

消化器検診 Newsletter

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

No. 69

[日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会機関紙]

これからの胃がん検診

～血清学的リスク診断の併用による、間接レントゲン胃がん検診の効率化への提言～

東邦大学医学部消化器内科
 笹島雅彦 三木一正

<はじめに>

間接レントゲンによる逐年胃がん検診は、有効性の認められた唯一の胃がん検診であり、今後とも胃がん検診の中心的手法であることは間違いない。しかし受診率の低下、受診者の固定化が問題になっていることは、本学会でも問題として何度も取り上げられてきている。

一方簡便な血清診断であるペプシノゲン法の実施が広まっているが、その胃がん検診としてのエビデンスは確立されていない。

H.pylori感染と胃がんの関連については、国内外の基礎的研究や疫学調査によって明らかにされつつあるが、わが国における感染率の高さから、胃がんスクリーニングへの応用については、現状では否定的である。

これまで我々は厚生労働省研究班として胃がんの血清学的診断の可能性を研究してきたが、血清診断であるペプシノゲン法、H.pylori検査によって胃がんのハイリスクグループを設定し、現行の逐年レントゲン検診をリスクに応じた実施に再編することで、胃レントゲン検診の抱える問題を解決し、胃がん検診を効率化することができるのではないかと考えている。

<わが国の胃がん検診の実施状況と有効性>

1) X線法による胃がん検診の実施状況

X線法による胃がん検診は、昭和30年代より実施されており、昭和58年には老人保健法という法的基盤も整備された。老人保険事業としての胃がん検診の実施状況は表1のようにまとめられる。

X線法による胃がん検診の受診者数は老人保険事業の開始された昭和58年度には220万人であったものが、平成5年度には約2倍436万人まで増加したが、その後は漸減に転じ平成11年度には417万人になっている。40歳以上人口に占めるカバー率もピーク時の平成5年度でも7.5%に過ぎない。この数字には職域検診や人間ドックにおける胃がん検診の受診者数は含まれていないので、実際にはもっと多くの胃がん検診受診者があることが推定されるが、その実態は把握されていない。

受診者の漸減傾向、また統計値には現れない受診者の固定化という問題があり、X線法による胃がん検診は手詰まりの状況にあるといえ、現在ひろまりつつある、ペプシノゲン法による胃がん検診が注目される理由もここにある。

表1 老人保健事業による胃がん検診成績の年次推移
受診者数も40歳以上人口に対する受診者数の割合も昭和58年度から増加傾向にあったが、平成5年度をピークに以後漸減傾向であった。この間胃がん検診率は0.14~0.15%とほぼ一定であった。

年度	受診者数	カバー率	要精検者数	要精検率	精検受診率	発見者数	検見率
昭和58年度	2,204,589	4.56	—	—	—	—	—
昭和59年度	2,628,382	5.35	409,427	15.56	—	3,598	0.14
昭和60年度	2,974,208	5.69	464,575	15.62	—	4,252	0.14
昭和61年度	3,326,421	6.36	512,483	15.41	—	4,916	0.15
昭和62年度	3,631,285	6.95	544,067	14.98	—	5,450	0.15
昭和63年度	3,729,591	6.92	560,721	15.03	—	6,650	0.15
平成元年度	3,874,541	6.97	565,871	14.60	—	5,991	0.15
平成2年度	4,048,233	7.10	578,650	14.29	—	6,016	0.15
平成3年度	4,162,911	7.15	584,499	14.04	—	5,952	0.14
平成4年度	4,152,338	7.00	586,321	14.12	79.5	5,962	0.14
平成5年度	4,365,094	7.25	604,444	13.85	79.1	6,341	0.15
平成6年度	4,296,975	7.05	562,681	13.79	77.9	6,187	0.14
平成7年度	4,263,800	6.85	573,223	13.44	79.1	6,087	0.14
平成8年度	4,244,456	6.73	553,212	13.03	78.0	6,043	0.14
平成9年度	4,272,814	6.71	538,595	12.61	77.2	6,264	0.15
平成10年度	4,186,620	6.51	518,450	12.38	77.1	5,995	0.14
平成11年度	4,171,075	6.43	496,766	11.91	77.0	6,000	0.14

(昭和58年～平成10年度老人保健事業報告、平成11年度地域保健・老人保健事業報告内：文献1より)

表1

2) ペプシノゲン法による胃がん検診の実施状況

全国の32584市区町村のうち、2664市区町村(81.8%)が回答した結果、および全国のがん検診実施施設178のうち126施設が回答した結果は表2のとおりであっ

表2 ペプシノゲン法による胃がん検診の実施状況

ペプシノゲン法による胃がん検診は、平成12年度の時点では全国の市町村のうちの数パーセントとわずかにしか実施されていなかったが、がん検診実施施設では40%を超える施設ですでに実施されていた。

調査対象の種類 (対象数)	平成11年およびそれ以前の実施数 (%)	平成12年度の実施数 (%)	平成12年度の実施予定数 (%)
全国市区町村 (3,258)	63 (2.4%)	56 (2.1%)	19 (0.7%)
がん検診実施施設 (178)	48 (41.4%)	48 (42.1%)	0 (0%)

※ 回答数2,661における割合 ※ 回答数2,652における割合 ※ 回答数1,161における割合 ※ 回答数1,141における割合
 (新たながん検診手法の有効性評価(実施状況)に関する調査)報告者:文獻2より)

表2

表3 間接胃X線検査による胃がん検診の有効性に関する症例対照研究のまとめ

通常の後ろ向き症例対照研究でも、前向きのコホート内症例対照研究でも、いずれにおいてもオッズ比は1を下回っており、間接胃X線検査による胃がん検診の胃癌死亡率減少効果が示されていた。

報告者(文献)	Oshima A. et al	Fukuo A. et al	阿部隆介ほか	坪野吉幸ほか
報告年	1986年	1995年	1995年	1999年
研究地域	大阪府	宮城県	千葉県	宮城県
症例:対照 (男性)	54:156	126:364	527:1,552	男女合計で27:270
(女性)	37:105	72:213	293:861	(コホート内症例対照研究)
(総数)	101:261	198:577	820:2,413	
胃癌死亡に対する過去1年度でも受診歴ありのオッズ比 (95%信頼区間)	男性:0.905 (0.338~1.045) 女性:0.382 (0.185~0.785)	男性:0.32 (0.19~0.53) 女性:0.63 (0.34~1.16) 総数:0.41 (0.28~0.61)	男性:0.371 (0.242~0.568)** 女性:0.458 (0.203~0.797)**	男女合計において 粗オッズ比*** 補正オッズ比*** (コホート内症例対照研究) 0.21 (0.05~0.94) 0.20 (0.04~0.96)

※95%信頼区間 **99%信頼区間 ***胃がん死亡に対する1年以内に一度でも受診歴ありのオッズ比
 補正オッズ比は、胃十二指腸潰瘍発症歴、胃癌家族歴、喫煙、緑色野菜・黄色野菜・豆物の摂取頻度を補正

表3

た。すなわち平成12年度においてペプシノゲン法による胃がん検診を実施していたのは、実施予定も含めても全国市区町村のうち5%以下であったが、全国のがん検診施設では40%を超える施設において実施していた。厚生省がん研究助成金による「血清ペプシノゲン法による胃がんスクリーニングに関する研究」班で把握していた地域および職域などにおけるペプシノゲン法による胃がん検診の実施施設に対する調査結果³⁾では調査対象の58施設のうち30施設(57%)から回答があり、うち逐年検診として実施していた施設は平成5年度より毎年2~3施設ずつ増加し、平成12年度で23施設になっていた。またこれまでの総受診者数は276,263人であった。

このように、ペプシノゲン法による胃がん検診は年々増加傾向にあり、今後も広がっていく者と予想される。

3) 胃がん検診の有効性の評価

胃がん検診の評価は症例対照研究の手法によって評価されたものが中心である。この手法は、症例群

(胃がん死亡者)と対照群(胃がん死亡者と同一地域の同性で年齢がほぼ同一の生存者)の過去の胃がん検診受診歴を調査し、症例群が対照群よりも胃がん検診をあまり受診していなければ、胃がん検診受診しなかったために胃がんで死亡していた可能性が推定される、という考え方である。

これまでわが国では、間接X線法による胃がん検診を評価したものが、表3に示すように4つ報告されており、いずれの研究においても、オッズ比は1より小さいという死亡率減少効果が観察されたが、健康に関心が高く、健康度も高い人が、がん検診を受けやすいということによって起こるセルフセレクションバイアスがいずれの研究でも抑制されておらず、効果が幾分過大評価されている可能性は否定できない。

ペプシノゲン法については死亡率減少効果に関する疫学報告は今のところなく、現在、厚生労働省厚生労働科学研究費補助金による「胃がん検診におけるハイリスクストラテジーに関する研究」班(三木班)において検討中である。

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金による「がん検診の適正化に関する調査研究事業 新たながん検診手法の有効性評価」(久道班)は、わが国で公的施策として行われ普及しているがん検診と、新たな手法を用いたがん検診について、死亡率減少効果を中心とする有効性、統一的方法と基準によって評価することを目的に、文献調査をもとに評価を行っている。

平成12年度久道班報告書において、H.pyloriに対する血清Ig-G抗体測定による胃がん検診は「胃がん死亡減少効果に関する研究がなされていない。しかし胃がんスクリーニングとしての精度が劣ることや陽性率が高い点から推奨できない。今後の課題として、ペプシノゲン法と併せて、胃がん危険群設定の観点からの研究が必要である」と結論づけられた。

目次

これからの胃がん検診 1

リレー随筆

- ・「米国医療の印象」/白井 健二 10
- ・「なんちゃって愛犬家!!」/奥田 圭二 11
- ・もうひとつの故郷/金城 久利 11
- ・あるがまま/竹林 章子 12

第27回消化管造影技術研修会受講のご案内 14

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会

- 第37回放射線部会総会 15
- 超音波スクリーニング研修講演会 16

「初心者のための腹部超音波検査実技講習会」... 17

第65回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会大会 18

視点・病後の怒り。北京で考えたこと。 19

第64回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会を終えて 20

第64回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会に参加して 20

第6回超音波部会超音波研修会(八海山セミナー)に参加して 21

施設紹介 22

69号掲示板 23

珍説の再登場と「文藝春秋」の無責任 24

編集後記 28

表4 がん検診「評価判定」のまとめ

I 群	
1-a	検診による死亡率減少効果があると、十分な根拠がある。 検診による子宮頸がん検診 検診による乳がん検診 (50歳以上) 便潜血検査による大腸がん検診
1-b	検診による死亡率減少効果があると、相応の根拠がある。 胃X線検査による胃がん検診 検診による乳がん検診 (40歳台) 胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用による肺がん検診 (日本) 肝炎ウィルスキャリア検査による肝がん検診
1-c	検診による死亡率減少効果がないと、相応の根拠がある。 ヘリコバクター・ピロリ抗体測定による胃がん検診 胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用による肺がん検診 (欧米) 直腸検診による前立腺がん検診 検診による乳がん検診
1-d	検診による死亡率減少効果がないと、十分な根拠がある。 なし
II 群	
検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの。また、この中には、検査精度や生存率等を指標とする予備的な研究で効果の可能性が示され、死亡率減少効果に関する研究が計画または進められているものを含む。	
血清ペプシノゲン検査による胃がん検診 ヒトパピローマウィルス感染検査による子宮頸がん検診 細胞診による子宮体がん検診 超音波断層法 (経膈法) による子宮体がん検診 超音波断層法単独による卵巣がん検診 超音波断層法と腫瘍マーカーの併用による卵巣がん検診 検診による乳がん検診 らせんCTと高危険群に対する喀痰細胞診の併用による肺がん検診 超音波検査による肝がん検診 前立腺特異抗原 (PSA) 測定による前立腺がん検診	

a) 肝がん罹患率減少効果

表4

表5: 胃がん検診について現在問題になっていること (複数回答)

内 容	検診数 (%)
受診者数の伸び悩み	126 (69.9)
受診者の固定化	107 (58.5)
精検受診率の低迷	56 (30.6)
胃がん発見率の低迷	25 (13.7)
健診者が数回にわたる早期がん割合の低迷	13 (7.2)
レントゲン技術の不足	20 (10.9)
読影医の不足	29 (15.8)
看護婦・保健師の不足	5 (2.7)
医療費の不足	7 (3.8)
レントゲン装置、レントゲン検査機器の老朽化や不足	48 (26.2)
検診実施態勢の悪化	14 (7.7)
検診料金の軽減上の問題	43 (23.5)
市町村との連携・協力体制の問題	32 (17.5)
その他	10 (5.5)

胃がん検診方法の再検討委員会報告、日消集検誌 Vol140 No3: 282-293, 2004 より

表5

ペプシノゲン法に関しては「胃がん死亡率減少効果が行われておらず、評価を保留する」とされている。(表4)

同報告書において推奨される胃がん検診の手法は、逐年の間接胃X線検査法だけである。

<現在の胃がん検診の問題>

現行の胃がん検診については、当学会胃癌検診方法の再検討委員会 (江江正委員長)、平成14年の報告書に、胃癌検診実施機関からみた問題点がまとめられている。(表5) そのなかで、胃がん検診について現在問題になっていることの上位4つ、受診者数の伸び悩み、受診者の固定化、精検受診率の低迷、胃がん発見率の低迷は密接にリンクした問題であるとおもわれる。受診者数の低下や固定化によって、胃がん発見率は低下し、国民の胃がん検診に対する信頼は揺らぎ、ますます受診者数は低下する。

内視鏡が著しい進歩を遂げている現在、消化器診療の中心は内視鏡となっており、臨床現場において

胃X線検査の実施件数は急速に減っている。我々の知る範囲でも、ルーチンの胃透視検査枠を廃止した大学病院も多くあり、若手医師、放射線技師を中心に、いわゆる 'X線離れ' が進んでいる。そのため撮影技術、読影力は確実に低下している。施行者側の資質の低下から、X線法による胃がん検診の精度が低下しているという問題は、胃がん検診の存在基盤を揺るがすものである。

精度の低下は胃がん発見率の低下だけでなく、偽陽性率を高めてしまうことになる。条件の悪い写真と診断能の劣る読影医、そして内視鏡中心の臨床教育によって、安易に内視鏡診断にゆだねてしまうため、要精検率はいたずらに高くなってしまふ。その結果精検を受けても異常なしという受診者が多くなり、「精検を受けても仕方がない」という受診者が増え、精検受診率の低下を招くことになる。

