

消化器検診 Newsletter

No. 71

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

[日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会機関紙]

日本人のがん—その予防を中心に—

青木胃腸科外科
 青木 敏郎



<日本人死亡原因50年の推移>

人は生まれ、そして死ぬ。しかし健やかな長寿を願望する。

日本人の平均寿命は平成14年、女性85.23歳、男性78.32歳である。50年前、昭和30年（1955）は女性67.75歳、男性63.60歳であり、10歳の長寿になる。

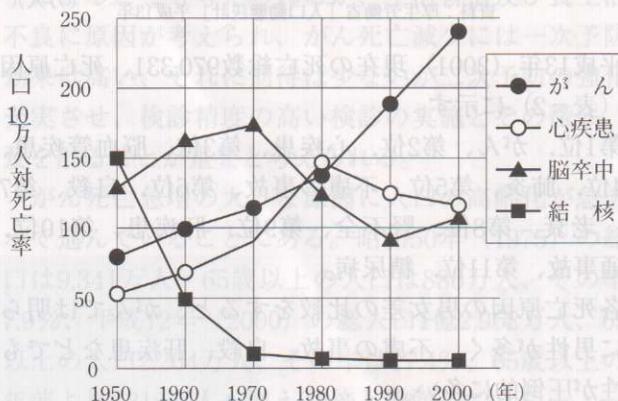
日本人の死亡原因の第1位である“がん”の研究、予防、医療は総合的に推進されているが、現在、がんの死亡数は30万人に達し、年々増加を続け、昭和50年（1975）の2倍になっている。

21世紀にがん死亡の激減を目指すことは今世紀の対がん戦略の根幹であり、第3次対がん10か年総合戦略（平成16年度～平成25年度）が策定され、その戦略達成への多くの目標が計画されている。そこで過去30年における死亡原因の変動及びがん死亡原因の変動等のデータを検討し、がん死亡減少への有効な対策を追究する。

昭和59年（1984）から始められた“対がん10か年総合戦略”及び、それに引き続き平成6年度（1994）から始められた“がん克服新10か年戦略”により、“がんは遺伝子の異常によって起こる病気である”という概念が確立し、本態解明の進展とともに、各種がんの早期発見法の確立、診断方法、治療技術、予防対策等は目覚ましい進歩を遂げている。

この間、胃がん、子宮がん等の死亡率は減少し、一方では肺がん、大腸がん、肝がん等は増加を続けて、がんは昭和56年（1981）以後、日本人の死亡原因の第1位になり、現在は死亡数の30%を占めている。より有効な対策がとられない限りがん罹患数及び死亡数は大幅に増加し、平成27年（2015）にはがん罹患数は73万人～89万人にもなり、平成30年（2020）には死亡数は年間45万人に増加すると推計されている。

表-1. 日本人死亡原因の推移



日本人の死亡原因の変遷をみると（表-1）、昭和初期の10年（1935）には結核が1位であり、以下肺炎、胃腸炎、脳卒中、老衰の順であった。第2次世界大戦後の昭和25年（1950）迄は結核は1位を続け、脳卒中、肺炎、胃腸炎、がんとその順位は少しずつ変わっていた。しかし、抗結核剤が開発され、昭和26年（1951）に結核は1位の座を失い、脳血管障害がトップになった。さらに30年後の昭和56年（1981）には“がん”がトップになり、現在もトップを独走している。

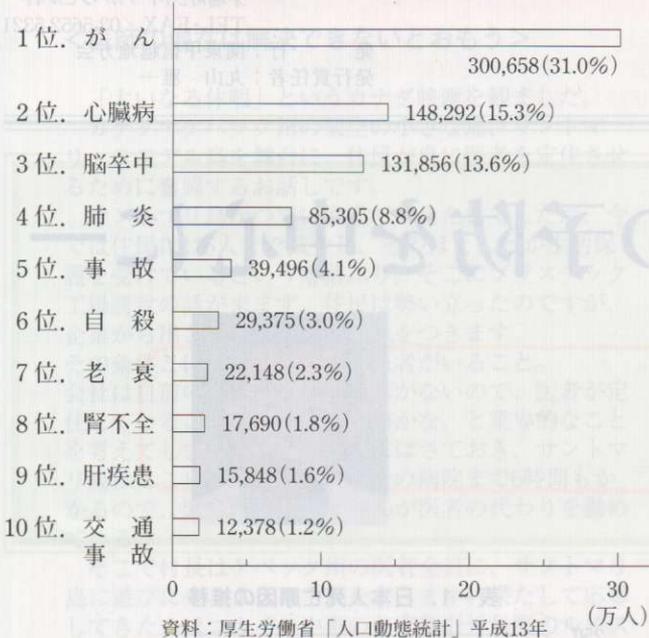
平成13年（2001）厚生省の死亡統計によると、がん死亡数30万658人で、死亡総数の31.0%、3人に1人が“がん”で死亡している。昭和30年（1955）には11.2%、40年（1965）11.5%であったのだから、平成13年には31.0%と驚くような高率になっている。そして、がん罹患数は2015年には89万人死亡数は40～45万人と推計されている。

それらの原因は生活様式の欧米化、高齢人口の急増、感染性疾患の激減によるのだろうか、その対策は21世紀の急務である。

次に死亡原因の2位は心疾患と脳血管疾患が競り合いを続けている。

表-2. 日本人の死亡原因

平成13年(2001年) 死亡数 970,331人



平成13年(2001)現在の死亡総数970,331、死亡原因を(表-2)に示す。

第1位. がん、第2位. 心疾患、第3位、脳血管疾患、第4位. 肺炎、第5位. 不慮の事故、第6位. 自殺、第7位. 老衰、第8位. 腎不全、第9位. 肝疾患、第10位. 交通事故、第11位. 糖尿病。

各死亡原因の男女差の比較をすると、がんでは明らかに男性が多く、不慮の事故、自殺、肝疾患などでも男性が圧倒的に多い。

人間は何らかの原因で死亡することになるが、平成12年の死因別死亡確率では、0歳では男女とも“がん”で将来死亡する確率は高く、次ぎは、心疾患、脳血管疾患、肺炎の順になっている。65歳になると、0歳時に比べ“がん”による死亡確率は低くなり、他の疾患による死亡確率が高くなっている。80歳では更にこの傾向は強くなっている。男女とも0歳、65歳、80歳の各年齢で3大死因、がん、心疾患、脳血管疾患の死亡確率は全死因の半分を越えている。近年は男女とも脳血管疾患の死亡率は低くなり、心疾患や肺炎の死亡確率が高

くなっている。

死亡原因を平成13年(2001)と昭和55年(1980)を比較すると、死亡数は722,801人から970,331人へと20年間で34%も増加している。

20年前より死亡数の増加した疾患は、肺炎(2.6倍)、がん(1.9倍)、自殺(1.4倍)、不慮の事故(1.3倍)、心疾患(1.2倍)であり、減少した疾患は老衰(45%減)、脳血管疾患(23%減)、交通事故(7%減)である。

20年間の死亡原因の変遷は生活様式の欧米化、人口の高齢化、高血圧管理の向上、薬剤の開発等に関連が有ると考えられる。

<がん死亡の急増>

“がん”が日本人の死亡原因のトップになって20数年が過ぎたが、人口の高齢化とともにがん死亡数は年々増加を続けている。

平成13年(2001年)のがん統計によると、日本人のがん死亡数は30万人を超え、男性の34%、女性の27%は“がん”で死亡している。さらにはがん罹患数は死亡数の2倍の60万人と推定されるので、“がん”にかかっても治癒した生存者すべてを含めると少なくとも数百万人は“がん”という既往症をもって不安とともに生きていることになる。このように“がん”は日本の国民病ともいえる疾患である。

そこで“がん”死亡の20年間の推移を総死亡数及びがん種別毎の死亡数の検討をする(表-3)(表-4)。

総死亡数とがん死亡数の推移は昭和55年(1980)と平成13年(2001)の20年間に総死亡数は722,801人から970,331人、34.2%の増加であり、がん死亡数は161,764人から300,658人、85.8%と2倍近い急増であり、総死亡数の31.0%で、がん死亡は20年間で死亡原因の4人に1人から3人に1人へと増加している。

がん死亡数の2倍近い急増の原因をみると、表-4に示すように、20年前より一番増加したのは“肺がん”であり、21,294人から、55,034人に増え、その増加率は2.5倍になる。次いで消化器系がんの増加も著しく、その増加率は大腸がんを初めとし、2.5倍に、膵がん2.47倍、肝がん2.36倍、胆道がん2.35倍になり、全て2倍以

