

消化器検診 Newsletter

[日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会機関紙]

No. 66

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
TEL・FAX / 03-5652-5321
発行：関東甲信越地方会
発行責任者：丸山 雅一

1部頒布定価1,000円 [〒共]

超音波部会座談会

国立がんセンター中央病院 放射線診断部 ●小原 和史
新横浜ソーワクリニック 総合健診センター検査室 ●中村 稔
JA長野厚生連 佐久総合病院 臨床検査科 ●荻原 毅

公立学校共済組合 関東中央病院 画像診断科 ●金杉 貴幸
財結核予防会 第一健康相談所総合健診センター 臨床検査科 ●大森 陽介

〔司会〕東京都情報サービス産業健康保険組合健診センター／三浦 典恵

《今回は、ベテランの男性超音波検査技師3名と若手の男性技師2名にお集まりいただきました。『超音波検診～技師が求めるもの・求められるもの』と題して、報告書はどこまで書くのか・医師とのコミュニケーションは・精検結果の把握はできているのか・精度管理上でも必要な統計処理の関与について・研修会や勉強会等スキルアップの方法、そして関東甲信越地方会（超音波部会）に対する要望等お話いただきました。》

三浦：本日はお忙しい中「超音波部会座談会」に出席いただきましてありがとうございます。今回は男性技師の方5名にお集まりいただき「超音波検診～技師が求めるもの・求められるもの」と題して討論したいと思います。それでは、自己紹介を兼ねまして所属施設と超音波の経歴等を簡単にお話していただきたいと思ひます。



小原 和史

小原：国立がんセンター中央病院放射線診断部の小原和史です。今日は3月末まで勤めていました三菱信託銀行健康開発センターを振り返って座談会に参加したいと思います。超音波検査の経験年数は15年になります。超音波は一日12～18名で、他に胃透視、一般撮影を放射線技師3名で担当し、午後からはCT、注腸、乳腺などの二次検査が主な業務でした。

中村：新横浜ソーワクリニックの中村 稔です。私の施設は横浜総合健診センターという健診施設を併設しています。クリニックの超音波は専任の医師が行い、技師は健診の超音波検査を主に行っています。総合健診センターに超音波を導入したのが昭和56年ですから経験は20年余りになります。超音波検査に携わる検査スタッフは常勤技師6名、非常勤技師1名の計7名で、



中村 稔

機器は4台で午前中に60～70名行っています。

荻原：JA長野厚生連佐久総合病院の荻原 毅です。超音波検査の経験は約20年です。私どもの施設は病院ですので臨床の超音波検査が主体になります。人間ドックの腹部超音波検査は昭和58年から始まり、現在一泊ドックが二日間で約44名、日帰りドックが一日平均12名程度です。また脳ドックの頸動脈・甲状腺の検査も行っています。機器は全部で8台です。



荻原 毅

大森：結核予防会第一健康相談所総合健診センターの大森陽介です。超音波検査は始めたばかりで少しの経験しかありません。まだまだ初心者ですので、先輩の方々に色々教えていただけたらと思っております。当センターの超音波検査はドック・一般検診・外来など、主に午前中に行っております。機器は5台で、その日により検査数に幅がありますので適宜対応しています。超音波担当技師は5名交代で行っています。そこに自分が入ったという形でがんばっています。



大森 陽介

金杉：関東中央病院の金杉貴幸です。私は生理検査室に移って1年3ヶ月で、まだまだ勉強中ですが諸先輩方を見習いながら頑張っているところです。人間ドックは一泊と日帰りドックを行い、一泊コースは40名です。超音波に携わっている技師は3名で実施しています。また外来などは先輩技師の方々がドックの前とか予約の合間実施しています。



金杉 貴幸

三浦：各施設での状況、実施人数などについてもお話いただきました。

先般、日本超音波医学会の学会誌に自治医科の先生の論説が掲載されました。超音波検診において、報告書の書き方は各施設で色々ではないかと思ひます。何処ま

で書くかということは、超音波検査に携わる技師に共通する問題と思います。

部会でも第61回関東甲信越地方会（平成13年栃木県開催）でシンポジウム「超音波所見の記載と読影体制」を行いました。所見の記載について様々な考え方があり「どこまで書いて良いのか、どこまで書くべきか」という問題には結論が出ませんでした。改めて、各施設でどのような形で検査報告書の記載をしているか、現状をお聞きしたいと思います。

小原：専門医の読影は週一回でしたので、報告書は検査が終わってから静止画やビデオを見ながら比較的ゆっくり書くことが出来ました。報告書は当初チェックリスト方式で始めて年々様変わりし、最終的には所見もシェーマも自由に書くスタイルに落ち着きました。完全フィルムレスになってからは、ネットワーク上に参照画像と共に閲覧できるレポート方式になりましたが、基本的には所見を詳細に書くスタイルで、極力診断名や次の検査の依頼などは書かない形式でした。撮影画像が現している事実を詳細に読影医に伝えるのが第一であり、それらを参考に医師が初めて判定（診断）を下せるのだと考えます。

しかし現実には検診のスタイル（日帰りドックで午後の結果説明に間に合わせる）や超音波専門医がいない（読影できる医師がいない）など、技師が診断や精査依頼まで書かないと業務に支障をきたす事が起こっていると聞きます。

結局、読影医とのコミュニケーション、信頼関係が強く関わってくるのだと思います。技師が検査時の状態を報告し、それを医師が読影し診断が出てくる、それこそリアルタイムで見ている超音波の画像を事細かに説明できるような内容が検査報告になるのだと思います。

中村：私のところは、受診者は午前中に検査を行い午後から結果を聞く形の健診です。検査結果報告書がそろわないと面接ができません。ですから時間がないので当初から全部番号（診断コード）で入力しています。胆石なら胆石という診断コードを入力するという事です。シャドウがどうだとか…ストロングエコーが…といった所見は報告書の中のみ反映されていきます。（それは技師側が見ているレポートの方に書いてあるだけ）。



三浦 典恵

面接の時にその写真とレポートを見ながら受診者と面接しますので、その面接の段階で面接の医師が診断を変えてくることもあります。最終的には医師の判断で最終報告が行われます。

荻原：私の施設でも検査から結果の説明になるまで時間が短いですし、ドックを担当する先生の中には超音波をやった事の無い先生もいるので写真をそのまま出しても読めないと言った事が出てきます。報告書は簡単なチェック欄とフリーに書ける部分があり所見を記載します。

例えば胆嚢ポリープなら、「胆嚢体部・肝床側に大きさ○mmの有茎性で高エコーの隆起性病変を認める」というように記載します。結果コメントの部分は超音波担当医・ドック担当医・技師の話し合いで、こういう時にはこういうように書きなさいと取り決めをしてあり、それに従って技師が記載しています。例えば胆嚢ポリープの場合には、「初回で4mm以下の場合は6ヶ月後の超音波検査フォローをお願いします」という文章ができていますので、技師がそこまで書きます。そこまで書いてくれというドック担当医からの要望によるものです。実際そこまでやらないと如何にもならないというのが実状だと思います。もちろん判断の難しいものや要精検のものに関しては超音波担当医にチェックをお願いしています。

中村：私のところも今言われたようにある程度日常よく出てくる所見は診断名とそれに対する処置コードまで決める形をとっています。例えば胆石で初回の発見時には、2ヶ月後の再検で次回きた時には変化がなければ半年後というように、ほとんどの所見に取り決めがありそのコードを入力していく形です。全部取り決めがなされていてそれからはずれたものは超音波の専門医にどのような処置にしたら良いか伺って入力しています。基本的には一緒だと思います。

荻原：その為には、先ほど小原さんもおっしゃっていましたが先生方との信頼関係というのが非常に大事だと思います。

中村：私のところは超音波を導入した時にだれも超音波をできる人がいなかったのです。検査技師ができる資格があるという事で検査技師が行うことになりましたが、医師も超音波ができる人がいない読影してくれる人がいない昭和56年ですから健診に超音波を導入し

目次

超音波部会座談会……………1

視点・「乳がん検診」記事の教訓……………9

リレー随筆

・小弯短縮は何故起こるか／細井 董三 ……10
 ・サマーパッケージ／山田 理恵 ……10
 ・藤田 昭 ……11

第26回 消化管造影技術研修会受講のご案内 ……13

第36回 放射線部会総会 ……14

超音波スクリーニング研修講習会……………15

初心者のための腹部超音波検査実技講習会 ……16

施設紹介／66号掲示板……………17

胃潰瘍の診断と治療……………18

第64回 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会／平成16年度 胃癌検診専門技師認定試験に受験される方々へお知らせ ……20

第10回「市川杯」／第63回 消化器集団検診学会関東甲信越地方会を終えて ……21

珍説の再登場と『文藝春秋』の無責任 ……22

編集後記……………24

ている施設も少ない、他の施設を参考に出来ない…このような歴史の中で、こういう所見の時にはこういう処置にしましょうというものが先生との話し合いの中で決まってきました。それが今のコード体系になったわけです。

大森：私の施設では、診断名は基本的には書いていません。

例えば、「肝嚢胞」だったとしたら cystic mass が肝臓のSいくつにあって最大径が何ミリで、後方エコー増強の有無等の所見を書いて、あとは先生が診断・判定します。

三浦：用紙ってというのは○つけの記載方式ですか。

大森：チェック方式に所見あれば、図示してそのエコーの特徴を書きます。それを先生に読影して貰います。もちろん経過観察とか精査など先生が判断します。なおかつコードも書いていただいております。そしてそのままOCRでコード入力しています。当所は検査してから報告するまでに比較的時間の余裕があり今の私にはありがたいです。前回との比較なども先生とできるような体制です。しかしエコーの特徴をうまくとらえたような画面を出せない先生に確実に伝わらないので技術の向上が非常に大切だと実感しております。

金杉：関東中央病院はチェック方式です。例えば嚢胞なら肝嚢胞というところにチェックして、その肝嚢胞に対してはどうかというのは実際に読影するとき技師も立ち会っています。

それともう1枚コンピュータ入力用ということでそこに自分はどう思ったか、自分で超音波をやって胆嚢なら石があって石ってということを証明させるために自分はどう思ったかということを書く紙もあります。それを同時に先生にお持ちし読影していただきドックのところにその報告書が行きます。

関東中央病院には超音波検査の専門の先生がいらっしゃいますので、例えば悪性所見などすぐ先生に見ていただくという事をしています。また先生が次の検査が必要との判断なら受診者に直接お話になり早期対応に努めています。

三浦：最初にもありましたが胆石というものが診断名なのかもしくは所見名なのか？

シャドウがあって移動があるものは技師が胆石としていいものか？どこまで書いていいのか書くべきか？ストロングエコーで移動性があるという書き方がいいのか？

もしくは明らかにエコーで判定ができるものに関しては、そこまで書いてもいいのではないかという点についてはどうでしょうか？

小原：胆石と言うのは略した名前、略さないで言えば「胆嚢結石症」です。症状があればなおの事、そうなる病名であって診断だと思います。ですから私は技師が書くべきではないと思います。

検査報告はテクニカルレポートの意味合いがあるので私はやはりストロングエコーがあって、移動があるという事を書いてその大きさがどのくらいで、それに付随した所見があるかどうかというものを書くというのが本来だと思います。

中村：私もそれが基本的に良いと思います。しかし現

在は読んでくれる先生が常時いないという事と面接までの時間が短いとの理由から診断名のコード入力を行っています。撮ったらすぐ読んで入力していける状況ならば問題はないわけです。ただ検査数だけが増えて来ると、どれが正しいとかで無くやらざるを得ないという状況になります。ですからその辺をどう対処するかという事になりますね。

三浦：私のところも○をつけるレポートですが所見部分には（胆石の場合）個数、大きさ、移動性の記載をします。診断部分の胆嚢結石にも自分達でとりあえず疑いでも○をして判定を先生にさせていただきます。

小原：結局専門医がいないということで、はっきりしたガイドラインみたいなものを最初に決めてこういうものがあつたら、こういうものに○をするという取り決めをしてもらっちゃるとは思いますが私はやはりそれは医師が書くべきだと思います。

荻原：超音波室に常時専任の先生がいて、その都度報告書を作成するのが理想だと思います。

しかし検査室に担当医が常時いるわけではないので全部みてもらうのはとても無理だということになるとしかたのない部分もあるのではないのでしょうか。

小原：その検診のコース、検診のやり方、例えば午前中にエコーをやって午後の面接で結果をもう出すと言う場合は厳しいものがあります。

一週間に一回読影医が来る場合はそれまでに間に合わせれば良いのでレポートを書いたり、写真をおこすなど余裕がありますが…

中村：技師としてどこまでという話になるとやはり診断名までつけてはいけないと思います。

ただ検査した者としてこの所見から何を思うかというのは書いても良いのではないのでしょうか。つまり患者さんに伝わる前の段階での検者の意見とかコメントは診断名では無いと思います。最終的にこのような情報の中から医師が判断し受診者なり患者さんに伝えたいと思います。それが最終診断になると考えます。

小原：写真を見て検査のレポートを見れば専門医だったら理解しなきゃいけないと思います。写真を見て、これは嚢胞なの、充実性なのと、技師さんの方で書いてくれなくちゃわからないよというのであればもう医師の怠慢以外何物でもないですよ。

