7）。

女性は乳がんの増加が目立ち、近年は1位となっている。2位の胃がんは年々減少傾向を示し、3位の子宮がんも同様に減少傾向を示している（図8）。

表8 人間ドックで発見した臓器別がん占有率の年別比較

性別	臓器別年	胃	肺	肝	大腸	食道	膵	胆のう	腎	膀胱	前立腺	甲状腺	乳房	子宮	その他	計
		男性	1985年	322 65.7	20 4.1	22 4.5	60 12.2	13 2.7	7 1.4	6 1.2	3 0.6	6 1.2	5 1.0			26 5.4
	1990年	793 46.7	99 5.8	91 5.4	467 27.5	42 2.5	15 0.9	21 1.2	84 4.9	6 0.4	18 1.1			61 3.6	1,697 100.0	
	1995年	1,266 44.3	168 5.9	79 2.8	931 32.5	111 3.9	30 1.0	20 0.7	114 4.0	28 1.0	49 1.7	21 0.7		44 1.5	2,861 100.0	
	2000年	1,563 39.3	290 7.3	97 2.4	1,123 28.2	175 4.4	46 1.2	26 0.7	159 4.0	66 1.7	303 7.6	44 1.1		89 2.1	3,981 100.0	
	2009年	1,635 36.1	410 9.0	73 1.6	925 20.4	274 6.0	62 1.4	20 0.4	204 4.5	84 1.9	625 13.8	73 1.6		148 3.3	4,533 100.0	
	2010年	1,780 36.6	406 8.3	98 2.0	916 18.8	311 6.4	88 1.8	12 0.2	241 5.0	92 1.9	660 13.6	93 1.9		168 3.5	4,865 100.0	
女性	1985年	75 42.4	9 5.1	4 2.3	12 6.8	2 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0			5 2.8	22 12.4	43 24.3	5 2.8	177 100.0
	1990年	218 30.1	39 5.4	9 1.2	93 12.8	4 0.6	7 1.0	12 1.7	21 2.9			61 8.4	119 16.4	112 15.4	30 4.1	725 100.0
	1995年	290 25.0	67 5.8	11 0.9	214 18.4	7 0.6	4 0.3	12 1.0	40 3.4	5 0.4		64 5.5	208 17.9	190 16.4	48 4.4	1,160 100.0
	2000年	384 23.3	107 6.5	15 0.9	298 18.1	10 0.6	20 1.2	8 0.5	35 2.1	9 0.5		129 7.8	362 22.0	212 12.9	58 3.6	1,647 100.0
	2009年	418 15.1	167 6.0	21 0.8	361 13.0	27 1.0	29 1.0	12 0.4	61 2.2	17 0.6		133 4.8	1,130 40.7	292 10.5	106 3.9	2,774 100.0
	2010年	458 14.9	192 6.3	21 0.7	393 12.8	24 0.8	37 1.2	6 0.2	63 2.1	12 0.4		154 5.0	1,281 41.7	308 10.0	123 3.9	3,072 100.0
男女合計	1985年	397 59.5	29 4.3	26 3.9	72 10.8	15 2.2	7 1.0	6 0.9	3 0.4			10 1.5			31 4.6	667 100.0
	1990年	1,011 41.7	138 5.7	100 4.1	560 23.1	46 1.9	22 0.9	33 1.4	105 4.3			79 3.3			91 3.8	2,422 100.0
	1995年	1,556 38.7	235 5.8	90 2.2	1,145 28.5	118 2.9	34 0.8	32 0.8	154 3.8	33 0.8		85 2.1			92 2.3	4,021 100.0
	2000年	1,947 34.6	397 7.1	112 2.0	1,421 25.2	185 3.3	66 1.2	34 0.6	194 3.4	75 1.3		173 3.1			147 2.6	5,628 100.0
	2009年	2,053 28.1	577 7.9	94 1.3	1,286 17.6	301 4.1	91 1.2	32 0.4	265 3.6	101 1.4		206 2.8			254 3.5	7,307 100.0
	2010年	2,238 28.2	598 7.5	119 1.5	1,309 16.5	335 4.2	125 1.6	18 0.2	304 3.8	104 1.3		247 3.1			291 3.7	7,937 100.0

(注) 各年度の上段は実数で、下段は比率を示す。

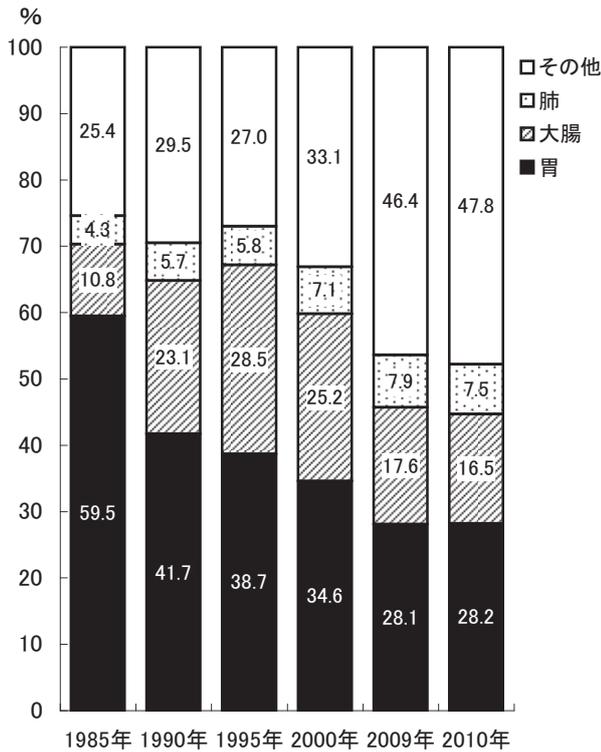


図6 人間ドックで発見した臓器別がん占有率の経年変化
—全体のがんを100%として各臓器別の割合を表示—

(c) 最近5年間の主要臓器別がん発見数の変化

2004年より主な6臓器について、がん発見数(10万人対)の経年比較を行っている。胃と肺は全受診者の必須項目で問題はないが、大腸は便潜血反応陽性者のみであること、一日ドックでは乳房、子宮がオプション検査であることを考慮しなければならない。なお、前立腺については50歳以上にPSA検査を導入したことが影響している(表9)。

胃がん、大腸がん、肺がんはいずれも男性の発見数が高く、経年的には男性、女性ともに発見数はほぼ横ばいである。前立腺がんの発見数は、2006年以降は増加傾向を示している。子宮がんは2008年に減少したが、2009年は再び増加し今回は横ばいである。乳がんは2008年まで年々増加傾向を示し、2009年は減少したが、再び増加傾向を示している(図9-1~4)。

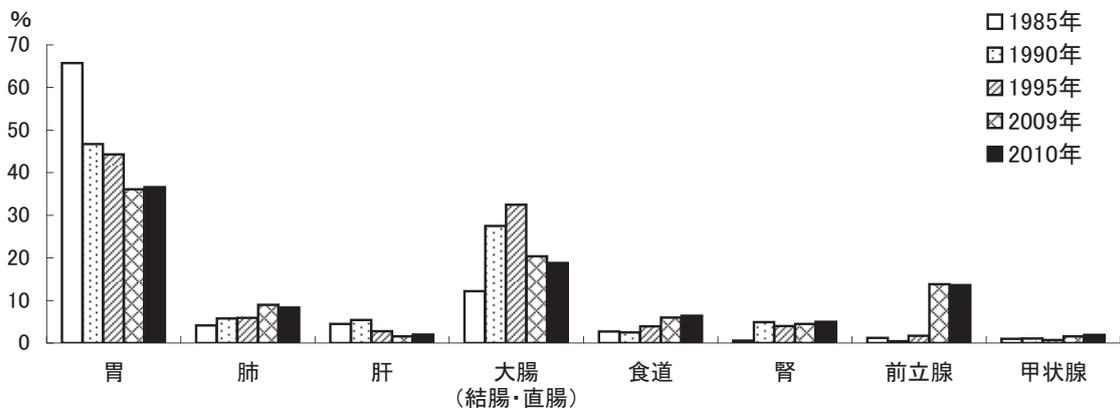


図7 人間ドックで発見したがんの臓器別占有率 —男性の年別比較—

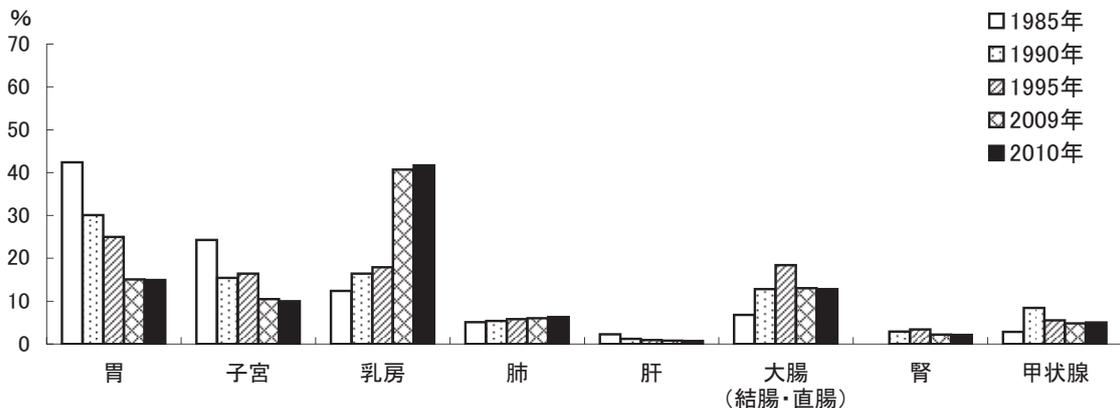


図8 人間ドックで発見したがんの臓器別占有率 —女性の年別比較—

小括：人間ドックで発見した臓器別がん統計の特徴

(a) 人間ドック別のがん占有率を比較すると、1位の胃がんと肺、甲状腺がんは二日ドックが高く、大腸がんは一日ドックが高い。

(b) 性別のがん占有率を比較すると、男性は胃、大腸、前立腺、肺、食道の順であり、前立腺の増加が著しい。

女性は乳房、胃、大腸、子宮、肺、甲状腺の順で、乳房の増加が目立っている。

従って、近年胃、大腸、肺以外のがん占有率が増加している理由は、男性の前立腺がん、女性の乳がんなどが増えたためである。

(c) 年代別のがん占有率では、近年、PSA検査の導入により前立腺がんが50歳以上から急増している。

また子宮がんは若年化の傾向を示し、乳がんは40

～50歳代に最も多い結果が得られた。

3. 発見胃がんの分析

今回も発見頻度の最も高い胃がんについて、種々の検討を行った。

(a) 発見胃がんと早期胃がん占有率の人間ドック別比較 (表10)

人間ドックの胃がん発見率は、二日ドックが一日ドックの2倍強である。図10のごとく早期胃がんが発見胃がんに占める割合も二日ドックの方がやや高く82.3%を占めている。

(b) 早期胃がんの年別比較 (表11)

早期胃がんの割合は、1984年以来70%を超しているが、1990年以降はほぼ横ばいで、今回は77.4%である。

表9 最近5年間の主要臓器別がん発見数比較

年 別	性 別		胃	大腸	肺	前立腺	乳房	子宮	総受診者数
2006	男 性	症例数	1,737	913	364	460			1,846,421
		数	94	49	20	25			10万人対
	女 性	症例数	427	316	148		975	266	1,100,829
		数	39	29	13		89	24	10万人対
	男女合計	症例数	2,164	1,229	512				2,947,250
		数	73	42	17				10万人対
2007	男 性	症例数	1,774	964	405	515			1,838,970
		数	96	52	22	28			10万人対
	女 性	症例数	434	343	176		1,015	274	1,125,443
		数	39	30	16		90	24	10万人対
	男女合計	症例数	2,208	1,307	581				2,964,413
		数	74	44	20				10万人対
2008	男 性	症例数	1,690	923	369	521			1,814,864
		数	93	51	20	29			10万人対
	女 性	症例数	445	330	160		1,153	241	1,136,903
		数	39	29	14		101	21	10万人対
	男女合計	症例数	2,135	1,253	529				2,951,767
		数	72	42	18				10万人対
2009	男 性	症例数	1,635	925	410	625			1,828,925
		数	89	51	22	34			10万人対
	女 性	症例数	418	361	167		1,130	292	1,180,020
		数	35	31	14		96	25	10万人対
	男女合計	症例数	2,053	1,286	577				3,008,945
		数	68	43	19				10万人対
2010	男 性	症例数	1,780	916	406	660			1,862,639
		数	96	49	22	35			10万人対
	女 性	症例数	458	393	192		1,281	308	1,214,713
		数	38	32	16		105	25	10万人対
	男女合計	症例数	2,238	1,309	598				3,077,352
		数	73	43	19				10万人対

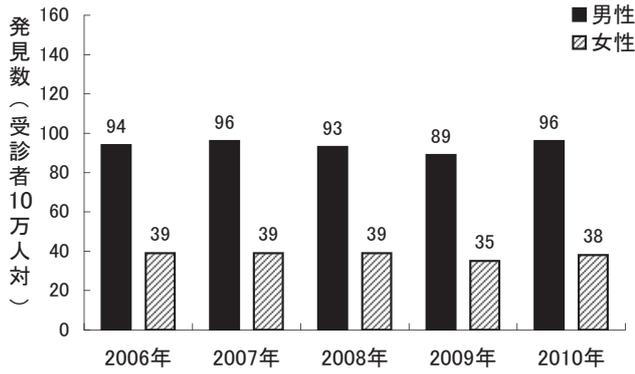


図9-1 最近5年間の胃がん発見数の比較 (10万人対)

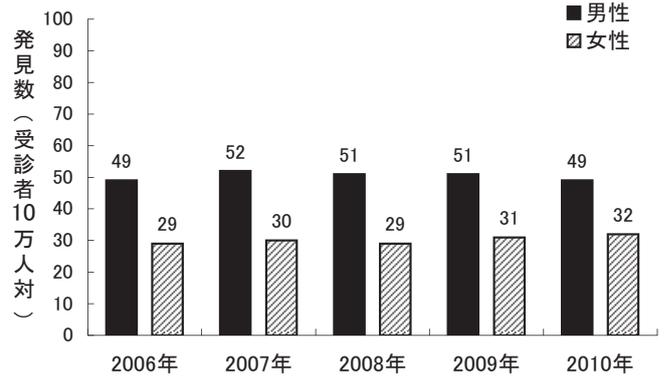


図9-2 最近5年間の大腸がん発見数の比較 (10万人対)

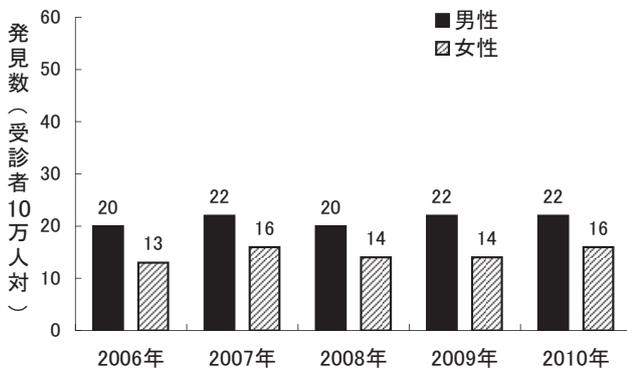


図9-3 最近5年間の肺がん発見数の比較 (10万人対)

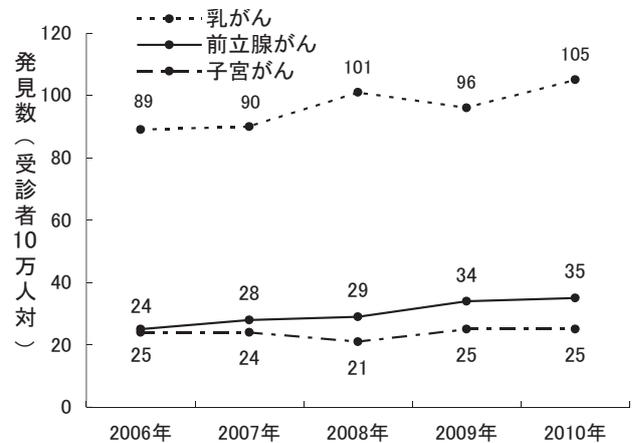


図9-4 最近5年間の前立腺がん・乳がん・子宮がん発見数の比較 (10万人対)

表10 人間ドックの胃がん発見率と早期胃がん占有率
—人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	受診者数	発見胃がん数	胃がん発見率	早期胃がん占有率
二日ドック	198,699	322	0.162	82.3
一日ドック	2,878,653	1,916	0.067	76.6
総計	3,077,352	2,238	0.073	77.4

表11 早期胃がんと進行胃がんの割合 一年別比較—

年	早期胃がん		進行胃がん		計	
	症例数	%	症例数	%	症例数	%
1984	322	70.0	138	30.0	460	100.0
1990	802	79.3	209	20.7	1,011	100.0
1995	1,173	75.4	383	24.6	1,556	100.0
2000	1,497	76.9	450	23.1	1,947	100.0
2009	1,630	79.4	423	20.6	2,053	100.0
2010	1,732	77.4	506	22.6	2,238	100.0

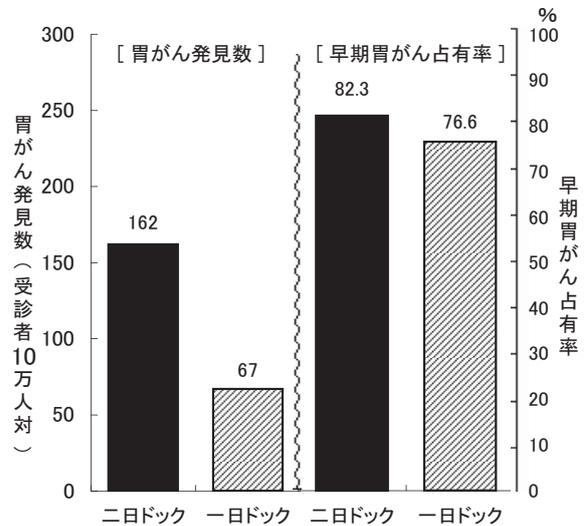


図10 人間ドックの胃がん発見数 (10万人対) と早期胃がん占有率 一人間ドック別比較— (2010年)

次に発見胃がんに関する各項目ごとの総合成績を、人間ドック別に比較した2010年の調査結果を示す(表12)。調査項目については、今回は占居部位の調査を削除した。

(c) 性別の比較

2010年の性別胃がん発見率の総計では、男性が0.096%に対し、女性は0.038%と2倍以上のひらきがある。二日ドックと一日ドックを比べると、男性、

女性ともに二日ドックの発見率が高い(表13)。

次に、年別の胃がん発見数(10万人対)について性別の比較を行った。男女ともに1984年に比し2010年は低率であり、年々減少傾向を示している(表14, 図11)。

(d) 年代別の比較

年代別の胃がん発見率を見ると、各人間ドックともに年代が増すにつれ、上昇傾向が著しい(表15)。

表12 発見胃がんの検討 —人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	検討項目 症例数	性別		年代				手術			進行度		がん家系		受診回数		自覚症状		肥満度		
		男	女	39歳以下	40歳代	50歳代	60歳以上	無	開腹切除	内視鏡切除	早期	進行	有	無	初回	複数	有	無	やせ	普通	肥満
二日ドック	症例数	262	60	1	30	107	184	15	234	73	265	57	160	162	83	239	68	254	28	214	80
	%	81.4	18.6	0.3	9.3	33.2	57.1	4.7	72.7	22.7	82.3	17.7	49.7	50.3	25.8	74.2	21.1	78.9	8.7	66.5	24.8
一日ドック	症例数	1,518	398	42	164	625	1,085	121	1,445	350	1,467	449	869	1,047	481	1,435	378	1,538	169	1,284	463
	%	79.2	20.8	2.2	8.6	32.6	56.6	6.3	75.4	18.3	76.6	23.4	45.4	54.6	25.1	74.9	19.7	80.3	8.8	67.0	24.2
総計	症例数	1,780	458	43	194	732	1,269	136	1,679	423	1,732	506	1,029	1,209	564	1,674	446	1,792	197	1,498	543
	%	79.5	20.5	1.9	8.7	32.7	56.7	6.1	75.0	18.9	77.4	22.6	46.0	54.0	25.2	74.8	19.9	80.1	8.8	66.9	24.3

表13 性別胃がん発見率 —人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	性別	受診者数	発見胃がん数	胃がん発見率
二日ドック	男性	147,495	262	0.178
	女性	51,204	60	0.117
一日ドック	男性	1,715,144	1,518	0.089
	女性	1,163,509	398	0.034
総計	男性	1,862,639	1,780	0.096
	女性	1,214,713	458	0.038

表14 性別・胃がん発見率の推移 —年別比較—

性別	年	総計
男性	1984	361/305,162=0.118%
	1990	793/694,738=0.114%
	1995	1,266/1,246,599=0.102%
	2000	1,563/1,594,729=0.098%
	2009	1,635/1,828,925=0.089%
	2010	1,780/1,862,639=0.096%
女性	1984	99/103,702=0.095%
	1990	218/416,325=0.052%
	1995	290/805,712=0.036%
	2000	384/856,044=0.045%
	2009	418/1,180,020=0.035%
	2010	458/1,214,713=0.038%

(注) 発見胃がん数/受診者数=胃がん発見率

表15 年代別胃がん発見率の比較 —人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	年代	受診者数	発見胃がん数	胃がん発見率
二日ドック	39↓	16,655	1	0.006
	40	47,141	30	0.064
	50	81,239	107	0.132
	60↑	53,664	184	0.343
一日ドック	39↓	465,433	42	0.009
	40	910,635	164	0.018
	50	894,196	625	0.070
	60↑	608,389	1085	0.178
計	39↓	482,088	43	0.009
	40	957,776	194	0.020
	50	975,435	732	0.075
	60↑	662,053	1,269	0.192

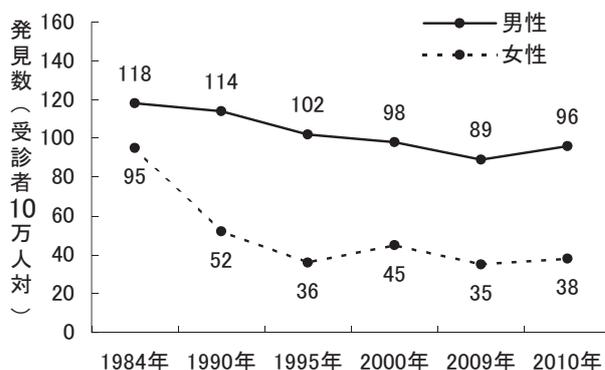


図11 人間ドックの性別胃がん発見数(10万人対) —年別比較—

人間ドック別の胃がん発見数（10万対）を比較すると、二日ドックが30歳代を除き各年代ともに高く、特に60歳代以降で格差がひらいている（図12）。

人間ドックの年代別胃がん発見数（10万人対）の総計を年別に比較してみると、各年ともに年代が上がるにつれて増加傾向を示している。その発見数は各年代ともに年々減少傾向を示していたが、今回は前年よりやや増えている（図13）。

(e) 受診回数との関係—年別比較—（図14）

受診回数を初回と複数回に大別して、1984年以来の経年変化をみた。

当初は二日ドックでは初回受診者に発見した胃がん占有率が高く、一日ドックは反復受診時に発見した割合が高い傾向が認められた。

しかし、近年は両群ともに反復受診時発見の胃がん占有率が高くなっている。

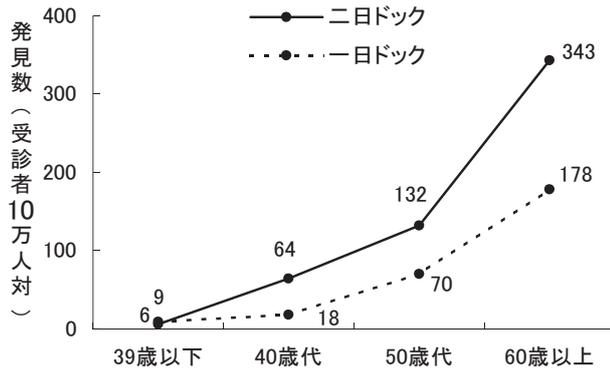


図12 年代別胃がん発見数（10万人対）の比較—人間ドック別比較—（2010年）

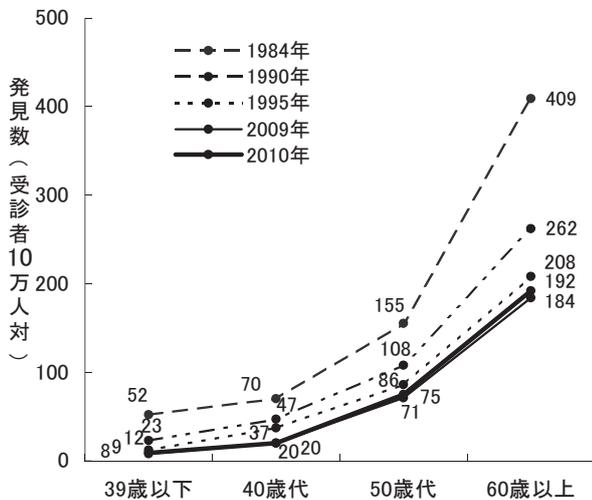


図13 人間ドックの年代別胃がん発見数（10万人対）—年別比較—

(f) 治療、家系、自覚症状との関係

発見胃がんの手術、がん家系、胃腸症状の有無をみると、二日ドック、一日ドックはほぼ同じ傾向である。

胃がんの90%以上が手術可能であり、そのうち内視鏡的切除のみで終わった症例は二日ドックが22.7%、一日ドックは18.3%と前年より両群とも増加しており、今後の経年変化に注目したい。

がん家系を有する者は各人間ドックともに45～49%前後で、前年よりやや増加している。胃腸症状を有する者も20%前後で前年より増加傾向を示している（図15）。

年別に比較すると手術率は1984年以来、90%前後の高率を持続している。

がん家系を有する者は、各年ともに34～43%前後であったが、今回は前年より高めである。

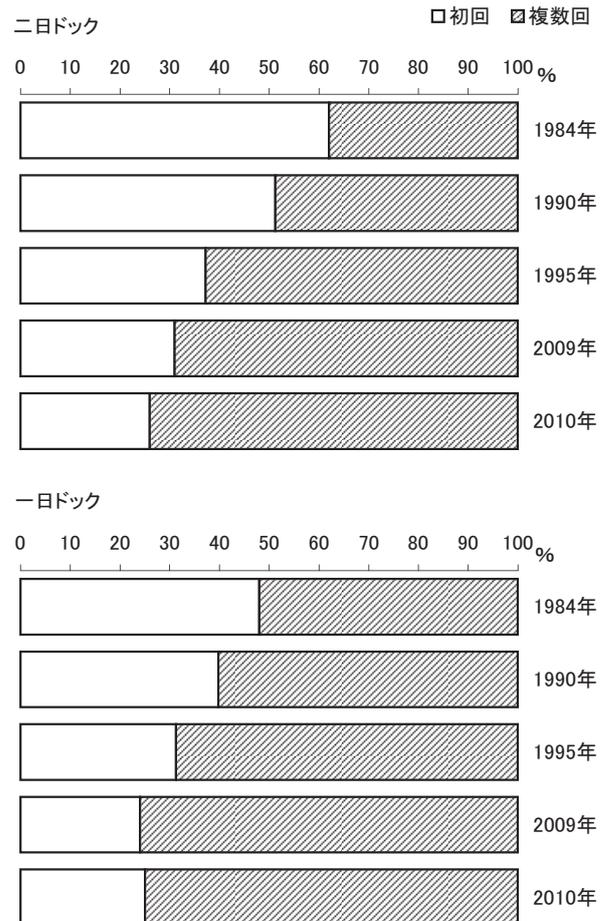


図14 人間ドック別の発見胃がんと受診回数の関係—年別比較—

胃腸症状を有する者は近年減少傾向を示し無自覚で発見される症例が増えている（図16）。

(g) 肥満度との関係

発見胃がんと肥満度との関係を見ると、二日ドック、一日ドックともに普通、肥満、やせの順で、両群に大きな差は認められない（図17）。

肥満度の各年別比較では、普通、肥満、やせの順位に変動はみられない。2010年は肥満者が24.3%で5年前より横ばいである（図18）。

小括：人間ドックで発見した胃がんの特徴

(a) 胃がん発見率は、二日ドックが、一日ドックより高率である。早期がんの占める割合は各人間ドックともに77～82%の高率を示している。

(b) 性別比較では、男性0.096%、女性0.038%と男女とも前年より増加傾向を示しているが、男女差はあまり変わらない。

(c) 年代別比較では、加齢とともに発見数の上昇傾向は同じである。今回の調査では各年代ともに前年より発見数がやや増加傾向を示している。

(d) 受診回数別の比較では、初回受診者が年々減少し、反復受診者の増加が目立っている。その傾向は、一日ドックの方が二日ドックより高率である。

(e) 胃手術施行率は、今回93.9%と前年より増加している。その中で、内視鏡的切除も今回の調査では18.9%と前年よりやや増加している。がん家系を有する人は46.0%と前年よりやや増加、胃腸症状を有する人も19.9%と前年よりやや増加している。

(f) 肥満度との関係を見ると、肥満型が24.3%と前年とほぼ同率である。

4. 発見大腸がんの検討—特に胃がんと対比—

前述したように、胃がんと大腸がんの発見頻度が

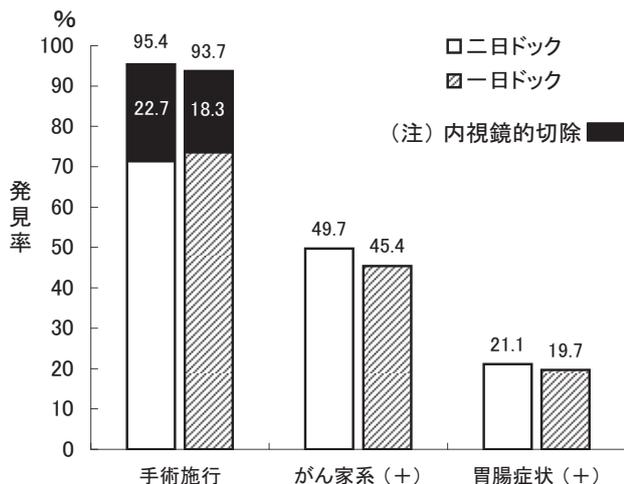


図15 発見胃がんの手術・がん家系・胃腸症状に関する検討 —人間ドック別比較— (2010年)

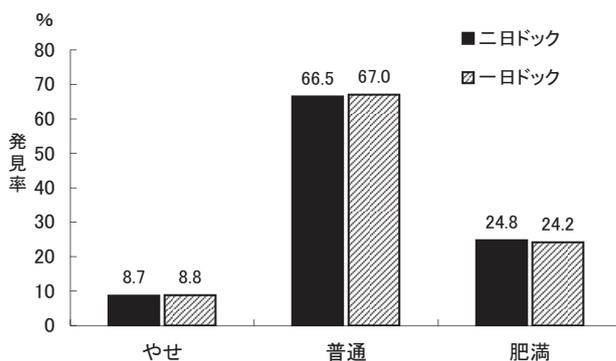


図17 発見胃がんと肥満度との関係 —人間ドック別比較— (2010年)

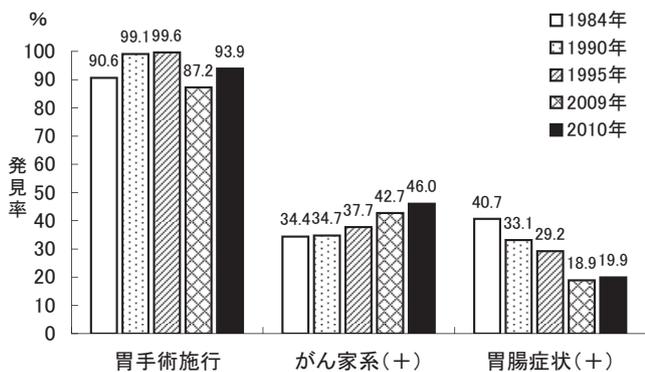


図16 発見胃がんの手術・がん家系・胃腸症状に関する検討 —年別比較—

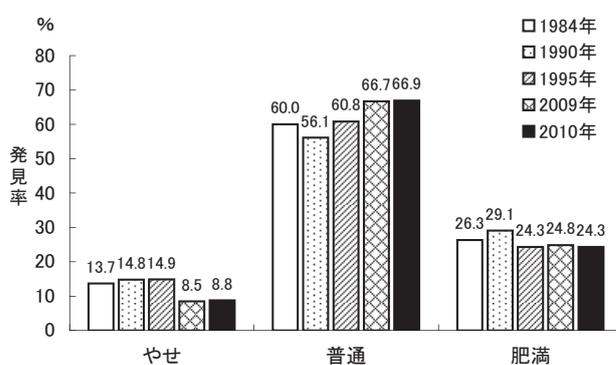


図18 発見胃がんと肥満度との関係 —年別比較—

年々接近しているの、1988年より大腸がんについても胃がんと同様の分析を行い、両群の比較検討を行っている。

(a) 大腸がん発見率と早期大腸がん占有率について—人間ドック別比較— (表16)

二日ドックの発見率は0.075%で、一日ドックの0.040%より高い。

また早期大腸がんが発見大腸がんに占める割合は二日ドックが81.2%、一日ドックは70.3%と二日ドックが高めである。

(b) 早期大腸がんの割合—年別比較— (表17)

発見大腸がん中で早期大腸がんの占める割合の総計は、当初から74%以上の高率が持続していた。前回は70.9%と減少したが、今回は71.5%と再び増加している。

(c) 胃がんと大腸がんの比較—人間ドック別— (図19)

2010年の胃がんと大腸がんの発見頻度および早期がんの占める割合について、人間ドック別の比較を行った。

胃がんの発見率は二日ドックが一日ドックより高い。また、大腸がん発見率も、二日ドックの方が一日ドックより高い。総計では、胃がん0.073%に対

し、大腸がんは0.043%であり、胃がんに対し、大腸がんは約60%に相当している。

早期がんの占める割合は、胃がん、大腸がんともに72~77%前後の高率を占めている。総計では、胃がん77.4%に対し、大腸がんは71.5%である。

次に発見大腸がんの各項目別調査結果について、一括表示した (表18)。

以下、各項目ごとに成績を述べる。

(d) 大腸がん発見率の性別比較—人間ドック別—

2010年の性別大腸がん発見率を比較すると、二日ドックの男女別発見頻度ともに一日ドックより高率である。総計では男性0.049%に対し、女性0.032%と男女差が認められた (表19)。

年別比較では、調査開始の1988年より男性はほぼ横ばい、女性は増加傾向を示している (表20)。

また胃がんと大腸がんの発見数について性別の比較をすると、図20のごとく、二日ドックは男女ともに、一日ドックは男性のみが胃がんと大腸がんの比がほぼ2:1である。しかし、一日ドックの女性では胃がんと大腸がんの発見数の差が縮んでいる。