目次

日本人のがん—その予防を中心に— …1

リレー随筆

- ・「選人間ドック新システムが稼働しました」/依田芳起 …11
- ・「最後はウデ?」/工藤 泰 …12
- ・「緑は異なもの味なもの?」/藤井雅代 …12

視点・中国胃癌事情 …14

平成17年度「胃がん検診専門技師」認定試験のご案内 …16

日本消化器集団学会関東甲信越地方会
第38回放射線部会総会 …17

施設紹介 …18

71号掲示板 …19

編集後記 …20

表-3. 総死亡数とがん死亡数の推移

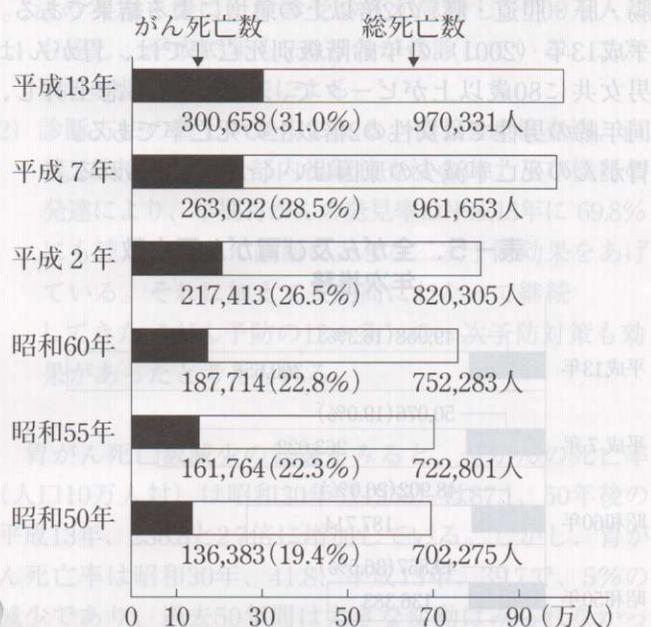
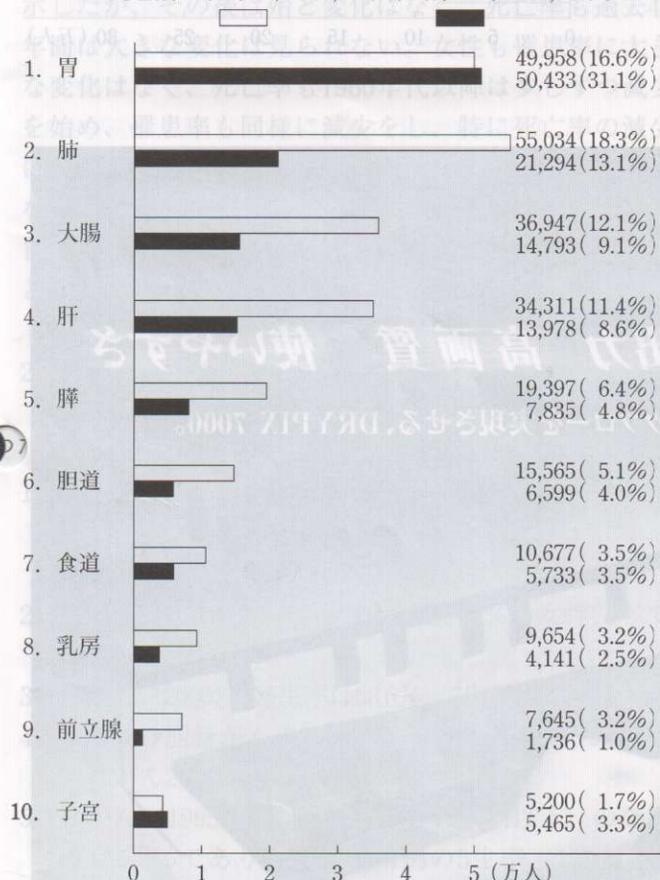


表-4. がん死亡数の比較
平成13年と昭和55年

がん死亡数：平成13年 300,658人、昭和55年 161,746人



上の高率に増加している。

胃がんは増加は見られなく、僅かに減少している。その原因は集団検診の普及と胃内視鏡機器の進歩にある。

女性の乳がんは20年前より2.32倍も増加し、反対に子宮がんは24%も減少している。乳がん増加の危険因子

として生理、出産などがあげられているが、いまだ決定的な危険因子及び予防対策は不十分である。子宮がんは二次予防の検診の普及が有効になっている。

男性に特有のがん、前立腺がんは著しく増加し、増加率は20年前の4.4倍でダントツであり、欧米と同様に今後増加の傾向にある。その原因は年齢の高齢化と食生活の欧米化によるとされている。

死亡率の男女差は20年前より軽度であるが、男性が多く、平成13年の全がん死亡数は男性は女性の1.5倍である。

“がん”の種類別にみると、死亡数は肺がん、肝がん、食道がんは男性は女性の2倍以上で、胃がんは1.5倍以上であり、膵がん、大腸がんは男女差はごく僅かである。他に胆道がんは軽度ではあるが女性の死亡数やや多くなっている。

以上の結果から、男性の死亡率が高いことは、遺伝子によることも考えられるが、生活習慣及び食生活の不良に原因が考えられ、がん死亡減少には一次予防の効果は高い、それに期待は少ないが二次予防の強化を充実させ、検診精度の高い検診の実施とその徹底、普及を計ることが重要と考えられる。

がん死亡急増の大きな原因に人口の高齢化が急テンポで進んでいることにある。昭和50年（1975）の総人口は9,341万人、65歳以上の人口は886万人、その率は7.9%、平成12年（2000）の総人口1億2,962万人、65歳以上の人口2,204万人、その率は17.4%、65歳以上の25年前より1,318万人も増え2.5倍と急増している。

人口の高齢化により、がん死亡数は昭和50年、13.6万人、平成12年、29.5万人になっている。25年間で65歳以上の高齢者数が2.5倍に増えたことが、がん死亡数も2倍に急増した大きな原因になっている。その減少への対策は、まず一次及び二次予防の普及と徹底にあるのではないだろうか。

しかし、年齢調整死亡率及び年齢調整罹患率（人口の高齢化の影響を除く計算法）では、男性のがん罹患率及び死亡率はこの20年間は増加はなく、女性では少しづつ減少を示している。人口の高齢化が継続することは、一般に“がん”は加齢とともに発生率が高くなるので、西暦2015年にはがん罹患数は1年間に80万人と推計されている。その対策はいかに。

<胃がん死亡の減少>

日本人の“がん”の特徴は“胃がん”の多いことであり、世界的に有数の胃がん多発国である。

平成5年（1993）に胃がんの死亡数は肺がん死亡数にわずかに抜かれて2位になったが、がん罹患数では依然として日本人に一番多いがんである。一方、アメリカ、オーストラリアの白人は胃がんの死亡率は最も低く日

本人の20%程度である。日本の胃がん死亡数は男女ともに、ここ20年間は大きな変化はみられない。そして年齢調整死亡率では、肺がんや大腸がんとは対照的に減少傾向をみせている。

胃がん罹患率は男性は女性の1.5~2.0倍であり、罹患率は死亡率の2倍程度で、胃がん罹患者の約半分は死亡している。胃がんは40歳頃から年齢の増加とともに罹患率も死亡率も急上昇する。40歳未満では罹患率も死亡率も男女差は殆どみられない。

今までの疫学研究の結果、胃がんの一次予防には野菜（緑黄色野菜）、果物を多くとり、減塩をし、喫煙、アルコールの多飲の危険要因を避け、ピロリ菌感染も要因なので要注意である。二次予防は精度の高い胃がん検診の受診こそ必要である。

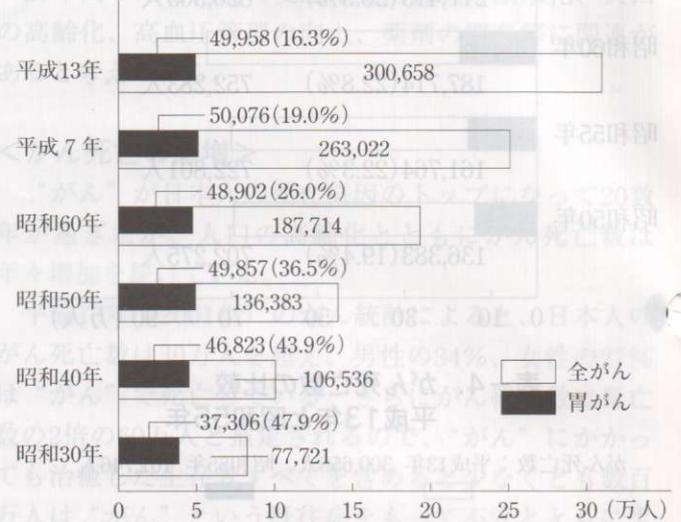
1. 胃がん死亡数の変動

平成13年の全がん死亡数は300,655人、総死亡数の31%であり、その中の胃がん死亡数は49,958人、全がん死亡数の16.6%になる。

表-5に示すように昭和40年（1965）から40年間で、全がん死亡数は10.6万人から30.0万人へと3倍に急増している。しかし、全がん死亡数に対する胃がん死亡数の割合は逆に36.5%から16.6%と半減という結果になっ

ている。これは肺がん及び他の消化器系のがん（大腸・肝・胆道・膵）の2倍以上の急増による結果である。平成13年（2001）の年齢階級別死亡率では、胃がんは男女共に80歳以上がピークで、60歳代から急上昇し、同年齢の男性では女性の2倍以上の死亡率である。胃がんの死亡率減少の原因はいくつか考えられる。

表-5. 全がん及び胃がん死亡数 年次推移



FUJIFILM
I&I-Imaging & Information

Eco DRY

FUJI MEDICAL DRY LASER IMAGER
DRYPIX
7000

富士メディカルドライレーザーイメージャー DRYPIX 7000
管理医療機器承認番号 13B2X9000500011

ハイスピード出力 高画質 使いやすさ

スムーズなワークフローを実現させる、DRYPIX 7000。

- 1) 胃がん検診の普及により、昭和58年(1983)老検法の実施を機に、検診受診者が急増し、700万人にも達し、平成13年も550万人が受診している、二次予防の普及及び徹底による。
- 2) 診断方法の著しい進歩による。間接X線検査法、直接X線検査法、上部内視鏡検査法の向上及び機器の発達により、早期胃がんの発見率は平成13年に69.8%にも達し、胃がん診断に大きな二次予防効果をあげている。それに加えて長期間にわたって継続してきた“がん予防の12カ条”の一次予防対策も効果があったと考えられる。

胃がん死亡数減少の経過をみると、全がんの死亡率(人口10万人対)は昭和30年(1955)は87.1、50年後の平成13年、238.8と2.7倍に増加している。しかし、胃がん死亡率は昭和30年、41.8、平成13年、39.7で、5%の減少であり、過去50年間は大きな変動はみられなかった。全がんと胃がんの年次推移をみると、年齢調整死亡率及び年齢調整罹患率は人口の高齢化の影響を除くため、男性のがんの罹患率は1980年前後にやや増加を示したが、その後は殆ど変化はなく、死亡率も過去40年間は大きな変化は見られない。女性も罹患率に大きな変化はなく、死亡率も1960年代以降は少しずつ減少を始め、罹患率も同様に減少をし、特に死亡率の減少は大きくなっている。罹患率と死亡率の較差が大きくなったことは胃がんの手術法並びに治療法の進歩及び胃がん検診の普及と徹底による、二次予防の早期発見と早期治療の大きな成果と考えられる。

2. 各種がん手術後5年生存率(5生率)

