

消化器検診 Newsletter

No. 58

1 部頒布定価 1,000 円
〔千共〕

〔日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会機関紙〕

発行所
日本消化器集団検診学会
関東甲信越地方会
(〒103-0025)
東京都中央区日本橋茅場町 2-1-7
タカハシビル 4F
発行兼 関東甲信越地方会
編集者 編集委員会

鼎 談

女医三人消化管検診の王道を語る

本号では新しい企画として我が学会の重要なメンバーであり、消化管検診のリーダー的存在として活躍しておられる三人の先生（今村清子：横浜市立市民病院がん検診センター、今井貴子：群馬県健康づくり財団、斎藤洋子：茨城県総合健診協会）にお願いして、検診の現状や近未来におけるあり方など、日頃文章では表現できないような内容についても率直な意見を語って戴いた。期待通りとても痛快な内容になりました。

将来は検診費用の自己負担を視野に

今村： 活躍中の女性医師による鼎談を、今井貴子先生と斎藤洋子先生と今村でやるようにとの丸山先生からのお達しだったのですが、何を話したらいいのかな...



今井貴子先生

ペプシノゲン法の評価と消化器診断の将来ということになっているんですけど。そのテーマ沿ってお話するんだとしたら、まず消化器診断の将来を見すえた上で、ペプシノゲン法の評価をしないといけないと思いますね。

しかし、まず検診の現状をしっかりと見た上で、その中のペプシノゲン法の位置づけを考え、じゃあ将来どうなる、というふうにもっていった方がいいのかな、と考えてきたんですけど。今井先生はいかがでしょう。

今井： 検診の歴史を振り返り、原点に戻って見たとき、ペプシノゲン法がどのような位置づけがなされ、将来に向かってよりよい取り入れ方ができるかもしれないと考えています。

今村： ですよ。斎藤先生は？



斎藤洋子先生

斎藤： 検診そのものは意味がないっていうふうには思っていないんですけど、今までは自己負担をゼロにした行政主導型で、自己負担をさせない検診を良しとしていた態度が中心だったと思います。より良い検診、精度の高いものというふうになり、より経費がかかっていく場合、その上乗せの

分を個人に請求していいのではないかというふうに感じます。基本的な部分だけは守ってやって残りの積み上げの部分は自己負担でもよいのかな、と考えたりします。

今村： 今回のテーマは消化器診断ということになっているので、検診だけじゃないかもしれないんですけど、実際にはペプシノゲン法とか大腸の便検査というのはすごく安くてたくさんの人ができるから集団検診向きですよ。

しかし人間ドックだったら、10万円だしても、自分の命を保証して欲しいということであればね、本当にペプシノゲン法だけの検査でいいかどうかというのは問題ありますよね。



今村清子先生

集団検診の原点とは

便潜血 もかなり信頼性があるようになってきて、定量とか定性でもプラスが多いものっていうのはがん発見率が高いので、それはスクリーニング法として入れてもいいかもしれないけど、診断学の中で検診が位置する所って言うのはやっぱりある程度安くてたくさんの人にできるというところに原点があると思うんですよ。

だからそれが今井先生が言われた原点だと思いますが、ただ確かに今は、医療を受ける人達の自己負担が少ないので有り難みがなくなっていますね。

消化器疾患は日本人にすごく多くて、その診断にはお金がかかるわけですね。画像を撮ればすべてわかるわけではないので、きっちとスペシャリストが診断しているということに付加価値をつけていくようなことも大事だと思うんですよ。だからそう

いうことに斎藤先生が言われるような一般財源化が契機になって自己負担するべきだっという意見がでてくるのでしょうか。

斎藤: 検診の中で人間ドックの占める割合も大きいんですけども、値段の高い人間ドックが必ずしも質の良い検診ということでもありません。集団検診の質というものを、どのように受診者に認識してもらうか、と考えた場合に、今では集団検診では個人負担が無かったか、ごく小額であったこととも関連して安かろう、悪かろう、といったイメージができあがっている気がして、その認識を変えてゆくことができないかな、と思います。

間接撮影法は集団検診の王道

今村: 今井先生、原点に返って言うさっきの発想から言うと、原点って何なんでしょう。

今井: 原点というのは、検診で発見した胃がん患者さんは、皆一様に「症状がないのになぜ治療が必要なのですか」と不安と焦躁の中で最初に訴えられます。症状のない治療可能ながんを治療にむすびつけていくのが検診の原点だと思います。

検診受診率が増えることにより、死亡率を減らすことができるわけですから、簡便な方法で(血液)調べることでできるペプシノゲン法は胃集検に利用して良いと思います。但し、検診は間接レントゲンの車検診が最も有効だと思っています。

しかし、この事をいままです発言する機会が少なかったと思います。レントゲン撮影はプロの従事者が撮影に関わる機材や方法を研究し、工夫をしながらつくりあげてきました。

短時間に多人数の検査を行えることも利点です。まだまだ改良は続けていかなければなりません、やはり車検診が検診の王道だと思います。

今村: なるほどね。

斎藤: 賛成です。受診者は検診を受けて安心したい。それから見つけてもらって余命が半年ですよ、なんてことも言われたくないわけです。発見されることで、治療が可能で、治っていく、予後も良い、ということ期待して検診を受けていること考えると、胃がん検診についていえば質の良い間接レントゲンを using その期待にこたえていきたいと思っています。

検診で異常なし、と言われても安心できない部分が何%かの確率で出てくるのが弱いところですが、これは検診に限らず診断にはつきものといえます。

中には急速に発育進展する症例がありますが、基本的には逐年検診発見がんの方が初回検診発見がんよりも予後が良いという成績が出ていますので、たとえ前年の年に見落としがあったとしても翌年の検診を受けてもらえれば救命可能のがんを発見できる、と考えています

ペプシノゲン法の位置づけは

今村: 今井先生がすごくはっきりと間接撮影法をもっと王道として、道を広げてあげようって言われましたね。もともと血中のペプシノゲンは胃液ペプシンの値を反映していることがわかっています。胃液中のペプシンは胃酸との関係が密接で酸度の高い人は消化性潰瘍になりやすい。だから潰瘍をつくってくるような病変があったら、たとえ老人でもペプシノゲン法の判定は陰性になってしまう可能性はあるということです。だからそれをガンの診断に応用すると不適切な部分が出てしまうわけね。

それをだれも言わないし、だれも分からないままペプシノゲン法っていうのは、ただ胃癌を血液で調べるんだ、みたいなところだけが突っ走ってる、っていうのが今井先生の意見だと思うんですね。実際に斎藤先生の所のデータを見てももらっても、60才代以上になると、半数近くが陽性になってしまう。だからいくら母集団を広げるといってもね、高齢者の多い集団では要精検率がどんどん増えてしまう。

斎藤: 内視鏡検査をやる動機づけとしてはよいかもしれませんが、しかし、協会でペプシノゲン法をモデル検診として実施した地域検診の成績からは、基準値を採用した場合、要精検率が30%、40%になりました。60歳以上の男性に限れば50%近くになります。これはスクリーニング検査の要精検率としては受け入れ難いかな、という感じがします。

今村: 地域の住民検診だったら、60歳以上の人がかほとんどなわけだから、そういう人の初回開拓っていうことに対しては、失礼な検診になってしまいますね。だからやっぱり対象集団をきちんと考えて行う必要がありますね。企業検診のようにはじめにペプシノゲン値の測定をやって内視鏡軍団と、レントゲン軍団に振り分けられる集団であれば全然問題ないと思うし、そういうところはとり入れていいと思います。しかし、何万人とか何十万人の地域検診では、ペプシノゲン法をはじめに行つて陰性の人は全部間接受けなさいって言っても、今迄王道を行つて

目次

鼎談 熟女三人消化管検診の王道を語る

今村 清子、今井 貴子、斎藤 洋子 1

「まむしの松」の話	中村 忠夫	8
グミの木	萩原 常夫	8
海外の文献から	丸山 雅一	8
21世紀の夢	小澤 元美	10
漱石と胃潰瘍	茂木 文孝	10
海外の文献から(続き)		10

第13回日本消化管撮影研究会札幌大会開催報告

	今井 仁彦	13
著者の紹介(津田 幸於先生)	佐藤 忠	14
「いのち」の肖像	津田 幸於	15
超音波部会21世紀を迎えて	小野 良樹	16

編集委員会からのお願い 16

『胃X線診断読影を極める』を推薦する

海老根 精二 17

第40回日本消化器集団検診学会総会プログラムの概要 18

第16回日本消化器集団検診学会総会・医師研修会プログラムの概要 19

リレー随筆 鳥海 修 20

胃がん検診専門技師認定制度について 18

米倉 福男 21

関東甲信越地方回事務局の再移転について 21

第61回日本消化器集団検診学会関東甲信越地会の案内 22

第34回放射線部会の案内 22

視点 丸山 雅一 23

編集後記 林 學 24

いた方法を陰性の人に受けさせることはすごく大変なことだと思うのよね。

だからこの間ペプシノゲンの研究会では、一般健康診査の中に取り入れていく方法が提案されていましたが、斎藤先生のところもそうでしょう？

最終的には総合検診の中に入れていくとか、五年に一度行うとかにしていけないと、全員をこれでやるっていうのは絶対不可能だと思うんですね。そのへんの認識を持って、胃癌の検診をPRしていくようなことをしないといけないですよ。医者に対しては、この前学会でやったように、進行ガンを逃がすというのはすごく怖いわけですよ。だから採用に対しては一步ひいている人がたくさんいますからね。専門家ですから、だんだん実態がはっきりわかってきて、これでひっかかるガンと、これで落ちるガンっていうのが区別されていけばね、そういうものであるという認識のもとに検診をやっていくと思うんですけど。

結局評価のできるペプシノゲン法にするためには、基準値でも要精検率は10%以下にして残りの90%の人の中には、ほとんどガンがないというような集団にしておかないと、いけないと思います。

ペプシノゲン法は胃の健康度をチェックする手段として利用すべし

斎藤: 協会では循環器検診として20万人以上の方の採血がおこなっています。この中で6万人の方は総合検診として間接X線による胃がん検診を受けていますが、残りの方は胃がん検診を受けていません。そこで、ここにペプシノゲン法を取り入れていければ結果的に胃に関するスクリーニング検査を受ける人が増えるということになるのではと思います。胃がん検診は基本的には間接X線法で実施し、間接X線でもれてしまう胃がんを拾い出すことが出来ればいいな、と考えています。

今村: そうそう、彼女は間接がベース。三木先生はペプシノゲンがベース。そのベースの置き方をどこにするかによってかなり発想も違ってきますね。確かにそれは…

今井: 順序が逆ではないかと思えます。間接レントゲンで異常なしの人、または循環器検診の中に胃健康度チェックという項目で検査を入れていくのがもっとも良いと思います。

斎藤: 手間暇を考えれば血液を用いた方法の方が簡単ですから、ペプシノゲン法を無視するつもりはありません。

今村: きっと彼女は今回調べたペプシノゲン法のデータベースを作ってみて、今まで言われていたことをもっと理論づけてそういう発想になってると思うんですね。ただお金がありさえすれば。

斎藤: そうなんです。

今村: ただ、一般健康診査って言うのは、公的な費用でまかなわれますからね。その中に安いペプシノゲン法を取り入れていくことが出来ますかね。

斎藤: 現在安いものも出ていますね。

今村: 500円くらいか。もっと安いのかな。そういうものであれば、入れていかれるかもしれない。

今井: ただその場合、健康度チェックという項目にして、強陽性のグループは胃集検を必ず受けるように勧める方法が良いと思います。

斎藤: そう思います。というのは間接X線検査で萎縮はあるけ

れども今はがんを疑う所見がないから異常なし、とされた症例がペプシノゲン法では陽性だから要精検、となった場合、受診者は「がん検診のレントゲン写真を撮ってもらって異常なしといわれたのに、もう一つのがん検診で要精検。では間接X線による胃がん検診はいったい何だ。」というような誤解が生じてきます。ですから、今井先生がおっしゃったようにあくまでも胃の健康度チェックという形で扱っていく必要があると思います。

今井: そしてその強陽性の方は、ぜひ内視鏡を受けて下さい、間接では異常なしと言われたので、大きなものはないけれどもレントゲンで写らない、小さいものはあるかもしれない、と。

斎藤: そうです。しかし、間接X線検査とペプシノゲン法を同時併用するというのでは、検診の経費を削減していくことに逆行してしまいます。ですから私は、間接X線検査をベースとして4年連続して胃がん検診を実施し、例えば、節目の年齢時にはペプシノゲン法のみで対応する、という方法でもよいのではないかと考えています。また、もっと検診費用を削減したいということであれば、単純に間接X線法とペプシノゲン法を隔年に組み合わせるというのも一つの方法かもしれません。

今村: 本道とそれ以外の道っていうのを使い分けるっていうのが確かにいちばん大事なことだと思いますよね。

斎藤: ペプシノゲン法は簡便ゆえ、検診受診者の拡大に寄与するのではという期待感があるのですが、結局固定化します。その場合、それらの受診者に対して毎年ペプシノゲン法をやるのはいくら安いといっても無駄です。

今村: だから絶対に1回目で陽性の方は、次はやめると。内視鏡で精検を行って、異常なかったら次は間接か内視鏡かをどちらを選んでもいいと。

今井: 2~3年後で内視鏡検査で経過をみたらよいと思います。

斎藤: もちろん。

今井: 2~3年間隔をとると明示した方が良いと思う。内視鏡検査は専門医が行うものと考えています。所見のある場合は経過観察として毎年の検査がよいと思いますが、中には進行度の早いものも数%ある事ははっきり言う必要があると思います。

今村: 病状が出てきたらすぐ医療機関かかりなさいとかね。検診後数ヶ月ででてくる事もあるからね。これはもう言うておかないと。

今井: 進行の早い数%のがんを恐れて毎年検診をすすめているのが現実です。

斎藤: これからは精密検査にかかる医療費についても考えていかなければいけないと思います。

今村: 内視鏡はつらくていやだなあと思うと、その時点で絶対受けなくなってしまう人もいますからね。やっぱり2年とか3年あけてまた受けなさい、と言った方がより受けるでしょうしね。

今井: 「あなたはきれいな胃粘膜でしたので、2~3年後に検診を受けるよう」と勧めたいと思います。中には心配する人がいるので対応は本人の要望に添い、年に一度になっています。

直接X線検査の精度は？

今村: さて、直接レントゲンによる個別検診の精度はどうですかね。

斎藤: だからなんとか直接X線による個別検診をやめさせたいですよ。

今村: ぜんぜんレベルアップができない。

斎藤: できないですよ。

今村: いくら我々がいってもむずかしいし、精度が上がらないとそのうちにじゃあみんな最初から内視鏡…ってなるような気がしない?

