

“がんもどき”理論が諸悪の根元 (丸山)

第五十二回関東甲信越地方会(十月十九日、横浜市はまぎんホール)で、胃癌研究会(丸山雅一氏)と慶応義塾大学病院講師近藤誠氏が約二時間討論した。その中で丸山氏は「諸悪の根元は近藤先生の「がんもどき」理論にある。数字の裏付けがない理論は、医学で「諸悪の根元」である。集検は理論的根拠がない」と反論した。これはその概要である。長いので数回にわたって、克明に分載する。

リンパ節転移は 転移ではないのか

司会

丸山 初めは気分よく、近藤先生の書かれたものを読ませてもらったが、途中からあほらしくなっちゃって、だらけてしまっただけで、それが尾を引いてなければいいなと思っています。

近藤 近藤先生の話とか、書かれた本などを読むと、名指している方々を批判されている。私もちらっと出てくる。今回でも、近藤先生が最初に話すべきだ。どうしてかという、私が行くところには敵なし、唯我独尊で話しておられるわけだから、近藤先生が先に話して、私があとから話して、近藤先生が不利になるなんてことであれば、そんな議論は引き受けなければいいだろうと思うんです。どっちが先にやろうと、自分の説が正しければ、物おししないで話すべきだ。それが男の生きる道だと思っ

丸山 いま発言権は私にあるのだから、私に時間をください。あなたも時間を取っているのだから、途中から反論しようが、あとから反論しようが、正しい反論であれば、よろしいのではありませんか。

丸山 私の一年後輩で、末はノベル賞と言われている谷口という男ですが、「免疫の不思議」という本の「我々の体の中では毎日のようにアクセル役の遺伝子の異常と、ブレーキ役の抑制遺伝子の異常という異常によって、がん細胞ががん化している」といわれている。しかし、がん細胞ががん化しているのには、ナチュラルキラー細胞や、キラーT細胞によって絶えず監視され、がん化した細胞が排除されているからである。免疫機能ががんの発生を未然に防いでいるのである。最後の一行が「がんの問題で、これは臨床的でないのは免疫の働きがあるから」と思っている。胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

丸山 胃集検通信(41号)にも書いたのだが、がんのセン

技術の日立
これからは



スーパーアイランドです。 HITACHI

検診車へヨコ積みするときでも「60cmの映像系タテスライド」・「逆傾斜45°」
と機能を大きくし、さらに「映像系のヨコスライド」を装備して天板のスライドをなくしました。
"設置スペースが絶対的に狭い検診車にスペース効率良く搭載でき、しかも検診効率を良くし
画質を向上させる。"
この日立のコンセプトをさらにつぎつめたのが「スーパーアイランド」です。

胃集検用X線装置
TU-MA5N

集検には理論的根拠がない (近藤)

が理の当然かということはお分りになると思うので、(拍手)

もう一つ、これはもつと

訳が分らないことなんです。が、「がんもどき」は、のんびりがんや早期がんの形で存在するばかりではありませんが、スビードが進行がんの形で存在し、周囲の組織に潤滑していても、転移がばれればがんもどきです」と「患者よ、がんを聞くな」に書いてあるところが「ホスピタウ」十月号には、「浸潤も転移もしないがんもどき」とある。どっちが本当なのか。浸潤しているのも転移がなければがんもどきですか。それともがんもどきというのは、浸潤も転移もしないんですか。

近藤

ホスピタウの方はどういふ文脈で話をしていたんだか、分かりませんが。

丸山

どちらかを直さなければいけないわけでしょう。私は分らないので、私が後で話したいと言ったんです。これは全然違いますね。

近藤

うんうん。しかし、下の文脈だって、別に浸潤も転移もしないがんもどきは有り得るわけだから。

丸山

あるんですけども、これはどうなんですか。浸潤していてもがんですか。

近藤

それは正しいです。要するに転移がなければがんもどきとしているわけだから。

丸山

生きる、死ぬの問題なんです。ね、がんもどきというものは。

近藤

周囲の組織と言っているのは、例えば、粘膜の下にある周囲の組織のことを想定して書いてあるわけですか。

丸山

粘膜の下にあるのは、粘膜下組織だから……。

粘膜の下にあるのは、粘膜下組織だから……。

近藤

いや、この場合の浸潤は先生の文脈からみると、胃壁外に浸潤していても転移がなければ、ということでしょう。この文章は。

近藤

それだつて入ってきません。進行がんと違ってますからね。

丸山

だから、進行がんで周囲組織に転移を起こせば、そこから腹膜播種はどんどん広がるから、これは致命的だ。だから、脾臓にくっついていてがんは、たとえば脾頭部を合併切除してもそこから再発は始まり、そこからまた、腹膜播種が広がるから、胃がんが胃以外の周囲組織に浸潤していたら、これは圧倒的に致命的です。

近藤

それは文芸春秋十月号で、病理の齋藤さんなんかの質問に答えていますが、そういう腹膜播種みたいなものは、近いところへ転移、浸潤というの、局所的な転移と考えると、これは文学です。

丸山

先生はそういう言い訳しか出来ないで、私が、私がおもひ先生だつたら、どつちかというふうには言っちゃいます。だって、これは本当に矛盾して、批判しようにも、今日、先生が言われることを聞かないと、どつちか分からないんです。先生は理論的な本だとおっしゃるが、これは本当に非論理的というか、支離滅裂でしょう。

近藤

支離滅裂ではないですよ。ホスピタウをちゃんとみれば、どういふふうになっているかは、覚えていませぬけど。

丸山

自分が書いたものをどう

なっているか、いまさらわらたつてしょうがないでしょうよ。

近藤

「がんもどき」はがんに似て、がんにはあらざる病変です。みたところ本物のがんをつくり、見分けがつかないが、性格は本物のがんとは決定的に異なり、転移していませんし、放つておいても将来転移しないわけですよ。見分けがつかないがんもどきと本物のがんの鑑別は出来ないんですよ。先生はできるんですか。