各種がん手術後の5年生存率をみると、胃がん以外は全て低率である。

 - 1) 胃がん(1991)は早期胃がんの5年生存率は93.4%と非常に高く、全手術症例では73.7%であり、10年後の現在は更に良い成績が考えられる。
 - 2) 大腸がん(1992)の5生率は男性64%、女性75%である。
 - 3) 肝がん(2000)の5生率は53.6%、7生率は37.8である。
 - 4) 胆嚢及び胆管がん(2000)の5生率は胆嚢がん42%、胆管がん26%である。
 - 5) 膵がん(1995)は早期がん(がん2cm以下)の発見率は6.2%であり、切除手術例の5生率(1991)は10~20%と低率である。

以上のように消化器系のがんは胃がん以外は5生率は非常に低率であるが、診断方法、早期発見方法の進歩と一次並びに二次予防の普及、徹底により確実に胃がんの5生率に一日も早く到達することを期待したい。

＜がんの罹患と死亡＞

女性は“がん”にも男性より強い>

“がん”の罹患と死亡は“がん”の地域性と人種、そして発生部位及び性別によって大きな差がある。

日本人に多いがんは、前述のように一番多いがんは胃がんで、性別の差は男性が女性の2倍も多く罹患、死亡している。

多くの病氣も年月の推移とともに、その死亡数も変動し、同様に“がん”も年月の推移により死亡数も部位、性別により変動をしている。その一例として“胃がん”の死亡数はこの30年間は横ばいの状態が続いているが、肺がん、大腸がん等の死亡数は増加が続いている。

“がん”は性別によって、その罹患数と死亡数に大きな差があると前述したが、女性は男性よりも上記2点において、まず罹りにくく、その上治療率も高いこと、そして更に寿命は男性より7年も長く、男性よりも、常に生命の維持に優位にあるということである。

以下に多数の資料から、その状況と要因を検討する。

表-6. 男性 — がん罹患数(1997)、死亡数(2000)

部位別	罹患数	死亡数	生存数(生存率)
全 がん	275,276	179,140	96,136(34.9%)
1. 胃 がん	66,307	32,798	④ 33,509(50.5%)
2. 大腸がん	48,661	19,868	③ 28,793(59.1%)
3. 肺 がん	41,523	39,053	2,470(5.9%)
4. 肝 がん	24,868	23,602	1,266(5.1%)
5. 前立腺がん	14,005	7,514	⑤ 6,491(46.3%)
6. 食道がん	11,363	8,706	⑥ 2,657(23.3%)
7. 膵 がん	9,533	10,380	-847(-8.8%)
8. 膀胱がん	9,209	3,184	① 6,025(65.4%)
9. 胆道がん	7,483	6,913	570(7.6%)
10. 腎 がん	6,249	2,583	② 3,846(61.5%)

表-7. 女性 — がん罹患数(1997)、死亡数(2000)

部位別	罹患数	死亡数	生存数(生存率)
全 がん	203,870	116,344	87,526(42.9%)
1. 大腸がん	35,031	16,080	④ 18,951(54.1%)
2. 胃 がん	33,011	17,852	⑥ 15,159(45.9%)
3. 乳 がん	31,897	9,171	① 22,726(71.2%)
4. 子宮がん	17,980	5,202	② 12,778(71.1%)
5. 肺 がん	16,267	14,671	1,596(9.8%)
6. 肝 がん	10,449	10,379	70(0.7%)
7. 胆道がん	8,592	8,240	352(4.1%)
8. 膵 がん	8,038	8,714	-676(-8.4%)
9. 膀胱がん	3,090	1,496	⑤ 1,594(51.6%)
10. 腎 がん	2,920	1,280	③ 1,640(56.2%)
11. 食道がん	1,994	1,550	⑦ 444(22.3%)

全がんの死亡数は昭和55年（1980）は16.1万人であったが、20年後の平成13年（2001）には30.0万人へと86.3%も急増している。急増の原因についてみると、総死亡数は昭和58年の72.2万人から平成13年には97.0万人へと34.3%の増加にとどまっているが、がん死亡数の急増には及ばない率である。

最近のがん罹患数は年間48万人と推定され、死亡数の2倍の60万人ともいわれている。がんは昭和56年から現在迄死亡原因のトップを続けて、その後も人口の高齢化にともなって増え続けている。しかし、それらのデータを人口構成の変化を調整した死亡率（年齢調整死亡率）で見ると、男性のがんの死亡率は横ばい状態であり、女性は減少傾向を示していると報告されている。がんの部位別の罹患数と死亡数をみる。（表-6、表-7）

男性ではがん罹患数の最も多いがんは“胃がん”であり、全体の24%を占めている。次いで大腸がん（18%）、肺がん（15%）、肝がん（13%）の順である。男性のがん死亡数は肺がんが22%で最も多く、胃がん（18%）、肝がん（13%）、大腸がん（11%）の順になる。

女性のがん罹患数の最も多いのは大腸がん（17%）で、胃がん（16%）、乳がん（16%）の順になっている。女性のがん死亡数の多いのは胃がん（15%）、大腸がん（14%）、肺がん（13%）である。

がんは発生部位及び性別により、罹患数及び死亡数に大きな差がみられる。罹患数から死亡数を引いた生存数（生存率）の高いがんと低いがんがあり、この高低の差は、がん罹患した場合、その治療成績及び生存の確率に重要な因子になる。

平成7年（1995）の日本の総人口数は1億2,577万人、男性6,157万人、女性6,399万人で、女性の人口が少し多い状態である。

がん罹患数は男性27.5万人女性20.3万人で、女性は7.2万人、26%も少なく、がんの罹患数に大きな差が現れている。男性4人のがん罹患に対し、女性は3人という低い罹患率であり、この大きな差の原因は何にあるのだろうか。

次いで生存率（表-8）であるが、生存率の高いがんは男性では膀胱がん（65%）がトップで、大腸がん（59%）、胃がん（50%）、前立腺がん（46%）の順である。一方生存率の低いがんは、胆道がん（7%）、肺がん（6%）、肝がん（5%）の順で膵がんは最低でゼロ以下になっている。

女性の生存率の高いがんは乳がん（71%）、子宮がん（71%）、腎がん（56%）、大腸がん（54%）、胃がん（45%）の順である。生存率の低いがんは肺がん（9%）、胆道がん（4%）、肝がん（1%）で膵がんは女性でも最低でゼロ以下になっている。

表-8. がんの罹患率と生存率

	罹患率(1997年)		生存率(2000年)			
	高いがん		高いがん		低いがん	
男 性	胃がん	24.1%	胃がん	50%以上	膵がん	5~10%
	大腸がん	17.7%	大腸がん	50%以上	肝がん	10%
	肺がん	15.1%	膀胱がん	65%	肺がん	10%
	肝がん	9.6%	腎がん	58%	胆道がん	10%
	前立腺がん	5.1%	立腺がん	46%	食道がん	20%
女 性	大腸がん	17.2%	乳房がん	70%以上	膵がん	5~10%
	胃がん	16.2%	子宮がん	70%以上	肝がん	5~10%
	乳房がん	15.6%	胃がん	50%以上	胆道がん	10%
	子宮がん	8.8%	大腸がん	50%以上	肺がん	10%
	肺がん	8.0%	腎がん	56%	食道がん	20%
			膀胱がん	51%		

注1: 罹患率→各がん罹患数/全がん罹患数

注2: 生存率→各がん罹患数-各がん死亡数/各がん罹患数

以上のように肺がん、肝がん、胆道がん、膵がんは生存率は10%以下と驚く程に低い率になっている。

平成12年（2000）のがん生存率は男性9.6万人、女性8.7万人であり、そして男性のがん生存率は34.9%、女性は42.9%であり、女性は生存率も男性より8%も高い率を示している。男女のがん罹患患者100人とする生存数男性35人、女性は43人で、女性は男性より8人も生存数が多くなっている。

以上の結果から女性は男性に比べてがん罹りにくいこと、その率は男性より26%も低いことである。そしてがん罹患したとしても、その生存率は8%も高い率にある。そのうえ平均寿命も男性の78.62歳に比べ女性は85.23歳で、7年も長命であることは、女性はがん罹患しにくいことになる。

女性は“がん”という疾病では罹患と治癒の点で男性より、かなり良好な成績の要因は何なのか、その要因を推測すると、女性の天性にある体質の差によるもの、それとも女性本来の生活習慣の健全性によるのか、或は未知の何かの因子があるのか等が考えられる。しかし、あくまで推測の域であり、その要因を徹底的に追究することは重要である。それはこれからがん制圧活動の進展に是非とも必要であり、その原因の追究はがん制圧の糸口が発見されるかもしれないし、大きな期待のある課題ではないだろうか。

<世界の死亡原因とがんの状況>

1. 欧米諸国の主な死亡原因と推移

日本では死亡原因の1位は昭和26年（1951）に結核から脳卒中に変わり、昭和56年（1981）に“がん”が1位になり現在もトップを続け、2位心臓病、3位脳卒中、4位肺炎、5位不慮の事故の順である。昭和50年（1975）の総死亡数は70.2万人、平成13年の総死亡数97.0万人で、30年間で人口は1,500万人増加し、死亡数も26.8万人増加している。

1) アメリカ（1955）は人口2億6,034万人、死亡数148万人、死亡原因の順は心臓病、がん、脳卒中であり、

その順も30年前と同じである。

- 2) イギリス (1995) は人口5,860万人、死亡数42万人、死亡原因の順は心臓病、がん、脳卒中で、その順も30年前と同じである。
- 3) フランス (1994) は人口5,787万人、死亡数30万人、死亡原因の順はがん、心臓病、脳卒中で、30年前は心臓病、がん、脳卒中の順であった。

死亡原因の順位の特徴をみると、日本、フランス、イタリア以外の各国、アメリカ、イギリス、ドイツ、ノルウェー、スウェーデン、オーストラリアでは現在も死亡原因のトップは心臓病で、“がん”は2位を続けている。このデータから、将来の日本も世界の主要国のように心臓病死が増加し、がん死が減少するのだろうか。そのような状況になることを期待したい。

世界主要国10カ国、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ等の“がん”死亡数の総人口に対する率は、アメリカ (1994) 0.21%、フランス (1994) 0.24%、イギリス (1995) 0.27%等と、総人口に対するがん死亡数の割合が1000人に2~2.7人と、その数値は各国共近似にある。日本 (1995) の総人口数1億2,557万人、がん死亡数26.3万人、がん死亡数の率は0.20%である。