斎藤: ペプシノゲン法であれだけ要精検率が高いとそうなるってしまうような気がします。

今井: 初回から内視鏡検診でというのは集団検診では通常無理があると思います。事故、感染の危険等のリスクを伴います。

今村: レントゲンと選択かペプシノゲンと選択かっていうことやっけていながら、まあレントゲンがいいところはそのまま残っていくでしょうし。若い人が萎縮がでて来る年齢になったのを絶対チャンスとしてやってもらおう手段としてはペプシノゲンっていいと思いますね。でも、そのフォローは一回陽性の方は次はそれこそ2年か3年にいっぺんの内視鏡、というステップをふんで行く精度を作っけてあげるといいかもしれないね。それが生きる道だと思う。

斎藤: それをきちんと作っけて指示を徹底する、それがなかなかできないですよ。

今村: それはやらなきゃいけないでしょう。

今井: それは、新しい考えだと思います。まず間接レントゲン検診が基本であって、個別検診やペプシノゲン法の導入は受診率の拡大の為に一考の価値はあると思います。現に費用効果を除けば都市部で効果をあげていますが車集検の機会が失われているのは本末転倒だと考えております。

内視鏡検査は、ゴールドスタンダードといわれています。レントゲン写真は影絵で判断する違いがありますが、全体を観察できます。

今村: 見てるところを見てるのよ。見えてないところは見えてない。

斎藤: そこが問題です。過去に自施設で内視鏡検査を実施した症例で数年してから癌が発見される事があります。後から過去の写真を見直してみると微妙に病変部を避けた写真しかない…。

今井: 内視鏡検査では胃粘膜を隈なく観察しています。胃液や泡を除いて、内腔を伸展させて、注意深い観察をしますが、胃炎様変化や胃潰瘍癥様が結果的にがんだったこともあります。

高齢者に対するペプシノゲン法は精検率の増加につながる

今村: でもねー、前にもあるはずなのにつて結構あるからね。それと空気の量が少なかったり、ゲージ言う人も多いから。粘液だって、きちんととってるかどうかというのも問題あるし。まあ確かに内視鏡の精度はあげなきゃいけないというのはものすごく大事なことだと思いますね。一応検診の現状というのはこれまで話してきたような感じでいいと思いますが。ペプシノゲン法の評価の話に戻るんだけど、年齢の高い集団にもペプシノゲン法を取り入れたとするでしょう、そうすると5年にいっぺんだとしても、65歳から受けた人は要精検率がかなり高くなってきますよ、そういう人たちにはどのように対応すればいいですか。

今井: 4割と高い陽性率ですから、少し無理があります。

斎藤: ペプシノゲン法では年齢階級別にカットオフ値を変えてみようかと考えたりしましたが、煩雑になって使いにくい。やはり全年齢共通であるほうが使いやすい。私はあくまでも間接X線法がベースで間接X線法による要精検者にペプシノゲン法でプラスαの要精検者を加えることで癌発見率を向上できれば、

とかんがえていますのでペプシノゲン法による要精検者による強陽性者のみでも良いのではないかと考えています。

今村: 減りますね。

斎藤: 私の施設では間接X線法による要精検率は11%前後です。そこにペプシノゲン法の強陽性者のみの要精検者を加えると要精検率は最大に見積もって20%、重なる部分もあるので15%前後かな、と試算したりしています。便潜血反応検査による大腸癌検診の発想です。便潜血反応検査の場合二日とも陽性の方が一日のみ陽性者よりも癌発生率は10倍くらい高いし、本物の癌も多い。それと同じ発想です。要精検率を抑えるためには確率的に発見率の高いカットオフ値を用いることも必要かと思っています。精検受診率を下げないためにも必要ではないでしょうか。

今村: 高齢者の方が腺腫がガン化したものも多いから、そういうのは結構拾えるでしょうし、EMRができる症例も増えますよね。カットオフ値を固定するところは大事なポイントになるかもしれないですね。じゃあそのへんの問題はよいとして…ほかに問題はありますか。結構解決策まで含めて話が進みましたね。

適性なバリウムと濃度の関係は?

今井: 間接レントゲンの造影剤はゾル製品じゃなく粉末製の示現率が良いです。造影剤は粉末にしてもらいたい。

今村: 今、多くの先生方からアンケート頂いて集計していますが、ほぼ粉製剤を使用した撮影法の基準ができると思います。ただね、やっぱり従来通りがいいってところもあります。また読影医がどうしても立位充満はやめないでほしいという意見も出てますので、何通りかの案が必要と考えています。

斎藤: そうですか。でも枚数が制限されていますからね。

今井: 高濃度造影剤で便秘で大変な思いをしたという苦情があり、水分の補給や緩下剤の服用を勧めていますが、一歩すすめて腸内水分再吸収阻害剤を造影製剤に入れてもらえればよいと前々から考えています。

今村: それは各施設で考えてやっけていいと思うんですよ。粉末バリウム製剤は各メーカーの方々に聞いてみると、少しずつ増えてきているそうですよ。

斎藤: 平成12年度から胃がん検診に高濃度低粘性バリウムを採用しました。今までは160%、150mlでバリウム量として240g使用していたので、コストとの兼ね合いで200%、120mlにしました。150ml使用しないと立位充満像は撮影できませんが、150mlを採用した場合は10万人分でバリウムとして1000万円の経費増になってしまいます。検診料金も値上げできませんので、経費据え置きの方針で検討しました。バリウムの量が同じこともあり、以前と比較して便秘の訴えが増えたという状況はありません。

今村: 終わってから。水をたくさん飲むってというのは絶対必要ですよ。

今井: バリウムの量少なくて大丈夫なの?

今村: 大丈夫だと思いますよ。早くとるからね。そのへんはこれから技師さん達が燃えてるので、腕に期待したいところですね。

斎藤: 平成12年度から高濃度低粘性バリウムを採用し、二重造影像のみとしたので、立位充満像のある11年度までの成績とこれからの成績を比較していくことを楽しみにしています。

今村: この間宮城の渋谷先生が出してたバーバーあったけど

斎藤: いいでしょう。

今村: いいんだけど、読影が非常にむずかしく必ずしもチェック率が下るとは限らない、っていうことですよ。

斎藤: 平成 12 年度の胃がん検診もほぼ終了しつつあるのですが、要精検率は下がっている印象はありません。要精検率は殆ど同じ位のような気がしているので、がん発見率や陽性反応適中度が上がってくればと期待しています。

今村: やっぱりね、ここまでって造影剤のコストの上限を決めたら仕方ないですね。140cc にしたかったら 180% にするとかね。そういう濃度と量の関係でバリウムを変えていかないと、コストはあげられないから。

バリウム濃度とバリウム量の割合は？

斎藤: 導入は 2 年越しでした。技師は立位充満像に思い入れの深い先生に気を使って 200%、150 ml を要求していました。しかし、経費据え置きの方針を貫き、何度も討議しました。技師が立位充満像をやめるということに頭を切り替えるのに 2 年かかりました。

今村: そういう風に映像をきちっととるという切り替えでとってくれば、やっぱり画像はきれいになるから、そうしたら立位はいらなくなるという。そういう二段階を踏むことは必要かもしれないですね。

斎藤: 質の良い写真が読影に回るようになると、立位充満像にこだわっていた先生も二重造影像の質が向上したと、納得されました。

今村: そうです。だからさっき先生が言われた本道がそういうところにあるんですよ。やっぱり画像など指摘ができるものがないと受けるに人も、あなたは症状はないけれどもここに病変あるでしょう、と言えない。納得しないっていうかな。それはあると思います。だって、乳腺のマンモグラフィも肺のヘリカル CT もそうだし。やっぱ画像診断は検診の本領になっていくというのが、これからの流れだと思うんですが。

斎藤: でもね、将来を考えたときに…。

今村: どうなる？

斎藤: 将来を考えると、検診においては手軽であるということは大きな要素であるので画像を用いた検診に対して気が弱くなります。今村先生が会長をされたときに「血液・便で行える検診」のシンポを組まれました。簡便な方法の上にあるはずのものが画像診断です。ところが、日本はお金があったから最初から画像診断でいった。でも手軽ではないです。レントゲン撮影技術者の養成も読影医の養成も必要ですので、ソフト面も大変です。

今井: でも今更逆行するのはムリだと思うわ。

斎藤: ムリですか。

今井: 21 世紀に新しい検査方法が開発されてほしいものです。

斎藤: 遺伝子は？

今井: 簡便な方法が開発されることを期待します。

今村: だから今までたくさんの人を画像診断してきたっていう賜物はね、今の日本の消化器の診断に対してすごく貢献度が高いでしょう。もちろん胃だけじゃなくて大腸も含めて。だけど、そのすごい大きな力になってた検診をやっている人たちの思いが浮かばれないままだね、診断学が進んでいってしまっ、もうひょっとしたら内視鏡も、バーチャルでもいいとかね、カプセル飲めばいいとかね、遺伝子とかね、そういうふうになっていく

かもしれない。

今井: そうなれば経費が少なくなるし、受診者の負担も少なく、検診をどんどん受けてもらえるのではないのでしょうか

今村: だけどこれだけ思いを入れて画像診断をやってきたんだから間接撮影が本道として生きる道を絶やさないでいかなければいけないと思うのね。特に大腸の場合は便、次に、内視鏡で精検ですから、レントゲンは全くなくなってきてるわけでしょう、このかたちは今後も続いていくと思うしね。それから大腸ファイバーだって胃の内視鏡に比べたら大変ですよ。だからそっちの方はやっぱり CT とかバーチャルの方にいくかもしれない。次に精密検査を内視鏡で行うと小さい胃癌や小さい大腸ガンが見つかりますね。先生たち将来的にこういう小病変をどう取り扱っていきますか？

集団検診がターゲットにする病変とは何か

斎藤: すごく極端かもしれませんが、小さな内視鏡切除するような病変をやつきになって探す必要はないのではないかと思います。だからポリープとか探す意義はない。

今村: 大腸に関してね。胃も？

斎藤: 胃も基本的にはそう思っています。

今井: 集検はね。

斎藤: 集検の意義はあくまでも将来進行がんになるような、性質の悪い病変をきちんと拾ってやることだと思っています。だから、例えば萎縮粘膜から発生してくる病理医によって腺腫にも癌にもなるような境界領域の小隆起性病変は放っておいてもよいか、と考えています。無論そこで内視鏡切除してしまうので将来粘膜下組織に浸潤するものであるかはわからない。この粘膜下組織への浸潤というのが非常に大切なわけです。同じ早期がんといっても粘膜内癌ではない、という考え方があるのも肯けます。

今村: でもね、大腸もそうだけど粘膜下層まで浸潤しているとすぐ手術になっちゃうじゃない。

斎藤: そうですね。

今村: それが本当に過剰切除にならないようにするのも大事なんだと言う発想も治療側からするとあるわけ。だからどこまでみつければいいかっていうのと、みつかったものをどうするかっていうのはまた考え方を考える必要がある。本当の検診の将来、診断学の将来でいいんだけど、m ガンを対象にしなればいけないのか、ある程度、本人がどうしても納得してこれはほっといて切らないと命とりになるから手術をしなさいっていうところまで待ってもいいのかっていうところだと思うのね。それだったらそれこそバーチャルだとかもってラフな検査法でもいいのかもしれない。

斎藤: 治療のことを考えると、粘膜下層に浸潤する性質のある癌を粘膜内癌の状態で見つけて内視鏡的粘膜切除術ができれば最高だと思います。

今村: 胃はね、超音波内視鏡とか使ってかなりそのへんのレベルが高くなっていますね。大腸では、まだそのへんのところに葛藤があります。工藤先生は拡大内視鏡などを使って決めているようですね。今後もう少し消化器診断学が進めばあるいは、少し細胞とって、特殊な染色とか遺伝子を調べたら、これは将来絶対悪い物になるのかわかるというレベルにしてもらいたいですね。

近未来に必要なのは進行がんになる微小病変 を見分ける方法の開発

齋藤: そうですね。それは本当にそう思います。

今村: そうしたら検診が幅広くやられても、たくさんポリープがみつかったとしてもその中の本当のガンだけをつみとっていくことはできるし、効率もよくなると思うんですけどね。でもそんな方法はむずかしくて絶対ないかもしれない。だって進行した物に関しては遺伝子診断もいいかもしれないけど、進行してないものを、本当に将来どうなるかっていうのを見極められる手段って、まあ誰かがきっと考えてはいると思いますが。

齋藤: 今のところ一般の診療レベルはできていませんが、工藤進英先生は、ポリープを皆つぶしても経費がかかるだけで意味がないからもっと内視鏡診断能を高める必要がある、と盛んにおっしゃっています。

今村: そう。だから拡大内視鏡で怪しいと思うものだけを切除する、でもそれはね、検診をやる以上に大変なことですよ。テクニカルな問題とかそのへんを見極める技術を習得する事自身がね。

齋藤: そうですね。

今村: でもまあそこまで考えないと、診断学っていうのは本当の意味はないのかも知れないなと思うんですよ。そしたら確かにペプシノゲン法で引っ掛かってくる胃がんはね、齋藤先生が言うように9割方はとらないでいいかもしれない。

齋藤: 言い過ぎかな。

今村: いやいやいや。

齋藤: 近藤誠先生は一生懸命旗振って、結局、がん検診の一般財源化への影響も大きかったように感じています。前回の学会で講演された茨城県立中央病院の板橋正幸先生もおっしゃっていたように、病理医側の診断にはかなりバラツキがあります。粘膜下層へ浸潤した腺管の異型の程度が軽度であり、もしそれが生検標本として採取された際には癌と診断することも困難であるような症例もあるかと思いますが、大方、粘膜下組織への浸潤が悪いやつだという線引きは何も言えないくらいクリアカットです。粘膜下組織浸潤の前段階にある症例の発見ができれば最高ですが、現時点ではそれを知ることは無理だから、境界病変も含めて発見、処理していくしかない、ということになるのでしょうか。

今村: 次にそういうことを受診者に、説明するのすごく大変でしょ？

齋藤・今井: それができない。

今村: 胃はこれまでの経験から、ポリープは良性って言い切ってしまうけど、じゃあ腺腫でグループ3がでたときにね、どこまでフォローしていくかとかそういうのってすごくむずかしいね。

齋藤: 面倒ですね。

今村: そう。そこもきちんと決めて診断ができないと、検診をする意味がなくなってしまう。これだけ情報があふれてしまうと、ガンとガンらしい物で将来ガンになるという物を、どこで線引きをしていくのかっていうのが求められてくると思うんですよ。やる方はそこを十分に考えて本当にあー見つけた見つけたって喜んではいけなと思います。