三浦：信頼関係っていうお話も出ましたが、次に普段皆さんが医師とのコミュニケーションについてどのようなことをしているかを伺いたいと思います。

超音波部会の方では、医師、技師が同じ部会の中で協力し合いながら運営しています。

個々の皆さんの職場では、なかなか難しい点もあるとは思いますが、常勤の超音波専門医がいらっしゃる職場は比較的コミュニケーションはとり易いのではないかと思います。超音波の読影判定医が非常勤の場合は、技師と普段お会いする事も少ないのでコミュニケーションのとり方に苦勞する事もあると思います。この点についてお話いただければと思います。

金杉：先ほども話しましたように自分では悪性所見ではないかと思った時に関しては、先生のところに行って「すみませんが、ここを確認していただけますか」という事を伝えて、再度先生にその場で精査していた

だくというような形を取っています。自分は正直言って未熟なので悪性かどうかという事を自分自身で判断せず、まず先輩に伺って指導してもらいそれを先生に見てもらっている状態なのです。

先週もありましたが、石があり結果から言うとデブリでしたが、自分は間違いない…悪性所見だと思い先輩に見て頂いたら、最終的には四つんばいで動いたので「デブリだよ」とその場で言われました。そういう怖い面もありますので現在の自分自身としては、自分一人の考えで判断しないで、まずは先輩技師の方達に相談してから担当の先生に伺うようにしています。

三浦：でも常時先生がいらっしゃるので先生と意見交換なり話し合いはできるわけですよね。

金杉：はい。その点はとても恵まれていると思います。

三浦：大森さんはどうですか。

大森：他の先輩方もそうしていますが自分の場合、まだテクニカルな部分も含め勉強不足なので、悪性所見があったら上司に報告してビデオや写真をチェックしてもらい、それから先生に診断していただきます。コミュニケーションという意味では先生と改めて何か話し合いを持ってはいませんが、常に何かあったら話せる環境にはあると思います。

三浦：読影してくださる先生はいつもいらっしゃるのですか。

大森：消化器科の先生に毎日見ていただいています。読影に関して先生が変わるとか、この日しか出来ない事は無く、また報告書も検査科として所見の記載マニュアルがありそれにそって報告書を出しています。

三浦：荻原さんのところはいかがですか。

荻原：私のところもコミュニケーションはとりやすいですね。ディスカッションも盛んに行っています。超音波をメインに担当する先生が主として精検をなさるので、そのへんのコミュニケーションはとれていると思います。またドックの症例検討会や、たまには飲み会も行っています。

三浦：それも大変大事だと思います。(笑)

中村：超音波の専門医というのは、月、水、金だけいらっしゃいます。

検診の方を常時見てくれる先生はおられません。ですから先ほど話しました手順で行っていますが、ただし再検査なり精検したのに関しては必ず、月、水、金に来ている超音波の先生のところまわりますので、その結果がどうだったかはすぐ判ります。それから月に一回超音波の勉強会を行っています。結果が不一致だったものとか検査のときにはひっかけていないが、精査をしたらこんなものもあったというような見落としのもの逆に読み過ぎたものという把握は比較的しているかなという感じです。

三浦：小原さんの所は週に一度、読影の先生がいらっしゃるといってお話ですが読影に立ち会ったりはしないのですか。

小原：基本的には立ち会いません。ただ幸か不幸かオンラインになって機械の使い方がわからないというので必然的に立ち会うこともありました。やはり一緒に写真を見て読影する、一緒に二次検査に立ち会うというのは、特に非常勤しかいないという施

設では大変意味のある事ではないでしょうか。確かに飲みに行くのも大事だと思います。そのような関係が出来ると一番コミュニケーションがとれると思いますね。

三浦：中身の濃いコミュニケーションがとればそれほど苦労はないという事ですね。

では次に精検結果の把握についてお話を伺いたと思います。精検のできる病院に付属した検診施設とか、精検施設のない検診のみの施設とかありますが、精検結果を把握するという事は精度管理の上からも大変重要な問題だと思います。ある施設では精検依頼状、紹介状に超音波写真を添えるようにしてから精検内容、結果報告書の返りも良くなったそうです。一方、精検報告書返答の内容についても自分達の望んだ検査をしてもらえなかったり不満もあるかと思えます。各施設での精検施設との連携、精検施設から返答が無い場合の対策、さらに精検結果が技師サイドにフィードバックされているか否かについてお聞きしたいと思います。関東中央病院ではその日に精検の予約が出来、即先生に対応してもらえるようですね…。

金杉：結果を自分達で病理に聞きに行くことはできると思います。報告書としてはありますがカルテが無い場合は自分達で病理に行き行って調べます。手術になったら地元でやりたい方もいますので、そういう時はCTなり、超音波の写真なり、必ず情報をつけて紹介しています。

三浦：大森さんの所は精検になったらどうしているのですか？



大森：基本的にはCTくらいしかないので他の病院に行ってくださいしておりますが、その指摘した精査結果は大体戻ってくると思います(カルテ室に紹介した先での精査内容というのが戻って来ています)。ただ病院によっては紹介ありがたうの報告だけで、いい加減なところもある先輩がこぼしていました…。もちろん全部ではありませんが、まあ来ていない方ではないでしょうか。

実際は常にそれらを確認できればいいのですが、一年後とかになってしまうのが実情です。中には精検になっても行かない人達もいますし…。

三浦：荻原さんのところは自施設で検査されますか？

荻原：9割以上自施設で精検しています。精検が必要となるケースは技師が早急に超音波担当医に見てもらいドックに連絡を入れます。受診者はドック受診中に超音波内視鏡やCTなどの検査予約や専門外来の予約を取っています。

自分の地元に戻って検査を希望される方もありますの

で、それは別としてほとんど自施設で精査・治療までできますから9割以上は診断結果が判ります。超音波担当の先生が精検や治療も行っているので定期的にカンファレンスを行っており、結果は必ず教えてもらえるというシステムはできております。

中村：私の施設でもすぐに精検が必要なものはその日のうちに予約を取りCTなりMRIなり検査する形もとれます。また紹介しなければいけないものは、面接の時にその場で紹介状を書いて紹介先で見てもらえる事もできます。

ですから悪性・癌を疑ったものはほとんど追跡もできるし結果も解ります。しかし紹介した中には最初の返事はきても、そのあと最終的にどうなったかという事がこない場合が多いです。ですから最終結果はこちらから問い合わせなければそのままという場合が多いです。なかなかきちんと返事をくれる施設は少ないようです。

小原：施設ではCTまではありましたから、CTの造影までの検査は自分のところでできるのです。読影は放射線科の医師がしますが、そこで完璧に悪性を疑うものについては自分のところの大学病院に写真ごと紹介状を書いて持たせるのでそのフィードバックというのは良かったと思います。

やはり関連病院に送ったものについてもフィルムのコピーを持たせることによって、自分達のところに確実に結果が返ってきていました。やはり検査する側としては当然そういうフィードバックというのは欲しいと思います。そして医師・保健師さん達との連携というのは非常に大事になってくると思います。

中村：フィードバックもそうですがこれからの検診に

関しては精査を受けたかどうかの調査は必ず必要になると思います。検診をやり「何かを見つけてあげた」だけで終わったのでは話になりません。それを治療なり改善することが重要なのであってこれからの検診は追跡調査をしない、検診者のデータを把握していない施設はどうなのかと思います。

三浦：とてもいい方向に話が行きましたが次の話題に行きたいと思います。

精検結果と関連する問題になるのかと思いますが、疾病頻度、癌発見率、要精検率、精検受診率等の統計は、精度管理の上からも重要なのではと思います。

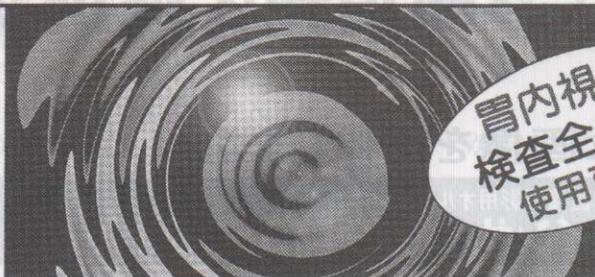
各施設では統計処理はどのような形で行って、それには技師がどの程度まで関与すべきかなどご意見をお聞かせ下さい。

小原：私にとっては非常に嫌いな分野ですが、業務の一環で各部所で業務白書というものを出力していました。ですから必然的にどのくらいの胃や超音波の受診率があり、どのくらいの精検率があったと放射線室で実施した検査についての集計は出していました。

それらをもとに会社側が健診を受けるように指示し受診率をあげるような努力もしていました。

三浦：それは良い事だと思いますね。

中村：私共が行っている自動化健診は必ずコンピュータ処理しますので全てのデータが入ってます。必要なデータはすぐに取り出せ、健診専用のコンピュータ室が独立してありますのでデータがほしい場合、追跡調査は別として健診を受けた時のデータでしたら年報等も含め精検率・疾患の発見率・男女比なども基本統計として出していますので、検査側が操作をする必要はありません。ただ超音波だけ別の角度からこういう統計



胃内視鏡
検査全般に
使用可能

胃内粘液溶解除去剤 (プロナーゼ製剤)

プロナーゼ® MS

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 胃内出血のある患者
[粘液の除去に伴い、出血が悪化するおそれがある。]
2. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】 胃内視鏡検査における胃内粘液の溶解除去

【用法・用量】

検査15~30分前に、プロナーゼとして20,000単位を炭酸水素ナトリウム1gとともに約50~80mLの水に溶かし、経口投与する。

【使用上の注意】—— 抜粋 ——

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 胃内出血の疑いのある患者[粘液の除去に伴い、患部より出血するおそれがある。]
- (2) 血液凝固異常のある患者[in vitroでフィブリン溶解作用が認められていることから、血液凝固系に影響を与えるおそれがある。]
- (3) 重篤な肝障害、腎障害のある患者[重篤な肝障害、腎障害のある患者では、血液凝固能の異常がみられるおそれがある。]

PRONASE® MS
●薬価基準収載

2. 重要な基本的注意

本剤の投与により、胃の潰瘍部、ポリプ等の病変から出血があらわれることがあるので、胃内出血のある患者には投与しないこと。また、胃内出血の疑いのある患者には十分注意すること。

3. 副作用

総症例4,207例中、副作用(臨床検査値異常を含む)が認められたのは9例(0.21%)15件で、その主なものは胃出血2件(0.05%)等であった。(効能追加承認時及び再審査結果時)

(1) 重大な副作用 ショック、アナフィラキシー様症状 ショック、アナフィラキシー様症状(呼吸困難、全身潮紅、浮腫等)(いずれも頻度不明*)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
(2) その他の副作用

分類	頻度	0.1%未満	頻度不明*
消化器		胃出血(胃の潰瘍部、ポリプ等の病変からの出血)	
過敏症			発疹・発赤等

*: 自発報告等により認められている副作用のため頻度不明。

● その他の使用上の注意等詳細は、添付文書をご参照ください。

製造発売元

[資料請求先]

科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2002年8月作成)01L2

をとって欲しいということをお願いする事はあります。
荻原：ドック全般に関しては担当の看護師・事務がいますのでそちらで各種データを把握しています。超音波に関してはそれとは別に結果等に関して自分達でもデータベースを作成しています。実際学会発表する時などはそれを使っています。

やはりどの程度精検されてどういう結果だったのかは知っているべきだと思います。

大森：私の施設でも検査科としての超音波統計は出しています。人間ドックは年齢別の統計、疾患別、男女比など…。その中で悪性所見を疑われたものはピックアップして精検に出した病院からの結果をカルテを見て調べています。

それ以外では、台帳に全て記録されていますからそれを調べる事になります。悪性所見だけはその後の追跡でどういう形になっているかまで調べます。精検率などは検査技師の方で出しますが実際に前の資料を見てみるとこういう所見はこういうような治療をし、予後が良好になったとか経過観察をしているなどが解るので非常に僕には勉強になり良い事だと思います。

三浦：そういう統計をとるのも技師がやった方がいいという考えですか。

大森：そうですね。担当者がきちっとまとめた状態で上司に報告するという形を取っています。

金杉：病院も統計は出していますので総合的なドックに関しては、検診事務の方でやられていると思います。超音波のみに関しては自分達で入れていますのでそれを出せば出来ますし健康管理部と画像診断部とで共同

で行っています。個人的には検査している以上、関わった方がいいかなと思います。

三浦：次に、スキルアップの話を伺いたいですが、研修会、勉強会の現状、望まれる勉強会等のご意見も含めお願いします。小原さんは主催もしていらっしゃると思いますが…。

小原：毎月1回、第二水曜日に「超音波画像研究会」という勉強会を主催しております。テーマは毎月違いますが、会員の持ちより症例検討会もおりまぜて会場からざっくばらんな自由な意見を出してもらう形でやっています。始めてもう10年以上になりますが、ニーズは非常に多いと最近特に実感しています。

参加者が毎月頑張っているのが強く感じられ逆に刺激を受けます。当初、毎月1回というのは無理だからと忠告ありましたが、受ける側の人にとってみれば受講の機会は多ければ多い方がいいと思います。そんな機会を与えてあげるのも大事だと思います。勉強会であり研究会であり気軽に参加できる低料金の会、そういうものを目指してやっています。

三浦：大きな学会で見たこともない症例を見ることも大事だと思いますが、日々自分でどうかなと迷っている事を教えてくれる話しやすい勉強会も大事ですね。中村さんの施設では勉強会を行っているのですか？

中村：月1回ですが院内で超音波の勉強会を行っています。検査だけでなく超音波・CT・MRI・精検の結果など専門医はこう読み手術して結果的にはこうだったよという勉強会を毎月行っています。

三浦：荻原さんの施設も勉強会はやられているとは思

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

コダック株式会社 ヘルスイメージング事業部

東京 〒104-0033 東京都中央区新川2-27-1 東京住友ビル東館 ☎(03) 5540-2260
大阪 〒550-0013 大阪市西区新町1-13-3 四ツ橋Sビル ☎(06) 6534-7090
札幌 ☎(011) 738-5250 仙台 ☎(022) 722-5400 名古屋 ☎(052) 953-6950
広島 ☎(082) 544-7950 松山 ☎(089) 986-6935 福岡 ☎(092) 413-8460

ホームページ <http://www.kodak.co.jp/go/health>

HEALTH IMAGING

A BETTER VIEW OF LIFE.