(e) 年代別の比較—人間ドック別—

年代別の大腸がん発見率は、各人間ドックともにほぼ同じ傾向で年代の増加につれて上昇している。

表16 人間ドックの大腸がん発見率—人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	受診者数	発見大腸がん数	大腸がん発見率	大腸早期がん占有率
二日ドック	198,699	149	0.075	81.2
一日ドック	2,878,653	1,160	0.040	70.3
総計	3,077,352	1,309	0.043	71.5

表17 早期大腸がんと進行大腸がんの割合—年別比較—

症例別年	早期大腸がん		進行大腸がん		計	
	症例数	%	症例数	%	症例数	%
1988	252	74.8	85	25.2	337	100.0
1995	860	76.7	261	23.3	1,121	100.0
2000	1,065	74.9	356	25.1	1,421	100.0
2009	912	70.9	374	29.1	1,286	100.0
2010	936	71.5	373	28.5	1,309	100.0

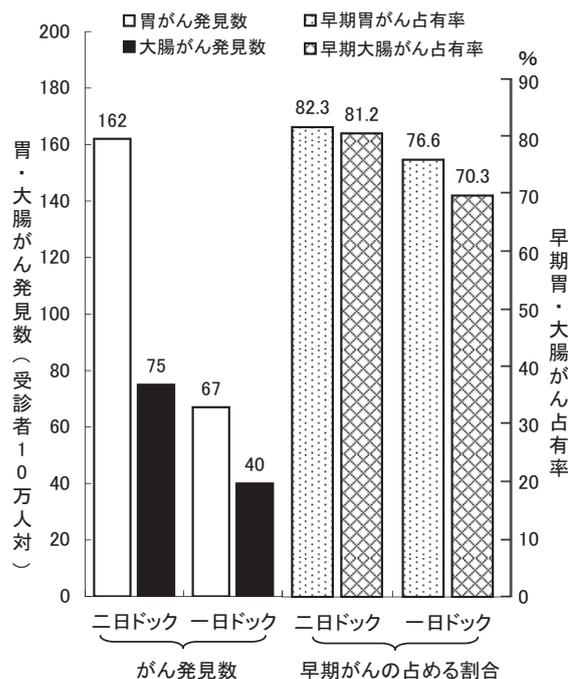


図19 胃がんと大腸がんの発見数比較 (10万人対) と早期がん占有率—人間ドック別比較— (2010年)

総計では39歳以下の0.006%に対し、60歳以上では0.098%と16倍の格差が認められた(表21)。

年別比較では各年代ごとの発見頻度はやや減少傾向を示している(表22)。

胃がんと大腸がんの比較では、30歳代、40歳代は

同率、50歳代以上は加齢とともに両群発見頻度の格差が拡大している(図21)。

(f) 受診回数との関係 —人間ドック別比較—

受診回数を初回、複数回に大別して、発見したがんを100%としてそれぞれの割合を比較した。

表18 発見大腸(結腸・直腸)がんの検討 —人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	検討項目 症例数	性別		年代				手術			進行度		がん家系		受診回数		自覚症状		肥満度		
		男	女	39歳以下	40歳代	50歳代	60歳以上	無	開腹切除	内視鏡切除	早期	進行	有	無	初回	複数回	有	無	やせ	普通	肥満
二日ドック	症例数	114	35	0	20	61	68	4	44	101	121	28	74	75	74	75	44	105	14	92	43
	%	76.5	23.5	0.0	13.4	40.9	45.6	2.7	29.5	67.8	81.2	18.8	49.7	50.3	49.7	50.3	29.5	70.5	9.4	61.7	28.9
一日ドック	症例数	802	358	28	167	385	580	38	341	781	815	345	547	613	344	816	233	927	98	742	320
	%	69.1	30.9	2.4	14.4	33.2	50.0	3.3	29.4	67.3	70.3	29.7	47.2	52.8	29.7	70.3	20.1	79.9	8.4	64.0	27.6
総計	症例数	916	393	28	187	446	648	42	385	882	936	373	621	688	418	891	277	1,032	112	834	363
	%	70.0	30.0	2.1	14.3	34.1	49.5	3.2	29.4	67.4	71.5	28.5	47.4	52.6	31.9	68.1	21.2	78.8	8.6	63.7	27.7

表19 性別大腸がん発見率 —人間ドック別比率— (2010年)

ドック別	性別	受診者数	発見大腸がん数	大腸がん発見率
二日ドック	男性	147,495	114	0.077
	女性	51,204	35	0.068
一日ドック	男性	1,715,144	802	0.047
	女性	1,163,509	358	0.031
計	男性	1,862,639	916	0.049
	女性	1,214,713	393	0.032

表20 性別・大腸がん発見率の推移 —年別比較—

性別	年	総計
男性	1988	290/616,911=0.047%
	1990	467/694,738=0.067%
	1995	907/1,246,599=0.073%
	2000	1,123/1,594,729=0.070%
	2009	925/1,828,925=0.051%
	2010	916/1,862,639=0.049%
女性	1988	47/281,086=0.017%
	1990	93/416,325=0.022%
	1995	214/805,712=0.027%
	2000	298/856,044=0.035%
	2009	361/1,180,020=0.031%
	2010	393/1,214,713=0.032%

(注) 発見大腸がん数/受診者数=大腸がん発見率

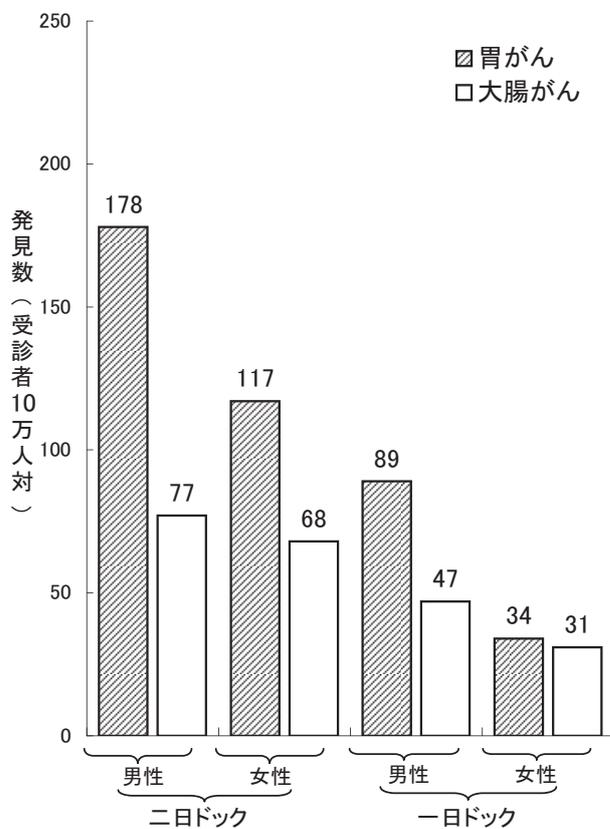


図20 性別による胃がんと大腸がんの発見数 (10万人対) —人間ドック別比較— (2010年)

人間ドック別では、胃がんは両方共に反復受診時に発見される割合が高い。大腸がんでは、一日ドックは反復受診時発見例が多いが、二日ドックでは初回受診時に発見される割合が高くなっている(図22)。

人間ドック別の大腸がん受診回数の年別比較では、当初は二日ドックでは初回受診者の割合が高かったが、1990年以後は反復受診者の比率が高くなっていた。しかし、2009年、2010年では初回と反復の

表21 年代別大腸がん発見率の比較
—人間ドック別比較— (2010年)

ドック別	年代	受診者数	発見大腸がん数	大腸がん発見率
二日ドック	39歳以下	16,655	0	0.000
	40歳代	47,141	20	0.042
	50歳代	81,239	61	0.075
	60歳以上	53,664	68	0.127
一日ドック	39歳以下	465,433	28	0.006
	40歳代	910,635	167	0.018
	50歳代	894,196	385	0.043
	60歳以上	608,389	580	0.095
計	39歳以下	482,088	28	0.006
	40歳代	957,776	187	0.020
	50歳代	975,435	446	0.046
	60歳以上	662,053	648	0.098

表22 年代別・大腸がん発見率の推移 —年別比較—

年代	年	総計
39歳以下	1988	17/187,259=0.009%
	1990	13/243,227=0.005%
	1995	24/396,718=0.006%
	2009	39/490,265=0.008%
	2010	28/482,088=0.006%
40歳代	1988	59/350,177=0.017%
	1990	118/487,834=0.024%
	1995	206/833,070=0.025%
	2009	167/932,663=0.018%
	2010	187/957,776=0.020%
50歳代	1988	156/274,844=0.057%
	1990	274/365,661=0.075%
	1995	503/708,584=0.071%
	2009	490/960,841=0.051%
	2010	446/975,435=0.046%
60歳以上	1988	105/85,717=0.122%
	1990	155/126,764=0.122%
	1995	388/284,409=0.136%
	2009	590/625,176=0.094%
	2010	648/662,053=0.098%

(注) 発見大腸がん数/受診者数=大腸がん発見率

割合がほぼ同率となっている。

一日ドックは1988年以来、反復受診者の割合が70%前後と高く、2010年は総計で前年とほぼ同率であった(図23)。

(g) 治療, 家系, 自覚症状との関係

胃がんと大腸がんを比較すると、その傾向はほぼ同じである。手術率は大腸がんが2.9%ほど高いが、そのなかで内視鏡的切除のみで終わった症例が67.4%を占め、胃がんより高率である。がん家系を有する割合はともに46~47%前後、胃腸症状を有する割合も20~21%程度である(図24)。

発見大腸がんについて年別に比較してみると、2010年の切除率は97%で前年とほぼ同率。また胃腸症状を有する割合は次第に減少傾向を示していたが、2010年は21.2%と前年と同率である(図25)。

(h) 肥満度との関係

胃がんと大腸がんを比較すると、普通、肥満、やせの順位は同じで、両群の割合はほとんど差が見られない(図26)。

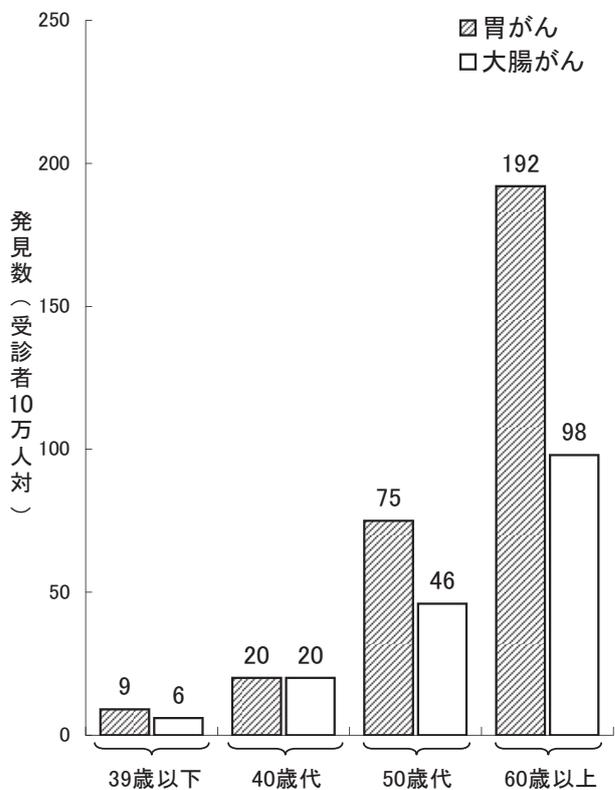


図21 胃がんと大腸がん発見数(10万人対)の年代別比較(2010年)

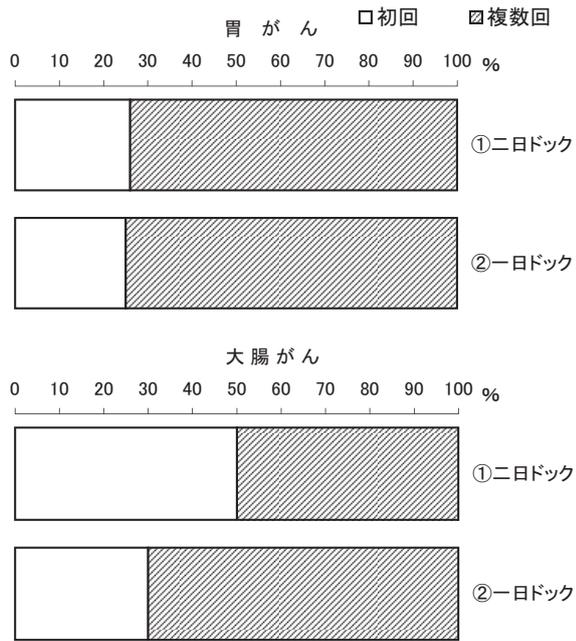


図22 発見胃がんおよび大腸がんを受診回数との関係 —人間ドック別比較— (2010年)

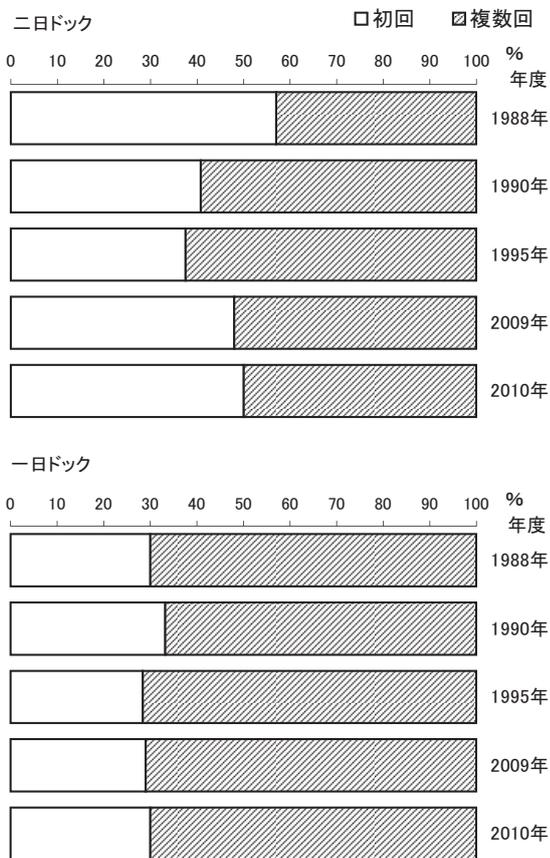


図23 人間ドック別の発見大腸がんを受診回数との関係 —年別比較—

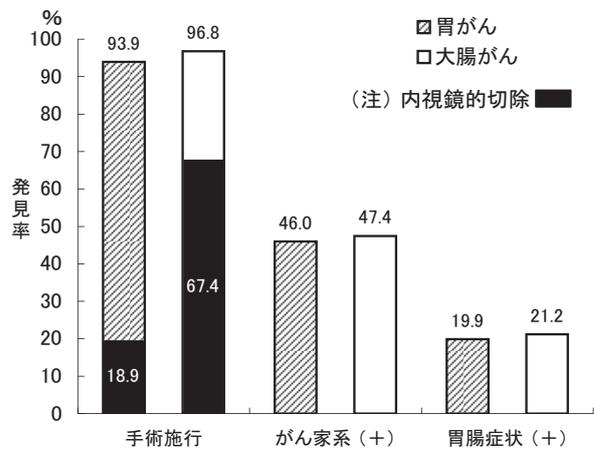


図24 発見胃がんおよび大腸がんの手術・がん家系・胃腸症状に関する検討 (2010年)

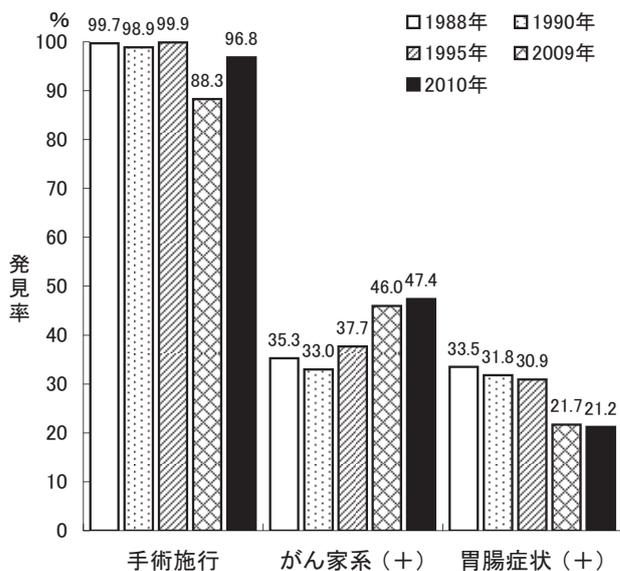


図25 発見大腸がんの手術・がん家系・胃腸症状に関する検討 —年別比較—

年別に大腸がんの肥満度を比較してみると、1990年以降は肥満者が減少傾向を示しているが、2010年は27.7%と前年より増えている（図27）。

(i) 地域差の検討—人間ドック別比較—

胃がんと大腸がんの発見がん数が人間ドック受診者の増加につれて年々増えているため、1990年から東日本（関東・甲信越以北）と西日本（東海・北陸以南）に二大別して地域差の検討を行っている（表23）。

今回の調査結果を総合すると、胃がんの発見数（10万人対）は二日ドック、一日ドックともに西日

本が高めであった。

早期がん占有率は、二日ドックでは東日本が高く、一日ドックでは西日本が高かった（図28）。

大腸がんについても同様の検討を行った。発見数（10万人対）は二日ドック、一日ドックともに西日本が高かった。早期がんの占める割合は二日ドックは西日本、一日ドックは東日本の方が高かったが、大きな差はなかった（図29）。

小括：人間ドックで発見した大腸がんの特徴

—特に胃がんと比較—

(a) 大腸がんの発見率（0.043%）は胃がんの約

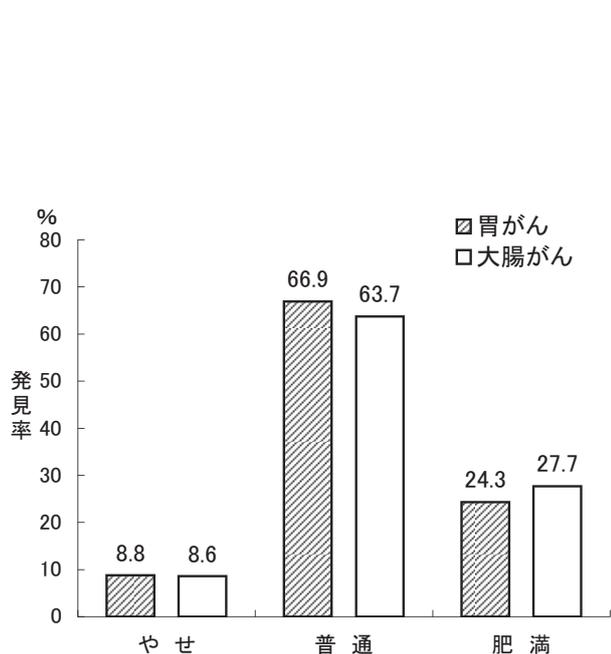


図26 発見胃がんおよび大腸がんとの肥満度の関係 (2010年)

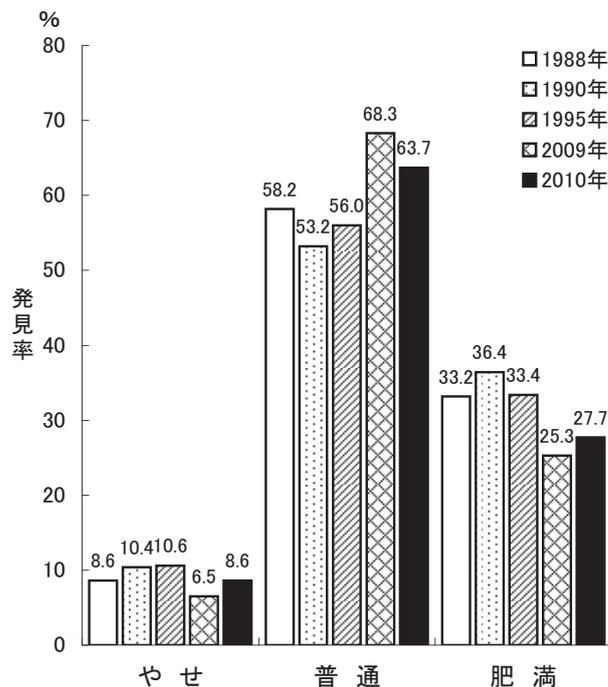


図27 発見大腸がんとの肥満度の関係 —年別比較—

表23 胃・大腸がんについて地域差の検討 —人間ドック別比較— (2010年)

地区	ドック別	受診者数	胃がん			大腸がん		
			発見がん数	発見率	早期がんの占める割合	発見がん数	発見率	早期がんの占める割合
東日本	二日ドック	122,605	173	0.141	146/173=84.4	80	0.065	64/80=80.0
	一日ドック	1,941,829	1,230	0.063	933/1,230=75.9	728	0.037	515/728=70.7
	計	2,064,434	1,403	0.068	1,079/1,403=76.9	808	0.039	579/808=71.7
西日本	二日ドック	76,094	149	0.196	119/149=79.9	69	0.091	57/69=82.6
	一日ドック	936,824	686	0.073	534/686=77.8	432	0.046	300/432=69.4
	計	1,012,918	835	0.082	653/835=78.2	501	0.049	357/501=71.3
総計	二日ドック	198,699	322	0.162	265/322=82.3	149	0.075	121/149=81.2
	一日ドック	2,878,653	1,916	0.067	1,467/1,916=76.6	1,160	0.040	815/1,160=70.3
	計	3,077,352	2,238	0.073	1,732/2,238=77.4	1,309	0.043	936/1,309=71.5

59%に相当する。早期がんの占める割合（71.5%）は、胃がん（77.4%）より低率であった。

(b) 性別発見頻度の比較では、胃がんは男性：女性＝2：1であるが、大腸がんは性差が縮小している。

(c) 年代別発見頻度の比較では、大腸がんは胃がんと同様に加齢とともに発見頻度が高くなっている。39歳以下と60歳以上の発見率の格差は、大腸がんでは16倍、胃がんの方は21倍で前年と格差が同じ傾向を示している。

(d) 受診回数との比較では、反復受診者は大腸がんが68.1%を占め、胃がんの74.8%との格差がやや開いている。

(e) 手術施行例は大腸がん96.8%に対し、胃がん93.9%である。内視鏡的切除は胃がん18.9%、大腸がんは67.4%と前年と格差が縮んでいる。

(f) がん家系を有する人は、胃がん、大腸がんともに46～47%前後である。

(g) 胃腸症状を有する人は、大腸がんは21.2%で、胃がん19.9%と20%前後である。

(h) 肥満度との関係では、やせ型と肥満型の割合は胃がん、大腸がんともに1：3と肥満者が多い。

(i) 人間ドック別にがん発見数（10万人対）の地域差をみると、胃がんでは二日ドック、一日ドックともに西日本が高かった。大腸がんも、二日ドック、一日ドックともに西日本が高かった。

早期がんの占める割合は、胃がんは二日ドックで東日本が高いが一日ドックでは西日本が高かった。大腸がんでは二日ドックは西日本、一日ドックは東日本が高かった。

〔C〕項目別集計成績

項目別統計の返信をいただいた694施設の総受診者数3,077,352人について、年代別に判定区分による分類を行った（表24）。

この総括表をさらに細分化し以下の検討を行った。

（1）人間ドックの判定別集計

（a）全国総合成績（図30）

異常なし（A+B）の全国平均は8.4%であり、年別別に比較すると39歳以下は17.7%、40歳代9.9%、

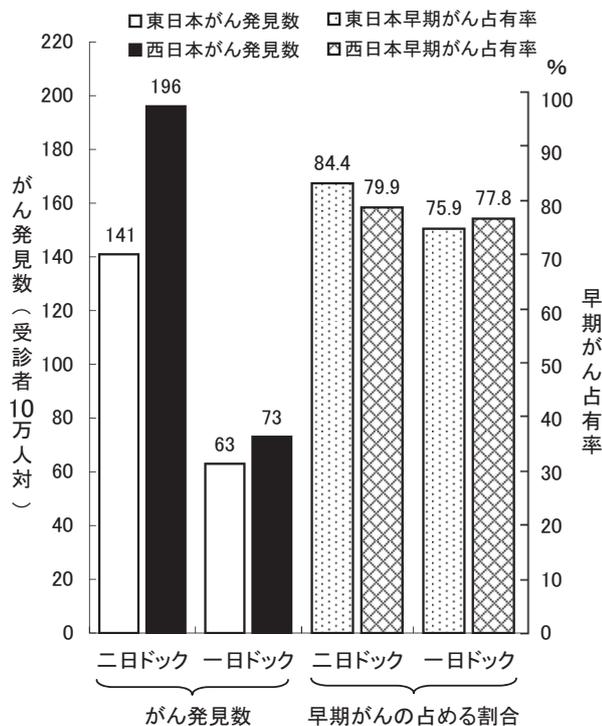


図28 人間ドック別胃がんの地域差について（2010年）
—がん発見数（10万人対）および早期がん占有率の比較—

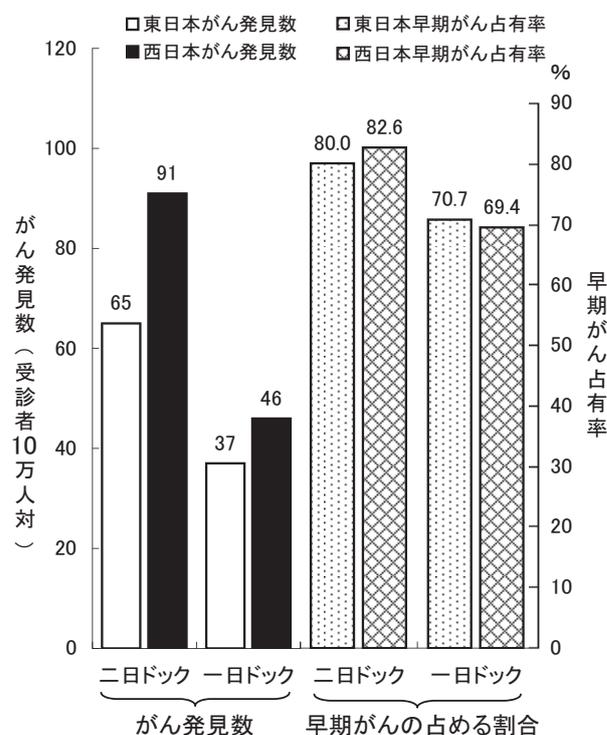


図29 人間ドック別大腸がんの地域差について（2010年）
—がん発見数（10万人対）および早期がん占有率の比較—

表24 人間ドック受診者の検査項目別総合成績 (2010年)

年代別	39歳以下			40-49歳			50-59歳			60歳以上			総 計		
異常なし (A+B)	人 数 (85,435)			人 数 (95,108)			人 数 (54,196)			人 数 (24,725)			人 数 (259,464)		
総受診者 数	受診者数 (482,088)			受診者数 (957,776)			受診者数 (975,435)			受診者数 (662,053)			受診者数 (3,077,352)		
新判定	C	D ₁	D ₂	C	D ₁	D ₂									
肥満	106,792	4,652	1,048	256,154	13,142	3,417	277,360	14,298	3,682	171,347	7,508	2,211	811,653	39,600	10,358
呼吸器 疾患	16,661	1,802	5,498	49,081	4,699	14,944	79,035	7,671	24,373	89,442	10,490	28,650	234,219	24,662	73,465
高血圧	20,592	6,339	2,064	65,860	47,430	9,106	95,136	126,162	13,977	71,992	144,105	12,500	253,580	324,036	37,647
高コレス テロール	65,179	13,076	8,914	178,108	49,740	24,032	227,853	91,783	33,245	141,899	73,903	20,463	613,039	228,502	86,654
高中性 脂肪	39,620	6,652	5,065	104,307	25,160	13,866	113,546	40,412	14,047	63,552	32,571	6,892	321,025	104,795	39,870
高尿酸	33,451	8,916	4,462	73,291	28,573	9,678	69,717	36,791	8,613	40,626	26,794	5,193	217,085	101,074	27,946
心電図 異常	23,267	1,134	5,684	54,861	5,023	14,691	79,228	14,462	24,279	78,127	23,742	25,952	235,483	44,361	70,606
腎・尿路 疾患	57,393	3,595	15,203	137,389	10,480	34,317	167,902	14,770	40,827	140,563	12,688	35,768	503,247	41,533	126,115
食道・胃 疾患	53,497	2,905	11,245	148,233	9,291	30,676	183,946	14,604	44,111	139,594	13,701	36,280	525,270	40,501	122,312
十二指腸 疾患	10,227	924	1,633	29,402	2,762	4,405	38,430	4,012	5,533	27,431	2,597	3,796	105,490	10,295	15,367
胆石・胆の うポリープ	58,330	1,010	3,592	156,191	4,087	9,573	184,274	5,289	12,336	125,265	4,106	9,695	524,060	14,492	35,196
肝機能 異常	94,154	5,089	21,104	235,996	14,907	48,559	273,224	18,354	52,155	176,042	12,105	30,717	779,416	50,455	152,535
その他の 消化器疾患	24,430	842	5,886	69,874	2,515	14,441	91,197	4,137	17,956	64,887	4,426	15,393	250,388	11,920	53,676
糖尿病	32,107	4,319	3,462	106,931	25,022	16,083	180,388	60,377	31,841	156,750	59,025	29,740	476,176	148,743	81,126
血液疾患	43,771	6,479	10,289	99,068	22,195	25,144	96,655	11,685	19,069	78,350	7,468	13,286	317,844	47,827	67,788
血清梅毒 反応	1,722	112	443	5,035	456	1,298	5,800	512	1,322	4,477	458	1,406	17,034	1,538	4,469
リウマチ 疾患	6,195	401	1,567	19,150	1,221	4,681	24,085	1,894	6,117	14,490	1,523	4,345	63,920	5,039	16,710
眼科	25,711	5,042	19,283	71,663	18,362	51,519	101,265	32,361	66,071	90,125	44,655	62,643	288,764	100,420	199,516
肛門・大腸 疾患	2,810	1,286	15,732	8,736	3,214	32,876	13,013	4,252	38,928	11,904	4,438	33,823	36,463	13,190	121,359
前立腺 疾患	793	65	312	3,519	346	1,319	9,480	2,284	5,264	12,024	7,554	10,490	25,816	10,249	17,385
婦人科	15,522	3,123	5,744	43,042	8,416	13,206	34,884	5,083	8,945	14,086	1,721	3,451	107,534	18,343	31,346
乳房疾患	23,492	951	8,627	42,444	2,337	19,441	27,853	1,852	14,516	14,317	1,010	7,073	108,106	6,150	49,657
その他の 疾患	21,026	3,553	6,498	57,114	10,592	14,297	86,254	15,013	22,402	90,930	17,834	24,525	255,324	46,992	67,722
合計	776,742	82,267	163,355	2,015,449	309,970	411,569	2,460,525	528,058	509,609	1,818,220	514,422	424,292	7,070,936	1,434,717	1,508,825

A…異常なし B…軽度異常なるも現在心配なし C…軽度異常あり生活改善し、経過観察を要す
D₁…医療を要す D₂…二次精査を要す

50歳代5.6%と漸減し、60歳以上はわずか3.7%である。

一方、異常を認めた人は全平均で91.6%であり、その内訳はC（要経過観察）が最も多く、ついでD₂（要精査）、D₁（要医療）の順であり、各群ともに加齢に伴い増加傾向を示している。

(b) 年別の比較（表25、図31）

過去27年間の判定別集計を比較するとA+B群は近年次第に各年代ともに低率となっている。最も異常頻度の高いC群は、各年代ともに前年より高値を

示している。また、D₁群も各年代ともに前年より高率である。D₂群は各年代ともに前年とほぼ同率である。

(2) 年代別健常者の比較

(a) 性別の比較（表26、図32）

健常者の割合を性別で比較すると、各年代ともに男性より女性の頻度が高く、全平均で2.9%の格差が見られた。

年代別に性差を比較すると、39歳以下で4.2%の差があり、加齢とともに性差が縮少している。

表25 人間ドック受診者の判定別・年代別総合成績 一年別比較

区分	年	39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
年別対象人数	1984	89,045名		163,944名		127,122名		33,637名		413,748名	
	1990	243,227		487,834		365,661		126,764		1,223,486	
	1995	396,718		833,070		708,584		284,409		2,222,781	
	2000	461,812		850,601		928,881		394,410		2,635,704	
	2009	490,265		932,663		960,841		625,176		3,008,945	
	2010	482,088		957,776		975,435		662,053		3,077,352	
A+B	1984	33,091	37.2%	51,056	31.1%	31,520	24.8%	7,531	22.4%	123,198	29.8%
	1990	89,753	36.9	126,348	25.9	70,555	19.3	19,252	15.2	305,908	25.0
	1995	116,025	29.2	146,432	17.6	89,953	12.7	26,985	9.5	379,395	17.1
	2000	124,564	27.0	134,250	15.8	101,246	10.9	32,502	8.2	392,562	14.9
	2009	90,060	18.4	102,497	11.0	63,340	6.6	28,508	4.6	284,405	9.5
	2010	85,435	17.7	95,108	9.9	54,196	5.6	24,725	3.7	259,464	8.4
C	1984	60,977	68.5	144,363	88.1	138,494	108.9	42,889	127.5	386,723	93.5
	1990	221,465	91.1	589,054	120.7	537,320	146.9	215,160	169.7	1,562,999	127.7
	1995	442,428	111.5	1,241,839	149.1	1,244,267	175.6	573,139	201.5	3,501,673	157.5
	2000	597,505	129.4	1,491,844	175.4	1,879,169	202.3	918,878	233.0	4,887,396	185.4
	2009	763,496	155.7	1,894,380	203.1	2,331,952	242.7	1,600,527	256.0	6,590,355	219.0
	2010	776,742	161.1	2,015,449	210.4	2,460,525	252.2	1,818,220	274.6	7,070,936	229.8
D ₁	1984	6,998	7.9	22,465	13.7	28,286	22.3	9,932	29.5	67,681	16.4
	1990	18,002	7.4	64,407	13.2	76,211	20.8	35,200	27.8	193,820	15.8
	1995	42,032	10.6	150,119	18.0	191,079	27.0	109,224	38.4	492,454	22.2
	2000	62,761	13.6	193,434	22.7	311,855	33.6	186,569	47.3	754,619	28.6
	2009	81,107	16.5	287,401	30.8	493,243	51.3	458,558	73.3	1,320,309	43.9
	2010	82,267	17.1	309,970	32.4	528,058	54.1	514,422	77.7	1,434,717	46.6
D ₂	1984	19,769	22.2	45,528	27.8	45,129	35.5	14,017	41.7	124,443	30.1
	1990	58,624	24.1	160,702	32.9	146,031	39.9	62,766	49.5	428,123	35.0
	1995	124,700	31.4	363,228	43.6	369,939	52.2	184,084	64.7	1,041,951	46.9
	2000	146,407	31.7	376,882	44.3	497,193	53.5	254,015	64.4	1,274,497	48.4
	2009	168,117	34.3	405,659	43.5	506,300	52.7	388,201	62.1	1,468,277	48.8
	2010	163,355	33.9	411,569	43.0	509,609	52.2	424,292	64.1	1,508,825	49.0