女性的な発想を大切すべき

齋藤: すごく重要です。大きさをきっちり保険診療報酬を認めないとかしても良いかもしれませんが。現実には5mmのポリープが内視鏡切除されていることがあるかと思うのですが、やると損をするからやらない、という状況をつくっていくしかないのではないのでしょうか。

今村: すごく大事なことだと思います。

齋藤: 大きさはすごく重要な要素です。7mm、8mm、といった症例で異型が高度で病理標本をじっと眺めて考えることになることはありましようが、大方5mm以下のものは内視鏡切除してはいけない、つまらないところでお金を使うとせっかくの保険制度の足を引っ張ることになる、と思っています。

今村: それね、すごい女性的発想。女性的発想でさ、やっぱり女の人ってすごくこう儉約主義なのかなあ……。

今井: リーズナブルだと思う。

今村: こういうこと男社会でいうと嫌われる。気をつけた方がいいかもしれない。そうですね。先生。違う？

今井: あるある。

今村: しかしガンらしい部分があると書けばどんなに小さくてもポリペクトミーの点数がとれる。確かにそれを利用して営利に行う人もいるかもしれない。だからそういう母地を私たちは作ってはいけなと思うのよ。

保健診療の枠組みを再考、そして 情報の開示

齋藤: 厚生労働省の保険診療へのしぼりがちょっと実情に合わないということも生じることもありましようが、今問題にしたような小さな大腸ポリープに対してのしぼりが全然ない、というの妙なことのように思っています。

今村: しぼりかたが少し問題？ 確かにそれはするべきですね。そう、だからね、検診からすぐ保険診療に移行するのもおかしいですよ。

今井・齋藤: おかしい。

今村: 精密検査の内視鏡は保険診療ですべてまかなうから実際には医療費はどんどん増えてしまう。だから検診はすればするほど不必要な検査や治療も増えることが考えられる。

今井: 隠れ蓑みたい。

今村: そういう検診はしてはいけないのよホントは。

齋藤: いけないです。某病院で検診センターを設置した途端に赤字から黒字に転じる。どうして？ 半数近くを要精検にして内視鏡検査をその病院でします。そこからは保険診療ですから患者獲得の手段として検診を利用するわけです。昨年まで何もなかったのに、某病院で人間ドックをしたら要精検になりましたと写真を借りて持ってみえる。萎縮もないし？ 困ってしまいます。

病院の経営を考えるとそうなるのかもしれませんが、検診を実施している施設の成績を公表させる必要があると思っています。

だから私は思うの。しぼりっていうのはね、そこで検診をやるって名乗りを上げたら、やっぱり精度を問うべきで陽性反応の中度、ガン発見率、受診者数など。基本的な成績を開示する義務を負わせるってことが重要なんですよ。

そうしないと、やっぱり患者獲得のために利用されてしまう。

今村: 非常にそれは大事なことですな。

斎藤: 検診業務に携わっていると、ときにこういうことの片棒を担いでいるような気がするがあります。それを避けるためには質の良い写真と精度の高い読影が必要です。

今村: 患者さんを作ってしまったような気がするからな。

斎藤: そうなんです。患者さんを作っている。

今村: 要精検率が15%としたら1000人のうちの一人か二人、みつけるためにあとの140何人かは、ほかの疾患はあるかもしれないけれども、いわゆるガンではないわけですね。その説明はきちっとしてさらに、どこかに明記するべきかもしれない。

斎藤: そうなんですよ。

今井: 検診機関として、携わっている機関は陽性的中度精検率を明らかにし検討する、精度管理委員会が必要だと思います。

今村: 管理委員会ね。個別検診では特にね、そういうことしなくてはいけない。自機関フィルムを出しあってチェックし、精度を上げる努力をするべきでしょう。そうすれば患者さんの信頼度も上がりたくさん来ると思うのよ。逆に。

斎藤: そうですね。

今村: やっぱり今井先生がおっしゃったように、精度管理をきっちりすることは、大事なことですよ。

斎藤: 検診で要精検になったらいきなり保険診療に入るシステムも見直す時代にきているかもしれません。内視鏡検査に回せばよい、という発想は少なくなります。

今村: そういうことですな。(終わり)

鼎談を終えて

寒さが身にしみる2月始めの土曜日、三人の女性達は、「私達に何を語れと言うの」というような雰囲気です。「早期胃癌検診協会」の医局に現れました。

ところが、いざ鼎談が始まると、あれもこれもと話題は尽きることなく、互いの胸の内を吐き出すように語らひは途切れることなく続きました。

それぞれの先生の発言の内容については、おっ、！ちょっと待ってくれよ、というような受け取り方をされることもあるでしょう。例えば、ペプシノゲン推進派の方達にとっては、この三人の先生方の発言は、挑戦的な部分がかなりあります。また、直接レントゲンの精度が上がらない、などの言い方に対しても、反論が出てくる可能性が十分にあります。

したがって、この鼎談の内容に対しては、存分に賛成、反対の意見を寄せて下さい。そのような議論をすることによってのみ、本当に生き残れるものと、消えて行くべき運命のあるものがおのずと明かになるのです。

この『消化器検診』を単なる連絡事項のための存在としないようにするためにも、皆様からの御意見をお待ちしています。

これは女性に特有な発想というよりも、女性の本能とでもいふべきものではないかと、私は感心するばかりでした。今後もこのような鼎談を試みる自信ができました。三人の先生方に心から感謝します。謝礼も出せずに済みませんでした。(丸山記)

集検から精検まで完全対応、 上部消化管撮影のバイブル!!

最新 胃X線検査技術

—基礎と実際—

監修: 市川平三郎 (国立がんセンター名誉院長)

編集委員長: 松江 寛人 (国立がんセンター中央病院)

おもな内容 胃とその周辺臓器の画像解剖/胃疾患の病理/撮影技術/バリウム造影剤、発泡剤、消泡剤/読影の基本/内視鏡の現状/記録系/画像評価/胃がん検診の効果評価/X線装置と精度管理/IIDRの基礎と臨床評価/画質の基礎知識

B5判 376頁 275図
定価(本体7,000円+税)



EBMからみた大腸がん検診

付 大腸がん判例から
考える医療訴訟

編集 大谷 透 大阪府立成人病センター部長

B5判 148頁 30図
定価(本体4,500円+税)

胆道疾患 MRCPからメタリックusstentまで

編著 藤田 力也 昭和大学教授 池田 靖洋 福岡大学教授

B5判 242頁 187図 原色24図
定価(本体8,000円+税)

金原出版

〒113-8687 東京都文京区湯島2-31-14 電話03-3811-7184(営業部直通) FAX 03-3813-0288
振替00120-4-151494 ホームページ <http://www.so-net.ne.jp/medipro/kanehara/>

「まむしの松」の話

魚沼地域胃集団検診協議会

中村 忠夫

こんなタイトルでは一体何のことかわからないでしょうが、先の前橋と横浜の地方会で、それぞれの会長より依頼を受け、保健婦さん達の活動状況を中心にした2つのシンポジウムに出させていただく機会がありました。学会に出ていると、先生方の読影力や技師さん達の撮影技術には感心させられますが、何故か成績がいまいちなのは、受診率の低さであることに気づきます。

私達の属している魚沼地域胃集団検診協議会は大変熱心な保健婦活動が行われている地域で、受診率、癌発見率ともに全国でもトップクラスの検診団体と思っています。こうなった原因には、実は一人のスーパーおばさん保健婦のことを話さないわけにはいきません。

新潟県の山間部の豪雪地域に守門村という人口約5千人の村があります。そこにいる五十嵐松代さんという保健婦の話です(愛称 松つつあん)。彼女はまだ医療が大変貧しかった頃からこの村の保健婦をしていました。

保健婦学校で習ったことなど何にも役に立たない、学校の先生の言った事などさっぱりと、向こう気の強い人、この生意気保健婦に頭にきていたある男が、夜急に目がおかしくなり困っていたところ、村には医者はいないし、あの保健婦に聞くのもしかだし、でもだんだん不安にはなってくるし、で、とうとう保健婦にそのことを相談したところ、前にいた病院の眼科の先生から、この病気はすぐに処置をしないと大変なことになると教わったことを思い出し、早速その先生に連絡し大事に至らずにすんだとのこと。

さあその後が大変、くだんの男は平身低頭、そのことが村中に知れ渡り、以後、村人の信頼を勝ち得たとの思い出話を語ってくれたことがありました。

この人との出会いが、ごく普通に勤務医をやっていたはずの私の医療人生を変えてしまいました。老健法施行間もない頃、新潟県でも胃集検受診率アップに取り組みはじめ、研究会が行われていましたが、その席で「保健婦にもいろいろあるが、医者にもいろいろある」と多勢の先生たちの前で、こう豪語した五十嵐さんに、当時新潟大学放射線科助教授だった原敬治先生、すっかり惚れ込み、この時から、私達は原先生に教えを請いながらの活動がスタートしました。

とは言ったものの、受診率はなかなか上がらず、どうしたらよいか思索していたところ、ある村人が「松、お前、そっげに受けさせたかったら、芝居でもやってみろや」とからかい半分に言ったとか。頭に来た松つつあん、ようしそれならやってみるから見ておれ、とそれから台本を考え、とうとう芝居をおっぱじめた。内容は、なかなか胃検診を受けない男がようやく受けたところ、早期胃癌が見つかり、無事治療が終わり元気になったという実際にあった事例で、宝塚ならぬ村芝居の男役、真に迫った演技とアドリブも交えての芝居に大爆笑と拍手喝采、村中の大評判になりました。

噂が噂を呼び、どの会場でも大勢の人たちが見に来てくれ、たちまち受診率が大幅に上昇しました。老健法対象人口の何と90%の人が受け、平成元年に厚生省で発表した健康マップで、胃集検受診率ぶっちぎりの日本一となり、対がん協会から

表彰を受けたのも今では懐かしい思い出となりました。内容は毎年変わりながらも定番となり、NHKや民放のテレビにも何度か放送されました。村人も松つつあんに勧められると断ることができず、いつしか五十嵐さんには「まむしの松」と名誉(?)あるあだ名が付いてしまいました。

徹底した訪問活動で、一軒一軒家族の健康状態を把握し、1年かかって、夜、各部落を回っての芝居を交えた健康教育、検診が終われば終わったで要精検者にまた訪問、とこの人の仕事を見ていると、下手な医者にかかるよりは、ましと思える程のスーパー保健婦です。数年前、退職されましたが、時折全国各地で講演をたのまれ、後進の指導をされており、まだまだこの保健婦さんからエネルギーを頂いている私達です。

グミの木

萩原常夫

はくはの長兄は四十四の若さで病に倒れた。中学校の理科の教師で、ソフトボール部の顧問をしていた。本来はアイススケートの選手で、学生時代に国体に出場したことがあるらしい。身長百六十センチばかりの小軀であったが、若い頃からスポーツで鍛え、引き締まった肉体を持っていた。その兄が、最後には巨人のように脹れて死んだ。

有力なソフトチームを率いた試合の朝、開始直前に脳内出血で倒れたのだから、いわば殉職とも言えるのだろうが、兄は、倒れてから七年の余を、闘病に終始した。二人の子は義姉の手で無事育ち、独立の生計を営むようになろうというその矢先、凍てついた二月の早朝、五十二の誕生日の前日に当たった凍えの日、巨人のように浮腫んだままで、それでも眠るように死んでいった。

腹違いの兄である。はくはそのことを十八になるまで知らずに育ったが、知らされなければ、そうとは気づかぬ家族関係が育っていたと、善意には言えるのかも知れない。何の葛藤もなかったはずはなからうが、それでも、幼かったはくが、そのことで何かの負い目を感じたことはなかった。

幼稚園に通っていたころだろう。五歳か六歳、五十年近く前のことである。「グミ」の季節であったことは間違いがない。当時受験生だったはずの兄がすぐ来たのだから、日曜か祭日だったのだろう。肝腎のはくの記憶が定かでないのだが、記憶では、新しい縁側に「グミ」の実が直結している。

小学校高学年だった三姉と、二つ下の弟とはくは、姉の友達と庭で遊んでいたらしい。姉の友達の家とは、一反歩ほどの畑を挟んで地続きである。はくの家が北側になる。前の家には塀がなく、はくの家南側の縁側から裏口が見通せた。そのころのことで水道はない。裏にはどの家にも井戸があり、炊事・洗濯から何もかもそこで済ませた。

はっきり言って、はくには何の記憶もない。だが、はくがその井戸に落ちたのは間違いのないだろう。「グミ」の季節で、薄暗い裏井戸の端に生えたあの鮮やかな赤い色が、弟の気を引いたのだろうか。「にいちゃん、あれ取って」と、弟が甘えたのだという。日頃、弟より背が高いのを誇りにしていたはくは、でも背が足りなくて、井戸の上によじ登り、腐った蓋に足を鞠われ、落ちたのである。

気付いたのは布団の中で、張り替えたばかりの縁側の、その向こうから近所の人たちがのぞき込んでいたのを覚えている。

「あ、気がついた」と誰かが言い、ワッと声が上がって、その中に遊び仲間の友達の父親がいた。
「ねえおじさん、オレンち縁側が新しくなったって、本当だろ」と、それが目覚めての第一声だったと、これは語りぐさである。ほくが井戸の上に登ったのは、家の中にいた長姉と次姉が目撃しているらしい。弟が泣き出し、「あっ、常夫がいない」と姉が叫び、誰かが学校の図書室にいた兄を呼びに行き、必死で取水パイプに掴まっていたほくを、命綱をつけて井戸の中に降らした

兄が背負って助けてくれたのだという。

二月、兄の命日、来年が十七回忌である。兄弟が集まると、必ず井戸の話が出る。が、ほくでさえ亡くなった兄の歳を超え、兄の背中を広さを忘れた。もう井戸は埋められ、近所のおじさんがほくの庭に植えてくれた「グミ」の木も古い、実をつけない。

醜く眠れて兄は死んだが、兄の長女は会社勤めを辞めて教職についたあと、三十代半ばを過ぎて医学の道を志し、その意志を貫いた。兄は確かに生きている。

海外の医学文献から

大腸の中心陥凹を有する平坦型腫瘍について

Small Flat Umbilicated Tumors of the Colon:

Radiographic and Pathologic Findings

Mary E. Cunnane, ほか

American Journal of Roentgenology (AJR)

(2000;175:747-749)

【論文の要旨】

日本が世界に向けて発信した医学情報のなかでも、臨床医学に関するものなかでは、「大腸の平坦・陥凹型」が代表的なものである。これに関する論文は、大腸癌の組織発生と形態発生のパラダイムの一部を覆すインパクトのある重要なものである。