いますが東京だと研究会・勉強会とたくさんありますが地方からみてどう思いますか？

荻原：機会が多くて羨ましいですね。私の施設では症例の検討会をやる以外には施設内で医師と技師で超音波の勉強会をやっています。検査技師会などでも時折勉強会をしています。また長野県の東信地区で医師と検査技師・放射線技師で、肝胆膵の研究会を年に3回程度（特別講演会1回、症例検討会2回）やっています。そういう会にはできるだけ参加するようにしています。

しかし東京のように他施設の人間が頻繁に集まる会はなくてできればそのような会を地元でも立ち上げたいとは思っていますが…やはり羨ましいですね。

三浦：大きな施設では可能ですが技師一人二人の小さな施設では教えてくれる先生もいないので自分で本だけ読んだ人も多いと思います。その点東京は自分でいろいろチョイスもできるし、自分が行こうと思えばいくらでも行けるところはありますね。

荻原：チョイスするものが少ない状態です。あっても全然参加できない施設もあります。

そういう機会を多くするべく学会等にも協力をお願いできればありがたいですが…そういう機会が多い東京が非常にうらやましいという事につきますね。

三浦：地方会を使って東京だけではなく他の県でもやってほしいということですね。

荻原：学会は学会で参加する機会はあると思いますが月一回程度の勉強会、研修会があればいいですよ。なかなかそういうのがないのでそうかといって自分で立ち上げて運営していくというのはなかなかしんどいですね。

小原：やれますよ。きっと。

荻原：実際に自分の周りの施設で超音波を担当している技師がそんなにいるわけではないので、おそらく東信地区でも20人くらいだと思うんです。

ドクターが検査している施設がほとんどで…、なかなか立ち上げられないですね。

中村：勉強会は継続しなければ意味が無いのではと思います。

神奈川の検査技師会の中に超音波部会というのがあり当初2ヶ月に1回とか半年に1回でしたが、最近では1年間で行う内容と回数を決めて年間の受講料を徴収しシリーズで行っている勉強会もあります。単発で大きな講習会を聞いても勉強にはなるでしょうがもっと細かいものを求めると定期的に行っている会の方が勉強にはなると思います。回数をやる事によって参加者が顔見知りになります。そうするとお互い解らない事が気軽に聞けたり教えたりする事が出て来ます。受身だけではなくて参加する事の相乗効果で良い方向に行くかと思えます。

三浦：大森さんは始めて間もないとの事ですが自分なりに勉強するに当り参加しようとか、こんな勉強会があったらいいなと思う事がありましたらお聞きしたいのですが。

大森：大きくはテクニカルな面と知識の習得、その二つが繋がって向上していくと思います。僕はまだどちらも経験不足ですが、知識の面に関しては自分から

参考書や色々な勉強会に積極的に参加して行こうと思っています。勉強会に行くと眼からうろこが落ちるような気がします。

テクニカルな面ではいろいろところで練習させていただいたのですが、なかなか思い通りに出来なかったり先輩方が言う慣れですがやはりまだまだで、もっとこうすれば良かったと思うわけです。

以前この部会主催の超音波部会初心者講習会に参加してものごく勉強になり、また非常にためになりました。あれからもいろいろところで勉強させていただきましたが、まだまだ全然自信も無いので、テクニカルな勉強会というのであれば初心者講習会にもう一度行きたい気持ちです。

三浦：金杉さんはだんだん自信もついてきてスキルアップする時期になってきていると思いますがいかがですか。

金杉：関東中央病院でも毎月「志水会」という勉強会があります。勉強と言う点では自分自身非常に恵まれているのかなと思います。勉強会に関しては先輩に良く言われているんですけども、疑問があったらすぐ声に出して言え！と。その辺が自分ではまだ足りない面もありますしやはりやればやるほど怖くなるという感じですね。

三浦：最後に日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会及び超音波部会に対してご意見がございましたらお願い致します。

荻原：初心者講習会を東京でやっていますが地方からは少し遠いと言う事情もあり、もし近場であればもっと周りの人達も参加しやすいのではないかなと私は感じています。

初心者講習会の会場もたまには長野でも山梨でも新潟でも良いのではないのでしょうか。そういう機会があれば非常にうれしいかなと思います。

中村：地方会の会員が増えて各県単位でできるような形になれば良いと思います。

地方会の中に各支部ができてというような形になっていければ最高ですよ…。

小原：関東甲信越というのは幅広いじゃないですか。非常に膨大な地域をカバーしていて、これをぜひホームページの技術じゃないですけど、そちらの方でも今月の話題というような形で話題提供してもらってそれに対して自由に書きこめるような形でオンラインをうまく使った勉強会のようなものやっても良いのではと思います。あるいはオンラインを使った講演でもいいと思います。

中村：超音波検査に携わっている技師はもっともっとたくさんいます。

実際には検診に携わってる技師の方が断然多いですが病院関係の技師などはこの学会を関係ない学会というニュアンスが強いのではないかなという感じがします。

集団検診の中で超音波検査を行い働いている人のみならず、超音波検査をもっと充実させるために一般の病院の方達も会員になってもらい、もっともって人数を増やして行く事も必要ではないかなと思います。

小原：そういう裾野を広げる事は大変大事ですよ。

三浦：やはり東京だけでなく地方開催の努力も必要になってくるのかもしれない。

金杉：僕は超音波部会が全国区になると思いますよ。八海山セミナーでも超音波に関する精度管理をしっかりして認定制度をとのお話がありました。個人的にはたいへん期待しています。そうなればスクリーニングに関しては検診も一般も関係ないと思います。スクリーニングするその精度管理、例えば撮る順番だとか誰が見てもわかるというものを個人としては非常に期待しています。

三浦：検診は精度管理がなっていないと言われる事の無いよう精度管理基準をきちんと作り進め、臨床と差の無い精度管理を行えば認めてもらえる学会になれるということですね。ありがとうございます。最後に3人もベテラン技師がいらっしゃるのでも若手技師から聞きたいことなどありましたら如何ですか？ 私はやり始めて少し自信がついてきた時に何を見ても異常にしかみえなかったりした事がありました。初期段階の胆嚢癌を見つけなければと思いコレステロールシスまで肥厚ととったりした時期もあったと思います。そういう時期は自分が何をやってもうまくいかないのその時の勉強方法とかあれば教えていただきたいですね。

荻原：確かに判らないものはありますよね。

中村：勉強会に行きこういうものもあるんだと思った次の日などはかなり神経質になりますよ。多分に何年やってもその辺は一緒なんじゃないかなと思います。ただそれをクリアできるのは自分の勉強ですから。

荻原：判らないものを経験した時は必ず自分でしっかり担当の先生に聞くなどして自分のものにする事が大事だと思います。症例を経験することが一番自信になるのではないのでしょうか。

中村：結論がわからないままで、なんだろうって事になって結局先に進まないこれでは困ります。だから何らかの手段を講ずる自分から探しに行くという事をしなくては意味がないだろうと思います。わかる努力をする事が大切です。

荻原：そのような事が出来る施設は幸せなのかもしれません。できない施設もたくさんあります。色々な形で医師をつつくとコミュニケーションがとれますよね。こいつはしつこいぐらい結果を聞きに来るな、そのうちこいつは信用できるぞと変わっていくようです。

三浦：そこから信頼関係ができるわけですね。良い施設にいらっしゃるのですから頑張ってください。若い技師さん達に期待しています。これからも頑張ってください。

金杉：わかりました。頑張ります。

大森：今後ともご指導よろしくお願ひします。

三浦：皆さま本日はご多忙のところお集まりいただき、また貴重なご意見もいただきましてたいへんありがとうございます。これからもこの超音波部会を盛り上げ、すばらしい部会にしていきたいと思ひますのでご協力よろしくお願ひ致します。



指定医薬品
プロトンポンプ阻害剤

【薬価基準収載】

パリエット® 錠 10mg
錠 20mg

〈ラベプラゾールナトリウム製剤〉

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

hvc Eisai エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
<http://www.eisai.co.jp>

製品に関するお問い合わせ：お客様ホットライン室
☎0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

PT0307-10 2003年7月作成

視 点

「乳がん検診」記事の教訓

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会代表世話人
丸山 雅一

8月24日の朝日新聞は、「胸のしこり検診素通り」という大見出しで検診で乳がんを見逃された女性の例を特集し、その問題点を指摘しています。記事の内容をもう少し詳しく解説すると、この女性（恐らくは40歳代、パソコンのインストラクター）は、1994年、第三子を出産直後、乳房のしこりが気になっていたのも、出産した産婦人科診療所の医師の診察を受けたが、この産婦人科の医師は触診のみで乳腺症と診断した。

5年後の1999年夏、しこりが痛みだしたので、出産した産婦人科医師の診察を再び受けた。このときは超音波検査も受けたが、その医師は、「乳がんは痛まない。脂肪の塊です」と再び乳がんを否定した。ところが、その2年後、2001年の秋、しこりがはじける感覚があったので他の産婦人科医の診察をうけたところ、この医師はびっくりして専門病院での精密検査を勧めた。そして数日後、精密検査の結果はかなり進行した乳がんであった。

簡単に解説した内容からも明らかですが、最初の診察で医師ががんを疑い精密検査を勧めていれば、あるいはがんの診断がついたかもしれません。しかし、絶対にがんが発見されたはずであると断言もできません。そこで私が問題にしたいのは、検査する医師の未熟さを中心にした診断の精度管理上のことではありません。この記事が新聞に報道された以後の医師、ならびに医療機関の対応の仕方です。

この記事以後、朝日新聞は小出しに乳がん検診の問題点を告発していますが、私が批判したいのは、この新聞が提起する乳がん検診の問題点の取り上げ方よりも、この記事に対する医療関係者の反応です。これまでの何回か掲載された乳がんシリーズでは何人かの専門家と称する医師のコメントが掲載されました。しかし、一度として、例えば日本乳癌学会としての立場を表明した内容が掲載されていません。

専門家と称する人達は、常識的な考え方や意見を述べていますが、女性が乳がん検診に対して抱き始めている不信感を増大しこそすれ、これを払拭する効果はありません。また、乳がん検診の問題点を解決する方法を提示するものではありません。エビデンスのレベルから言えば、専門家の意見はもっともあてにならないものです。

今、乳がん検診の現場は混沌とした状況になっているようです。そのことは、朝日新聞が続報として掲載した専門医療機関が、乳がん検診を希望する女

性達が殺到しているために混雑を通りこして混乱していることを伝えています。私の古巣の癌研病院も例外ではなく、乳腺外科では霞富士雄部長をはじめ、スタッフは夜まで外来診療を余儀なくされているということです。霞先生は、「ここはがんの患者が治療する場所。不安という人は、病院ではなく検診機関で検診を受けるべきだ」と本音を語っていることを、この新聞は報道しています。彼の多忙さを知る私としては、彼がそのために健康を損ねることを心配しています。

私が主張したいのは、乳がん検診に対する不信感を取り除く努力は、乳がん学会を筆頭にして関連学会が共同して、乳がん検診の実情についての情報を公開すべきであるということです。確かに、乳がん検診の認定機関や、乳がん専門医、そして、超音波検査の専門技師、そして、検診機器の精度管理のことなどを情報公開したとしても、それらは全国の女性が安心して検診を受けるには量的に不十分であるかもしれません。

しかし、検診と病人の治療が混在する我が国の状況はあまりにも変則的です。むしろ、不十分であっても、乳がん検診に対応できる医療機関については、学会が責任をもって公開すべきだと思います。そして、同時に、最初の診断が乳腺症であっても、5年も放置することは危険であることも学会として実例をあげて女性の注意を喚起するのが学会の最小限の役割です。

また、専門は産婦人科である医師が乳がん検診を実施することの資格審査はどのようになされているのでしょうか。そして、そのことに乳癌学会は関知しているのでしょうか。私が心配するのは、検診に対する国民の不信感は、我々の関東甲信越地方会や、日本消化器集団検診学会に対しても向けられるようになることです。これを避けて通ることはできないと思います。

新聞やその他のマスメディアは、検診の弱点をこれでもかと突いてきます。しかし、これを非難すべきではありません。学会の急務は、検診に限らず、診断の仕事では見逃しを避けることはほとんど不可能であることを、開き直りではなく、真摯な態度で国民に伝えることです。胃がんについて言えば、見逃しをしたことのない医療機関など、どこにもないという事実から情報公開がなされるべきです。また、内視鏡優位の状況も、この検査で胃がんがどのくらい見逃されているのか、についても内視鏡学会は情報を集め、公開すべきです。そうすることによって、国民は検診の意義を理解できるようになるでしょうし、健全なセカンド・オピニオンが根付くようになるでしょう。