近藤

出来ないよ。出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

近藤

それは分らない。これは理論ですからね。

丸山

分らない、じゃ。理論はね、先生、数字に裏付けられなければ理論とは言わないんですよ。これは文学ですよ。

近藤

乳がんではね……。

丸山

いや、乳がんの話じゃないんですよ。ここは胃がんの話です。乳がんの話は学会です。乳がんの話は学会です。乳がんの話は学会です。乳がんの話は学会です。

近藤

とにか、数字は答えられません。

丸山

どうしてですか。

近藤

データがないからです。

丸山

データがなくて、科学的という……。

逆に言う、早期がんの中にも小さいものでも転移しているものがありますから、わらたつてしょうがないでしょうよ。

近藤

「がんもどき」はがんに似て、がんにはあらざる病変です。みたところ本物のがんをつくり、見分けがつかないが、性格は本物のがんとは決定的に異なり、転移していませんし、放つておいても将来転移しないわけですよ。見分けがつかないがんもどきと本物のがんの鑑別は出来ないんですよ。先生はできるんですか。

近藤

出来ないよ。出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

丸山

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

近藤

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

丸山

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

近藤

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

丸山

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

近藤

出来ないと、あとからまた、矛盾が生じますけど、それはまた後にして、次へいきます。「本物のがん」なら早期発見以前に転移している。じゃあ、本物のがんはどのくらいの大きさで転移するか、大きさが知りたい。

司会

丸山先生、先へ進んでください。

近藤

近藤理論は数字の裏付けが全然ない。文学的な表現で終始しているということなんです。後は聴衆の判断に委ねます。

丸山

「がんもどき」であつても、途中から本物のがんになる可能性が絶対ないとは言つてません。ただ、そういうものはないでしようか」といふのは何%ぐらいあるんですか。

近藤

数字の裏付けがないと言つていますから、そんなものは出ません。(笑)

丸山

数字の裏付けがなかったら、議論にならないでしようか。

近藤

これからは近藤理論の私の理解の仕方です。早期発見以前に本物のがんなら転移している。これは認めることにしましょう。そうすると、近藤理論を裏付ける事実としてあらねばならぬ。これは、少なくとも早期胃がんの手術時は遠隔転移例が無視出来ない頻度に存在しなければならぬ。私の解釈では、また、早期胃がんの術後再発例には遠隔転移例が高度に存在しなければならぬ。なんとなつて、発見する前から転移があるのだから、出来ないというのですから、具体的な数字は……。

丸山

丸山先生、先へ進んでください。

近藤

近藤理論は数字の裏付けが全然ない。文学的な表現で終始しているということなんです。後は聴衆の判断に委ねます。

丸山

丸山先生、先へ進んでください。

近藤

近藤理論は数字の裏付けが全然ない。文学的な表現で終始しているということなんです。後は聴衆の判断に委ねます。

丸山

「がんもどき」であつても、途中から本物のがんになる可能性が絶対ないとは言つてません。ただ、そういうものはないでしようか」といふのは何%ぐらいあるんですか。

近藤

数字の裏付けがないと言つていますから、そんなものは出ません。(笑)

丸山

数字の裏付けがなかったら、議論にならないでしようか。

近藤

これからは近藤理論の私の理解の仕方です。早期発見以前に本物のがんなら転移している。これは認めることにしましょう。そうすると、近藤理論を裏付ける事実としてあらねばならぬ。これは、少なくとも早期胃がんの手術時は遠隔転移例が無視出来ない頻度に存在しなければならぬ。私の解釈では、また、早期胃がんの術後再発例には遠隔転移例が高度に存在しなければならぬ。なんとなつて、発見する前から転移があるのだから、出来ないというのですから、具体的な数字は……。

丸山

丸山先生、先へ進んでください。

近藤

近藤理論は数字の裏付けが全然ない。文学的な表現で終始しているということなんです。後は聴衆の判断に委ねます。

丸山

丸山先生、先へ進んでください。

近藤

近藤理論は数字の裏付けが全然ない。文学的な表現で終始しているということなんです。後は聴衆の判断に委ねます。

丸山

「がんもどき」であつても、途中から本物のがんになる可能性が絶対ないとは言つてません。ただ、そういうものはないでしようか」といふのは何%ぐらいあるんですか。

近藤

数字の裏付けがないと言つていますから、そんなものは出ません。(笑)

丸山

数字の裏付けがなかったら、議論にならないでしようか。

近藤

これからは近藤理論の私の理解の仕方です。早期発見以前に本物のがんなら転移している。これは認めることにしましょう。そうすると、近藤理論を裏付ける事実としてあらねばならぬ。これは、少なくとも早期胃がんの手術時は遠隔転移例が無視出来ない頻度に存在しなければならぬ。私の解釈では、また、早期胃がんの術後再発例には遠隔転移例が高度に存在しなければならぬ。なんとなつて、発見する前から転移があるのだから、出来ないというのですから、具体的な数字は……。

丸山

丸山先生、先へ進んでください。

近藤

近藤理論は数字の裏付けが全然ない。文学的な表現で終始しているということなんです。後は聴衆の判断に委ねます。

胃炎・胃潰瘍にセルベックス

※胃炎：急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

- 1) 副作用 (まれに：0.1%未満、ときに：0.1~5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明)
 - 1) 消化器/まれに便秘、腹部膨満感、下痢、口渇、嘔気、腹痛等があらわれることがある。
 - 2) 肝臓/ときにGOT、GPTが軽度上昇することがある。
- 2) 高齢者への投与
 - 1) 高齢者では生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。
- 3) 妊婦への投与
 - 1) 妊婦への投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
- 4) 小児への投与
 - 1) 小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

※1995年7月改訂

胃炎・胃潰瘍治療剤 (薬価基準収載)

セルベックス 50mg 10% (細粒)

(デブレン製剤)

●ご使用に際しては、添付文書をご参照ください。

粘液派。

We need Mucus.