我々は何らかの手段でこの悪循環を断ち切らなくてはならない。

間接レントゲン検診の信頼を回復するには、いかによい条件の撮影を行い、しっかりと読影を行うか、そしてそれを一施設の問題ではなく、標準化できるかにかかっている。

病変描出能については、高濃度バリウムの導入により向上が計られてきている。従来の間接X線法における偽陰性、すなわち見逃し症例のフィルムの見直しから、その原因の第一は胃粘膜へのバリウムの付着不良である。バリウムの付着性を向上させるために、バリウム濃度と量を、従来の100~140W/V%、200mlから、180~220W/V%、150mlとした高濃度バリウムを用いた間接胃集検が実施されるようになった。

今のところ、高濃度バリウム使用による胃がん発見率の向上に関するエビデンスはない。しかし、これまでの間接X線法による発見胃がんの示現能には、間接所見ややぶにらみ例も含まれていると考えられるが、高濃度バリウム使用により、正確な病変示現による診断が容易になっている。

高濃度バリウムを用いた撮影法については、当学会の胃X線撮影法 (間接・直接) 標準化委員会 (今村清子委員長) において、二重造影を中心とした標準化が答申されている。新撮影法では、これまで盲点になりがちであった前壁病変の描出にも配慮されている。私的感想ながら、新撮影法は内視鏡に慣れた者にもわかりやすい構成になっており、読影医を再教育しやすいのではないだろうか。

今後多くの施設で高濃度バリウムを用いた新撮影法が定着することで、胃X線検診の精度が上がることで期待される。

<ペプシノゲン法による胃がん検診>

1) ペプシノゲン法の理論

ペプシノゲン (PG) は消化酵素ペプシンの前駆体で、PG I、PG IIのサブタイプがある。血清PGは幽門腺側から口側に進展する胃粘膜の萎縮性変化を反映して低下し、コンゴレッドを用いた色素内視鏡にて診断した胃粘膜萎縮に伴う腺境界の上昇と、血清PG I値およびPG I/II比の低下には、高い相関が認められる。(図1)

また慢性萎縮性胃炎は分化型胃がん、胃腺腫の発生と密接な関連があることが、多数の疫学的調査や動物実験などの基礎研究によって明らかにされている。(図2)

慢性萎縮性胃炎と胃がんと関連、そしてペプシノゲン値と慢性萎縮性胃炎との相関を胃がん検診に応用したのがペプシノゲン法である。

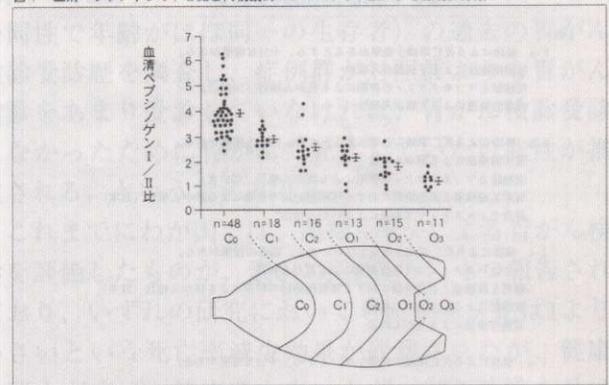
厚生省(現厚生労働省)三木班では、11,707人のボランティアに対して、内視鏡とペプシノゲン法を同時施行した。

内視鏡をゴールドスタンダードとすると、基準値(PG I 70 μg/lかつ I/II比3.0以下)を用いたペプシノゲン法の精度は、胃がん発見率0.44%(発見胃がん51例)、偽陰性率20%(偽陰性胃癌13例)、陽性反応的中度1.5%であった。(表6)

富山県において7検診機関(カバー率82.2%)従業員5,567名(男性3,791名、女性1,776名、平均年齢男女ともに48歳)を対象としてX線(間接または直接)法とペプシノゲン法を同時に行い、10名(早期胃がん9名、進行胃がん1名)を発見した1)。X線法とペプシノゲン法の①要精検率、②精検受診率、③胃がん発見率、④陽性反応的中度は、それぞれ①12%、24%、②55%、52%、③0.05%、0.18%、④0.8%、1.4%であり、ペプシノゲン法はX線法と遜色のない結果を得ている。

多施設における605例の胃がん症例の術前PG値を検討したところ、ペプシノゲン法陽性率は65%であったが、このうち人間ドックで発見された胃がん症例184例に限ってみるとペプシノゲン法陽性率は85%であり、無症状者に対する胃がんスクリーニングにおいて、ペプシノゲン法は有用であることが示唆さ

図1 血清ペプシノゲンI/II比と内視鏡的コンゴレッド法による腺境界分類



Miki K, Ichinose M, Shikiza A, et al. Serum pepsinogen as a screening test of extensive chronic gastritis. Gastroenterol Jpn. 22: 133, 1987. より

図1

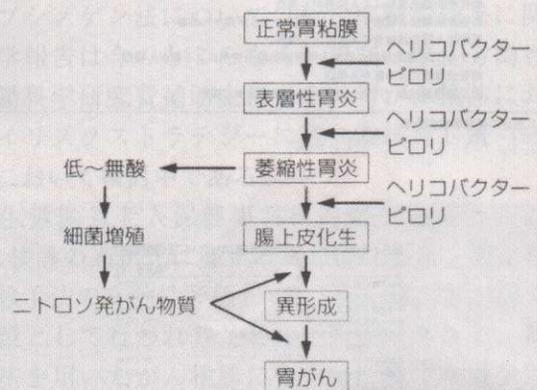


図2 Correaによる胃がん発生の仮説

(Correa P: Cancer Res 48: 3554-3560, 1988より引用改変)

図2

れた。(表7)

またペプシノゲン法で発見される胃がんは早期の分化型胃がんで、内視鏡的切除可能なものが多く、救命率が高いことも特徴である。

ペプシノゲン法による胃がん検診を節目検診の際に受診した約5,500人を受診日から5年間追跡し、基準人口を日本全体として胃がん死亡のSMR(標準化死亡率)を算出した。胃がんのSMRは0.3を若干超える値であり、SMRの95%信頼区間は1を含まないで1未満に分布しており、全国の胃がん死亡状況と比較して統計学的に有意に胃がん死亡率が低下していた。セルフセクションバイアスの影響は否定できないが、ペプシノゲン法による胃がん検診の胃がん死亡率減少効果を示唆する結果であった。

2) ペプシノゲン法の問題点

多くの自治体、職域、人間ドックにおいてペプシノゲン法を導入し、検診受診率、胃がん発見率、発見胃がん1例あたりのコストが、間接レントゲンと比較して向上したという報告は、当学会においても多数なされている。

表6 内視鏡をゴールドスタンダード(至適基準)としたペプシノゲン法の胃癌発見精度

報告者(年)	人数	発見数	発見率	感度	特異度	陽性反応的中度
北原(1995~96)	5,113	11	0.22%	85%	74%	0.9%
小松(1996~97)	1,000	5	0.50%	83%	77%	1.7%
井上(1995~96)	2,870	12	0.42%	86%	72%	1.5%
西沢(1995~97)	2,724	23	0.84%	74%	71%	2.1%
合計	11,707	51	0.44%	80%	70%	1.5%

【三木一正: 血清ペプシノゲン値による胃がんスクリーニングに関する研究. 厚生省がん研究助成金平成10年度報告集(9-8), 1999: 39-41より引用】

表6

表7 胃癌症例のペプシノゲン法陽性率

全症例		64%(388/605)
病期	早期	62%(211/339)
	進行	67%(177/266)
組織型	分化	72%(241/335)
	未分化	54%(147/270)
一次スクリーニング	A群	55%(231/421)
	B群	85%(157/184)

ns: no significant difference (χ² test)
 A群: 外来初診群 B群: 人間ドック初診群

三木正一, 胃腸病, 清水健(1)編: ペプシノゲン法陽性率および陽性胃癌の臨床疫学学的検討, 日消集検誌 38(1): 292-304, 2000, より

表7

しかし、それはペプシノゲン法の有効性を支持するものではなく、エビデンスに先行して実施が拡大しているきらいがある。

ペプシノゲン法を単独の胃がん検診として実施する場合の問題点は、陽性率（要精検率）が高いこと、また胃がんそのものではなく、萎縮性胃炎を診断しているため、ペプシノゲン法陰性胃がんが存在し、未分化の進行がんが含まれる可能性があること、内視鏡精検が十分に行える環境でなくては実施できないこと、血清診断のため受診者が胃がん検診を受診したという感覚に乏しく、陽性者の精検受診率が低いことなどがあげられる。

ペプシノゲン法の年代別陽性率は図3のとおりであり、年代が上昇するとともに陽性率も上がるため、スクリーニングには適さないという指摘もある。PG I 70 μg/l かつ I/II 比3.0以下の陽性基準値(+)以外に、PG I 50 μg/l かつ I/II 比3.0以下を中等度陽性(2+)、PG I 30 μg/l かつ I/II 比2.0以下を強陽性(3+)というカットオフ値を設定し、集団全体の陽性率や精検対応能力に応じてカットオフ値を使い分けるといった方法もとられているが、本質的な解決にはならない。

陰性胃がんの対策として、X線法と同時併用したり、ペプシノゲン法陰性者に対してX線法を行う2段階法で実施するなどの工夫を行っている施設も多く、厚生労働省三木班でもX線法と併用を推奨している。

3) ペプシノゲン法の具体的実施法

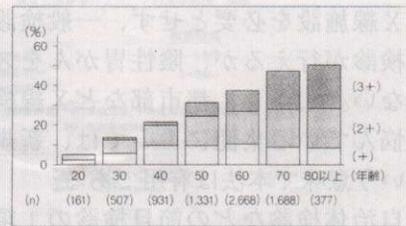
厚生省研究班(三木班)では具体的実施法として、従来のX線法を補完するという立場から、4つの実施方法を答申している。(図4)

①同時併用法

ペプシノゲン法とX線法での発見胃がんが異なる点から(図5)同時併用は理想的と言えるが、検診コストが高くなり、二次精検率も高くなってしまいうデメリットがある。

図3 健康人でのペプシノゲン法の判定結果

健康人11,000名の判定結果を年齢別にみると、年齢とともに陽性率が増加し、とくに(2+)(3+)の割合が増加していく。

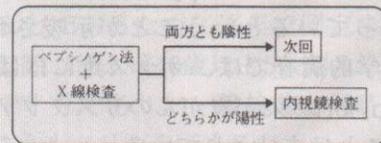


(吉原正治他: ペプシノゲン法の具体的実施法, 三木正編, ペプシノゲン法ハンドブック-21世紀の胃がん検診のために, メジカルビュー社, 東京, 2001, 16-28より引用)

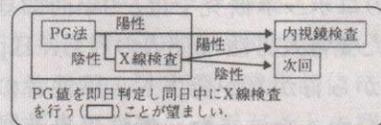
図3

＜胃がん検査の最新動向＞

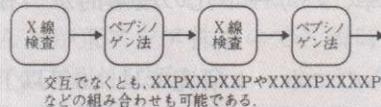
(1)同時併用法 □ は同一年度であることを示す。



(2)二段階法



(3)異時併用法



(4)単独法

図4 ペプシノゲン法の具体的実施法

吉原正治: ペプシノゲン法の具体的実施法ペプシノゲン法ハンドブック(三木正編), メジカルビュー社, 東京, 66-28, 2001, より

図4

PG法, 間接X線法ともに要精検



図5 同時受診者各群の胃癌発見率

吉原正治, 岡井浩治, 春岡 賢ほか: ペプシノゲン法による胃癌検診の評価-間接X線法同時実施者における比較検討, 日消集検誌 32(1): 15, 1994, より

図5

②二段階法

早期がんをペプシノゲン法で拾い、陰性進行がんを見落とさないためにX線法を行う併用法。ペプシノゲン法の判定を即日に行い、同日にX線を施行する二段階同日判定法が望ましい。

③異時併用法

ペプシノゲン法とX線法を隔年で行うなど、実施年度をずらして施行する方法であり、都市部の地域検診など流動性の高い集団では実施しにくいですが、職域など固定集団においては有効。

④単独法

X線施設を必要とせず、一般検診の採血と同時に胃検診が行えるが、陰性胃がんをスクリーニングできない。しかし、都市部などX線検診受診者数が伸び悩んでいる集団においては、新規受診者層の開拓という意味で本法は有用である。

自治体検診などの節目検診の1項目としての実施も有用である。

<H.pylori検査と胃がん検診>

多くの基礎実験によってH.pylori感染は胃がん発生に密接に関わっているということが示唆されている。国内外の疫学的調査では、オッズ比にはばらつきはあるが、H.pylori感染が胃がんのリスクファクターであるということは支持されている。

Ohataらのコホート研究では、9年間に亘る追跡調査を行いえた健常人男性4,655人のうち、H.pylori感染陽性者のみから胃がんが発生し、陰性者の健常人からの発生はなかった。また、慢性胃炎進展に伴って胃がん発生率、ハザード比の段階的かつ有意な上昇を認めた。

Uemuraらのコホート研究では、6年以上経過を観察しえた1166例のうち、H.pylori陽性者920例から31

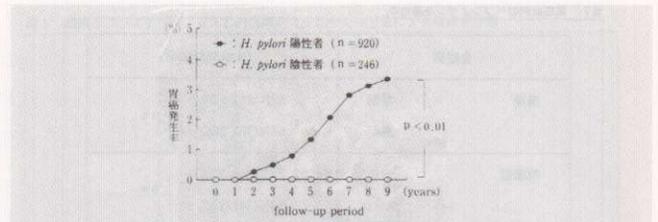


図6 H. pylori感染の有無と経過観察中に発見された胃癌

Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et. al: *Helicobacter pylori* infection and the development of gastric cancer. Long-term endoscopic follow-up study. *Gastroenterology* 114(suppl.):2285, 2000 より

図6

表8 各群における翌年度以降(1~5年)発見された胃癌の頻度

PG法	血清 Hp 抗体価	
	(-)	(+)
(-)	0% (0/823)	0.17% (3/1,755)
(+)	1.45%** (14/967)	

H. pylori 判定保留群: 0% (0/305)
** : p < 0.01 (vs A群, B群)

井上和彦: ペプシノゲン法と H. pylori 抗体検査併用の可能性 臨床消化器内科 2002, 17:1591-1598 より

表8

例 (3.4%) の胃がんの発生を認め、H.pylori陰性者246例からの胃がん発生は皆無であった。(図6)

井上は内視鏡による胃がん検診の現場で、3,851人

消化管の診断に

X線造影剤

◇パウダー製剤

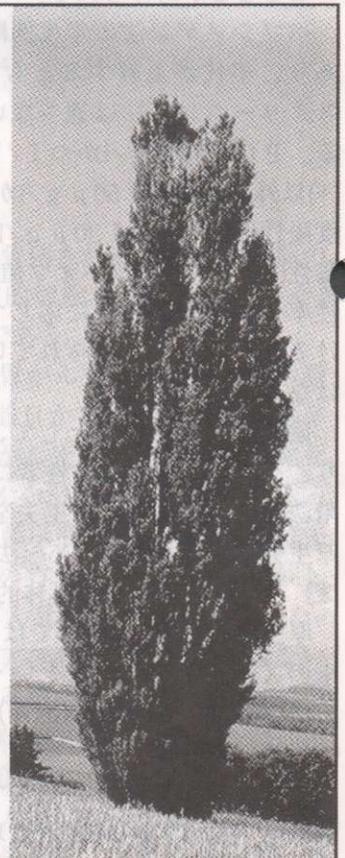
- ネオバルギンHD
- ネオバルギンS
- ネオバルギン共成
- バリトップHD
- バリトップP
- バリブライトP
- バリコンクF