リレー随筆

医師>

小弯短縮は何故起こるか

霞ヶ浦成人病研究事業団

細井 董三

胃のX線診断に少しでも携わったことがある中年以上の医師なら誰でも、小弯短縮 (shortening of the lesser curvature, Verkürzung der kleinen Kurvatur) といえはすぐに線状潰瘍 (linear ulcer, lineares Ulkus) が思い浮かぶほど、この胃変形は有名であり特徴的である。ところが最近、このような変形に遭遇する機会が減多にないせいか、胃腸科を専攻する若い医師達の間でこの変形の診断学的意味を知らない者が多くなっているのは驚く。小弯短縮とは胃全体の小弯側のみが短縮して小弯と大弯のバランスが崩れる現象であるが、その代表的な変形は胃角部の線状潰瘍に見ることができ。幽門洞の萎縮が特に著しく、胃角と幽門輪の距離が接近して胃は嚢状を呈するまでになる。この小弯短縮の原因については、多発性潰瘍説 (Schmieden and Härtel, 1913)、慢性・穿通性潰瘍説 (Prévôt, 1959)、再発性潰瘍説 (Schinz, 1967) などの諸説があるが、その成因が実は線状潰瘍であることをはじめて指摘したのは村上、鈴木(1954)である。そして短縮の程度(胃角から幽門輪までの距離の短縮)は線状潰瘍の長さに比例することを明らかにしたのである。ここで言う線状潰瘍とは対象性潰瘍の一型であり、小弯を軸としてそれに直角方向に跨る線状の潰瘍のことで、潰瘍は必ずしも全体的に活動性である必要はなく線状瘢痕になっていてもよいのである。胃角部に短い線状潰瘍が発生すると、まず胃角が開大して直角胃と呼ばれる変形を示す。その線状潰瘍の端に隣接して新たな潰瘍が発生すると線状潰瘍(瘢痕)は長さを増す。それを繰り返していくうちに線状潰瘍はますます長くなり、それに比例して前庭部の短縮が進み、同時に背側に回転していわゆる蝸牛角状内翻 ("snail-shaped" rollig up, Schneckenförmige Einrollung der kleinen Kurvatur) という現象を起こす。そして遂には、嚢状胃 (pouch-like stomach, Beutelmagen) が形成されるというのである。筆者が、ここでなぜ小弯短縮の話題を持ち出したかであるが、いまさら線状潰瘍について講釈をするつもりはない。実は筆者が白壁研究室に入局

して2年目の頃、その時は愛媛県松山市に新設されて間もない国立四国地方がんセンターに出張中だったのだが、線状潰瘍と小弯短縮の関係に興味を抱き、線状潰瘍に何故、小弯短縮が起こるのか、また線状潰瘍はどのようにして出来るのか、など、当時、仲間や上司と盛んに議論したのであるが、未解決のままになっていたことを思い出したからである。まず線状潰瘍はどのようにして形成されるのかと言う点である。村上も述べているが、Hauser(1926)の言うように卵円形の潰瘍が治癒に向かう過程で横に長く線状に変化していくことは考えにくい。かと言って最初から胃角部の小弯を跨ぐような帯状潰瘍の発生も減多に経験しないことである。結局、胃角部小弯に発生した難治性の潰瘍が横軸方向に隣接再発を繰り返しているうちに次第に線状溝の長さを増して線状潰瘍が形成される、という過程が最も可能性が高いとの結論に達したのである。次に線状潰瘍のみになぜ著明な小弯短縮が起こるかという疑問である。蝸牛角状内翻についてはLigamentum hepato-gastricumの瘢痕収縮の結果であることはPrévôtに記載されている。しかし小弯短縮のメカニズムについて明快に述べた文献は見当たらなかった。そこで、解剖学の教科書を持ち出して調べていくうちに至極当たり前の話であるが、縦走筋が小弯短縮に関係がありそうだと思い当たったのである。そこで松山の出張から戻った筆者は早速、白壁教授に内緒で、胃潰瘍発生 of 二重規制説で知られる慈恵医大の大井外科教室を訪れ、お名前は失念したが講師をしておられた先生にお願いして、粘膜を剥いで筋層が剥き出しになった胃の標本をみせて頂いたのである。胃の筋層は教科書どおりに内斜、中輪、外縦になっていた。もし筋層の走行に鍵があるとすれば、小弯短縮が起こるためには中輪筋だけでなく、外縦筋がある幅をもって断裂していなければならないが、その条件を満たすのはul-IVの、ある程度の長さを有する線状潰瘍でなければならないはずである。諸先輩を前にしてそれを熱っぽく説いてみたが殆ど相手にしてもらえなかった記憶がある。その時、よし、いつかこれを動物実験で実証してみようと思つたものである。あれからすでに35年も無為に過ごしてしまった。まさに、「少年老いやすく、学なり難し…」である。(次回は、長野県辰野町立病院副院長/松崎 廉先生にお願いします。)

超音波部会>

サマーバケーション

東京衛生病院

山田理恵



皆さんは日ごろのストレスをどうしていますか？私はテニスやエアロビクスで汗をかき、サウナの後に冷たい

ビール！とか。仲間と美味しい物を食べながら、おしゃべり！で何とか生きてますが。たまりに溜まった疲れは東南アジアでのバケーションで癒しています。タイ・マレーシア・インドネシアの島やビーチリゾートへたった9日間。ほんとにお勧めです。まずはホテル選び。リーズナブルな値段でも施設の設備やサービスが充実し、立地条件の良い所を検討。可

能な限りそこに滞在します。ホテルの朝食は、ほとんどがビュフェ。海やホテルの庭が見えるようなアウトサイドの席を選びます。料理は日本なんかと違って種類も量も豊富で、あわてて取らなくてもすぐ補充してくれます。和・洋・アジアフードと目移りしてしまう中、まず私はオムレツを作ってもらいます。本当は、中がトロツとした感じにしてもらいたいけど、英語で伝えられない弱み、あちらのコックさんはしっかり焼いてくれます。でもいろんな具が入ってるし出来立てはおいしい。ベーコンや焼きトマトを添えてパンでお食事。パンもいろいろあって迷っちゃいます。その次はその国のアジアフードをちょっと味見。更にフルーツの山盛りとヨーグルトを食べて「おなかいっぱい」と言いながら、最後に甘いペストリーや焼きたてのワッフルを。毎朝旦那に呆れられながら、1時間はたっぷり朝食にかけてます。でも、海や緑いっぱいの庭を眺め、パンくずをつつきに来る鳥や欧米人の食べっぷりを観察していると、ゆっくり出来るんですね。日本では毎朝15分で食べて出かけてるのに。

朝ご飯の後は水着に着替えてビーチへ。ここでのポイントは朝食前にビーチチェアを、確保しておくこと。一日ここで過ごすので、景色が良くてパラソルで日陰になるところをキープするのは大切なんです。本を読んで寝て、暑ければプールで泳いで、ビール飲んでまた寝て。あきたら浜辺や庭を散歩したり、ホテルのイベントに参加したり。朝いっぱい食べてるから昼ご飯は無しでへっちゃら。夕暮れ前にシャワーを浴びて、夕日を見ながらカクテルを。そしてそろそろ夕食へ。旦那がインターネットで調べ上げたリストから、その時の気分にあった料理の食べれるお店を選びます。旦那の選ぶ店の基本は、美味しい！安い！ほとんどがオープンエア。だから虫除けスプレーは必須。凄いと車がブンブン走る脇の歩道に置かれたテーブルで食べる事も。そんな時はお粥と野菜炒めでたった200円(2人分

です)。タイやマレーシアのカレーはスパイシーでGood!だし、売り切れ御免のバリの豚の丸焼きの店も最高。ジャングルの中の様な雰囲気のお店とか、海の上に張り出した栈橋にテーブルがあるとことか。食材としてはあちらは鶏肉が美味しくて、ピーナッツソースをつけて食べる焼き鳥のサテとかは定番。後はやっぱりシーフード。お気に入りはまず蟹!殻付きの蟹を直にテーブルに乗せてハンマーで叩いて殻を割って食べたり、チリソース炒めを卵とじした物とか。あ、でも海老もおいしい。手長エビをシンプルに焼いたのとか、ちょっと贅沢にロブスターとか、生海老をナンブラー入りのタレで食べるのとか。あ、そうすると、バリのジンバラカフェが最高!!カフェといっても海の家みたいな所。海辺に何十軒も並んでいてまず入り口で魚選び。そして値段交渉(あまり引いてくれないけど)。魚が焼ける間、砂浜の上に置かれたテーブルに着いて夕日を眺めビールを飲みながらひたすら待ちます。夕日は綺麗だし、魚は美味しいし、ここは断然お勧めです!安いですよ。

食べ物その他、アジアのマッサージもお勧め。タイでは2時間で1200円。強く揉まれ過ぎて翌日筋肉痛になることもあります。安い!バンコクではワット・ポーと言う有名なお寺の中にマッサージの店が。ここにはマッサージの学校もあります。バリなんてエステ・マッサージの天国。街中の3時間3000円の店からホテルの高級エステ1万円位まで、いろいろ楽しめます。オイルを使ったりラックスタイプが主ですが、二人がかりで頭から足から波のようなマッサージ攻撃なんて、も〜気持ち良くて。頭はトロトロです。もう話し始めたらきりが無いのでこの辺で終わりにしましょう。時差も2時間位だし身体は本当に楽です。でも休みボケで仕事に復帰するのは大変かもしれませんけどね。(今回は、横浜市立市民病院の橋本昭宏先生にお願いいたします。)

放射線部会 >
時代の流れ

東海大学医学部付属東京病院

藤田 昭



初めまして、東海大学医学部付属東京病院の藤田です。よろしくおねがいします。

初めに、私は東京生まれ東京育ちですが30数年間ひいきにしていた阪神タイガースが18年ぶりにセリーグ優勝を決めた。ここ10数年低迷していたチームも、戦力が徐々に揃って素晴らしい野球を見せてくれた。特に新しい指揮官・星野監督のチームへの順応、田淵のヘッドコーチとの信頼関係が、チーム(組織)の充実を生んだのだらうと思う。このようなことを間近に感じ、今年は生活の中でも息抜きが幾度もできた。一日のうちで、何かに小さくほっとする、これを大事に行きたい。

私は電車通勤に慣れているが、そこで息抜きとして音楽を昔から楽しんできた。ここで重要なのがヘッドホンステレオの存在である。

独りで隠る(ちょっと暗いか?)いわゆるヘッドホンステレオの歴史と進歩について書いてみたい。私が、放射線技師になる前後で、SONYからウォークマンなる製品が発売された。79年の夏のころである。新しい分野に挑戦したこの会社も大ヒット商品を生み、このようなブームになるとは考えられなかったであろう。新し物好きの私もまもなくこのブームに乗り、このタイプの製品を手に入れた。

ブームは技術をもって加速し数年のうちに、カセットケースと同じで、ポケットに楽に入る手軽な大きさになり、電車の中では現在の携帯の勢いではないが着実に市民権を得て行った。またこのころヘッドホンからの音漏れに注意などと、車内迷惑の走り?モラルの問題などなども持ち上がっていた。

85年(前回阪神が優勝した年・余談失礼!)を過ぎ

た頃、メディアもカセットテープからCDへそしてレコードが急速に衰退し、レンタルもレコードからCDへ時代が移り変わって行った。私もこのころからいろいろなタイプのプレーヤーを幾台も購入したが、画期的だったのは、CDへのDigital化によってノイズが無くなったことである。ヘッドホンですれば音楽の生き生きしたものがより鮮明に伝わってきた。

短い間に技術が急速に進歩し、現在では私のマシンはapple製MPEG3プレーヤーのiPodである。これは音楽をMP3やAIFFといったDigital Fileに変換し本体のハードディスクに収納して再生するものだが、ヘッドホンステレオということで音質は充分であるが、容量が従来のカセット、CD、MDに比べ飛躍的に大きくなった。この編集操作に関してはパソコンが必要になるが、大げさに言うとCDで300枚ほどの曲が入ってしまう。たとえば自分のミュージックライブラリーを、すべてを外に持って行くこともできる。実際何枚もCDやMDを持ち運ぶ必要もなくなった。これを使ってこんな便利な時代になってしまったのかとも感じた。またこのタイプのマシンはコンピュータの普及も後押しして、次世代のヘッドホンステレオに進化する可能性が高いと

思うがどうだろう。このマシン、実売価格で50000円前後になるが、ウォークマンが出たときの値段が33000円だったことを思うとどうであろうか。値段の話をすれば、現在ヘッドホンステレオはMDタイプで13000円位から、CDで4000円位から、カセットタイプに至っては2000円位からある。これを安いと見るか高いとするかは価値観の問題だが、家の外で音楽を聴くか、はたまた英会話などのレッスンをするかは個人の問題であるが、これだけの選択肢があることを頭に入れて、移動などの時間は息抜きに当てていきたいものである。

また、昔から続いている音楽を楽しむといった基本的かつ不滅な趣味が時代によって様変わりし、その時代の象徴としながらも存続しているのだろうとも感じた。

今回のKey Word。指揮官・時代の流れ・新しい技術・存続、といったところで閉めたいと思います。

次はこここのところ活動を共にしている、神奈川厚生連相模原協同病院の松本好正さんにバトンタッチします。



●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

●高濃度集検・精検に素早く対応

高濃度 消化管X線造影剤

イージーHD

低粘性硫酸バリウム粉末製剤
340gシイクボトルタイプ

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**
〒130-0023 東京都墨田区立川3-11-11
TEL (03)3634-0831 FAX (03)3634-0955

[禁忌](次の患者には投与しないこと)

- 消化管の穿孔又はその疑いのある患者
[消化管外(腹腔内等)に漏れることにより、バリウム腹膜炎などの重篤な症状を引き起こすおそれがある]
- 消化管に急性出血のある患者
[出血部位に穿孔を生ずるおそれがある]
- 全身衰弱の強い患者