エーザイ株式会社

〒112-88 東京都文京区小石川4-6-10

F・H・9808 資料請求先：医薬事業部セルベックス係

近藤理論はまさに牽強附会 (丸山)

すが、これには腹膜播種(P3)あり、手術すると間もなく腹水がたまっていく。こういったがんはわれわれは、いっばい診ているんです。一夜にしてがんになるなんてことはない限りはこういっただがんはいっばい診ています。

まとめますと、肝転移と腹膜播種を足しても、早期がんの生存率はこれよりずっと低い。ということは、リンパ節転移はT1、T2、T3となるにつれてこの間に増えるので、リスクファクターとして、がんの生存率を規制しているのは、実は肝転移とか腹膜播種よりリンパ節の方がずっと効いているということなんです。そうしないと生存率のカーブが理解出来ない。

現実にはがんのリンパ節転移、遠隔転移、腹膜播種の頻度は原発巣の深達度が深くなるにつれて大きさが増加するにつれて、高率になる。われわれが今、常識的に考えているがんの組織発生、形態発生の理論から言えばこれが当然ということになる。

進行がんについては死亡が多いというのは、遠隔転移と腹膜播種だけで説明が出来ません。リンパ節転移が介在して、そこからまた肝転移とか腹膜播種が生ずるといふふうには考えないと、解釈出来ない。

現実には、早期がんの死亡率と進行がんの死亡率には大きな差が生ずる。この差を近藤理論で解釈すれば本物のがんはその発生からして、瞬時に進行がんに発育進展しなければならぬということになる。

本物のがんが早期発見以前に転移しているならば、少なくとも、早期がんの手術時には遠隔転移例が無視出来ない程度に存在しなければならぬ。早期がんの術後再発例には遠隔転移例が高頻度に存在するはずだ。

がんでも原発病巣を治療した一二年のうちに転移が明らかになることが多いこととあがられます。「患者よ、がんよ、闘うな」(一九一ページ)と書いています。早期がんが手術して一、二年後に、もしそういうことがあるのであれば、遠隔転移性がいっばい出てくることになる。われわれは特殊例で話をしようとしてないから、全体でどういう道筋かということをお話したい。これが一番多いはずだ。近藤理論が正しければ、

これはすでに(スライド)漿膜に広範な浸潤が起きています。こういうのはたくさんあるから、近藤先生が言われるように、われわれが早期で診ることが出来ないほど早い時期に進行がんになってしまっていることがあつたらば、現実問題としてはちゃんと、われわれは押さえています。

早期がんの再発例はどのくらいあるかということ、うちの病院では、二・五%です。血行再発、リンパ節が多い。がんセンターの例でも同じです。二・三%。だから数字で言うとなれば、早期がんの死亡は二・三%であります。

京都府立医大の第一外科から出てくるが、これもリンパ節転移がない再発例で十一例、一・九%。リンパ節転移があると、高くなつて、二・二%。

まとめると、可能性としては、近藤理論が正しいとすれば、近藤理論で言う本物のがんはわれわれの診断学の埒外にあるんじゃないか。また、近藤理論が正しいとすれば、早期がんが進行がんになるには、異次元空間を飛翔しなくちゃ駄目だ。あるいは近藤理論はやっぱり間違っている。この三つの可能性が考えられる。

しかし、現実には、われわれはこれを転移空間は連続であるという前提に立

ち、進行がんになると転移が高頻度に生じると考えるが近藤先生は本物のがんも、がんもどきも肉眼形態は同じだというのが、本物のがんはわれわれがまだ全然、経験しなくて、これから一生懸命努力して見つけなくちゃならない。そのがんがどうも、一夜にしてか、瞬時にしてか、検査の間隔なんかではとらえられない時期にぶわんとみんな転移を起してしまう。だから、こうなってしまうんだというふうには解釈する以外にない。

実際には、早期がんでもちゃんと動きますよ、大きくなりますよ。その中に十年ぐらいたつても不思議じゃないですよ、これは中村先生の試験式です。

われわれが直面している事実は、早期がんの遠隔転移例は皆無に近い。また、早期がんの遠隔転移再発例は三%に満たない。

結論としては、近藤理論は事実と合わないということ、結論として、具体的な数字を示してがんもどき論を展開して、これを学術誌に発表して、それでなければ、近藤氏とわれわれは議論できないということを考えている。

最終的に胃がんに関する限り、近藤氏の「がんもどき論は非理論的な空論である。これが私の結論です。」(拍手)

近藤先生にお願いします。本題にはいる前に二、三述べておきますが、講演の順番でこのことになりました。今日は「胃がん検査の功罪」ということで話をしたいので、それであれは胃がん検査の有効性をまず主張する方が壇上に先の上がられた方がいいだろうと私は申し上げたわけですが、

転移がなければがんもどき

丸山 私は胃がん検査は有効だなんて一度も言ったことないです。

近藤 けれども、題が胃がん検査で、今日は胃がん検査の話が全然出てこなかったのだから、驚いているが、がんもどき理論の議題という話をしたい。丸山さんが先にお話している方が正しいと思うが、それはここにきてるまで全然知らなかったことなんで、申し訳ないことをしました。

従って、私の講演内容も、胃がん検査の功罪ということだから、有効性、あるいはその害を説くことになりまして、直接、がんもどき理論をどうこうという話はいくらも出て来ません。

第二に、丸山さんにお願したいのは、是非、本音の議論をしたいということ。丸山さんの文章を紹介したい。これは九四年八月に私が丸山さんに私の著書を一冊送らせていただいた。丸山さんが私の「がん治療「常識」のウソ」を読まれた感想をいただいたのだが、こういう内容です。

月の水揚げが一千万円以上でないと、その存在は危うくなる弱小検査センターの責任者としては現在、検査などに批判的な言葉を弄することは控えめにしなければならぬのです。先生の理論には敬服しました。病院での立場が変わつたら、私ももう少し本音の発言をしようと思っております。

丸山 今日の本音の発言が聞けることを期待して参つたわけですが、本音を言います。それは別に検査のことではなくて、

化学療法についてのことで、その後に続けて、「ただ、がんもどきの部分は臓器を特定しても少し具体的に書ける方が誤解を避けることが出来るんではないか、というのが私の率直な感想です。乳がんを診続けてこられた先生の仮説が、胃、大腸など、内臓臓器でも修正なしに適用出来るのか、それについても論理がほしいと感じました」ということですね。だから、別に、抗がん剤に限っているわけではないんです。