◇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>

に対しペプシノゲン法との組み合わせでH.pylori抗体を同時測定し、H.pylori抗体 (-) P G (-) をA群、H.pylori抗体 (+) P G (-) をB群、H.pylori抗体 (+) P G (+) をC群と分類し、検診実施翌年以降の経過観察結果を報告している。それによるとC群から14例、B群から3例の胃がんが発生し、A群からの胃がん発生は認めなかった。(表8)

これらの3つの報告から、H.pylori抗体測定の胃がん検診への応用が期待できるが、わが国の40歳以上のH.pylori感染率は70%を超えるため、H.pylori抗体測定を単独で胃がん検診として実施することは困難である。

前述した厚生労働省久道班報告にもあるように、胃がん検診としてのH.pylori抗体検査を支持するエビデンスは今のところなく、有効性は否定的である。しかし久道班報告書で付記されている「ペプシノゲン法と併せて胃がん危険群の設定」することによって、現状の胃がん検診が抱えている問題点を改善することや、効率化することが可能になるのではないかとわれわれは考えている。

< 血清診断による胃がんリスク診断 >

1) ペプシノゲン法とH.pylori抗体検査による胃がんハイリスクの絞込み

厚生労働省三木班が、ペプシノゲン法による胃がん検診を実施している5,000人規模の職域集団を1-5年間の追跡を行なったところ、全対象者におけるペプシノゲン法陽性(995例)の陰性者(4173例)に対する胃がん発生の相対危険度は6.05(95%CI 1.80-20.30)、男性のペプシノゲン法陽性者(865例)の陰性者(3494例)に対する胃がん発生の相対危険度は8.34(95%CI 2.18-31.87)であった。

ペプシノゲン法とH.pylori抗体検査の1次スクリーニングで、胃がんの高危険群、低危険群を設定することで、胃がん検診を全対象者に対する逐年実施から、リスクに応じた実施に再編できる可能性がある。

井上は胃の健康度として、前述のA群を健康的な胃粘膜をしており、胃疾患の危険性は低い、B群は消化性潰瘍などには留意するべきと考えられ、C群は胃がん、胃腺腫、過形成ポリープなど胃粘膜萎縮を発生母地とする疾患の高危険群と考えられ、定期的な内視鏡によるスクリーニングが望まれる、としている。

井田は私案としてH.pylori抗体検査とペプシノゲン法を利用して受診者をグループ分けし、グループ別の胃がん検診受診間隔について提言している(表9)。これは経験的に多くの臨床家が納得できる提案である。

また、血清ペプシノゲン値は成人の場合10年程度

表9：受診者のグループ別受診間隔 私案

検診間隔	
未感染群	3-5年*
既往感染群**	3-5年*
現感染群	
内視鏡所見	1群(萎縮軽度・中等度群)*** 隔年
	2群(萎縮高度群) 毎年
有所見群	要医療、要管理

* 10年以内
** 10年以内
*** 10年以内

井田和徳：これからの胃癌検診-受診者の個別化と精度向上をめざして-日消集検誌：Vol42 No3 295-308, 2004 より

表9

は変動せず、またH.pylori感染も幼少時からの持続感染がほとんどであるため、逐年で測定する必要はなく、節目年齢(例えば40歳以上5歳刻み)などで測定するだけで十分であり、一般検診と同時に行うことができることもメリットである。

2) 更なる胃がんハイリスクの絞込みは可能か

H.pyloriの病原因子の集積領域であるCagAの有無、さらにCagAのチロシンリン酸化部位に多型性があり、そのうち東アジア型が胃がんとの関連が強いことを報告されているが、わが国においてはH.pylori感染のほとんどが東アジア株なので、現時点ではスクリーニングの有用性に乏しい。

また宿主側の因子として、未分化胃がん患者ではinterleukin(IL)-1βなどの酸分泌抑制物質の産生が亢進し、胃酸分泌が低下しているという報告、c-erbB-2、p53、p16などが血清遺伝子診断に利用できる可能性があるという報告、尿DNase I-2型が胃がんのリスクファクターであるという報告などが期待をもたせるが、大規模なスクリーニングとして検証するには至っていない。

従来の腫瘍マーカーではCEAが汎用されているが、胃がんにおける陽性率は高くない。シアリルイスAグループの糖鎖抗原(CA19-9、CA50、Span1)とシアリルTn抗原グループ(CA72-4、STn、CA546)の方が陽性率は高く、予後とも相関する。しかし両者とも治療のマーカーとしては利用しうるが、スクリーニングとしての利用価値は低い。

3) H.pylori除菌療法と血清診断

胃潰瘍、十二指腸潰瘍に対するH.pylori除菌療法は保険適応になっており、保険適応外ではあるが、NUD治療や胃がん予防を目的として行われた除菌症例もあわせるとかなりの数になり、今後も増加することが推察されことから、除菌療法を受けた者が今後検診に大量に流入してくることが予想される。

H.pylori除菌が成功すれば、およそ半年でH.pylori抗体は陰性化し、ペプシノゲン値は正常化することが知られているが、胃がんの前がん病変である萎縮性胃炎は改善しない。また、除菌が不成功であっても、H.pylori抗体価の低下、ペプシノゲン値の改善は

起こる。除菌後に発症した胃がん症例も報告されており、除菌療法を受けたものは、ペプシノゲン法陰性かつH.pylori抗体が陰性化しても未感染者と同様に扱うことはできない。

検診時の問診によって胃・十二指腸潰瘍の既往や、除菌療法実施の有無、成功か不成功かを把握できたとしても、除菌歴のある受診者を検診対象から外すことは現実には難しい。除菌歴のあるものをどう扱うのか、高危険群に入れるのか、低危険群としてよいのかについても、今後の研究の成果が待たれる。

またH.pylori除菌による胃がん発生抑制についてのエビデンスは確立されていないが、今後胃がん予防を目的とした除菌療法が一般化した場合、H.pylori IgG抗体測定が除菌対象者のスクリーニングともなる可能性がある。そうすると、検診現場でもH.pylori抗体陽性者の除菌治療への対応も準備する必要がある。

4) 血清診断によるスクリーニングの問題点と課題

ペプシノゲン法は測定方法やキットによる測定値のばらつきは少ないが、血清H.pylori IgG抗体については測定キットの診断能にばらつきがあるという問題がある。Miwaらの報告では、調査したキットの診断精度は90%であるが、判定保留域が多く、血清抗体法の有用性は低いのではないかと述べられている。またわが国では抗体価が低いH.pylori感染例が多く、更に高齢者では抗体価が低いことも問題になる。血清H.pylori IgA抗体の測定によって偽陰性例の拾い上げが可能という報告もあるが、評価は一定していない。

そして最大の課題は、血清診断による胃がんリスクの設定と、その検診への応用に関するエビデンスの確立である。

血清ペプシノゲンおよびH.pylori抗体を何歳に、どのくらいの間隔で測定するのが最適なのか、またリスクに応じた精検間隔をどうするかについてのエビデンスはない。

またリスクに応じて検診間隔を伸ばすことを考える場合、年度を超えたデータ管理はかなり煩雑であり、また受診者の流動性が高い集団では役立つまいということが現実的な問題となる。われわれが調査している職域検診でも、中途退職者は多く、胃がんリスクの高まる60歳代では定年退職でフォローしきれない。住民検診では受診者の出入りは更に激しいし、個人情報保護の面でも年度を越えたデータ管理とその検診応用には、法的にクリアしなくてはならない問題がある。

大人数に血清診断を行うことによるコスト増が効果に見合うかどうかの医療経済的な評価も重要である。

5) 内視鏡による胃がん検診と血清診断

精度管理の問題や、実施方法が標準化されてい

いこと、そして有効性評価が行われていないことから、内視鏡検診を推奨することは今のところできない。しかし、胃がん検診の精密検査イコール胃カメラということは国民に定着しており、より精度の高い検診手法として内視鏡は認知されていることは間違いなく、人間ドックの胃がん検診は内視鏡検査が一般的になりつつある。

検診専門機関以外のほとんどの医療機関では、施設、スタッフとも臨床と兼用で検診を行っている。そして前述したように、消化器臨床の現場では内視鏡が中心的手法になっている。施設によっては、スタッフが不慣れなX線検査で精度を下げるよりも、きちんと精度管理が行われるのであれば、内視鏡検診を中心にしたほうがいいのかもわからない。

住民検診や職域検診でもX線検査よりも、内視鏡検査を希望する受診者に対して、内視鏡の選択を可能にする自治体、職域も増えてきている。また、一般診療のかたちでスクリーニング的に行なわれている内視鏡はかなりの件数にのぼると思われる。

内視鏡による胃がん検診は、臨床現場の意向や、受診者のニーズ考えると、将来的には主流になることが予想されるが、その際問題になるのは、マンパワーとコストである。対象者全員に逐年内視鏡検診を実施するのは難しい。そこで、ペプシノゲン法とH.pylori検査を用いて胃がんハイリスクグループを集約し、リスクに応じた内視鏡検診を実施するという方法が考えられる。

内視鏡検診を前提とした場合、初回の内視鏡実施時にペプシノゲン値とH.pylori抗体測定する。そして初回内視鏡所見とペプシノゲン法、H.pylori抗体検査の結果からハイリスク群を設定し、次回以降のフォローアップのプランを立てることができるのではないかと期待している。例えば、UEMURAらの報告ではHP感染を有する患者のうち高度萎縮性胃炎、または体部優勢の胃炎パターンを有する者から分化型胃炎が発生し、加えて付着粘液が高度であるものの危険度が高い。また萎縮性変化が軽度～中程度の者においては体部大彎ひだ肥厚例で粘液付着の多い者が

表10 これからの胃がん検診計画

1. 住民検診
1-1 推奨される住民検診
① X線による逐年検診(高濃度バリウムの使用が望ましい)
② X線による逐年検査+ペプシノゲン法による節目検診(5~10歳間隔、カットオフ値は中等疫陽性または疫陰性)
1-2 X線検査による検診が困難な地域
① X線とペプシノゲン法の併用: 標準的併用法、ペプシノゲン法主体(表1)
② ペプシノゲン法単独
③ 内視鏡検診(ペプシノゲン法やピロリ菌抗体測定法との併用が望ましい)
2. 職域検診
2-1 X線による逐年検診(高濃度バリウムの使用が望ましい)
2-2 X線とペプシノゲン法の併用: X線法主体、ペプシノゲン法主体(表1)、1-1②
2-3 ペプシノゲン法単独
2-4 内視鏡検診(ペプシノゲン法やピロリ菌抗体測定法との併用が望ましい)

渋谷大助: 現在の胃がん検診の問題点とこれからの検診計画。住民検診・職域検診人間ドックのための胃がん検診計画ハンドブック(三木一正、渡邊能行・編) 南江堂、東京、86-90、2004 より

表10

未分化がんのハイリスクであることを示唆している。

内視鏡所見を標準化して胃がんハイリスク胃粘膜像についてのエビデンスを積み重ね、ペプシノゲン値とH.pylori抗体価を組み合わせたリスクマネジメントを行うことは可能なのではないだろうか。

< これからの胃がん検診 >

有効性、普及度から間接胃X線法が胃がん検診の中心的手法であることは間違いない。したがって逐年の間接胃X線検診がうまく機能している地域、施設に関しては何ら問題がないといえる。

しかし、問題を抱えている地域、施設は多く、何らかの改善が必要である。

渋谷はペプシノゲン法の有効性が評価されていないことを前提とした上で、都市部を中心にX線検診の実施が困難になっていることを鑑み、検診の裾野を広げるためにペプシノゲン法を導入することを容認した検診計画を提言している。(表10)

ペプシノゲン法は一般検診と同時に行えることから受診者の拡大に有効であるが、安易な導入には問題が大きい。しかし渋谷の提言にもあるように、実施医師が受診者にペプシノゲン法に関する十分な説明を行い、理解を得ることが必要である。

前述の井上の提言、井田の提言は内視鏡検診を前提としたものであるが、これは高濃度バリウムを用いた新撮影法を実施する間接X線検診の現場でも十応用可能ではないか考えている。従来ペプシノゲン法とX線法で発見される胃がんは異なり、ペプシノゲン法でみつかるとは早期がんが多いことが報告されていることは前述したが、高濃度バリウムを用いた新撮影法を導入することで、これまで拾い上げられなかった早期がんが多く発見されるようになり、胃間接レントゲンがペプシノゲン法の二次精検の効果を持つことが期待できるからである。

胃がん検診を希望しない一般検診受診者に対してはペプシノゲン法とH.pylori抗体検査を実施し、その結果によって胃がんリスクを認識してもらうことで、胃がん検診受診率を向上させることができるであろうし、逐年ではなく、リスクに応じた受診間隔でもよいということになれば、受診者の理解は得やすいのではないだろうか。

以上リスクに応じた胃がん検診への期待と問題点について述べたが、今のところ経験的な推測の域を出ていない。

これらを検討していくには多くの労力と時間がかかることが予想されるため、多施設が共同参画し、大規模な調査・研究を行なう必要がある。

将来わが国において、H.pylori感染が減っていき、胃がんが減少していくことが予想されるが、日本人

の生活習慣を考えると、検診対象疾患からはずせるまでには至らないであろう。

現行の逐年実施の胃がん検診を、血清診断を一次スクリーニングとした、リスクに応じた実施方法に再編する意義は大きく、それは受診者の時間的、身体的負担を軽減するだけでなく、税収減の自治体や、収益の悪化している職域検診にとっても朗報となると考えている。