ここに取り上げた論文の筆者らは、日本の仕事を認めた上で、自分達のデータを発表している。これによると、1990年1月か

ら1999年4月の期間に、注腸X線検査(二重造影法)で15人+2人の患者に中心に陥凹を有する平坦型病変を発見したが、病理組織所見を得ることができたのは、5人に発見された7病変であった。

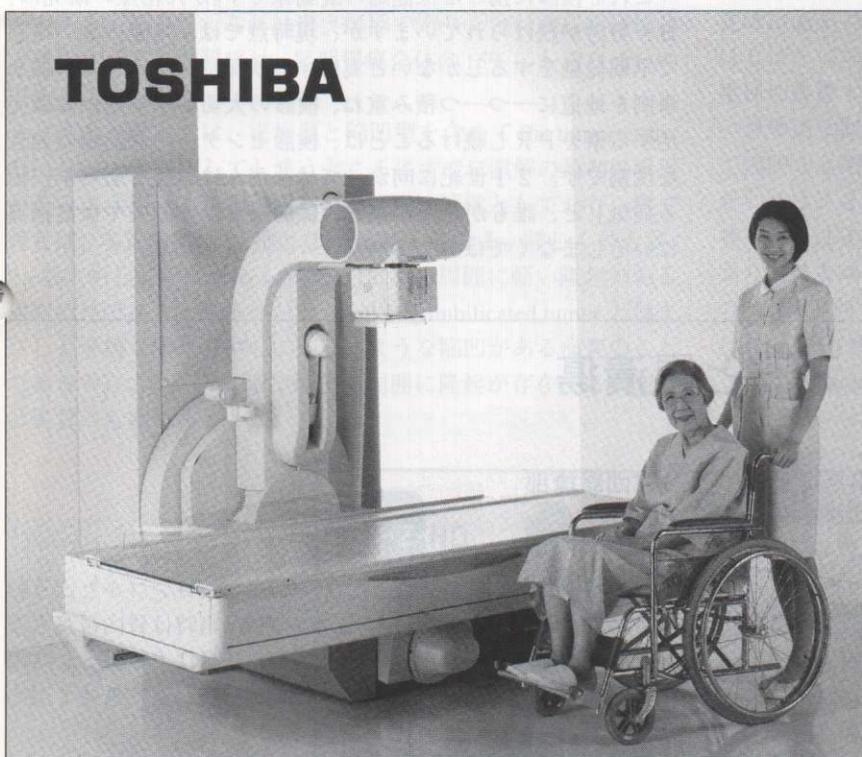
その組織型をみると、5病変は過形成性ポリープ(hyperplastic polyp)、1例が腺腫、残りの1例のみが軽度に粘膜下層に浸潤する癌(early carcinoma with invasion of the superficial portion of the submucosa)であった。

筆者らの結論は、日本から発表された成績とは異なり、自分たちの経験例の多くは、腺腫や癌ではなく、過形成性ポリープである。しかし、腺腫や早期癌の可能性も否定はできないので、内視鏡的切除は必要である、というものである。

【論文の要旨】

少なくとも、日本の仕事を紹介し、追試してみた、という姿勢は評価しなければならない。欧米、特に、米国の場合、先ず、最初は、無視し、次に、米国では臨床的意(11ページに続く)

TOSHIBA



56cmのやさしさ

新プラットフォームX線テレビシステム

寝台昇降時にイメージインテンシファイアを回転させる機構を搭載した Winscope5000。

天板は床上56cmまで下がり、患者さんやスタッフの負担を軽減します。

特長

- 新機構のI.I.回転機構(オプション)によりテーブル天板面を床から56cmまで下げられます。
- スポット上下動78cm、天板上下動は頭側60cm、足側40cmとワイドガバレッジを実現。
- I.I.の前後動機構を採用(ストローク約8cm)。

2チャンネル3サイズ 寝台昇降式X線テレビシステム

Winscope 5000

いのちすやかに

株式会社 **東芝・東芝メディカル株式会社**

本社/東京都文京区本郷3-26-5 〒113-8456 TEL.03(3818)2043 (X線営業部) <http://www.toshiba-medical.co.jp/>

21世紀の夢

(財)東京都がん検診センター
保健婦 小澤 元美

東京都がん検診センターは昭和47年、がんの早期発見とがん予防に関する普及啓発、調査研究、検診従事者への教育支援を目的に設立され事業を展開してきました。特にがん検診事業においては、区市町村の委託を受け精度の高い検診を都民に提供してきました。そのセンターが時代の流れか、がん検診事業の一般財源化や都財政の悪化に伴い、平成15年度、多摩がん検診センターと統合という形で再スタートしようとしています。

さて、私はここに来て3年が過ぎました。センターの保健婦は区市町村の担当者と連携を取りつつ、がんに関する相談や保健指導、従事者への協力支援、調査研究を行ってきました。3年前の来たばかりの私は、保健婦と言いつつも、がん検診については全く素人であったと思います。

「早期発見が大切」と言っただけのもの、「がんになったらおしまい」と言う思いがどこかに根強く残っており、進行がんの発見時などは、「こんな風に見つけることが、その人にとって幸せなのだろうか。検診なんか受けないで、ぎりぎりまで知らずに死んだ方がよっぽどまし。検診で発見され助かる人は、よほど運がいい人なのだ」と、本気で思っていたようです。

がん検診センターに勤めているながら“がん”と聞いただけで暗い気持ちになり、見つけてはいけないものを見つけてしまった、何ともいたたまれない気持ちになった事が多々ありました。それが3年経ち、様々な病変や様々な反応を示す受診者を経験する中で「がんは治る病気」と確信できる保健婦へと変化していました。

先日、こんな事例がありました。Hさん、74歳、男性。何年も検診を受けず、たまたま集団検診を受けたら早期がんが見つかり、胃粘膜切除術適応で病院紹介となったケース。

病院紹介の説明時、Hさんの表情は固く、緊張しており「一刻も早く処置しなければ、がんがどんどん広まってしまう」と大あわてで、その日のうちに病院へ向かって行かれました。そ

のHさんが1ヶ月後、ひょっこり現れたのです。血色も良くニコニコと“憑き物が一遍に取れた”という晴れやかな表情でした。Hさんは「保健婦さんに伝えたくって、ちょうど病院の帰りだったので寄ってみました。」と、自分が“がん”と診断を受けた時のショックや、センターの医師からいくら完治すると説明を受けても半信半疑で、とにかく一刻を争うと無我夢中で病院へ向かった事。入院してからも不安が一杯で、病院の医師から術前・術後と納得がいくまで説明を受け処置が無事終了し、やっと自分は“治るがん”だったと確信できたことを矢継ぎ早に話してくれました。

一通り自分の思いを語った後、さらに「ここで、早急に検査を進め、良い病院を紹介してもらったので、こうしてお腹を切ることもなく順調に病院から出てこられました。今、私の体は皆さんがおっしゃるとおり、どこも何ともありません。検診を受けて本当に助かりました。保健婦さん、もっともっと世の中の人に検診を受けるように勧めてくださいよ。私も今回の体験を親戚や知人に伝えますよ」と熱弁し、何度も礼を言って帰っていかれました。

センターではその後、3～4例の粘膜切除術適応の病院紹介が続きました。私は自信を持って「がんと言っても色々あります。あなたの場合は先生のご説明のとおり、いわば“がんの芽”のようなもの。悪い芽は今のうちに摘んでしまうのが良いのです。高齢化の進んだ現代、誰もががんが発病しやすい状況に置かれています。それを検診を受けて知り得るか、知らずに過ごすかの違いであって、知ったからには、早く処置をした方がご安心でしょう。早く見つかった本当に良かったのです。落ち込む必要はありません。ちょっと、大変ですけど、勇気を出して病院へ行ってください」と、送り出しました。

これぞ検診に携わる保健婦の醍醐味です。がん治療の研究は、日々努力が続けられていますが、現時点では、精度の高い検診で早期発見をするしかない実感する次第です。Hさんの様な事例を地道に一つ一つ積み重ね、検診の大切さや早期がんは完治する事をPRし続けることは、検診センターの保健婦の大きな役割です。21世紀に向かっては「がんはお腹を切らずに治る病気」と、誰もが思えるよう、保健婦も受診勧奨や保健指導にいそまなくてはなりません。

漱石と胃潰瘍

群馬県健康づくり財団診療部

茂木 文孝

神経衰弱と胃病に苦しんだ漱石は「門」を書き上げた後、東京の長与病院を受診し胃潰瘍との診断を受けた。明治43年(1910年)6月のことである。およそ1ヶ月半の入院の後、医者のおすすめで修善寺温泉に療養に出かけたが、同年8月24日に宿泊先の菊地旅館で大吐血をきたし人事不肖に陥った。しかし、奇跡的にもちなおし、10月11日帰京、長与胃腸科病院に再入院、翌年2月26日に退院するという生涯の一大事を体験している。

この顛末は、漱石著の「思い出す事など」という文章でうかがい知ることができるが、同時に当時の胃潰瘍の治療法や看護なども垣間見ることができ、たいへんに興味深い。たとえば、「出来るだけ病人に栄養を与えて体力の回復の方から出血を抑え付けるという療治法」から「生温い牛乳を一合程飲んだ」とか、吐血

による意識不明の応急処置として「カンフル、カンフルと云う杉本さんの声が聞こえた」などの記載がある。当時は胃内視鏡もないため問診・診察だけで診断をつけ、入院安静によるストレスの回避、硝酸銀の内服、熱したコンニャクを腹の上に乗せて温めるなどの治療法が行われていた。

時がたつこと70余年。オーストラリアのマーシャルとウォーレンは、強酸のため到底微生物は住めないと考えられていた胃の中に、らせん形の細菌(ピロリ菌)を発見する(1984年)。この発見は、ピロリ菌に関する演題・講演がない学会はないといえるほどの一大センセーションを、消化器病学に巻き起こした。研究がすすむにつれ、胃炎、胃潰瘍、胃がんといった胃の病気には、ピロリ菌が多かれ少なかれ関与していることが明らかになり、

胃の病気はまさにコペルニクス的展開をきたしたのである。漱石が患った胃潰瘍の再発は、ピロリ菌の感染が原因と考えられるようになった。ピロリ菌の除菌により胃潰瘍がほとんど再発しなくなるということが明らかになったからである。

さらに、年齢的变化と考えられていた萎縮性胃炎の原因はピロリ菌であり、胃がんは胃粘膜の萎縮がその病因の一つと考えられることから、WHO (保健機構)ではついに1994年にピロリ菌を「明らかな胃癌発生の因子」と位置付けるまでにいたった。また、胃 MALT リンパ腫という悪性リンパ腫の一亜型では、除菌により病巣の改善、消失をみる症例も発表されるようになり、がんと感染とピロリ菌の関係を再認識するきっかけにもなった。

漱石がもしも、現在の医療状況に生きていたならば、吐血以前の早い段階に胃内視鏡検査で胃潰瘍の程度が的確に診断され、すぐに抗潰瘍剤による治療が始まったに違いない。あるいは、再発性の潰瘍として、ピロリ菌の除菌もなされていたかもしれない。潰瘍の悪化で49歳にして他界した漱石の生涯は確実に延びていたにちがいない、未完に終わった「明暗」は完成され、さらに漱石独自の作風を深めて行ったであろう。しかし、出血性ショックによる意識障害を経験した後の彼の作風は、それ以前とは次第に異なった作風になったといわれる。もしも抗潰瘍剤・

除菌療法でいともたやすく胃潰瘍が治療されたとしたら、晩年に書き上げられた「こころ」などの名作品がはたしてこの世に生み出されたであろうか。

平成12年11月から胃・十二指腸潰瘍についてはピロリ菌の除菌が保険適応になった。それ以外にも除菌を強く勧める疾患は、胃 MALT リンパ腫、非常に高度な胃炎、胃癌術後 (内視鏡治療を含む) の残存胃、という意見が多い。今後は、病気を引き起こしやすいピロリ菌の特定や、遺伝的素因の検討を行い、除菌しなければならないピロリ菌と宿主 (ヒト) の組み合わせが明らかになるだろう。またピロリ菌ワクチンなどの開発も今後の課題になっている。

参考図書

- 夏目漱石「思い出す事など」(新潮文庫、昭和51年)
- 矢島裕紀彦「心を癒す漱石からの手紙」(青春出版社、平成11年)
- 大岡 信「拝啓漱石先生」(世界文化社、平成11年)
- 緒方卓郎「ヘリコバクター・ピロリ菌」(講談社ブルーバックス、平成9年)
- 寺野 彰、高橋信一編「ヘリコバクター・ピロリとその除菌法」(南江堂、平成11年)

(9 ページからの続き)

海外文献の文献から

義はない、とする態度が一般的であるから、この論文のスタンスは国際的な常識にかなうものである。問題は、これもよく起ることだが、欧米の著者達は、日本から発信される情報の内容を誤解している場合がある。

例えば、その良い例が、日本で早期胃癌が多く発見されるのは、集団検診が広く行われているからだ、という常套的な書き方である。しかし、これは事実誤認であり、いわゆる集団検診で発見される早期胃癌は、早期胃癌全体の15%にも満たないのである。

どうも、欧米では、平坦型と陥凹型を含めて flat tumor とか、flat adenoma と表現してしまうところにすでに誤解の最初の原因があるようだ。しかし、両者の違いは、歴然としており、胃で言えば、本質的には IIa 型と IIc 型の違いになる。詳しく言えば、IIa 型の中心に陥凹がある病変と IIc 型の周囲に軽い隆起のある病変の差である。彼等が言う small flat umbilicated tumor とはまさしく平坦な隆起の中心にへソのような陥凹がある病変のことであるから、これは IIc 型で陥凹の周囲に隆起が存在する病変とは異なるものである。

敢えて言うならば、工藤らが IIa+dep と分類しているものが、small flat umbilicated tumor が相当する。この形の病変は、日本では放置しても構わないという認識である。

一方、陥凹型と称する病変には、純粹の陥凹性病変と陥凹の周囲に隆起が存在する病変の二つがあり、前者は IIc 型であり、後者は IIc+IIa 型である。X線所見上は、両者を明らかに区別することが難しいのが現状である。また、X線所見上、陥凹の周囲に軽度の隆起が認められる病変でも切除標本上ではほとんど純粹の陥凹として認識される病変がほとんどであることも我々はしばしば経験している。このような現象は、また、内視鏡所見と切除標本所見の間でもしばしば起きる。

さらに、経験的には、平坦な隆起の表面にかすかな所見として陥凹の名残が存在することが多い。このような病変は、1 cm、ないしは、それより小さな場合でも、粘膜下層に浸潤する早期癌であることが多い。言い方を換えれば、IIc 型の病変は、2 cm より小さな場合でも、sm 癌であることがしばしばある。陥凹型の X 線診断については、Fujiya M. Maruyama M の論文 (Abdominal Imaging 1997;22: 325-331) と Maruyama M の論文 (World J. Surg. 24, 1036-1046, 2000) を参照するとよい。



薬原無毒収載

高濃度 消化管X線造影剤

イーザーHD

低粘性硫酸バリウム粉末製剤

340gシェイクボトルタイプ



- 高濃度でも低粘性で飲みやすい!
- 高濃度で優れた二重造影能
- 高濃度集塊・精検に発早く対応

製造元 **EZEM®**
E-Z-EM, Inc.
717 Main Street, Westbury, NY11590, U.S.A.