がん検査を社会的システムにして、臓器抽出を許すための必要条件としては、まず検査の有効性が証明されること、利益が不利益を下回らないこと、効率、費用が機能出来ること、こう言うことがあると思うが、今日は第三の論点は私の方からは触れないことにいたします。

検査が有効であるというためには、検査対象臓器の「がんによる死亡が減少すること、あらゆる死因を含めた総死亡が減少すること。検査有効の証明には、くじ引き割り付け試験(ランドマイズドリニカルトタイプアル)が必要というの、確定した考えである。住民を二群に分けて、一群はそのまま放置し、他群は検査するというのがランドマイズドリニカルトタイプアルですが、肺がん、乳がん、大腸がんが諸外国で行われている。

それがどういふものかを示すためにメイヨウハイブプロジェクトの経験を示すが、「ヘビースモーカー九千人を検査群と対象群とにくじ引き割り付けている。十一年間みて、放置群と検査群の累積死亡数が全然変わらない。少し、検査群

の方が多いが、統計的には変わらないと見るわけですが、がん検査にはくじ引き割り付け試験がない。それ以外の方法で有効性を確かめようとしているわけですね。しかし、くじ引き割り付け試験以外の方法は、バイアスを排除できない。バイアスにはいろいろあるが、最大のものはセルフセレクションバイアスといって、健康に注意する人が検査を受診しやすいということがあ

ケースコントロールスタディー(症例対照研究)をする、検査の専門家が一一致して有効性を否定している肺がん検査さえも有効結論が出てしまふ。オッズ比〇・七二という値がある。これは肺がん検査をする死亡を二八%減らせるという話になってしまふが、こういう数値がでも実際にくじ引き割り付け試験をしてみると、がん死亡数は減らない。

だから、ケースコントロールスタディーはがんけん診の有効の根拠にはならない。たとえば、胃がん検査では、東北大学の久田医学部長が関与したケースコントロールスタディーがあるが、それもオッズ比が一を下回っている。こういった理由で意味がない。ベネズエラでは丸山さんが指導にいった胃がん検査のケースコントロールスタディーがあると思うが、これはオッズ比が一を下回らなかつた。そういう報告がブリテイツジュジャーナルに載っている。

検査発見群は外来で発見された群に比較して、より早期に発見され、生存率が高いという言ひがある。どうしてそうなるのか、原理由的なのを証明するためにスライドだが、メイヨウハイブプロジェクトの生存率ハイブプロジェクトの生存率曲線を書かせると、検査群の方が、生存率が高い。三

は一五%ぐらいいだ。しかし、肺がんが死亡した患者さんの数は同じです。どうして生存率に差が出てくるのかというところ、ここに問題がある。対象群よりも検査群の方が患者さんをより多く見つけている。四十六人。この四十六人がほとんど早期がんです。早期がんがほとんど死なないということ、高くなったわけだが、肺がんの死亡数は全く同じだ。だから、検査をする早期がんを多く診て、それが生き残っている。

ついでにしゃべっておきますが、他方は早期がんは発見出来ずに放置されているが、死亡数は変わらない。しかし、発見された数が多いから検査群の生存率は高くなるという検査群は生存率が高いみたいな発表が日本にはいっばいあるが、そういうことは検査有効性の根拠にはならない。

従って、検査発見がんは外来発見がんより生存率が高いから検査有効という言ひ方は成立しない。胃がん検査の歩みとともに、国民の胃がん死亡率が低下したということを検査有効性の根拠にしようとしたりします。さき程の中村さんの演題もその動きがあったが、胃がん検査の導入普及は死亡率の低下と無関係です。

一九五〇年から九四年くらいまでのデータが出てくるが、胃がん死亡数の推移は、男性で十万人あたりそれぞれ年代で六十五才から六十九才の男性の死亡率を見ていくと、どんどん減っている。この辺で老人保健法で市町村の事業で開始されて、盛んになっていく。あるいは、ごく一部の地方で検査が始まったのがこのあたり(スライド)ですね。そういうことと関係なく下がっている。五十五才、六十九才も自然に下がっている。そのスピードは検査のどのくらい展開があ

X線BaSO₄造影剤
BARITOP
ゾル：150%・120%・110%・100%
粉末：バリトP
Balgin
ゾル：S2号・バムスター-S130・Sゾル3号
注腸専用ゾル：ネオダルムゾル
粉末：ネオバルギン共成
補助剤：バルギン発泡顆粒・消泡液
株式会社カイゲン
大阪市中央区道修町2丁目5-14
大阪・東京・横浜・大宮・名古屋・福岡・仙台・札幌・広島・金沢・高松

Barytgen
バリトゲン ギル 100W/V%包装 (200ml・250ml・600ml・5ℓ)
バリトゲン ギル 120W/V%包装 (200ml・250ml・300ml)
バリトゲン ギル 145W/V%包装 (200ml・250ml)
バリトゲン 発泡顆粒 個人包装 (40包入・50包入) 2.5g・3.5g・4.5g・5g
バリトゲンデラックス 200g×75袋・600g×25袋
伏見製薬株式会社東京営業所
〒181 東京都三鷹市北野2-6-47 TEL 0422-49-2430

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：ブラウトール(指) 健保適用品
効能・効果：① 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。② 胃潰瘍。
用法・用量、使用上の注意は 添付文書をご覧ください。
資料請求先 三共株式会社
〒104 東京都中央区銀座2-7-12

X線被曝から胃がんがふえる (近藤)

つたか知らないが、それは全く無関係にみえる。例えば、子宮がん十万人あたりの死亡数をみても、全国的に老人保健法で検診が開始されても変わらぬスピードで落ち続けている。これはがんにかかるリスクファクターが変わっているだけではないかを示すものではないか。

胃がん検診をする、死亡率が低下するということが証明されていない。がん検診については、話がこのまま終わってしまう。証明されていないものを社会的なシステムにして検診センターまで建てて、国費を使い、人々の臓器を奪っていいものかということになるわけだが、それが正しいというところは検診を推進している方でも証明されないといけない。今日「胃がん検診の功罪」という題だが、丸山さんが胃がん検診の有効性について全くお話しにならないかということには非常に意外な感じを受けた。