参考文献

- 1) 渡邊能行, 深尾彰: 胃がん検診. 久道茂, がん検診の適正化に関する調査研究事業「新たながん検診手法の有効性の評価」報告書, 東京, 財団法人日本公衆衛生協会, 2001, 81-120
- 2) 久道茂: がん検診の適正化に関する調査研究事業「新たながん検診手法の有効性の評価 (実施状況に関する調査)」報告書, 東京, 財団法人日本公衆衛生協会, 2001, 23-24
- 3) 胃がん検診方法の再検討委員会報告. 日消集検誌 Vol40 No3:282-293, 2004
- 4) コンセンサスミーティング「新・胃X線撮影法 (間接・直接) の基準. 日消集検誌 Vol42 No2:282-293, 2004
- 5) これからの胃がんスクリーニング (三木一正, 渋谷大助・編) メジカルビュー社, 2002
- 6) 三木一正: 厚生労働省がん助成金による「血清ペプシノゲン値による胃がんスクリーニングに関する研究」平成9~12年度研究報告書, 2001
- 7) 三木一正: 厚生労働科学研究費補助金効果的医療技術の確立推進臨床研究事業「血清学的スクリーニングによる胃がん検診の効果と効率に関する研究」平成13~15年度研究報告書, 2004
- 8) ペプシノゲン法ハンドブック (三木一正・編) メジカルビュー社, 2001
- 9) Miki K, Morita M, Sasajima M, et al: Usefulness of gastric cancer screening using the serum pepsinogen test method. Am J Gastroenterol 98:735-739, 2003
- 10) Ohata H, Kitauchi S, Yoshimura N, et al: Progression of chronic atrophic gastritis associated with Helicobacter pylori infection increases risk of gastric cancer. Int J Cancer 109:138-143, 2004
- 11) Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al: Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. Long-term endoscopic follow-up study. Gastroenterology 114(suppl):2285, 2000
- 12) 井上和彦: ペプシノゲン法とH.pylori抗体検査併用の可能性 臨床消化器内科 2002, 17:1591-1598
- 13) H.pylori感染の診断と治療のガイドライン 2003年改訂版, Helicobacter Research vol7 no3, 2003:253-265
- 14) 井田和徳: これからの胃癌検診受診者の個別化と精度向上をめざして-日消集検誌: Vol42 No3 295-308, 2004
- 15) 渋谷大助: 現在の胃がん検診の問題点とこれからの検診計画. 住民検診・職域検診人間ドックのためのがん検診計画ハンドブック (三木一正, 渡邊能行・編) 南江堂, 東京, 86-90, 2004

リレー随筆

医師>

「米国医療の印象」

小諸厚生病院

臼井 健二



2004年の3月10日間米国の2カ所の医療組織をみました。「米国医療はDPCが導入されて以来20年間に非常に変わった。医療費の包括支払い制度(米国ではDRG、日本ではDPC)が医療組織にどんな変化をひきおこしたか見てくる」というのが、視察の目的だったわけです。くわしい報告は別の機会にすることにして、ここでは私が知った米国の医療を紹介します。米国はべらぼうに広く平らだ、できることなら、土地を日本へみやげに持ち帰りたいというのが第1印象でした。

私の住んでいる町は坂が多く、病院増築や駐車場探しで苦勞しています。米国の病院敷地は広く平らで、増築はへいちゃらです。高速道路は縦横にはりめぐらされ、通行料がないので、うべて車で生活する社会となっています。病気になるとすぐ病院へいくことはなく、ホームドクターの診療所でまず診察を受け、検査が必要になると検査センターや画像センターへ車でかけ、もし手術が必要ならば病院へ、医師が処方箋をかくと、スーパーマーケットにある薬局へ薬を買いにいくという具合になかなか1回で済みません。病院に患者さんが集中しないのは診療所医師から紹介されるか、診療所医師が契約病院にきて自分が治療するかのどちらかで、すべて予約のうえで行われるからです。医療費は日本の3倍から5倍くらいで、たとえば風邪で診療所医師に無保険でかかると薬代は別で3万円ぐらいとのこと。国が管理しているメディケアとメディケイド、軍人保険を除き、大多数の米国人は、雇用者が支払うさまざまな民間医療保険にはいりません。まず診療所にかからなければならないことや、サービス内容が限定されているマネジドケア型保険です。医療内容を制限しない出来高払いの気前のいい民間保険は保険料支払いが高額ですから、入っている人は会社経営者などのお金持ちとなります。失業すると無保険

で、医療費が高くて診療所や病院へ行きにくくなります。

米国でも日本とおなじに医療を求めてきた人を断ることはできない法律がありますが、診療所では予約をとるときに保険番号をきいて、どのような保険に入っているか、無保険かを確認して、支払いがむづかしい人は予約が数ヶ月先になるといって、事実上断るとのことです。診療所医師がゲートキーパー(門番)と称されるのが納得できます。ER(病院救急部)では患者さんを断ってはならないとの連邦法があるので、無保険者などの患者さんが病気をいよいよ悪くしてから駆け込み、どこのERも経営困難に陥っています。営利病院ではERを閉鎖するところが出てきています。

米国の病院は大部分営利病院と思っていましたが、営利病院は13%(2001年)とこのことを知り驚きました。非営利病院は地域の病院運営委員会(ボード)からきびしい経営運営の監督をされていて、チャリティ診療所を開いたり、ERをやりつづけるなどの公の使命を果たしつつ、利益をだし次の投資を行う、病院ランキングで上位に位置するなど、経営者は厳しい毎日をおくっています。米国では予防に医療保険が使えないので(メディケアが一部の予防に使えるようになったとの報道が最近ありました)、健康教育や健康管理活動をほとんどおこなっていません。米国人の肥満者や高脂肪の食事と量を見ると、生活習慣に医療費を使えば、糖尿病と心筋梗塞を少なくすることができると思います。

私の病院で行っている健康教育(実践保険大学といって地域の健康リーダーを養成し、この人たちを中心に地域で作った地元の農産物を地元で消費する地産地消運動や老人の寄り合い所づくり)などの紹介をしたところ、訪問先病院のCEO(最高経営責任者)はこちらでもやらなければならないことだと感想をもらいました。日本は今DPCとともに米国のような医療に向かっているのですが、私たちはそれに満足するのでしょうか。(次回は、山梨厚生連健診センター所長の小林一久先生を推薦します。)

放射線部会> なんちゃって愛犬家！！

社会保険中央総合病院

奥田 圭二



会員の皆様、こんにちは。

リレー原稿の依頼を社会保険相模野病院の小松伸弘氏より頂き大先輩なので「はい」とのひとつ返事で了解はしたものの、あれよあれよと言う間に締切日が到達し安易に返事した自分に少し後悔ですが、頑張っ書いてみたいと思います。題材が自由との事ですので今、仕事以外で一生懸命取り組んでいる事を書いてみたいと思います。

我が家に一昨年春、ワンちゃんがやってきました。「犬と一緒に暮らす」と言うのに憧れていました。やや衝動買いに近い形でミニチュアダックスフンド(名前:クッキーと言います)を飼いました。ミニチュアダックスフンドの魅力は、ちょっととほけた感じや上目使い、また普通に歩いているつもりなのでしょうがチョコチョコとした歩き方は気分を和ませてくれます。ここで少し、ミニチュアダックスフンドについて書いてみたいと思います。

まず歴史についてですが、ダックスフンドはダッケルまたはテッケルとも呼ばれ、中世の時代から知られてきました。「Bracken(狩猟)」の時代から、とくに狩りに適した犬が次々と生み出され、ダックスフンドもそれらの中で進化していったものと考えられています。ダックスフンドは、ドイツ原産の犬です。アナグマなどの狩りをするときの狩猟犬として改良されてきたものです。ドイツ語でダックスはアナグマの意味、フンドは犬という意味です。狭い巣穴に入り込んで、アナグマやうさぎを穴から追い出すために、胴長で短い足が必要とされたのです。

次に特徴ですが大きさを見ると、3種類に分けられます。体重が15kg程度のはいわゆるスタンダードダックスフンド、5kg程度がミニチュアダックスフンド、更に小型で3kg程度がカニヘンと分類されています。毛並みは3種類ありスムースヘアードが基本でこれにスパニエル種を交雑したものをロングヘアー

ド、テリア・シュナウザー種を交雑したものをワイヤーヘアードと呼びます。この毛質は犬の性格も現していて、スムースは忠実で活発、ロングはおとなしく甘えん坊、ワイヤーはやんちゃでいたずら好きな性格とされています。また、カラーバリエーションは40色以上あるとも言われ、大きく分けると1色、2色、模様の3種類に分かれます。1色の基本カラーはレッドいわゆる茶色です。2色はブラック&タンとチョコレート&タンが基本色。目の上の眉毛のようなタンが魅力です。模様とは、全体にまだら模様のダップル(我が家の愛犬です)や縞模様のブリンドルなどがあります。また、最近では白地に模様のあるパイボールドと呼ばれるカラーも出現しています。

生後2ヶ月で飼ったため、また子犬を飼ったことが初めてでもあり、しつけや飼育に結構苦勞しました。なかなか思い通りに行かずいろんな本や人から育て方を聞き、ひとつひとつしつけていきました。「お手」や「伏せ」、「おすわり」・・・等、懲りず繰り返しているとある時突然と理解してくれます。あきらめずにコツコツやっていると犬もちゃんと応えてくれる。命令を理解してくれた時はとても感激しました。

比べるのも何ですが、普段の仕事においても、日々、健診業務を行っている、マンネリ化してついだらけてしまうことはないでしょうか？

健診では、一日に何十人と撮影します。撮影しても病変がなにも見つからない？時がつづくとな案外、淡白に検査を終了させていませんか？。何か病変がないかなとあきらめずに集中して透視像を見ている時に、飛び込んでくるあの小さな陥凹像は「見つけたぞー」と感激します。

少々、強引に話を結び付けましたが、やはり何事もあきらめずにコツコツとやればそれなりに応えてくれると言うことを、犬を飼ってみて再認識しました。

いずれは、ドックショーなどにもチャレンジしてみたいと思っているこの頃です。

あまりまとまりのないお話ですいませんでした。(次回は、埼玉県立がんセンターの腰塚慎二さんをお願いします。)

超音波部会> もうひとつの故郷

新横浜ソーワクリニック・横浜総合健診センター

金城 久利



私の故郷は、はるか南です。暖かく、人がよく、店1軒、郵便局と小学校があり自然がいっぱいな沖縄本島のヤンバルです。もうひとつの故郷は岩手県の岩泉町という所です。妻の故郷であり、山・川・海と大自然が広がっていて、とても心が安らげる田舎です。私が初めて妻の故郷を訪れた時は大変驚きました。義父と義弟が車で出迎え、藁葺きの民家がまだ多くのこの風景を走り、山の中腹にある藁葺きの1軒家が妻の生家でした。家族の方に「ビックリしたでしょう」と言われ、「ハイ」と答えた記憶があります。現在は数年

前に車で7分ぐらい降りた所に新築しました。近所には民家3軒あり、静かなところですよ。

5月の連休、お盆、秋の祭日によく車で帰省します。横浜から休憩をいれて盛岡まで約7~8時間、盛岡市内を過ぎると信号も殆どなく、日光のいろは坂のような山道を約2時間走り、やっと着いたよと言う感じです。横浜から約10~12時間かかり、運転するのは私1人のためとても疲れます。最近妻も運転免許を取得したので、少し楽になるかと思っています。

5月には山菜とり、溪流でイワナ・ヤマメなどが釣れ、木炭で塩焼きにし、山菜は天ぷらにしてビールで一杯、特にたらの芽などは最高です。この時期だと横浜はもう桜の花が散っていますが、田舎では桜の花が咲いていて得した気分になり、幾分かう雰囲気感激します。盛岡市内にある岩桜などは見応えがありま

す。沖縄の桜の花は桃の花に似た色です。白い桜の花はなく早くも2月には満開となります。岩手山や途中の早坂高原には雪がまだ有りビックリします。

お盆時期は溪流釣りや、海水浴ができますが水が冷たく泳ぐ気にはなれず、溪流釣りが1番です。昼は暑いのですが、朝夕は冷え、花火をするのに焚火がないと寒い日もある田舎です。車で数分走ると安家洞・竜泉洞・三陸海岸や、宮古市の浄土が浜（遊覧船がある）・小岩井農場などの観光地まで足を運ぶ事ができます。

秋には、家の周囲が山ですから、わざわざ色鮮やかな紅葉を見に行く必要はなく、この時期溪流釣り禁止期間のため、日帰り温泉と後の時間は家でんびりしています。

お正月には東北新幹線で帰省しますが、盛岡から日にバスが3便しかなく、雪道を約2時間半走ります。雪道に慣れてない私は怖く、その為にお正月は遠慮しがちになりますが、帰省した時には、薪ストーブを囲み皆でテレビを見たりしてくつろいでいます。私は横浜に来て初めて雪を見ました。寒い所とウインターズ

ポーツは苦手ですが、釣りは別です。岩手の岩洞湖で冬にワカサギ釣りができますが、機会があれば挑戦したいと思っています。今では言葉も分かるようになりましたが、妻や子供は、私の田舎の言葉にわからない所があるようです。北と南の田舎だと帰省が大変です。生活習慣や季節感、文化の違いなどに楽しみがあります。ふと青空を見上げると、田舎を思い出すことがあります。皆さんは些細な事で田舎を思い出すことはありませんか。

今年も5月の連休に車で帰省しました。朝早く起きて、イワナ・ヤマメを約30匹釣り塩焼きで、山菜は天ぷら、お浸しなどにして食べました。ところが横浜に来てビックリ、私の臍の近くに血を吸った約5ミリ大の「ダニ」が・・・いたのです。手でブッチと取りましたが、牙なのか傷跡に黒いのがあり、内視鏡のカメラで診ながらピンセットで取りました。皆さんも山に行った時には気をつけましょう。突然の原稿の依頼でしたが、田舎を振り返るいい機会になりました。(次回は、セコメディック病院の桐山昌孝さんをお願い致します。)

保健衛生部会> あるがまま

東京都荒川区保健所

竹林 章子



「お母さん」「保健師さん」・・・と呼ばれ方は様々。いろんな役割を演じて飽きない毎日だが、少々疲れる（更年期を過ぎれば当たり前?）。

朝5時に起きて、新聞に目を通し、弁当作りを始める。外食する夫の肥満予防対策の一つとして（その割に効果がみられないのは休肝日のない晩酌のせい?）。家の周りを掃除し、姑の庭木に水をやる。同じ敷地内に住む姑は要介護1ながら、一人暮らしを頑張っている。ゴミの日はビニール袋に入れたゴミを紐でぶらさげてくれるのでゴミ置き場に運ぶ。ちょっとした支援があれば高齢者の一人暮らしは可能と実体験させてもらう。朝食を作り、シャワーを浴びるとたっぷり2時間以上かかる。4人の子育てが一段落し、入院していた姑の介護からしばし解放され、何気ない一日の始まりに、しみじみと幸福感を味わっている今日この頃である（こんな些細なことで安上がり!）。

第二ラウンド。東京で唯一残された都電荒川線。田舎育ちの私にぴったり。のんびり、ゆっくりと下町をぬう電車で職場へ。しかし、保健所に着くと、あとはただ、ただ忙しく、動きまわるのみ（ほんとに、チョー忙しい!）。荒川区は人口約19万人で、財団法人がん予防センターが区民のみを対象にがん検診を実施。また、高齢者保健福祉課が65歳以上を担当している。それ以外の健康に関する業務を担当している保健師集団が保健所である。ライフサイクルで見ると妊娠中から65歳まで。相談される内容も様々。育児や予防接種、精神保健相談、結核やHIV・赤痢などの感染症等々（生活しているのだから健康問題はいろいろ

あって当たり前）。かつ、乳幼児健診や各種講習会等のルーチン業務もローテーションで従事する。児童相談所や医療機関等とのネットワークが取れるほどに仕事量は増える（とてもいい方向で仕事が進んでいるのだが）。が、保健師数はそのまま。「忙しい」を口にするのはタブー。健診業務が委託されたり、効率的にと保健師が専任化されてしまう恐れがあるから。健康・不健康を問わず家族を社会の最小単位として捉える公衆衛生の働き方に専任化はそぐわない。家族を通して地域全体を見渡し、行政への健康施策に反映させるのが公衆衛生の基本である。そして、公衆衛生が福祉と決定的に違うのは、本人や家族からの申請が無くても、必要な場合には支援できることである。

かくして、職場に着くのを待ちかねたかのような電話や来所相談、乳幼児健診や家庭訪問等であっという間に終業チャイム。さあー、電話もお客様も来ない。やっとなら時間が。集中して記録が、雑務ができる!!