輸入販売元  **株式会社 東邦化学研究所**
〒126-0022 東京都墨田区立川5-11-11
TEL: 03(3634-0631) FAX: 03(3634-0985)

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

(1)消化管の穿孔又はその疑いのある患者
【消化管外漏の疑い】に属れることにより、
「J」のムシ型製剤などの
腫瘍な症状を引き起こすおそれがある

(2)消化管に急性出血のある患者
【本剤投与に穿孔を生ずるおそれがある】

(3)全身状態の強い悪化



I&I-Imaging & Information

長期間安定した高画質画像と、経済性のさらなる向上を実現する 新しい現像処理システムCEPROS SV誕生。

毎日の
お手入れは不要。

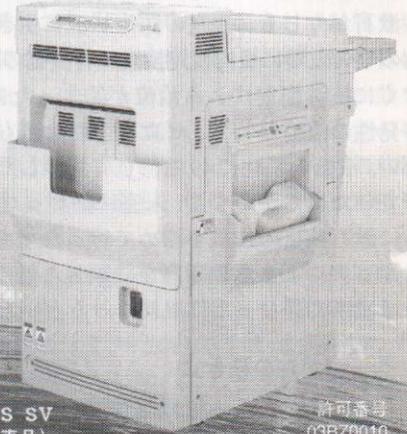
調液も不要で、
常に安定した
高画質画像。

豊富な
フィルム処理
バリエーション。



迅速60秒処理。

15ml/四切の
低補充量を実現。



メディカルフィルムプロセッサ CEPROS SV
オートフィーダー CEPROS SVAF (別売品)

許可番号
03BZ0010

「さらに簡単・快適・経済的」を実現する

FUJI MEDICAL FILM PROCESSING SYSTEM

CEPROS SV

富士写真フイルム株式会社 お問い合わせ先 総発売元 富士フイルム メディカル株式会社 東京都中央区銀座7-13-8 第2丸高ビル 〒104-0061 ☎(03)3545-3321(代)

食道から大腸まで

適確診断のために……



消化管X線造影剤 薬価基準収載

- パリトゲンソル145 • パリトゲン HD
- パリトゲンソル120 • パリトゲン
- パリトゲンソル • パリトゲン-デラックス
- 流動ペースト • ウムブラソル-A

X線CT用経口消化管造影剤 薬価基準収載

- パリトゲンCT

胃内有泡性粘液除去剤 薬価基準収載

- パリトゲン消泡剤

X線診断二重造影用発泡剤 薬価基準収載

- パリトゲン発泡顆粒

※用法・用量、使用上の注意につきましては、添付文書をご参照下さい。

FSK 伏見製薬株式会社

〒763-8605 香川県丸亀市中津町1676 ●資料請求先
TEL 0877-22-7284 FAX 0877-56-1379 伏見製薬(株)学術室

東京営業所	〒181-0003	東京都三鷹市北野2-6-47	TEL 0422-49-2430	FAX 0422-49-2344
名古屋営業所	〒464-0850	名古屋市千種区今池3-12-20	TEL 052-732-8555	FAX 052-732-8520
大阪営業所	〒530-0047	大阪市北区西天満5-8-15	TEL 06-6364-7061	FAX 06-6364-0977
中四国営業所	〒763-8605	香川県丸亀市中津町1676	TEL 0877-22-7284	FAX 0877-56-1379
福岡営業所	〒812-0011	福岡市博多区博多駅前4-7-1	TEL 092-413-4107	FAX 092-477-3689
仙台連絡所	〒983-0044	仙台市宮城野区宮千代2-1-2	TEL 022-283-6521	FAX 022-283-6522

第 13 回日本消化管撮影研究会札幌大会

開催報告

今井 仁彦

お屠蘇気分がようやく治まった頃、本研究会の全国大会が、2001 年幕開けの年頭北の大地、札幌で開催しました。2000 年 2 月、南は宮崎大会、本年は北海道と、日本の隅から隅まで本学会員が大会開催を希望されれば当事務局は喜んで協力させて頂いております。

さて札幌大会は 1 月 26、27 日に北大学術交流会館で大会長渡邊一知氏、名誉大会長村島義男先生、実行委員長高橋伸之氏を頭とし盛大に厳かに始まる予定でした。

本学会会長海老根精二氏、顧問市川平三郎先生、事務局一行 7 名にて 26 日、羽田発 10 時 30 分に搭乗するため 9 時 30 分、羽田の喫煙所集合、手続きを済ませ一路北海道へ。本日の常任世話人・世話人会の件、明日の大会の成功を祈りながら飛行機の中で待つこと 2 時間、千歳空港が雪にて着陸出来ません。上空に待機している為出発は不定期とのこと、12 時になり弁当を買い出し一同機中にて静かにいただきました。

自然の力には誰も勝てません。12 時 30 分出発千歳着陸、汽車にて札幌着大会実行委員の方がお迎え下さるとのこと、大会長渡邊氏から駅に着けば迎えは一目で判るよし、そのとおり市川先生も驚きキイロのジャンパーの背中に Staff と染め抜きされているので誰でも判ります。

16 時からの会議は気にはなりますが如何ともしがたし、携帯が喧しく鳴り出した、顧問丸山先生の 3 時搭乗予定の飛行機が欠航 13 時発に変更と連絡あり。兎に角大変な北海道着となりました、会議も時間遅れで打ち合わせ通りには行かず、何とか決定すべき事は会長海老根、副会長小川、仲西三役の努力と世話人の皆さんのご協力に事務局として感謝申し上げます。

懇親会はサッポロビール発祥の地「サッポロファクトリー煉瓦館」で名誉大会長村島先生、今村先生明日のシンポジウム特別発言岡村先生多くの先生方もご参加され大会長渡邊氏を始め役員の方々の皆さんのご苦労が雪にも負けず必ず報われると確信致しました。飛行機と言えば関東甲信越地方会前事務局長佐藤氏は釧路空港に降ろされ汽車で札幌入り、当会副会長仲西氏は帯広空港から駆けつけました。

27 日 (土) 心配された雪は舞う事も無く 9 時には一般会員も集まり受け付けも順調に、しかし昨日の飛行機の事が在り内心

は焦りがあります。9 時 20 分いよいよ開会の辞が大会長より宣言され札幌大会の幕開け、一般研究発表 8 題各々がん発見の為に日常精進している素晴らしい発表ばかりです、最後に会場からの質問には丸山先生の挙手があり「がんの分類にももう少し丁寧であって欲しい」とその場で教えて頂きましたこれが本会の顧問有り難う御座います。

ワークショップ杉野先生は会員と一緒に演者として Digital Radiography を発表されました。初めての試みで大会長が大変気を遣っておりましたが快く先生はお引き受け頂き感謝申し上げます。

基調講演白神先生の Multidetector-row CT は未だ写真をみたことも無い会員が多い内、時間短くても分かりやすくご説明頂きました。

教育講演今村先生は多数のスライドを駆使して PG/NPG 分類からの大腸癌を懇切丁寧にお話頂きました。

教育講演江頭先生の魅力あるヒゲが今でも目に浮かびます、病理の方からミクロから X 線写真へのフィールドバックとして写真の大切さを教えて頂きました。

シンポジウム会員の 5 名によって食道から大腸までルーチン検査時の病変描出のテクニック、演者は熟練された者たちでこれから始めようとする方に変え勉強に成った事でしょう。ルーチンと精検の違い等覚えましょう。

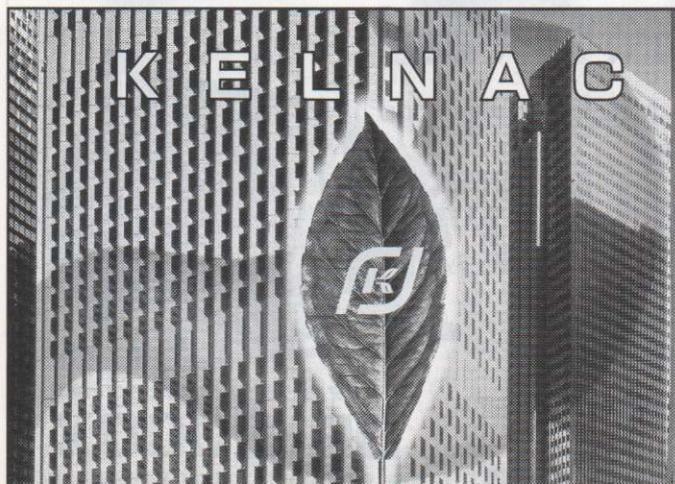
特別講演丸山先生胃がんの診断倫理。あの独特な口調でこれでもかとスライドを使い居眠りをさせず熱演し、もっとしつかりしろと激励される姿に何時もながら感謝致します。

最後に研究会統括とし市川先生より今や胃の検診は放射線技師の胃がん検診を一生懸命真剣に行っている皆さんに任したと極限しても良いと思う、と力強いお言葉を頂きました。

さて札幌は上天気、テレビには東京羽田空港朝から雪の為閉鎖、明日の空路は如何に、行きも帰りも何ら影響無かったのは杉野先生、白神先生それは遅く乗って一番機で帰路されたから、しかし大会は大成功 470 名を超える参加を得ました。大会関係者に厚く御礼申し上げます。

当会会員数 1400 名全国 7 ブロックに役員を擁し組織化しております。

役員改選により会長都築史郎・副会長渡邊一知・関本宏二・中村多門次・柏木秀樹・監事山岸忠好・仲西和成・事務局長今井仁彦・顧問市川平三郎・丸山雅一・望月福治・中澤三郎・多田正大・佐藤 忠各先生



粘膜防御 胃炎・胃潰瘍治療剤

ケルナック®

カプセル 細粒

植物抽出・精製製剤 一般名: プラウノール
指定医薬品 薬価基準収載

効能・効果、用法・用量及び使用上の注意は添付文書をご覧ください。

資料請求先



三井株式会社

〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

があるのではないかと思う。
その鍵が「人間の体温」つまり「心」であると思う。
私が、八回のがん手術を受けながら元気でいられるのは、そうした「人間的視座」をもった最高の先生方とめぐり逢えたという幸せにほかならない。

しかし、その命脈もどうやら危うくなってきた。虹が消えるかもしれない。突如、癌の奴が一挙に反撃して来たのだ。検査の結果、右肺に三ツ、左肺に二ツ再発が見つかり、左頸部リンパにも転移が見つかった。しかも今回は手術不可能となった。

どうやら闇の彼方に死魔の提灯の灯がちらちらと見えかくれする。獲物を威嚇するような錆びた凄惨な低い嗤い声が、胸に凍りついていた。

しかし、私のところ処にまで来るには踏切を渡らねばならない、その踏切は「いのちの踏切」といつて開かずの踏切である。

敵は、いま、そこで足踏みをしている。

がんと闘うとか、癌に勝つとか克服したとか、読んだり聞いたりするが、癌はそんな情緒的なりべラるな相手ではない。

癌は恐ろしい奴だ。しかも、十二年来、私の中に同居し、私の摂る栄養を横取りしながら、一度として「転移」する前に「転居通知」をよこしたことがない礼儀知らずの奴だ。突然、いつどこに転移再発するか判らない非情冷酷な奴なのだ。生きようという意志があっても、その意志を無慚に踏みこじって肉体を滅ぼし「いのち」を奪う、それが癌だ。

しかし、だからといって手をこまねいて奴の思うがままにさせるほど愚かではない。人間は生き続けることで存在価値がある。それを阻むものは命を賭してでも闘わねばならぬと、私の「いのち」は言っている。癌との闘

いは緊迫した命の闘いであり、自分自身との言語に絶する闘いである。

一枚の紙にも表裏がある如く、「生と死」も背中合わせの一体の存在である。その隙間を何れかが埋めるかによって両者の比重は大きく変わる。「生の世界」から「死」を覗き見していた私は、いま「死」から「生」を真つ向から見つめている。ここに、私の、現在の視座がある。

五年生存というデータの目安は、私の闘病生活から考えて、五年経ったから安心だという保証ではなく、一つの通過点にすぎないと自覚した。決して闘いは終わらない。

私は、現在、5-FUの副作用も次第にひどくなり、爪の変形、胃潰瘍、骨が弱くなって第六胸椎圧迫骨折を起こし、いまや死生の吊り橋を渡っている状態だが、しかし私は、常に、前述した夜空に点滅する航空障害灯の灯火に誓ったように、決して癌などに負けるものかと懸命に仕事をしている。

そこに「癌との共存」という新たな人生の課題を抱きながら、明日を生きようと思っている。

著者の紹介

元関東甲信越地方会事務局

佐藤 忠

津田幸於さんは日本演劇協会会員で、舞台の「無法松の一生」「杵掛時次郎」「櫛」「二本刀土俵入」など、テレビでは「水戸黄門」「銭形平次」「柳生新藤流」「車椅子の女」ほか、多くの著名な脚本や、数々の著書を著してい(二十二ページに続く)

HITACHI

ウィンドウズNT対応
高速プロセッサを搭載しWindowsNTを採用。
使い慣れたパソコン操作で、ストレスのない操作環境を提供。

I.I.-DRの先駆者・日立から、 進化の結実DR-2000X Clavis、堂々誕生。

'91年、X線画像診断装置のフィルムレス時代を先駆け、

2000本I.I.-DR DR-2000Hを

世界で初めて誕生させて以来、

常にDRシステムのパイオニアたる日立。

その長年培った技術とノウハウを駆使して、

今年、DR-2000X Clavis(クラヴィス)を誕生させました。

優れた操作性、高精細画像で、

21世紀の医療現場にその真価を発揮します。

■400万画素マルチモードCCD

■高速撮影

■高速記録

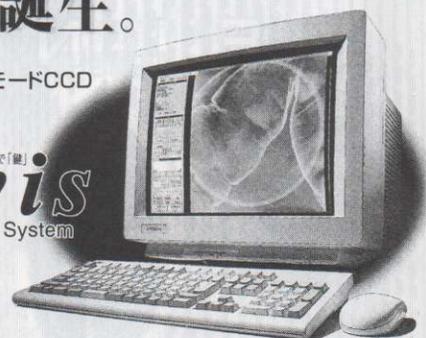
■並行処理

■コンパクトサイズ

■自動階調表示処理

■ネットワークシステム

「クラヴィス」はラテン語で「鍵」
Clavis
Digital Radiography System



リアルタイムデジタルラジオグラフィ装置

DR-2000X

株式会社 日立メディコ

本社 〒101-0047 東京都千代田区内神田1-1-14 立鎌倉橋別館 ☎(03) 3292-8111(代表) URL <http://www.hitachi-medical.hbi.ne.jp>