2. 世界のがん患者と死亡状況 (2000年)

世界では2000年 (平成12年) に1000万人のがん患者が発生し、680万人ががんで死亡している。

男性の罹患数の一番多いのは肺がんで全体の17%、次いで胃がん、前立腺がん、大腸がんの順である。がん死亡数では地域差はあるが、肺がんが最も多く、次いで胃がん、肝がん、大腸がんの順で、死亡率は肝がん、肺がん、胃がんは高率である。

女性の罹患数の一番多いのは乳がんであり、ついで子宮がん、大腸がん、肺がんで、死亡数の多いのは乳がん、肺がん、子宮がんで、死亡率は肺がんが高率である。

日本人の男性の罹患数は胃がん、肺がんが多く、死亡数では肺がん、胃がん、肝がんが多く、特に肺がん、肝がんの治癒率は非常に低く、悪い状態である。女性は罹患数は大腸がん、胃がん、乳がんの順に高く、死亡数は胃がん、大腸がん、肺がんの順に高く、治癒率は肺がん、肝がんは特に低率である。

各種がんの地域分布状況をみると、“胃がん”は東アジア、東欧、南米に多く、日本とチリは以前より世界のトップクラスである。しかし北米の白人は非常に少なく、日本人の20%程度である。

“肺がん”の罹患率は北米、欧州でも高率であり、罹患率の差は喫煙率と相関し、日本人の患者数の増加も著しく、罹患率、死亡率も中程度に達している。

“大腸がん”は以前より、アメリカ、欧州で高率である。日本の大腸がん罹患率、死亡率は以前は低率で

表-9. 世界各国の平均寿命

国名	1960~1967		1999~2002		長寿順位	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
日本	69.2	74.7	78.3	85.3	1	1
スイス	68.7	74.1	76.9	82.6	2	2
カナダ	68.4	74.2	76.7	82.0	3	4
イギリス	68.7	74.5	75.3	80.1	4	7
フランス	68.2	75.4	74.9	82.5	5	3
ドイツ	67.6	73.8	74.7	80.8	6	6
フィンランド	65.4	72.6	74.6	81.5	7	5
アメリカ	67.8	75.1	74.1	79.5	8	8
韓国	51.1	53.7	71.7	79.2	9	9
中国			69.6	73.3	10	10
インド	41.9	49.6	60.4	61.8		
ブラジル			64.8	72.6		

あったが、現在は急増し、アメリカ型になっている。しかし大腸がんの死亡率は罹患率の半分程度で、比較的生存率が高い状態にある。罹患率の差は食生活の差にあると考えられる“がん”である。

“肝がん”は東アジア、東南アジア、アフリカで高率であり、日本も高率で、一般に予後は悪く、男性の罹患率、死亡率の高いがんである。

“乳がん”はアメリカ、欧州に多いがんであり、死亡率は罹患率よりも遥かに低く、予後の良いがんであるが、日本人の罹患率は増加している。

3. 世界の平均寿命

男女の寿命には大きな差がある。まず男女の年齢別死亡率は0歳では世界の人々は全て男児の死亡率は女児より20%前後も高く、40歳以後は例外なく女性は男性より20~30%も死亡率は低くなっている。生物学的相違によるといわれている。人間の寿命を左右する因子は体質と環境、自然環境と生活環境の相互関係にあるとされている。

日本は世界最高の長寿国で、平成14年 (2002年)、男性78.32歳、女性85.32歳であり、昭和55年 (1980年) は男性73.33歳、女性78.76歳で、20年間に寿命は男性4.9歳、女性6.4歳も伸びている。

現在でも日本の昭和55年の寿命より短い国はかなり多く、インド、中国、ブラジル、エジプト、南アフリカ等がある。(表-9)

その時代より更に10年前の昭和44年 (1969年) は日本人の平均寿命は男性69.2歳、女性74.7歳で、80歳まで生きるとは難しいとさえいわれていた。しかし現在は、その年齢を10年も越えている。90歳という長寿も決して遠い時でないと考えられる。

人生50年といわれた昔日は、ほんとうに夢のような思いがする。しかし長寿と同時に健康で希望のある生活も保障されることも期待したい。

<がん予防対策>

1. がん激減戦略目標

がんの死亡数は年々増加を続け、昭和56年 (1981) には脳卒中を抜いて日本人死因の第1位になった。

がん制圧は国民的な悲願であり、特にがんの本態を解明するための基礎研究を推進することが重要であるという考えに基づき、昭和59年から文部科学省、厚生労働省の共同事業として「対がん10カ年総合戦略」(1984~1993)を始め、次いで「がん克服新10カ戦略」(1994~2003)を実施し、そして平成16年度より「第3次対がん10カ年総合戦略」(2004~2013)を開始し、その目標を以下のようにまとめている。

- 1) がん研究の推進
- 2) がん予防の推進
- 3) がん医学の向上を支える社会環境の整備

以上を3本の柱として、今後10年間でがんの罹患率と死亡率の激減を目指している。

2. がんの発生と生活習慣

がんの発生は遺伝によるか、環境によるか、それとも生活習慣によるかという問題には、アメリカとブラジルの日系市民とその子孫のがんの発生状況を見ると理解出来る点がある。移住した国の発生率に近づくと傾向にあると報告されている。

日本人は胃がんが多く、乳がん、前立腺がんは少ない。しかし、胃がんの発生率はハワイへ移住した日系人では半数以下の発生率であり、サンパウロに移住した日系人では10%程度しか低くなっていない。

前立腺がんと乳がんは日本在住者は最も少なく、ハワイ在住の日系人ではかなり多くなっている。

以上のように在住場所によりがんの発生率の著しい差異は生活習慣によるとされて、日本人の遺伝子によるものではなく、日本人の生活習慣などの環境の変化に原因することを強く示唆している。これらのことはがんの発生は生活習慣を変えることによって、がんの予防が可能になることを示し、がんの一次予防の効果は非常に大きいことが明らかになっている。

がんの一次予防はがんの危険因子を判定し、この因子の影響により発生するがんを予防することにある。今までは二次予防、即ち早期発見、早期治療が中心であったが、現在のがん検診では対応しにくいがん、肺がん、肝がん、膵がん、胆道がんなどが増加していることから、生活関連の危険因子を解明することで一次予防活動の重要性が明らかになっている。発がんの危険因子として食物、喫煙、酒、身体活動などが関与しているとみられている。更に予防因子の重要性が危険因子との因果関係も示されている。

以下に部位別のがん危険因子と予防因子を示す(表-10)。

3. がん予防の新しい対策

一般にがん予防対策は集団を対象とした見地から計画実施されてきた。集団を対象に実施している、いわゆる健康診査の実施状況を見ると、平成13年度の検診

表-10. 部位別がんの危険因子と予防因子

◎: 確実な因子

部位	危険因子	予防因子
食道	◎喫煙 ◎多量飲酒	野菜 果物 緑黄色野菜
胃	◎高塩食品 ◎多量飲酒 ピロリ菌 喫煙	野菜 果物 緑茶
大腸	◎運動不足 ◎肉類多食 ◎多量飲酒	野菜 果物 緑黄色野菜 食物繊維の多い食品
肝	◎多量飲酒 喫煙 ◎HBV, HCV 感染	野菜 果物
膵	喫煙 油脂肉類多食	野菜 果物 食物繊維の多い食品
肺	◎喫煙 多量飲酒	緑黄色野菜
乳房	肥満	

表-11. がん予防知識の普及

<p>◎がんを防ぐための12カ条</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. バランスのとれた食事をする 2. 毎日、変化のある食生活をする 3. 食べすぎを避け、脂肪はひかえめに 4. お酒はほどほどに 5. たばこは吸わないように 6. 食べ物から適量のビタミンと繊維質のものを多くとる 7. 塩辛いものは少なめに 8. 焦げた部分はさける 9. かびの生えたものに注意 10. 日光にあたりすぎない 11. 適度にスポーツをする 12. 体を清潔に 	<p>◎健康日本21の目標(抄)</p> <p>がん: 1. たばこ対策の充実</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 食塩摂取量の減少 3. 野菜の摂取量の増加 4. 一日の食事で、果物類を摂取している者の増加量の目安 5. 脂肪エネルギー比率の減少 6. 飲酒対策の充実 7. がん検診の受診者の増加
---	--

状況は5種類のがん、胃、肺、大腸、乳房、子宮の検診受診率は全国平均は、胃がん12.9%、肺がん22.8%、大腸がん16.2%、乳房17.6%、子宮がん19.7%であり、全般に目的の数値より大幅に低率になっている。千葉県は胃がん15.3%、肺がん36.9%、大腸がん22.4%、乳房17.6%、子宮がん19.7%で全国平均よりやや高い受診率である。

がんの発病を予防するため、がん発生の危険因子や防御因子についての一般知識を広く普及させ、発がんの危険因子である生活習慣を改善するため啓発活動を強力に実施することは重要ながん予防活動である。特に一次予防活動では、がんを防ぐために昭和59年(1984)より始められた、「がん予防12カ条」、次いで平成12年(2001)に「健康日本21」による国民健康づくり運動で「すべての国民が健康で明るく元気に生活できる社会」の実現を図るための一次予防を重視している(表-11)。

しかし、これらのがんは一次予防を強化しただけでは予防することは困難であり、がんの死亡数の低減のためには早期発見と早期治療を充実させるがん検診の普及、徹底、それに総合検診或いは人間ドック検診の勧奨の二次予防は一次予防活動と同時に必要である。

生活習慣や疾病から判断してがん発生の危険度の高いハイリスクグループ、高齢者、家族性大腸腫瘍症、

C型及びB型肝炎、胃ピロリ菌感染者、人パピローマウイルス等の患者にはがん検診を強化することで、がん発見率の向上は確実である。

一次予防は“がん予防12カ条”対策の普及と徹底化すること、二次予防は早期発見と早期治療のためにがん検診或いは人間ドック受診の強化をすることで、がんの死亡率の減少は50%は無理としても、20~30%の減少は確実に可能になると考えられる。若年者から長期間にわたって、生活習慣の一環として正しい生活習慣を身につけることは重要である。