丸山 当たり前です。がんもどき理論が諸悪の根源であるという認識だから。

近藤 胃がん検診が有効かどうかというものは、がんもどき理論とは無関係で証明できるはずだ。

丸山 そんなことはない。先生もそう書いてあるじゃないですか。

近藤 理論の正しさは逆に検診が有効であれば、早期発見理論が正しいということを示すことができるわけじゃないか。

丸山 いや、それは逆ではないか。先生はがんもどき理論は回避しちゃって、死亡率が低下しないから、がんもどき理論が正しいという発想なわけですね。

逆かというと、早期発見が正しいということを示すために、くじ引き割り付け試験は重要な意味を持つている。これは医学的な常識のほうです。そこでがん死亡数に差が出れば早期発見理論が正しいことになる。

丸山 それは先生の牽強附会な言い方だ。

近藤 ここから検診の害の話になるが、受診者の不利益をみていくと、肉体的不利益、心理的不利益、時間的不利益、経済的不利益がある。心理的不利益としては、羞恥心がある。大腸、乳房、前立腺の検診は羞恥心が害される。重要なことは、大腸検診に放射線技師がかかわっているが、法的に裏付けがない。そういう問題も解決されていない。大腸検診に携わるのは倫理的には問題であるというの丸山さんも認められているところだと思ふ。

結果待ちの期間中の不安、精検までした心の傷は残ります。たいてい無罪放免といかなくて、検診をされた人は、乳腺症とかポリープとか、慢性胃炎とか、病名もどきなことをくっつけて「また、来年、いらっしやい」と言われてしまう。バリウム検査の不利益はまず苦痛、バリウム検査に伴って骨折することもあつて、便秘が起きる。便秘に止まっていればいいが、腸閉塞が時々あつて、手術が必要になったり、死亡することもある。バリウムによる死亡が時々ある。これは実態がよく分らないけれども、個人的にも見知っていることがあるから、日本中ではかなりの死亡が出ているということが想定される。

内視鏡検査の不利益としては、苦痛がある。偶発症

といわれる事故がある。死亡することすらある。死亡の原因は内視鏡操作による死亡のほか、麻酔薬とか、抗コリン剤による前処置による死亡がある。これはデータがあつて、日本の主な内視鏡施設千三百にアンケートしたところ、半分の六百五十ほどから返事があつて、五年間に二百二十五人、一年間に五十人弱が亡くなつていて、返事をしなかったのを合算すると約百人ということになる。日本にある内視鏡施設はそれの何倍になるか。それを合算すると、二百人、三百人は死んでるかもしれないという問題な状況がある。

感染の危険がある。肝炎ウイルスに医療従事者がかかっているということがある。大腸検診に放射線技師がかかわっているが、法的に裏付けがない。そういう問題も解決されていない。大腸検診に携わるのは倫理的には問題であるというの丸山さんも認められているところだと思ふ。

発がんの危険値にストレートに適用すると、年間一万人三千人が将来発がんして死亡する計算になる。一〇%としても千三百人だ。胃がん検診では胃に被曝するから、将来、胃がん死亡が増加するだろう。胃がんや肺がんの集検で間接撮影装置を検診車に積んで検診しているが、直接撮影装置に比べ被曝線量は数倍ある。

丸山 先生、それは全くの事実誤認。こんなことを言つたら、笑われちゃう。(場内騒然)

近藤 どっちが事実誤認なんですか。

丸山 あなたのほうが。

近藤 いや、一と二と、どっちが、一と二と、どっち

画質も劣悪じゃあないし、被曝線量は透視の線量と同じなんです。撮影線量は場合によっては十分の一まで減らすことができる。大体、六分の一から八分の一なんです。こんなことは世の中の常識です。(拍手)

画質テストはチャートで実験すると普通のスクリーンよりちょっといいくらいだ。そうでしょう、皆さん。(「そうだ」の声、多数。拍手)先生ね、ミラカメラの時代を言っている。今から二昔前のことを言っているんですよ。(笑い)

近藤 いや、二昔ではありませぬ。被曝線量はどのぐらいかというの、僕は数年前の……

丸山 ご自分でやったデータを出して下さい。皆さん、全部データを持っていらっしゃるんですよ。

近藤 わかりました。じゃあ、この部分は……

丸山 そんなことを言つたら笑

われちゃいますよ。先生は浦島太郎だよ。(爆笑、おかしくなったんじゃないか。(笑い)データはどこのデータも出ていないんだから。先生は裸の王様になつちやうていらっしゃるんだよ。

司会 近藤先生、確かに、この被曝線量は間違いなんです。十年、十五年前のミラカメラの時代から激変したんですよ。この事実を認めてほしい。今日はそういう専門家の集まりなんだから、笑われちゃう。(場内騒然)

近藤 しかし、直接撮影装置に比べて、高いことは事実じゃないですか。

丸山 いやいや、全然逆なんです。これは先生の思い込みだ。

近藤 ああそう。すみません。そうでしたら、この部分は撤回します。しかし、いざいざにしても、放射線被曝の問題は残ることは確かです。

丸山 がん発見による不利益、治療の苦痛、合併症、後遺症、臓器喪失によるQOLの低下、手術による死亡、抗がん剤による死亡、体力低下による死亡。

ここら辺からがんもどき理論と関係してくる。がん検診の有効性を検討する方法として、がんの本質、性質から考える。

先ほどの丸山さんの話では、多分、早期がんが必ず進行がんでなくなっていくという前提で話を進めている。それが大筋でしょうね。人間が百五十歳ぐらいまで生きるのであれば、全員ががんになるのじゃないか。

近藤 いや、早期がんが進行がんでなくなると先生は言つた。

丸山 それが大筋でしょうね。人間が百五十歳ぐらいまで生きるのであれば、全員ががんになるのじゃないか。

それが物事の筋で、中には、十年ぐらいいてもならないものもあるということも確かだ。でも、それは標準偏差からいって、端っこの問題だ。

近藤 ちょっと、しゃべらせて下さい。胃がんの有病率とすることがあります。五十歳以上、早期がん、これは当がんセンターのデータで、精密な内視鏡検査をやつた。そうすると、大体、百人に二人、胃がんが見つかる。そのうち早期がん一・四%である。もし、これが日本全国に適用できると仮定すれば、五十歳以上であれば、百人に二人は胃がんを持っている。しかし、胃がん死亡率、九四年、これから十年ぐらいいの死亡率、こういうものがどんでん、早期がんも進行がんでなくなっていくのであれば、高い死亡率が出るはずなんです。一桁以上少ない。十分の一ぐらいいの死亡率でしかない。そういうものがどんでん進行がんでなくなることかということが考えられます。