第三ラウンド。目いっぱい働いたが、残っている仕事は山積み。達成感の薄いままスーパーへ。空腹のために要らない物まで買い込む。（上手なストレス発散方法?）夕食もそこそこに、テレビをつけたまま、家族の誰よりも早く夢の中。

戦後、第一線機関としての役割を果たしてきた保健所は96年に保健所法から地域保健法に改正された。845カ所あった保健所は、2004年現在571カ所と大幅に削減された。保健所の機能は事務的管理機関に変わり、市町村に業務が委譲されている。保健と福祉が統合され、福祉分野で働く保健師が増加している。このような状況のもと、保健所や市町村で働いている多くの保健師は悩み、バーンアウトしかけているのではなからうか?

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。

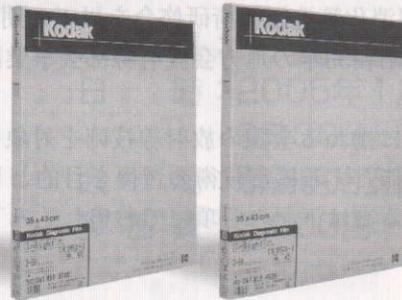
間接撮影用フィルム
PFHフィルム



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 東京住友ツインビル東館 ☎(03) 5540-2260
 大阪 〒550-0013 大阪市西区新町1-13-3 四ツ橋SI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.



エッセンシャル X線解剖学図譜

必須・X線解剖用語 3900

多田 信平・編著 (駿河台クリニック画像診断センター長・東京慈恵会医科大学客員教授)

出版以来25年にわたり親しまれてきたX線診断学の基本図書『X線解剖学図譜』を、臨床医学に即した構成に改め『エッセンシャル X線解剖学図譜』として刊行!

X線撮影による367点のシェーマと解剖用語をもとに、巻頭に英和・和英対訳の用語3900を収載。実務と辞書活用を兼ねた実践的携帯コンパクト版。

◆ A5変型判 (並製・12×21cm) 390頁 ◆ 定価 (本体 3,800円+税) ◆ ISBN 4-86003-306-X

胃X線撮影法

—初めて胃の撮影をされる方の為に—

A4判上製/132頁/定価 (本体5,800円+税) ISBN4-86003-811-8 (1987年10月20日発行)

改訂版 胃X線撮影法 - II

—初めて胃の症例検討をされる方の為に—

A4判上製/160頁/定価 (本体6,320円+税) ISBN4-86003-812-6 (1993年9月20日発行)

胃X線撮影法 - III

—初めて早期胃癌類似症例を検討される方の為に—

A4判上製/230頁/定価 (本体9,710円+税) ISBN4-86003-813-4 (1993年2月20日発行)

著者：中村 信美 (阪本胃腸・外科クリニック/胃・大腸撮影技術研究会) 発売元：医療科学社

「胃X線撮影法」シリーズ3部作

本の内容はホームページでご覧いただけます

医療科学社

〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目23-1
 TEL 03-3818-9821 FAX 03-3818-9371 郵便振替 00170-7-656570
 ホームページ <http://www.iryokagaku.co.jp>

本書のお求めは ●もよりの書店にお申し込み下さい。
 ●弊社へ直接お申し込みの場合は、電話、FAX、ハガキ、ホームページの注文欄でお受けします (送料300円)。

第27回消化管造影技術研修会受講のご案内

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
 放射線部会代表世話人：木村 俊雄
 研修委員長：福岡 良和
 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

本年度の第27回消化管造影技術研修会を以下の期日で開催いたします。

この研修会は、昭和53年の地方会放射線部会事業計画から始まり、以後継続開催し平成16年度までの修了者は2249名を数えます。

消化管造影検査に携わる全国の放射線技師を対象に、検査中に異常を素早く判断できる高度な知識と、関心部位の適切な表現を可能とする撮影技術の習得を目的として、密度の高い講義を用意いたしました。

受講を希望される方は下記の要項にてお申し込み下さい。

記

[期 日] 平成17年3月3・4日および5日の2泊3日(全員合宿制)

[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：04-265-5000 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] 70,000円 講師費、会場費、資料等 2泊3日宿泊(食事7食含む)

*納入頂いた受講料、宿泊費は返却いたしません。

[募集人数] 約80名(定員になり次第締め切ります。)

[申込方法] 合計金額70,000円を下記口座へお振込み下さい。
 申込書に必要事項を記入し銀行の振込み証明書の写しを必ず同封の上お送り下さい。

全国の主要施設に封書で案内を配布しています。申込書の入手が不可能な方は、事務局宛に請求して下さい。
 FAX およびE-mailにて受け付けております。

[前日宿泊] 研修日の前日(3月2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6,000円を加算して下さい。

[申込締切] 平成17年1月31日(但し定員になり次第締め切ります)

[申 込 先] 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-2-5
 東海大学医学部附属東京病院放射線技術科内
 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
 FAX：03-3370-1836
 E-mail：chiba-kenshuu@kk-h04.com

[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

[問い合わせ先] 放射線部会事務局
 藤田 昭 (FAX：03-3370-2321 内線5139)
 福岡 良和(神奈川県労働衛生福祉協会大和健診部)
 TEL：046-262-8155
 佐藤 清二(東京都予防医学協会)
 TEL：03-3269-1152

第27回消化管造影技術研修会プログラム(案)

	3日 (木)	4日 (金)	5日 (土)
8:30	受付開始		
9:00	開講式・オリエンテーション (福岡 良和)	大腸検査手技 (奥田 圭二)	間接撮影の実際(ビデオ) (木村 俊雄・他)
9:30	X線検査と技師の役割 (木村 俊雄)		
10:00			
10:30	特別講演 (市川 平三郎)	大腸X線診断学 (長浜 隆司)	フィルム検討会
11:00			
11:30	胃X線撮影法 (鶴田 恭央)	食道X線診断学 (八巻 悟郎)	
12:00			進行・実行委員
12:00	昼 食	昼 食	昼 食
13:00			
13:30	新標準撮影法 (今村 清子)	技師の読影 (中村 信美)	造影剤の基礎知識 (メーカー)
14:00			
14:30	間接検査手技 (安達 博)	胃癌組織発生からみた胃癌の診断：胃癌の三角 (中村 恭一)	デジタル化の現状 一撮影条件から保守管理まで一 (メーカー)
15:00			
15:30	直接検査手技 (都築 史郎)		胃集検の効果 (佐々木寿英)
16:00		胃癌のX線診断 (馬場 保昌)	持参フィルム総合評価 (長谷川・福原・佐藤)
16:30	胃X線写真の読影の仕方 (佐藤 清二)		
17:00			総括・閉講式 (丸山 雅一)
17:30	胃X線診断学 (細井 重三)	技師による症例検討会	
18:00			
18:30			
19:00	夕食	指導：馬場 保昌 夕食	
19:30			
20:00	デジタル画像の臨床 —アナログとデジタルの違い— (杉野 吉則)	情報交換会	
20:30			
21:00			進行・実行委員

*講師の都合により変更になる場合があります。

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 第37回放射線部会総会

第37回放射線部会総会を2005年1月29日（土）、東京で開催いたします。

上部消化管造影検査の質の向上を目的としてスタートした「胃がん検診専門技師」認定制度も5年目に入りました。検査に関する優れた専門知識および技術を有する技師に与えられる資格認定、しかし、その過程において全く問題が無い訳ではありません。

バリウム検査が減少しているなかでの認定制度のあり方、技師読影の必要性とその目的について考えてみたいと思います。多くの方の参加をお待ちしております。

大会テーマ

胃がん検診専門技師の役割

— 消化管造影検査の現状と今後を見据えて —

大会長： 小野寺 礼子

日時：2005年1月29日（土）

9時30分～17時40分

会場：新宿明治安田生命ホール

参加費：3,000円

プログラム

- | | |
|---|--|
| <p>9：40～10：50 演題発表
座長：竹野 数馬（山梨県健康管理事業団）
 関本 宏二（国立がんセンター東病院）</p> <p>10：50～12：10 シンポジウム
『国民が求める認定技師制度とは』
司会：萩原 明（神奈川県予防医学協会）</p> <p>12：10～13：10 ランチョンセミナー
『検診におけるFPDの今後の展望』
司会：佐藤 一雄（佐久総合病院）</p> <p>13：20～14：00 総会</p> <p>14：00～15：00 文化講演
『チャレンジから未来が見える』
講師：生島 ヒロシ（キャスター）</p> <p>15：00～16：20 教育セッション
『所見の拾い上げと読影のポイント』
“技師による読影の実践—
どこまで所見を指摘できるか”
講師：浜田 勉
（社会保険中央総合病院 内科部長）</p> | <p>16：20～17：40 パネルディスカッション
『診療放射線技師による
読影の現状と今後の課題』
司会：細井 董三
 (霞ヶ浦成人病研究事業団 センター長)
 鶴田 恭央
 (霞ヶ浦成人病研究事業団)</p> <p>18：00～
懇親会</p> |
|---|--|

実行委員長 北川 まゆみ

事務局 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-2-5

東海大学附属東京病院 放射線技術室 藤田 昭

TEL：03-3370-2321



【指定医薬品】 H₂受容体拮抗剤（ニザチジン製剤）薬価基準収載

アシノン[®]カプセル75
アシノン[®]カプセル150

Acinon[®]

	75mg カプセル	150mg カプセル
胃潰瘍、 十二指腸潰瘍、 逆流性食道炎	○	○
下記疾患の胃粘 膜病変（びらん、 出血、発赤、浮腫） の改善 急性胃炎、慢性胃 炎の急性増悪期	○	—

●使用上の注意等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。

（株）ゼリア新薬工業株式会社
（資本金100億円）東京都中央区日本橋小町1-1-1
（特許）（株）薬学術部 ☎03(3961)0277

アメリカ・インジアナポリス
Lilly イーライリリー社提携

超音波スクリーニング研修講演会 (2004横浜)

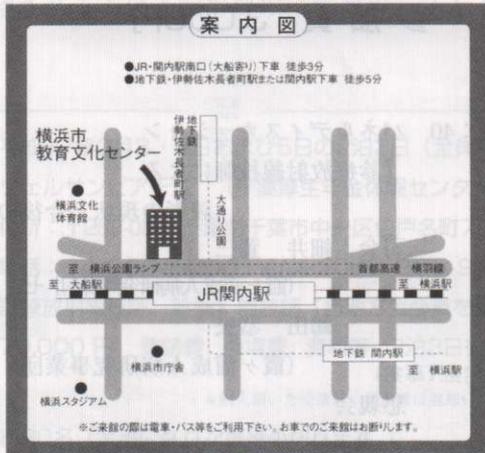
日時：平成16年12月4日(土)
 午前9時30分～午後4時
 *開場・受付開始：9時00分～

会場：横浜市教育文化センター
 JR関内駅南口(大船寄り)下車徒歩3分

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
 (土) 委員長：竹原靖明(横浜総合健診センター)

後援：神奈川県臨床検査技師会/神奈川県放射線技師会

参加費：3,000円(資料代含む) *事前登録不要

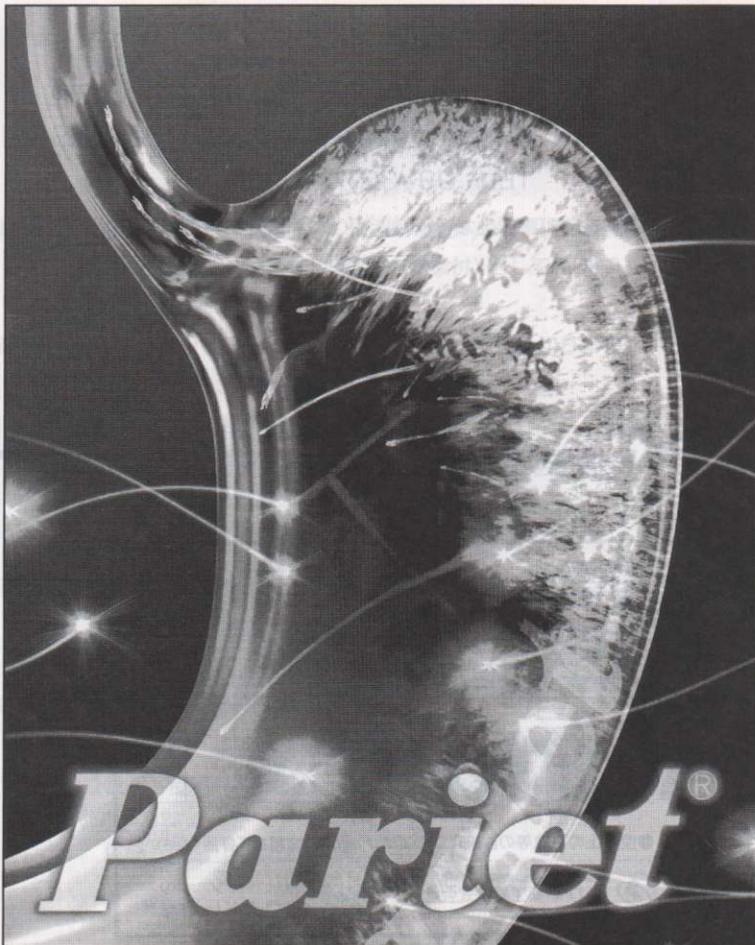


プログラム

テーマ：『超音波画像のピットホール』

- 09:30~09:40 開会の辞
高田悦雄(日本消化器集団検診学会)
- 09:40~10:10 『総論』
講師：竹原靖明(横浜総合健診センター)
司会：桑島 章(PL東京健康管理センター)
- 10:10~11:00 『肝臓』
講師：竹内和男(虎の門病院 消化器科)
司会：中島美智子(埼玉医科大学 臨床検査医学)
- 11:10~12:00 『乳腺』
講師：橋本秀行(ちば県民保健予防財団 ガン検診センター)
司会：高田悦雄(獨協医科大学光学医療センター-超音波部門)
- 12:00~13:00 昼食休憩
- 13:00~13:50 『胆道』
講師：森 秀明(杏林大学医学部 第三内科)
司会：小島正久(公立学校共済組合 関東中央病院)
- 14:00~14:50 『腎臓』
講師：関口隆三(国立がんセンター東病院 放射線部)
司会：小野良樹(東京都予防医学協会)
- 15:00~15:50 『脾臓』
講師：金田 智(東京都済生会中央病院 放射線科)
司会：増田英明(横浜市立市民病院 がん検診センター)
- 15:50~16:00 閉会の辞
桑島 章(日本総合健診医学会)