「いのち」の肖像

津田 幸於 (脚本家)

若くて健康のときは「心」に拠点を置いて人間の、いや、生物の根源である「いのち」を自分のなかから分離してみようなどと思つたことはなかった。その存在をすら考えてみようと思つたこともなかった。「いのち」があるのが当然であり、明日があるのが当たり前と何らの懸念も危惧の念もなく、ひたすら懸命に生きてきた。しかし、考えてみればこのことは「いのち」に対して甚だ傲慢無礼な不遜な態度であつたと深く反省している現在である。

私が初めて自分の「いのち」を意識したのは十二年前のことである。「膀胱癌」の宣告を受け、直後に今度は「左尿管癌」で左腎臓尿管全摘出手術を受けた。

そのときである。(がん＝死)という概念的方程式の潜在意識に鋭く肺腑を突かれ「いのち」の存在を、重さを、深さを、生と死の狭間で衝撃的に自覚させられたのは。

その後「大腸癌」「右肺癌」「左肺癌」「膀胱癌再発」「肝臓癌」「右肺再発」と癌は次々と暴走し、八回の手術を重ね、単彩であつた私の「いのち」は節目毎に色を加え、いまや多様な虹の彩りを脈として生きている。

私が初めて癌とめぐり会つたのは、今から約十二年前、忘れもしない、一九八八年、昭和六十三年十月一日、土曜日の午前四時のことである。彼は何の前触れもなく突然やつて来た。やつて来たという襲つてきたという方が適切かもしれない。それほどショックな出来事だつた。いま思い出しても背筋が震えるような衝撃的な事実である。

朝四時、急ぎの原稿を書き上げてトイレに

行つた。宙を睨んでいま書き上げた原稿をチェックしていた。水を流そうとした瞬間、私の眼は愕然とした。便器の中が真っ赤、流れる水がまるで真紅の布が尾を引くように消えて行つたのである。

私は驚きに立ちすくんだ。いったい、何が起きたのだろうか？尿道に傷でもつたのか？私は家内に黙つていようと思つた。しかし、何か恐ろしいことが起きたのではないかと不安が一杯で、事情を話し、今度トイレに行く時には一緒に行つてくれ、と家内に言つた。午前六時、再びトイレに行つた。小水が真っ赤で便器の中が血の海。しかも、トマトをスライスしたようなものが浮遊している。

「膀胱癌ね」と家内が言つた。「冗談じゃない！癌だなんて！」と私は、背筋が凍りつく思いで懸命に押し寄せる恐怖と闘い乍ら「がん」という言葉を打ち消していた。

その時の日記を読み返すと、「小水が血の滝となる膀胱癌」と書いてある。

此処で、「がんの告知」の問題に触れて置きたい。「がん告知」についてはいろいろ問題があり、議論されているが、いまや八十%以上が病院で告知を受けているといわれている。

また、がんに対する医学的進歩は現在において驚異的結実をみせているといわれる。しかし、患者はがんという見知らぬ物体に対しては全く無知といつてもよく、過去形ではあるが(がん＝死)という概念的方程式がまだ私たち人間心理の中に原型として固定化されている部分もある。それ故に、告知される場合での患者の心理状態は普通ではなく、恐

怖と動揺を隠しきれず異常なほど鋭利に神経過敏となっている。

それ故、告知する時の、告知する医師の言動が、言葉は勿論のこと、態度にも真摯であるかどうかという点が大切なことではないかと思う。

「癌を診て、患者を見ない」という医師であつてはならないと思う。

膀胱癌はカリフラワー状であること、水中に藻が浮いている状態であること、大きさは中ぐらいであること、発生位置などを図に画いて、国立がんセンター中央病院では丁寧に時間をかけて判り易く、適切な説明を受け内視鏡手術で癌は除去された。

だが、喜びも束の間、退院の前日、念のためにと、造影剤を入れて腎臓機能検査をした。なんと、左の尿管の出口に親指大の癌が見つかった。「左腎臓、尿管摘出、膀胱一部切除」という緊急手術となつた。

退院の喜びから一転奈落の底。私はもう駄目だと絶望した。窓辺に立つたまま、家内と二人、無言だつた。それぞれの自分の中で絶望感にひしがれていた。

と、その時、私は、闇の夜空に点滅する朝日新聞社の屋上の航空傷害灯の赤い灯と見た。休まず点滅しているその灯火を見つめるうち私は自分の胸に手を置いた。ああ、心臓が動いている、鼓動を搏つている！

「その灯が消えないうちは、俺は死ぬものか！死んでたまるか！」と思つた。

非科学的な話でおかしいかもしれないが、しかし、がんと宣告されたその恐怖、孤立無援の思いは、どんなにしろでもいい、すがつて生きる希望の命綱を求めろのだ。私にはあの点滅する灯火が命綱だつた。

O・ヘンリーの短編「最後の一片」のあの一片が、私にとつては航空障害灯の灯火だつた。絶望しながらも絶望の向う側に生きる道

を見出したいと願うのががん患者である。

私は「がんなどに負けるものか」と、懸命に死の淵から這い上ろうとした。十時間に及ぶ手術は成功した。そして、六年目、もう大丈夫だろうと言われた一九九四年、平成六年四月、甲状腺機能低下症となり、S状結腸癌が発見され、大腸三十センチ切除。翌一九九五年、平成七年十一月、今度は右肺に「転移性肺腫瘍」一・五センチが見つかり手術。同時進行で再発中の膀胱癌を手術。肺はその後二回、全部で三回も右、左、右と手術。一九九七年、平成九年は、私にとつて全く癌の当り年といつてよく、一月に「原発性左肺癌」、四月に「肝臓癌」5×5 1・5×1・5の二カ所から癌摘出手術、そして七月、今度は「右肺癌再発手術」と続いた。

がん患者には二通りの型があると思う。告知されて「癌などに負られるか」と頑張る人と、「もう駄目だ」と落ち込む人と、これは私はがん患者の二本柱と呼んでいる。しかし、実際には多くの患者は、その二本の柱の間を不安と動揺と焦燥と闘いながら、それこそ自分の生命を懸命に噛みながら、ゆれ動いて、行つたり来たりしているのが現実である。

がん患者には「がん患者の孤独との闘い」がある。これは心の問題である。がん患者の孤独は、他人を受けつけないというか、受けつけない余裕がないほど、深い、暗い、井戸を抱えている。涙の重さではないが、その孤独の重さは計り知れないものがある。その底には癌への恐怖感が患者の心を絶望の淵に追いやるという、患者自身が自分の中に「孤独」という「核」を作り上げ、その中に閉じこもってしまうからにはかならない。その切羽つまった患者の中にどう踏み込むか？ その孤独をどうしたら和らげることが出来るか？ そこに精神医療という問題の中の一つの課題

超音波部会 21 世紀を迎えて

超音波部会代表世話人

日本大学総合健診センター所長 小野 良樹

超音波部会が本学会地方会に参入を許可されて以来、すでに3年目を迎えた。時はいみじくも21世紀に入り、我々新参者にとっては礎をさらに強固する時であり、新たに飛躍する時である。超音波部会の構成メンバーは256名を数え、臨床検査技師、放射線技師、看護婦、医師など多彩な構成要員から成るが、共通したことは、一様に明るく積極的なことである。従来、実施した学術集会、超音波部会総会、八海山セミナーなどでそれが証明された。このことは、将来への飛躍のエネルギーとして大変重要な事である。

画像面では、グレイスケールのB-mode、カラードップラー、パワードップラー、ハーモニックイメージ、経静脈性造影剤によるハーモニックイメージなど顕著な進歩があり、さらにその装置も経皮的なものから経管的なものへと多彩になってきた。しかし、すべての基本は、グレイスケールのB-mode画像である。

本邦においてはこれほど超音波診断が隆盛をきわめているの

にきちんとした教育機関が無いのが現状である。それぞれの医療機関でそれぞれの教育法によって診断が引き継がれている。従って、診断の精度管理ということになると画一的に論じることが困難であり、低迷しているといわざるを得ない。このことを最も憂慮したのが本部会顧問の竹原靖明先生である。

そこで、超音波部会では、精度管理を旗印に出発したのである。一概に精度管理といっても、診断の精度管理、記録法の精度管理、事後の精度管理など多彩である。20世紀末の学術集会では、まず、走査方法の画一化を論じたところである。さらに、超音波集検に従事する臨床検査技師、放射線技師、看護婦、医師は、疾患の病態像と超音波の関係を熟知しなければならない。この知識を高めるために、学術集会、超音波部会総会、八海山セミナーなどは恰好の場所である。この意味で、超音波部会は唯一の専門的な教育機関と言える。

しかし、事は一地域のみでは成し遂げられない。現在、関東甲信越支部をお手本に近畿支部に超音波部会が立ち上がり、次いで東北、中四国、九州、北陸東海が胎動している。近い将来、これらの地域は密接に連携して日本全体をネットワークする教育機関になる。この時点で、放射線部会と同様に、超音波集検認定技師制度に発展するはずである。これらは21世紀の夢ではなく現実として、極めて加速しながら進行中であることを報告して稿を終える。

編集委員会からの御願ひ

今回も、原稿の数が足りなくて苦労しました。この形式の「消化器検診」にして印刷するためには、4の倍数にページを設定しなければなりません。そうすると、

24ページが駄目なら20ページに縮小しなければなりません。皆様からの投稿を記事にするのが一番よいことです。ご協力をお願いします。

消化管の診断にカイゲンの造影剤シリーズ

●CT用経口・消化管造影剤 健保適用●

バリトップCT
Baritop CT

●ゾル状高濃度・消化管造影剤 健保適用●

硫酸バリウム 150%製剤 **バリトップバル150**

硫酸バリウム 140%製剤 **バルギンS2号**

硫酸バリウム 130%製剤 **バムスターS130**

硫酸バリウム 120%製剤 **ベストバルR**

●粉末状高濃度・消化管造影剤 健保適用

バリトップHD
Baritop HD

ベストバルP
Bestbar P

一般透視撮影台用BaSO₄造影剤遠隔注排装置

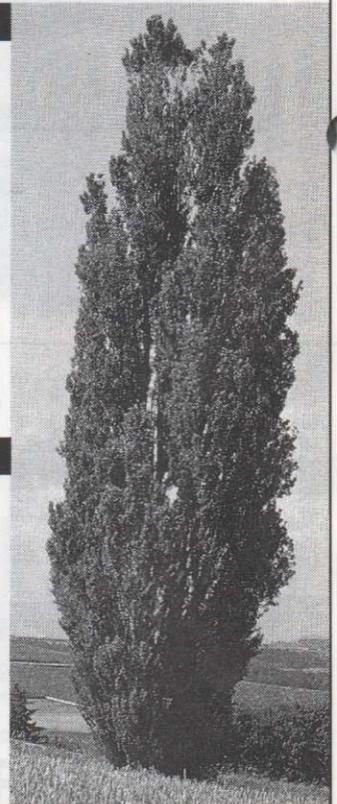
イネマテイルレーター
CK-85

遠隔操作でバリウム造影剤や空気注入・排泄ができ、安全性と機能性に優れた注排装置で、注腸二重造影法における診断価値の高いX線写真が得られます。承認番号(O6B)第0672号

Kaigen 株式会社 **カイゲン**

[資料請求先] 株式会社カイゲン 学術部 大阪市中央区道修町2丁目5番14号

用法・用量・使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



『胃 X 線読影を極める』を推薦する

日本消化管撮影研究会
前会長 海老根 精二

『胃 X 線読影を極める』(永井書店)は売れていると聞く。さっそく買って読んでみた。読んでみたら面白い程理解しやすくドンドン先に進む。つまり、納得がいき実践に役立つ。自分のためになったので他人に薦めたい。それだけの価値がある。消化管 X 線診断学といえば日本で開発された X 線二重造影法その中心にある。二重造影法といえば白壁彦夫先生(故人)、市川平三郎先生、そして熊倉賢二先生の名が浮かぶ。

二重造影法が開発されたことで、消化管 X 線造影診断学が体系づけられ、造影技術と診断学が向上し、一見誰でも容易に消化管検査ができるようになったと思われる。しかし、実は開拓者の苦労は壮絶極まるものであった。本書は開拓者の一人である市川平三郎先生が胃 X 線検査に携わっている医師、技師、後輩に対し実際に役立つべく書かれた言わば指南書と言うべきものである。

山登りをするにも頂上を極めることは困難であると同様に、何事においても頂点を極めることは至難の業である。頂点を極めようとするには基礎が大切である。同じようにわれわれは日常、開拓者が完成した検査体系に倣い気軽に検査を行っているが、実際に診断画像、読影に役立つ検査をしているだろうか? 本書では充盈像、二重像影、圧迫像など描写像の読み方、病変の描出法について基本的技術を身につけるコツが懇切丁寧に解説されている。

経験者であっても一度は必ず自分自身の技術について迷うものである。本書はそれを解決してくれる指南書でもある。また、これから胃 X 線検査に取り組もうとする放射線技師の方々にも X 線読影の基本をわかりやすく解説し、粘膜面の異常、拡がり、境界、辺縁異常等についても著者の経験から変形学、点・線・面の読影学をやさしく解説されている。

市川先生が強調しているのは、眼で見て画像が判った気にならないで、理解したと思っているものを図に画いてみることの重要性である。これは、単に、絵を画けば情報の密度が濃くなるということにとどまらず、言葉の持つ曖昧さを否定したいという市川先生の根源的な欲求に基づくものである。

市川先生が、画いた 1 本 1 本の線には、言葉を否定したい、言葉では伝えられないという思いが込められている。そこには、欧米的な記述診断学を否定するほどの気迫があり、また、そこに至るまでには長年にわたる深い深い思索があったことを感じとるべきだろう。

放射線技師が胃 X 線検査に携わる機会も多くなっている昨今では 90% の技師がこれに関与している。医師は X 線検査離れになり内視鏡検査が中心になってきている。消化管 X 線検査は放射線技師が担うことになる。それだけに本書を日常座右のバイブルの書として頂きたい。