(注) A+B…軽度異常を含めた異常なしの合計 C…軽度異常あり生活改善し、経過観察を要す D₁…医療を要す
D₂…二次精査を要す

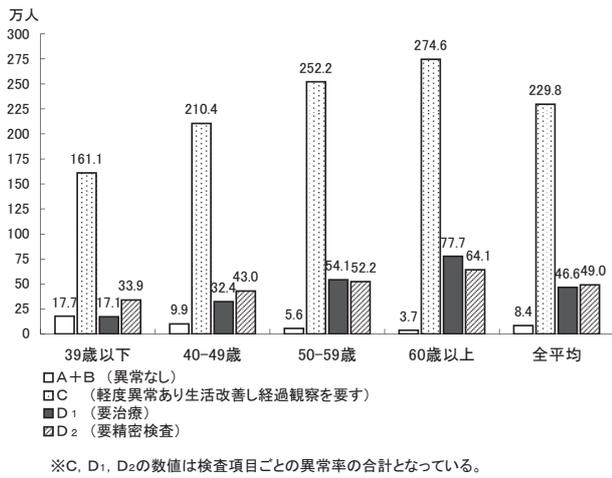


図30 人間ドック受診断者の判定別・年代別総合成績 (2010年) —対象3,077,352名—

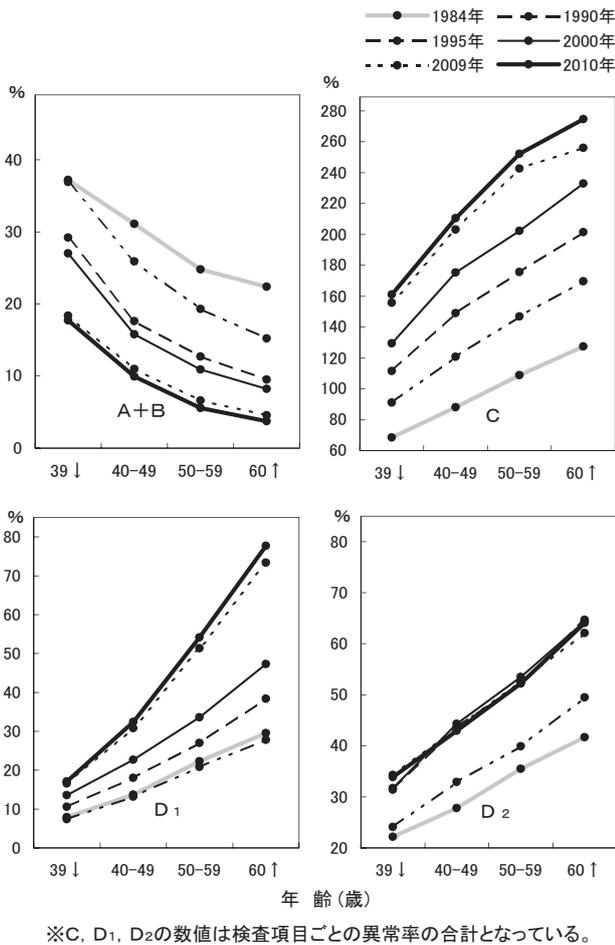


図31 人間ドックの判定別・年代別総合成績 —年別比較—

(b) 人間ドック別の比較 (表27, 図33)

30歳代から60歳代まで二日ドックより一日ドックの方が健常者頻度が高いが、加齢とともに次第に格差が縮んでいる。総計では、一日ドックの方が二日ドックより3.8%高い。

(3) 年代別異常頻度の比較

(a) 性別の比較 (図34)

年代別の異常頻度について性別に比較をすると、各年代ともに男性が女性より異常頻度が高い。

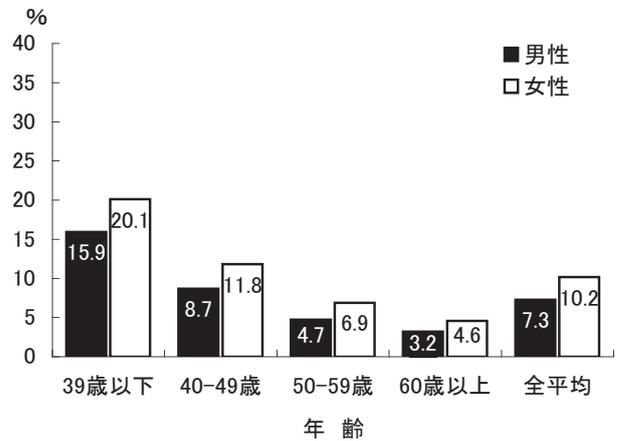


図32 年代別健常者頻度 —性別比較— (2010年)

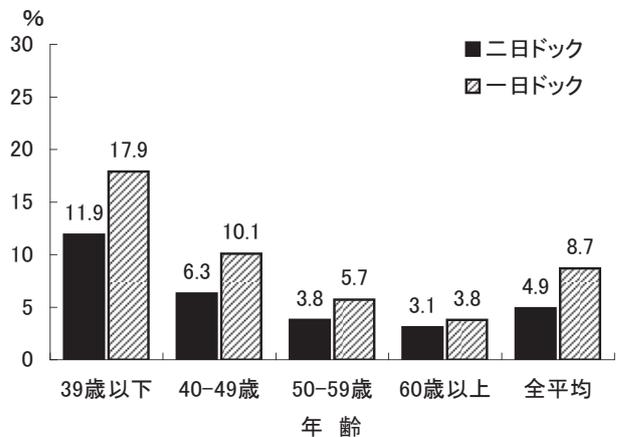


図33 年代別健常者頻度 —人間ドック別比較— (2010年)

性差は39歳以下で57.8%，60歳以上では57.3%であり，加齢による格差の変化は見られない。重複項目を合計した全平均では，男性が女性よりも69.4%高く，前年より格差が開いている。

(b) 人間ドック別の比較 (図35)

二日ドックと一日ドックの年代別異常頻度を比較すると，各年代ともに二日ドックの方が高い。

全平均では二日ドックの方が一日ドックより104.7%ほど高い。

(4) 人間ドックの項目別集計 (表28, 図36)

人間ドックの各項目別異常頻度を高い順に挙げると，第1位・肥満，2位・高コレステロール，3位の肝機能異常はほぼ同率であり，ついで食道・胃・十二指腸潰瘍，耐糖能異常，高血圧の順で，高中性

表26 人間ドック受診者の判定別総合成績 —性別・年代別比較— (2010年)

年代別	39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
受診者数	482,088 (100.0%)	男 276,633 (100.0%)	957,776 (100.0%)	男 576,414 (100.0%)	975,435 (100.0%)	男 597,687 (100.0%)	662,053 (100.0%)	男 411,905 (100.0%)	3,077,352 (100.0%)	男 1,862,639 (100.0%)
		女 205,455 (100.0%)				女 381,362 (100.0%)				女 377,748 (100.0%)
A+B	85,435 (17.7%)	男 44,076 (15.9%)	95,108 (9.9%)	男 50,074 (8.7%)	54,196 (5.6%)	男 28,247 (4.7%)	24,725 (3.7%)	男 13,296 (3.2%)	259,464 (8.4%)	男 135,693 (7.3%)
		女 41,359 (20.1%)				女 45,034 (11.8%)				女 25,949 (6.9%)
C	776,742 (161.1%)	男 504,137 (182.2%)	2,015,449 (210.4%)	男 1,339,991 (232.5%)	2,460,525 (252.2%)	男 1,620,798 (271.2%)	1,818,220 (274.6%)	男 1,193,966 (289.9%)	7,070,936 (229.8%)	男 4,658,892 (250.1%)
		女 272,605 (132.7%)				女 675,458 (177.1%)				女 839,727 (222.3%)
D ₁	82,267 (17.1%)	男 56,920 (20.6%)	309,970 (32.4%)	男 221,597 (38.4%)	528,058 (54.1%)	男 374,367 (62.6%)	514,422 (77.7%)	男 346,529 (84.1%)	1,434,717 (46.6%)	男 999,413 (53.7%)
		女 25,347 (12.3%)				女 88,373 (23.2%)				女 153,691 (40.7%)
D ₂	163,355 (33.9%)	男 94,031 (34.0%)	411,569 (43.0%)	男 253,058 (43.9%)	509,609 (52.2%)	男 328,037 (54.9%)	424,292 (64.1%)	男 277,314 (67.3%)	1,508,825 (49.0%)	男 952,440 (51.1%)
		女 69,324 (33.7%)				女 158,511 (41.6%)				女 181,572 (48.1%)

(注) A+B…軽度異常を含めた異常なしの合計 C…軽度異常あり生活を改善し，経過観察を要す
D₁…医療を要す D₂…二次精査を要す

表27 年代別健常者・異常者数と頻度 —人間ドック別比較— (2010年)

		39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
二日ドック	A+B	1,974名	11.9%	2,953名	6.3%	3,126名	3.8%	1,649名	3.1%	9,702名	4.9%
		16,655		47,141		81,239		53,664		198,699	
	C	35,359	212.3	132,788	281.7	255,658	314.7	184,650	344.1	608,455	306.2
	16,655	47,141		81,239		53,664		198,699			
一日ドック	A+B	83,461	17.9	92,155	10.1	51,070	5.7	23,076	3.8	249,762	8.7
		465,433		910,635		894,196		608,389		2,878,653	
	C	741,383	159.3	1,882,661	206.7	2,204,867	246.6	1,633,570	268.5	6,462,481	224.5
	465,433	910,635		894,196		608,389		2,878,653			
D ₁	77,654	16.7	287,296	31.5	470,668	52.6	463,784	76.2	1,299,402	45.1	
	465,433		910,635		894,196		608,389		2,878,653		

(注) A+B…軽度異常を含めた異常なしの合計 C…軽度異常あり生活習慣を改善し経過観察を要す D₁…医療を要す

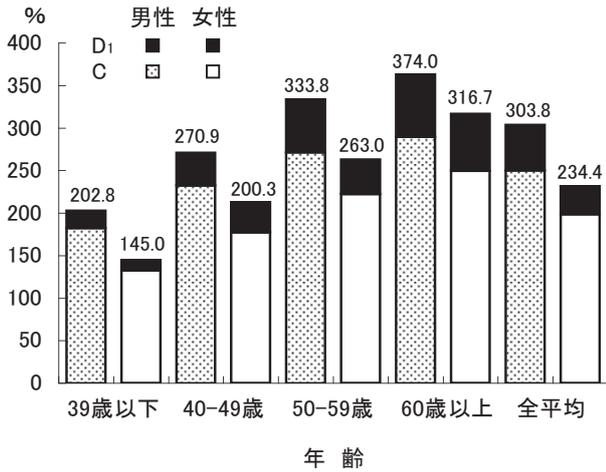


図34 年代別異常者頻度 —性別比較— (2010年)

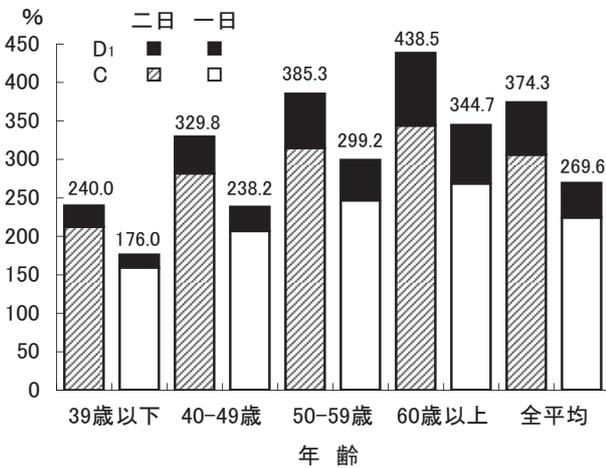


図35 年代別異常者頻度 —人間ドック別比較— (2010年)

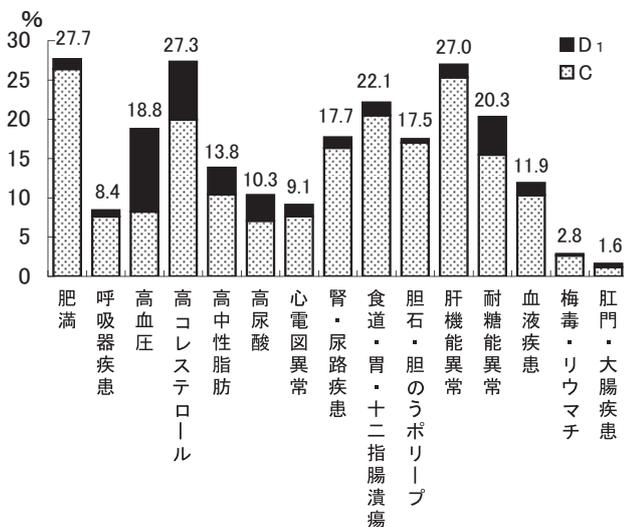


図36 人間ドック検査項目別異常者頻度 (2010年)

脂肪は9位になっている。

(5) 項目別集計の検討

(a) 性別の比較 (図37)

各項目別異常頻度を性別に比較すると、腎・尿路疾患、血液疾患、梅毒・リウマチは女性の方が多いが、その他の項目はすべて男性の方が多い。特に男女差の顕著な項目は頻度の高い順に高尿酸、高中性脂肪、肝機能異常、高血圧、肥満、耐糖能異常である。

(b) 人間ドック別の比較 (表29, 図38)

各項目別異常頻度を二日ドックと一日ドックで比較した。

ほぼ各項目ともに、二日ドックの方が一日ドックより異常頻度が高い。一日ドックでは肥満、高コレステロール、肝機能異常、食道・胃・十二指腸潰瘍、高血圧、耐糖能異常の順である。しかし二日ドックでは食道・胃・十二指腸潰瘍、肥満、耐糖能異常、肝機能異常、高コレステロール、高血圧、胆石、胆のうポリープ、腎・尿路疾患の順となり、特に耐糖能異常の格差が著しい。

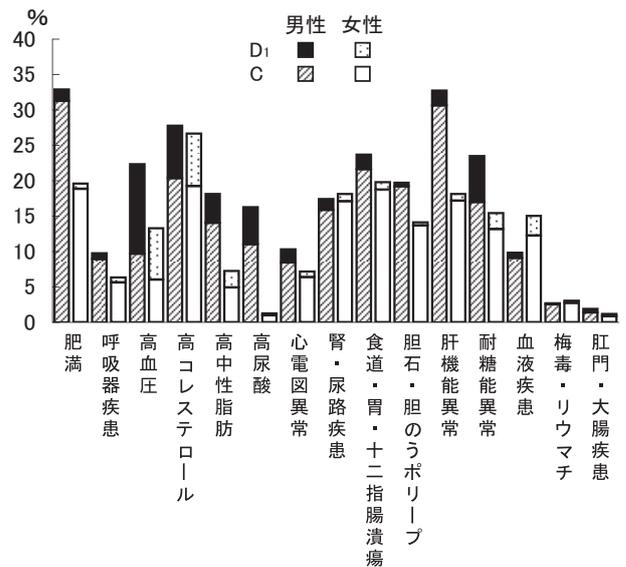


図37 検査項目別異常頻度 —性別の比較— (2010年)

表28 人間ドック検査項目別異常者数と頻度 一性別比較一 (2010年) 対象人数 男 1,862,639名 女 1,214,713名

判定	C			D ₁			計		
		男	女		男	女		男	女
肥満	811,653 (26.4%)	582,548 (31.3%)	229,105 (18.9%)	39,600 (1.3%)	30,413 (1.6%)	9,187 (0.8%)	851,253 (27.7%)	612,961 (32.9%)	238,292 (19.7%)
呼吸器疾患	234,219 (7.6%)	165,943 (8.9%)	68,276 (5.6%)	24,662 (0.8%)	15,716 (0.8%)	8,946 (0.7%)	258,881 (8.4%)	181,659 (9.7%)	77,222 (6.3%)
高血圧	253,580 (8.2%)	180,171 (9.7%)	73,409 (6.0%)	324,036 (10.5%)	235,948 (12.7%)	88,088 (7.3%)	577,616 (18.7%)	416,119 (22.4%)	161,497 (13.3%)
高コレステロール	613,039 (19.9%)	379,313 (20.4%)	233,726 (19.2%)	228,502 (7.4%)	138,200 (7.4%)	90,302 (7.4%)	841,541 (27.3%)	517,513 (27.8%)	324,028 (26.6%)
高中性脂肪	321,025 (10.4%)	261,330 (14.0%)	59,695 (4.9%)	104,795 (3.4%)	76,248 (4.1%)	28,547 (2.4%)	425,820 (13.8%)	337,578 (18.1%)	88,242 (7.3%)
高尿酸	217,085 (7.1%)	205,119 (11.0%)	11,966 (1.0%)	101,074 (3.3%)	97,738 (5.2%)	3,336 (0.3%)	318,159 (10.4%)	302,857 (16.2%)	15,302 (1.3%)
心電図異常	235,483 (7.7%)	157,663 (8.5%)	77,820 (6.4%)	44,361 (1.4%)	34,773 (1.9%)	9,588 (0.8%)	279,844 (9.1%)	192,436 (10.4%)	87,408 (7.2%)
腎・尿路疾患	503,247 (16.4%)	295,636 (15.9%)	207,611 (17.1%)	41,533 (1.3%)	29,034 (1.6%)	12,499 (1.0%)	544,780 (17.7%)	324,670 (17.5%)	220,110 (18.1%)
食道・胃・ 十二指腸潰瘍	630,760 (20.5%)	403,067 (21.6%)	227,693 (18.7%)	50,796 (1.7%)	37,994 (2.0%)	12,802 (1.1%)	681,556 (22.2%)	441,061 (23.6%)	240,495 (19.8%)
胆石・ 胆のうポリープ	524,060 (17.0%)	357,660 (19.2%)	166,400 (13.7%)	14,492 (0.5%)	9,408 (0.5%)	5,084 (0.4%)	538,552 (17.5%)	367,068 (19.7%)	171,484 (14.1%)
肝機能異常 (脂肪肝含)	779,416 (25.3%)	570,574 (30.6%)	208,842 (17.2%)	50,455 (1.6%)	38,850 (2.1%)	11,605 (1.0%)	829,871 (26.9%)	609,424 (32.7%)	220,447 (18.2%)
耐糖能異常	476,176 (15.5%)	316,331 (17.0%)	159,845 (13.2%)	148,743 (4.8%)	121,019 (6.5%)	27,724 (2.3%)	624,919 (20.3%)	437,350 (23.5%)	187,569 (15.5%)
血液疾患	317,844 (10.3%)	168,997 (9.1%)	148,847 (12.3%)	47,827 (1.6%)	14,078 (0.8%)	33,749 (2.8%)	365,671 (11.9%)	183,075 (9.9%)	182,596 (15.1%)
梅毒・リウマチ	80,954 (2.6%)	47,556 (2.6%)	33,398 (2.7%)	6,577 (0.2%)	2,959 (0.2%)	3,618 (0.3%)	87,531 (2.8%)	50,515 (2.8%)	37,016 (3.0%)
肛門・大腸疾患	36,463 (1.2%)	25,904 (1.4%)	10,559 (0.9%)	13,190 (0.4%)	9,246 (0.5%)	3,944 (0.3%)	49,653 (1.6%)	35,150 (1.9%)	14,503 (1.2%)

(注) C…軽度異常あり生活改善し、経過観察を要す D₁…医療を要す

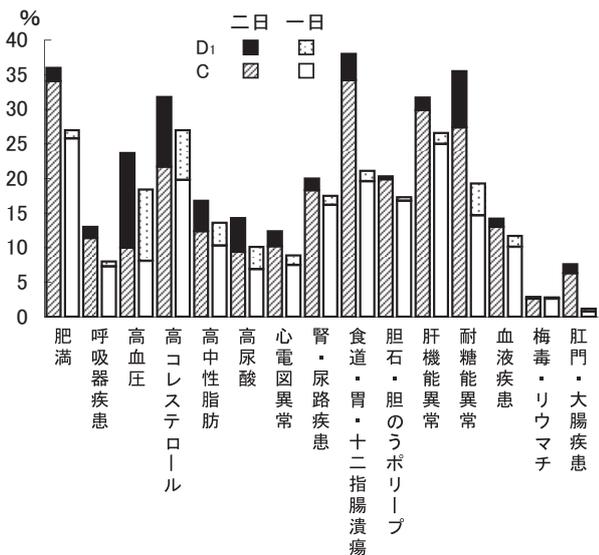


図38 検査項目別異常頻度 —人間ドック別の比較— (2010年)

表29 検査項目別異常者数と頻度 —人間ドック別比較—

ドック別 対象人数	二日ドック 198,699名				一日ドック 2,878,653名					
	C		D ₁		C		D ₁		計	
肥満	67,758名	34.1%	3,772名	1.9%	36.0%	743,895名	25.8%	35,828名	1.2%	27.1%
呼吸器疾患	22,674	11.4	3,263	1.6	13.1	211,545	7.3	21,399	0.7	8.1
高血圧	19,799	10.0	27,275	13.7	23.7	233,781	8.1	296,761	10.3	18.4
高コレステロール	43,029	21.7	20,037	10.1	31.7	570,010	19.8	208,465	7.2	27.0
高中性脂肪	24,733	12.4	8,821	4.4	16.9	296,292	10.3	95,974	3.3	13.6
高尿酸	18,637	9.4	9,727	4.9	14.3	198,448	6.9	91,347	3.2	10.1
心電図異常	20,260	10.2	4,432	2.2	12.4	215,223	7.5	39,929	1.4	8.9
腎・尿路疾患	36,282	18.3	3,434	1.7	20.0	466,965	16.2	38,099	1.3	17.5
食道・胃・十二指腸潰瘍	67,872	34.2	7,554	3.8	38.0	562,888	19.6	43,242	1.5	21.1
胆石・胆のうポリープ	39,573	19.9	831	0.4	20.3	484,487	16.8	13,661	0.5	17.3
肝機能異常(脂肪肝含)	59,489	29.9	3,537	1.8	31.7	719,927	25.0	46,918	1.6	26.6
耐糖能異常	54,406	27.4	16,030	8.1	35.4	421,770	14.7	132,713	4.6	19.3
血液疾患	25,868	13.0	2,401	1.2	14.2	291,976	10.1	45,426	1.6	11.7
梅毒・リウマチ	5,172	2.6	610	0.3	2.9	75,782	2.6	5,967	0.2	2.8
肛門・大腸疾患	12,465	6.3	2,562	1.3	7.6	23,998	0.8	10,628	0.4	1.2

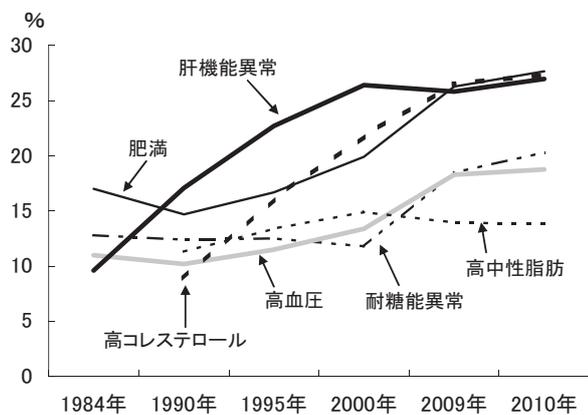


図39 6項目異常頻度 —年別比較—

(c) 年別比較 (表30, 図39)

各年ともに異常頻度が高く、しかも生活習慣病の危険因子と考えられる主要6項目について、27年間の成績を比較した。なお、1984年は高コレステロールと高中性脂肪を合わせて高脂血として統計をとったため、省略している。

総合的には、6項目の異常は年々増加傾向を示しており、2010年は前年と比べて高中性脂肪以外はすべて増加傾向を示している。

(6) 6項目異常頻度の検討

生活習慣病の危険因子として重要な主要6項目

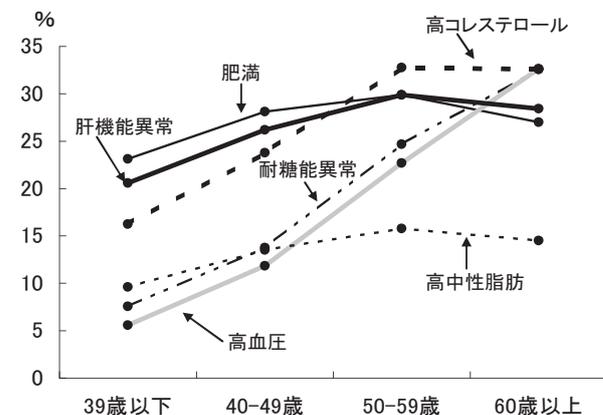


図40 6項目異常頻度 —年代別比較— (2010年)

について、種々の検討を行った。

(a) 年代別の総合比較 (図40)

肝機能異常および肥満、高コレステロール、高中性脂肪は、50歳代をピークとして下降している。高

血圧、耐糖能異常は加齢とともに異常頻度が高くなる傾向がみられた。

(b) 性別の比較 (表31, 図41)

前年度と比べると、6項目ともにほとんど同じパ

表30 6項目異常者数と頻度 一年代別・年別比較

判定	年	39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計(全平均)	
対象人数 (年別)	84	89,045名		163,944名		127,122名		33,637名		413,748名	
	90	243,227		487,834		365,661		126,764		1,223,486	
	95	396,718		833,070		708,584		284,409		2,222,781	
	00	461,812		850,601		928,881		394,410		2,635,704	
	09	490,265		932,663		960,841		625,176		3,008,945	
	10	482,088		957,776		975,435		662,053		3,077,352	
肥満	84	11,802	13.3%	27,083	16.5%	23,848	18.8%	7,560	22.5%	70,293	17.0%
	90	29,239	12.0	67,505	13.8	60,543	16.6	21,970	17.3	179,257	14.7
	95	59,388	15.0	135,297	16.2	123,870	17.5	52,535	18.5	371,090	16.7
	00	84,291	18.3	171,467	20.2	186,431	20.1	81,563	20.7	523,752	19.9
	09	111,056	22.7	249,632	26.8	272,544	28.4	157,444	25.2	790,676	26.3
	10	111,444	23.1	269,296	28.1	291,658	29.9	178,855	27.0	851,253	27.7
耐糖能 異常	84	7,060	7.9	19,727	12.0	20,616	16.2	5,598	16.6	53,001	12.8
	90	14,370	5.9	54,138	11.1	60,043	16.4	23,654	18.7	152,205	12.4
	95	20,219	5.1	89,340	10.7	114,013	16.1	53,500	18.8	277,072	12.5
	00	17,967	3.9	77,853	9.2	142,425	15.3	73,864	18.7	312,109	11.8
	09	32,342	6.6	119,645	12.8	220,418	22.9	183,861	29.4	556,266	18.5
	10	36,426	7.6	131,953	13.8	240,765	24.7	215,775	32.6	624,919	20.3
高血圧	84	4,175	4.7	14,472	8.8	19,600	15.4	7,139	21.2	45,386	11.0
	90	10,052	4.1	39,648	8.1	52,055	14.2	22,701	17.9	124,456	10.2
	95	17,852	4.5	73,670	8.8	105,015	14.8	58,269	20.5	254,806	11.5
	00	22,193	4.8	83,033	9.8	154,824	16.7	92,366	23.4	352,416	13.4
	09	25,750	5.3	108,524	11.6	215,832	22.5	199,761	32.0	549,867	18.3
	10	26,931	5.6	113,290	11.8	221,298	22.7	216,097	32.6	577,616	18.8
高コレス テロール	84										
	90	13,739	5.6	39,881	8.2	41,028	11.2	14,809	11.7	109,457	8.9
	95	41,347	10.4	122,920	14.8	137,902	19.5	55,501	19.5	357,670	16.1
	00	62,568	13.5	167,655	19.7	241,508	26.0	102,621	26.0	574,352	21.8
	09	78,391	16.0	216,815	23.2	307,008	32.0	195,376	31.3	797,590	26.5
	10	78,255	16.2	227,848	23.8	319,636	32.8	215,802	32.6	841,541	27.3
高中性 脂肪	84										
	90	21,390	8.8	56,466	11.6	46,368	12.7	14,544	11.5	138,768	11.3
	95	43,131	10.9	114,563	13.8	101,415	14.3	38,141	13.4	297,250	13.4
	00	53,793	11.6	131,115	15.4	148,466	16.0	58,557	14.8	391,931	14.9
	09	48,794	10.0	126,392	13.6	153,008	15.9	91,568	14.6	419,762	14.0
	10	46,272	9.6	129,467	13.5	153,958	15.8	96,123	14.5	425,820	13.8
肝機能 異常	84	7,581	8.5	16,306	9.9	12,812	10.1	2,971	8.8	39,670	9.6
	90	34,087	14.0	84,302	17.3	69,068	18.9	21,492	17.0	208,949	17.1
	95	71,723	18.1	191,178	22.9	176,893	25.0	65,351	23.0	505,145	22.7
	00	95,444	20.7	229,390	27.0	263,514	28.4	107,389	27.2	695,737	26.4
	09	96,268	19.6	235,269	25.2	278,449	29.0	166,802	26.7	776,788	25.8
	10	99,243	20.6	250,903	26.2	291,578	29.9	188,147	28.4	829,871	27.0

(注) '84年の「高コレステロール」と「高中性脂肪」は、分けないで高脂肪として統計をとったため、空欄とした。

ターンを示している。

肥満の男性は40歳代をピークとして、以後下降傾向を示す。女性は加齢とともに上昇し、60歳以上では男性の異常頻度に近づいている。

高コレステロールも男性に比べ、女性の異常頻度は年齢の増すにつれ急上昇し、50歳代で性差は逆転している。

その他の項目では、いずれも男性が女性より異常

表31 6項目異常者数と頻度 —年代別・性別比較— (2010年)

年齢		39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
対象人数	男性	276,633名		576,414名		597,687名		411,905名		1,862,639名	
	女性	205,455		381,362		377,748		250,148		1,214,713	
肥満	男性	79,595	28.8	199,073	34.5	210,126	35.2	124,167	30.1	612,961	32.9
	女性	31,849	15.5	70,223	18.4	81,532	21.6	54,688	21.9	238,292	19.6
耐糖能異常	男性	26,371	9.5	97,416	16.9	169,682	28.4	143,881	34.9	437,350	23.5
	女性	10,055	4.9	34,537	9.1	71,083	18.8	71,894	28.7	187,569	15.4
高血圧	男性	20,751	7.5	87,226	15.1	162,049	27.1	146,093	35.5	416,119	22.3
	女性	6,180	3.0	26,064	6.8	59,249	15.7	70,004	28.0	161,497	13.3
高コレステロール	男性	58,294	21.1	160,527	27.8	181,531	30.4	117,161	28.4	517,513	27.8
	女性	19,961	9.7	67,321	17.7	138,105	36.6	98,641	39.4	324,028	26.7
高中性脂肪	男性	40,564	14.7	112,088	19.4	118,973	19.9	65,953	16.0	337,578	18.1
	女性	5,708	2.8	17,379	4.6	34,985	9.3	30,170	12.1	88,242	7.3
肝機能異常	男性	76,893	27.8	194,581	33.8	209,108	35.0	128,842	31.3	609,424	32.7
	女性	22,350	10.9	56,322	14.8	82,470	21.8	59,305	23.7	220,447	18.1

予防医学委員会

2010年 人間ドック全国集計成績

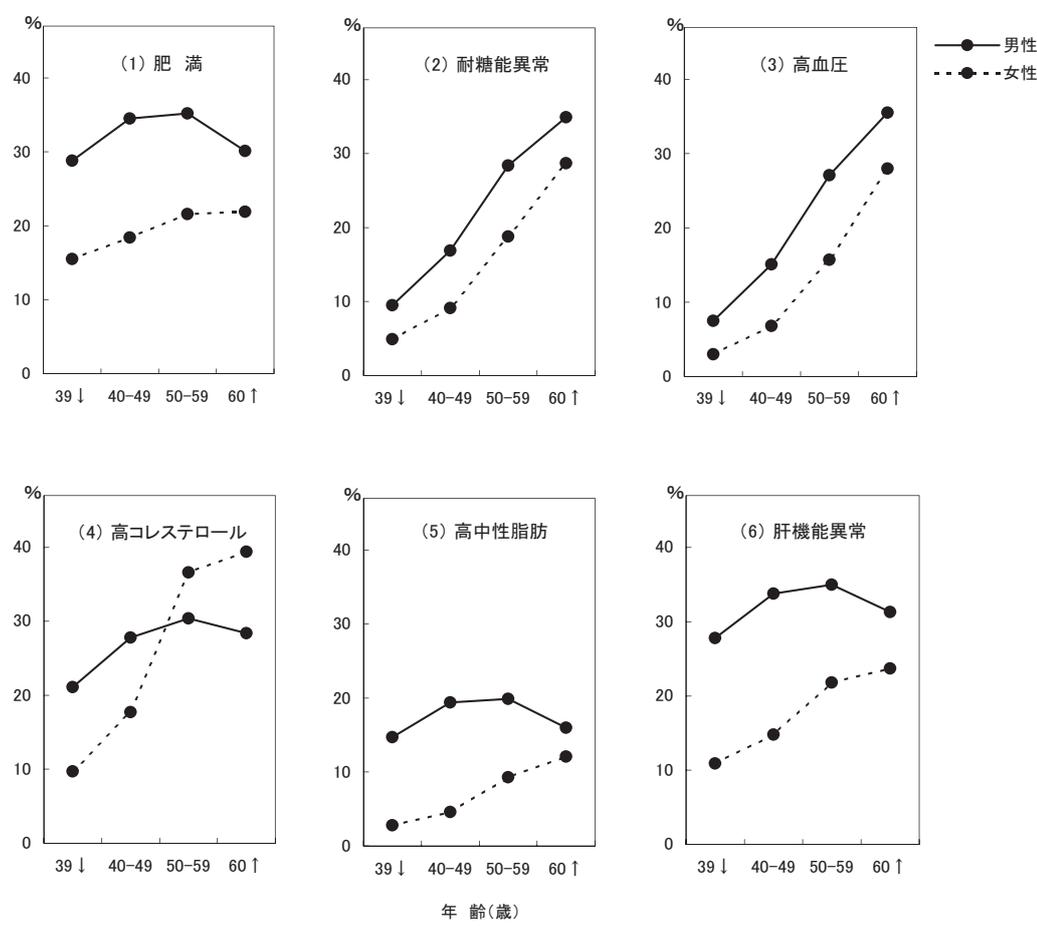


図41 年代別の6項目異常頻度 —性別比較— (2010年)

頻度が高い。なお、高中性脂肪と肝機能異常は女性
が加齢とともに上昇しているにもかかわらず、男性
はそれぞれ40歳代、50歳代をピークとして下降して
いる。

(c) 人間ドック別の比較 (表32, 図42)