＜おわりに＞

がんは日本人の死亡原因のトップになって30余年、人口の高齢化とともにがん死亡数は年々増加を続け、平成13年にはがん死亡者数は30万人になり、男性の3人に1人、女性4人に1人はがんで死亡している。がんの患者、罹患数は死亡数の2倍、60万人と推定されている。この数は60万人のがん患者の半分、30万人は元気に生活をしていることであり、その事が単に幸運であったとして済まされない事実である。

がん死亡数の激減を目指して、予防対策として、一般の人々には何が大切かという、前述の予防対策を実行することであり、病院や診療所の対応は病気の診断、治療だけでなく、患者を対象としたがん予防のための情報提供や予防知識普及の促進をする予防医療の場として活動する、それに個々の人の生活習慣や体質特性も理解した個別の予防対策をするがん予防医療も必要である。

日々可能な日常生活にある“がん予防対策”の実行は生活の一環として、是非必要である。

がん予防の基本的日常生活は、“禁煙”“禁酒”“減塩”が一番大切であり、多糖類の食物のバランスをよくとること、特に緑黄赤色の野菜、海藻類を多くとること、

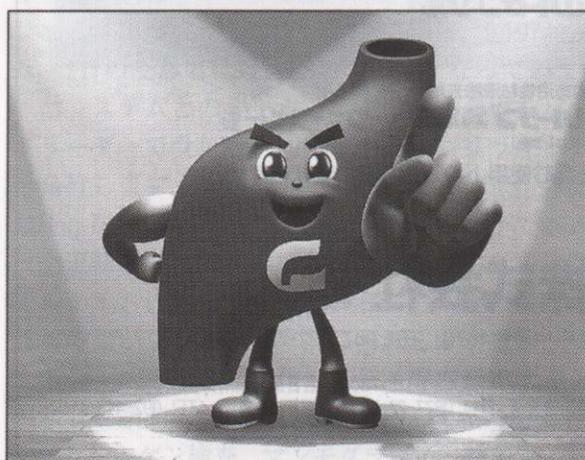
そして適度の運動を行うことなどが、がん予防の基本であり、その大要は“がん予防の12カ条対策”に示されている。

日常より規則正しい生活に心がけ、そして定期検診或いは人間ドック等の受診により、がんの早期発見に努めることで自分自身の健康を管理し、がん予防に役立てることは重要である。

最後に21世紀こそは念願のがん制圧を実現させる世紀ではないだろうか、発がん病因の発見こそ第一であるが、まずがん死亡の減少を計ることであり、病院や診療所等の医療機関は病気の診断と治療をするだけでなく、がん予防のために貢献をすることが必要であり、その貢献はがん予防の効果を確実にし、がん死減少のために大きな効果をもたらしてくれる。21世紀は確実にそのような時代に向ってゆくだろう。(終)

参考文献

- 1) 古賀 充 他：平成13年度消化器がん集検全国集計、日消集検誌、42：64~83、2004
- 2) 久藤 茂 他：昭和58年度消化器集検全国集計、日消集検誌、68：69~81、1985
- 3) 日本胃癌学会編：胃がん治療ガイドライン、金原出版、2001
- 4) 田島 和雄 他：がん予防の最前線、上、昭和堂、2004
- 5) がんのしおり：生活習慣予防研究会編、社会保険出版社、2004
- 6) 宮 永 裕 民：がん予防と生活習慣の改善、クリニシアン、521：122~125、2003
- 7) 佐々木 壽 英：胃がん検診は本当に効果があったのか、消化器検診ニュースレター、No.64、1~7、2003



消化管運動促進剤

指定医薬品

ガスモチン[®] 錠5mg
散 錠2.5mg

〈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〕
P 大日本製薬
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8



コダックインサイトME200TGスクリーン

フロントとバックの2つの補償パターン

■ フロント補償パターン



■ バック補償パターン



■ トータル補償パターン



コダックインサイトME200TGスクリーンは、胸部腹部X線写真対応のコダックインサイトフィルム用増感紙です。フロントとバックの2つの補償により補償境界線の影響をなくし、高感度化による被曝低減を実現しました。また、アーチファクトが発生しにくい設計となっており、耐久性にも優れています。

コダック株式会社 ヘルス事業部

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 大阪府大阪市西区新町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>

医療用具許可番号 13BY6050 KODAK, InSightは、イーストマン・コダック社の米国における登録商標です。

HEALTH GROUP

A BETTER VIEW OF LIFE.



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**
ウムブラゾル[®]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

■ 胃内有泡性粘液除去剤

バリトゲン[®]消泡剤

■ 緩下剤

ファースル[®]錠

(ジメチコン製剤)

(ピコスルファートナトリウム錠)

※ 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

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 06-6221-5101

中四国営業所 / TEL 0877-22-7284

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。



リレー随筆

<医師>

「人間ドック新システム が稼動しました」

山梨県厚生連健康管理センター

依田芳起



機能的、効率的な人間ドックシステムの構築と、受診者により理解しやすい説明システムを目指して、約2年間前から新システムの導入に取り組み、平成17年の4月1日より新システムの稼動を始めました。

実は私自身今回のシステムの選定、製作するスタッフに参加しておらず、ある程度の形が出た段階で稼動状況や説明画面を見るという状態でした。総合情報管理課を中心に医師、看護師、保健師、放射線科、臨床検査科の代表が力を合わせて検討してきました。以前に導入されたコンピュータシステムは私も中心になってかかわってきたため、性能的には今回のシステムに比べると幼稚なものでしたが、愛着もありました。しかし、新システムでは医師の観点』とは別の角度から、看護師、保健師の説明画面を作成したり、予想していなかった検査結果表示の順番を提案されたり、関わらなかったことで新しい発見ができました。当然医師側からもいろいろな提案や改善点は出させてもらい、担当していただいた会社の方からは、最初に提案させてもらった健診システムの原型がわからなくなるくらい変更され、バージョン2ができたと言われるくらい要望が多かったようです。

最近話題になっている個人情報の保護の問題もあり、入力者のユーザー名や個人パスワードなどで誰がいつ入力し、誰がいつ変更をかけたかなど、記録に残すようになり、開始当初はコンピュータ始動手続きはやや煩雑な感じもありましたが、今ではまったく気にならなくなりました。

健診システムはMOMテクノロジー社製LAMPEX、画像システムは日立社製WeVIEWを中心にネットワークを構築しました。内視鏡と超音波検査のファイリングシステムは トーア社製です。人間ドック受診者数は平成16年度は18,163名（男性8,966名、9,197名）でした。1日の受診者は最大88名の予約となっています。

前システムとの変更点は、①受診者の方をバーコードリーダーで受付し、同時にカード（リライトカード）を発行します。②各検査項目（身長、体重、体脂肪率、血圧、眼圧、聴力検査）がカードリーダーで本人確認と測定結果の自動入力でき、さらに受診者の流れがリアルタイムに把握でき、次にどこの検査に受診すれば待ち時間が少なく、効率的に回れるかが指示されます。③画像システムの一元化により、胃内視鏡検査、腹部、甲状腺、乳腺の超音波検査、眼底検査、心電図検査、胸部レントゲン検査、マンモグラフィー検査、CT、MRI、

MRA検査などの画像をDICOM化し、サーバーで一括管理することになりました。保存容量は4.5TB（テラバイト）あり、現在のセンターの画像量としては4年分の画像管理が可能で8TBまで増設できます。④健診判定のペーパーレス化とモニター説明が実現しました。健診結果を画面に映し、画面上で面談し、画像も連動して説明できます。このことにより、今まで行っていた結果票やフィルム of 整理はまったく無くなり、保存倉庫の確保もほとんど不要になりました。さらに整理時にありがちなフィルム、報告書の配布のミスはなくなりました。⑤結果票には、個別に受診者の方の異常があった箇所の画像や、検査値のグラフ（過去10回分）を4枚まで選別添付できるようになりました。結果票もカラー表示で最後にプリントアウトされます。⑥検査項目をリライトカードで入力されているため自動会計システムによる処理ができるようになりました。

また巡回健診（H.16年受診者60,032名）の心電図や眼底検査、腹部超音波検査、胸部・胃X-Pなどもコンピュータ入力になり、今後外来の電子カルテの導入によりさらに健診との一体感ができ、効率的な診療につながるものと期待しています。

説明をしまいましたが、文字では説明しにくいところもあり、よく言われる「百聞は一見にしかず」で、山梨県まで来ていただければ歓迎します。健診関係の学会でも今後紹介させていただくつもりです。

システム稼動から3週間過ぎ、担当会社の方に「大分使いやすく、良くなって来ました。」と話したところ、「大分ですか？」と苦笑いされ肩を落としていました。

この原稿を書いている4月末（すでに1か月過ぎてしまいました。）も健診システムの修正や変更を夜遅くまで担当していただいているシステムエンジニアの方々には心から御礼申し上げます。また総合情報管理課で導入機種を選定からエンジニアの方々と共に、業務時間があって無いような作業に取り組んでいただき無理難題にも「検討します、考えてみます」と対応していただいた職員の方々にも感謝します。まだ難題が噴出し、システム構築はいつ終わるのかわかりませんが、まだ進化し続けている]と考え方を改めて、取り組んでいただきたいと思います。

最後にすばらしいシステムが構築できそうな裏に、多くのすばらしい職員、担当会社の職員の方があったからだと思いますが、もっとも大切なのは受診していただいた方への心配りであり、心が通い合う健診ができて初めて、健診システムがすばらしいものと評価されるのだと思います。

<放射線部会> 「最後はウデ？」

朝霞台中央総合病院 放射線科
工藤 泰



会員の皆様はじめまして、埼玉県立ガンセンターの腰塚慎二さんから指名をうけました、朝霞台中央総合病院の工藤泰です、どうぞよろしくお願ひ致します。皆様は、ワールド・ラリー・チャンピオンシップ（WRC）と云うカテゴリーのモータースポーツを御存知でしょうか、ラリーと云うと日本ではあまり馴染みのないモータースポーツですが、ヨーロッパではF1と並び人気のあるものです。競技内容は、公道に設定されたスペシャルステージ（SS）と云うタイム計測区間で一台ずつタイムトライアルし、その合計タイムを競うと云うものです。その魅力は、雪道や砂利などの滑りやすい路面や、細いアスファルトの峠道などでタイヤの滑りをコントロールし横に車体をスライドさせながらコーナリングしていくドリフト走行にあります。昨年は初めて日本ラウンドが開催されました、しかし残念なことにオリンピックの開催と重なりテレビ等ではその様子は報道されませんでした、今後も世界選手権が日本で開催されることによりラリー人気が高くなるのではと期待しています。