先ほど自然史のデータが出たが、これも当がん検診センターの見逃し例です。十六人のデータがあつて、そのうち一人だけ進行がんでなくなつてしまつたというデータだ。それ以外のデータは、がん検診センターからのものは十五人とすべて早期がんの段階に止まっています。

近藤 オーストリアのデータですが、七人の早期がんを、手術拒否とか、状態が悪いというところで、経過をみたところ、一人は二十六ヵ月目で行方不明、六人は十二から三十六ヵ月増大はなかつた。

がんの進行スピードを表すための概念として、ダブルリングタイムというのがある。腫瘍増大期間。一つの細胞が二つに……(「もうやめて下さいよ」の声)

時間もきましたから、近藤先生、ちょっとはしよつて下さい。

近藤 京都府立の方が調べたデータですが、ダブルリングタイムというのは、長い時間、五百日から三千日のところに分布している。なかなか大きくならない。そうすると、早期がんは途中まで大きくなくて、そこからゆっくりになって、また、あるところから急に大きくなるというのを想定しているわけだが、こういうふうには、理論的に無理があるんじゃないか。それよりは、早期がんはいつまでたっても大きくならない。進行がんは急に大きくなつてくるんだと考へた方がいい。

司会 先生、その両者は途中で区別できますか。

近藤 いや、ここでは区別できないと思ふ。

丸山 普通はフラットな時からまた立ち上がるというのは動物実験でも、人間でも認められている定説だ。

近藤 先ほどお見せしたように、むしろなかなか大きくなりません。これでも少しづつは大きくなつていく。それは見えますが、急に全部が原則として立ち上がるみたいなことは全然出てこないんじゃないですか。

乳がん出るのはけしからんとやられるかもしれないが、乳がんの原発病巣の大きさを増大曲線と肺転移の増大曲線を見ると、原発病巣がどの辺の時に転移が起きているかが分る。ここら辺で肺転移が成立しているとする、二百ミクロンか三百ミクロンの時に肺転移が成立している。こういうものは検診ではみつからない。(つつく)

血流は、胃を守る。



胃がんの発生は、血流の滞りや低下による。胃の健康を守るには、血流を良くすることが重要。

第一製薬株式会社

資料請求先 東京都中央区日本橋三丁目14番10号

胃炎(急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期) 胃潰瘍の治療に

粘膜防衛性 胃炎・胃潰瘍治療剤 (薬価基準収載)

ナイエル

カプセル/S(40%細粒) (0.5g分包装) / S(40%細粒)

一般名: 塩酸セトラキサー

★効能・効果、用法・用量、使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先 大塚製薬株式会社 大塚製薬株式会社 学術部 東京都千代田区神田町2-9 大塚製薬 神田第2ビル

胃炎・胃潰瘍治療剤 (薬価基準収載)

ムコスタ錠100

Mucosta® tablets レバミピド製剤

(効能・効果)

- 胃潰瘍
- 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

※用法・用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先 大塚製薬株式会社 学術部 東京都千代田区神田町2-9 大塚製薬 神田第2ビル

(*94.6作成)

都 県
だより

群馬県



高橋 清

群馬県健康づくり財団は、県民の総合的な健康づくりを推進するため、昭和六十一年十二月に設立された。翌六十三年四月、旧結核予防会群馬支部、群馬県公衆保健協会及び群馬県対がん協会を統合し、総合検診機関として設立された団体であり、今年十二月で設立十周年を迎える。

当財団の各種事業のうち、主な集団検診事業について、平成七年度と前年度を比較した実績は以下のとおりである。

これは、年間フル稼働であるが、個別健診への移行等により、一日当たりの受診人員が僅かずつ減ってきているためである。

一方、乳がん甲狀腺検診は、四六、六六六人を検診し、その実績は前年に比べ二、一八七人の増であった。

また、大腸がん検診は、便潜血反応方式で検診を行っているが、昨年度二八、三八八人を検査し、前年に比べ一、六九一人と増であるが、検診開始時から僅かではあるが微増傾向にある。

最後に骨密度検診は、新規に平成八年四月からの実施に先駆け、一月から三月にかけて九五二人を試行的に実施した。

また、精度の高い検診はもとより、実施主体のニーズも増大し、これに最大限応じ得る体制を作らねばならない。

また、早朝検診、夜間検診はもとより、土曜検診、日曜検診等も、今後要望が出てくるであろう。それから比較的閑散な冬場における事業所等の獲得も不可欠な問題である。

以上が当財団で実施した主な検診事業の平成七年度実績と前年度の比較である。今後の課題

前記の結果から、大腸がん、肺がん、前立腺がん検診、骨密度検診等は、今後増加が見込まれるが、その他の検診については横這い、特に市部については個別健診への移行等もあり減少することが予想される。

今後、検診業務の安定的拡張を図るためには、実施主体との一層の連携により、潜在的受診者の検診に対する意識の向上を図らなければならぬ。

厚生省はこのほど、平成七年度家庭用品に係る健康被害モニター報告をまとめた。同報告は、家庭用品の安全対策を目的に、モニター病院（皮膚科、小児科各八施設）の医師が厚生省に該当事例を報告する方法で、昭和五十四年より実施されている。

厚生省はこのほど、平成七年度家庭用品に係る健康被害モニター報告をまとめた。同報告は、家庭用品の安全対策を目的に、モニター病院（皮膚科、小児科各八施設）の医師が厚生省に該当事例を報告する方法で、昭和五十四年より実施されている。

今年度の報告件数は、皮膚科二四二（対前年度四一件減）、小児科八〇三件（同一三二件増）、合計二、〇四五件（同一九一件増）と

報告された死亡事例（ビートツツの誤飲による）は、今回は報告されていない。それぞれ被害の上位品目をみると、皮膚科は第一位装飾品、第二位洗剤、第三位時計のバンド、小児科は第一位タバコ、第二位医薬品等、第三位玩具（とほほ例年同様の傾向となっている。