6項目異常頻度パターンは、各人間ドックともに
同じ傾向を示している。

そして、各年代ともに高血圧と高コレステロール

表32 6項目異常者数と頻度 —年代別・人間ドック別比較—

年齢		39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
対象人数	①	16,655名		47,141名		81,239名		53,664名		198,699名	
	②	465,433		910,635		894,196		608,389		2,878,653	
肥満	①	4,879	29.3%	17,588	37.3%	30,511	37.6%	18,552	34.6%	71,530	36.0%
	②	106,565	22.9	251,708	27.6	261,147	29.2	160,303	26.3	779,723	27.1
耐糖能異常	①	2,743	16.5	12,200	25.9	30,553	37.6	24,940	46.5	70,436	35.4
	②	33,683	7.2	119,753	13.2	210,212	23.5	190,835	31.4	554,483	19.3
高血圧	①	1,166	7.0	7,420	15.7	21,023	25.9	17,465	32.5	47,074	23.7
	②	25,765	5.5	105,870	11.6	200,275	22.4	198,632	32.6	530,542	18.4
高コレステロール	①	3,336	20.0	14,303	30.3	29,074	35.8	16,353	30.5	63,066	31.7
	②	74,919	16.1	213,545	23.5	290,562	32.5	199,449	32.8	778,475	27.0
高中性脂肪	①	1,971	11.8	8,281	17.6	14,734	18.1	8,568	16.0	33,554	16.9
	②	44,301	9.5	121,186	13.3	139,224	15.6	87,555	14.4	392,266	13.6
肝機能異常 (脂肪肝含)	①	3,959	23.8	14,450	30.7	27,227	33.5	17,390	32.4	63,026	31.7
	②	95,284	20.5	236,453	26.0	264,351	29.6	170,757	28.1	766,845	26.6

(注) ①二日ドック ②一日ドック

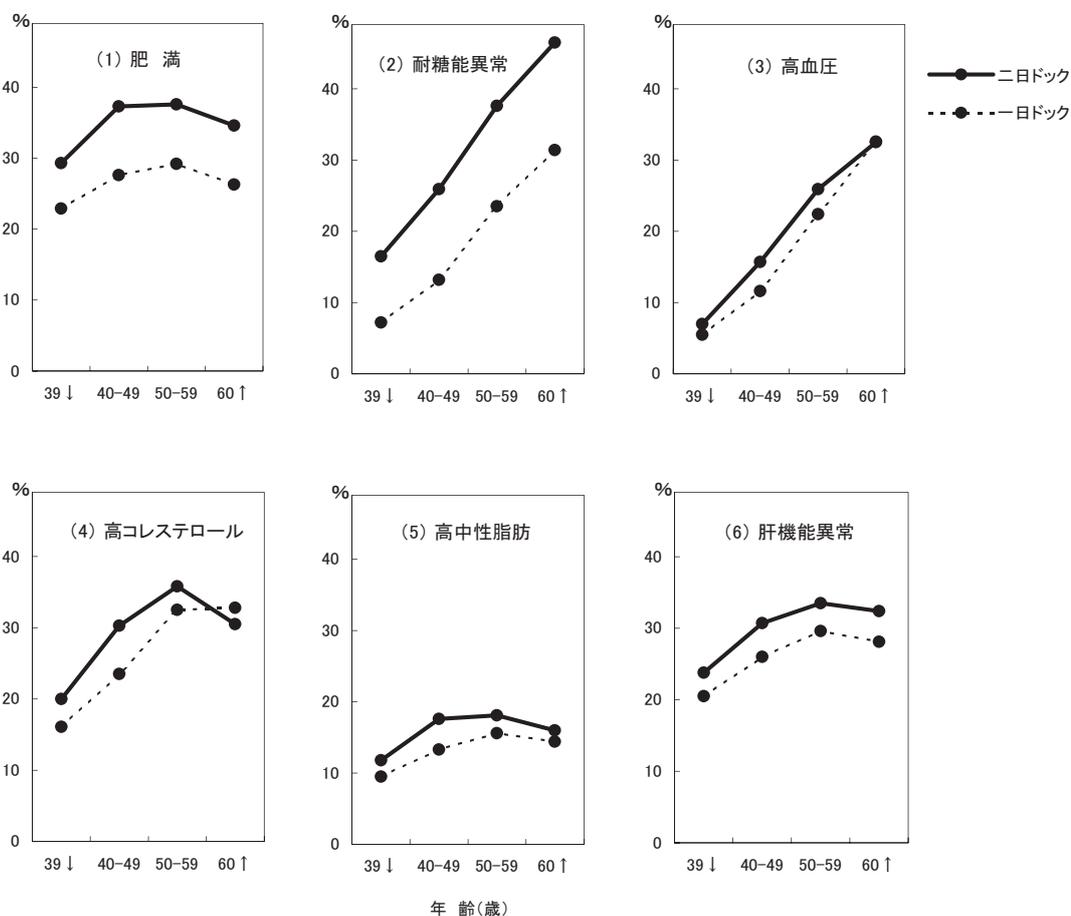


図42 年代別の6項目異常頻度 —人間ドック別比較— (2010年)

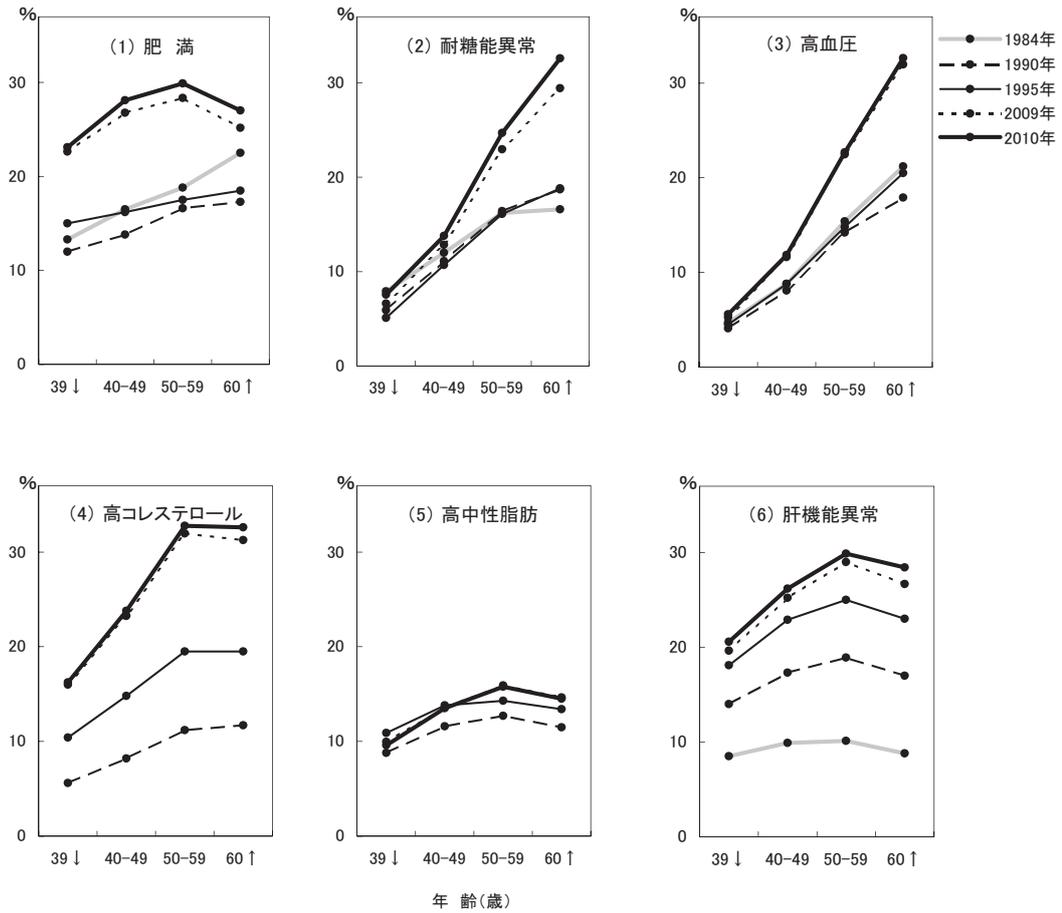


図43 年代別の6項目異常頻度 — 年別比較 —

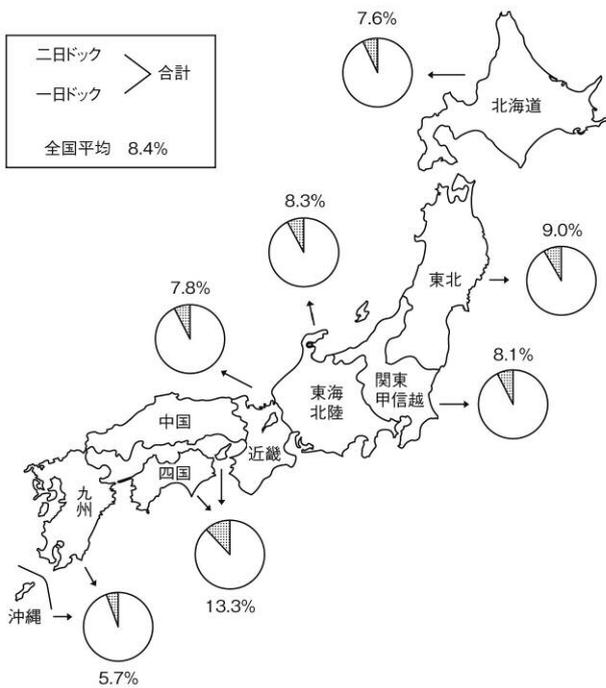


図44 健常者頻度の地域差 (2010年)

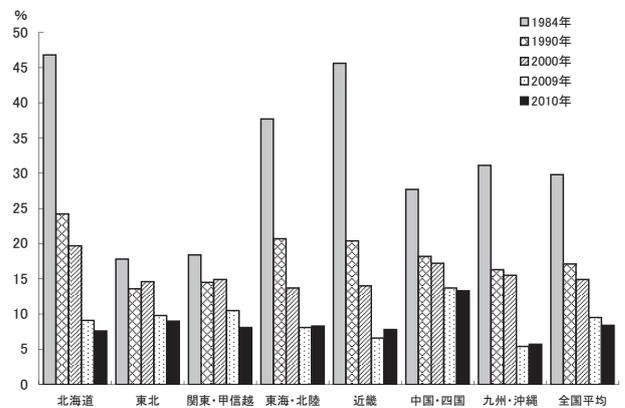


図45 健常者頻度の地域差 — 年度別比較 —

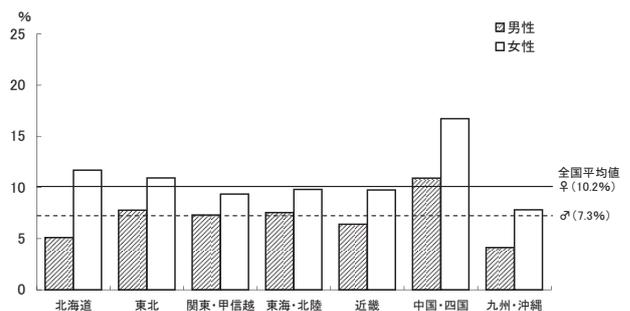


図46 健常者頻度の地域差 — 性別比較 — (2010年)

を除いては、二日ドックが一日ドックより異常頻度が高くなっている。とくに肥満、耐糖能異常、肝機能異常で格差が目立っている。

(d) 年別比較 (図43)

6項目異常頻度の年代別パターンは各年ともに類似型を示しており、肥満、高コレステロール、高中

表33 健常者数と頻度の地域差 —性別・年別比較—

ブロック別	性別 年別	男		女		計	
		健常者数/受診者数	%	健常者数/受診者数	%	健常者数/受診者数	%
全国平均 (年別)	84					123,198/413,748	29.8
	90	192,362/824,716	23.3	113,546/398,770	28.5	305,908/1,223,486	25.0
	95	222,610/1,435,125	15.5	156,785/787,656	19.9	379,395/2,222,781	17.1
	00	227,752/1,694,588	13.4	164,810/941,116	17.5	392,562/2,635,704	14.9
	09	149,745/1,828,925	8.2	134,660/1,180,020	11.4	284,405/3,008,945	9.5
	10	135,693/1,862,639	7.3	123,771/1,214,713	10.2	259,464/3,077,352	8.4
北海道	84					3,361/7,181	46.8
	90	5,386/16,458	32.7	2,211/5,175	42.7	7,597/21,633	35.1
	95	6,270/29,891	21.0	4,167/13,179	31.6	10,437/43,070	24.2
	00	4,002/24,110	16.6	3,330/13,031	25.6	7,332/37,141	19.7
	09	2,231/31,522	7.1	2,411/19,547	12.3	4,642/51,069	9.1
	10	1,453/28,489	5.1	1,989/17,008	11.7	3,442/45,497	7.6
東北	84					3,175/17,862	17.8
	90	7,727/44,363	17.4	4,274/21,107	20.2	12,001/65,470	18.3
	95	6,682/56,853	11.8	5,252/30,917	17.0	11,934/87,770	13.6
	00	8,324/67,700	12.3	7,345/39,590	18.6	15,669/107,290	14.6
	09	6,706/77,438	8.7	6,209/53,854	11.5	12,915/131,292	9.8
	10	7,055/90,713	7.8	6,622/60,540	10.9	13,677/151,253	9.0
関東 ・ 甲信越	84					29,720/161,685	18.4
	90	65,748/335,575	19.6	42,430/176,616	24.0	108,178/512,191	21.1
	95	82,925/633,438	13.1	61,870/368,458	16.8	144,795/1,001,896	14.5
	00	112,253/826,796	13.6	80,619/468,345	17.2	192,872/1,295,141	14.9
	09	81,312/868,481	9.4	67,665/554,771	12.2	148,977/1,423,252	10.5
	10	65,386/894,956	7.3	53,101/567,695	9.4	118,487/1,462,651	8.1
東海 ・ 北陸	84					38,644/102,550	37.7
	90	43,858/140,202	31.3	22,350/57,570	38.8	66,208/197,772	33.5
	95	50,869/262,791	19.4	30,154/128,147	23.5	81,023/390,938	20.7
	00	31,125/257,432	12.1	20,713/121,149	17.1	51,838/378,581	13.7
	09	18,861/286,288	6.6	16,610/152,683	10.9	35,471/438,971	8.1
	10	19,758/261,799	7.5	14,047/143,234	9.8	33,805/405,033	8.3
近畿	84					32,834/71,984	45.6
	90	37,748/142,692	26.5	23,357/68,618	34.0	61,105/211,310	28.9
	95	36,937/202,313	18.3	26,440/108,432	24.4	63,377/310,745	20.4
	00	30,860/246,052	12.5	22,845/138,802	16.5	53,705/384,854	14.0
	09	14,569/258,091	5.6	14,430/179,493	8.0	28,999/437,584	6.6
	10	17,362/271,186	6.4	19,283/197,488	9.8	36,645/468,674	7.8
中国 ・ 四国	84					6,864/24,822	27.7
	90	19,172/83,485	23.0	11,261/39,976	28.2	30,433/123,461	24.6
	95	24,979/154,917	16.1	19,131/88,053	21.7	44,110/242,970	18.2
	00	23,601/151,851	15.5	18,682/94,131	19.8	42,283/245,982	17.2
	09	20,281/176,713	11.5	20,915/124,013	16.9	41,196/300,726	13.7
	10	18,760/171,987	10.9	20,352/121,662	16.7	39,112/293,649	13.3
九州 ・ 沖縄	84					8,590/27,664	31.1
	90	12,723/61,941	20.5	7,663/29,708	25.8	20,386/91,649	22.2
	95	13,948/94,922	14.7	9,771/50,470	19.4	23,719/145,392	16.3
	00	17,587/120,647	14.6	11,276/66,068	17.1	28,863/186,715	15.5
	09	5,785/130,392	4.4	6,420/95,659	6.7	12,205/226,051	5.4
	10	5,919/143,509	4.1	8,377/107,086	7.8	14,296/250,595	5.7

(注) '84年は、男女別統計は実施せず。

性脂肪と肝機能異常のみが、50歳代をピークとして下降傾向を示している。

なお、6項目の異常頻度は年々増加傾向を示している。今回は前年と比べ、高中性脂肪以外は各年代ともに増加傾向を示している。

(7) 健常者頻度の地域差 (表33, 図44)

全国を7ブロックに分けて、人間ドックの健常者頻度の比較を行った。

全国平均8.4%を上回る地域は、東北、中国・四国地方のみである。逆に健常者頻度が全国平均以下の地域を低い順から挙げると、九州・沖縄、北海道、近畿、関東・甲信越、東海・北陸地方の順である。

(8) 健常者頻度の地域差に関する検討

(a) 年別比較 (図45)

過去27年間の健常者頻度の全国平均値を比較すると、1984年は29.8%であったが年々減少傾向を示し

表34 健常者数と頻度の地域差 —人間ドック別比較—

ブロック別	①二日ドック		②一日ドック	
	健常者数/受診者数	%	健常者数/受診者数	%
全国平均	9,702/198,699	4.9	249,762/2,878,653	8.7
北海道	43/509	8.4	3,399/44,988	7.6
東北	1,197/16,940	7.1	12,480/134,313	9.3
関東・甲信越	4,416/76,948	5.7	114,071/1,385,703	8.2
東海・北陸	700/28,208	2.5	33,105/376,825	8.8
近畿	694/23,359	3.0	35,951/445,315	8.1
中国・四国	1,368/21,175	6.5	37,744/272,474	13.9
九州・沖縄	1,284/31,560	4.1	13,012/219,035	5.9

表35 男女別受診者数の割合と地域別比較 (2010年)

ブロック別	性別	男性		女性		総計	
	受診者数	受診者数	%	受診者数	%	受診者数	%
北海道		28,489	62.6	17,008	37.4	45,497	100.0
東北		90,713	60.0	60,540	40.0	151,253	100.0
関東・甲信越		894,956	61.2	567,695	38.8	1,462,651	100.0
東海・北陸		261,799	64.6	143,234	35.4	405,033	100.0
近畿		271,186	57.9	197,488	42.1	468,674	100.0
中国・四国		171,987	58.6	121,662	41.4	293,649	100.0
九州・沖縄		143,509	57.3	107,086	42.7	250,595	100.0
総計		1,862,639	60.5	1,214,713	39.5	3,077,352	100.0

表36 人間ドック別・受診者数の割合と地域別比較 (2010年)

ブロック別	ドック別	二日ドック		一日ドック		総計	
	受診者数	受診者	%	受診者	%	受診者	%
北海道		509	1.1	44,988	98.9	45,497	100.0
東北		16,940	11.2	134,313	88.8	151,253	100.0
関東・甲信越		76,948	5.3	1,385,703	94.7	1,462,651	100.0
東海・北陸		28,208	7.0	376,825	93.0	405,033	100.0
近畿		23,359	5.0	445,315	95.0	468,674	100.0
中国・四国		21,175	7.2	272,474	92.8	293,649	100.0
九州・沖縄		31,560	12.6	219,035	87.4	250,595	100.0
総計		198,699	6.5	2,878,653	93.5	3,077,352	100.0

て、2010年は8.4%と過去最低である。

1984年に健常者頻度の高かった北海道、東海・北陸、近畿地方は年々低下傾向を示していたが、2010年は東海・北陸、近畿、九州・沖縄を除いた4ブロックで前年より減少している。

(b) 性別の比較 (図46)

すべての地域で男性より女性の健常者頻度が高く、全国平均で2.9%の差がある。男女ともに全国平均を上回っている地域は、東北、中国・四国地方のみである。

(c) 人間ドック別の比較 (表34, 図47)

全国平均では、一日ドック8.7%に対し、二日ドックは4.9%で3.8%の差が見られる。

特に北海道地方以外は、一日ドックの方が、二日ドックより健常者頻度が高い。

(d) 性別・人間ドック別の受診者数および健常者頻度の検討

前述のように、全国平均では性別で2.9%、人間ドック別で3.8%の差がみられるが、各ブロック別の受診者数が地域差に及ぼす影響を検討した。

表35は各ブロック別の性別受診者数を比較したものである。いずれの地域でも、男性が57~65%前後で女性を上回り、前年と同様の傾向で性差が地域差に及ぼす影響は少ないと考えられた。

表36は、各ブロックごとに人間ドック別受診者数の割合を見たものである。

地域ごとに人間ドックの種類と受診者数を比較すると、いずれの地域でも一日ドック受診者が多い。二日ドックの比率は東北、九州・沖縄地方を除いては10%以下で、人間ドックの種類が健康度の地域差にはほとんど影響がないと考えられた。

図48-1は性別、健常者頻度の地域差について、比較したものである。

性別比較では、いずれの地域でも女性に健常者が多くて男女の格差は数%開いている。また、男女ともに中国・四国地方で健常者が多かった。

図48-2は人間ドック別の健常者頻度を地域別に比較した。二日ドックは北海道地方以外は一日ドックより健常者が少ない。特に、東海・北陸、近畿、中国・四国地方では二日ドックと一日ドックの格差が顕著である。

(e) 年代別の比較 (表37, 図49)

健常者頻度の地域差を年代別に比較すると、39歳

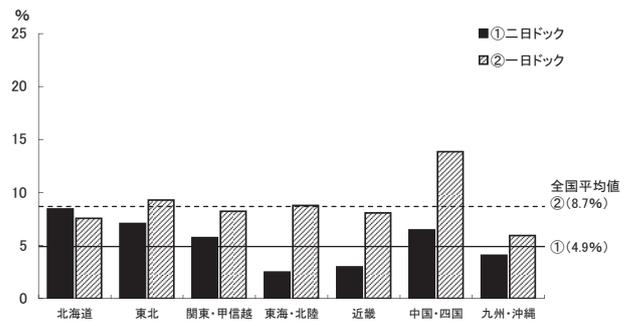


図47 健常者頻度の地域差 —人間ドック別比較— (2010年)

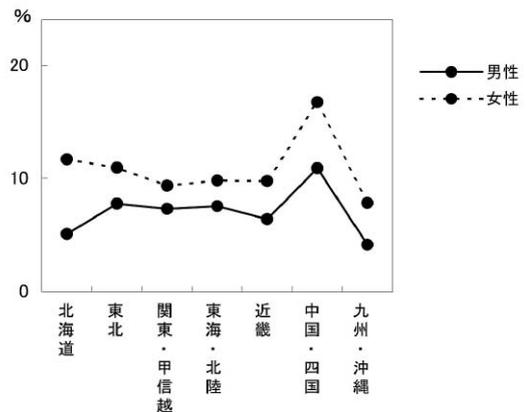


図48-1 健常者頻度の地域差 —性別の比較— (2010年)

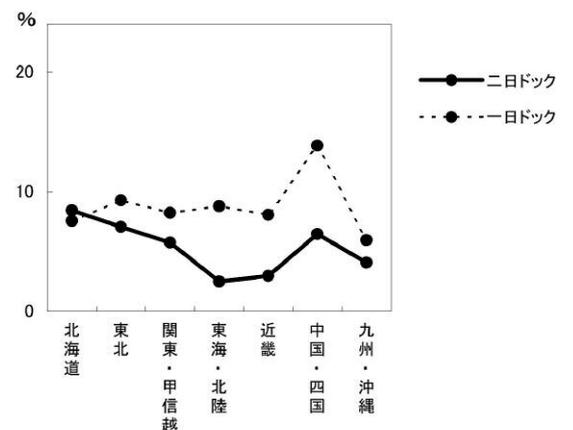


図48-2 健常者頻度の地域差 —人間ドック別の比較— (2010年)

以下では地域差が顕著で、東北、東海・北陸、近畿、中国・四国地方が全国平均以上である。年代が増すに従い、地域差は減少傾向を示しているが、各年代ともに東北、中国・四国地方の健常者は全国平均を上回っている。

表37 健常者数の割合と地域差 一年代別比較

ブロック別	年代別 健常者率	39歳以下		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
		A+B	受診者数	A+B	受診者数	A+B	受診者数	A+B	受診者数	A+B	受診者数
全国	A+B	85,435名	17.7%	95,108名	9.9%	54,196名	5.6%	24,725名	3.7%	259,464名	8.4%
	受診者数	482,088		957,776		975,435		662,053		3,077,352	
北海道	A+B	1,299	16.4	1,370	8.8	626	4.3	147	2.0	3,442	7.6
	受診者数	7,940		15,636		14,598		7,323		45,497	
東北	A+B	4,507	21.5	4,418	10.3	3,335	6.3	1,417	4.1	13,677	9.0
	受診者数	20,998		42,874		52,573		34,808		151,253	
関東・甲信越	A+B	36,704	16.3	45,149	9.7	24,171	5.3	12,463	3.9	118,487	8.1
	受診者数	225,639		466,796		452,736		317,480		1,462,651	
東海・北陸	A+B	12,075	18.6	11,844	9.2	6,840	5.3	3,046	3.7	33,805	8.3
	受診者数	64,983		128,620		129,876		81,554		405,033	
近畿	A+B	13,045	18.2	13,655	9.6	7,239	5.0	2,706	2.5	36,645	7.8
	受診者数	71,527		142,742		145,163		109,242		468,674	
中国・四国	A+B	11,569	24.4	14,014	16.0	9,515	9.6	4,014	6.7	39,112	13.3
	受診者数	47,440		87,620		99,106		59,483		293,649	
九州・沖縄	A+B	6,236	14.3	4,658	6.3	2,470	3.0	932	1.8	14,296	5.7
	受診者数	43,561		73,488		81,383		52,163		250,595	

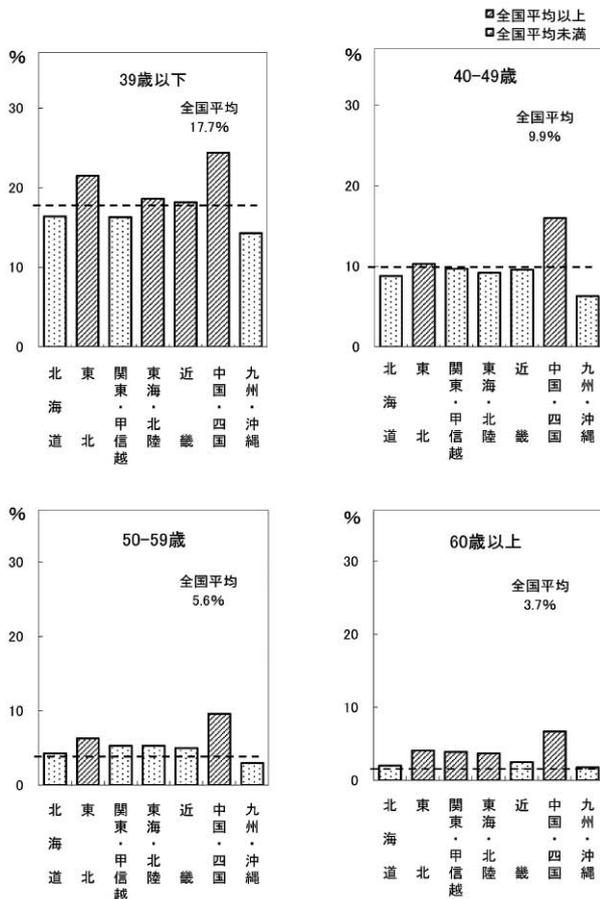


図49 健常者頻度の地域差 一年代別比較

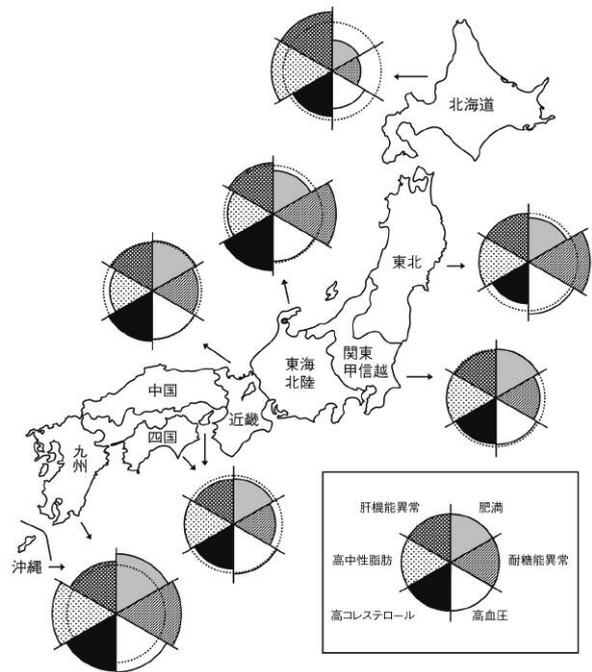


図50 6項目異常頻度の地域差 (2010年)

(9) 6項目異常頻度の地域差 (表38, 図50)

人間ドックにおける6項目異常頻度を、各項目の全国平均を100として円グラフを作成し、地域別の

増減率を比較した。

今回は、6項目異常頻度がすべて全国平均以下の地域は見られなかった。6項目異常頻度の平均値が

表38 6項目異常頻度の地域差 —年別比較—

ブロック別	項目別	肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステロール	高中性脂肪	肝機能異常 (脂肪肝含)	6項目 平均値
	年別							
全国平均	84	17.0%	12.8%	11.0%			9.6%	
	90	14.6	12.3	10.1	8.9%	11.2%	17.0	12.4%
	95	16.6	12.4	11.3	16.0	13.3	22.6	15.4
	00	19.8	11.7	13.3	21.7	14.8	26.3	17.9
	09	26.3	18.5	18.3	26.5	14.0	25.8	21.6
	10	27.7	20.3	18.8	27.3	13.8	27.0	22.5
北海道	84	2.1	4.0	6.4			2.3	
	90	18.6	16.4	9.6	7.9	13.7	18.5	14.1
	95	15.7	9.3	10.1	16.2	11.5	18.1	13.5
	00	20.8	9.3	10.6	18.8	14.8	20.1	15.7
	09	13.4	11.0	13.4	22.6	17.4	29.6	17.9
	10	17.6	11.8	14.5	25.5	17.1	32.9	19.9
東北	84	27.1	23.1	14.7			14.5	
	90	17.7	17.3	11.6	14.0	11.5	14.6	14.5
	95	19.5	16.4	10.9	15.1	11.6	24.7	16.4
	00	23.2	12.8	15.6	20.6	11.7	29.8	19.0
	09	25.6	23.9	20.4	24.0	15.8	28.0	23.0
	10	25.3	25.6	20.2	23.4	14.0	27.1	22.6
関東・甲信越	84	25.3	15.7	11.8			11.1	
	90	17.1	13.8	11.0	9.2	13.1	20.3	14.1
	95	19.5	12.5	11.3	15.8	13.7	24.6	16.2
	00	20.7	11.2	12.5	21.2	14.3	25.7	17.6
	09	27.1	16.1	17.3	25.0	13.9	24.1	20.6
	10	28.0	18.2	18.1	25.9	13.9	26.4	21.8
東海・北陸	84	8.6	7.4	9.9			4.7	
	90	12.6	8.7	7.3	6.5	8.7	11.8	9.3
	95	13.8	9.7	10.5	15.5	12.3	17.0	13.1
	00	19.8	10.1	14.9	24.5	17.2	25.6	18.7
	09	24.7	21.0	17.8	29.2	12.1	27.0	22.0
	10	24.8	26.2	18.4	31.9	12.8	28.5	23.8
近畿	84	11.4	10.4	8.7			10.8	
	90	9.8	10.0	10.1	8.0	9.0	12.2	9.9
	95	12.4	12.2	12.3	14.9	13.6	21.0	14.4
	00	15.8	12.9	13.8	21.9	15.3	25.8	17.6
	09	24.8	17.1	18.3	26.6	11.5	26.8	20.9
	10	28.5	19.0	18.7	28.3	12.0	26.7	22.2
中国・四国	84	11.6	16.2	9.9			10.6	
	90	11.5	14.3	10.0	8.4	11.8	18.9	12.5
	95	13.4	14.1	11.9	16.9	13.7	24.3	15.7
	00	19.7	12.5	13.0	20.5	14.4	29.0	18.2
	09	25.4	16.4	17.7	25.8	14.5	23.6	20.6
	10	26.0	17.5	19.3	25.1	13.8	25.0	21.1
九州・沖縄	84	16.4	14.5	15.9			12.6	
	90	16.5	10.5	9.7	11.1	10.1	19.8	13.0
	95	16.7	14.6	12.0	19.9	12.5	25.5	16.9
	00	19.6	15.8	14.3	21.9	14.4	29.1	19.2
	09	31.5	32.9	26.2	33.9	20.0	33.3	29.6
	10	34.2	27.1	22.6	32.2	18.0	29.3	27.2

(注) '84年の「高コレステロール」と「高中性脂肪」は、分けないで高脂肪として統計をとったため、空欄とした。

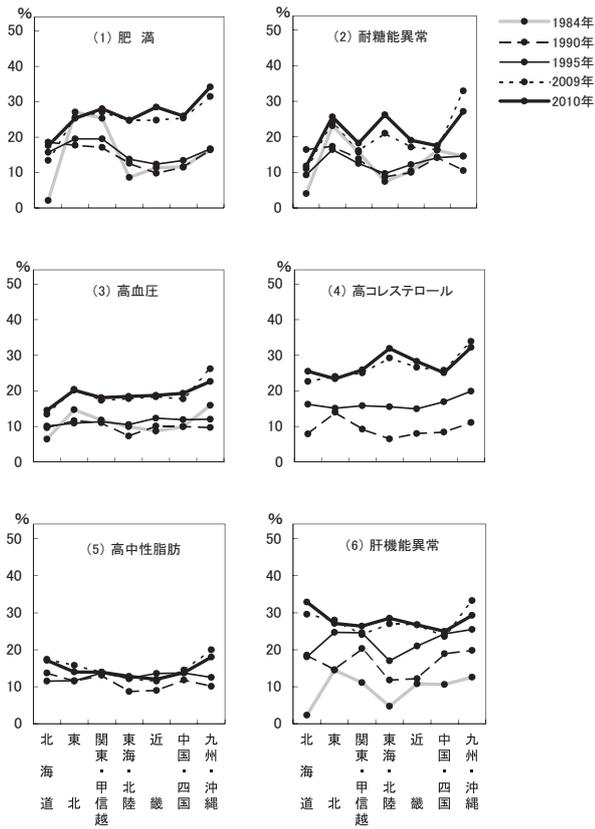


図51 6項目異常頻度の地域差 — 年別比較 —

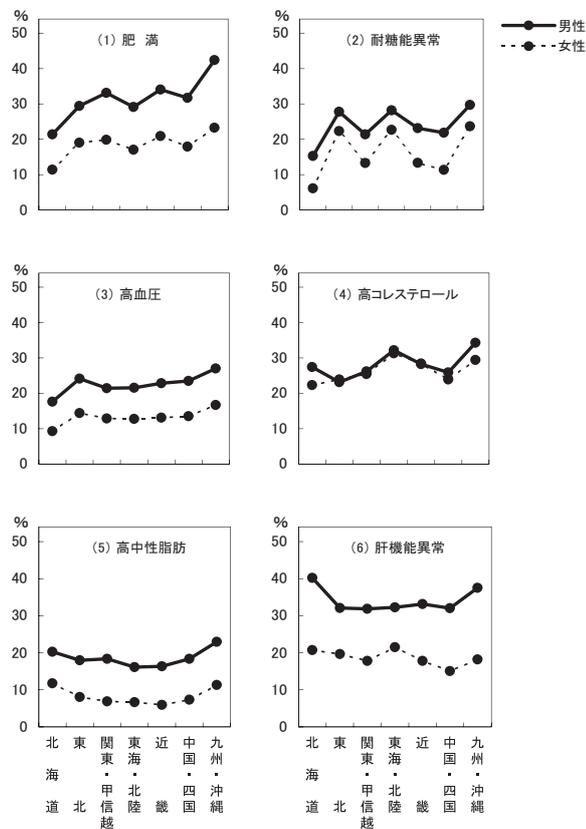


図52 6項目異常頻度の地域差 — 性別比較 —

全国平均22.5%を下回る地域は、北海道、関東・甲信越、近畿、中国・四国地方のみである。

6項目異常頻度の平均値が全国平均を上回っている地域をみると、九州・沖縄が最も高く、ついで東海・北陸地方である。

(10) 6項目異常頻度の地域差に関する検討

(a) 年別比較 (図51)