● 好評 医 用 画 像 図 書 ●		
<h3>注腸X線検査の標準化</h3> <p>— 1cmの大腸癌を見逃さない—</p> <p>監修=社日本放射線技師会・消化管画像研究会/編集=注腸標準化研究会</p> <p>“救命可能な大腸癌の発見”をスローガンに、安全かつ高精度の検査を確立するための検査指針として、1997年に「注腸X線検査標準化(案)」を刊行。以来、関連学会等に於いて本書に示した標準化が広く認知されるに伴い、基準の不明瞭な点、理解しにくい点、現実にも必ずしもスムーズにできない点などの意見や要望をもとに大幅な改訂を行い、「標準化(案)」から検査指針の「標準化」として表装を改めた。 ● 3,000円</p>	<h3>消化管検査マニュアル</h3> <p>監修=中村實/編集=(社)日本放射線技師会消化管検査指針委員会</p> <p>21世紀の消化管画像検査は診療放射線技師が担うものとし、そのために必要な読影、内視鏡、病理の解説に重点がおかれた。また感染、救急時の対応、被曝、アメニティ等を検査の一環として位置づけ、それらが集約的に検査に反映されることで、安全かつ精度の高い受検者中心の検査が可能となるよう全人的な教育を目的に構成。 ● 7,500円</p>	<h3>大腸X線検査</h3> <p>ステップアップ・基礎と臨床</p> <p>監修=中村實/著者=江原功・吉村平</p> <p>大腸の検査法を二重造影法の撮影技術としてとらえ、基礎と臨床に大別して、初心者から中級者を対象により簡便で診断能の高い検査方法を示す。 ● 9,030円</p>
<h3>胃癌検診撮影テクニック</h3> <p>病変を確実に拾い上げるための</p> <p>監修=日本放射線技師会・消化管画像研究会/著者=木村俊雄</p> <p>胃癌検診では、病変の早期発見のために最大限の撮影情報が求められる。その検査法の基本から精度向上に必要な実技の工夫までを縦横に示し、いかに短時間で診断価値の高い写真を撮るか、ことにポイントとなる透視観察上の迅速な判断、およびバリウムの流し方と付着のためのテクニックを詳説。病変を確実に拾い上げることを目標に、長年最前線で培った経験に基づいた検査技を総覧した。 ● 3,500円</p>	<h3>消化管臨床実習マニュアル</h3> <p>— ビギナーからエキスパートまで—</p> <p>監修=中村實/編集=(社)日本放射線技師会消化管検査指針委員会</p> <p>上・下部消化管検査の一連の流れに沿いつつ、撮影法や造影手技のポイントを中心に構成。Q&A、用語集を充実させた基本マスター用コンパクト版。 ● 3,000円</p>	<h3>医療被ばくガイドライン</h3> <p>患者さんのための医療被ばく低減目標値</p> <p>編者=日本放射線技師会・医療被ばくガイドライン委員会</p> <p>日本における医療被ばくは先進諸外国に比してもきわめて高いことから、(社)日本放射線技師会では専門委員会を組織し医療被ばくを低減するためのガイドラインを作成。その検証と遵守は、21世紀医療を担う診療放射線技師の役割であるとともに、医療被ばく低減を実現するための大きな目標となる。 ● 1,500円</p>

●お求めは、もよりの書店にお申し込みください。 ●電話、FAX、ホームページの注文欄でもお受けします。(送料300円)

〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目23-1
TEL: 03(3818)9821(代) FAX: 03(3818)9371

<http://www.iryokagaku.co.jp> 書籍の詳しい内容はホームページをご覧ください。

医療科学社

第26回 消化管造影技術研修会受講のご案内

主催 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会

代表世話人：丸山 雅一
放射線部代表世話人：山岸 忠好
研修委員長：米倉 福男
実行委員長：佐藤 清二

後援 日本消化器画像診断情報研究会

ご案内が遅れて申し訳ございません。今年も以下の要領で、第26回消化管造影技術研修会を開催する運びになりましたのでご案内いたします。

ご承知のように、わが国の胃がん死亡率は、肺がんにトップの座を譲り第2位になりましたが、胃がんの罹患率が減少した訳ではありません。また、この死亡率の減少は、日ごろ熱心に行っている検診の効果が、胃がんの早期発見につながっているといっても過言ではないでしょう。しかしながら、胃がん検診の不利益として10%から40%の偽陰性を指摘されています。この精度を向上させるには撮影に携わる技師本人が進んで技術を習得する以外にはありません。この研修会は消化管造影検査に携わる技師を対象に、透視中に素早く異常を指摘できるだけの高度な知識、病変部位を的確に表現できる撮影技術の習得を目的としております。ぜひ受講いただきますようよろしくお願いいたします。

記

[期 日] 平成16年2月11・12・13日、及び14日の3泊4日(全合宿制)

[会 場] ウェルサンピア千葉 (千葉厚生年金休暇センター)
住所：〒260-0801 千葉県千葉市中央区仁戸名町705番地
電話：043-265-5000 FAX：043-265-9740

[受講資格] 診療放射線技師、診療X線技師(当地方会会員を優先)

[受講料] 4万円 内訳(講師講演料、会場費、資料等)

[宿泊費] 4万円 内訳(3泊4日、食事9食+懇親会費)
*納入頂いた受講料、宿泊費は返却いたしません。

[募集人数] 80名

[申込方法] 合計金額8万円を下記口座へお振込み下さい。
また申込書に必要事項を記入し銀行の振込み証明書のコピーを必ず同封の上お送り下さい。

[前日宿泊] 研修日の前日(2月10日)の宿泊希望者は必要事項をご記入の上、前泊費用(夕食なし、宿泊と朝食付)として6千円を加算して下さい。

[申込締切] 平成15年12月31日(但し定員になり次第締め切ります)

[申込書郵送先] 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-2-5
東海大学医学部東京病院放射線科内
日本消化器集検学会 関東甲信越地方会放射線部会事務局

[振込先] みずほ銀行 新宿西口支店(店番号353)
口座番号： 4361938
口座名： 消化管造影技術研究会 小野寺 礼子

[問合せ先] 放射線部会事務局
藤田 昭 (TEL. 03-3370-2321内線5139)
山岸 忠好 (日本健康倶楽部 千葉支部) TEL.047-487-3026
米倉 福男 (癌研究会附属病院) TEL.03-5394-3821
佐藤 清二 (東京都予防医学協会) TEL.03-3269-1152
長谷川信久 (早期胃癌検診協会) TEL.03-3668-6801

第26回 消化器造影技術研修会 プログラム(案)

	11日 (水)	12日 (木)	13日 (金)	14日 (土)
9:00		関西の消化管 撮影の現状 大阪消化管撮影技術研究会 本田 幹雄	最新のX線技術 開発の動向	画像総合評価 (持参フィルム) 佐藤 清二 福原 功一 長谷川信久
10:00	開講式 米倉 福男	大腸画像評価と 技師による読影法 藤塚 慎二	FPD等によるDR 都築 史郎	認定受験資格について 山岸 忠好
11:00	特別講演 市川 平三郎			
12:00	撮影技術の基礎 安達 博	大腸撮影技術 奥田 圭二	X線と内視鏡との関係 馬場 保昌	X線検査の現状と将来 丸山 雅一
13:00	昼食	昼食	昼食	閉講式
14:00	胃X線間接撮影技術 福岡 良和・木村 俊雄	技師による胃読影法1 佐藤 清二	胃集検の効果 佐々木 寿英	
15:00	胃X線直接撮影技術 淀川キリスト教病院 吉本 勝	技師による胃読影法2 松本 史樹	DRの臨床評価 杉野吉則	
16:00	消化管造影での 患者接遇 みどり健康センター 板谷 充子	造影法と画像の見方 (II.胃) 細井 董三	十二指腸潰瘍の X線診断 野本 一夫	
17:00	新X線撮影法の 標準化 今村 清子	造影法と画像の見方 (I.食道) 加藤 久人	造影法と画像の見方 (III.大腸) 長浜 隆司	
18:00	胃の周辺臓器 (X線写真でみる 周辺臓器の異常) 松江 寛人	造影剤 (バリウム・発泡剤)	胃の臨床病理 廣田 映五	
19:00		夕 食	夕 食	
20:00	交流会	フィルム検討会	医師による 症例検討会の実際 司 会 笹川道三 X線診断 石川 勉 内視鏡診断 山口 肇 病理組織診断 廣田映五	
21:00				

日本消化器集団検診学会
 関東甲信越地方会
第36回 放射線部会総会

2004年2月21日(土) 9:30開会
 千葉市総合保健医療センター

- 千葉市総合保健医療センター(千葉みなと駅北口より徒歩3分)
 千葉市美浜区幸町1-3-9 TEL:043-238-9920
- 会長:千葉県立東金病院/佐藤 安男
- 部会世話人代表:日本健康倶楽部千葉支部/山岸忠好
- 参加費:3,000円 ●懇親会費:6,000円

<プログラム>

消化管造影法の変貌と新しい挑戦 ~二重造影法発祥の地千葉より~

9:00 開 場
 9:30 開会の辞 第36回放射線部会実行委員長 坂本 弘一

<一般演題Ⅰ>

座長:労働医学研究会 木村俊雄

- 9:35 1.『撮影経験年数による読影力について』
 栃木県保健衛生事業団 ○神尾 恵子
- 2.『職域胃集検における技師レポートの現状』
 東京医科大学霞ヶ浦病院 ○阿久津 奈緒
- 3.『上部消化管検査における技師読影の現状』
 神奈川県労働衛生福祉協会 ○森村 裕一

<一般演題Ⅱ>

座長:新潟県厚生連豊栄病院 貝沼修吉

- 10:10 4.『胃X線集検の要精検率低減に向けての検討』
 JA山梨厚生連 ○田口 佳久
- 5.『当院の人間ドックにおける一時検査(胃バリウム)と二次検査(胃内視鏡)の一致率について』
 秩父病院 ○山中 隆二
- 6.『「胃癌検診」アンケート調査報告』
 群馬県健康づくり財団 ○蛭川 雅秀

<文化講演>

10:50 マラソンランナー 谷川 真理
 12:00~13:00 昼 食
 4階会議室にて12:00より世話人会を行います

13:00~13:50 <総 会>

<教育講演>

司会:第36回放射線部会会長 佐藤 安男

- 13:50 『胃癌診療の現状-検診から治療まで-』
 ちば県民保健予防財団 瀬崎 徳久
- 14:50~15:00 休 憩

<シンポジウム>

『技師による読影の現状と将来』

司会 神奈川県労働衛生福祉協会 石渡良徳
 亀田総合病院附属幕張クリニック 藤田隆三

- 1. 新潟県労働衛生医学協会新津成人病検診センター 帆苺 隆
 - 2. 厚生連北信総合病院 玉木 功一
 - 3. 青山セントラルクリニック 福原 孝一
 - 4. 亀田総合病院附属幕張クリニック 村岡 勝美
- 特別発言 早期胃癌検診協会理事長 丸山 雅一

<スペシャル鼎談会>

16:20 (未 題)
 進行 日本健康倶楽部千葉支部 山岸忠志

コメンテーター> 国立がんセンター名誉院長 市川 平三郎
 日健会 木村 行俊
 神奈川成人病検診センター 海老根 清二

17:30 閉会の辞 第37回放射部会会長
 18:00 懇 親 会 ホテルポートプラザちば2階ロイヤルの間

消化管運動促進剤

指定医薬品

ガスモチン[®] 錠5mg
 錠2.5mg
 散

(クエン酸モサプリド製剤)

■薬価基準収載



〔資料請求先〕
P 大日本製薬
 〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

※効能・効果、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。

超音波スクリーニング研修講演会 (2003東京)

謹啓 時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。
超音波スクリーニング精度向上を目的に研修講演会を毎年12月に開催しております。
是非ご出席賜りますようお願い申し上げます。 敬具

日 時：平成15年12月13日（土）
午前10時～午後4時 *受付開始：9時30分～
会 場：東京電機大学神田キャンパス7号館丹羽ホール
JR神田駅西口徒歩10分（神田西口商店街経由）
主 催：日本消化器集団検診学会／日本総合健診医学会
超音波スクリーニング研修講演会運営委員会
委員長：竹原靖明（横浜総合健診センター）
会 費：3,000円（資料代含む） *事前登録不要



—— プログラム ——

- テーマ：『超音波画像にみられる偽腫瘍像…悪性腫瘍との鑑別…』
- 10：00～10：10 開会の辞
桑島 章（日本総合健診医学会）
 - 10：10～11：00 『総論 偽腫瘍像発現の機序』
講師：竹原 靖明（横浜総合健診センター）
 - 11：10～12：00 『肝臓』
講師：飯島 尋子（東京医科大学 第4内科）
 - 12：00～13：00 **昼食休憩** 生協食堂が利用できます。
 - 13：00～13：50 『胆道』
講師：岡庭 信司（飯田市立病院 消化器科）
 - 14：00～14：50 『膵臓』
講師：藤本 武利（平塚胃腸病院 外科）
 - 15：00～15：50 『腎臓』
講師：関口 隆三（国立がんセンター東病院 放射線部）
 - 15：50～16：00 閉会の辞
竹原 靖明（研修講演会運営委員会 委員長）