さて、私はこう見えて、結婚して子供が出来るまで自分でモータースポーツをやっていました。私の参加していたモータースポーツというのが、ダートトライアルという競技で、土や砂利のできた路面のサーキットを一台ずつ走行しそのタイムを競う競技で、その魅力はラリーと同様に滑りやすい路面を100キロ近いスピードでタイヤの滑りをコントロールするドリフト走行、またスタートを待つ間の緊張感、スタートの瞬間床までアクセル踏み込むとそれまでの緊張が消えコーナーを一つ一つクリアしていくごとに快感に変わっていく感覚は病みつきになるほどでした。一方マシンの方は、資金も少なく、もちろんスポンサーなどは無

く、資金を浮かせるためにドライバー兼メカニックで、マシンのメンテナンス・チューンアップ等全て自分で行っていました。そのためかエンジンの吹け上がり具合や車体のキシミ音等で、エンジンオイルの交換時期やサスペンションボルトの緩み具合など、自分の車の調子は良く分りました。そのころ生活の中心は車で、週末には競技会や練習走行、それらの無い時はマシンのメンテナンスというライフスタイルで、仕事は資金を稼ぐスポンサー活動？くらいにしか思っていない、今の私が見たら数時間は説教をくれてやるほどのしょうもない奴でした。そんな私が今でも時々思い出す、仕事をする上での教訓？ともいふべき出来事がありました。それはとある競技会に参加したときのこと、そこには全日本選手権にも出場している有名選手がゲストとして来ていて、そのマシンの周りにはサスペンションやタイヤメーカーのトラックと技術員らしき人、多分サスペンションとタイヤのテストをかねて来ているのだらうと思いました。その光景を見て私は「あのサスペンションは普通では手に入らないスペシャル品、タイヤも外見こそ同じだが中身（ゴムの種類）は別物だろう、あんなマシンに乗れば自分だって」と思いました。しかし、その有名選手のマシンのサイドシートに乗り走ってもらう事になり、それは大きな間違いとすぐに分りました。相手は全日本選手権にも出場している人だから当たり前と言えれば当たり前だが、マシンをコントロールする技術、スピード感覚すべてにおいてレベルが違う、そのとき「本当に良い道具を、本当に良く使いこなすには、本当に良いウデが必要だ」と身にしみて実感しました。それから数年、結婚し子供が出来、モータースポーツも止めてしまいましたが、あの時の教訓？を、いつも忘れぬよう心がけています。「高性能な装置も、良いバリウムも、本当に良く使いこなすには、本当に良いウデが必要だ。」当たり前といえ、当たり前ですが。

（次回は、所沢市市民医療センター、千田俊秀さんをお願いします。）

<超音波部会> 「縁は異なるもの味なもの？」

東京臨海病院
藤井 雅代



超音波部会の藤井雅代というより放射線部会の山崎雅代というほうが、まだまだ馴染み深い方が少なくはないと思います。私が放射線技師になった頃は、消化管造影検査の全盛期で、技師全体が消化管造影検査の撮影技術について夢中でしたが、類に漏れず私も無我夢中でやっていました。勤務先を移動した当初、その病院の消化管造影検査は医師が施行していました。今だから言えますが、どうしても自分で検査をしたくて、

蛍光板を使ったレトロな装置しかない個人病院でさえ出向いて撮影させてもらったこともあります。その後何度もお願いをして勤務先でも技師が検査を施行するようになりましたが、今思えば図々しいというか生意気だったと思います。そのころは、いくつかの医師会のカンファランスや早期胃癌研究会、東京医療技術研究会など、良くもまあ色々なところに首を突っ込んで勉強しに行ったものです。勿論胃集検の千葉の研修にも行きました。その研修が縁で、今でもアドバイスを頂ける先輩方や、研修会以来の友人もいます。また、小野寺さんと北川さんと初の胃集検・女性世話人としてお手伝いさせていただいた時期もありました。胃集検でも他の学会でも色々なチャンスを与えてもらった

と思います。目の前に出されたものが、とにかく面白くて楽しくて夢中になっていました。結果がどうであれ、頑張ってるやっていると不思議と思わぬ方からアドバイスをもらったり、次のお題を与えられたりと、周りの人に煽てられ、囃されて、時には叱咤され成長してきた気がします。

そんな消化管大好き技師の私が超音波検査に転向するのは、医療画像研究会（現 超音波画像研究会）の発足時に誘われて参加したことがきっかけでした。消化管と同様にリアルタイムで判断しながら施行する超音波検査に興味を覚えるのに時間はかかりませんでした。研究会の実習でプローブ走査を覚え、毎日超音波室にこもって自分のおなかをモデルに練習したものです。消化管のときと同じように不思議と学会や研究会の方々にチャンスやアドバイスをもらって、超音波検査士も取得しました。そうやってここまで来てしまった感じなのです。

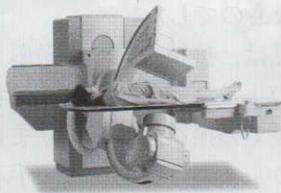
私の好きな言葉に一期一会という言葉があります。「生涯にただ1度まみえること。一生に一度限りのこと。」を言いますが、一期一会を大事にしていると、つまり、目の前にある事柄でも人との付き合いでも、1回1回、1日1日を大事にしていくと次に繋がって、

「縁」になると思います。「縁」とは、「ゆかり、つづきあい、関係」を意味します。消化管造影検査よりも超音波検査を施行することが多くなって、「胃集検（日本消化器集団検診学会）もやめてしまおうかな。」と悩んでいたときに超音波部会が発足と聞き、辞めずに今に至っています。これには何か「縁」を感じます。「縁」といえば、一昨年に結婚して藤井になったわけですが、これもまた「縁」を感じます。たまたま当直帰りに寄ったお店でファンヒーターを購入したのをきっかけに、合コンに誘われました。（この歳で若い子相手に合コンっていうのもすごいでしょ？）その時に知りあったのが主人なのです。彼は「取り合えず仲良くなって、他に女の子を紹介してもらおう。」と。私は、彼は実家住まいだから身元は安全だし、家が近いから「仲良くなって、力仕事でも手伝ってもらおう！」なんて別の意味の下心を持っていました。その後お互いの下心のために食事などを一緒にするうちに何故か意気投合して、13歳の歳の差を越えて結婚してしまいました。一期一会を一期一会で終わらせないように大事にしてきたおかげと思っています。

HITACHI

透視対応FPD搭載多目的イメージングシステム

VERSIFLEX

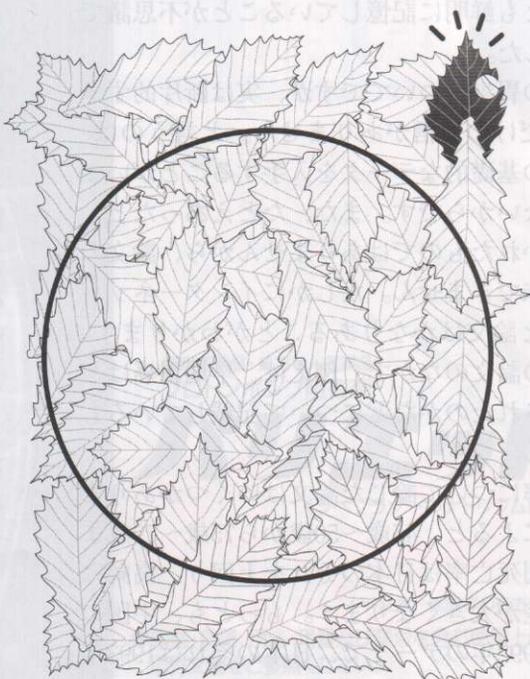


透視対応FPD搭載透視撮影システム

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、まさにこのことです。できてみたら、いつも当たり前。こんども日立から。



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](http://www.hitachi-medical.co.jp)

視 点

「中国胃癌事情」

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

6月21日～22日の2日間、中国の大連で「第2回日中早期胃癌学術検討会」が開催されました。日本からは、私を含めて8人の医師が参加しました。第一回は上海第二医科大学と早期胃癌検診協会の共催の形をとり、2002年の11月に上海で開催したのですが、今回は、中華医学会消化器内視鏡学会と早期胃癌検診協会との共催となりました。

その結果、今回は中国を代表する著明な先生が少なからず出席してくれたのは大きな収穫でした。とくに検討会の名誉首席に曹世植教授と林三仁教授（北京大學第三医院）が名を連ねていることは驚きでした。曹教授は、香港中華医学会会長や国際消化器病学会副会長などの重職にあることでも有名な人ですが、私にとっては大学の一年先輩として旧知の仲であることに懐かしさを覚えました。

曹教授とは、今回の検討会でも司会を一緒にしたのですが、それよりも、二度の宴席で隣り合わせになり、学生時代の記憶をたどりながらの思い出話に夢中になり時間を忘れるくらいでした。とくに当時難関であった故滝沢延次郎教授の病理学総論の試験（口頭試問）のことを二人とも鮮明に記憶していることが不思議でなりませんでした。

さて、中国の胃癌についてですが、実は断片的すぎてこれを語るだけの自信がありません。と言うのは、胃癌についての基礎的なデータを入手することがいまだに容易ではないからです。また、たとえあったとしても英語で書かれたものではありませんから、論文の内容までは吟味できません。たしかにインターネット上で検索すると論文はかなりあることがわかります。しかし、個々の論文のなかで、例えば、早期胃癌はどのくらい発見されたのかなどについて記載しているものはありません。

胃癌の死亡率について論じた論文はいくつかあります。ある論文によると、45歳～50歳から75歳～79歳までの年齢階級別死亡率は日本のそれを上回り、高齢になるほどその差が大きくなります。もっとも、中国のそれは1990～1992年のデータで、日本のそれは1993年のものですから、厳密には比較にならないものでしょう。しかし、おおまかな傾向は分かります。