（週間保健衛生ニュース第八六八号から）

り組んでいきたい。（群馬県健康づくり財団 集検事業部 検診一課長 高橋清）

り組んでいきたい。（群馬県健康づくり財団 集検事業部 検診一課長 高橋清）

り組んでいきたい。（群馬県健康づくり財団 集検事業部 検診一課長 高橋清）

り組んでいきたい。（群馬県健康づくり財団 集検事業部 検診一課長 高橋清）

り組んでいきたい。（群馬県健康づくり財団 集検事業部 検診一課長 高橋清）

り組んでいきたい。（群馬県健康づくり財団 集検事業部 検診一課長 高橋清）

胃集検の現場から(28)

神奈川県労働衛生福祉協会 窪田 博吉

消化器診断部長

家内が俗にいう五十肩で千葉市内の県病院に通院を始めてから数ヶ月になる。六十も半ばで五十肩とはこれ如何にひどいものであっても痛みが和らぐわけでもない。こればかりは経過にまかせるしかないようだ。

私自身はまさに五十才台の半ばに、始め右、次いで左を病んだ。整形外科医の指示で鴨居にぶら下がり、大きめの葉瓶に水を入れて前後に振ったりしたことを憶えている。

右は完全に回復したが、左には軽度だが機能障害が残った。だから着替える時、例えば白衣の袖に左腕から先に通さないとロッカ

ーの前で踊りをおどる羽目になる。当時私は整形外科へ通院した記憶は無いが、家内は週二回乃至三回通院して理学療法士の治療を受けていた。一回二十分から四十分

マッサージや関節の運動や時には冷やしたり温めたりもするらしい。

整形外科医は始めに診ただけで、三ヶ月以上経つのに途中経過は観察していない。すべて理学療法士まかせである。一方、患者である家内はこの治療に満足して通院している。こういう具体的な身近な事例に基づくと医師以外で医療に従事する人々を何とよぶかという疑問につき当たらざるを得ないのである。

大分前のことになるが、ある病院長が「パラメディアル」といったら、医療従事者とよんでくれといわれたよ」とホヤクようにいつていたことがある。その時から医療従事者という用語が頭の片隅にこびりついてきた。それがこの間の胃集検従事者と結びついたというわけである。そこでこの際調査を思い立って、こういうこと好きな友人に相談してみた。

一週間たたたぬうちに日から封書が届いた。中味はプリントの束である。だが、そのなかに医療従事者という用語は発見出来なかった。そのかわりというか、パラメディクスとい

う用語があり、Hの手で赤い傍線が引かれていた。これは先述した某院長が使ったパラメディアルの意味するところと違い、アメリカでは医師ではないがこの資格があると救急医療で医師と同様の治療行為が出来るといっている。

わが国にも救命救急士の制度はあるが、患者の処置については医師の指示が必要であるのがアメリカとの違いであろう。

これで某院長が使ったパラメディカルは通用しないことが分った。一方、医療従事者もHの送ってくれた資料からは発見出来なかったのだが、WHOの用語にヘルスマンパワーとい



窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

窪田博吉部長

だげどがん保険だけではがんは防げません。(がん)の予防に有効な12か条です。(国立がんセンター提唱)

- 毎日、変化のある食生活を。
- バランスのとれた栄養をとる。
- かびの生えたものに注意。
- 体を清潔に。
- お酒はほどほどに。
- 日光に当たりすぎない。
- 食べものから適量のビタミン繊維質のものを多くとる。
- たばこは吸わないように。
- 塩辛いものは少なめに、あまり熱いものはさましてから。
- 焦げた部分はさける。
- 食べすぎを避け、脂肪はひかえめに。
- 適度にスポーツをする。

2,700万人の方からご支持をいただいています。

スーパーがん保険

AFLAC

生きるために、生きる保険を。アメリカンファミリー生命保険会社 契約者サービス部 ☎03-3342-1660 〒163-04 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル12階

放射線技師部会

地方会の放射線技師部会世話人会は十一月二十九日、世話人代表に石渡良徳氏(神奈川県労働衛生福祉協会)を選んだ。前任の齋藤裕久氏は、全国消化管検診放射線技師連絡会々長に就任する予定。

放射線技師部会 世話人代表に石渡氏

53回地方会小平市で —平成9年3月1日—

第五十三回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会(平成九年三月一日、小平市、会長北条慶一公立昭和病院長)のプログラムが、大要次のように決った。一般演題などはさらに追加され、シンポジウムも未定である。

開場 九・一五
開会宣言 九・三〇
一般演題 九・四五〜一・四五
バリウム濃度による発見胃がんの比較
千葉県対がん協会 坂本弘一
胃部造影画像分類を用いた高濃度バリウム造影の評価 慶応義塾大学病院 都築史郎
人間ドックで発見された下大静脈原発平滑筋肉腫の一例 市川大門町立病院 山下浩子
閉鎖撮影における食道集検の試み 多摩がん検診センター 菊池好子
胃集検における検診環境の向上—パネル、ビデオによる情報提供— 廣嶋毅

本院における胃集検二十一年の歩み 公立昭和病院健康センター 篠田浩
昼食(世話人会) 一二・〇〇〜一二・〇〇
総会 一二・〇〇〜一二・一五
特別講演(一時間) 厚生省老人保健課長 松谷有希雄「これからの老人保健と健康診断」—行政の立場から—
教育講演(一時間) 国立がんセンター名誉院長 市川平三郎「集団検診の有益性」
未定(一時間三十分) 未定
閉会の辞(次期会長) 藤野雅之(山梨医科大学教授)
懇親会 一七・〇〇

品質向上のための歩み —神奈川県労働衛生福祉協会—

日本消化器集検学会関東甲信越地方会の放射線技師部会が中心になって行われている「消化管撮影技術研修会」は、今年で、第十九回を終了した。毎回全国の放射線技師八〇人を対象に、千葉厚生年金休暇センターで開催され、すでに一、五六人の卒業生を出している。受講生は自施設で撮影した間接写真フィルムを一冊持参し、各世話人、受講生すべてが評価法に基づき、この評価は点数で現わされる。今回は、神奈川県労働衛生福祉協会が最高点を得たので、その要因を聞いてみた。