注意）丹羽ホール内での飲食は禁止されています。

問合せ：関東中央病院 画像診断科（担当：山田）
E-mail kensa.gazou@kanto-ctr-hsp.com

消化管の診断に

X線造影剤

◇パウダー製剤

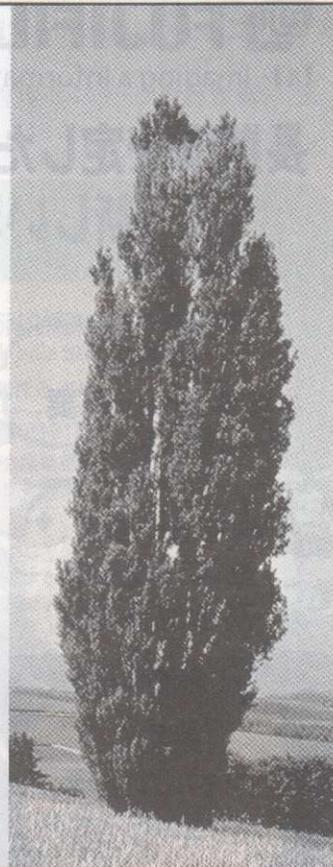
ネオバルギンHD
ネオバルギンS
ネオバルギン共成
バリトップHD
バリトップP
バリブライトP
バリコンクF

◇ゾル製剤

バムスターS130
バムスターS200
バリトップ100
バリトップ120
バリトップゾル150
バルギンS2号
バルギンSゾル3号
バリブライトR

<硫酸バリウム製剤> 薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



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
<http://www.kaigen.co.jp>

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会
『初心者のための腹部超音波検査実技講習会』
(グループ制技術実技指導)

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会
代表世話人 小野 良樹
研修委員長 小島 正久

下記の通り「初心者のための腹部超音波実技講習会」を実施いたします。
当日は小人数グループ制で、実際にプローブを握り技術を習得していただきます。
超音波検査をやりはじめの方、これから超音波検査を行いたい方を対象とした講習会です。
受講ご希望の方は、下記によりお申し込み下さい。

記

主催：日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会
期日：平成16年2月14日(土曜日)
AM9:00~PM4:00(受付8:30~)
会場：公立学校共済組合 関東中央病院 2階講堂
〒158-8513 東京都世田谷区上用賀6-25-1
TEL. 03-3429-1171
・小田急線成城学園駅(南口)より渋谷行きバス
関東中央病院前下車
・田園都市線(新玉川線)用賀駅よりバス
①番のりば関東中央病院下車
・用賀駅よりタクシーで一区間
募集人員：1グループ5名以内(20名程度)定員になり次第
締め切ります。
参加費：会員¥15,000・非会員¥20,000(いずれも昼食・
テキスト代含む)
申込締切：平成15年12月末日必着締切

申込手続：必要事項を記入し下記事務局までお申し込み下さい。
(連絡先住所・氏名・性別・年齢・電話(FAX)・
勤務先・職種・会員No.)
(郵送またはメールでのお申し込みをお願い致します)
※受講確認書は、1月15日頃発送予定です。

プログラム内容：テキストにしたがいグループごとに肝、胆、膵、脾、
腎の解剖や描出の基本手技およびポイントを実際に
プローブをにぎり習得していただきます。

< 申込先 >

〒158-8531 東京都世田谷区上用賀6-25-1
関東中央病院 画像診断科内
メールアドレス / kensa.gazou@kanto-ctr-hsp.com
(電話での問い合わせはご遠慮お願いします)

FUJIFILM

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。

迅速60秒処理。

調液も不要で、
常に安定した
高画質画像。

15ml/四切の
低補充量を実現。

豊富な
フィルム処理
バリエーション。

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

施設紹介

本田技研工業(株)
埼玉製作所健康管理センター



本田技研工業(株)埼玉製作所
健康管理センター

〒350-1392
埼玉県狭山市新狭山1丁目10番地の1
TEL.042-955-5316(ダイヤルイン)
FAX.042-953-1162

＜はじめに＞

当センターは、昭和39年本田技研工業埼玉製作所狭山工場内に診療所として開設され、従業員の健康診断、一般診療を実施してきました。健康診断は胸部については自社で検診車を保有し実施、胃部につきましては外部健診機関に依頼をし実施してきました。

昭和58年健康管理センターとして、施設健診をスタート。成人病健診を主とした、各種健康診断及び2次健診を実施しています。並行して一般診療も実施し、従業員の健康を管理しております。本田技研工業及び本田技術研究所、ホンダエンジニアリングには同様の施設が狭山を含め全国に12ヶ所あり、健康診断を中心に従業員の健康管理に勤めております。

◆設備及び業務

※健康診断部門>胸部X線撮影装置1台、胃部X線撮影装置3台にて成人病健診、主婦健診を実施しております。胃部の要精検率は6.7%、精検受診率は99.8%(2001年成人病健診)でした。

※一般診療部門>一般外来診療のほか一般撮影装置、断層撮影装置、超音波装置、電子内視鏡、心電図装置による健康診断2次検査を実施し、他に疾病管理者を継続管理しております。

◆事業実績

※健康診断部門>成人病健診、主婦健診、定期健診の他、法定特殊健診、行政指導健診、有害業務健診、社内健診、各健診2次検査合計で40,916人(2001年延べ人数)実施しております。

※一般診療部門>一般診療31,573人及び疾病管理者3,245人(いずれも2001年延べ人数)実施しております。

◆スタッフ

常勤医師2名、非常勤医師20名、常勤診療放射線技師2名、保健師3名、看護師10名、薬剤師1名、事務職員2名、他に外部から診療放射線技師1名、看護師2名、医療事務1名、臨床検査技師1名、薬剤師1名の応援のもと、業務を実施しております。

◆現状及び今後の課題

高齢化にともない健康健診における要観察、要治療が増加傾向にある中、健康診断の使命としての早期発見、早期治療の重要性が増してきました。加え『健康日本21』に見られるように「一次予防」が叫ばれてきており、健康診断の精度向上を図りつつ、一次予防に関する施策を展開していくことを求められています。

(健康管理センター/今村雅彦)

《66号掲示板》

第21回 部会研究会総会のご案内

期 日：平成16年5月22日(土)
会 場：札幌市教育文化会館
参 加 費：3,000円
世 話 人：第43回日本消化器集団検診学会総会会長 有末太郎
担当理事：林 學 (ちば県民保健予防財団がん検診センター)
放射線技師部会に関する問合せ先：嘉賀卓資(パブリックヘルスリサーチセンター)

■プログラム
各種講演、シンポジウム、
症例展示、一般演題など
なお、詳細は学会ホームページ
(<http://www.isgms.or.jp/>)
をご参照下さい。

第43回

日本消化器
集団検診学会
総会のご案内

会 長：有末 太郎
(財)パブリックヘルスリサーチセンター札幌診療所 院長)
会 期：平成16年5月20日(木)～22日(土)
会 場：札幌市教育文化会館
〒060-0001 札幌市中央区北1条西13丁目
TEL:011-271-5821
総会事務局：第43回日本消化器集団検診学会総会事務局
〒060-0003 札幌市中央区北3条西4丁目
日本生命ビル7階
JTBイベント・コンベンション営業部内
TEL:011-241-1333

■プログラム>各種講演、シンポジウム、ワークショップ、フォーラム、一般演題など

第12回日本消化器関連学会週間

Digestive Disease Week-Japan 2004 (DDW-Japan 2004)

『個性と連帯』

◇会 期：2004年10月21日(木)～24日(日)
◇場 所：福岡国際会議場福岡サンパレス、
マリンメッセ福岡

- ◆
- 第46回 日本消化器病学会大会
会長 沖田 極 (山口大学消化器病態内科学)
- 第68回 日本消化器内視鏡学会総会
会長 幕内 博康 (東海大学外科)
- 第8回 日本肝臓学会大会
会長 清澤 研道 (信州大学第2内科)
- 第42回 日本消化器集団検診学会大会
会長 今村 清子 (横浜市立市民病院がん検診センター)
- 第35回 日本消化器学会総会
会長 大根 眞 (産業医科大学第3内科)

◇ DDW-Japan2003に関する問い合わせ先 ◇

〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13
銀座オリエントビル9階

DDW-Japan事務局
(TEL : 03-3573-1254 / FAX : 03-3573-2198)
E-mail : ddw2003@ddw.jp

胃潰瘍の診断と治療・今昔

野田市医師会 青木 敏郎

胃潰瘍ほど古くて新しい病気はないだろう。それに日本人には胃腸病は非常に多く、一般に“胃潰瘍になった”といえ、それはストレスが多いとか、アルコールの飲み過ぎとかいわれ、その病気の原因も知られているように、なじみの深い病気で、“胃がん”ではないと判ると、ひとまず安心という病気である。

実際はそうではなくて難しい病気であり、“胃がんの悪性サイクル”を理解していない場合は要注意であり、それに、その病気の発生原因は未だ十分に解明されたとはいえない状態でもある。

以前は胃及び十二指腸潰瘍の発生は“セリエ”のいう胃粘膜の防御因子と攻撃因子のアンバランスによるとされていたが、近年前2因子を調節する調節因子に原因があるとされている。“No acid, no ulcer”の説もくつがえされ、酸がなくても潰瘍は発生すると言われ、最近Hピロリ菌の発見により、潰瘍の発生は感染による、Hピロリ菌を除菌することで、潰瘍の再発、再燃はないといわれるようになった。

そんな病気、胃潰瘍は今世紀中に病因が解明され、かからないようになるだろうか、それともかかっても完全に治癒し、再発はなくなるだろうか、将来の姿を想像してみた。と同時に、昔の胃潰瘍の姿を振り返ってみると、それは人類の病気の歴史と同じ歩みであり、19世紀に入り、急激な進歩が始まり、20世紀後半に現在のような診断と治療の大系が確立している。

そこで、昔といっても近い昔、百年前の胃潰瘍の診断と治療について明治の文豪夏目漱石(1867~1916)の終局の病気であった胃潰瘍とその病状にふれ、昔の状況を述べてみる。

明治の文豪夏目漱石は1867年(慶応3年)新宿区牛込に生まれ、1916年(大正5年)50歳で死去した。病名は胃潰瘍からの反復出血であり、胃潰瘍は10年余の経過をした難治性胃潰瘍であり、易再発性胃潰瘍でもあって、胃がんではない。その詳細の病状とその当時の胃潰瘍の診断及び治療は後述する。

消化性潰瘍の歴史の中で、20世紀後半に見られた最大の出来事は、治療薬としてH2ブロッカーの開発であろう。この薬剤の開発により、治療の主流は外科から内科へ移り、更にH2ブロッカーより1段と強力な酸分泌抑制作用をもつプロトンポンプインヒビター(PPI)が開発され、消化性潰瘍の治療は飛躍的に進歩した。1983年、WarrenとMarshallにより胃粘膜からH.ピロリ菌が発見され、除菌療法をすることで、その後は維持療法なしでも、ほとんどの潰瘍の再発がみられなくなったことである。消化性潰瘍に対し、このような二つの大発見がされ、20世紀初期迄の古い潰瘍の概念は大きく変わった。

胃がん検診で“胃潰瘍です”と診断すると、“胃がんではないですか”と尋ねられる事が多い。胃潰瘍は消化器疾患の中で多い病気であり、現在、胃潰瘍の治療は特

殊な難治性症例を除けば、プロトンポンプ阻害薬(PPI)及びH2ブロッカー(H2RA)の投与により、症状は僅かな期間で消失し、8週間も服用すると、再検査では殆どの潰瘍病変は癒痕に変化をしている。

しかし、消化性潰瘍は、現在も投薬を中止すると容易に再発をするという問題があり、その再発を完全に防ぐことは簡単には出来ない。それに加えてヘリコバクターピロリ菌というウレアーゼ活性をもつらせん状菌が発見され、ピロリ菌は消化性潰瘍の原因の細菌であり、除菌をすると消化性潰瘍はその90%は治癒可能であるといわれている。現在は未だ未解決の問題が多く残されている。

それと同時に、消化性潰瘍発生のメカニズムの一端が覗かれ、その解明の到来も近いような気がする。

人類の歴史上消化性潰瘍は古くHippocrates(BC400年頃)の時代から記載がある。その時代には消化性潰瘍という病気の概念はまだ存在しなかったが、すでに安静・食事・薬物などの治療法はあったようで、それより以前にも、胃痛・吐血・タール便の排泄もあり、それらに対する対処法、治療法もあったと考えられる。

消化性潰瘍の近世における診断及び治療の返還と経過について、概要を述べる。

19世紀以前は消化性潰瘍の病理及び生理については、不確実で模索の状態であった。1829年Cruvelhierにより胃潰瘍の病理解剖・臨床・治療が確立され、内科的治療として安静・食事療法・制酸剤投与・牛乳服用などが始められた。20世紀になり消化性潰瘍の成因・診断・治療は急速に進展した。診断方法の進歩はまず、X線の発見、1895年(明治28年)、次いで1898年(明治31年)、造影剤は蒼鉛食の開発、それから現在も使用させている硫酸バリウムが1910年(明治43年)に開発された。

消化性潰瘍の成因に多くの学説が発表された。機械的刺激説(1923年)、自律神経失調説(1923年)、1936年(昭和9年)Selye.H.らのバランス説が発表された。それは現在攻撃因子と防御因子のアンバランスにより潰瘍が発生するという説で消化性潰瘍の成因の基本とされる説で、潰瘍治療の原点である酸分泌抑制剤と防御因子増強剤の開発をもたらした。近年は、そのバランス説にも問題点が指摘され、様々な調節因子が相互に影響をし、全体として調和を維持しているという考え方である。