当初は、東北、九州地方にピークを示す二峰性パターンが、6項目に共通していた。ところが、高コレステロール、肥満、高血圧は、西高・東低のパターン、肝機能異常、耐糖能異常は二峰性パターンの傾向を示し、地域差が多様化している。

なお、2010年は東北、中国・四国、九州・沖縄地方を除いて各地域ともに前年より異常率が高い傾向を示している。

(b) 性別の比較 (表39, 図52)

高コレステロールは、前回までの調査と同様に性差が明らかではない。その他の5項目は、いずれの地域でも男性が女性より異常頻度が高い。

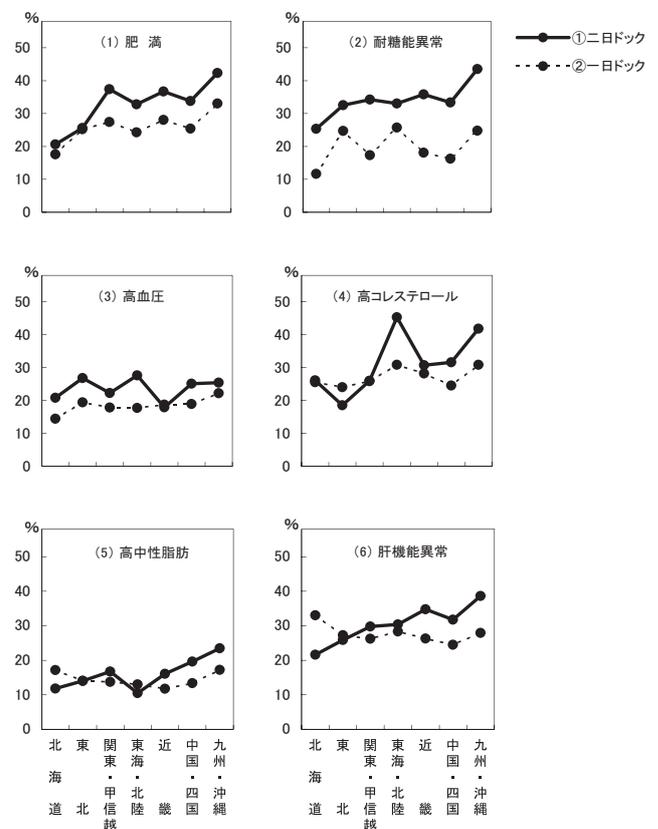


図53 6項目異常頻度の地域差 — 人間ドック別比較 — (2010年)

表39 6項目異常頻度の地域差 —性別比較— (2010年)

ブロック別	項目別	肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステロール	高中性脂肪	肝機能異常(脂肪肝含)	6項目 平均値
	性別							
全国平均	男	32.9%	23.5%	22.3%	27.8%	18.1%	32.7%	26.2%
	女	19.6	15.4	13.3	26.7	7.3	18.1	16.7
北海道	男	21.4	15.3	17.6	27.4	20.3	40.2	23.7
	女	11.4	6.1	9.3	22.3	11.8	20.7	13.6
東北	男	29.4	27.8	24.1	23.1	18.0	32.1	25.8
	女	19.0	22.3	14.4	23.9	8.1	19.6	17.9
関東・甲信越	男	33.1	21.4	21.4	26.2	18.4	31.9	25.4
	女	19.8	13.2	12.8	25.4	6.9	17.8	16.0
東海・北陸	男	29.1	28.1	21.5	32.2	16.1	32.3	26.6
	女	17.0	22.7	12.8	31.3	6.7	21.5	18.6
近畿	男	34.0	23.1	22.8	28.2	16.4	33.2	26.3
	女	20.9	13.3	13.1	28.4	5.9	17.8	16.6
中国・四国	男	31.7	21.8	23.5	25.9	18.3	32.1	25.6
	女	17.9	11.3	13.5	23.9	7.3	15.1	14.8
九州・沖縄	男	42.4	29.7	27.0	34.3	23.0	37.5	32.3
	女	23.2	23.6	16.7	29.4	11.3	18.2	20.4

表40 6項目異常頻度の地域差 —人間ドック別比較—

ブロック別	項目別	肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステロール	高中性脂肪	肝機能異常(脂肪肝含)
	ドック別						
全国平均	①	36.0%	35.4%	23.7%	31.7%	16.9%	31.7%
	②	27.1	19.3	18.4	27.0	13.6	26.6
北海道	①	20.6	25.3	20.8	26.1	11.8	21.6
	②	17.6	11.7	14.4	25.5	17.2	33.0
東北	①	25.6	32.5	26.8	18.6	14.0	25.9
	②	25.2	24.7	19.4	24.0	14.0	27.3
関東・甲信越	①	37.4	34.2	22.3	26.0	16.7	29.8
	②	27.4	17.3	17.9	25.9	13.7	26.2
東海・北陸	①	32.8	33.0	27.6	45.2	10.5	30.4
	②	24.2	25.7	17.7	30.9	13.0	28.3
近畿	①	36.7	35.8	17.9	30.7	16.0	34.8
	②	28.1	18.1	18.7	28.2	11.8	26.3
中国・四国	①	33.8	33.3	25.1	31.6	19.6	31.8
	②	25.4	16.3	18.9	24.6	13.3	24.5
九州・沖縄	①	42.3	43.5	25.4	41.8	23.5	38.6
	②	33.0	24.8	22.2	30.8	17.2	27.9

表41 6項目異常頻度平均値の地域差 —年 別比較—

年代別	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60歳以上	全年齢平均値
全国平均	13.8%	19.5%	26.0%	28.0%	22.5%
北海道	12.2	17.8	24.6	23.5	19.9
東北	13.4	19.9	25.3	27.4	22.6
関東・甲信越	13.8	19.1	25.1	26.5	21.7
東海・北陸	14.3	20.6	27.7	30.1	23.8
近畿	13.0	18.9	25.4	28.2	22.2
中国・四国	12.6	18.0	24.5	26.8	21.1
九州・沖縄	15.8	23.5	31.4	35.5	27.2

(c) 人間ドック別の比較 (表40, 図53)

肥満, 耐糖能異常, 高血圧は, 各地域ともに二日ドックの方が一日ドックより異常頻度が高い。

また高コレステロール, 高中性脂肪, 肝機能異常は, 人間ドック別の地域差は明らかではない。

(d) 年代別の比較 (表41, 図54)

年代別に6項目異常頻度の平均値を地域別に比較

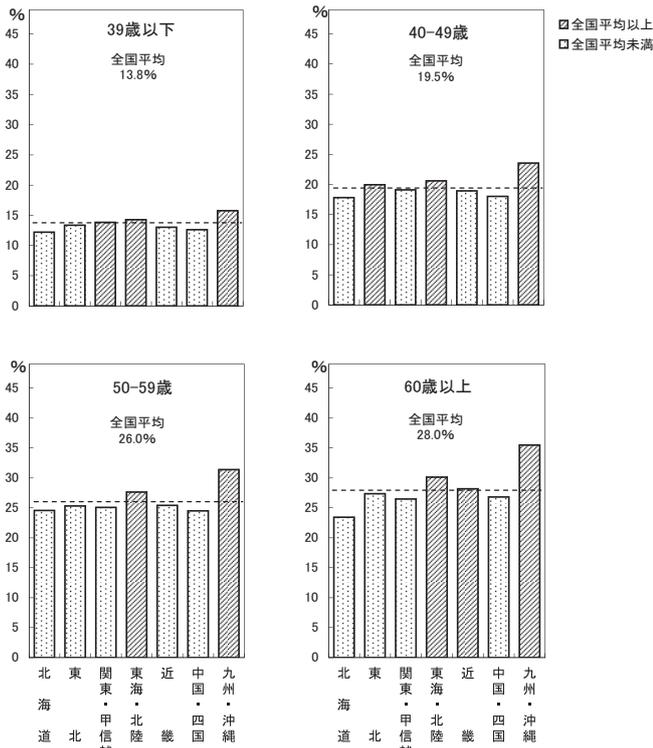


図54 6項目異常頻度平均値の地域差 —年代別比較—

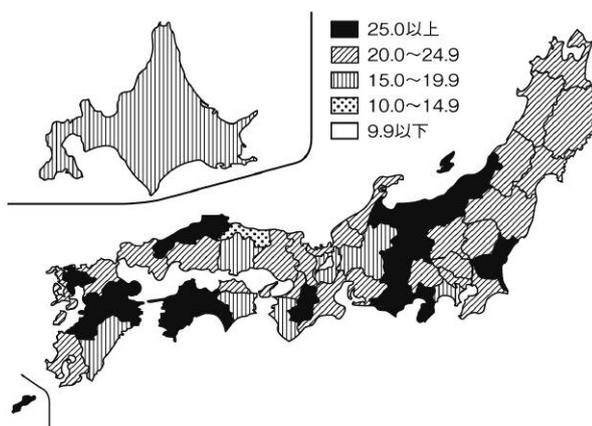


図55 2010年・全国都道府県別健康度マップ —6項目異常平均値の比較— (全国平均 22.5%)

すると, 各年代ともに全国平均を下回っている地域は, 北海道, 中国・四国地方のみである。

(11) 都道府県別・健康度マップ

1986年以来, ブロック別から都道府県別に細分化して, 6項目異常者数を表示している (表42)。さらに6項目異常率とともに平均値を算出して地域差の検討を行っている (表43)。

受診者数が年々増加傾向を示して利用者は全国に広がったが, なお受診者数10,000以下と極端に少ない県が10県 (青森, 富山, 奈良, 和歌山, 鳥取, 島根, 佐賀, 長崎, 宮崎, 鹿児島) もあるため, 都道府県別に細分化すると大都市と地方間のバラツキが目立っている。

健康度マップは, 例年のように6項目異常頻度を5段階に分類して比較を行った。

(a) 6項目異常平均値の比較 (図55)

6項目異常頻度の平均値を5段階に分類し, 黒色は25.0%以上と最も悪く, 斜線は20.0~24.9%, 縦線は15.0~19.9%, 水玉は10.0~14.9%, 白色は9.9%以下で最も健康度の良い県である。

北から順に見てみると, 北海道は全国平均22.5%を下回っている。東北地方では宮城, 福島のみが全国平均を下回っている。

関東・甲信越地方で平均値が全国平均を下回っているのは, 埼玉, 東京, 神奈川, の3都県の影響である。

東海・北陸地方の平均値は, 全国平均より高めである。そして, 全国平均以下は, 岐阜, 愛知, 三重の3県のみである。

近畿地方は平均値が全国平均並みであるが, 全国平均以下は, 滋賀, 京都, 兵庫, 和歌山のみである。

中国・四国地方では, 全国平均以下が, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島の5県で, ブロック別の平均値は全国平均を下回っている。

九州・沖縄地方では, 全国平均以下は宮崎, 鹿児島のみで, ブロック別の平均値でも全国平均を大幅に上回っている。

(b) 肥満者の比較 (図56)

各項目ごとの異常頻度の5段階評価はすべて同じ基準を用い, 比較できるようにした。25%以上が最も悪く, 9.9%以下が最も良い地域として, その間を3区分した。

北海道の肥満者の割合は, 全国平均を大幅に下回

表42 6項目異常者数 —ブロック別・都道府県別比較— (2010年)

県別	項目別		肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステロール	高中性脂肪	肝機能異常(脂肪肝含)
	受診者数							
全国	3,077,352名		851,253名	624,919名	577,616名	841,541名	425,820名	829,871名
北海道	45,497		8,019	5,390	6,593	11,608	7,779	14,972
東北	151,253		38,217	38,690	30,615	35,405	21,187	41,009
青森*	9,364		2,679	1,686	2,517	2,180	1,126	3,477
岩手	23,284		7,550	7,556	2,666	4,798	4,424	6,910
宮城	55,013		13,145	9,256	10,383	12,859	8,053	17,541
秋田	22,730		2,859	7,989	6,813	5,910	2,753	5,390
山形	10,599		2,998	4781	1,680	2093	1,379	1,910
福島	30,263		8,986	7,422	6,556	7,565	3,452	5,781
関東・甲信越	1,462,651		408,867	266,452	264,760	378,566	203,347	386,543
茨城	91,553		31,583	31,534	19,909	33,023	8,479	17,988
栃木	35,814		11,530	7,856	6,666	10,515	4,258	9,384
群馬	73,372		24,296	13,434	15,141	17,976	13,391	18,646
埼玉	107,310		28,507	15,901	19,739	25,022	16,255	26,844
千葉	166,315		51,888	39,863	30,625	47,401	23,787	45,965
東京	557,995		145,889	88,936	97,388	136,185	76,863	154,557
神奈川	267,138		65,100	32,442	37,062	56,838	34,925	67,626
新潟	75,072		21,924	16,415	16,846	28,321	10,527	22,581
山梨	39,537		9,346	8,456	9,536	11,692	8,393	6,698
長野	48,545		18,804	11,615	11,848	11,593	6,469	16,254
東海・北陸	405,033		100,596	106,139	74,587	129,028	51,812	115,357
富山*	4,536		1,308	1,063	1,330	1,327	679	1,868
石川	17,751		4,099	4,901	2,661	5,240	1,819	6,254
福井	14,270		3,744	3,300	2,964	2,917	1,959	5,967
岐阜	53,202		11,689	6,574	8,161	14,209	3,355	11,935
静岡	137,552		35,172	53,213	33,077	50,998	25,813	48,426
愛知	142,248		33,267	32,104	20,973	40,022	13,500	34,467
三重	35,474		11,317	4,984	5,421	14,315	4,687	6,440
近畿	468,674		133,537	88,963	87,668	132,690	56,113	125,158
滋賀	15,376		3,879	2,610	2,848	3,450	1,649	2,060
京都	101,394		25,164	18,841	25,187	27,569	12,303	24,023
大阪	294,115		87,354	59,101	51,505	87,018	33,167	78,288
兵庫	40,524		11,413	7,050	4,664	10,165	6,948	12,884
奈良*	9,827		3,546	899	1925	3,283	1434	5,181
和歌山*	7,438		2,181	462	1,539	1,205	612	2,722
中国・四国	293,649		76,296	51,339	56,807	73,587	40,484	73,492
鳥取*	7,843		1,610	642	1,679	97	31	1,228
島根*	1,874		880	310	552	643	355	977
岡山	76,926		17,081	10,821	16,030	14,626	7,495	13,938
広島	96,269		28,392	16,954	15,781	27,479	12,336	27,117
山口	33,765		6,229	8,021	5,921	7,693	3,360	9,839
徳島	16,890		2,879	2,436	1,107	3,749	2,825	2,865
香川	19,390		5,916	5,094	4,763	5,310	2,430	4,853
愛媛	15,159		4,618	2,592	2,939	4,532	2,829	5,802
高知	25,533		8,691	4,469	8,035	9,458	8,823	6,873
九州・沖縄	250,595		85,721	67,946	56,586	80,657	45,098	73,340
福岡	116,321		36,673	18,710	21,326	40,705	19,070	35,552
佐賀*	119		47	22	48	15	14	55
長崎*	7,571		2083	1030	1427	2,704	1348	2092
熊本	54,351		23,105	21,132	10,276	14,257	9,950	15,598
大分	44,898		12,595	21,877	17,355	16,972	12,073	11,684
宮崎*	3,500		756	671	168	535	259	763
鹿児島*	3,249		671	1,028	268	588	756	748
沖縄	20,586		9,791	3,476	5,718	4,881	1,628	6,848

(注) 受診者10,000人以下は*

表43 6項目異常頻度 —ブロック別・都道府県別比較— (2010年)

項目別 県別	肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステ ロール	高中性脂肪	肝機能異常 (脂肪肝含)	6項目平均値
全国	27.7%	20.3%	18.8%	27.3%	13.8%	27.0%	22.5%
北海道	17.6	11.8	14.5	25.5	17.1	32.9	19.9
東北	25.3	25.6	20.2	23.4	14.0	27.1	22.6
青森*	28.6	18.0	26.9	23.3	12.0	37.1	24.3
岩手	32.4	32.5	11.4	20.6	19.0	29.7	24.3
宮城	23.9	16.8	18.9	23.4	14.6	31.9	21.6
秋田	12.6	35.1	30.0	26.0	12.1	23.7	23.3
山形	28.3	45.1	15.9	19.7	13.0	18.0	23.3
福島	29.7	24.5	21.7	25.0	11.4	19.1	21.9
関東・甲信越	28.0	18.2	18.1	25.9	13.9	26.4	21.8
茨城	34.5	34.4	21.7	36.1	9.3	19.6	25.9
栃木	32.2	21.9	18.6	29.4	11.9	26.2	23.4
群馬	33.1	18.3	20.6	24.5	18.3	25.4	23.4
埼玉	26.6	14.8	18.4	23.3	15.1	25.0	20.5
千葉	31.2	24.0	18.4	28.5	14.3	27.6	24.0
東京	26.1	15.9	17.5	24.4	13.8	27.7	20.9
神奈川	24.4	12.1	13.9	21.3	13.1	25.3	18.4
新潟	29.2	21.9	22.4	37.7	14.0	30.1	25.9
山梨	23.6	21.4	24.1	29.6	21.2	16.9	22.8
長野	38.7	23.9	24.4	23.9	13.3	33.5	26.3
東海・北陸	24.8	26.2	18.4	31.9	12.8	28.5	23.8
富山*	28.8	23.4	29.3	29.3	15.0	41.2	27.8
石川	23.1	27.6	15.0	29.5	10.2	35.2	23.4
福井	26.2	23.1	20.8	20.4	13.7	41.8	24.3
岐阜	22.0	12.4	15.3	26.7	6.3	22.4	17.5
静岡	25.6	38.7	24.0	37.1	18.8	35.2	29.9
愛知	23.4	22.6	14.7	28.1	9.5	24.2	20.4
三重	31.9	14.0	15.3	40.4	13.2	18.2	22.2
近畿	28.5	19.0	18.7	28.3	12.0	26.7	22.2
滋賀	25.2	17.0	18.5	22.4	10.7	13.4	17.9
京都	24.8	18.6	24.8	27.2	12.1	23.7	21.9
大阪	29.7	20.1	17.5	29.6	11.3	26.6	22.5
兵庫	28.2	17.4	11.5	25.1	17.1	31.8	21.9
奈良*	36.1	9.1	19.6	33.4	14.6	52.7	27.6
和歌山*	29.3	6.2	20.7	16.2	8.2	36.6	19.5
中国・四国	26.0	17.5	19.3	25.1	13.8	25.0	21.1
鳥取*	20.5	8.2	21.4	1.2	0.4	15.7	11.2
島根*	47.0	16.5	29.5	34.3	18.9	52.1	33.1
岡山	22.2	14.1	20.8	19.0	9.7	18.1	17.3
広島	29.5	17.6	16.4	28.5	12.8	28.2	22.2
山口	18.4	23.8	17.5	22.8	10.0	29.1	20.3
徳島	17.0	14.4	6.6	22.2	16.7	17.0	15.7
香川	30.5	26.3	24.6	27.4	12.5	25.0	24.4
愛媛	30.5	17.1	19.4	29.9	18.7	38.3	25.7
高知	34.0	17.5	31.5	37.0	34.6	26.9	30.3
九州・沖縄	34.2	27.1	22.6	32.2	18.0	29.3	27.2
福岡	31.5	16.1	18.3	35.0	16.4	30.6	24.7
佐賀*	39.5	18.5	40.3	12.6	11.8	46.2	28.2
長崎*	27.5	13.6	18.8	35.7	17.8	27.6	23.5
熊本	42.5	38.9	18.9	26.2	18.3	28.7	28.9
大分	28.1	48.7	38.7	37.8	26.9	26.0	34.4
宮崎*	21.6	19.2	4.8	15.3	7.4	21.8	15.0
鹿児島*	20.7	31.6	8.2	18.1	23.3	23.0	20.8
沖縄	47.6	16.9	27.8	23.7	7.9	33.3	26.2

(注) 受診者10,000人以下は*

っている。

東北地方のブロック別平均値は全国平均より低いが、全国平均以下は、宮城、秋田の2県のみである。

関東・甲信越地方の全国平均以下は埼玉、東京、神奈川、山梨の4都県で、ブロック別平均値は全国平均並みである。

東海・北陸地方は全国平均以下で、石川、福井、岐阜、静岡、愛知の5県が全国平均を下回っている。

近畿地方は全国平均を上回っており、滋賀、京都のみが平均を下回っている。

中国・四国地方は全国平均以下で、鳥取、岡山、山口、徳島の4県が全国平均以下である。

九州・沖縄地方は全国平均を上回り、特に福岡、佐賀、熊本、大分、沖縄の5県で肥満者の割合が高い。

(c) 耐糖能異常の比較 (図57)

北海道は全国平均以下である。東北地方は全国平均を上回っており、特に岩手、秋田、山形、福島は4県で異常頻度が高い。

関東・甲信越地方の平均値は全国平均以下であるが、茨城、栃木、千葉、新潟、山梨、長野は異常頻度が高く、逆に、群馬、埼玉、東京、神奈川は少なく、バラツキが目立っている。

東海・北陸地方はブロック別平均では全国平均以上であり、高いのは富山、石川、福井、静岡、愛知である。

近畿地方は全ての県が全国平均以下である。

中国・四国地方も全国平均以下で、山口、香川のみが異常者が多い。

九州・沖縄地方は全国平均を大幅に上回り、特に、熊本、大分、鹿児島は3県で異常頻度が高い。

(d) 高血圧の比較 (図58)

北海道は全国平均以下である。東北地方は全国平均を上回り、岩手、宮城、山形を除いた3県で異常頻度が高い。

関東・甲信越地方は全国平均以下であるが、平均を上回っているのは、茨城、群馬、新潟、山梨、長野の5県である。

東海・北陸地方は全国平均を下回り、平均以上は富山、福井、静岡の3県である。

近畿地方は全国平均並みだが、京都、奈良、和歌山のみが特に高値を示している。

中国・四国地方は全国平均を上回り、平均以上は鳥取、島根、岡山、香川、愛媛、高知の6県である。

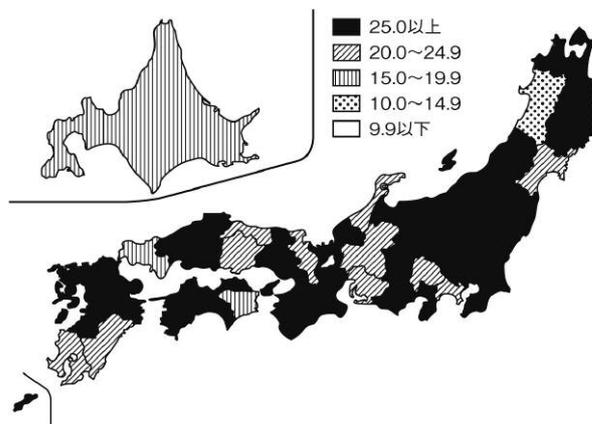


図56 肥満の比較 —2010年— (全国平均 27.7%)

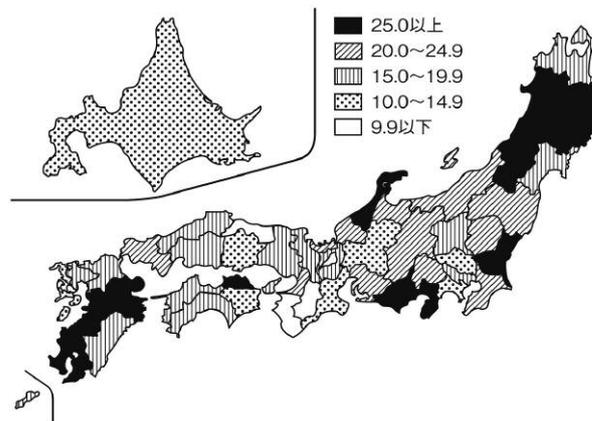


図57 耐糖能異常の比較 —2010年— (全国平均 20.3%)

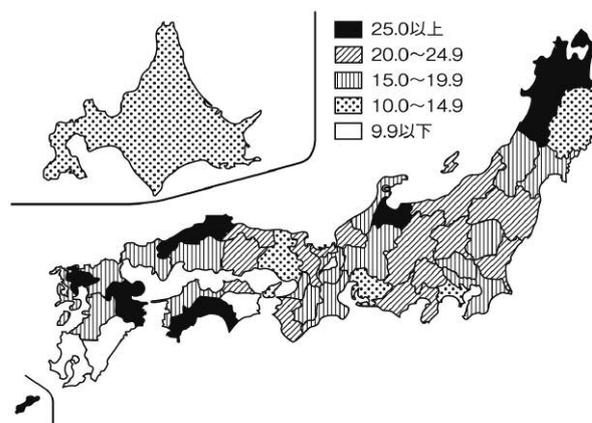


図58 高血圧の比較 —2010年— (全国平均 18.8%)

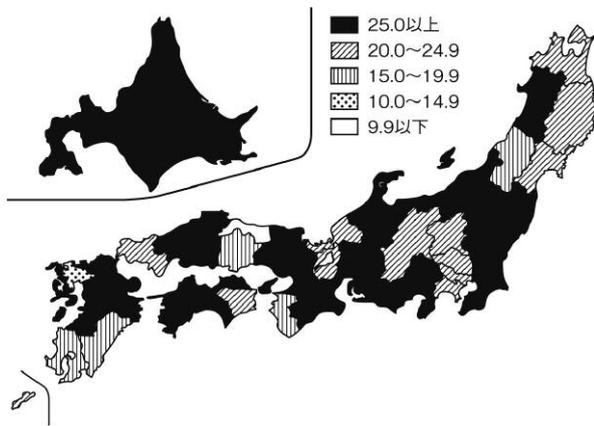


図59 高コレステロールの比較 —2010年—
(全国平均 27.3%)

九州・沖縄地方は全国平均を大幅に上回り、特に佐賀、大分、沖縄の異常頻度が高い。

(e) 高コレステロールの比較 (図59)

北海道は、全国平均を下回っている。東北地方も全国平均を下回っており、全国平均を上回っている県はない。

関東・甲信越地方は全国平均より低いが、茨城、栃木、千葉、新潟、山梨の5県が高い。

東海・北陸地方は全国平均を上回り、平均以下は福井、岐阜の2県である。

近畿地方も全国平均を上回り、滋賀、京都、兵庫、和歌山が平均以下である。

中国・四国地方は全国平均以下であるが、島根、広島、香川、愛媛、高知が高い。

九州・沖縄地方は全国平均を大幅に上回り、平均以下は佐賀、宮崎、鹿児島のみである。

(f) 高中性脂肪の比較 (図60)

北海道は全国平均を大幅に上回っている。東北地方は全国平均並みであるが、岩手、宮城のみが高い。

関東・甲信越は全国平均並みであるが、群馬、埼玉、千葉、山梨が高い。

東海・北陸地方は全国平均以下で、富山、静岡の2県が高い。

近畿地方は全国平均を下回るが、兵庫、奈良のみが特に高い。

中国・四国地方は全国平均並みで、鳥取、岡山、広島、山口、香川が特に低く、島根、徳島、愛媛、高知が高くてバラツキが大きい。

九州・沖縄地方は全国平均を上回り、佐賀、宮崎、沖縄のみが低い。

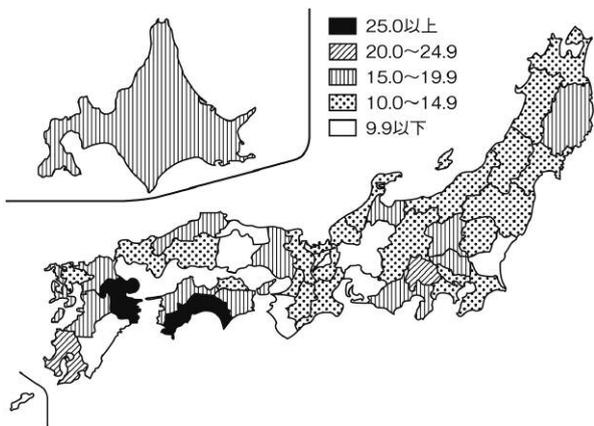


図60 高中性脂肪の比較 —2010年—
(全国平均 13.8%)

(g) 肝機能異常の比較 (図61)

肝機能異常の全国平均は27.0%で、6項目中で高コレステロール、肥満とともに最も高率である。

北海道は全国平均より高い。東北地方は全国平均並みで、特に青森、岩手、宮城の3県が異常に高いのが目立っている。

関東・甲信越地方は全国平均以下であるが、千葉、東京、新潟、長野が高率である。

東海・北陸地方は全国平均より高く、岐阜、愛知、三重のみが低い。

近畿地方は全国平均並みで、全国平均以下は滋賀のみである。

中国・四国地方は全国平均より低いが、島根、愛

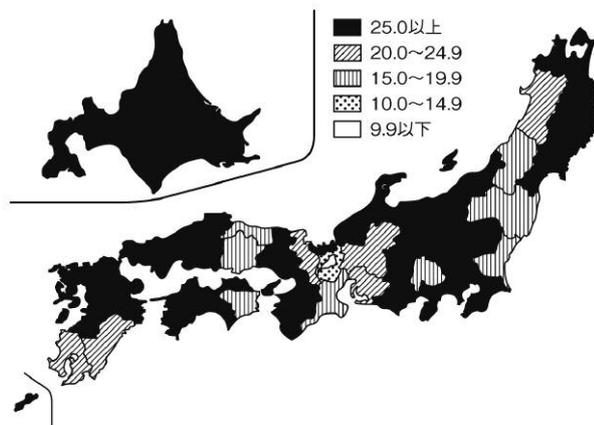


図61 肝機能異常の比較 —2010年—
(全国平均 27.0%)

媛は異常高値である。

九州・沖縄地方は全国平均を上回り、20%以下は1県もない。

(h) 都道府県別・6項目異常総合順位

6項目異常頻度の総合平均値を健康度の指標とし、都道府県別の比較をした。

対象受診者が大幅に増えているにもかかわらず、なお受診者数10,000人以下の県が10県もあり、その異常頻度は参考値にすぎない。そこで、受診者10,000人以上の都道府県を対象とした。

健康度の良いベスト5を挙げると、徳島、岡山、岐阜、滋賀、神奈川の順である。前年と比較すると、1位の徳島は変わらず、神奈川が2位から5位に下がり、岡山が3位から2位に上がっている。

また、健康度の悪いワースト5は、大分、高知、静岡、熊本、沖縄の順である。前年と比べると、1位大分の順位は変わらない。3位の熊本は5位、4位の高知は2位になっている。

総合的には、ベスト5中、神奈川以外は西日本である。また、ワースト5は過去東日本に多かったが、今回はすべて西日本が占めている。

(i) 都道府県別の6項目異常頻度一前年度との対比 (表46)

前項の6項目異常総合順位でも、上位が前年に比べてバラツキが見られたが、さらに各項目別の前年比について検討を行った。

異常頻度を5段階に分類して点数化し、点数が多いほど異常率が高いことを表している。

また、前年との点数が変化しなかった場合は表示せず、変動幅の増減を4段階に分類(表46下段を参照)して比較をした。

ブロック別に6項目異常頻度合計平均値を比較すると、前年と比較して変動がみられなかった。さらに都道府県別に前年との異常頻度を比較すると、6県が改善、6県が悪化、35県が不変で、前年と比較して、悪化は2県減少した。

北海道は6項目平均値で前年と変化がなく、東北地方では、岩手のみが改善している。

関東・甲信越地方では茨城と東京が悪化している。

東海・北陸地方は三重のみが悪化している。

近畿地方は滋賀、和歌山が改善し、奈良が悪化している。

中国・四国地方は山口のみが悪化している。

九州・沖縄地方は福岡、宮崎、鹿児島が改善し、佐賀が悪化している。

小括：項目別統計のまとめ

(a) 人間ドックの健常者は8.4%と、前年より1.1%悪化している。

(b) 異常頻度を年代別にみると、C群(経過観察)は、各年代ともに前年より増加している。D₁群(要医療)も、前年より増加し、D₂群(要精査)は60歳以上を除いて変化を認めない。

(c) 生活習慣病の危険因子として重要な6項目について異常頻度の高い順にあげると、肥満、高コレステロール、肝機能異常、耐糖能異常、高血圧、高中性脂肪である。

年別に比較すると、高中性脂肪以外は前年より増加している。

(d) 高コレステロールを除いては、例年どおり男性と女性の格差が著しい。年代別に比較すると女性は加齢とともに異常頻度が高くなるが、男性は肥満、高中性脂肪、肝機能異常、高コレステロールは50歳代をピークとして減少しており、生活習慣の影響が示唆された。

(e) 人間ドックを二日ドックと一日ドックに2大別し、6項目の異常頻度を調査した。一日ドックに対し二日ドックは高コレステロールを除き各項目とも異常頻度が高かった。特に耐糖能異常に著しい格差が認められたが、糖尿病検査方法の違いが影響しているものと考えられた。

(f) 健常者頻度のブロック別比較では、全国平均を上回る地域は、東北、中国・四国地方のみである。

(g) 生活習慣病の危険因子として重要な6項目異常頻度について7ブロックの比較を行うと、6項目すべてが全国平均を下回る地域は今回は無かった。

(h) 6項目異常頻度を都道府県別に細分化し、5段階評価による健康度マップを作成して比較した。

6項目異常頻度平均値を前年と比較すると、6県が改善、6県が悪化した。前回の調査に比べて、改善が1県減少し、悪化も2県減少している。

■まとめと今後の目標

■人間ドック・健診の現況と質の向上をめざして

公益社団法人日本人間ドック学会・社団法人日本

表46 6項目異常頻度の点数別表示と前年比較 —ブロック別・県別— (2010年)