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.co



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
 ヒューマン・ヘルスケア企業



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)

**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 高田 悦雄
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。

期 日 平成17年2月19日(土曜日) AM9:00~PM4:30 (受付8:30から)

会 場 公立学校共済組合 関東中央病院 2階講堂
東京都世田谷区上用賀6-25-1
*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番乗り場 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 20名(1グループ5名以内) 定員になり次第締め切ります。

参加費 部会員:1万5千円 非会員:2万円(いずれも昼食、テキスト代含む)

申込期間 平成17年1月5日~1月15日 (期日厳守でお願いします)

申込手続 必要事項(連絡先住所・氏名・性別・年齢・電話(FAX)・勤務先・職種・会員No.)を記入し、
郵送またはメールで下記までお申し込み下さい。受講確認書は1月20日頃発送予定です。

講習内容 テキストにしたがいグループごとに肝、胆、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。

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

申 込 先 〒101-0061
東京都千代田区三崎町1-3-12
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
假屋 博一宛 お願い致します。
E-mail kariya@jatahq.org
(電話での問い合わせはご遠慮お願いします)

「初心者のための腹部超音波検査実技講習会」申込書
平成17年1月 日

ふりがな	
受講者氏名	男 ・ 女
	会員No _____ 非会員
生年月日	昭和 年 月 日生 歳
連絡先	自宅 ・ 勤務先 (必ず○印を付けてください)
自宅住所	〒 -
電話	
勤務先名称	
住所	〒 -
電話	
職種	臨床検査技師 診療放射線技師 看護師 医師
E-mail	@

※質問及び要望等ありましたらお書きください。

第65回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会大会

テーマ

「消化器がん検診を取り巻く環境を考える」

開催日：平成17年9月3日（土）

会 場：茨城県医師会館・茨城県総合健診協会・
茨城県健康科学センター

会 長：齋藤 洋子（財団法人茨城県総合健診協会診療所長）



平成17年度の第65回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会は、茨城県において開催されますので、ご挨拶を申し上げます。

大会プログラムにつきましては、新潟での第64回大会会場におきまして、プログラム委員会を開催し、協議のうえ決定いたしました。

がん検診の一般財源化を受け検診を取り巻く環境は変貌し、多方面にわたり考えねばならない問題が山積みです。「消化器がん検診を取り巻く環境を考える」をテーマに、検診におけるリスクマネジメントを知り、胃がん検診の理想像に迫り、便潜血検査による大腸がん検診の精度管理の原点を見直したいと考えています。

消化器検診における地方会の使命を考えたとき、検診の精度管理と効率化のバランスを保ちながら、その指標を示すことが求められていると考えています。本大会を通じて検診従事者が共通の認識と目標を得ることができれば幸いです。

超音波部会におきましても、関係者のご努力で年々内容が充実し、参加者も多くなっております。今回も期待できることと思います。

なお、下記のとおり、演題を募集しておりますので、奮ってご参加ください。

1 演題の募集

学会で発表する一般演題とシンポジウムを募集します。シンポジウムのテーマは、「胃がん検診の理想像」としました。多数の応募をお願い申し上げます。

(1) 応募方法

①フロッピーディスクの場合

演題・所属施設名・氏名・住所・電話・E-mailを明記のうえ、抄録原稿を記載して事務局まで送付してください。3.5インチ2HDタイプWindowsフォーマットのものを使用して、筆頭演者名と演者の所属施設名を記載したラベルを貼付してください。

②E-mailの場合

上記必要事項と抄録のファイル（テキスト形式または、Microsoft Word）を添付してください。

(2) 注意点

- ①連絡先及び担当者は、必ず明記してください。
- ②抄録内容は、目的・対象・方法・成績・結語の順番でお願いします。
- ③原稿は、演題名を1行目に記入して、1行空けて演

者の所属施設名を1行空けて発表者を筆頭に氏名を書いてください。筆頭演者の前には、○印を記入してください。さらに1行空けて本文を800字以内で書いてください。

④書式は、フォントサイズ10.5～11ポイント、明朝体で1行35文字としてください。

⑤ファイル名は、「抄録」として、サイズはB5としてください

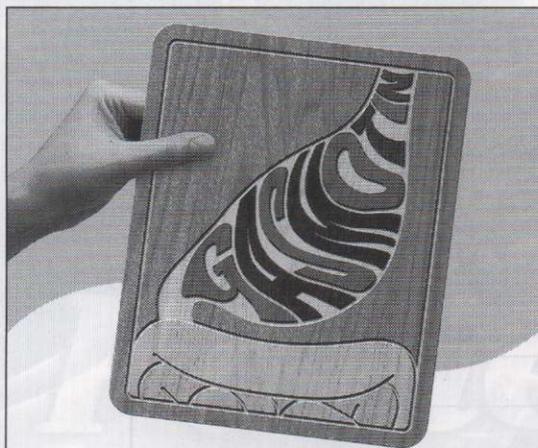
⑥抄録原稿の様式は、「演題名」改行、「演者名」改行（連名の場合は、半角コンマ、）で区切ってください。」「本文」改行は、段落の終わりだけに使用してください。

(3) 締切日

平成17年5月31日（火）

(4) 演題送付先

310-8501 水戸市笠原町489-5
財団法人茨城県総合健診協会
精度管理課 石川・柿元
TEL：029-241-0267(直通)
Email：t-ishikawa@ibasouken.org



消化管運動促進剤

指定医薬品

ガスマチン[®]

錠5mg
錠2.5mg
散



〈クエン酸モサプリド製剤〉

■薬価基準収載

※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。



〔資料請求先〕

大日本製薬

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

2004年4月作成

視 点

「病後の怒り。北京で考えたこと。」

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

3月初めに再び病を得て、半ばに手術。以後、半年の療養生活を経て9月に細々ながら仕事に復帰。自宅から駅まで10分足らずの距離を歩くのに息があがる。電車のつり革に身を委ねての小一時間を堪え難い苦痛と感じながらも、サッカーに惚けていた学生時代の、夏合宿よりはまだましかもしれない。そんな遠い過去の記憶をたどりながら、茅場町に通う週二日の日々が始まった。

桜を愛でる余裕もあらばこそ、5月の連休は重症の病人暮らしも同然。刺激と言えば耳と目からはいるテレビのみ。活字はたわいもない週刊誌が限界という暮らしの5月。開きたくもないEメールを嫌々みると中国からの招待状。一度は固辞したものの、来年の可能性にかけるのは愚かなことと悟り、10月2日～6日、娘・孫を同伴して北京に飛んだ。ここに至るまでの行程、まずは何をおいてもY医師をはじめとする医師団に感謝。そして、妻・娘の献身にも頭が下がる。4歳の孫と過ごす北京の秋は我が人生の特別な時間。

北京到着の日。すでに15年が過ぎたと言うが、かつて日本で世話をした中国人医師夫婦は颯爽と王府飯店のロビーに現れた。もう相当の年月会っていない亭主の方は、今や出世して大学教授。50歳前というのに貫録すら漂う。日本の製薬会社の代理店を切り盛りするその妻は、滞在期間中、私に足を提供してくれるという。すでにマイカーのオーナーになって久しいと言うものの、ドライバー仁義のかけらもない北京の街中をどのように走ってくれるのだろう。ともかくも、結果は、安全運転すぎて仁義なきドライバー達もお手上げだったのだが、彼女の行為を深情けと言うなかれ。恩義を忘れない人間の本質を視たと私は深く感動した。

滞在三日目の午後にホテルで仮寝のあと咽頭痛あり。その後は鼻汁と痰が引きもきらず。罔らずも上気道感染に対する抵抗力の低下を悟る。その日の朝、かるうじて不運を免れた反回神経に感謝しつつ朗々と演じる目論みであったポストグラデュエートコースの30分は、咳払いの連続。これは上気道感染の前触れであった。

気負ってしまった理由はあった。アジア太平洋消化器病週間 (APDW) における日本の不甲斐なさに絶望を越えて怒りを感じていたことである。さほど大きくもない会場で日本人参加者をみかけること皆無に近く、韓国人参加者の方がまだ多い感じ。日本が得意とする胃癌・大腸癌などの主要シンポジウムには、日本人の演者が唯一人。それも、とってつけたごとく場違いさ。

そもそも、国際学会とは、オリンピックと同じよ

うなもの。APDWは、サッカーのアジアカップとでも言うべきか。サッカーでは日本はバッシングを敢然とはね返し、中国を決勝で破った。だが、APDWでは国威発揚の場が無い。無いと書いたのは、求めようとしなかったのか、あるいは、与えられなかったのか。それが判然としないからだ。結果として与えられなくとも、求めようとしたのか。そうであるならばまだ救いある。怒りも半減する。

聞くとところによると、プログラムの構成は外注でも可能だという。しかし、学会の第一報で国際学会のプログラムの概要が開示された時点で、我が国の関連学会は戦略を立てるべきではないか。国際学会が国際派医師達の仲良しクラブに墮してしまいがちな傾向を止めることは不可能だろう。そしてこれも必要悪。しかし、個としてではなく、組織として我が国が世界に誇るべき業績をアジアに向けて発信せずに、日本消化器病学会の存在価値はあるのか。目に見える結果で判断する限り、組織として若い研究者を国際舞台に押し出す機会は皆無に等しい。それが仲良しクラブだけでは寂しすぎる。

日本がアジアの盟主となるポテンシャルは有り余っているだろう。だが、仲良しクラブ的行動規範から脱出できない研究者達は顔でだけでなく体全体が、ひたすら米欧を向いている。そして、アジアの国々もだ。これでは米欧は日本すでに我らの掌中にありと、ほくそ笑むだろう。

早い話が、Gastric Cancer Awareness Campaign in Asiaなるシンポジウムに何故ドイツや米国の研究者がしゃしゃり出る必要があるのか、理解に苦しむ。ヘリコバクターピロリが主題だから、日本には研究者いないということか。英語をあやつる若い研究者はあまたいるはず。日本に次ぐ業績を挙げている韓国からのシンポジストは何故いないのか。

アジアカップでみたような中国だからそんなものなのか。そう考えるしかないのか。だが、例えば、日本の関連学会の役員達よ。あなた方に政治とまではいかずとも駆け引きを期待することすら無理なのか。アジアを向いていない米国信奉者達には何のことかと理解の外かもしれぬ。戯言と無視されるか。学会初日、釣魚台でのFaculty Dinnerで感じたのは怒りのみ。

片山仁氏 (日医放名誉会員、前AOSR理事) の緊急提言 (映像情報36巻9号2004年) の根底にある心情は、私の怒りと似たようなものではないのか。私ほど激烈な表現を避けているのは氏の温厚な人柄によるものだ。

ひるがえって、我らの属する集団検診学会はどうすればいいのか。名称を換えれば、運営も巧くいくのか。学会は国際性を意識しているのか。病の再来に怯えつつも、命ある限り怒りを越えて建設的な未来を志向したいもの。学会において組織と個がそれぞれに果すべき使命とは何か。読者諸氏にも一考を期待したい。北京で感じた怒りは創造に繋げたい。未来に夢を追う道はまだ私には残されていると信じた

第64回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会を終えて

第64回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会大会長
倉品 克明（新潟県医師会長）

水の都、新潟市も今年は猛暑が続きました。そんな中での9月4日、第64回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会を新潟コンベンションセンター（朱鷺メッセ）で開催いたしました。

参加者は547名と多数の皆様からご出席をいただき、会長としての責務を果たすことが出来たと安堵しております。今回は看護職の参加が50名近くあり、三会場とも活発な議論が飛び交い、会員の熱気で会場が盛りあがりしました。

特別講演の久道先生、教育講演、ランチオンセミナー、教育セミナー、シンポジウム、テクニカルミーテ

ィングは、今日的課題が取り上げられ、それぞれに大変有意義でした。また、シンポジウムで特別発言の市川平三郎先生から検診のまとめ、精度管理等て手厳しい発言があり、心新たに検診に取り組みなければとの思いを強くいたしました。

諸先生方本当にありがとうございました。地方会開催にあたり、ご協力いただきました各位に心から感謝し、厚く御礼申し上げます。

来年度の第65回地方会は9月3日茨城県での開催となり、齋藤洋子先生が多数の参加を呼びかけられる挨拶で閉会となりました。

第64回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会に参加して

東京都多摩がん検診センター
小川 敬子

新潟コンベンションセンター(朱鷺メッセ)で開催された日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会では、『胃集検が抱える今日的課題点』をテーマとしたシンポジウムや教育講演である『胃がん治療の理想像』などをとおして、保健師がどんな位置づけで検診にかかわり、求められている役割はどんなことであろうかを再認識するきっかけづくりができたように思います。

保健衛生部会では、『胃がん治療の理想像』と題し、横浜市民病院がん検診センター所長今村清子先生に教育講演をいただき、大変好評のうちに閉会しました。がん診断は、告知がままならなかった時代から、告知を当然とする時代へと変遷し、更には、セカンドオピニオン外来への受診も抵抗なくできる時代に入ってきたこと。進行度や年齢等により、がんと闘うべきか、共存していくのかといった『攻める医療』と『支える医療』のバランスが大切であり、治療のメニューを丁寧に示し、患者個人の人生観に基づき、選択できることが、支える医療であり、これが、患者や家族にとって生活の質(QOL)に繋がっていく。インフォームド・コンセントの大切さを日々の診療や患者及びその家族に接する中での実体験を交えながらの講話は、心に響くものでした。同時に、職種間のコーディネート、がんを告知された患者に寄り添う保健師の役割の大切さを意識させられました。

シンポジウムでは、地域の特性を活かした効果的な検診へ向けての取り組みや検診受託機関としてのフィルムの撮影と読影法のあり方、一次検診受診率及び精検受診率の向上、検診後のフォロー・アップ対策についての熱のこもったプレゼンテーションを聴くことができました。ただ、胃集検が抱える今日的課題点は山積しており、中でも市町村合併によるがん検診事業のすり合わせや入札制度による検診委託機関の選択制限に伴う精度管理上の問題、カバー率や精度と有効性を考慮に入れた場合のEBMに基づいた検診法の選択などがクローズ・アップされました。地域保健と職域保健の一元化した取り組みは、検診の拡充や精度管理を行なう上では、大きな課題の一つということも……。