私自身も本書により反省するところ、教えを得ることが多々あった。反省と前進の意味で是非お読み頂きたい。撮影技術と読影の眼が一体となって始めて消化管検査技術が向上する。検査の王道を極めるためにも。

著者の市川平三郎先生は日本医学会の誇りであると同時に世界の消化管 X 線診断の頂点に立つ人である。

高鮮鋭画像で豊富な診断情報を提供する コダック X 線フィルム

様々な診断現場で、高品質な画像を提供します。

間接撮影用フィルム
PFHフィルム



間接撮影に最適な診断画像を提供します

- コダック独自のT-粒子乳剤技術を採用
- ハイシャープネスでくっきりとした高鮮鋭画像を実現

直接撮影用オルソフィルム
インサイト951/953フィルム



消化管撮影に求められる高品質画像に最新技術で応えます

- Split E-Layer技術の採用でクロスオーバー光を極限まで削減した鮮鋭度の高い画像
- バリウムのヌケがクリアに感じられ、安定した高画質を提供



HEALTH IMAGING DIVISION

ホームページ <http://www.kodak.co.jp/HL>

コダック株式会社

ヘルス イメージング事業部

東京 〒103-8540 東京都中央区日本橋小網町6-1 山万ビル ☎(03)5644-5160
大阪 〒550-0013 大阪市西区新町1-13-3 山川ビル ☎(06)6534-7090
福岡 〒812-0016 福岡市博多区博多駅南1-2-3 住友博多駅前ビル ☎(092)413-8460
札幌 〒001-0018 札幌市北区北18条西3-21-25 ☎(011)738-5250

名古屋 〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-5-10 住友商事名古屋丸の内ビル ☎(052)953-6950
広島 〒730-0013 広島市中区八丁堀16-14 第二広電ビル ☎(082)222-9325
仙台 〒980-0803 仙台市青葉区国分町1-7-18 明治生命仙台国分町ビル ☎(022)261-1442
高松 〒760-0023 高松市寿町1-3-2 第一生命ビル ☎(087)822-3502

第 40 回日本消化器集団検診学会総会

第 16 回医師研修会・第 16 回部会研究会総会

会期 2001 年 4 月 26 日 (木)・27 日 (金)・28 日 (土)

会場：日本都市センター

会長：日本大学医学部総合健診センター 小野 良樹

プログラム

記念講演：40 周年を回顧して

日本消化器集団検診学会名誉理事長 有賀 槐三

パネルディスカッション

- 1) 食道集検の現状と今後の展開
- 2) 大腸集検で発見された腺腫の取り扱い

特別講演：ゲノム時代の癌病理学一

癌研究会付属癌研究所実験病理部長 樋野 興夫

ワークショップ

- 1) 高濃度バリウムはどこまで胃がん検診の質を向上できるか
- 2) 各地域における超音波集検の取り組み - 精度向上と拡充を目指して -

教育講演：膣画像診断の最先端

順天堂大学消化器内科教授 有山 襄

ペプシノゲンフォーラム

ペプシノゲン法による胃集検

教育講演：肝がんをどこまで抑止できるか

日本大学第三内科教授 荒川 泰行

超音波フォーラム教育講演

肝胆膵超音波診断デジジョンツリー
自治医科大学大宮医療センター消化器内科
助教授 山中 恒夫

文化講演：老いを迎えて

生活評論家 吉沢 久子

医師会フォーラム

21 世紀に向けての消化器癌検診

会長講演：超音波集検から得た胆嚢病態

日本大学医学部総合健診センター所長 小野 良樹

シンポジウム

- 1) 胃がん検診の新しい展開
- X 線検査、ペプシノゲン法、内視鏡検査の関わり -
- 2) 超音波検診は胆膵癌の早期診断に有効か

胃がん検診専門技師認定制度試験

応募状況と試験以後のことについて

関東甲信越地方会世話人代表 丸山 雅一

応募状況

平成 13 年 3 月 26 日の時点で、応募を前提とした新規入会者数が 251 人を越えています。そのために、事務局は大変な忙しさです。また、混乱に近い状態になりつつあります。というのは、年会費の支払いが 1 年分だったり、半年分だったりして、その取り扱いと記録に多大な時間がかかっているからです。しかし、それも漸く鎮静化しつつあります。あとは、実際の手続きの取り扱いが始まったときにどのような手間と時間が必要かです。初めてのことで、これも恐怖です。

試験以後のことについて

認定技師の資格をとったら、関東甲信越地方会とは縁を切ってもよいのだ、と考えている人が多いという話を耳にします。それは、大きな誤りです。資格を取得した後も関東甲信越地方会の会員であることが、その資格を継続するための条件です。学会活動を通じて胃がん検診専門技師としての経験と知識を深めていく、これが資格を得た技師に科せられた最小限の義務であることを忘れないで下さい。学会への入会は、試験資格を得るためのものではありません。

第 16 回部会研究会総会・医師研修会プログラム

第 3 日 4 月 28 日 (土)

	第 I 会場 コスモス	第 II 会場 オリオン	第 III 会場 601 号室
9:00	パネル 1 9:00～11:00 「食道集検の現状と今後の展開」 司会: 細井 董三 幕内 博康	部会総会 ワーク 1 9:00～11:00 「高濃度バリウムはどこまで胃癌 検診の質を向上できるか」 司会: 林 學 瀬川 昂生	医師研修会 医師研修会
10:00			
10:30			
11:00	一般演題 11:00～12:00 肝・胆・膵・その他 (10-12) 肝・胆・膵・その他 (13-15)	一般演題	
11:30			
12:00			
13:00	(休憩)		
14:00	パネル 2 13:00～15:00 「大腸集検で発見された腺腫の 取り扱い」 司会: 樋渡 信夫 北川	一般演題	
14:30		特別講演	
15:30		シンポジウム 医師研修会	
16:00	ペプシノゲンフォーラム 15:00～18:00 「ペプシノゲン法による胃検診」 司会: 深尾 彰 一瀬 雅夫		
16:30			
17:00			
17:30			
18:00			

リレー随筆

超音波部会 関東中央病院
鳥海 修

皆さんは日々何か運動をしていますか？ジョギングをしたりスポーツジムに通ったり、ゴルフをしたり、目的も健康のため、ダイエットのため、純粋にスポーツが好きの人、人によって様々でしょうが、体を動かして汗を流すのって気持ちいいですよ。私も以前は、スキー、スキューバダイビング、草野球、シュートボクシング（キックボクシングに投げを加えたもの）などをして気持ちいい汗を流していたのですが、歳を重ねるごとにやる気も機会も減ってきてしまって、今では全くといっていい程なにもしていないので、一昔前と比べると10kg以上も太ってしまい、体が重くてしょうがない有様です（情けない）。

それでもスポーツを見るのは大好きでいろいろと見ます。見るといっても実際に競技場に行くことは、めったにできないので、主にテレビ観戦になりますが、見るものはスポーツであればなんでもいいのです。プロ野球、高校野球（プロ野球とは楽しみ方が違う）、Jリーグ、高校サッカー、NBA、アメリカンフットボール、ラグビー、陸上競技、卓球、などなど、とにかくなんでもいいのです。暇なときは、スポーツ中継があればずーっと見えています。

一番好きなのが、プロ野球です。特に巨人のファンなのですが、私の周りには世の中で一番多いはずの巨人ファンがあまりいないのです（寂しい）。いるのは阪神ファンとアンチ巨人、も

しくはあまり野球に興味のない人々です。なので野球談義に花を咲かせる相手もないので、毎日スポーツ新聞を買って読んだり、スポーツニュースのはしごをしたり、野球にあまり詳しくない奥さんにうんちくをいったりして楽しんでます。

私にとっての、今年のペナントレースの興味は、巨人のV2なるかということですがたぶん大丈夫だと思います。去年、優勝したことで他球団の包围網は一段と厳しくなると思いますが、試合数が5試合増えて140試合になったことで選手層の厚い巨人の優位は動かない所だと思います（がんばれ巨人優勝だ!!!）。

話は変わりますが、来年2002年はいよいよサッカーW杯（世界最大のスポーツイベント）ですね。今回をのがすと私が生きている間にW杯が日本で開催されることはまずないでしょうからぜひ見に行きたいです。幸いにも横浜市に住んでいますので開催地住民枠にでも申し込んでみようと思っています（当たるといいな）。

このリレー原稿は、原稿を書いた人が次回の筆者を指名できるので、誰にお願いしようか考えています、超音波部会の皆さん次に原稿を書くのはあなたかもしれませんよ。

編集委員会より津田幸於先生への御礼

本号では高名な脚本家の津田幸於先生の許可を得て季刊『ポテトチップ誌』NO. 19より原稿を転載させて頂きました。医療の現場に身を置く者として先生の問い掛けを真摯に受け止め、日々の仕事に活かしていくつもりです。有難うございました。

Konica

[最適化と融合によるオープンネットワークの実現]

総合医用画像情報システム構築の為に、コニカはHIS/RISをはじめ、放射線部門における様々なシステムと融合し、価値ある診断画像の効果的な運用を実現します。放射線部門におけるワークフローの最適化を中心に、小規模から大規模システムまでフレキシブルにシステムアップ可能です。

KONICA DIGITAL IMAGING SYSTEM

コニカ株式会社 メディカル&グラフィックカンパニー 163-0512 東京都新宿区西新宿1-26-2

札幌支店 (011)261-0261(代) 名古屋支店(052)231-6245(代) 四国支店 (087)822-8366(代)
東北支店 (022)298-9200(代) 関西支社 (06)6252-5752(代) 九州支店 (092)451-4720(代)
関東営業部(03)3349-5182(代) 中国支店 (082)244-5241(代) 本社: 総務部(03)3349-5175(代)

胃がん検診専門技師認定制度

受験申請書類を受け取った人達へ

来年度(平成13年)の第1回胃がん検診専門技師認定試験の受験ため申請書を学会本部より入手された皆様にこれから試験日までの手続きについて説明します。

1. 試験期日:平成13年8月26日(日)14時-16時
2. 試験会場:東京
詳細については5月に発行される日本消化器集団検診学会機関誌上(第39巻3号)及び学会ホームページ(<http://www.jsjgms.or.jp>)にてご案内いたします。
3. 受験資格:次の各号の条件をすべて満たす者
 - 1) 診療放射線技師あるいは診療エックス線技師の資格を有すること。
 - 2) 認定試験申請時において2年以上継続して日本消化器集団検診学会正会員あるいは支部会員であること。支部会員の場合は所属支部長の証明が必要である。(平成12年度、13年度の継続在籍会員は受験資格を有する)。
 - 3) 申請書5頁の実績証明書が必要である。
 - 4) 認定審査料(5,000円)の納入を済ませること(所定の用紙に払込受領証コピーを貼付すること)。
4. 試験様式:筆記試験(多肢選択・マークシート方式のため、HBの鉛筆、消しゴムを携帯すること)。
5. 出題領域:上部消化管造影検査技術、胃集検に関する一般常識、職種倫理、撮影機器管理、緊急時対策、放射線被曝の人体への影響、癌を中心とした上部消化管疾患の撮影に関連する臨床事項等が含まれる。
6. 申請書類提出期間:第40回総会終了日より2週間
平成13年4月28日(土)-平成13年5月12日(土)
(消印有効)
*申請書に不備、記入漏れがある場合は受領できないこともありますので、要項を参照のうえ必要事項すべてご記入ください。
7. 申請書類提出先:所属支部長宛
〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町2-1-7
タカハシビル4F
関東甲信越地方会事務局 丸山 雅一 宛
8. 認定可否の決定:平成13年9月10日(月)までに合否を通知する。なお、合格者には認定証発行の案内を同封いたします。

以上が大筋の試験の合否の通知までの日程です。

ここで間違っではいけないのが、

1. 申請書の提出先です。本地方会の会員は地方会支部長つまり丸山世話人代表宛です。
2. 次に提出書類についてですが、申請書及び技師免許証写しは3部(原本1部、それにこのコピーの副本2部の合計3部)。

証明書などの添付書類のコピーはB5版の用紙に統一して下さい。何点かまとめてコピーしても構いません。

3. 受験票用紙は必要事項を記入の上、審査料(5,000円)払込受領証コピーと写真をそれぞれ所定の箇所に貼り付けて下さい。写真はカラー、正面、上半身(脱帽)5×4cmの大きさで、撮影後6ヶ月以内のもので、裏面に氏名を記入の上貼り付けて下さい。
4. 記入漏れ、書類の不備、また当然ですが締め切り後に届いたものは受け付けません。その際の提出書類は返却いたします。
5. 今回の平成13年度は研修会参加歴、研究歴(過去5年間の学会参加証、出席証明書コピー)のコピーは不要です。(移行措置として)
6. 審査料について 審査料5,000円(既払いの審査料はいかなる理由があってもこれを返却しません)
7. 試験実施について
 - 1) 受験票、ならびに試験案内については書留にて順次発送します。
 - 2) 7月末までに届かない場合は学会本部にお問い合わせ下さい。
問い合わせ先:日本消化器集団検診学会事務局
〒112-0014 東京都文京区関口1-14-7和田文栄ビル2F
TEL. 03-3235-6754 FAX. 03-3235-7647
 - 3) 試験実施日時:平成13年8月26日(日)14時~16時
*試験場への入室は13時からです。
 - 4) 試験方法:筆記試験のみ
8. 合格後のこと
 - 1) 学会事務局は認定審査の合格者に通知する。
 - 2) 専門技師認定審査に合格した者は認定証の発行を申請することが出来る。
 - 3) 認定証を希望する者は学会事務局より所定の申請書を受け取り、必要事項を記入し、認定証発行料(2万円)の払込金受領証コピーを添えて学会事務局に郵送する。
 - 4) 申請手続きを完了した者に学会理事長は認定証を発行し、学会および所属支部に登録し学会誌(日消集検誌)に氏名を公表する。
これで初の「胃がん検診専門技師」の誕生となる。
(米倉福男)

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

米倉 福男

E-mail: fyonekura@mvd.biglobe.ne.jp

職場: fyonekura@mail.jfcr.or.jp

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

学会事務局が再び移転しました

新住所 関東甲信越事務局

東京都中央区日本橋茅場町2-1-7 タカハシビル4F

21世紀の検診を探る

第61回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会は 宇都宮市「とちぎ健康の森」で

開催日 2001年9月8日(土)

第61回消化器集団検診学会関東甲信越地方会案内状のご案内

石川 勉 次期会長

栃木県立がんセンター画像診断部 部長

(十四ページより続く)る作家です。わたくしも同じ「戯曲春秋」誌の同人です。で、ご承諾を得て著作を転載させて頂きました。

毎日が癌との闘病の日でありながら、精力的に公演の脚本を書かれていることは存じていましたが、今回、お手紙を拝見して、初めに国立がんセンターに入院なさった時は、市川平三郎先生に診て頂いたことや、一九六八年五月、がんセンターで開催された第十一回日本サイコロロジー学会で、「がん患者の生息と孤独」と題して講演なさったことなど、私達と身近な所で繋がりがあったのは知りませんでした。