項目別 県別	肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステロール	高中性脂肪	肝機能異常 (脂肪肝含)	6項目平均値
全国	5	4△	3	5	2	5	4
北海道	3△	2	2	5△	3	5	3
東北	5	5△	4	4	2▽	5	4
青森*	5	3	5	4	2	5	4
岩手	5	5	2▼	4▽	3▽	5	4▽
宮城	4▽	3△	3△	4	2▽	5	4
秋田	2	5	5	5	2△	4	4
山形	5	5	3	3▽	2	3▽	4
福島	5	4	4	5△	2	3▽	4
関東・甲信越	5	3	3	5	2	5△	4
茨城	5	5▲	4	5△	1▽	3△	5△
栃木	5	4	3	5	2	5△	4
群馬	5	3△	4	4	3	5	4
埼玉	5	2	3	4▽	3	5	4
千葉	5	4	3	5	2	5	4
東京	5	3△	3	4▽	2	5△	4△
神奈川	4	2	2	4	2	5△	3
新潟	5	4	4	5	2	5	5
山梨	4	4	4	5	4	3	4
長野	5	4	4	4	2	5	5
東海・北陸	4	5△	3	5	2	5	4
富山*	5	4△	5△	5	3△	5	5
石川	4	5△	3	5	2	5	4
福井	5	4△	4	4	2	5	4
岐阜	4	2	3	5	1	4	3
静岡	5	5	4	5	3△	5	5
愛知	4	4△	2▽	5	1▽	4	4
三重	5	2	3△	5	2	3	4△
近畿	5△	3	3	5	2	5	4
滋賀	5	3	3	4	2	2▼	3▽
京都	4△	3	4▽	5△	2	4▽	4
大阪	5	4△	3	5	2	5△	4
兵庫	5	3	2	5	3	5	4
奈良*	5△	1	3△	5	2▽	5	5△
和歌山*	5	1▼	4▽	3▼	1▽	5	3▼
中国・四国	5	3	3	5	2	5△	4
鳥取*	4▽	1▽	4▽	1	1	3	2
島根*	5	3	5	5	3	5	5
岡山	4	2	4	3▽	1▽	3	3
広島	5	3	3	5	2	5	4
山口	3△	4△	3△	4	2	5	4△
徳島	3	2	1	4▽	3▼	3△	3
香川	5	5▲	4△	5	2△	5△	4
愛媛	5	3	3	5	3	5	5
高知	5	3	5	5	5	5△	5
九州・沖縄	5	5	4▽	5	3▽	5	5
福岡	5	3	3	5	3△	5	4▽
佐賀*	5△	3▲	5▲	2△	2	5	5▲
長崎*	5	2△	3	5	3	5	4
熊本	5	5	3▼	5	3▽	5	5
大分	5	5	5	5	5	5	5
宮崎*	4▽	3△	1▼	3	1▼	4△	3▽
鹿児島*	4▽	5	1▼	3▼	4▽	4	4▽
沖縄	5	3	5	4▽	1▽	5	5

(注1) 異常頻度の点数表示

- 5: 25.0%以上
- 4: 20.0~24.9%
- 3: 15.0~19.9%
- 2: 10.0~14.9%
- 1: 9.9%以下

(注2) 前年との増減

- 著しく増加 (+2↑) ▲
- やや増加 (+1) △
- やや減少 (-1) ▽
- 著しく減少 (-2↓) ▼

(注3) 受診者10,000人以下は*

病院会による指定病院および指定施設と機能評価認定施設の現況について、2010年の調査結果を述べた。2011年1月現在で二日ドック指定病院数は409で前年より15減少、一日ドック指定施設数も86と11減少しているが、人間ドック健診機能評価認定施設が前年より18施設増えて262に達している。その結果、今回の項目別人間ドック集計対象人数は前年より7万人増加し、308万人である。機能評価認定施設は、ほとんどが一日ドックと二日ドックの両方を行っているので、コース別に分類して調査を実施した。また、がん統計のための症例報告数は7,937例で、前年より630例増加している。

近年は経済状況の悪化にもかかわらず、人間ドック受診者数は増加傾向を示しているのは、健康意識の向上が影響しているように感じる。また、がん症例の数も前年より増加しており、人間ドック健診施設の質的向上がうかがわれた。その内容について詳細な分析を行い、その有用性を検証した。

■人間ドックの総合がん検診とその意義

日本人の2人に1人はがんに罹患し、3人に1人はがんで死亡している現状である。死因のトップを占めているがん死亡率を今後10年以内に20%減少させることを目標に、2007年4月より国はがん対策基本法を施行。その柱のひとつに「がん検診の強化」が掲げられている。住民を対象とした「対策型がん検診」は、特定臓器に限定している。それに対し、人間ドックは「認意型がん検診」で、オプション検査を含めて全臓器を対象とした「総合がん検診」である。

人間ドックで発見されるがんのトップは胃がん、ついで大腸がんである。両方を合わせると20年前は全発見がんの約70%を占めていたが、今回の調査では45%と約25%低下している。

その理由は、男性では前立腺がん、女性では乳がんが著しく増えたためである。

その対策としては、50歳以上の男性に対してPSA検査、40歳以上の女性に対しては乳房エコー検査やマンモグラフィーを基本検査項目に導入する必要がある。

人間ドックで最も発見頻度の高い胃がんと大腸がんについては、早期がんの占める割合が72~77%前後である。治療方法も胃がんと大腸がんの両方とも内視鏡的切除が年々増加し、特に大腸がんでは手術

例中内視鏡的切除術が70%近くを占め、二次予防の有用性を実証することができた。

今後は、ハイリスクグループを選別することにより、さらなる発見率の向上が期待される。具体的には、喫煙者に対する胸部CT検査の導入である。また、ピロリ菌抗体（HP）検査と血清ペプシノゲン（PG）法の併用により胃内視鏡検査を選択する方法である。

さらに、PET、CT、MRIと各種腫瘍マーカーによる多臓器総合診断を目的とする「がん専門ドック」が普及していくであろう。

■健康度の悪化とその理由

1984年に人間ドックの全国集計を始めて驚いたことは、狭い日本の中で健康度の地域差が大きいことであった。その後27年間の経年変化をみると、地域差が次第に縮小している。その理由は、かつて健康度の良いと言われていた地域が次第に悪化の傾向をたどり、地域特性が失われてしまったことである。その結果、働き盛りの日本人の健康度は年々悪くなり、健常者が人間ドック受診者全体に占める割合は1984年の29.8%から、2010年は8.4%と21.4%も減ってしまった。

今回の調査では、ライフスタイルに関係の深い6項目（肥満、耐糖能異常、高血圧、高コレステロール、高中性脂肪、肝機能異常）の中で高中性脂肪を除いては、いずれも異常頻度の増加傾向が認められた。健康度悪化の理由としては、次の4項目が考えられる。

1. 専門学会による病態識別値の採用

近年、相次いで日本動脈硬化学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本痛風・尿酸代謝学会などが検査値のガイドラインを発表し、特定健診の判定値としても採用された。日本人間ドック学会でも、専門学会の基準に沿った判定基準を作成している。肥満の判定に腹囲を追加し血圧、脂質、血糖も、従来の基準値より厳しくなっている。

2. 人間ドック受診者の高齢化

人間ドックの普及に伴い、全国調査によれば反復受診者の割合は全受診者の70~80%を占めるようになった。その結果、人間ドック受診者の平均年齢が40歳代から50歳代へと移行し、さらに60歳以上の受診者が増え、30歳代の減少により順位が逆転している。

3. 社会環境の悪化

百年に一度と言われる経済不況により、大企業や銀行関係の倒産や吸収合併が発生し、サラリーマンのリストラや出向、単身赴任も増えている。その余波は中小企業にもおよび、経済はデフレ化の傾向が進出し改善のきざしがみえていない。このような社会環境の変化により、有形・無形に心のバランスを失い、ストレスがうつ病増加の原因となっているとともに、生活習慣を悪化させる引き金となっていると考えられる。

4. 食習慣の欧米化と運動不足

ファーストフード店やコンビニエンス・ストアの普及により、手作りの家庭料理を作る頻度が減少している。結果として和食中心から、洋食や中華風の料理など嗜好が多様化し、食物の中に占める脂肪の割合が25%を越すようになり、野菜の摂取量が少なくなったためである。また、交通機関の発達や車の保有台数が増加するにつれ、厚労省の調査でも日本人の歩数量が減少し、運動不足の人が増加している。

■メタボリックシンドロームは生活環境病

従来から生活習慣病は、危険因子が単一よりも複合した人が発症を促進することが国際的にも提言されていた。1999年にWHOは、この概念はインスリン抵抗性が深く関係しているために「メタボリックシンドローム」と命名した。

一方で2001年に米国の専門学会（NCEP：National Cholesterol Education Program）は内臓脂肪が元であると言ったために混乱があったが、命名に関してはメタボリックシンドロームに統一することが、世界的にコンセンサスを得たのである。

このような状況のもとに、2005年4月に日本版のメタボリックシンドローム診断基準が8学会の共同宣言の形で発表された。その内容については広く一般公開されているので、詳細については省略する。

それでは、今話題になっているメタボリックシンドロームの発症について考えてみたい。図62のごとく、メタボリックシンドロームは内臓脂肪蓄積による肥満を中心に、高血圧、脂質異常、高血糖のうち2項目以上が該当する症例が診断基準になっている。

肥満の原因は食事、運動、煙草、酒、睡眠などの生活習慣の偏りによることは多くの検証により裏付けされている。さらにその偏りが発生する理由としては社会環境、職場環境、家庭環境など生活環境の変化により過重労働や人間関係の摩擦がストレスとなっているためである。従って、人間ドック受診によりメタボリックシンドロームと判定された人は、自分の生活環境の中で何がストレスになっているかに気付くことが、行動変容を実行する第一歩である。

また、全国集計の結果から1995年以来提唱してきた「ライフスタイルシンドローム」は「メタボリックシンドローム（日本版）」の上流を示しているが、最近では「メタボ」の略称でこれらの現象が国民に理解されている。

■人間ドックの健康度改善対策

日本人間ドック学会は、出来るだけ当日に面接指導を行い、さらにその成果を確認するため3～6ヵ月後のフォローアップの必要性を強調してきた。2005年に発足した人間ドック健診施設機能評価制度では、認定の条件として前記の実施状況を重点項目としている。それにもかかわらず、異常頻度の増加、すなわち健康度の悪化は増加の一途をたどり、今回は過去最悪である。

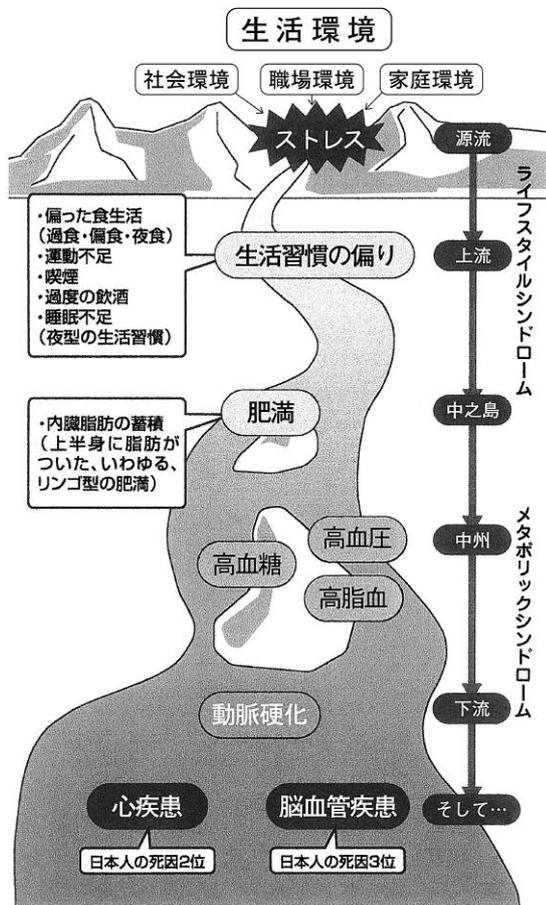


図62 メタボリックシンドロームの源流はストレス

その理由として前述した4項目について、その対策を考えてみたい。

1. 日本人間ドック学会の基準値は、2007年に専門学会のガイドラインを参考に作成したので、従来より厳格になっている。さらに2008年の特定健診の発足に伴い、腹囲径を肥満の判定基準として追加採用したことが、肥満者の増加原因の一つになっていることが考えられる。しかし、今回の調査では、生活習慣病関連6項目中、中性脂肪を除くその他の4項目は全て悪化し、健常者はわずか8.4%となってしまった。

この理由としては、病気の発見を目的とした疾病識別値を採用していることが一因と考えられる。しかし、臨床医学と予防医学の立場の違いにより二重の基準を認定することは、混乱を招くことになる。

そこで、実際の指導にあたっては、リスク項目が少なれば要医療の判定であっても問診で生活習慣の偏りが著しい症例には、直ちに薬を出さずに栄養指導、保健指導を行い、経過をみるのが大切である。「データを見て、人を見ず」にならぬよう心掛けなければならない。

2. 人間ドック受診者層を分析すると、近年は30歳代の減少と60歳代の増加により順位が逆転している。加齢とともに健常者が減り、異常者が増加する傾向は常に同じであり、健康度の悪化に影響を及ぼすことは当然である。

しかし、各年代別の経年比較では、今回は異常頻度の最も高いC（要経過観察）とD₁（要治療）は全ての年代で過去最悪であり、加齢の影響のみではないことが明らかである。

3. このように考えると、今回特に健康度が急激に悪化した理由は、メタボリックシンドロームの源流である生活環境の悪化が最大の理由であることが考えられる。

わが国では、1999年以来、自殺死亡率（10万人対）が欧米先進国に比べて突出しており、年間3万人を超えている。その原因として、健康問題（仕事が出来ない等）や経済・生活問題、家庭問題が挙げられている。

厳しい生活環境のストレスに対応できない人に2つのタイプがある。1つは内向的な性格の人で、次第に不眠、倦怠感、食欲不振が続いて、うつ病へと進展する。

それに対して外向的な性格の人は体調に変化が無いので、ストレス解消として特に夜の過飲・過食の習慣が続く。結果として運動不足となり、メタボリックシンドロームから動脈硬化に基づく生活習慣病に発展するのである。

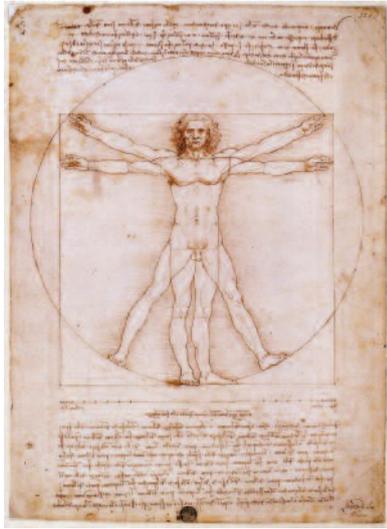
従ってメタボ該当者に対しては、うつ病と同じように当日面接によるカウンセリングが重要である。まず、問診票により生活習慣の偏りを確認した後に、性格や行動パターン、生活環境（仕事の内容、労働時間、人間関係）等について対話を行い、その内容を記録する。

メタボ該当者は自覚症状が全く無いのが特徴であり、ストレスの負荷が肥満の源流であることを気付かせることが、生活習慣改善を決心する動機付けの第一歩である。

4. このような順序を経て、本人が生活習慣改善の準備期に入った後に、保健師、管理栄養士による保健指導、栄養指導を行うことが、目標達成に向けて成功率を上げるコツである。

指導にあたっては、体重減量のために本人ができることは何かを聞き、その意志を尊重してヒントを与えることである。そして、その効果については3ヵ月後にメタボ関連の検査を行い、改善できていない人に対してはさらに3ヵ月後に追跡検査を実施。検査結果について保健師による最終評価判定を行う。さらに、人間ドック受診1年後に再チェックを受けるように勧める。

このように、受診者は個別に性格とストレスチェックを含めた問診と健康識別値を用いた総合健康評価を行うことが大切である。さらに生活環境に基づくストレスが生活習慣の偏りの原因であることの意識づけをすることにより、保健指導の効果が発揮され、健康度改善の道が開かれるであろう。このような目的を持って、今後も人間ドック全国集計を続ける予定であり、会員施設の御協力をお願いしたい。



体の文化史—⑧

頭・額

池澤 康郎

中野総合病院 理事長

頭

◎頭は権威あるものの象徴 知性の座であり男性的

「頭は全宇宙の形に似て球形を成し、脳を包む最も神聖な身体部分で、他の部分を支配する」と、プラトンは『ティマイオス』で述べています。アリストテレスも『動物部分論』で「人だけが直立していて、身体の上方向部分を宇宙の上方に向けている」と記しています。大宇宙（マクロコスモス）に対して人体を小宇宙（ミクロコスモス）ととらえる思想があり、アリストテレスの記述にもその思想をうかがわせます。

古代中国でも人体の頭は西欧と似たとらえ方をされています。最古の部首別漢字事典である『説文解字』せつもんかいじ（後漢の許慎の作）によると、“天”とは人の頭のことであり「至高にして上なし。一大に従ふ」とのことです。人の頭である“天”を“天空”としているのは、転義（語本来の意味から転じた意味）であり、古代中国では人の頭としての天が非人間的な天を指して照応しています。

また、アリストテレスはやはり『動物部分論』で“目のあるところが頭”だと言っています。「触覚や味覚は心臓に関連してるが、視覚の本性は水と同一

で、脳も液体だから目は脳の近くになければならない」としているのです。この理由付けは誤りであるものの、頭を目のあるところと規定したのは、魚類や昆虫など聴覚や嗅覚の感覚器官が頭にないことからみても卓見と言えます。古代ローマの博物学者大プリニウスは『博物誌』11巻の中で「脳は諸器官のうち最も高く位置し頭の穹窿きゅうりゅう（丸天井）で保護されている」と述べていますが、目と頭の関係には言及していません。

頭は、脳を含み、かつ宇宙との関係で位置づけられるため、心や知性、宇宙や太陽や王制または権威あるものを象徴することになります。子宮が繁殖と豊穡ほうじょうを象徴するのに対して、頭は知性の座として男性を象徴づける点で、男性的であるともされます。

また、頭は身体のほかの部分から独立していると思われたので、男性の頭が死後もなお口をきく話が多く残っています。たとえば、イギリスの子守歌には、「首を切られても小1時間、チャールズ1世は歩いてしゃべった」とあります。

◎古代ローマの門の守護神は 二対称性頭・胸結合体

動物は1つの頭を持つのが普通ですが、ドイツの発生学者ハンス・シュペーマンはイモリの卵を毛でしばって前部二重体（側面二重体の1つ）をつくりました（『イモリの卵の発生生理学的研究』1903）。



ヤヌス神とヤヌスの四面門

このような二重体は奇形として生まれることがあり、対称性二重体のうち特に二対称性頭・胸結合体や前部二重体が1つの身体に頭が2つあるような外観となります。二対称性頭・胸結合体は“ヤヌス体”とも言われます。

ローマの古神ヤヌスは門の守護神で、門は全ての物事の始まりであるとともに終わりであることから、正反対の方向を向く二つの顔と頭がありました。祈りや祭儀において神々の先頭に置かれ、ユリウス暦では年の始めの1月をヤヌアリウス januarius（英語の January）と称しました。ユリウス暦とはガイウス・ユリアス・カエサル、つまりジュリアス・シーザーが制定し、紀元前45年から現行のグレゴリオ暦が制定される1582年まで何度か改変されながら使われてきた太陽暦の1つです。

一方、前部二頭体にはドイツの画家アルブレヒト・デューラーの描いた三腕二頭体や伝説的なトルコ射手のような二腕二頭体などがあります（E. ホーレンダー『15～18世紀版画に見られる怪異、異常出産および奇怪な形姿』1922）。

額

◎古来から額は知性や性格を反映すると思われていた

人の頭は頭部と顔部に分けられ、額は頭部の1部です。他の哺乳類では脳頭蓋は顔面頭蓋の後方にありますが、人間では脳頭蓋が大きくなり、その後

短頭化し球形となって顔面頭蓋の上に乗る、額が垂直に張るようになりました。

前頭部のこの部分を額というようになったのは、平安時代以降で、それ以前は“ぬか”と言いました。額を地につけて神仏などを礼拝する“叩頭礼”^{こうとうらい}は日本では“額突き”^{ぬかず}と言います。米搗虫は“叩頭虫”^{こめつきむし}と呼ばれました。

1712年ころ、医師の寺島良安が編集した百科事典『和漢三才図会』^{わかんさんさいずえ}によると、眉間の間は顔で髪際の前が額だとしています。ハゲが進行して髪の毛の生え際が後退すれば額は広くなりますし、額の秀でた人は知性が高いとされがちですが、ハゲの人ほど高い知性の持ち主ということになります。一方、新生児の多くは額にもかなり濃い産毛が残っているのどこまでが眉かわからない場合もあります。額はあいまいな部位と言えます。

ただ、額が脳の形状ばかりかその活動状況も推測させたので、古来、人相学や骨相学では額と性格や知性との関係が論じられてきました。人相学の一部には“観額術”なるものまでありました。ドイツの哲学者ゲオルグ・ヴィルヘルム・フリードリヒ・ヘーゲルも『美学』第3部の中で「額には思念や反省や精神の内向作用がうかがわれる」と述べています。また、横から見て垂直な直線となるか、わずかに曲がって額から鼻に移るギリシャ的なプロフィールを人間の頭部の理想的な造形であるとしています。

この線をオランダの解剖学者P. カンペルは“顔の美の線”と呼びました。スイスの医師マックス・ピカートは「人間の根源性のほとんどは額に集中して存在しており、正面から見ると額が顔の上に君臨して支配している」（『人間とその顔』）と言います。

“額縁”の額も堂の正面を飾って荘重さを加える題額（寺号や氏名などを書いて戸口や門に掲げる額）で、つまり額に由来します。

古くはアリストテレスが『動物誌』で「額が狭いのは気まぐれ、丸くふくらんでいれば気短かで、秀でた額は知性ある徴」としており、彼の作と誤解された『人相学』には、「小さい額は豚のように無教

養、あまりに大きい額は牛のように鈍重、丸い額は
ろば驢馬のように鈍感」とあります。ドイツの哲学者イ
 マヌエル・カントは「男の額は平たいが女の額は丸
 いのが常である」(『実用的見地における人間学』)
 と言っていますが、日本人でも一般に成人男子の額
 は平らで、女性や幼児の額は丸いものです。女形の
 横顔が総じて女らしくないのは、突出した喉頭部の
 ほかに丸みのない額のせいでもあります。また小児
 の顔は上下顎骨が未発達なため額が相対的に大きい
 ものです。

仏の額は広く厳かに平らですが、眉の間にびやくごう白毫
 という毛が生えていることは4月号(p.82参照)で
 述べました。

◎額の美の変遷——広い額から富士額へ

静かなるわが妹、君見れば想いすずろぐ
 朽葉色に晩秋の夢深き君が額に
 天人の瞳なす空色の君がまなこに
 憧るるわが胸は、苔古りし花苑の奥
 淡白き吹上げの水のごと、空へ走りぬ

(マラルメ『といき嗟嘆』上田敏訳)

近代の詩人たちの恋の詩には、額はさまざまに形
 容されてうた謳われていますが、なぜか古代詩にはあま
 り登場しません。日本でも『万葉集』巻16, 3838に
 次のような歌があるくらいです。

“我わ妹も子こが額ぬかに生ないたる双六すぐるくの牡牛ことひのうしの鞍かさの上かみの瘡かさ”

これは、とねり舎人親王に意味不明な歌を詠んだものに
 ほうびをやると言われてあべのこおち安倍子祖父がつくった歌で
 すが、“妻の額に生えている双六盤の牡牛の鞍にあ
 る腫れ物よ”と妻の顔を嘲笑して、額の美どこ
 ろではありません。近代になってからは、日本でも
 与謝野晶子ぬかが“額ぬかしろき聖かいでうよ見みずや夕ゆふぐれを海棠かいとうに
 立つ春夢見姿”などと詠んでいます。額の美しさや
 表情を豊かに描ききったというものではありません。
 額が単調な凸曲面であることから形容詞が限られる
 のかもしれません。むしろ絵画や彫刻には見事な額
 が形づくられています。

たとえば、藤原京時代の高松塚古墳壁画の4人の
 女性はいずれも瓜実顔に細い眉と目、生え際が高く



壁画・飛鳥美人



能面・小面



フランソワ・ブーシェ「ボンパドール夫人」の一部

丸く張った額をしており、髪が高く結び上げられて
 います。しかし、4人とも正中線かりがね上に雁(髪の岬状
 突出)は描かれていません。11~12世紀の王朝物語
 絵巻に描かれている女性も、平安時代の古楽面や能
 面も同様です。雁と富士額とは美の重要な要素です
 が、この時代にはまだ認められていなかったのかも
 かもしれません。あるいは菅原孝標女すがわたかすえのむすめが書いた『更級さらしな
 日記』の足柄山あしがらやまの件で14~15歳の遊女を「髪いと長
 く、額いとよくかかりて、色白く」とあるように、
 平安時代は額より額髪のほうが重視されていたのか
 もかもしれません。額が軽視されていた証拠としては、
 平安時代の美人画や能面のこおもて“小面”(最も若い女性
 の面)などにあるように、眉が剃られて額の高い位
 置にまゆずみ太く短い黛まゆが引かれていたこともあげられます。
 当時は上脛が広く豊満であり、額も広いのを良しと
 したようです。『紫式部日記』にはごせちべん五節ごせちの辨べんという

女性が「絵のかいたる顔して、額いたうはれたる人の……」と、額の広さをほめています。

時代がくだって江戸時代になると、浮世絵の美人画に代表されるように、雁が目立つようになり、それが日本髪を結った顔を美しくみせる上で大切なアクセントとなっています。

雁は日本人女性に特有のものと思われている面もありますが、フランスの画家ジャック＝ルイ・ダヴィッドの「野菜作りの女」やフランソワ・ブーシェの「オダリスク」「ポンパドール夫人」などにもありますから、東洋的と決めつけるのは早計です。

額の形が違うだけでなく、男性は女性とは額に対する違った価値観を持っていたようです。元服前の少年は頭のいただきを剃り、前髪を束ねていましたが、11～15歳の元服のときに前髪を剃り落として額を高々と見せることで一人前とみなされました。この月代の習慣は室町時代から行われるようになったといわれています。

また、武士が額を傷つけられることは恥とされていました。武士にとって額は誇りの象徴であったようです。



月代

◎表情を形成する額の横皺

額に横皺をつくる前頭筋と皺眉筋は、人間の表情を豊かにします。前頭筋がつくる横皺は青年期までは筋の弛緩とともに消えますが、中年期以降は皮膚の弾性が乏しくなるので弛緩しても皺が残ります。多くの欧米人は前頭筋を片側だけ動かして意識的表情の1つとしていますが、日本人にはこのような表現はあまり見られません。



能面・小牛尉



ラオコオン像 (バチカン美術館所蔵)

前頭筋の収縮は目を見開いて恐怖、驚愕、緊張、威圧などの感情を表します。歌舞伎の筋隈はこの筋肉を図案化したものです。舞楽面にも抜頭の面のように前頭筋を思わせる2条の筋があります。また、古代ギリシャの彫刻ラオコオン像のように、額の中央に斜めに皺を寄せて悲痛と苦悩を表すのは、前頭筋と皺眉筋の協働によるものです。日本でも小牛尉や皺尉など老人の能面の多くにこのような皺が見られます。

高松塚古墳

日本で最初につくられた碁盤の目状の都城である藤原京(694～710年)の時代に作られた古墳で、現在の奈良県高市郡明日香村にあります。1972年に石室に描かれた極彩色の壁画が発見され、国宝に指定されています。被葬者は天武天皇の3人の皇子や石上麻呂(左大臣)などいろいろな説がありますが特定されていません。

壁画には男女の人物、日月、四方四神(四方を司る霊獣)、星座が描かれています。人物は16人が4人ずつの群になっていますが、西壁にあった女子群像は発見当時、色鮮やかで美しく、飛鳥美人と言われて大評判になりました。

イラスト：堀込和佳



医療経済の安定は確実な歩みから生まれる

藤田保健衛生大学教授
「医療経済学」講師

山内 一信

日本のみならず世界中で経済の混迷が続いている。その理由を経済学者がいろいろと解説しているものの、本当のところはよくわからない。人間あるいは国そのものの強欲さが歴史的、政治的、社会的、文化的背景の違い、人口あるいは人口構成の変化、さらには貧富や情報の格差など複雑な要因と相まって経済の秩序を乱し、不安定さを起こしていると考えられる。一方、秩序の乱れに対しては政府の規制によって乗り越えようとしているがこれも各国の状況が違うためそんなにたやすいことではない。

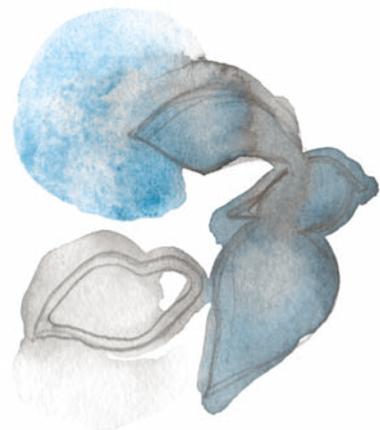
さて基本的なところに視点をおいてみる。経済的に安定しているということはどういうことであろうか。結局はGDPが着実に伸び、物価が安定していることであるが、世界各国がこれらの条件を達成するには各国の状況が異なるため、大変難しい。

GDPの着実な伸び、すなわち経済の発展を考えてみる。同じ人間が昨年と同じことを行っているとするれば、同じGDPしか得られない。ところが人間は動物と違って同じ営みをしても何らかの工夫を行い、より価値の高い生産物やプロセスを求める。これが社会や経済を発展させるもとになっている。しかしながら、その営みのレベルや欲求は人、組織、機関、社会、国ごとに異なる。このことがまたいくつかのひずみを生むことになる。そして達成された成果物はきちんとした評価がされぬままに、あるときは異常に高く、あるときは異常に低く評価されて、実体と合わないことになる。実体に則した形で評価されるには市場主義経済ということになるだろうが、これまた種々の要因で神の見えざる手が働かない。

日本国政府は大きな負債を抱えて、日本経済は厳しい状況にあるが、円が買われ円高が進んでいる。

このことは強い円という見方もできる。この円高が実体をどこまであらわしているかわからないが、そのベースにあるものは日本人のまじめさと勤勉さから生まれるプロダクトの良さが強く影響しているような気がする。

翻って自分たちの医療を考えてみる。少子高齢化、医療技術の進歩、大きな医療への期待などに対して医療制度が追いついていないところに問題がある。勿論医療制度改革は進められつつあるが、国民・医療者の納得が得られる形ですすめなければならない。ただ、我々医療従事者も身近なところから努力をする必要がある。診療そのものの在り方、必要なところに必要な技術、機器、医薬品などを導入し、プロセスと成果を改善しなければならない。これらは、効率化ということにもつながる。日々のたゆまざる努力によって実体に結びついた付加価値の高い提供体制を作っていくことが大切である。





日本病院会 熊本県支部報告

支部長 高野 正博

[熊本県支部の現状]

1. 会員数

当支部は平成11年2月に会員数33病院で設立され、現在は会員数45病院（公的16、私的29）となっている。

そのうち地域支援病院として4病院、がん診療連携拠点病院として7病院が指定され熊本県医療界のリーダーとしての機能を果たしている。そのほかの病院もそれぞれの専門分野で各地域の中であって先駆的役割を果たしている。

2. 役員

平成22年3月に、任期満了に伴う役員選挙を行い、新執行部が決まった。役員は任期は3年で支部会員全員の投票により選出する。平成23年3月に、新執行部のうち公的病院の理事1名、私的病院の理事1名が院長を退任したため新たに理事2名を選任した。

新執行部は下表のとおりであるが、多くは全日病、医療法人協会などの役員を兼任している。

3. 支部の事業報告

県支部活動としては、年1回の通常総会、年4回の役員会、年2回の講演会、年1回の熊本県四病院団体による合同講演会を実施している。

本年8月の総会時には、日本病院会の監事の石井孝宜先生にご来熊いただき、「病院経営の現状と平成24年診療報酬同時改定のゆくえ」と題して特別講演会を開催した。その中で石井先生からは、社会保障と税の一体改革が進展するなか、病院経営、特に中小病院の経営には一段の経営戦略が不可欠であることを明確にお示しいただき、支部会員一同改めて気を引き締めた次第である。

11月18日には、医療機能評価機構と共催で「医療機能評価受審熊本セミナー」を開催予定で、多数の参加申し込みがあった。

平成23年度当支部研修会は、平成24年1月27日に保健医療経営大学学長の橋爪章先生を講師に迎えて「24年診療報酬改定」をテーマに計画している。

4. 熊本県四病院団体協議会

当支部長の呼びかけで平成16年4月より熊本県四病院団体支部長懇談会として発足し、年2～3回の情報交換会の開催、各病院団体の講演会等への相互案内、年1回の合同研修会開催、県医師会との相互連携、県庁関連部署との連絡窓口として等で実績を上げている。

本年度は日本精神科病院協会熊本県支部が幹事団体となり、平成24年3月に四病院団体合同研修会を開催予定である。

5. 日病支部長会を提唱

支部長会を通じて、諸問題・共通問題を討議し、常任理事会で検討をお願いする。

[当支部の課題]

熊本県における現在の医療の問題点は、病院機能分担によるネットワークを組み、地域全体の医療の質の向上と効率的な医療の提供が可能なシステムを作り上げることである。当支部は熊本県の病院団体として唯一公的病院を会員に持つという特色を生かして、適切な情報発信、提言により、公私相携えて病院医療の向上発展と地域社会の医療・福祉の進展に貢献していきたい。

(平成23年4月1日現在)

	公的病院		私的病院	
支部長			高野 正博	医療法人社団高野会高野病院会長
副支部長	馬場憲一郎	熊本市市民病院院長	吉田 仁爾	医療法人社団起生会表参道吉田病院院長
理事	濱田 泰之 柳下 芳寛 副島 秀久	熊本中央病院院長 国立病院機構熊本南病院院長 済生会熊本病院院長 新任	米満 弘之 藤山 重俊	医療法人社団寿量会熊本機能病院理事長 NTT 西日本病院院長 新任
監事	坂本不出夫	水俣市立総合医療センター院長	河北 誠	医療法人社団萬生会熊本第一病院理事長



平成23年度 第6回 定期常任理事会 議事録

日 時 平成23年9月17日（土） 午後1時～午後5時
場 所 社団法人日本病院会5階会議室
出席者 (会長) 堺 (副会長) 今泉, 高橋, 末永, 相澤, 梶原, 大道(道)
 (常任理事) 藤原(秀), 宮崎(瑞), 木村, 万代, 福井(次), 渡邊, 武田(隆久), 岡上, 生野, 小川(嘉), 中島(豊), 岡留, 安藤(文)
 (監事) 柏戸, 宮川 (代議員会議長) 野口 (代議員会副議長) 中嶋(昭)
 (顧問) 奈良, 山本, 佐藤, 大井, 村上(信), 宮崎(忠)
 (参与) 坂本(代理: 奥村), 松田, 池上, 権丈
 (委員長) 前原, 吉田, 原, 大道(久), 崎原
 (支部長) 柴山, 三浦(將), 松本(隆), 細木
 永易 卓 (病院経営管理者協議会 会長)
 阿南 誠 (日本診療情報管理士会 会長) 総勢45名の出席

大道副会長の議事進行により会議に入った。

開会にあたり、堺会長から開会挨拶を述べ、会議定足数について、定数26名中、出席者20名、委任状6通、計26名（過半数14名）で会議が成立している旨の報告後、議事録署名人に中島豊爾、生野弘道、両常任理事を選任した。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、正会員の退会2件、賛助会員の入会1件について承認した。