そのような現況の中で、住民の心を掴み、地域を把握し、地味ではあるが確実に早期胃がん発見を目指し取り組んでいる保健師の姿に、都市部ではともすれば忘れがちになってしまう公衆衛生の原点を見たような新鮮な気持ちになることができました。

最後に、次年度茨城で開催される学会では、今回の学会での課題や情報を踏まえ、保健衛生部会として、胃がんの一次検診にスポットをあて、精度管理や安全性をテーマにディスカッションを深める予定であります。よろしく願いいたします。

第6回超音波部会超音波研修会（八海山セミナー）に参加して

埼玉医科大学病院 健康管理センター
黒岩 比呂美

私が超音波検査に携わるようになって約1年が経ちました。臨床検査技師として就職して以来、検体検査を行ってきた私にとって生理機能検査、しかも超音波検査は学生の時に勉強した以来であり一から勉強の仕直しでありました。

今回「第6回超音波部会超音波研修会（八海山セミナー）」に参加しようと思ったのも、より知識を深めよとの思いからでした。

6月26日土曜日、今年は空梅雨といわれ埼玉地方はまあまあのお天気です、その中を研修地新潟県六日町の日本大学セミナーハウスに向かいました。関越トンネルを抜けると雪ならぬどんよりとした梅雨らしい天気になってしまいました。セミナーハウスに到着し早速受付をすませレクチャーまでしばし休憩しながら管理者育成を目的としたこの研修会に、自分が付いていけるのかなと少し心配になりました。

4時からいよいよ最初のレクチャーが始まり増田先生による“慢性膵炎”のお話です。超音波検査での診断基準や細胞レベルでのレクチャーで、とてもわかりやすいお話でした。

次のレクチャーは竹原先生により、今話題の“乳腺検診のあり方”のお話してマンモグラフィと超音波での乳癌検診の特徴など、これからの乳腺検診について大変勉強になるお話を聞く事が出来ました。1日目

のレクチャーが終わりこの後の懇親会では先輩方の経験談等たくさんのお話を聞くことができ有意義な一時でした。

次の朝は、すっきりと目覚め空気の良い爽やかな場所柄朝食のご飯がとてもおいしかったです。

2日目、最初のレクチャーは小川先生よる“びまん性肝疾患”についての話です。先生のお話を聞いて自分の超音波検査は、腫瘍性病変に注意をそそぎ過ぎている様な気がしました。背景肝を注意深く観察することの重要性を改めて感じました。

次は関口先生による“腎の良性疾患”についてのお話でした。腎臓は私にとってとても難しい臓器の一つです。正常の変異も含めて良性疾患をよく理解する事が、悪性疾患を見落とさないまたそれと見間違わない第一歩であると思いました。

最後のレクチャーは比佐先生による、“慢性胆嚢炎と胆嚢筋症”についてでした。これらは人間ドックでよく見られる疾患であり、胆嚢壁の肥厚について皆さんの組織像を見せていただき超音波検査で壁の肥厚を診る上でとても参考になるお話でした。

今回、八海山セミナーに参加して先生方のわかりやすいレクチャーをいただき、私にとりとても勉強になった二日間となりました。この場をお借りしお礼申し上げます。

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

ISBN4-307-07057-7 B5判 376頁 275図 定価7,350円(本体7,000円+税5%)

「病変を詳しく描出する写真」の評価目安をわかりやすく解説!!

実践 上部消化管造影 臨床画像評価法

編 大阪消化管撮影技術研究会
著 画像評価委員会



おもな内容

目的 理念 構成 評価用紙 運用 評価者／被評価者／評価の手順 評価の基準(目安) 過形成様粘膜と非過形成様粘膜／画像評価基準フィルム—粘膜描出能評価／画像評価の目安—病変描出能評価 評価の実際 区域描出能評価の実際／粘膜描出能評価の実際／病変描出能評価の実際 胃針金模型 胃針金模型(短軸板型)作成マニュアル／胃針金模型の使用

読者対象：消化管造影検査に携わる全ての方々

ISBN4-307-07070-4 A4判 146頁 233図 定価3,990円(本体3,800円+税5%)

施設紹介

「社会保険中央総合病院
健康管理センター」

《はじめに》

当院は、地上8階・地下2階建ての概観を有しており、許可病床数418床（一般398床、人間ドック20床）診療科22科で運営されており、健康管理センターは4階のフロアーに、放射線部は地下1階に位置しております。

医療の高度化に伴う専門分化と共に、癌の集学的治療や多臓器不全への対応など各診療科の協力のもと、診療の統合化を積極的に進め、医療情報システムの構築、近隣の医師会との連携、災害時後方支援病院として幅広い活躍を行っています。

《健康管理センターの歩み》

社会保険中央総合病院の前身は、昭和22年に東京社会保険協会山手病院として設立され、同時に健康相談部が設置されました。これは地域社会の要望に応じて、疾病予防および衛生教育の向上と普及を目的にしたもので、いわば当センターの礎にあたります。昭和62年に病院の移転があり、名称も健康相談部から公衆衛生科を経て健康管理センターと改称されました。

現在は、本院との連携をとり健康管理センターでは、保健予防活動の充実を心掛け、日本病院会優良認定施設として、一泊二日人間ドック（平成15年度実施1815人）、半日人間ドック（平成15年度実施4478人）を行い、政府管掌健康保険の生活習慣病健診（平成15年度実施11826人）や労働安全衛生法健診（平成15年度実施5767名）、脳ドック（平成15年度実施484人）などを行っています。また、一泊二日人間ドックでは、受診者からのご要望によるオプション検査を近年より実施しております。MRI、MRA、大腸内視鏡、ヘリカルCT、心エコー、乳房エコー、マンモグラフィ、骨密度測定、睡眠時無呼吸症候群検査（SAS）をドック入院中に検査が実施できます。



《健康管理センタースタッフ》

常勤医師4名、非常勤医師10名、診療放射線技師19名（うち健診部門6名）臨床検査技師29名（うち健診部門5名）、保健師5名、看護師5名、看護助手1名、事務員12名にて健診業務を実施しております。

《健康管理センター内放射線設備》

胸部間接X線撮影装置1台、胸部直接X線撮影装置1台、胃部直接X線撮影装置4台

《放射線部内設備》

一般撮影5室、透視4室、CT2室、MRI2室、血管撮影2室、核医学、放射線治療

《今後の展望》

私たちの健康管理センターの受診者向けパンフレットには、「健康は、まず、自分の体を知ることから」と言うタイトルがついています。スタッフが一丸となって受診者の健康管理を行い、高度な技術を持って、予防活動、早期発見、早期治療を展開していく所存です。

（社会保険中央総合病院 健康管理センター 奥田圭二 篠田誠）

社会保険中央総合病院

〒169-0073

東京都新宿区百人町3-22-1

TEL: 03-3364-0251

FAX: 03-5330-2516

E-Z-HD

薬価標準収載



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シエイクボルトタイプ・1kg袋入

●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

●高濃度集積・精検に素早く対応

【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（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〕
- (2) 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〕
- (3) 全身衰弱の強い患者

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

《69号掲示板》

第44回日本消化器集団検診学会総会のご案内

〈消化器がん検診のブレイクスルー〉

会 長：深尾 彰 (山形大学医学部環境病態統御学講座公衆衛生・
予防医学分野教授)

会 期：平成17年度5月13日(金)～14日(土)

会 場：山形テルサ山形市双葉町1-2-3

TEL：023-646-6677 FAX：023-647-0123

事務局：山形大学医学部環境病態統御学講座公衆衛生・予防医学分野

TEL：023-628-5260 FAX：023-628-5261

[事務取扱] 株式会社ジェイコム コンベンション事業本部内

第44回日本消化器集団検診学会総会登録事務局

担当 江口 真由美、宮谷 真梨子

〒530-0001 大阪市北区梅田2-4-9 サンケイビル本館7F

TEL：06-6348-1391 FAX：06-6456-4105

第23回部会研究会総会のご案内

会 期：平成17年度5月14日(土)

会 場：山形テルサ、霞城セントラル

世 話 人：深尾 彰

(山形大学医学部環境病態統御学講座公衆衛生・予防医学分野教授)

担当理事：林 學 (ちば県民保健予防財団がん検診センター)

※ 詳細については、ホームページ<http://www.jsjgms.or.jp/>
をご参照ください。

第13回日本消化器関連学会週間

Digestive Disease Week-Japan 2005 (DDW-Japan 2005)

DDW-Japan 2005 は、2005年10月5日(水)～8日(土)の4日間、神戸市
(ポートピアホテル、神戸国際会議場、神戸国際展示場)において開
催されます。

なお、演題募集はホームページでの応募となります。詳細は次頁の
DDW-Japan 2005ホームページ、または各学会誌に掲載されます演題
応募規定をご覧ください。(翌年1月掲載予定)

◇会 期：2005年10月 5日(水)～8日(土)

◇会 場：ポートピアホテル、神戸国際会議場、神戸国際展示場

第43回 日本消化器集団検診学会大会

会長 三木 一正 (東邦大学医学部消化器内科)

第47回 日本消化器病学会大会

会長 大西 三朗 (高知大学医学部消化器病態学)

第70回 日本消化器内視鏡学会総会

会長 竜田 正晴 (大阪府立成人病センター消化器内科)

第 9 回 日本肝臓学会大会

会長 熊田 博光 (虎の門病院消化器科)

第36回 日本消化吸収学会総会

会長 松枝 啓 (国立精神・神経センター国府台病院消化器科)

◇ DDW-Japan2004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

T E L：03-3573-1254 / F A X：03-3573-2198

E-mail：ddw2005@ddw.jp

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。

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)

「さらに簡単・快適・経済的」を実現する

FUJI MEDICAL FILM PROCESSING SYSTEM

CEPROS SV

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)

大腸がんの発生から進行がんへの進展が解明されたとは言えない理由は他にもあります。陥凹型を呈するがんは、早期がん(SMがん)のなかでは3割にも満たないのです。また、陥凹型から由来するものであるという証拠を残している進行がんは多くありません。現在は、仮説の段階ですが、陥凹型の病変は、腺腫とがんを含めて、6mmを越えると、他のありふれた型のがんに変身してしまう可能性があります。5mm以下の場合には、消えてしまうか、大きくなるか、いずれか、あるいは、両方の可能性を否定できません。全容の解決はまだまだ先のことです。

ただし、陥凹型の早期がん(SMがん)は、臨床的に非常に重要であることが明らかになりました。この形に由来するがんは、(SMがんと進行がん)はリンパ節転移の頻度が他の形のがん比して非常に高く、2cmであっても予後の不良ながんであることです。近藤誠君が泣いて喜ぶようながんです。早期がん(SMがん)の段階ですでにリンパ節転移が85%もあり、同様の大きさで陥凹型でない場合の(39%)とは明らかな差があるのです。近藤誠君が強調するように、この型の大腸がんは、放置すれば肝転移などが早晚生じる本物の大腸がんです。また、このがんの自然史のある部分では、非常に早い発育・進展を呈する可能性もあります。ただし、我々は、この型のがんが転移を生じる前に発見できるようになりました。本物のがんでも救命できるのです。ここでも近藤誠説は破綻します。

近藤誠君が、腺腫はがん化しない、ということを強調するために第三の事実をあげています。彼は以下のように書いています。「腺腫を放置・観察してみても、なかなか大きくなることです。たとえば東京都がん検診センターでは、1センチ以下の腺腫をもつ99人(腺腫の数にして105個)を2~10年(平均4年)にわたって観察しました。すると、2ミリ以上増大したのはわずかに15個(形態変化をとともなう著しいケースはない)。縮小したのが26個、消失したのも24個で、がん化したものもなかった(『胃と腸』28巻553頁・1993年)。この論文は結論と

して、小さな腺腫の経過観察をすすめています。」(2001年11月号)

消化器の専門施設では、5mmよりも小さなポリープについては、ほとんどは経過を観察しています。6mm以上のもの、とくに、1cm以上のポリープは、切除を前提にして患者に説明します。大きさだけでなく、ポリープの形も考慮します。ポリープの内視鏡的切除を批判する側に立てば、がんになったものはない、というデータのみを根拠にして切除は不要ということ強調したいのかもしれませんが、現場の人間は、同時に、1例でもがんになったらどうすればよいだろうか、と考えます。そして、事実、意図的な経過観察ではなく、見逃しと考えられる事例では、小さなポリープが進行がんになったとしか言いようのない場合もしばしばあるのです。そして、診療の現場では、どのようなポリープががんになるのか、という疑問はまだ解決されていないのです。したがって、現在は、6mm以上、とくに1cm以上のポリープについては、偶発症を起こさないように細心の注意を払って切除することは批判の対象にはならないと考ええます。

大腸の「がんもどき」と簡単に言う勿れ

近藤誠君は、大腸でも「がんもどき」の存在を主張します。「結局、ときに腺腫内にみつかることがある粘膜内がんというのは、がんもどきでしょう。顕微鏡でみると、進行がんの細胞に顔つきが似ているので、初めて発見した医者たちは、早期胃がんの場合と同じく「がん」と診断するようになった。その結果、腺腫を放置・観察することが少なかったから、腺腫がん化説がずっと命脈をたもってきたわけです。」(2001年11月号)、と彼は自説を披歴しています。「がんもどきでしょう」などと、気楽に他人事のような物言いにも呆れてしまうのですが、実は、彼はここで非常に重要なことを書いていることに注目しましょう。

「進行がんの細胞に顔つきが似ているので、初めて発見した医者たちは、早期胃がんの場合と同じく「がん」と診断するようになった。」(2001年11月号)という件です。確かに、そのように考えると無理なく筋立てはできます。しかし、病理組織学的にがんを診断する根拠は、進行がんのがん細胞への類似性ではありません。これを認めてしまうと、内視鏡検査で粘膜面の細胞を採取する生検の病理組織学的診断が成り立ちません。逆を考えると、もしも、がん細胞が進行がんの類似性を有するならば、生検で採取される細胞に基づいて、進行がんの診断ができることとなります。このことは、非常に大きな問題で、欧米の学者が抱えている自己矛盾です。