消化性潰瘍治療の進歩は、1905年(明治38年)Atropinの使用の始まり、1951年(昭和26年)Banthinが登場し、1956年(昭和31年)抗コリン薬の有効性が提唱された。

1972年(昭和47年)H2ブロッカー(H2RA)の開発、1976年、英国でcimetidineが初めて使用され、潰瘍の治癒率は飛躍的に向上し、潰瘍治療に大きく変革をもたらした。

1974年(昭和49年)プロトンポンプ阻害薬(PPI)が開発され、その制酸効果は抜群であり、消化性潰瘍はPPIの投薬で治療し、外科的治療は減少傾向を示すようになっている。

1983年(昭和58年)胃粘膜にらせん状のH.ピロリ菌が発見され、消化性潰瘍の原因菌とされ除菌療法により潰瘍

は殆ど治癒するといわれている。しかし、現在は多くの問題点がある。まず、多数のH.ピロリ菌の保菌者と潰瘍患者との関係などは解明されていない。外科的治療は、19世紀半ばまでは、胃瘻の手術しか行われていなかったが、1881年(明治14年)、Billrothは胃がんに胃切除術を、1911年(明治44年)Exnerは迷走神経切除術を、1918年(大正7年)Finstererは胃潰瘍の広範囲切除術を完成した。消化器内視鏡の開発変遷は、1868年、Kussmaulによる硬性胃鏡の開発、1932年(昭和7年)Schindlerにより軟性胃鏡の開発、1950年(昭和25年)我国で初めて胃カメラの開発、1957年(昭和32年)Hirshowitzはファイバースコープを発表した。現在は電子スコープも開発され、内視鏡機器として、その診断能力は一気に向上した。消化性潰瘍の歴史の変遷の話は一応ここまでとして、漱石最後の病気、胃潰瘍の話に入ることにする。

漱石は胃潰瘍からの出血により、大正5年(1916年)12月9日、50歳で死去した。

漱石の胃潰瘍がどんな状態であったかは、東京帝国大学長与又郎の剖検記録によりある程度の推測は可能であり、漱石の胃潰瘍は難治性潰瘍であり、胃がんではないとされている。当時、胃潰瘍からの出血に対しての有効な治療法はなく、また吐血や下血が胃潰瘍から起きているとする確実な診断法もなかった。

RoentgenがX線を発見したのは明治28年(1895年)、造影剤にバリウムの開発は明治43年(1910年)であり、明治時代には我国の消化管X線検査についての症例の発表はなかった。

大正2年(1913年)に宮原立太郎は、我国で初めての胃の検査についての論文を発表している。漱石は明治40年(1907年)頃より胃病に悩み、胃潰瘍の疑いで10年間も入退院を繰り返していた。漱石の胃潰瘍の診断も当時は確実なものもなかった、というのはX線検査は明治の末期から大正の始めに開始されたばかりで、勿論内視鏡検査もなかった。治療法も、出血に対しての輸血、輸液・抗潰瘍剤もない状態で手術治療もなく、絶食と腹部を冷す程度のことしか出来なかったようである。

評論家江藤 淳は“人と文学”の評論で、夏目漱石と森鴎外という明治の生んだ二人の巨匠をこう評している。

“その生活と思想のほとんどあらゆる位相を圧倒的な西欧文明の影響下にさらした最初の日本の知識人であったにもかかわらず、常に日本人としての文化的自覚を失わず、一種強烈な使命感によって生きた人々であった。”

漱石29歳で結婚し、人生の孤独と愛の不能感を深めていた。そして一進一退の神経衰弱と神経痛をとまなう糖尿病にも悩まされ続けていた。漱石の文学作品にふれることはしないが、胃潰瘍という病気が、現在の状況からしてその病状を悪化させる病因はいくつも重なりあい、さらに治療の不完全さも加わって病状は難治性となり、易再発性の経過をとったことは想像される。

漱石は“硝子戸の中”(大正4年、朝日新聞連載)の作品の中で、病状をこんなふう記している。死亡の1年前のことである。

“私の病気といえ、いつも極まった胃の故障なので、いざとなると、絶食療法より外に手の着けやうがなくなる。医者命令ばかりか、病気の性質そのものが、私に此絶食を余儀なくさせるのである。だから病み始めより回復期に向かった時の方が、余計瘦こけてふらふらする。一箇月以上掛るのも重に此衰弱が祟るからのように思はれる。”更に“此二三年来私は年に一度位の割で病気をする。さうして床に就いてから床を上げる迄に、畧一月の日数を費やしてしまう。”

当時の胃潰瘍の治療法は、出血した時は絶食療法が優先し、止血期には何か薬を適宜飲んでいたようである。強度の貧血と低蛋白血症で、漱石自身も述べているように、出血時の絶食が体力を非常に消耗させ、止血後もふらふらが以前の状態になかなか復しないことを嘆いていた。

わずか90年前の胃潰瘍の診断と治療の状況であり、医学の進歩が50年早ければ、漱石は更に長生きし、昭和の時代にも活躍し、多彩な能力と豊かな想像力とユーモア性は大きな業績を残すことは確実であったろう。残念でない。

100年前の医学と現在の医学を比較し、その進歩と発展は飛躍的であり、未来への期待も大きい。しかし私達は日新月歩の医学の歩みに遅れないよう日々努力し、研鑽を続けることは必要ではないだろうか。

(本文の大意は2003年3月、千葉県医師会雑誌に発表)



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:ブラウノール
 指定医薬品 薬価基準収載

製造販売元(資料請求先)
三共株式会社
 SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

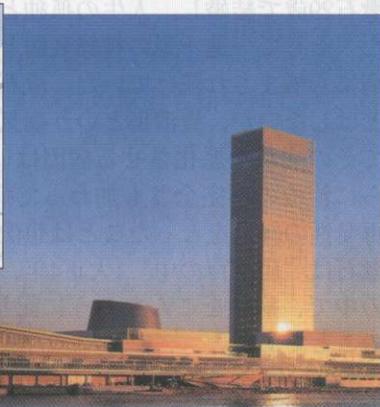
効能・効果、用法・用量及び使用上の注意は添付文書をご覧ください。



第64回

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会

会長：倉品 克明（新潟県医師会長）



準備委員長：佐々木 壽英（新潟県労働衛生医学協会疫学部長）
 開催日：2004年9月4日（土）
 会場：新潟コンベンションセンター（朱鷺メッセ）
 （新潟市万代島 6-1）
 テーマ(案)：市町村合併と消化器集団検診
 事務局：(財)新潟市成人病予防協会
 〒951-8124 新潟市医学町通 2-13
 TEL/025-224-6161 FAX/025-224-6165
 E-Mail/nach@cocoa.ocn.ne.jp
 担当：小柳・田川・岸

平成16年度
 胃がん検診専門技師認定試験に受験される
 方々へお知らせ

平成16年度「胃がん検診専門技師認定試験」についての正式な通知は受けていませんが、例年通り東京にて開催され、期日は平成16年9月5日(日)が予定されているようです。ただし最終決定に至っていないということで、平成16年1月発行予定の「消化器集団検診学会雑誌」または学会のホームページ(<http://www.jsngms.or.jp/>)を参照下さい。
 (林 學)

問い合わせ
 〒112-0014
 東京都文京区関口11-14-7 和田文栄2F
 社団法人日本消化器集団検診学会
 胃がん検診専門技師認定委員会
 TEL: 03-3236-6754

食道から大腸まで

適確診断のために……

薬価基準収載

【硫酸バリウム製剤】

上部消化管X線造影剤

バリテスター[®]A240版 バリトゲン[®]SHD

消化管X線造影剤

バリトゲン[®]HD バリトゲン[®]ゾル145
 バリトゲン[®] バリトゲン[®]ゾル120
 バリトゲン[®]デラックス バリトゲン[®]ゾル
 ウムブラゾール[®]A 流動ペースト

注腸用X線造影剤

エネマスター[®]注腸軟

X線CT用経口消化管造影剤

バリトゲン[®]CT

- X線診断二重造影用発泡剤
バリトゲン[®]発泡顆粒
- 胃内有泡性粘液除去剤
バリトゲン[®]消泡剤
(ジメチコン製剤)
- 緩下剤
ファースル[®]錠
(ピコスルファートナトリウム錠)
- 経口腸管洗浄剤
スクリット[®]

※ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、添付文書をご参照下さい。

FSK 伏見製薬株式会社

●資料請求先 / 学術室

〒763-8605 香川県丸亀市中津町1676 TEL 0877-22-7284 FAX 0877-56-1379

東京営業所 / TEL 03-5328-7801 名古屋営業所 / TEL 052-732-8555 大阪営業所 / TEL 06-6364-7061
 中四国営業所 / TEL 0877-22-7284 福岡営業所 / TEL 092-413-4107 仙台連絡所 / TEL 022-283-6521

やさしさを温もりをもって届けたい。



第10回 「市川杯」開催

去る10月26日・秋晴れの中、第10回「市川杯、百獣の王」コンペが千葉県にある八房ゴルフクラブで開催されました。前回は体調を崩され欠席された市川先生が、お元気な姿で開会の挨拶をされ、いつものユーモラスなお言葉により参加者の緊張を解きほぐし、リラックスしたムードのなか、桜コースから5組18名の選手がスタートをすることができました。

会場となりました八房ゴルフクラブは、房総半島の中央に位置し丘陵な地形にも関わらずあまり高低差のないフラットなコースで、フェアウエーも広く一見攻略しやすいように見えたが、グリーンが早くその上当日は快晴でしたが季節はずれの台風の影響で、ときおり突風が吹き参加者を苦しめました。気温の上昇と共に優勝を目指して熱い戦いが繰り広げられました。その熱い戦いの末大会を征したのは、わが地方会代表でいらっしゃる丸山先生でした。11アンダー（桜コース44、楓コース42ネット61）の成績で優勝を飾り、病気を克服して完全復活をされたことを参加者全員に示しました。第2位には同じ組みでまわり、丸山先生としのぎを削った木村俊雄さん（労働医学協会）放射線部会副代表が10アンダー（桜コース46、楓コース42ネット62）で一歩およびませんでした。3位は出島毅（日立製作所本社健康管理センタ



が10アンダー。2位と同ネットでしたがハンディキャップの差で3位となりました。「百獣の王」は前回獲得した中島唯夫さん（島津製作所）の代わりに出場された同僚の曾川守さんが手中に納め、島津製作所が2回連続で獲得するという珍しい結果となりました。

市川先生は残念ながらブービーメーカーとなりましたが、開催コースの主催で行なわれていた「菊祭りカップ」で見事に入賞され大会のパーティーが大いに盛りまりました。市川先生には遠慮なく市川杯でも入賞して頂きたいので次回に期待したいと思います。

第11回の日程は来年5月頃を予定しております。コースその他の詳細は次号でお知らせ致しますので、奮ってご参加下さいませようお願い申し上げます。



第63回 消化器集団検診学会関東甲信越地方会を終えて

第63回消化器集団検診学会関東甲信越地方会・会長 白井健二
(JA長野厚生連小諸厚生総合病院副院長)

夏の風と空が残る9月5日、長野市JA長野ビルにて第63回消化器集団検診学会関東甲信越地方会を開催しました。出席者は約400数十名と多数で、講演者、発表者、座長、質問者から活発な議論が飛び交いました。参加された学会員こそ学会を盛り上げる主役であることを今更ながら実感しました。市川平三郎先生から特別講演・浜田淳先生（厚生労働省出身）への質問「日本の国民一人あたりの医療費は他の国と比較して少ないのに何故さらに医療費を抑制しようとするのか」は的をえたもので印象に残りました。今会初めて、すべての発表をパソコンプレゼンテーションで行いました。十分な準備の甲斐あって、3会場とも特に問題なく運営できました。参加された会員の皆様と、学会運営委員をはじめ運営に協力された方々に心から感謝いたします。来年の第64回学会は9月4日新潟県開催となり、佐々木寿英先生が多数の参加をよびかける挨拶をおこない閉会しました。



第63回 日本消化器集団検診学会 関東甲信越地方会



いいかげんにしろ 近藤 誠君!