今回の目玉は、日本で毎月第三水曜日に開催されている「早期胃癌研究会」と同じ形式の症例検討会を中国でも可能かどうかを試してみることでした。第一日

目、日本と中国がそれぞれ一例を選び、一例に1時間をかけて検討会を行いました。なにしろ、中国側の討論者は中国語で話しますから、通訳を介しての内容を最後まで聞くにはかなりの忍耐を要します。我々が用意した症例は、まだ収縮が生じていないLinitis plastica型の胃癌（スキルス癌）でした。討論の結果ですが、中国と日本の医師達は、胃体中部の胃底腺領域に存在する潰瘍性病変の存在を指摘することはできても、癌の浸潤が胃のほぼ全体に及んでいる可能性にまで言及することはできませんでした。

我が国のみならず、中国でもX線診断を放棄してしまったつけがこの症例の討論結果に如実に反映されていると感じたのは私の歳のせいでしょうか。X線所見を少し俯瞰的にみれば、大彎側の微妙な直線化と胃体部の粘膜襞のごく軽度な棘状の変化を読み取ることはそれほど難しいものではありません。しかし、我々は、X線診断的な思考回路を忘れてしまうと、スキルス癌をしばしば見逃します。

ましてや、胃全体のバランスという視点からの思考回路が存在しない内視鏡検査では、ほとんど確実にこれを見逃してしまうのでしょうか。胃の収縮が起きていない状態のスキルス癌の患者でも、胃の伸展が少し過度になると顔をしかめて痛みがあることを訴えますし、空気を吐き出してしまうことがしばしばあります。私は、この症例のまとめとして、胃の中だけを視ないで、ときには患者の表情を観察するようにとの追加発言をしました。

さて、中国側が提供した症例ですが、覚悟していた通り、X線所見の提示はありませんでした。内視鏡所見上、胃体中部後壁の陥凹性病変は、IIc型の早期癌であり、深達度はM、組織型は分化型であると、日本の医師達の診断は的確なものでした。

ただし、内視鏡所見は、接線方向から撮影されたものであり、また周囲の正常粘膜と陥凹面の性状を比較できるようなアングルでの撮影画像もありませんでした。また、インジゴカルミンは中国では入手不可とのことで、色素散布像はメチレンブルーによる像でしたが、折角の色素散布像も撮影のアングルがまったく異なるものであったので、診断のための情報は乏しいと言わざるをえませんでした。

とくに、問題となったのは、切除標本の写真が供覧されなかったこと、そして、組織像は供覧されたものの標本はすでに自己融解を起こしてしまい、癌細胞の存在すら定かではなかったことです。日本では日常のことが中国ではまったく行われていないという現実戸惑いながらも、現状を変革することの重要性を控えめに控えめに強調することに全精力を傾けた二日間でした。

平成17年度「胃がん検診専門技師」認定試験のご案内

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

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制度規程により平成17年度認定試験を下記のとおり実施いたします。

1. 試験実施要項

日時：平成17年9月4日（日）13：00～15：00

場所：東京

※試験場の詳細につきましては各受験者へ受験票送付時にお知らせします。質問がある場合には学会事務局、技師認定係まで電話して下さい。(03-3235-6754)

試験様式：筆記試験（多肢選択・マークシート方式）

出題領域：上部消化管造影検査技術、胃集検に関する一般常識、職種倫理、撮影機器管理、緊急時対策、放射線被曝の人体への影響、癌を中心とした上部消化管疾患の撮影に関連する臨床事項等が含まれる。

2. 受験時の注意

- ・試験場への入室は12：00から、締切は試験開始の10分前（12：50）とします。試験監督者の指示に従い着席してください。
- ・試験開始60分以降は退室できます。その際は挙手にて試験監督者に知らせ、指示に従ってください。
- ・試験終了の合図があったら直ちに解答用紙を裏返し、そのまま席にて試験監督者の指示を待ってください。
- ・受験票、HBの鉛筆、消しゴムを各自で持参してください。
- ・試験問題に関する質問は一切受け付けません。
- ・問題用紙は回収いたします。
- ・試験場内では携帯電話、ポケットベル等の使用を禁止します。
- ・試験場には時計がありませんので、時間の確認は各自、腕時計を使用してください。
- ・試験結果は各受験者あてに可否通知書を郵送します。

腹部エコーの実学

著者：杉山 高、秋山 敏一

ロングセラー「実践腹部エコー」を17年ぶりに全面改訂し、実証の学として改題刊行。

構成を全面的に改め、臨床解剖、走査法、正常像、疾患のチェックポイントを中心に、読影に役立つ豊富な症例を提示する。プライマリケアの主演として、有用性の高まる超音波検査の基礎と応用のために、学生やソノグラファーはもとより研修医や指導医にも必携の書。

総論：超音波／超音波診断
臨床編：肝／胆嚢／胆管／膵／脾／
消化管／回盲部／ヘルニア／腎／
副腎・後腹膜／膀胱・前立腺／子
宮・卵巣／リンパ節／腹部大動
脈・下大静脈／腹膜腔／肺／腹壁

◆ B5判 444頁 ◆ 定価（本体8,500円＋税） ◆ ISBN 4-86003-333-7

医療過誤
そのパラダイム

著者：池本 卯典

◆ 医療科学新書 176頁 ◆ 定価（本体1,200円＋税）
◆ ISBN 4-86003-501-1

医療に活かす癒し術

コ・メディカルのための
医療心理入門

著者：芦原 睦、佐田 彰見

◆ 医療科学新書 248頁 ◆ 定価（本体1,200円＋税）
◆ ISBN 4-86003-502-X

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 第38回放射線部会総会

第38回放射線部会総会を2006年1月28日（土）、新潟で開催いたします。

上部消化管造影検査の質の向上を目的とした胃がん検診専門技師認定制度も、5年が経過しました。認定更新年度を迎え、認定制度の必要性とあり方を改めて考える時期ではないかと思えます。

この大会で、認定制度の現状と今後の課題について皆様と討議したいと思えます。多数のご参加をお待ちいたしております。

大会テーマ

胃がん検診専門技師の役割

～信頼と安心の消化管造影検査を目指して～

大会長 金子 克己
 実行委員長 宮田 和則
 日 時 2006年1月28日（土）
 9時～16時50分
 会 場 ホテルオークラ新潟
 参 加 費 3,000円

プログラム

- 9:10～10:30 一般演題
- 10:40～12:00 教育セッション
 講師 細川 治
 (福井県立病院 外科主任医長)
- 12:10～13:10 ランチョンセミナー (未定)
- 13:20～14:00 総 会
- 14:00～15:00 文化講演
 講師 西田善夫
 (元NHKスポーツキャスター)
- 15:10～16:50 パネルディスカッション
 (仮題 5年目を迎えた認定制度)
- 17:00～ 懇親会

演題の募集

学会で発表する一般演題を募集します。多数のご応募をお願い申し上げます。

◎応募方法 1.演題名 2.所属施設 3.氏名 4.住所 5.電話番号 6.E-mailアドレス等の連絡先を明記の上、事務局までお送り下さい。E-mailでの応募も受け付けます。(抄録原稿は、後日事務局より送付依頼いたします。)

◎締めきり 2005年9月15日 (木)

◎申込先 事務局 (社) 新潟県労働衛生医学協会
 ウェルネス検診部 (井上 庄次)
 〒950-1187 新潟市北場1185-3
 TEL: 025-370-6110 FAX: 025-379-0677
 E-mail: inoue@niwell.or.jp
 ホームページURL: www.niart.jp/kenkyu/taikai/



指定医薬品 H₂受容体拮抗剤(ニガチジン製剤)薬価基準収載 [効能・効果]

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。

(製造販売元) 〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11
ゼリア新薬工業株式会社
 (資料請求先) 医薬学術部 ☎03(3661)0277

アメリカ・インジアナポリス
Lilly イーライリリー社提携

施設紹介

「霞ヶ浦成人病研究事業団 健診センター」

<設立の目的>

戦後の経済発展に伴い急増し始めたがんを含む成人病に
対して、その予防と予防に関する研究を推進することにより
県南地区の地域住民および企業従業員の健康と福祉に寄
与することを目的に東京医科大学によって設立された。

<事業団の歩み>

昭和51年11月、財団法人東京医科大学霞ヶ浦成人病研
究事業団として東京医科大学霞ヶ浦病院内の一角に設立さ
れ、翌年5月、財団法人霞ヶ浦成人病研究事業団に改名。
昭和53年には同病院の敷地内に地上4階、地下1階の健
診センター棟を建設し、その1、2階部分で健診事業を開
始する傍ら、上記病院の薬剤部を買収して薬剤センターの
営業も開始。平成16年には老朽化した設備の更新と事業
拡大にむけて消化管X線撮影装置はFPD式DRおよびLIDR
を導入する一方、内視鏡室を新設し、消化管がん検診の充
実を図る。

<事業規模>

平成15年度の事業実績は企業巡回健診11058名、施
設内健診8309名、学校健診1781名。因みに胃部健
診は間接撮影3924名で、がん発見数は5名。直接検査
は5038名で、がん発見数は10名。全体の胃がん発見
率は0.17%。

<健診センタースタッフ>

常勤医師4名、放射線技師7名、臨床検査技師4名、保健師2
名、管理栄養士1名、看護師1名、准看護師2名、看護助手1
名、事務員10名、計32名のスタッフで健診業務を行ってい
る。



<主な設備>

画像ネットワーク：一般撮影装置1台、X線透視装置2台
(FPD、DR) 乳房撮影装置1台、腹部・表在超音波装置
2台、眼底撮影装置、内視鏡室、他心電図、聴力室など。

<今後の展望>

当健診センターは隣接する東京医科大学霞ヶ浦病院との
密接な医療連携により「一次検診から治療まで」をキャッ
チフリーズに、がんおよびその他の生活習慣病の予防と早
期発見、早期治療に全力で取り組み、今後も引き続き地域
の人々の健康の番人として貢献していきたいと思ってい
る。
(霞ヶ浦成人病研究事業団センター 鶴田恭史 細井董三)