〔正会員の退会2件〕

- ①〔東京都〕医療法人社団森と海東京 黒田病院（会員名：金澤俊行理事長）
- ②〔山口県〕特定医療法人博愛会 村田博愛病院（会員名：荻田幹夫院長）

〔賛助会員の入会1件〕

- ① A 会員〔埼玉県〕国際チャート(株)（代表者：勝部

泰弘代表取締役社長）

（平成23年8月27日現在）

- ・正会員 2,394会員 ・特別会員 235会員
- ・賛助会員 240会員（A会員98, B会員109, C会員1, D会員32）

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼1件）

- ①「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」（厚生労働省）後援名義

（新規：後援等依頼1件）

- ①「ばんぼう」創刊30周年記念フォーラム（株）日本医療企画）の後援

3. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

下記施設の紹介があり、指定を承認した。

- ①〔埼玉県〕学校法人大原学園 大原医療秘書福祉専門学校大宮校



4. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

下記2施設の指定を承認した。

(更新：2件)

- ①〔神奈川県〕社会医療法人財団 石心会 アルファメディック・クリニック
- ②〔埼玉県〕(社)全国社会保険協会連合会 埼玉社会保険病院 健康管理センター

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

(1) 第1回 QI 委員会 (9月1日)

福井常任理事より、今年度のQIプロジェクトには85施設から参加申し込みがあり、11項目の指標を定め、経時的にその数値を改善していく試みを始めた。各施設で毎年同じ基準による測定を行い、それに基づいて改善法について検討していきたいとの報告があった。

(2) 第2回地域医療委員会 (9月5日)

今泉副会長より、①被災地医療支援活動について8月18、19日の被災3県訪問時の資料や説明をもとに協議を行った。医師不足に悩む中小病院には医師を被災地に派遣する余裕がなく、困難な状況であるが、国全体の利益を考え、最優先課題として取り組まなければならない。②地域医療再生を妨げる制度の壁について専門家の意見を聞きながら討議するため、11月2日に医療制度委員会と合同で委員会を開催することを検討している、等の報告があった。

堺会長から、被災地への医師派遣は大変難しい問題で、日本病院会で現在モデル事業的に初期研修医と後期研修医でそれぞれ行っているが、大学からの支援の申し出もあるので、窓口をどこにするかの問題も含めて双方で無駄なく連携してやっ

ていきたいとの発言があった。

(3) 第13回医療制度委員会 (9月7日)

高橋副会長より、①国際厚生事業団の角田専務理事から、外国人看護師の受入施設として、できるだけ多く手を挙げてほしいとの要請がなされた。②医療事故における医師の刑事訴追の問題は医療制度としては非常に嘆かわしいことであり、本委員会でも医療救護法の制定などに向けた話し合いを開始すべく検討を進めている、等の報告があった。

(4) 第4回創立60年記念誌編集委員会 (9月7日)

大道副会長より、60年誌については、50周年記念誌以後の10年間の出来事を中心にして作成しており、細かな構成や表紙のデザイン等に取りかかっている、との報告があった。

(5) 第12回医療の安全確保推進委員会 (9月7日)

木村常任理事より、死因究明制度のあるべき姿について、日病として案をまとめつつある。基本となる考え方は、①医療事故死等の原因を医学的に究明し、結果を教訓として、医療事故防止につなげる、②医学的原因究明と再発防止を本制度の主旨とし、司法の判断、賠償問題の判断は別の組織にゆだねる、という2つの原則である。また、第三者機関として、日本医療機能評価機構に事務局を置くことを提案したい、等の報告があった。

次いで、日本医療安全調査機構の事務局でもある原委員長から、機構設立の経緯の説明があり、現在までに149例の死因究明を行っている、との報告があった。

(6) 第2回臨床研修指導医養成講習会 (9月9日～9月11日)

岡留常任理事より、50名の参加があり、全員に修了証書を授与した、との報告があった。

(7) 第1回認定個人情報保護団体審査委員会 (9月15日)

崎原委員長より、昨年度の活動状況について厚生労働省に報告した際に、個人情報保護団体としての活動がわかりにくいとの指摘があり、改善を考えている。今後の方針として、ホームページのデザイン改善、関連学会・研修会などでのビラ配



り等で周知を図りたい。また、医療のIT化、電子カルテ導入などが急速に進んでおり、個人情報保護の観点から勉強会を設けたらどうか、また、医療発展のための個人情報の活用法について検討すべきという提案もあったので、今後話し合いたい等の報告があった。

(8) 第4回社会保険診療報酬委員会（9月15日）

万代常任理事より、①次期診療報酬改定に向けた日本病院会独自の要望書を取りまとめるべく要望事項を検討した。②チーム医療の評価については、入院基本料の一要素として、評価されるべきチーム医療を提示した上で、それらの評価を含めて根拠に基づいた入院基本料が設定されるよう求めるべきとの見解で一致した。③病院歯科診療における医師定員の基準については、入院患者1人につき医師1人をつけなければならないのは人件費上問題であり、厚労省にその調整を要請することになった、等の報告があった。

(9) 災害対策特別委員会——東日本大震災に伴う被災地への支援協力について——

今泉副会長より、被災3県への訪問の結果、医療機器、医師派遣等の現地からの具体的な要望が寄せられたので、会員各位へ協力をお願いしたい、との要請があった。

前原委員長から、福島県病院協会の活動について報告が行われた。懸案事項として、①損害賠償請求項目の弁護士あるいは公認会計士によるチェックを日本病院会の顧問弁護士に依頼した。②可及的速やかな損害賠償請求及び施設基準の緩和措置要望の件では、3月15日付で緩和措置の事務連絡が厚生労働省から来ているが、さらなる緩和を要望している。また、これに関連して、9月1日に東京電力から医療法人への本補償が決定したこと、9月7日に厚生労働省の施設基準緩和措置が出されたこと等、7月末から現在までの経過報告がなされた。

堺会長から、被災3県と日病の会員が共通認識を持つ必要があるので、前原委員長には、福島県病院協会の活動等について、毎月の常任理事会でご報告願いたいとの要請があった。

(10) 第1回医師事務作業補助者コース小委員会（9月8日）

武田常任理事より、以下の報告がなされた。平成23年4月入校の第4期生は1,002名が研修会に出席し、うちレポート提出者996名、辞退者6名であった。このコースで出た質問をQ & Aにまとめてホームページに掲載すること、講師間での意思疎通を図るために、講師会の創設について提案があった。また、来年（平成24年）度の診療報酬改定にあわせて、第6期生を対象にテキスト、レポート問題の改訂を準備している。

(11) コーディング勉強会（8月27日～9月11日・開催予定9月17日～11月27日）

武田常任理事より、10会場、13教室で227名の参加があった、との報告があった。

(12) 医療統計学勉強会（8月28日～9月3日・開催予定9月19日～12月3日）

武田常任理事より、勉強会には4会場で182人の参加が得られた。平成23年度は、9教室、532人の参加があった。今後は、9月19日から12月3日まで、13会場で開催予定である等の報告があった。

(13) 第32回病院経営管理士通信教育認定証授与式（9月16日）

小川常任理事から、病院経営管理士制度創設後、初となる卒業生は、44名が通信教育を受けていたが、東日本大震災のため2名が留年になり、42名が認定証を受けたとの報告があった。

(14) 第1回病院経営管理者協議会理事会（9月16日）

永易会長より、第61回日本病院学会のワークショップの報告、協議会会誌『JHAC』編集委員会の報告等を行った。また、同日開催された総会の資料に基づき平成22年度事業報告（案）及び収支決算報告（案）、平成23年度事業計画（案）及び収支予算（案）について協議を行った、との報告がなされた。

(15) 第1回病院経営管理者協議会総会（9月16日）

永易会長より、総会では第1号議案から第4号議案までを審議した。平成23年度の事業計画の中



では、年2回の研修を予定しており、第1回は病院経営管理者研修会とし、第2回については診療報酬改定を中心に現在、企画調整中である等の報告があった。

(16) 第1回病院経営管理研修会（9月16日）

永易会長より、169名の参加があり、盛会のうちに会を終えた、との報告がなされ、材料費マネジメントの問題は特に切実であるので、参加者全員が熱心に聴講していた、と述べた。

2. 日病協について

下記諸会議の概要報告を了承した。

(1) 第82回代表者会議（8月29日）

堺会長より、①議題1として、医療事故情報収集等事業について日本医療機能評価機構から説明がなされた。これは同機構が行っている4事業のうちの1つである薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に関するもので、原因究明と再発防止につながるのではないかとということであった。②10月に任期満了となる中医協委員の後任候補について、議論が活発に行われた、等の報告があった。結論は次回の代表者会議に持ち越されたが、先日の会長・副会長会議で日本病院会としては、万代恭嗣常任理事を推薦することに決定した。ぜひ、この場でも賛同をいただきたいとの提案がなされ、参加者からの拍手によって提案が確認された。

3. 中医協について

下記のとおり報告があった。

(1) 第196回総会（9月7日）

(2) 第32回調査実施小委員会（9月7日）

(3) 第31回診療報酬改定結果検証部会（9月7日）

(4) 第6回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（8月31日）

(1)～(4)については一括して報告が行われた。

池上参与より、DPC／PDPS調整係数見直し後の医療機関別係数について及びDPC制度の持つ諸問題についての解説と議論についての報告がなされた後、個人的見解として、以下の意見が述べ

られた。病院の類別の指標として5年以下の医師の数をを用いるのは適正な指標かどうか疑問がある。一般病棟において、入院期間が長い難病等の理由により特定除外になり入院が90日を超えている患者の特性は、医療療養病棟の特性とよく似ている。このような特定除外の患者についても医療療養病棟と同じ慢性期の包括を適用するべきかが議論になっている。特定除外は除外する理由をレセプトに記入する必要があるが、6割くらいの病院では明示されていない。介護保険では身体抑制は禁止されているが、医療保険では禁止されていないので、問題となるのではないか。

堺会長より、設定方針としては、この係数を大学病院本院群、大学病院本院以外の高診療密度病院群、その他の急性病院群の3つにするか、前者2つを合わせて2つのグループにするかの2案がある。大学病院本院以外の高診療密度病院群の具体的な要件についてはすべて今後検討となっているが、その決め方がどうなるか注意して見ていく必要がある、との追加報告があった。

大道副会長は、未熟な医者が多ければ無駄な医療も含めて診療報酬が上がるのに、病院の利益が少ないというのが現場での常識である。これはそのような病院を教育のために診療報酬で補填しようということなのかとの質問があった。

池上参与は、さらに言えば、卒後5年以下の分類は初期研修医を含んでいる。初期研修医は指導医にとって大きな負担になるので、初期研修医がいるからといって病院としての機能が上がるわけではない。これは最初から5年以下基準でつくられたわけであるので、まず特定機能病院を分け、次にそれに準じた病院を分けたいということだ。

岡留常任理事は、研修医の待遇云々を考えると、本当に実のある研修制度になっているか、マッチしているかをまず問わなければならない。国の予算を注ぎ込む以上、第三者評価によるしっかりとした検証が必要である、と述べた。

4. 四病協について

下記諸会議の概要報告を了承した。



(1) 第5回総合部会（8月31日）

堺会長より、以下の報告がなされた。平成24年度税制改正要望の重点事項に関して、例年と大きく変わったのは消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しである。これについて、医療及び介護に係る消費税について、社会保険診療報酬及び介護報酬の非課税を見直し、消費税制度のあり方に合致する原則課税に改められたい。あわせて患者、利用者負担への配慮を要望する。また、東日本大震災により被災した医療機関の復興に配慮した税制上の措置について、東北から関東の広範な地域にわたって形成するネットワークが重大なダメージを被っており、税制上もこれらのネットワークの回復に配慮した施策を講じるよう要望する。

(2) 第5回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（8月31日）

資料一読とした。

(3) 第6回医療保険・診療報酬委員会（9月2日）

万代常任理事より、以下の報告がなされた。中医協委員が被災3県を訪問したことで、何らかの補助金も含めて援助しなくてはならないことを実感した。看護職員の現場復帰プログラムについて、全日本病院協会の支部長会で資料を配付した。「ジョブ・カード制度を活用した看護師の再就職支援事業」では研修カリキュラムを行うことでそれに対する援助が出るので、ぜひ利用してほしい。特定入院料などの包括支払方式の件では、特定入院料の包括の中に一部、出来高算定できる項目があるが、その範囲は非常に少ないので、広げてもらえないか、という議論になった。結論としては、入院中の患者が他医療機関を受診した際の特定入院料等算定病棟における特定入院料の70%減算及び出来高病棟における入院基本料30%減算の撤廃に絞って要望することになった。

大道副会長から、「ジョブ・カードシステム」は、日本看護協会が行っている再就職支援事業とどんな関係があるのかという質問があった。

奥村元子氏（坂本すが参与代理）から、再就業支援事業については都道府県の看護協会がナース

センター事業を県から受託して再就業支援の研修をやっている。直ちにこれをそのまま受けられるような体制にはないが、部分的には研修として活用できるようなカリキュラムもあると思うので、県の看護協会に直接相談してもらえれば、それぞれの力量に応じて、受けられるところでは協力したいとの発言があった。

(4) 第6回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会（9月9日）

末永副会長より、以下の報告がなされた。日本看護協会からは、准看護師の教育に関して研修、交流会、進学説明会、就職支援等々を行っているとの説明があった。坂本会長からは、ナースバンク事業の継続に前向きであり、看護師の悩み相談の場ともなっており、さらに強化していきたいが、補助金が少なくなってきたのが問題であるとの発言があった。

大道副会長は、上記の報告について出席者から意見を求めた。

奥村元子氏は、准看護師の進学について、経験10年以上で通信制の進学課程への進学の道が開かれているが、仕事をしながら進学をするに関しては職場の理解と支援が欠かせず、それが困難で進学希望者が減っているのが実情である。進学に関しても短時間正職員制度を適用し、進学に伴い短時間勤務になった場合にも正職員の身分を維持してもらえれば大変ありがたいと述べた。

小川常任理事は、准看護師の通信教育制度では10年たってからとなっているが、5年ぐらいに短縮することは考えていないのか。10年たつと結婚して子供がある中で進学することになるので、皆かなり苦勞している。もう少し若い人が行けるようになれば、そういう人たちが早く看護師として戦力になるのではないかと発言した。

奥村元子氏は、今の段階では短縮は議論になっていない。経験の長い准看護師であれば進学課程での勉強がすぐに身につくという点も勘案して、この期間と要件が定められたと理解している。また、入学者の年齢がどんどん上がっており、20歳以下の人たちの構成比は准看護師養成所で3

分の1を切っている。上は40代、50代までいるので、そういった年齢層の幅の広がりや背景の多様さによって准看護師養成の教育現場にいる者たちが大変苦勞している実情もある。その人たちが資格を取った後、本当に希望どおりの就職ができているだろうか。大変難しい問題であり、准看護師をどのようにサポートするのかが一番大きな課題であると述べた。

(5) 第4回医業経営・税制委員会（9月14日）

安藤常任理事より、①現在、税制改正要望を陳情するために協議等を行っている。②消費税における社会保険診療報酬等への原則課税を強く要望していく。③医療問題について理解のある政治家が非常に少ないので、その教育も含めたアプローチが強く求められている。④出資持分のない医療法人への移行制度について、厚労省のガイドラインをしっかりと検討しながら意見を具申していく、等の報告がなされた。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

下記諸会議の概要報告を了承した。

(1) 国際医療・福祉専門家受入れ協議会（9月5日）

梶原副会長より、①経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者について、国家試験に不合格になった受験者の滞在期間を延ばして再チャレンジする機会を与えようということになり、今年度は27人が在留許可の手続きを行った。②受入れ等についての来年度の基本的方針が経産省、外務省、厚労省から示された。③外務省は約4億円の予算をとって、予め現地で候補者への日本語教育を行うことにした。④不合格で帰国した者にもeラーニングを通じて再度受験の機会を与える。④日本病院会の各会員も積極的に候補者受入れに取り組んでほしい、等の報告があった。

(2) 第7回医事法関係検討委員会（9月9日）

大井顧問より、「医療の定義」と「医療基本法の基本理念」について、答申書を来年2月までにまとめる。また、ハンセン病問題に対するアンケー

トについては、日本医師会は不同意である、等の報告がなされた。

6. 国際活動（IHF）について

堺会長より、9月7日、8日に世界27カ国から750名の参加者を得てシンガポールで行われた Hospital Management Asia に参加し、3.11以降の地震、津波、原発事故への対応についての基調講演を行い、国際病院連盟関係のフォーラムにおいては公的・私的病院のホスピタルガバナンスにおける医師及び臨床医の役割に関して日本の現状について説明した、等の報告があった。

7. (株)日本病院共済会について

山本顧問より、日本病院共済会の組織と活動の概要についての説明の後、今後の課題として、日本病院会との連携をこれまで以上に密にしながら、諸事業に取り組んでいきたいとの報告があった。具体的事項としては、保険代理店の数を増やす、出版業において得た利益を学会に寄附する、医師の職業紹介事業を推進する、医療用検査機器の記録用紙の直売に取り組んでいる、利用者の利便性を高めるため種々の情報を提供していく、等の報告がなされた。

〔協議事項〕

1. 日本病院会平成24年度診療報酬改定に係る要望事項について

まず、万代常任理事より、日病協の平成24年度の診療報酬改定に係る要望について、具体的な内容は7月期役員会で説明したが、日本病院会独自の要望書として日病協の要望事項と共通するものが幾つか見受けられたので、この資料の中に4点（二次救急医療機関に対する評価等）にまとめた。これについて修正の要望等があれば、ここで意見を賜りたい、と述べ、堺会長から出席者に対して質問や意見を求めた。



小川常任理事は、この要望書ではDPCの係数等には何も触れていないが、その辺の関係はどうなっているのか。また、DPCに対しての日本病院会としての意見をはっきりさせたほうがいいのでは、と発言した。

池上参与は、DPCの基礎係数を導入することは既定方針だが、5年以下の研修医のところを特定機能病院ともう1グループつくるかどうか、係数として幾つつけるかは未確定であると述べた。

堺会長から、DPCについては基本係数をつけて大学病院を厚くすることが決まっているだけで、懸案事項はまだあり、今後の分科会や総会で話し合う予定だが、機能係数や病院群の設定についてもう少し考えるべきであるとの発言があった。

中島常任理事は、日病協として、医師事務作業補助者の加算は急性期の病棟につけていくべきであるということを確認に打ち出していく必要があると述べた。

堺会長は、二次救急医療機関に対する評価について出席者からの質問や意見を求めた。

大道副会長は、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会では介護福祉士を病棟配置することにより回復期のレベルを3段階ぐらいに分けようとする動きがあるが、これとチーム医療評価とはどう関係するのかと尋ねた。

万代常任理事は、一般病棟でも高齢者が増えてきて、介護の必要が増えてきている状況があるということも含めて、イメージとしては医師、看護師、介護福祉士となる、と述べた。

堺会長から、チーム医療推進協議会からさまざまなチーム外来医療加算の項目の新設が提案されてきたが、ハードルが高すぎて実現できなかったものが多いとの発言があった。

相澤副会長は、病棟の看護師を補助するところに加算がついているが、看護師だけでは手が回らず介護福祉士が必要になる場面はたくさんあるので、そういう人たちを配置したときにも加算をつけてほしい、という点が議論の始まりだったと記憶している、と述べた。

万代常任理事は、この要望書の表現では「チーム

医療の評価」とせず、直接的に「介護福祉士の病棟配置について」等にしたほうがわかりやすい、と述べた。

大井顧問は、チーム医療について要望書を職能団体がバラバラに出していくのはよくないので、日病は種々の組織と協調しながら統一的な見解をまとめる必要があると述べた。

武田常任理事から、介護保険で介護福祉士の比率を上げて加算をつけるという話があるので、医療と介護で介護福祉士の取り合いが始まり混乱を招くのでは、との疑問を呈した。

山本顧問から、チーム医療という定義が決まっていない状況で、チーム医療に点数をつけてよいのか疑問であるとの発言があった。

松田参与から、チーム医療の評価と言われているものが、実は看護師不足対策に思えてしまう。一方で、病棟の看護師からは縄張りを奪うなという声もある。「チーム医療」ではなくて、別の名前で評価してもらってはどうか、との意見があった。

中島常任理事は、訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大について、一部先進的な日精協の会員では既にこれを始めているが、多くの病院がやりたくないということが問題であると述べた。

万代常任理事は、日本病院会としてぜひ要望したいものは高齢者口腔ケア加算の新設と、現行のリハビリテーション早期加算である30日以内に加え、起算日より1週間以内の超早期加算の新設であると述べた。

末永副会長は、急性期病院からリハビリテーション病院に患者を移す前に何かしらの準備が必要だが、点数がつくことで、その体制が作りやすくなるのでは、と発言した。

中島常任理事から、精神科についてぜひ通してほしい要望は、「3. 児童通院・在宅精神療法加算の新設」「4. 精神科慢性重症患者入院医療管理加算の新設」「7. 精神科地域移行実施加算について」「10. 重度アルコール依存症入院医療管理加算について」「11. 精神科救急入院料について」である。これは是正してほしいとの発言があった。

堺会長は、厚労省が医師密度、診療密度で類型化



してくるのは既定の事実である。そうすると特に大学病院が優位になり、地域で頑張っている病院は報われないのではないか。もし基礎係数でそれを補完できないならば、機能係数の中でやってもらいたいと述べた。

小川常任理事は、病院を3つに区分する問題と診療報酬の問題とを一緒にするのか、どういう形で分けるのかがわからないと発言した。

堺会長は、DPCは、最初は特定機能病院や大学病院を中心に行われていたので、それを評価基準にすると大学病院に有利になるのは目に見えているが、限られた財源の中で診療報酬を適正に配分するファクターとして最終的に残ったのが医師数や診療密度であり、それを覆すのは困難であるので、我々は大学病院以外の病院の診療行為を担保するにはどうすればよいか考える必要があるとの見解が示された。

藤原常任理事は、地域での医師不足や医師の偏在は全く解消されていない。地域で一所懸命にやっている病院は現状に非常な危機感と不満を持っている。医療全体の質や地域のあり方について、もう1回きちんと議論する必要があると述べた。

堺会長は、DPCの目的は良質な医療を担保することであるが、診療報酬で見られているのはストラクチャーとプロセスだけであり、アウトカムはなかなか測れていない。日本病院会として類型化方針を覆せないとすれば、地域で頑張っている病院をもっと評価することを可能にするような方向に持っていく必要があると発言した。

相澤副会長は、DPC導入の目的は医療を効率的に、かつ質を落とさずに提供することであり、調整係数はいずれなくしていくはずのものであった。それを残し続けることは、日本の医療をさらに悪化させることにつながるのではないか。特定機能病院はもとも特定機能病院係数を持っているので、さらに基礎係数をつけるのはおかしい。DPC導入の原点に立ち返って仕組みを考え直すことが重要であると述べた。

堺会長から、我々としては正攻法でいくしかない。修正していくことは至難の業であるが、理論武装して、日本病院会から中医協に委員を選出し、正々

堂々と議論をしていくことが必要であるとの見解が示された。

2. 医療の安全確保について

まず堺会長から、8月26日に医療の質の向上に資する無過失補償制度のあり方に関する検討会が創設され、そこでは無過失補償と原因究明と両方の問題が審議される予定である等の経過報告がなされ、次に木村常任理事より医療安全確保推進委員会がまとめた「診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について」の中間報告(案)についての説明があった。

死因や医療事故の原因究明制度に関しては、医師法第21条の届け出の問題、法的責任、賠償の問題等が微妙にリンクしており、かつ対象が個人なのか病院全体なのか、「医療従事者」なのか「医師」なのか、等の混乱が見られる。

医療事故の原因を医学的に究明して、その結果を教訓として医療事故防止を追求することは医療者の社会的責務であり、それと司法の判断や賠償問題とは別に扱うことを基本的な考えとしている。

事故の原因究明の鍵を握るのは、誰なのか。警察の監督下に非自然の死体の死因究明局を新たに設けるという提案もあるが、警察や特別な局や厚生労働省で原因究明を行うのは無理である。裁判で鑑定医の意見が裁判官の心証を左右することからも明らかのように、最終的に原因を究明する鍵を握っているのは医療従事者である。

組織の仕組みとしては、医療事故調査委員会を3つの部会に分ける。①院内の医療事故調査委員会、②外部あるいは地方の事故調査委員会、③中央委員会とする。中央委員会は専門医師、学識経験者、法律家、有識者、委員会が指名する者によって構成され、そこで全体を判断する。

医療事故調査委員会は医療事故の原因究明、再発防止を主として取り扱い、処罰や賠償問題は切り離すこととする。

医療従事者の社会的責務として、医療事故調査委員会の原因究明に関する費用は医療従事者側が負担すべきである。



医療事故調査委員会の中央事務局は第三者の中立的な機関として、日本医療安全調査機構、あるいは日本医療機能評価機構等の中に置くことを想定している。

これは一般社会や患者側からも理解される内容の究明制度でなければならない。原因究明と再発防止に重きを置き、賠償等に関してはADRや無過失補償制度等とリンクして考察していきたい。

以上を前提に、堺会長は出席者からの質問や意見を求めた。

大井顧問は、医療関連事故についての民事、刑事上の問題や賠償問題の判断は別の専門組織に委ねるべきであるが、我々は医師として複雑多岐な要素が絡み合っている医療事故の原因を究明して答えを出していくという姿勢を保ち続けることが絶対必要である。8月に出た医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会の答申では、無過失保障制度やADRの議論が先に出て、事故調査が後についているので、診断と治療のプロセスが逆転しており、考え方としてはおかしい。まず、医療機関が医療事故に対して本当の原因を医学的に究明して答えを出すことが担保されなければならない。その上で、もし司法が介入するような事柄があれば、それは専門の機関に任せるべきである。病院団体としてはもう一度筋を通して、まず原因究明、その後ADRや無過失補償制度を考えるのが正道である、等の見解を述べた。

山本顧問から、医療事故が犯罪として刑事事件になるか否かの分かれめについて、多くの先進国では医療側が故意であった、嘘を言った、改ざんした、黙っていた、書きかえたということであれば犯罪として扱われているが、事実をそのままきちんと報告すれば医療の問題として扱われている。また、プロ同士である船舶の事故とは違い、医療においては治療行為を行うのはプロであり、被害を受けるのはアマチュアなので、こうした事故の分析はプロがやるべきだが、事故に遭った側がわかるような形で説明がなされなければならない、との発言があった。

末永副会長は、中間報告書は医療者、第三者、医療を受ける側、それぞれの主張に考慮しつつ、医師

法第21条に対しては抑制的に対応する等、非常にバランスのとれたまとめ方がされていると述べた。

大井顧問は、産科医療補償制度は制度としては大成功であったが、民間保険会社を使っているところに危惧を感じていて、結果的に混合診療につながるのではないかと心配もしていると発言した。

高橋副会長は、弁護士会が12月の大会で決議する要綱案の中に、第三者委員会についての内容が書かれているが、委員会の構成員の半分以上は医師以外の者となっている。そこには患者の権利の主張ばかりが見られる。日本病院会としても早くこの課題について意見をまとめるべく作業中であると発言した。

佐藤顧問から、中間報告(案)の「いわゆる診療関連死」の「いわゆる」という言葉は曖昧であり、「原則として」等、表現を再考してほしい、と述べた。

堺会長は、基本的な考え方、文言の修正についてはこの委員会にお任せしたいと述べ、事務局機能を置く機関として日本医療機能評価機構と日本医療安全調査機構が出ている件について、参加者の意見を求めた。

木村常任理事は、事務局は中立な場所であり、一定の基準に従って地方あるいは外部の委員会の人選等について中央と相談するところであるが、指令をするところではない。事務的な、第三者としての機能を考えていると発言した。

原委員長は、中央の事故調査委員会と事務局との関係について尋ねた。

木村常任理事は、中央の委員会は常設であり、中央の委員を中心にして、専門家をその都度招集して会議を開く。その会議を開催する場所を事務局に置かせてもらい、招集や業務を事務局でやってもらうことになる。それらの事務的な作業を、病院側ではなく中立的なところでやるべきだということで、この中立機関を定めている。医療事故を判定するのに最適な人を、その都度選ばなければならない。それを招集する権限を誰が持つのか等の詳しいことは、まだわからないと述べた。

原委員長から、日本医療安全調査機構でも日本医療機能評価機構でもどちらでもよい。最初は、日本



医療機能評価機構のほうに日本医療安全調査機構と同じような機能を入れたかったのではないかという指摘があった。

木村常任理事は、日本医療機能評価機構はどのような事故でも報告することになっている。普段行っている業務のままの形で報告することにつながるので、中立機関にとってもやりやすいのではないかと述べた。

大井顧問から、どちらの機構でもよいが、その議論を突き詰めていくと補償制度まで幅広く考えていかなければならない。無過失補償制度を国の制度として考えていくと、おのずと中央委員会の場所には縛りがかかってくる。それを民間保険へ投げかけるのを是とするなら日本医療機能評価機構で十分であるが、非常に危険率が高いという発言があった。

堺会長から、厚生労働省にその委員会ができて、それは車の両輪だから同時進行でやるとなっているが、日本病院会としてはそれでよしとするのかとの問いがあった。

大井顧問は、できれば日本病院会から委員を出していただき、きちんとした主張をしていってほしい、と要請した。

柴山支部長から、日本医師会の医療事故調査に関する検討会で今年6月に基本的提言を出しているが、この中間報告書との違いを教えてほしい、との発言があった。

木村常任理事は、それぞれの委員会に外部委員が

入ってくるのが違う。また、提言の最後には医師を守らなければいけないような趣旨のことが書いてあるが、やはり医師を中心とした提言と読める。日本病院会からの中間報告書には、やはり病院全体としての考えを貫かなくてはならないのではないかと述べた。

村上顧問は、医師法21条の医療関連死を届ける形がなぜ残ったのか。これは除くようにしたほうがわかりやすいと述べた。

木村常任理事から、故意や重大な過失など、警察で事件として扱わなければならない事故はなくなる。それも含めて医療側が全部判断すると、事件性のある重大な問題が生じた場合の責任をだれが負うのか。やはり届け出る道は残さないと社会としては認められないのではないかと述べた。また、「いわゆる診療関連死」という表現に関しては、診療関連死そのものの定義が曖昧なところがあるので「いわゆる」とつけた。しかし、はっきり表現したほうがよいかもしれないので再考したい、との発言があった。

堺会長は、大筋での了解は得られたが、本日の意見を踏まえて再度、委員会で修正すべき点をシェイプアップしてもらい正式な中間報告としたいと述べた。

以上で閉会となった。

(日本病院会事務局 総務課)

日病会発第195号
平成23年12月12日

理事長 様
病院長 様
事務長 様

社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄
病院経営の質推進委員会
委員長 宮崎 瑞穂
病院経営管理者協議会
会長 永易 卓

平成23年度 第2回
病院経営管理研修会のご案内

— 2012年診療報酬改定の方向性と今から備える対応策 —

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃は、本会諸事業につきまして、格別のご理解とご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、日本病院会 病院経営の質推進委員会および病院経営管理者協議会では、時機にあった話題を中心に病院経営をテーマとした研修会を共催しております。

少子高齢化、長引く経済不況を背景に医療費財源もとりわけ厳しい情勢下にある中で、2025年を目標として、社会保障、診療報酬・介護報酬のあり方が示されました。

そのスタートとなる2012年の同時改定では、医療と介護の統合的な議論を踏まえ、従来からの入院医療の機能分化、外来医療の役割分担、在宅医療の充実という医療提供体制のあり方に更なる進化・改善が求められています。この流れを的確につかみ、各地域における自院の役割を踏まえた病院経営を考えるひとつの機会として、診療報酬改定を目前に病院各部門が何を考え、備えていくべきかを、病院経営に携わっている多くの方々と共に考える研修会を企画致しました。

病院の形態・規模に係わらず、多くのご参加をお待ちしております。また、関係者のご派遣につきまして格段のご高配を賜りたくお願い致します。

敬具

【 開 催 内 容 】

1. 主 催 社団法人日本病院会 病院経営の質推進委員会・病院経営管理者協議会
2. 日 時 平成24年2月10日(金) 13:00～17:30
3. 会 場 ベルサール新宿グランド コンファレンスセンター 5階「Room ABCD」(後掲地図ご参照)
住所：東京都新宿区西新宿 8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー
電話：03-3362-4792
4. 参加対象 病院経営管理者、病院幹部職員、病院経営に興味のある方
5. 申込方法 参加申込書を下記事務局まで郵送またはFAXにてお申しください。
〒102-8414 東京都千代田区一番町 13-3 社団法人日本病院会 病院経営管理研修会 宛
TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282
※申込書到着後、連絡者宛に確認 FAX・振込みのご案内をお送りいたしますので、必ず内容に従い(平成24年1月27日)までにお振込みください。お振込みをもって申し込み完了となります。*領収書は発行いたしませんのでご承知ください。
6. 定 員 280名(先着順とさせていただきますので、予めご了承ください)
7. 参加費 *当日配付予定の資料代を含みます。
1) 日本病院会会員 及び 病院経営管理者協議会会員 1名 8,000円
2) 上記会員以外 1名 12,000円
※日本病院会会員については http://www.hospital.or.jp/shibu_kaiin/member.html でご確認ください。
※ 納入後の参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。
(研修会終了後資料の発送をもってかえさせていただきます)

【会場案内図】



- 「西新宿駅」1番出口徒歩3分(丸ノ内線) ● 「都庁前駅」E4出口徒歩7分(大江戸線) ● 「新宿西口駅」D4出口徒歩11分(大江戸線) ● 「新宿駅」西口徒歩15分(JR線・丸ノ内線・小田急線・京王線・新宿線・大江戸線)

.....プログラム (敬称略).....