珍説の再登場と

『文藝春秋』の無責任

(財)早期胃癌検診協会理事長

丸山 雅一



(→前号よりつづく)

消えてしまう早期胃がんとは

また、消えたというがんは、発見時にはどのような形態で、大きさは何センチで、潰瘍の合併(がんの潰瘍化がすでにおきているかどうか)があったのでしょうか。また、がんの組織型は分化型(萎縮して老化した胃粘膜に発生するがん)だったのでしょうか、あるいは未分化型(萎縮のない本来存在する胃粘膜に発生するがん)だったのでしょうか。潰瘍の合併がない無垢のびらんがんだったとすれば、その80%は2センチ以下のはずです。

もしも、潰瘍が合併していたとすれば、がん細胞は消えても瘢痕による粘膜ひだの集中が残ります。また、がん細胞が分化型だったとすれば、それが消えた可能性とともに、再生粘膜をがんと誤診した可能性も否定できません。良性潰瘍が治癒する過程のなかで再生してくる幼稚な上皮細胞ががん細胞と誤診されることはまれではありません。私も現在そうであるとしか考えられない患者さんがおり、慎重に経過を観察しているところです。

未分化型がんだったのであれば本当に消えた可能性しかないでしょう。私にも同様な経験があります。およそ20年も前のことです。生検で未分化型(印環細胞がん)のがんと診断された患者さんがいました。診断は陥凹型の早期胃がんだったのですが、すでに潰瘍を合併していました。そしてこの潰瘍というのが、胃を横断するように存在する長い線状潰瘍で、非常に珍しいものでした。正確には、この線状潰瘍の一部の辺縁から採取した生検材料が印環細胞がんでした。ところが、手術の直前に行った二度目の生検ではどうしたことか印環細胞がんは証明されませんでした。こういう場合、つぎの手段としてどうするかというと、まず1~2週間後に再度生検を行います。また同時に、最初の生検を行った日に採取したすべての生検材料を調べ直し、その患者の前後に検査した患者さんから同じ印環細胞が検出されていないかどうかを調べます。

この人の場合には、他の患者さんのがん細胞が混入した可能性はありませんでした。しかし、その後何回生検を繰り返してもがん細胞は検出されません。そして、手術は中止されました。その後、何年間生検を繰り返しておこなったか記憶がはっきりしませんが、少なくとも五年間は3~6か月毎に内視鏡検査と生検を行ったことは確かです。私は、昨年まで、「まだ生きています」と書いたこの人の年賀状を受け取っています。

しかし、です。私はこの経験をもって早期がんは消え

ることもある、とは考えません。これは例外的な症例です。何故、そうなったかということを考えると、この人の胃潰瘍は非常に難治の線状潰瘍でした。がんは、この潰瘍の辺縁の一部にありましたが、それはたまたま辺縁に発生したのであって、潰瘍とは無関係に発生したのでしょう。線状潰瘍が存在する胃の酸度は非常に高いのが一般的ですから、潰瘍が再発、修復を繰り返す過程のなかでがんは脱落してしまった、と考えるのが理にかなっています。

私は、癌研病院に30年間勤務しましたが、その間、癌研病院では手術前の生検でがん細胞を証明して早期胃がんと診断して手術したところ、切除標本にはがん細胞を認めなかった例を経験しています。その数は10例に満たなかったのですが、そういう実例もあるのです。

早期胃がんのおよそ半分は浸潤がん

ただし、このような経験もこれを一般論に敷衍することは危険です。早期胃がんの定義に立ち返りましょう。それは、がんが粘膜内(Mがん)、あるいは粘膜下層にとどまる場合(SMがん)、リンパ節転移や遠隔転移の有無には関係なくその病変を早期胃がんとして定義します。この定義は我が国が作り、今や国際的に認知されているものです。大腸でも早期胃がんの定義は胃のそれと同じです。しかし、食道の場合には、原発巣の深達度は同じですが、転移のないものに限り早期胃がんとして定義します。食道では、がんが粘膜下層に浸潤すると、リンパ節転移が多くなり、治療による生存率が胃や大腸の早期胃がんとは比較にならないほど低くなるからです。

ここで非常に重要なことがあります。それは、早期胃がん全体のおよそ半分(44.7%)はSMがんであることです。(癌研外科における胃癌治療10,000例・癌と化学療法・21巻13号、1994年)。したがって、早期胃がんとはいうものの、その半数には、リンパ節転移の危険があるのです。それでは、早期胃がんの場合、リンパ節転移はどのくらいの頻度でおきるのかといいますと、Mがんでは3.8%、SMがんでは23.0%です。この数字から明らかに、早期胃がんと言っても、粘膜下層にまでがんが浸潤してしまえば(これは浸潤がんとも言う)、少なくとも5人に1人の割合でリンパ節転移が存在するのです。放置すれば、転移リンパ節を起点にしてさらにリンパ節転移が生ずると同時に、肝転移などの遠隔転移の危険が高くなります。

以上のようなことから、早期胃がんを治療しないで放置することは危険です。また、早期胃がんが胃底腺領域(酸を分泌する細胞が存在する部位)にあると判断される場合にも、放置することは非常に危険です。この部位に発生する陥凹型早期胃がんは、スキルスがんに進展すると考えられているからです。

問題は、現在の私どもが過去に比較して格段に進歩したと考えている診断法をもってしても、MがんとSMがんの鑑別は完全にはできないこと、さらに、リンパ節転移の診断はさらにその精度が低いことです。最近、

PET(positron emission tomography)を使えば、どんながんでも検出できるというような宣伝がなされています。しかし、私の知る限り、早期胃がんの全例をPETで発見することは不可能ですし、PETによるリンパ節転移の検出の精度は、高性能のヘリカルCTを越えるものではありません。

「がんもどき」説は幼稚な思いつき

ここで物の考え方を少し変えてみましょう。早期がんという名前が先か、早期がんという実態が先に存在したか、ということを考えてみるのです。当然のことながら、後者です。何故、このような考え方が必要かという、それは、がんの深達度は連続である、ということをごここで再認識するためです。

早期がんとは言え、その約半数は浸潤がん(SMがん)であることはすでに書いた通りです。そして、SMがんの中でも、粘膜下層におけるがんの量が多いものは、固有筋層にも浸潤している確率が高い。同じことが、固有筋層におけるがんの浸潤と漿膜への浸潤の関係でも成立します。

深達度が連続である、という事実の前には、早期がんは進行がんになるのか、という問題は意味を失います。診断学の進歩は、粘膜内にとどまるがんや粘膜下層に浸潤する程度のがんを発見することができるようになった、ということがすべてです。言い方を換えれば、早期がんと進行がんを区別して扱うのは便宜上のことであって、ミリ単位の微笑胃がんから超進行がんまでは連続体を形成して人間のなかに存在する、と考えるべきなのです。その意味においても、近藤誠君の「がんもどき」説は幼稚な思いつきであることは歴然としています。

「文藝春秋」は医学随筆くらいにしておくべき

私は、恩師である白壁彦夫に褒められた記憶はほとんどありません。怒鳴られたり、怒られたりしたことは数限りなくあります。なかでも、自分の行動様式として染みついているのは、論文を書くときに引用する文献の取り扱いについてです。

それは、自分の主張やデータに都合のよい文献だけでなく、反対のことを主張している文献も必ず引用し、自分の論理で論駁しなければならない、ということです。反論するための理屈を考えつくまでは論文は書くな、ということでもありました。

近藤誠君に欠けているのは、まさしくそのことです。いやしくも早期胃がんは進行がんにならない、という自説を主張する場合には、その反対を主張する論文のひとつやふたつは引用して、それぞれの内容を紹介するとともに、自説の正当性を主張するのが、科学論文の基本です。

他人の主張がデータに基づくものであれば、自分もデータを提出するというのも不可欠の手法です。しかし、近藤誠君は、思いつきと、その思いつきを支持する数例の早期胃がんに依拠して自説なるものを展開しているにすぎません。

平均観察期間29ヶ月で、内視鏡的に早期がん(生検でがんを証明したもの)56例中27例は進行がんに進展したという論文(Tsukuma H, ほか, Int J Cancer 1983 April 15;31:421-6)が、1983年に発表されています。この論文を引用せずして胃がんの自然史を語ることは、ふつうはできません。近藤誠君だからできるのでしょうか。また、2000年には同じ著者によるさらに詳細な論文(Gut 2000;47:618-621)が発表されました。この論文は、早期胃がんは比較的長い自然史を有するものの、最終的には進行がんに進展し、放置すれば大部分の患者を死に至らしめる結論しています。

いくら文芸雑誌とはいえ、近藤誠君の論文は、人間の命を左右することにもつながります。したがって、これを書くに際しての定石は押さえておくべきです。著者にできなければ、早期胃がんは進行がんになるという論文はないのか、という念を押す編集者もこの伝統ある出版社にはいないのでしょうか。もっとも、自説だけを臆面もなく堂々と主張する論文こそが「文藝春秋」にふさわしいインパクトのある論文だ、というのが編集長の本音であるならば、私などが何を言おうとどうでもよいことなのかもしれません。

とは言え、近藤誠君がこのような論文を引用しない理由を考えてみるのも一興でしょう。彼に好意的な順番で書くと、まず、Tsukuma(津熊秀明)論文は読んだが、自説にとっては都合が悪い内容なので、意図的に無視した。つぎに、文献データベースは検索したが、この論文を見つけることができなかった。そして、最後に、欧文の文献検索はやらなかった、などの理由が考えられます。

いずれにしても、近藤誠君が『文藝春秋』に掲載した胃がんについての論文の内容は、科学論文ではないということです。『文藝春秋』は近藤誠君の世迷言など掲載せずに、当たり障りのない医学的なエッセイくらいとどめるのが無難です。もっとも、かつてこの雑誌は、いまだ健在である消化器集団検診学会の有賀槐三理事長(当時)を故人にしてしまったほどですから、医学関連記事についてはおおらかな一面があるということは覚えておくべきでしょう。

「がんもどき」説における本物のがんは未知なる存在

話は、近藤誠君の二つめの論文の最後の頁に飛びます。「これに対し本物のがんは、その初期から進行が速い。それで1年前、2年前の検査ではなんともなくても、その後急に育って、「進行がん」「転移だ」(2002年1月号)となるわけです。ただ本物のがんも、いきなり進行がんとして天から降ってくるわけではなく、早期がんの時期を経過します。それゆえ検査が、たまたまそういう時期にあたっていれば、発見した病変が早期がんであっても(どこかに臓器転移があるので)将来再発・転移してくるようになります。」と書かれているパラグラフが本音であるとすれば、近藤誠君の説は、理論足りえないと私は判断します。

(次号へつづく)

編集後記

9月下旬からの異常な円高は10月に入ってもなかなか改善されない。日銀による覆面介入が行われたが、あまり大きな歯止めにはなっていないようだ。10月1日の短観によると、景気は上向き、ということだが、多くの人はそう感じていないようである。国内での消費が落ち込んでいる現在、日本の経済は輸出に頼っている部分が多い。しかし、この予想をはるかに上回る円高のため、思うように資金繰りのいかない企業も多く、先行きの不安を訴える経営者も少なくない。そんな社会情勢を反映し、病院を受診する方も、身体の変調に気づきながら、本当に動けなくなるまで放置し、救急外来の門を叩くようなパターンが増加している印象を受ける。やはり、医療費の3割負担が、受診抑制に与えた影響は大きい。集団検診を行っているうえで、商工会の方々のお話を伺うと自営業の方にその傾向が強いと感じられる。もちろんサラリーマンの方も問題は深刻で、病気をしていることが会社に露見すると、リストラの対象にされてしまうと心配し、早期の検査、治療に躊躇される方も目につく。

集団検診の目的は早期発見、早期治療であるが、かかりつけ医の位置づけもその点において大きく寄与する。身近に信頼のおける、かかりつけ医をもつことで早期に異常を指摘することができ、治療が可能な中核病院に紹介され、的確な治療を受けられる。しかしながら、地域住民の声を聞くと、かかりつけ医を利用するという意識はまだ希薄である。先日知人が顔面神経麻痺を患い、近医を受診したところ総合病院を勧められたので、受診したいと言ってきた。紹介状は書いてもらったのか、と聞くと歯科と内科を受診したがどちらからももらっていないという。紹介状を持参すると、初診料が安くすむ、ということを知らなかった。近医でも総合病院の耳鼻科にかかるよう勧めただけで、紹介状の話はでなかったという。しかたがないので、もう一度近医に行き、紹介状をもらってくるよう説明した。なぜ受診時に紹介状をくれなかったのか、と彼は合点がいかない様子であった。行政や、医師会は制度を変えるばかりではなく、指導、啓蒙にもっと力をいれるべきであろう、と痛切に感じた。知らなければ損をす

る、ということが世の中には多すぎる。

この一件のあと「良い病院・悪い病院」というのをテレビで見た。良い、悪いの判断を胆石症の発症から手術、退院までを通して判断していた。判断基準その1「初診時に紹介状を持っているか聞く」良い病院は、紹介状を持っているか聞き、他院にかかっていたら紹介状をもらってくることをすすめるという。悪い病院は紹介状がないのいいことに、高額設定した初診料を徴収するらしい。この段階では当院の位置づけを「良い病院」にすることができたなあ、と思った。その他の判断基準は次のようであった。「病院の都合で差額ベッドを使用する際は差額を請求しない」、「入院日数が少なくすむ腹腔鏡下手術を勧める」、「明細が記載された領収書を発行する」というものであった。非常に当然のことのようであるが、患者の視点からは不透明なことが多く、そこを利用している医療機関もまだまだ存在しているということなのだろう。

国立病院を中心としてDPCに基づいた包括医療制度がスタートしたわけだが、米国型DRGでは、多くの急性期病院が淘汰されたという。選ばれる病院、淘汰される病院というのが、われわれにも現実になったわけだ。患者にとっての「良い病院」というのは最低の条件になる。これからは「良い病院」でなければ来てくれないわけだから。しかもそれだけでは生き残れない。疾病、プロセスごとに支払われる額が決まっているわけだから、コスト、行為をミニマムにする必要がある。多くの矛盾、葛藤が現場には生じるだろう。治療に必要な行為、物品を必要なだけ(もちろん制限はあったわけであるが)駆使してきたスタッフにとって膨大なストレスが襲いかかると想像される。

流転の激しい情勢のなかでも、やりがいを持って質の高い医療を提供したい。誰もが感じていることである。しかし、現実には思う様にならないことが多い。ついつい、昔は良かった。あの頃はやりやすかったなどと振り返りがちになる。だが、活路は過去にはないのである。しっかりと長期展望を持ち、変化に対しては迅速かつ柔軟に対応していくことが必須である。

(J A長野厚生連 小諸厚生総合病院 画像診断センター
/水澤 幸博)

編集委員

編集委員長

林 學	米倉 福男	假屋 博一	竹林 章子
青木 敏郎	長谷川信久	山本 美穂	今井 仁彦
今井 貴子	水沢 幸博	舛屋ハツ子	

投稿はE-MAILで→→→ アドレス: maruyama@soiken.or.jp