霞ヶ浦成人病研究事業団 健診センター
〒300-0332
茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1
TEL：029-887-4563
FAX：029-888-0116



新刊 CTおよび内視鏡検査者になくてはならない 消化器マルチスライスCT技術

消化器撮影のための二次元、三次元画像の構築

編集：小倉敏裕 (群馬県立県民健康科学大学診療放射線学部 教授)

B5判 オールカラー 130頁 図10 写真180 表7

定価 4,935円 (本体 4,700円+税5%) ISBN4-8159-1715-9

厳選されたオールカラー180点の画像を提示し、マルチスライスCTの基礎から画像作成、撮
像法の実際、検査の実際、今後の展望に至るまで、その技術の習得に必要な知識を網羅した消化
器マルチスライスCT技術習得のためのテキスト。

好評書

胃X線造影技術養成のスタンダードテキスト
胃X線造影検査 改訂第2版
**専門技師になるための
基礎学習** 原点を見極めて

海老根精二 日本消化器画像診断
西川 孝 情報研究会 顧問 編集
尚豊会四日市健診クリニック

B5判・196頁 図47・写真25・表23
定価 3,465円 (本体 3,300円+税5%)

前処置は大腸検査の「要」なり！
**現場で役立つ
大腸検査の
前処置**

吉村 平 編著
三重県立志摩病院 副院長

B5判・120頁 図30・表34
定価 2,940円 (本体 2,800円+税5%)

世界に誇る国手が送る、胃X線読影の指南書

**胃X線読影を
極める**

市川 平三郎 著
国立がんセンター名誉院長

B5判・188頁 図203 (写真113)
定価 6,825円 (本体 6,500円+税5%)



永井書店

〒553-0003 大阪市福島区福島8丁目21番15号 電話 (06) 6452-1881/Fax (06) 6452-1882
http://www.nagaishoten.co.jp E-mail: hanbai@nagaishoten.co.jp 振替 00980-7-121482

《71号掲示板》

第13回日本消化器関連学会週間

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

- ◇会 期：2005年10月 5日(水)～ 8日(土)
- ◇場 所：ポートピアホテル、神戸国際会議場、
神戸国際展示場

- 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-Japan 2005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 : ddw2005@ddw.jp

第24回部会研究会総会開催のご案内

日 時：平成17年10月8日 (土)
会 場：神戸市勤労会館 (神戸市中央区雲井通 5-1-2)
世話人：第43回 日本消化器集団検診学会大会
会長 三木一正
担当理事：ちば県民保健予防財団総合健診センター
林 學
問い合わせ：会長事務局 三浦 富宏 (東邦大学消化器内科)
TEL:03-3762-4151 / FAX:03-3768-7241

- <プログラム>
- [午前部]
- ◆シンポジウム 「認定技師による胃集検の精度と問題」(公募)
司会：渋谷 大助 (宮城県対がん協会がん検診センター)
木村 俊雄 (労働医学研究会)
 - ◆一般演題 (公募) 消化器集検に関するもの
 - ◆ランチョンセミナー 「注腸X線検査の標準化」
北川 晋二 (福岡大学医学部放射線科)
 - ◆第5回胃がん検診専門技師認定試験の講評
林 學 (ちば県民保健予防財団総合健診センター)
- [午後の部] 「部会研究会」
- ◆教育講演1 「食道X線撮影法について」
八巻 悟郎 (こころとからだの元気プラザ)
 - ◆教育講習2 「胃がん検診における撮影基準と撮影技術」
細井 董三 (霞ヶ浦成人病研究事業団)
 - ◆症例検討会 「透視観察時に気づいた症例について」
司会：杉野 吉則 (慶応大学医学部放射線診断科)
藤澤 靖 (京都予防医学センター)

第45回日本消化器集団検診学会総会のご案内 (第1報)

下記のとおり開催いたしますので、ご案内いたします。
会 長：芳野純治 (藤田保健衛生大学第2教育病院内科教授)
会 期：平成18年6月1日(木)～3日(土)
会 場：名古屋市中企業振興会館 (吹上ホール)
名古屋市中種区吹上2-6-3
TEL:052-735-2111 / FAX:052-735-2116

事務局：藤田保健衛生大学第2教育病院内科
担 当：乾 和郎・若林貴夫
〒454-8509 名古屋市中川区尾頭橋3-6-10
TEL:052-323-5646 / FAX:052-323-9886

<平成17年度年会費未納の方へお願い>
平成17年度年会費未納の方は、至急お振り込みをお願いします。
なお、来年度胃がん検診専門技師認定証書き換えを予定されている方、年会費の入金の確認をしますので宜しくお願いします。(事務局)



高濃度硫酸バリウム

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シェイクボトルタイプ・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
- 高濃度集検・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

編集後記

<医師の偏在は解決できないとおもう>

「大いなる休暇」というカナダ映画を観ました。カナダ・ケベック州の架空の小さな島、サントマリ・ラモデル島を舞台に、住民が島に医者を選住させるために奮闘するお話です。

サントマリ島かつては漁業で栄えた村でしたが、今では住民は125人まで減少し、そのほとんどが生活保護を受けているという零落ぶり。そこにプラスチック工場誘致の話が来ます。住民は勢い立ったのですが、企業から出された条件にため息をつきます。

その条件とは、島に定住する医者があること。会社は自前の産業医を置く予算がないので、医者が定住していることを条件にしたのかな、と業界的なことを考えてしまいましたが、それはさておき、サントマリ島はここ15年間無医村、本土の病院まで6時間もかかるので、緊急時には肉屋さんが医者への代わりを勤めている。

そこで村長はケベック州の医者全員に、サントマリ島に遊びに来るように手紙を書きます。果たして応募してきたのはコカイン中毒の美容整形外科医のルイス医師、たった一人だけ。

住民たちはルイス医師を離してなるものかと、あの手この手で島を気に入ってもらおうとします。

ルイスが恋人に掛ける電話を盗聴し、先回りして準備する。クリケットが好きと知れば、ルールもわからないのに島をあげてクリケット大会をやり、ビーフストロガノフが食べたいといえあわててレストランのメニューに加える。ルイスが幼くして父親を亡くしたと知れば、村長はルイスのことを死んだ息子のように、と言って釣りに誘い出す。ルイスが釣れないでいると、島民が潜って釣り針に大物を引っ掛ける。(釣り上がったのはカチンカチンに凍った魚！)

お人よしのルイスは、そんなことには気づかず、島を気に入り定住することを決意します。喜ぶ島民に、村長は「釣りは魚が掛かってからが勝負だ。あわてて引き上げるのではなく、魚に船の甲板がすばらしいところだということ信じ込ませなくていけない」という祖父の戒めを引き合いに出し、ルイスにこう告げます。医師の応募があり、採用が決定した。

街に残してきた恋人が親友と付き合っていることを知らせる電話がルイスに追い討ちをかけます。二人の関係はずいぶん前から続いていて周知の事実、知らなかったのはルイスだけ。

応募の件は破談になったとあって、改めてルイスの就任希望を受け入れようとしていた村長は、この電話を盗聴して困惑します。島民がこの先ずっとルイスをだまし続けることができるのか、そんなことをしているのか？

そしてルイスは、それまでのおだて作戦を冷ややかに見つめていた島でたった一人の若い娘から真実を知られます。怒り狂うルイス……。

最後にはルイスと島民の気持ちが通じ、ルイスは島の医師となり、無事プラスチック工場も誘致され、めでたしめでたしとなりました。

過疎地域の医師不足がカナダでも深刻であることを知

りました。

さて前置きが長くなってしまいましたが、我が国では医師不足解消のため70年代に1県1医大が整備されました。しかし今度は医師が過剰になるということで、医学部の入学定員が削減されはじめた80年代に私は大学に入学しました。

また映画の話で恐縮ですが、その頃観た映画「ヒポクラテスたち」、これは医学生の実習の1年間を描いた作品ですが、原田芳雄演じる外科の指導医が、長時間の手術見学に耐えられなかった医学生に、「医者なんかだぶだぶに余っているんだから、お前らみたいに体力のないやつは食っていけないよ。僻地に行こうとしてもだめだよ。僻地にはちゃんと自治医大から医者が行くことになってるんだから」とはっぱを掛けるシーンがとても印象に残っています。

あれから約二十年、自治医大を含む医大の新設や、それによる医師過剰時代が言われながらも、医師不足が解消されていない地域はいまだに多くあります。更に卒後2年間の臨床研修が義務づけられたことで、医学部卒業生の出身大学定着率が低下しています。また大学医局と地域病院の医師派遣をめぐる問題から、医局制度を廃止する大学や、医局人事としての医師派遣を禁止する大学が増えたため、閉院に追い込まれる地方病院も出てきています。

国や地方自治体は地域医療振興対策として、医学部入学者の「地元枠」を設けています。札幌医大、岩手医大、福島医大、信州大、滋賀医大、和歌山医大、佐賀大がすでに実施し、弘前大、秋田大が来年度から実施することになっています。

医学生は医学ではなく英語や数学の試験を受けて入学し、大学に入って初めて医学を学ぶために進路を具体的に考えるのは、卒業してからです。入学の時点で進路を約束したとしても、そのとおりの希望を持ち続けられるかどうかはわからないのです。

医師は免許をとってしまえば、それで一生仕事ができるものではなく、常に研鑽が必要ですし、その機会は都市部のほうが圧倒的に多い。私自身が都会での勤務を選択し続けているのは、医師会や企業の主催する勉強会などに参加しやすく、大病院や専門医のバックアップがあり、安心して医療を行えるからです。地域医療振興対策には、医学生の入り口で進路を確約させることよりも、安心して地域医療に参加できるような環境づくりがいちばん大切なのではないか。たとえば決して便利とはいえない場所にある千葉県K総合病院や長野県S総合病院は、全国から研修を希望する医師が集まっていて、高度先進医療と地域医療の両立が行われています。

カナダの離島に赴任した美容整形外科医の前途は多難なのではないかとおもっています。

東邦大学医学部消化器内科 笹島雅彦

編集委員

編集委員長

今井 貴子	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
世島 雅彦	渡辺 靖	舛屋ハツ子	

投稿はE-MAILで→→→

アドレス: maruyama@soiken.or.jp

(非売品)