受付:12:30-13:00

進行:病院経営管理者協議会 副会長 中山和則、理事 池田隆一

13:00-13:10 開会挨拶: 社団法人日本病院会 会長 塚 常雄
病院経営の質推進委員会 委員長 宮崎 瑞穂

13:10-14:40 基調講演:「平成24年度診療報酬改定の方向性と病院経営」

講師:社団法人日本病院会 副会長
相澤病院 理事長・院長 相澤 孝夫

日本の社会保障、医療の提供体制、あらゆる面において転換期に来ていることは周知のとおりと思われます。このような状況のなか、診療報酬改定は病院経営に直結する問題ではありますが、目の前の問題だけにとらわれず、先を見据えた運営を考えるためにも、厚生労働省社会保障審議会医療部会委員の相澤孝夫先生に今後の社会保障の方向性と、平成24年度改定の骨格についてその現状をご教授いただき、新たな時代の病院経営を考える一助になればと願って講演をお願いいたしました。

／座長:社団法人日本病院会 副会長 末永 裕之

14:40-14:50 休憩

14:50-15:50 講演:「平成24年度改定における収益向上へのヒント」

講師:株式会社 医療情報科学研究所 代表取締役 長面川 さより

医療機関の主な収入源は、保険診療により得られる診療報酬から成り立っています。医療制度改革が進む中で、診療報酬制度も絶えず変化しています。その中で、各医療機関が正しい診療報酬請求をすべく、最新の情報と、個々の対応等について具体的に講演頂きます。診療報酬改定を目前に控えて、机上の話だけにはとどまらない、現場での活きた情報を織り交ぜ充実した講演をいただきます。

／座長:病院経営の質推進委員会 委員 永易 卓

15:50-17:30 事例講演:「今から備える各部門の対応策」

／座長:病院経営の質推進委員会 副委員長 佐合 茂樹

依然として医療従事者の確保が厳しく、労働環境の改善も求められている中、この度の改定では、病院機能分化、急性期医療から在宅医療までの連携体制の強化、更なる在院日数の短縮など各医療従事者には一層の負荷がかかることが予想され、病院各部門が総力をあげて、協力・連携をとって運営管理にあたらなければならないでしょう。今改定を見据えて今から備えていくべき課題と対応について、各部門の管理者に事例を交えてご教授いただきます。

(1)急性期病院の看護部門の取組み

講師:筑波メディカルセンター病院 副院長・看護部長 山下 美智子

(2)リハビリテーション病院の取組み

講師:近森リハビリテーション病院 事務長 内田 陽子

(3)中小一般病院の薬剤部門の取組み

講師:KKR高松病院 薬局長 眞鍋 伸次

17:30 閉会 病院経営管理者協議会 会長 永易 卓

※講演順、講師等は都合により変更になることがありますので、あらかじめご承知おき願います。

FAX : 03 - 3265 - 1282

※ご記入いただきました個人情報は、以下の利用目的に限り使用いたします。

研修会名簿の作成（研修会資料への掲載含む）、書類の発送、研修会ご案内、お問合せ・ご相談への応答、その他附帯する事業の提供、会の充実・改善のための調査・研究（アンケートの送付など）

■貴施設FAX番号:			
■連絡先:	病院	部 or 課	様

※参加登録・名簿作成のため読みやすい字でご記入ください。平成 年 月 日

病院名			都道府県名	
所在地	〒	—		
電話			代表者 eメール	
職名・役職名		氏 名(ふりがな)		

- ・このページを郵送またはFAXにてお送りください。
- ・この申込書到着後、上記ご指定の貴施設FAX番号あてに受付確認FAX（この用紙）・振込みのご案内をお送りいたしますので必ずご確認ください。万一FAXが届かない場合はお手数ですがご連絡願います。

<p>【事務局記入欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 参加申込承りました。（受理日：平成 年 月 日）</p> <p>参加番号 : No. _____</p>	<p>参加費振込みの際、先頭に必ず記入してください</p>
--	-------------------------------

会 員 各 位

社団法人 日本病院会
会 長 塚 常



平成 23 年度第 4 回「臨床研修指導医養成講習会」開催のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会事業活動につきまして、ご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、医療の質の保証は我々医療人に課せられた大きな課題です。これから国民の健康、医療を担っていく医師の卒後臨床研修は大変重要なことと認識しなければなりません。

卒後臨床研修は、国民が将来にわたって質の高い医療を受けることが可能であるために必要不可欠なプロセスです。日本病院会はこのような卒後臨床研修が十分に行われるよう、組織を挙げて支援することで合意し、平成 15 年（平成 15 年～18 年は四病院団体協議会）より「臨床研修指導者養成課程講習会」を企画し開催してまいりましたが、平成 19 年度からは日本病院会が主催「臨床研修指導医養成講習会」して開催しております。

先生方におかれましてはご繁忙中のことと推察いたしますが、関係者のご派遣につき格段のご高配を賜り、多数ご参加くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 主 催 社団法人 日本病院会
2. 開催日時 平成 24 年 3 月 9 日（金） 13:00 ～ 18:30（情報交換会 18:30～20:30）
10 日（土） 8:50 ～ 18:00
11 日（日） 8:50 ～ 13:30
3. 会 場 日本病院会 会議室
東京都千代田区一番町 13-3 5 階 ※別途地図参照
4. 参加費 50,000 円（講習会）
5,000 円（情報交換会：希望者のみ）
※参加決定者にのみ振込先を通知いたします。

5. 定 員 50名（申込多数の場合は抽選となります）
※参加決定された方がキャンセルされる場合は早めに連絡をお願いします。
6. 申込方法 申込用紙に必要事項をご記入の上、ファクスにてご送信ください。
FAX 03-3238-6789
※送り状は添付せず、申込用紙のみ送信願います。
7. 締 切 日 平成24年1月20日（金）
8. 参加決定通知 締切後約1週間以内に可否をFAXでご通知いたします。
9. 参加取消 事務手続き上、参加費は返金いたしませんのでご注意ください。
10. 修了証書 本コースを修了した参加者に対して「修了証書」を交付いたします。
「修了証書」は、日本病院会及び厚生労働省医政局長の連名の証書を交付します。
11. 連 絡 先 日本病院会 臨床研修指導医養成講習会 事務局 担当：富岡
電話 03-3265-0077 Email: rinkin@hospital.or.jp
12. その他
- ・ご宿泊については各自ご手配願います。
 - ・プログラム・講師などが変更となることがあります。
 - ・ワークショップのグループ分けは、臨床研修責任者/指導者の別、専門科、事前アンケートのご回答などを参考に行います。
- なお、人数の関係からご希望にそえない場合もあることをあらかじめご了承ください。

「臨床研修指導医養成講習会」開催概要

1 趣旨及び目的

新医師臨床研修制度の発足に伴い、現在臨床研修指定病院ではない病院が積極的に全人的医療を担う医師の養成を担う姿勢が見られます。これら病院と従来からの臨床研修病院の多くが、日本病院会の会員であり、卒後臨床研修に果たす日本病院会の役割はますます大きくなっていくものと思われま

す。そこで、日本病院会は、卒後臨床研修が十分に行われるよう組織を挙げて支援することで合意し、各病院で指導を担当する研修責任者、指導者の養成を行うことを目的に、「臨床研修指導医養成講習会」を企画しました。

2 「講習会」の形式、期間及び対象・目標等

講習会名	臨床研修指導医養成講習会
研修形式	主としてワークショップ
研修期間	3日間
対象・目標	<p>臨床研修責任者（各診療科で臨床研修を統括する者）</p> <ul style="list-style-type: none">・診療部長・科長クラス。カリキュラムの作成、研修プログラムの具体的運営、及び研修医と指導者の評価ができる能力開発を目指す。 <p>臨床研修指導者（各診療科で実際に研修医を指導する者）</p> <ul style="list-style-type: none">・各科中堅医師クラス。各診療場面での適切な指導法、効果的なフィードバックの与え方ができる能力開発を目指す。 <p>なお、当講習会では、カリキュラムの作成、研修プログラムの具体的運営、研修医と指導医の評価、各診療場面での適切な指導法、効果的なフィードバック法、各種教育セッションの実施法など、臨床研修責任者・指導者にとって必要な事項について理論だけでなく実際の方法を学んでいただきます。講義以外に小グループによるワークショップ、その他多彩な形式を組み合わせを行います。学習効果を上げるためには受講者ひとりひとりの積極的な参加が必須です。</p>
修了証書 交 付	本コースを修了した参加者に対して「修了証書」を交付する。 「修了証書」は、日本病院会及び厚生労働省医政局長の連名を予定。

(社) 日本病院会主催
平成 23 年度 第 4 回 臨床研修指導医養成講習会プログラム(案)

第 1 日目・平成 24 年 3 月 9 日 (金) 13:00~18:30

時 間	プ ロ グ ラ ム 内 容 (案)
13:00~13:10	コース・ガイダンス 日本病院会 副会長 未永裕之
13:10~14:10	教育講演 1 「臨床教育の新しいパラダイム」 講 師：福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座 教授 葛西龍樹 座 長：未永裕之
14:10~14:20	休憩 (10 分)
14:20~15:40	特別講演 1 「医師の教育にのぞむこと：市民からのメッセージ」 講 師：NPO ささえあい医療人権センター COML 事務局長 山口育子 座 長：葛西龍樹
15:40~15:50	休憩 (10 分)
15:50~16:50	教育講演 2 「初期研修で EBM はこう教える」 講 師：武蔵国分寺公園クリニック 院長 名郷直樹 座 長：葛西龍樹
16:50~17:00	休憩 (10 分)
17:00~18:30	教育講演 3 「初期研修で救急医療はこう教える」 講 師：福井大学医学部 地域医療推進講座 教授 寺澤秀一 座 長：葛西龍樹
18:30~20:30	情報交換会 (希望者のみ)

※カリキュラムの時間及び講師等は都合により変更になることがありますので、予めご承知おき願います。

第2日目・平成24年3月10日(土) 8:50~18:00

時 間	プ ロ グ ラ ム 内 容 (案)
8:50~ 9:00	コース・ガイダンス
9:00~10:00	教育講演4 「初期研修で地域医療はこう教える」 講 師：揖斐郡北西部地域医療センター センター長 吉村 学 座 長：葛西龍樹
10:00~10:10	休憩 (10分)
10:10~11:40 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ1 1A 「研修医評価」 チーフ：吉村 学 1B 「臨床研修のカリキュラムを考える」 チーフ：聖隷浜松病院研修センター センター長 清水貴子
11:40~12:20	休憩 (昼食は各自で手配してください)
12:20~13:50 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ1' 1A' 「研修医評価」 チーフ：吉村 学 1B' 「臨床研修のカリキュラムを考える」 チーフ：清水貴子
13:50~14:00	休憩 (10分)
14:00~15:30	特別講演2 「新医師臨床研修制度 ~ 最近の動向 ~ 」 講 師：国立国際医療研究センター 医療教育部副部長 村岡 亮 座 長：清水貴子
15:30~15:40	休憩 (10分)
15:40~18:00 2グループに分けて 並列で実施 (選択制)	ワークショップ2 2A 「初期研修で外科はこう教える」 チーフ：福島県立医科大学医学部 臓器再生外科学講座 講師 土屋貴男 2B 「初期研修で内科はこう教える」 チーフ：トヨタ記念病院 統合診療部 部長 岩瀬三紀 チーフ：トヨタ記念病院 統合診療部 医長 西川佳友

※カリキュラムの時間及び講師等は都合により変更になることがありますので、予めご承知おき願います。

第3日目・平成24年3月11日(日) 8:50~13:30

時 間	プ ロ グ ラ ム 内 容 (案)
8:50~ 9:00	コース・ガイダンス
9:00~10:20 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ3 3A 「コミュニケーション教育法」 チーフ：奈義ファミリークリニック 所長 松下 明 3B 「医療安全をどうおしえるか」 チーフ：検討中
10:20~10:30	休憩 (10分)
10:30~11:50 2グループに分けて 並列で実施	ワークショップ3' 3A' 「コミュニケーション教育法」 チーフ： 松下 明 3B' 「医療安全をどうおしえるか」 チーフ： 検討中
11:50~12:00	休憩 (10分)
12:00~13:10	模擬トレーニング「第三者による研修病院シュミレーション評価とレクチャー」 コーディネータ：NPO法人卒後臨床研修評価機構 専務理事 岩崎 榮 サブコーディネータ：清水貴子
13:10~13:20	まとめ・評価とフィードバック
13:20~13:30	閉会式、閉会挨拶 日本病院会 臨床研修委員会 委員長 岡留健一郎

※カリキュラムの時間及び講師等は都合により変更になることがありますので、予めご承知おき願います。

<交通のご案内>



東京メトロ半蔵門線『半蔵門駅』：

5番出口を左に出るとすぐの交差点を左折、約80m先徒歩約1分です。

東京メトロ有楽町線『麹町駅』：

3番出口より出たら右方向へ、約50メートル坂を下り薬屋さんの角を右折、徒歩約5分かかります。

JR、東京メトロ丸の内線『四谷駅』：

新宿通りを麹町方面へ5分、麹町四交差点を左折し約50m、薬屋さんの角を右折し徒歩4分、全部で徒歩約10分かかります。

※コンビニエンスストア（ファミリーマート）が入ったビルの5階会議室が会場です。

※連絡先：社団法人 日本病院会

東京都千代田区一番町13-3 ラウンドクロス一番町ビル 2階

電話 03-3265-0077



FAX 送信先 03-3238-6789

お申し込み日 ____年__月__日

※送り状は不要です。

平成23年度 第4回臨床研修指導医養成講習会 参加申込書

記入欄すべての項目にもれなくご記入のうえ、FAXで上記送信先へお送りください。

※読み取りやすい楷書体でご記入ください。略字・簡易文字を記入すると受付が出来ない場合があります。

1. 申込締切日以降、速やかに参加の可否をFAXにてお知らせいたします。
2. 参加決定者の方には、参加費お振込の銀行振込のご案内を記載した「参加受諾書」もあわせてFAXいたします。

▼参加者名

フリガナ 姓：	フリガナ 名：	生年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日	性別： ○男性 ○女性
医師免許取得年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日		専攻(学)科名： 例 内科(循環器科) 科 () 科 ()	臨床経験年数： 年
指導医講習会受講経験：(有りの場合、右欄も記入) ○ 有り ○ 無し		(有りの場合) 受講経験のある講習会名をご記入ください	

▼情報交換会出席確認 (該当項目の'○'を'●'に塗りつぶしてください。出席の場合は参加費5,000円がかかります)

情報交換会へは出席されますか？ : →	<input type="radio"/> 出席する	<input type="radio"/> 欠席する
---------------------	----------------------------	----------------------------

▼参加者所属施設情報

フリガナ 施設名：	法人名などは詳細に記載してください。 例：□□法人 ○○会 ◇◇病院		
所在地： 〒		都 道 府 県	病床数： 床
会員種別： ○日本病院会会員です ○非会員です。	参加者の所属部課：	参加者の役職名：	

※日本病院会の会員施設については <http://www.hospital.or.jp/member.html> で一覧をご確認いただけます

▼事務担当者名 (参加の可否について連絡をいたしますので、必ず事務連絡ができる担当者の連絡先をご記入ください)

フリガナ 姓：	フリガナ 名：	事務担当者の所属部課・役職名：		
連絡先電話番号 (申込内容等の確認等でご連絡させていただきます)		連絡先 FAX 番号 (参加の可否を受信するFAX番号をご記入ください)		
ハイフン (-) 不要です		ハイフン (-) 不要です		

※お申し込みにあたっては、下記「個人情報保護の取り扱いについて」をご確認ください。お申し込みをいただいた時点でご同意いただけただけのものとなして手続きを進めさせていただきます。あらかじめご了承ください。

【個人情報保護の取り扱いについて】

日本病院会では、申込者の個人情報の取扱いには万全の体制で取り組んでおります。ご記入いただいた個人情報の開示・訂正・利用停止につきましても「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

日本病院会雑誌 2011年総目次

〔太字の数字は月、()内の数字はページ〕

1. 特別企画

2011年新春座談会

「病院医療が目指すべき姿は」

堺 常雄・梶原 優・土井 章弘
……………(司会) 原 義人 1 (16)

2. 東日本大震災と災害医療

特別レポート

「大震災後の福島県視察から感じた
こと」……………末永 裕之 6 (12)

国際モダンホスピタルショウ2011 オープニングセッション「東日本大震災後の医療再生」……………堺 常雄 12 (8)

〈特集・東日本大震災と災害医療〉

「特集 東日本大震災と災害医療」のはじめに……………堺 常雄 9 (12)

災害対策特別委員会の活動状況と今後の課題……………塩谷 泰一 9 (13)

大地震後の災害医療を振り返って ― 被災者健康対策チームの活動と、被災者健康支援連絡協議会の役割……………梶原 優 9 (26)

3.11東日本大震災・大津波災害への対応と支援活動の一例 ～リハビリテーション病院としての使命から～……………相馬 敏克 9 (48)

東日本大震災における自衛隊の災害派遣に参加して……………小南 博資 9 (60)

Fukushimaの東日本大震災……………前原 和平 9 (70)

東日本大震災を振り返り病院災害医療を考える……………高里 良男 9 (80)

病院医療が大震災に関連した医療支援などから学ぶこと
有賀 徹・上條 由美・田中 啓司
…………… 9 (92)

東日本大震災に対する災害救護活動……………石井 正 10・11 (79)

長崎よりの福島第一原発原子力災害医療支援活動……………大津留 晶 10・11 (88)

3. 病院経営

病院長幹部職員セミナー

会長講演「医療再生のために ～今後の医療はどこへ向かうのか～」……………堺 常雄 8 (12)

病院長幹部職員セミナー

講演「『医療の日銀』をつくろう ―医療クラスターとかかりつけ医―」……………土屋 了介 10・11 (94)

4. 病院診療

国際モダンホスピタルショウ2010

公開シンポジウム「いのちを輝かす病院の役割～救急から介護まで～」
石井 暎禧・鈴木 邦彦・島崎 修次
池ノ上 克・山田 至康・海辺陽子
(座長) 高橋 正彦…………… 3 (12)

保険教室「医師のための保険診療手引き〔第24版〕2011年」……………総合病院国保旭中央病院 4 (53)

資料「平成22年度 救急医療に関するアンケート調査報告」…救急医療委員会 8 (80)

5. 医療経済・制度

病院長幹部職員セミナー

講演「医療保障と日本経済」……………京極 高宣 10・11(118)

6. 予防医学

2010年 人間ドック全国集計成績 ……………笹森 典雄	12 (28)
---------------------------------	---------

7. 学会

〈第60回日本病院学会〉

特別講演「医の原点——古代ギリシャの 医跡を訪ねて」……………星 和夫	1 (42)
招待講演「国家戦略としての医療改革」 ……………舩添 要一	2 (12)
特別講演「救急医療の全体最適化を目指 して」……………小倉 真治	2 (24)
優秀演題「当院における「医療の質」の 改善を促進する適切な臨床指標の設 定と4年間の運用の成果」 ……………野田 邦子ほか	2 (50)
優秀演題「術前臨床検査値から在院日数 が予測できるか？」 ……………古賀 秀信ほか	2 (55)
優秀演題「看護サービスの原価計算 —活動基準管理による業務改善に向 けて—」……………大下美智代	2 (60)
優秀演題「MEDICATMカードを利用し た患者情報収集と病院前救護」 ……………山田実貴人ほか	2 (63)
優秀演題「通所系介護サービス事業所の 独自の指標を用いた人員配備—介護 給付費単位数を指数化し勤務調整を はかる—」……………黒田 昌志	2 (68)
優良演題「隣造影CTにおける320列 Volume Scanと64列Helical Scanの比較—解剖構造の描出能、 画質、線量について—」 ……………宮澤 大輔ほか	2 (71)
優良演題「応援看護師の立場におけるピ クトグラムボード設置効果の検証」 ……………船越 幸恵ほか	2 (73)
優良演題「急性期チーム医療における薬 剤師の役割」……………阿久澤政美ほか	2 (77)

優良演題「脂肪肝の超音波所見のスコア 化と肝生検組織像との比較」 ……………乙部 克彦ほか	2 (82)
優良演題「ゾーニングによる手術室清潔 環境維持の試み」……………久保 純子ほか	2 (86)
特別講演「日本のがん医療：現状と展望 —アジアで進むべき道—」 ……………佐治 重豊	4 (12)
特別講演「ミステリーで終わらない死因 究明と画像診断」……………海堂 尊	5 (12)
シンポジウム「望ましい生涯教育とは～各 職種に求められるもの～」 山田 清文・加納 隆・工藤 潤 尾関 俊紀 (座長) 伴 信太郎・木下 牧子 ……	5 (32)
シンポジウム「救急医療の構築」 森村 尚登・奥寺 敬・山本 時彦 遠藤 重厚 (コメンテーター) 小倉 真治 (座長) 高橋 正彦・島崎 修次 ……	6 (16)
シンポジウム「医療関連感染対策のあり 方を考える ～これまでにわかった こと、これから解決すべきこと～」 —山 智・森澤 雄司・村上 啓雄 國島 広之 (座長) 三嶋 廣繁 ……	8 (36)

〈第61回日本病院学会〉

学会長講演「医療の質の評価と改善」 ……………福井 次矢	10・11 (12)
会長講演「日本病院会創立60周年にあた って—日本の医療はどこへ向かうの か—」……………堺 常雄	10・11 (24)
記念講演「病院医療の将来—70年の医 師の経験から—」……………日野原重明	10・11 (38)
第61回日本病院学会 主要演題・一般演題プログラム…………	10・11 (56)

8. 病院経営管理者養成課程通信教育卒業論文

良質な医療の持続的提供に向けた新たな 経営改革への取り組み……………菅原 朋則	3 (68)
--	--------

未収金管理と債権回収会社(サービサー) 導入の効果 ……………曾根 茂男	3 (74)
相澤病院における診療材料購買管理の取 り組み ……………田多井克弘	4 (44)

9. 巻頭言

平成23年年頭所感 ……………堺 常雄	1 (3)
理念に基づいた、発言・行動を ……………木村 壮介	2 (3)
ゆとり雑感 ……………松本 純夫	3 (3)
3・11東日本大震災 ……………堺 常雄	4 (3)
第61回日本病院学会開催にあたって ……………福井 次矢	5 (3)
医療とアートの融合 ……………土井 章弘	6 (3)
コミュニティの創生と新病院構想 ……………藤原 秀臣	7 (3)
医師が安心して働ける医療事故調査体制を ……………宮崎 瑞穂	8 (3)
医療事故の取り扱いに望まれること ……………石井 暎禧	9 (3)
社会保険病院の役割と今後の方向 ……………万代恭嗣	10・11 (3)
外科医がいなくなる? ……………中井 修	12 (3)

10. グラフ

日本病院会役員挨拶 ……………	1 (4)
国際モダンホスピタルショウ2011 ……………	7 (4)
医療法人社団栄紀会 東名裾野病院から 見る富士山 ……………	1 (5)
第61回日本病院学会 ……………	10・11 (4)
第37回 日本診療情報管理学会 学術大会 ……………	12 (4)
〈病院紹介〉	
公立昭和病院 ……………	1 (6)
三井記念病院 ……………	2 (4)
福岡大学病院 ……………	3 (4)
三沢市立 三沢病院 ……………	4 (4)
財団法人 心臓血管研究所付属病院 ……………	5 (4)
病院紹介刈谷 豊田総合病院 ……………	6 (4)

岐阜県立多治見病院 ……………	8 (4)
医療法人沖繩徳洲会 湘南鎌倉総合病院 ……………	9 (4)

11. 銷夏随筆

日本は本当に大丈夫か ……………相澤 孝夫	7 (10)
N先生のこと ……………赤松 信	7 (11)
電子カルテ報告書誤送の顛末記 ……………足立 山夫	7 (13)
架空実況「病院オーナー会議」 ……………安藤 文英	7 (14)
学校医の願い ……………生野 弘道	7 (15)
東日本大震災に惟うこと ……池澤 康郎	7 (16)
社会保障給付費105.5兆円 ……石井 孝宜	7 (18)
待ち焦がれて ……………石原 享介	7 (20)
日本の少子高齢化ということ (タブーへ の挑戦) ……………伊藤 健一	7 (21)
安易な医師増は避けるべき ……今岡 真義	7 (22)
畳の上で死にたい ……………梅村 聡	7 (23)
平 清宗 ……………遠藤 勉	7 (24)
サルスベリの木 ……………大井 利夫	7 (25)
米国医療現場の視察を終えて ……………岡留健一郎	7 (27)
一皮剥ければ ……………奥田 康一	7 (28)
バランスト・スコアカード (BSC) の 効用 ……………小田 隆晴	7 (29)
もし…が病院長だったら…片桐 修一	7 (30)
「2・3・4, 8・7・6」の法則 ……………加納 繁照	7 (31)
頭を丸めた医者の話 ……………河合長兵衛	7 (32)
見直してみようわが国の医療! —キュ —バ医療を見聞して— ……神原 啓文	7 (34)
私の能楽歴 ……………菊地 誠	7 (35)
大阪府医師会医療支援チーム (JMAT) への参加を終えて ……北岡 治子	7 (36)
ねずみとり ……………北野 公造	7 (39)
ジェックスの活動 ……………木野 昌也	7 (40)
斉藤さんとの出会い ……………葛谷 英嗣	7 (41)
大 還 暦 ……………小出 尚志	7 (42)
夏が来れば思い出す(4) ……堺 常雄	7 (43)
忘れられない看護エピソード ……………坂本 すが	7 (44)

原発問題と日独伊三国同盟の復活 ……………崎原 宏 7 (45)	老後は共同生活がベスト ……細木 秀美 7 (82)
日本病院会に期待すること ……………佐々木 順子 7 (46)	「がんの予防」：禁煙，肥満対策，節酒 ……………堀見 忠司 7 (83)
健康生活未来都市の創生に向けて ……………笹田 昌孝 7 (47)	医療崩壊を救う ……牧 恭彦 7 (84)
「生への畏敬」 ……佐藤 眞杉 7 (48)	Gedankengang ……榎 系 7 (85)
技術を継承するという事 ……白川 洋一 7 (50)	エビデンスベースドメディシンと臨床 研究の低迷 ……松澤 佑次 7 (86)
医療と国防と大震災 ……関 健 7 (51)	禍を転じて福となす ……松田 朗 7 (87)
「びっくり水」の現在の存在価値は？ ……………関本 達之 7 (53)	登山今昔 ……松谷 之義 7 (88)
不思議の国・日本 ……高田 三千尋 7 (54)	患者満足度調査あれこれ ……松本 純夫 7 (89)
ピーター・ドラッカーより病院経営を 学ぶ ……高橋 正彦 7 (55)	防災の術を被災の歴史に学ぶ ……………丸川 征四郎 7 (90)
6月政争 ……武久 洋三 7 (57)	佐久間象山 生誕年に寄せて ……………宮崎 忠昭 7 (91)
批判家 ……田中 一成 7 (59)	明治三陸津波災害の救護活動 宮下 正弘 7 (92)
病院船 —その— ……千木良 晴ひこ 7 (60)	東日本大震災を経験して ……桃野 哲 7 (95)
地域医療再生計画における訪問看護 (リハビリ)の重要性 ……土谷晋一郎 7 (61)	「まさか」そして「まつさか(松阪)」 ……………諸岡 芳人 7 (96)
GHH：Gross Hospital Happiness 病院内総幸福 ……土井 章弘 7 (62)	医療におけるファイナンスとデリバリー ……………矢崎 義雄 7 (97)
無趣味の家具づくり ……土肥 修司 7 (63)	ほ，ほ，蛍来い ……矢澤 良光 7 (98)
分水嶺 —いま一息— ……中川 義信 7 (65)	蘇民将来之子孫也 ……矢野 一郎 7 (99)
済生会これからの年へ ……中嶋 俊彰 7 (66)	東日本大震災について ……藪本 雅巳 7 (100)
簡易裁判：少額訴訟制度の問題点 ……………中嶋 昭 7 (67)	論語と算盤 ……山口 武兼 7 (101)
“ああ，溜息がでます。” ……中村 猛 7 (68)	おしょうい ……山田 哲司 7 (103)
診療情報管理士認定試験を受験して ……………中村 博彦 7 (69)	花 香 ……山根 哲郎 7 (104)
無為の奉仕 ……仁科 盛之 7 (70)	地域医療の再生は「地域医療を見える 化」から ……山本 修三 7 (105)
我がはざま人生を振り返って ……………西村 昭男 7 (71)	住吉大社の夏祭り ……吉岡 敏治 7 (106)
東日本大震災で崩壊した医療体制の再建 ……………野口 正人 7 (73)	おーい，でてこーい ……吉中 丈志 7 (107)
「病院改革」を考える ……野田 秀樹 7 (74)	
東日本大震災に思う ……原中 勝征 7 (75)	
東日本大震災に想う 行政・医療の連携 ……………万代 恭嗣 7 (76)	
給付つき税額控除制度 ……日野 頌三 7 (77)	
病院職員に求められる資質 ……福井 次矢 7 (78)	
ネット社会 ……藤原 秀臣 7 (79)	
医療事故調査制度の行方 ……古川 俊治 7 (80)	

12. 連載

医学史の旅—トルコ⑮[マルマラ地方] ……………星 和夫 1 (67)
医学史の旅—トルコ⑯[黒海] ……………星 和夫 2 (91)
体の文化史—①[目(その1)] ……………池澤 康郎 4 (79)
体の文化史—②[目(その2)] ……………池澤 康郎 5 (75)
体の文化史—③[耳] ……池澤 康郎 6 (67)

体の文化史—④[鼻] ……………池澤 康郎	7 (111)
体の文化史—⑤[口・唇 (その1)]	
……………池澤 康郎	8 (103)
体の文化史—⑥[口・唇 (その2)]	
……………池澤 康郎	9 (99)
体の文化史—⑦[歯] ……池澤 康郎	10・11(139)
体の文化史—⑧[頭・額] ……池澤 康郎	12 (75)

13. 新入会員

東京都立 小児総合医療センター (東京都)	
……………林 奂	2 (97)
健康保険 八代総合病院 (熊本県)	
……………島田 信也	2 (98)
財団法人ライフ・エクステンション研 究所附属 柳橋病院 (東京都)	
……………崎原 宏	3 (83)
医療法人朗源会 おおくまりハビリテー ション病院 (兵庫県) ……古川 一隆	5 (79)
社団法人是真会 長崎リハビリテーショ ン病院 (長崎市) ……………栗原 正紀	5 (80)
医療法人社団中川会 呉中通病院 (広島 県) ……………中川 俊文	5 (81)
広域紋別病院 (北海道) ……及川 郁雄	6 (73)
八尾市立病院 (大阪府) ……佐々木 洋	6 (74)
東京ベイ・浦安市川医療センター (千 葉県) ……………神山 潤	6 (75)
医療法人仁医会 あいちリハビリテー ション病院 (愛知県) ……野田 哲	6 (76)
医療法人弘遠会 天竜すすかけ病院 (静岡県) ……………西川 方夫	7 (115)
市立田沢湖病院 (秋田県) ……佐々木英人	7 (116)
社会医療法人弘道会 萱島生野病院 (大阪府) ……………生野 弘道	9 (107)
医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院 (広島市) ……………荒木 攻	9 (108)
市立大町総合病院 (長野県)	
……………山田 博美	10・11(144)

14. 通教月報巻頭言

労働意欲と賃金管理 ……………佐合 茂樹	1 (76)
----------------------	--------

“医療総合職”と組織の統合	
……………明石 純	2 (99)
年頭所感 ……………小川 嘉誉	3 (84)
医療スタッフの協働 ……………井戸 靖司	5 (83)
グローバル化から地域医療連携 を考える ……………島津 望	6 (77)
マネジメントにプラットフォームが存する ことの意味 ……………橋本 廸生	7 (117)
再開された集中検討会議の行方	
……………西脇 正義	8 (107)
DPC対象病院の現況分析…………石井 孝宜	9 (109)
病院の安全と安心 ……………長澤 泰	10・11(145)
東日本大震災が顕在化した薄氷の医療体 制と医療・福祉コミュニティへの転 換点	
……………大石 洋司	10・11(146)
医療経済の安定は確実な歩みから生ま れる ……………山内 一信	12 (80)

15. 支部だより

東京都支部「平成22年度第10回東京都 支部理事会の審議要約」…………池澤 康郎	3 (85)
香川県支部の発足と現況について	
……………小川 裕道	4 (85)
新潟県支部報告 ……………矢澤 良光	5 (84)
福井県支部の活動 ……………三浦 将司	6 (78)
歌山県支部報告 ……………成川 守彦	7 (118)
高知県支部の活動報告 ……………細木 秀美	9 (110)
山口県支部「平成22年度の活動状況に ついて」……………三浦 修	10・11(147)
熊本県支部報告 ……………高野 正博	12 (81)

16. 一番町だより

平成22年度第7回定期常任理事会議事 抄録 (平成22年10月23日) ……………	1 (77)
平成22年度第8回定期常任理事会議事 抄録 (平成22年11月27日) ……………	2 (100)
平成22年度第9回定期常任理事会議事 抄録 (平成22年12月18日) ……………	3 (88)

平成22年度第3回定期理事会議事抄録 (平成23年1月11日) ……………	4 (86)
平成22年度第11回定期常任理事会議事 抄録(平成23年2月26日) ……………	5 (85)
平成22年度第4回定期常任理事会議事 抄録(平成23年3月26日) ……………	6 (79)
平成23年度第1回定期常任理事会議事 抄録(平成23年4月23日) ……………	7 (119)
平成23年度第1回定期常任理事会議事 抄録(平成23年5月27日) ……………	8 (108)
平成23年度第3回定期常任理事会議事 抄録(平成23年6月25日) ……………	9 (111)
平成23年度第2回定期常任理事会議事 抄録(平成23年7月13日) ……………	10・11(148)
平成23年度第5回定期常任理事会議事 抄録(平成23年8月27日) ……………	10・11(159)
平成23年度第6回定期常任理事会議事 抄録(平成23年9月17日) ……………	12 (82)

本誌へのご寄稿のお願い ……………	1 (94), 2(118), 3(106), 4(106) 5 (102), 6 (90), 7(138), 8(118) 9 (134), 10・11(182)
資料「平成22年度『日本病院会雑誌』 読者アンケート結果」……原 義人	5 (68)
2011年総目次……………	12(104)

17. その他

「第4回こんなものを作ってみました! 看護のアイデアde賞」募集 ……………	1 (89)
診療情報管理士通信教育第79期生募集 について ……………	3 (99), 4 (98)
国際モダンホスピタルショウ2011 日本 病院会主催 公開シンポジウム 開 催のお知らせ・申込書 ……………	5 (97)
診療情報管理士通信教育第80期生募集に ついて ……………	9 (126)
平成23年度第4回「臨床研修指導医養成 講習会」開催のご案内・申込書 ……………	10・11(172)
平成23年度第2回「病院経営管理研修 会」のご案内・申込書 ……………	12 (92)
平成23年度第4回「臨床研修指導医養成 講習会」開催のご案内・申込書 ……………	12 (96)
訂正のお願い ……………	12(110)
日本病院会入会申込書 ……………	1 (92), 2(116), 3(105), 4(104) 5 (100), 6 (89), 7(136), 8(116) 9 (132), 10・11(180)

訂正のお願い

以下のとおり誤りがありましたので、訂正をお願いいたします。併せてお詫び申し上げます。

- ①2011年8月号 (Vol. 58 No. 8) p. 27左段13～14行目
誤「省の科研費を取って、日本病院会、全自病（全国自治体病院協議会）
正「省の科研費を取って、日本病院会、全日病（全日本病院協会）」
- ②2011年10・11月号 (Vol. 58 No. 10・11) p. 32右段「スライド20」のなか
誤「*災害支援では日科技研インターナショナル」
正「*災害支援では技研商事インターナショナル」
- ③2011年10・11月号 (Vol. 58 No. 10・11) p. 51左段1～2行目
誤「からステーキを1週間に2回は100～120gを摂り
ます。しかし脂のないステーキです。それと、魚は」
上記の2行を削除
- ④2011年10・11月号 (Vol. 58 No. 10・11) p. 87右段3行目
誤「援として3月12日～7月31日まで延べ3,712名を」
正「援として3月12日～8月30日まで延べ3,929名を」
- ⑤2011年10・11月号 (Vol. 58 No. 10・11) p. 172 最下行
誤「※領収書は当日お渡しいたします。」
上記を削除

日本病院会雑誌

第58巻第12号 2011年12月1日発行（毎月1日発行）

頒価 1,200円（会員の購読料は会費の中に含まれます）

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話：03-3265-0077（代） FAX：03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 堺 常雄

編集人 原 義人

編集協力 (株)美和企画（東京都渋谷区南平台町12-6 電話：03-3496-6751(代)）

(有)木耀社（東京都新宿区大京町31）

印刷・製本 日本平版印刷(株)（東京都文京区小石川4-3-6）

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。