津田幸於さんは、「がん看護」(四巻二号)巻頭文にも「生物の根源である「いのち」を自分の中から分離して凝視めようなどと思ったことはなかった。その存在すら考えてみようと思ったこともなかった。「いのち」があるのが当前であり、明日があるのが当たり前となんらの懸念も危惧の念もなく、只管懸命に生きてきた」と述べていますが、私達も仕事のうでで、癌の病変にのみ囚われて、その人の「いのち」を慮ることはまずありません。「いのちの肖像は」医療に携わる者の心の隙間に気づかせてくれました。

続いて「二枚の紙に表裏がある如く」生と死も背中合わせの一体の存在である。その隙間を何れかが埋めるかによって両者の比重は大きく変わる。「生の世界」から「死」を覗見していた私はいま、「死」から「生」を真向から凝視している…。インフォームド・コンセントとは…人間の体温であり、…医師の手のぬくもりであり、癌を診て心を見ない医師であってはならない」と書かれています。

20世紀の25年間、

ずっと

あなたを見守ってきた

アメリカンファミリーの

がん保険と

そのバイオニア精神は、

21世紀も変わらない。

いやもつともつと

あなたのそばにいる。



あなたがしっかり考えて選ぶ保険会社でありたい。

アメリカンファミリー生命保険会社

〒163-0456 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル ☎03-3344-2701 (大代表)

ホームページ <http://www.aflac.co.jp/>

視 点

関東甲信越地方会世話人代表
(財) 早期胃癌検診協会
理事長 丸山 雅一

締切りの時間に追われるようにして書く原稿の出来栄が良いはずはありません。推敲を重ねる余裕もなく、校正原稿が送られてくる状況では、もっと適切な書き方があるはずだ、という発想は初めから消えてしまい、これでいいのだ、という自己暗示のようなものに支配されて活字を追ってしまうからです。

本紙にも紹介されている拙著『胃がんの病態生理と診断・治療』は、そんな自分のこれまでの成り行きから自由でありたいと考えて書いた最初のもので、とは言っても、わずか1年で自分が納得できる文章が書けるものではないと思います。物書きを生業にしている方達に言わせれば、そんなのは序の口にもならない、ということになるでしょう。

実は、この本を書くときに、胃潰瘍のことも一般向けに書いてみたくて、その存在は知っていたけれども読んだことはない文献を手に入れ、気分的に余裕のあるときに少しづつ読んでいました。そのなかのひとつが、夏目漱石氏剖検(標本供覧)という論文です。これは、日本消化機病學會雑誌十六卷第二號(大正六年三月三十日発行)に掲載された長與又郎(東大病理学教授)の論文です。正確に言うと、論文ではなく、長與又郎の演説(大正五年十二月十六日)を活字にしたものです。

本年6月1日で還暦を迎える私よりも若い読者諸氏は、大正6年という年が今からどのくらい前かという具体的な発想を持つことはできないかもしれません。私がかろうじてそんなに前なのか、という実感を持つことができるのは、私の母が大正7年生まれで、今年83歳になったばかりだからです。

本紙に、茂木文孝氏(群馬県健康づくり財団診療部)が『漱石と胃潰瘍』という興味ある一文を寄せてくれました。この文章に触発されたわけではないのですが、およそ30年間医師の仕事をしてきて今日に至ってもなお謎の多い胃潰瘍という病気に色々な角度から光をあててみるのは非常に面白いものです。その一端を、長與又郎の演説論文を引用しながら書いてみます。

この論文では、最初に漱石(1867~1916, 慶応3年~大正6年)の脳剖検結果を扱っています。しかし、ここでは「夏目先生ノ脳ハ普通ノ人ノ平均ヨリ少シ重クッタノデアリマス」という記載だけを紹介して、主として胃潰瘍のことに話をしぼります。

この論文では、まず、病歴として、漱石が胃潰瘍に加えて糖尿病を病んでいたことが語られています。そして、漱石は明治37年から38年頃にかけて胃の変調を訴えていたようです。漱石がイギリス留学から帰国するのは1903年(明治36年)ですから、その翌年あたりから、胃潰瘍に特徴的な空腹時の心窩部痛に悩まされ始めたのでしょう。胃腸病院に入院するのは明治43年ですが、その頃の症状を長與又郎は「其時ハ胃酸過多症状デ同時ニ胃潰瘍ノ疑ガアッタ、胃部ニ疼痛ガアツタリ膨満ノ感ガアツタリシテ居ッタノデアリマス、殊ニ空腹時ニ餘程痛クテ、サウシテ痛ハ背中ノ方ニ波及シタトイフコトデアリマス」とその病歴を紹介しています。

この記載は、胃潰瘍の深さの問題と密接に関係する重要な箇所です。というのは、漱石の胃潰瘍は、おそらく穿通性の潰瘍で、その潰瘍底の一部は脾臓の表面であった可能性があります。その証拠は、背部に放散する疼痛があったという記載です。

漱石が胃腸病院を退院したのは、明治43年7月30日です。そして養生先である伊豆の修禅寺の旅館で最初の吐血をしたのが8月9日です。この吐血を含めて漱石は伊豆滞在中に4回吐血し、一時は危篤状態に陥りますが、奇跡的に回復します。したがって、後期三部作と言われる『彼岸過迄』(1912、大正元年)、『行人』(1912~1913)、『こゝろ』(1914)は吐血を繰り返したエピソードのすぐ後に書かれたものです。

漱石が糖尿病に罹っていることが判ったのは、明治38年(1905)か39年頃ということですが、これが徐々に悪化していたようです。長與又郎は「トコロガ其間ニ糖尿病ノ方ノ症状ガ強クナツテ來タモノト見エマシテ、殊ニ本年ノ春(明治43年)カラ神經衰弱ノ症状ガ強クナリ仕事ヲスル勇氣ガ著シク減ジテ『ドウモ書ケナイデ困ル』ト言ッテ居ラレタソウデアリマス」と書いています。したがって、漱石は、胃潰瘍による吐血という恐怖感に苛まれると同時に、作家としては致命的な「書けない」という精神状態を引きづりながら未完に終わった大作『明暗』に挑んでいたこととなります。

漱石の死は、大正6年12月9日。「其日ノ午後六時脱血死ノ下ニ終ニ死ナレタノデアリマス。」と書かれています。さて、肝心の胃潰瘍は、解剖の結果にどのようなになっていたのか、ということを紹介することにします。

潰瘍については、「ソレハ此處ニ標本ガアリマスガ(標本ヲ示ス)小灣ノ正中線ニ沿フテ幽門輪ヲ離レルコト五仙米突デ幅ガ一、ニ乃至一、五仙米突大ノ橢円形デ横ニ廣イ潰瘍ガアリマス、此潰瘍ノ中ニハ多数ノ血管ガ露出シテ居ル、右の方(スナワチ)胃後壁ニアル血管ハ白色ノ血栓デスツカリ閉マツテイル、左ノ方(スナワチ)前壁方ニハニ三ノ極ク新シイ、赤イ血栓ニ依ッテ其ノ腔ヲ埋メテ居ルトコロノ血管ガ見エル」というふうに書かれています。残念ながら、この論文には、潰瘍の部分の漿膜側に癒着があったかどうかについては記載がありません。出血の原因となった潰瘍底の露出血管についての記載が中心です。

以上の記載から、私は、漱石の潰瘍は胃角部を中心にして前後壁に長い線状潰瘍であったと考えます。何故かと言うと、「正中線ニ沿フテ幽門輪ヲ離レルコト五仙米突デ幅ガ一、ニ乃至一、五仙米突大ノ橢円形デ横ニ廣イ潰瘍」という表現と、「右の方(スナワチ)胃後壁ニアル血管ハ」の表現から、供覧された胃は噴門部を上、幽門部を下にした状態であったはずで、右の方が後壁であるということが判ります。したがって、「橢円形横ニ廣イ潰瘍」の「横ニ」は、小灣線に直交する状態を意味することになります。これで、線状潰瘍であったことがはっきりすると思います。

次なる興味は、小灣の短縮はどの程度でだったのだろうか、胃は嚢状だったのではないかと、などのことですが、この論文はそれらの重要なことには触れていません。

線状潰瘍は、単にその形が独特であることが興味の対象になるわけではありません。この潰瘍は治療法が完成したかに見える現在においても、極めて難治性です。典型的な嚢状胃になると、排出時間が遅延しますから、幽門狭窄と同じ状態になってしまいます。プロトンポンプ・インヒビターを服用することで痛みは緩和しますが、食物の停滞感や、吐き気などの症状がなかなか軽快しません。

ピロリ菌がいたら除菌療法すればよいではないか、という考え方もありますが、除菌に成功しても完成してしまった嚢状胃は元には戻りません。私が最近経験した数人の患者さんの場合、ピロリ菌は陰性でした。そのうちの一人は、後壁で潰瘍に接するようにしてIIC型早期癌が発見されたので手術をしました。

編集後記

近年になく冬らしい、という寒さの経験もありましたが新世紀が始まり早3ヶ月が経過しています。編集子の年齢から時間の経つ速さにいつもの事ながらため息をつくことであります。

丸山新代表になって、この地方会の機関紙名も、大きさ、横書きというようなことも変わりました。新代表ということ、なにかアピールしようというようなことではなく(もちろん、そんな格好の悪いことをする人でもありません)、ファイルしやすい大きさで、読みやすいものにしようというのが最大の理由でしたが、このスタイルの評判はいかがでしょう。

さて、消化器検診学会の会員には、検診(健診)を業務としている方が多いことと思いますが、近年、日本の経済状況と連動するかのよう、検診実績の伸び悩み、あるいは低下といった事態に苦慮されていることはないでしょうか。

こういう中で検査、診断など医療的業務に経済的な競争が持ち込まれ、価格競争という面がかなり表面化してきているようです。一般市場における高品質、低価格という市場原理は高度な機械化(自動化)、生産システムからもたらされたものでありましょう。(低人件費という部分が隠されている場合も・・・)

胃集検の場合、一般市場よりかなりの低価格で請け負うというパンフレットを先日目にしましたが、検診車は見るからに年代物であり、さらに精度に関する記述は全くみられません。短絡的に低品質と決めつけることは出来ませんがなにか裏がありそうな、と育ちの悪いものは考えてしまうようなものではありません。しかし低価格は魅力であります。

ところで、少なくとも低価格を謳う場合、高品質という保証がなければ単なる粗悪品と思われるも仕方ない訳でありますから、企業努力により品質は悪くありません、という事なのでしょう。

しからばその品質を吟味するにはどうしたらよいのか。ここが大きな問題です。健康に関することで、質より価格をとることの危険を自治体や企業の方々には解りやすく、説明し、納得してもらうことが出来るのでしょうか。もちろん高品質で低価格であればそれは最高であります。しかし胃検診などの人による検査、診断を良質に保つにはそれ相応のコストが必要

であり、またそれは目に見えるものでない、あるいは差が見えにくいと言う部分が多いということはどう説得したらよいのか、悩みはつきぬところでは。

このような問題に地方会という組織が直接関わることではない、という考えもあるかもしれませんが、以前からこの問題は取りざたされていて、検診の質を一定の水準以上に保つに必要な条件である各種の要素を勘案した上で、結果としての価格という考えから、かつて胃集検に要するコストを多くの資料をもとに算定したことがありました。時代により価格という面では変化する所もあるかと思いますが、苦勞されてまとめた資料を継続、再考して行くことで専門家集団としての意見をまとめておくことも必要かと思うのですがどうでしょうか。

価格競争ということは、統制経済でない時代にあつては避けて通れない事ではあります。適正な価格というものがあるわけで、それは質の高さが求められている現在にあつて、従事者をして時間的にも余裕を持って一枚、一枚の撮影、診断に専心してあたるために必要なことであると考えます。

もちろん低品質、高価格に組みするものでないことは当然のこと、会としても会員の職種毎のレベルを、常に向上きに考えるということでブラッシュアップする企画を発信、実施することに一致して取り組んで行くという姿勢も必要でありましょう。

閑話休題。このNewsletter No58では地方会の女性会員で、各県における中心的な仕事をされている方々による自由活発な鼎談が中心です。じつはやむなき事情により拝聴できなかったもので、いまの段階ではその楽しみな内容は見ていないのですが、読者である会員の皆様と一緒に読ませていただきます。

最後に、今回一番のお願いです。機関紙は会員の、会員ののための、会員による、ものであり会員諸兄弟のご意見、投稿がないと成り立ちません。学問的なことに限らず、投稿自由でありますのでどうか地方会事務局までたくさんの原稿を下さいますようおまちしています。(林)

編集委員: 林 學(編集委員長)

今井 貴子、米倉 福男、安掛 武一、小沢 元美、竹林 章子、鳥海 修、海老根 精二、今井 仁彦、丸山 雅一

投稿はE-Mailで。アドレス: maruyama@soiken.or.jp

市川平三郎先生、久々に本を出版

「胃X線読影を極める」

永井書店(¥6,500)

すでに、海老根精二氏の推薦文が本紙17ページに掲載されていますが、ここで改めて市川平三郎先生の近著『胃X線読影を極める』について紹介します。

装丁は、B5版、本文180ページ、図203枚から成っています。図のほぼ半分は、X線所見とそれをスケッチした線画(シェーマ)で構成されています。シェーマはX線所見と等倍になっていますから、異常所見の把握が簡単にできます。

また、X線所見の読影に必要な基本的な用語の解説が役に立ちます。何となく慣用的に使っている用語が適切でないことに気づく読者も多いと思います。誰にでも理解できるように書く、という市川流文章道の神髓が漸く世に出た感があります。

(編集部)

丸山雅一世話人代表は一般向の

胃がんの本を出版

「胃がんの病態生理と診断・治療」

真興交易(株)医書出版部(¥2,600)

一般向けの胃がんの本(A5版、本文198ページ)として、第1章「がんとは」、第2章「胃がんの歴史」、第3章「胃がんの疫学、など胃がんの全体像を判り易く解説してあるのがこの本の特徴です。第5章「胃がんの症状」について、は専門家が読んでも胃がんの症状について再認識させられるような詳しい記載がなされています。

また、第7章「胃がんの診断理論」も、何故、早期胃がんという診断が臨床的にできるのか、ということが詳しく解説されています。丸山世話人代表によれば、「胃がんの歴史」についてはヒポクラテスの時代まで遡って書いたもので、この章を是非読んで欲しいということです。(編集部)