欧米、とくに、とくに英国では、粘膜内における

がんの存在を認めないことについてはすでに解説しました。ここで論じている問題はそのことにも直結しています。論理は極めて明確です。粘膜内に存在するがんをがんと診断しない、あるいは、診断できないのであれば、だれがみても進行がんである病変から採取した生検組織をがんと診断することはできないこととなります。何故ならば、生検によって、採取される組織の大部分は粘膜に存在する組織であり、粘膜筋板という次の層まで生検で採取される頻度は非常に低いからです。浸潤がなければがんと診断しない、という大義名分はここで崩れてしまうのです。我が国では、矛盾は存在しません。大部分の病理学者は、粘膜内に存在する異型細胞の集団をがんと診断しているからです。したがって、近藤誠君の文章も嘘でもなく、本当でもない、というようないい加減な内容ということになります。

ただし、大腸腺腫とがんの関係については、両者の因果律を指示する状況証拠は他にもあります。たとえば、固有筋層に深くがんが浸潤する進行がんであっても、それは病変の中心部だけのことであり、周囲には明らかに腺腫の組織が存在する病変は少なくありません。茎の短いポリープの形態でありながら、そういう進行がんもあります。また、進行がんの特徴的な潰瘍限局型の肉眼所見を呈する病変の場合にも、顕微鏡で詳細に観察すると腺腫の組織が混在している場合もあります。

英国のモーションが腺腫のがん化説を唱える根拠のひとつは、このように、すでに浸潤がんであるにもかかわらず、腺腫の組織が混在しているから、良性の病変が悪性に変化したのだと考えたわけです。しかし、論理としては、悪性病変が良性病変の増殖を促したという可能性もあげておくべきでしょう。また、もしも、腺腫のがん化をどのような局面でも否定するとしたら、現在、我々の診断基準で腺腫としているものも、本質的には、がんなのだという考え方をするしかありません。顕微鏡で観察される顔つきは、腺腫に非常に類似しているが、実は、がんなのだ、と考えるのです。

以上のように、腺腫のがん化説は、いまだに命脈を保っています。そして、現在は、大腸がんの発生については、正常粘膜が直接がんになるとするcarcinoma de novo説と、腺腫ががん化するとするpolyp-cancer sequence説は互いに譲らぬまま21世紀を迎えたこととなります。「がんもどき」などと軽々しくいうべきではありません。

最後に米国では、近藤誠君が「では大腸がんは、どこから発生するのか。腺腫でなければ、一見正常に見える粘膜部分からでしかないはず。そして、実際にも日本でも研究によって、一見正常に見える粘膜に平坦か（わずかに陥凹しているなど）平坦に

近い早期がんがひそんでいて、そこから進行がんが立ち上がってくるのがわかってきました」(2001年11月号)と解説する陥凹型(あるいは、平坦・陥凹型)はどのように受け止められているかを書いておきましょう。もっとも、それは私が米国に行っで見聞したのではなく、米国人が書いた論文や、学会発表に基づいたものです。結論的なことを先に書きます。米国には陥凹型の病変はない、と言い切り、さらに、この型の病変は、臨床的な意義は少ないと断じています。

これに対して、我々は、表立っては言いませんが、米国で陥凹型の病変が見つからないのは、単に内視鏡やX線検査の技術が拙劣なためだと思っています。しかし、日本人医師が指導し、さらに、インジゴカルミンという色素を使って検査(色素散布法)をすると、米国でも日本で発見される陥凹型病変と同じものが見つかります。これは論文(Saitoh, Y, Waxman I, West, AB, Popnikolov NK, et al. Gastroenterology 120巻・1657-1665頁・2001年)になっています。ヨーロッパ諸国でも状況はほぼ同じで、日本人医師が関係している施設では陥凹型病変が発見されています。

何故こんなことになるのでしょうか。理由はいくつか考えられます。最大の理由は、すでに脚気論争のところで書きましたが、米国の面子ではないかと私は考えます。色素散布法など必要ない、と堂々と主張されてしまうと(Bond JH. Gastrointest Endosc. 50巻・589-590・1999年)、20世紀初頭の脚気論争もこんな状態だったのだろうか、感慨を深くしてしまいます。

また、全く別の米国的な理由としては、この型の存在を認めることは訴訟問題に直結するのではないかと、というものです。これまで発見されなかったのは内視鏡医の怠慢である、などという訴訟を起こされかねないのかもしれない。

米国の医師達は、二言目にはNational Polyp Studyの結果を振りかざします。しかし、この研究は、1977年～1981年に実施されたものですから、当時は、日本においても陥凹型病変の存在はほとんど証明されていませんでした。したがって、当時の研究で米国にはそんなものはなかったから、今もないに決まっている、という論法は、それこそ米国の歴史認識はそんな幼稚なものなのか、ということになりかねません。

どんなことでも米国が一番なのだ、という傲慢な態度をすてて、日本に陥凹型病変の見つけ方を習いに来れば、問題はすぐに解決すると思うのですが、それも出来ないほどに米国の内視鏡医達は方向感覚を失っているのでしょうか。

結局、近藤誠君が言いたいことは

近藤誠君が言いたいことは、「以上を要するに、どの臓器においても、無症状なのに検査でみつかるがんを手術したほうがよいとするデータはありません。今後データがそろそろほどに、検査と手術の無意味がますますはっきりすることでしょう」(2002年1月号)という結びの文章なのでしょう。彼にかかる、一応は説得力のある大腸がんのミネソタ研究の成果も、総死亡数に差がないのだから、というあっと驚く近藤流の珍説の前にはあえなく後退してしまいます。手術したほうがよいとするデータはすでにあります。しかし、近藤誠君が、総死亡数に差がないとする禁じ手のような理屈を持ち出してこれを否定しているだけのことです。

早期胃がんについて言えば、その5年生存率は90%を越えているのですから、がん死する人の数は非常に少ないことは明らかです。くじ引き試験の結果を左右するのは、無症状でもすでに手遅れの進行がんである人と、症状があって手遅れの人の差を統計学的に比較するだけのことです。事実、ミネソタ研究で生存率の差を導きだしたのは、毎年受診群と放置群におけるステージD(遠隔転移のある大腸がん)の差でした。

少なくとも、胃については、無症状でみつかるがん、すなわち、早期発見されるがんのなかには、早期がんだけでなく、進行がんもあり、両者の割合はおよそ2:1です。近藤誠君の主張に従えば、無症状であれば進行胃がんも手術するな、ということになります。進行がんも「がんもどき」にされてしまいました。こうなると、彼の論法はあまりも隙だらけで、かえって反論しにくくなります。

最後に。もしかしたら論争は無駄骨？

ここまで書いて、実は、こんなことを書いていることが馬鹿らしく、自分に腹が立ってきました。その理由を、6年前から、自分のなかで絶えず打ち消しながら、我慢を重ね、これは、近藤誠君との論争なのだと思いをこませてここまで来ました。

しかし、このあたりで我慢できなくなりました。これは、論争に値するものではないのだ、という観念に私が捕らわれはじめ、それを打ち消すことに困難を感じるようになりました。脚気黴菌説における論争には、論理的に間違いがあったにせよ、論理の展開がありました。鴉外は実に緻密に、米食が医学的にもっとも優れていることを証明しようとしています。ところが、近藤誠君の文章には、反論する際の論理がないのです。データがないと言い換えてもよいでしょう。

例えば、私は、6年前、彼の「がんもどき」説を論駁するために、二つの重要なデータを出しています。ひとつは、胃がんの転移(リンパ節転移・遠隔転移)は、深達度が深くなるにつれてその頻度が高くなること。もうひとつは、早期胃がんの約47%はすでに浸潤がんであることです。これら二つの事象は、事実です。そして、早期胃がんは進行がんにならないとする立場の人間にとっても、これは事実なのです。近藤誠君はこれまで、この事実をどのように解釈するかということに答えていません。

彼は、これらのデータに対する解釈はまったくせずに、ひたすら「早期胃がんは進行がんにはならない」と呪文のように言い続けるのです。そのひたむきな姿勢は、「われは天理王命なるぞ」と言い続けて一派を興した新興宗教の教祖のそれと類似しています。宗教はその教義を信奉する人間の運命共同体ですから他人がとやかく言うべきものではありません。社会が迷惑を被らない限り、容認されます。しかし、早期胃がんは進行がんにならない、あるいは、リンパ節転移は転移でない、などのことが、科学的な検証を無視して信仰もどきの対象となるとすれば、黙認することはできません。事件が起きれば、つぎに来るのは専門家は何をしていたのだという批判と決まっています。

私は、自分ではまともな論理の展開だと信じて近藤誠君の珍説を論駁しようとしてきました。だが、そうしているうちにある種の虚無感に捕らわれてしまうのは、恐らく、近藤誠君は私とは異次元の空間に住んでいるのではないか。そして、彼の一方通行的な言動は、彼の口を借りた何者かの仕業に違いなし、などと考えてしまうからなのでしょう。しかし、そんなふうにも考えても納得はできません。

私どもは、取りあえず、既存の価値観が連続するところに論理を構築しようとしています。しかし、近藤誠君は、それとは不連続な新しいパラダイムを創ろうとして、創造的な苦しみの最中にあるかもしれません。近未来に、早期胃がんは進行がんになるという誤った考え方に固執して手術を繰り返した不幸な時代があった、などと我々が批判されることがあるかもしれません。近藤誠君はそのことを夢見ているにちがひありません。

(今回号にて最終章となります。)

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

バリデスター[®]A240散 **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**
ウムプラゾル[®]A

■ 注腸用X線造影剤

エネマスター[®]注腸散

■ 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

■ 胃内に泡性粘液除去剤

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

仙台営業所 / TEL 022-283-6521
大阪営業所 / TEL 06-6221-5101

東京営業所 / TEL 03-5328-7801
中四国営業所 / TEL 0877-22-7284

名古屋営業所 / TEL 052-732-8555
福岡営業所 / TEL 092-413-4107

やさしさと温もりをもって届けたい。



HITACHI

透視対応FPD搭載多目的イメージングシステム

VERS FLEX

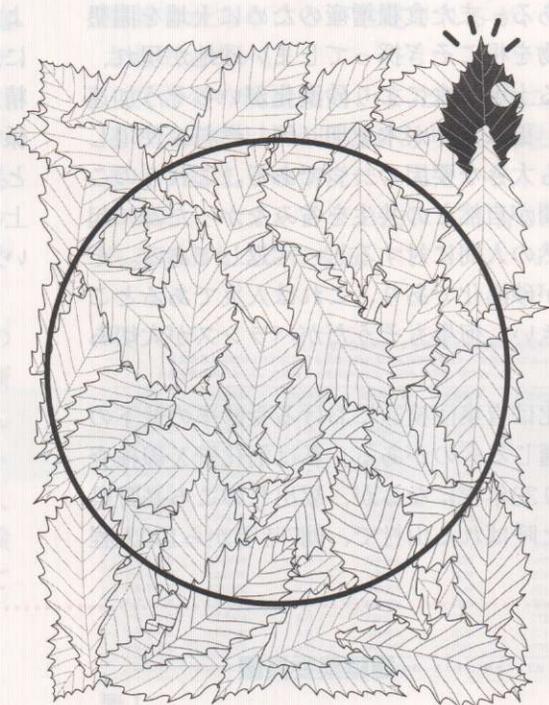


透視対応FPD搭載透視撮影システム

medites CREA



X線画像診断の革命児——日立のFPDなら40cm×30cm。広く、しかもリアルタイムにすみからすみまで鮮明に映し出します。一目瞭然とは、まさにこのこと。できてみたら、じつは当たり前。ここをもう日立から。



FPDなら一目瞭然

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 日立鎌倉橋別館 TEL.(03)3292-8111(代表) URL <http://www.hitachi-medical.co.jp>

編集後記

鳥が鳴かない日があっても、環境問題が話題にならない日はないだろう。世間で環境問題が盛んに議論にされている今日この頃である。近年、国際会議が相次いで開催され、国内でも各種のシンポジウムや検討委員会が開かれ、国会でも取り上げられている。環境問題と言っても地球温暖化、フロンガスによるオゾン層の破壊、酸性雨、熱帯雨林の破壊、砂漠化、産業廃棄物や医療廃棄物の投棄による環境破壊等、多種多様である。中でも、注目すべきものは、世界各地にある砂漠がたいへんな勢いで拡大していることである。ちなみに地球の陸地の30%程度が砂漠で、毎年四国と九州を合わせた広さ、約6万平方キロメートルが不毛の地となっていると言う。驚きである。砂漠化は自然現象のように見えるが、実は人の行為によって作られたものに、自然的要素が密接に関連したものとされている。人為的に作り出されたものであるから必ず原因がある。例えば中国においては人口の増加に伴い食糧の確保が必要となり、家畜の飼育を奨励した。ところがその放牧されていた家畜は草原の草を根こそぎ食べてしまった。家畜の過放牧である。また食糧増産のために土地を開墾して植物を根こそぎ採ってしまい砂地が現れ、風による土壌浸食により砂漠化がいつそう加速された。更に人々が木を切り倒し燃料に使用したことも大きな要因の一つである。これらのことは人間が自然との共生を省みなかった為に起きた自然の人間に対するしっぺ返しである。その結果が砂漠化であり、これは人災であるところが大きい。何事もそうだがバランスが大切である。

砂漠化は胃集団検診における受診率の低下の原因に通じるものがある。私は消化管X線検査に携わり30年程になるが、駆出しのころ長野県の秘境と呼ばれる山村で、朝7時頃から100人程

の胃X線間接撮影をしたことがある。受診する人々は手弁当を持ちあちこちからやって来た。当然、翌日管球は破損し、検診は途中で中止となった苦い思い出がある。100%のゾルを使い6枚撮影、暗室透視で撮影し、現像は車内にある狭い暗室でのバット現像であった。傷だらけのフィルムは自然乾燥させてから担当者に渡し、その後地区の医師会が読影していた。こんな時代もあった。精度管理という言葉さえ無かったように記憶している。これまでに胃集団検診における検診精度と検診人数と検診価格のバランスは、良好に保たれて来たのか疑問に思う。日本経済不況下の現在、連なる様にして胃集団検診の業界は受診率の伸び悩みや、あるいは低下に苦慮している。そしてこの状況下に価格競争が持ち込まれている。受診者にとって低価格はいへん魅力的だが、そこには検診精度の落ちる危険性が大いにはらんでる。検査の精度を保つには適正な価格があるはずだ。一方では受診の奨励をしながら低価格で精度の落ちる検査を行う、これでは更に受診率の低下を招くことにはならないか。現在の胃集団検診は、人の手により土地は荒廃し、砂漠化したことと同じように思える。難問ではあるが検診精度を軸として、精度、量、価格の関係とバランスを検証し、関係者への啓蒙とそれを実践して行くことが必須と考える。検診精度の向上こそが、受診率の向上、あるいは胃集団検診の生き残れる道ではないかとう。

(財)早期胃癌検診協会 長谷川 信久

編集委員

編集委員長

今井 貴子

青木 敏郎

笹島 雅彦

米倉 福男

長谷川信久

水沢 幸博

假屋 博一

山本 美穂

舩屋ハツ子

竹林 章子

今井 仁彦

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