技師に異常所見義務づけ
当協会の胃集検の歴史は、昭和四十一年から始まる。当時は四枚撮影法から

神奈川県労働衛生福祉協会が、こんどの放射線技師部会総会で「技術賞」に選ばれた。この機会に同協会がどのようにして画質を向上してきたか、を語ってもらった。これはその概要である。

五枚撮影法に変わり、撮影装置も七〇ミリの暗室型が主流であった。
昭和五十八年に千葉大学から窪田博吉診断部長が赴任すると同時に、放射線技師が医師とともに写真の読影に参与することにより、フィルムに異常所見をチェックすることを義務づけた。その結果、自分達の撮ったフィルムが読影に値するものかどうかの見極める力が技師につき、当然写真の質に疑問をいだくようになった。

やがて全国で行っている胃の集団検診の数が増え、全国集計による早期胃癌の発見数の増加と、それともなう死亡率の低下が顕著に現われてきた。これに携わる放射線技師が、それ以

認定技師制度の確立を —癌研・丸山氏が呼びかけ—

第二十九回関東甲信越地方会放射線技師部会(十月五日・前橋市)で、癌研病院丸山雅一氏は特別講演「消化管撮影技師の認定について」次のように語った。「認定技師制度は関東甲信越地方会が言い出したのだ。日和見的な態度を捨て、真剣に取り組まなければ問題は解決しない。物事を達成するためには、人間関係をよくすることが一番大事だ」と。これは、その概略である。

ノンポリではダメ
私が千葉大医学部に入学したのは、昭和三十五年で、インテリ競争の嵐が吹き荒れている頃だった。医学部のインテリ競争は言い換えれば、経済競争でもあった。今年で卒業してから三十年になるが、危機感がなければ、根元的には何も解決しないと思う。そこで、一番大事なこと

は人間関係を損なわないことだ。

ノンポリというが、問題意識を持たない人がかなりいる。私の見るところでは、技師さんにはノンポリの人が多いいのではないかと

まず、問題意識を持ってもらわなければ始まらない。認定技師制度は、たしか昭和六十年に提案された。五年ぐら経った一九九〇(平成二)年に具体化され、一九九一年に検討案が発表され、九三年に市川先生が学会に提案したところ、有賀理事長は「一地方会が独走するのはこのまじくない」ということで、現在に至っている、というのがあらましである。と承知している。

大柴理事長は前向き
大柴理事長になってから、一九九六年の年頭所感で「技師組織は従来の学会依存性を少なくし、自主性ある独立した組織として運営して行く」と述べ深い関

心を持っていただいた。

表1
高濃度の利点、診断能の高い二重造影
少量使用の利点、二重造影描出域拡大
前壁二重造影 頭低位・半立位
コスト低減・120%・200ml飲用が容易
便秘対策
撮影体位・二重造影主体
体位変換・撮影順序
①360回転三〜五回(半立位・水平位)
背臥位二重造影 正面
面、第一、第二
腹臥位二重造影 頭低位・半立位
②左右交互変換 二〜三回(水平・半臥位)
右側臥位、立位正面
立位第一斜位

表2
問題X線画像の向上のために
①高濃度低粘性造影剤を使用する
②体位変換は回転法を主

を示しておられる。さらには、五月の支部長会では「認定技師制度を確立し、各支部ごとにリーダーシップをとることとするが、ペーパーテスト等、全支部画一化した制度にした」と発言している。

消化器集検学会の理事の中にもノンポリの人がかなりいて、認定技師制度の内容も知らないで、賛成、反対している人が多い。

やる気が解決のカナメ
認定技師制度を言い出したのは、関東甲信越地方会なのだから、まず名簿を作る、希望者をつくる、などを始めてもらいたい。

認定技師制度は、制度が悪いのではなく、やる気があるかないかだ。現在の停滞気味を打破しなければならぬ。やがて、超音波もやらなければならぬ時代が必ず来る。そのことも念頭において取り組んでいただきたい、と思う。

上良質な画質の写真を撮れば、もつと違う姿の早期胃癌を発見することができるようではないかと、それを大前提におくことにした。

まず胃集検の「基本要素にはあまりふれず、同条件でひたすら良好な画質の写真にするにはどうすれば良いか、放射線技師全員で試行錯誤を繰り返した結果、次のような結論に達した。

質的向上を目指す
質的向上のための検討課題として、

- 1、造影剤の質、濃度、量
- 2、体位変換の方法
- 3、撮影の手順と組合せ

二重造影の描出能に着目し、限られた条件(コスト、検査時間、撮影枚数)の中での情報量の拡大を計るため、粘膜炎の描出能に優れた高濃度低粘性造影剤(200W%)の少量使用(120ml)により全粘膜炎の二重造影による描出に主眼を置いた。それらの表1、表2

にまとめてみた。

表1
高濃度の利点、診断能の高い二重造影
少量使用の利点、二重造影描出域拡大
前壁二重造影 頭低位・半立位
コスト低減・120%・200ml飲用が容易
便秘対策
撮影体位・二重造影主体
体位変換・撮影順序
①360回転三〜五回(半立位・水平位)
背臥位二重造影 正面
面、第一、第二
腹臥位二重造影 頭低位・半立位
②左右交互変換 二〜三回(水平・半臥位)
右側臥位、立位正面
立位第一斜位

表2
問題X線画像の向上のために
①高濃度低粘性造影剤を使用する
②体位変換は回転法を主

体にする
③胃の全域を二重造影で描出する
④検査前半に胃中下部を撮影する
⑤透視観察を含め撮影を組み立てる

以上のような画質改善で得た結果が最高点につながったとすれば、全国の胃造影検査に携わっている放射線技師諸氏に報告する義務があるのではないかと紙面をお借りすることにした。

なお、今秋、平成八年十月十九日に開催される関東甲信越地方会(第52回)の会場に、従来使用のゾル製剤バリウムの写真と、改善後の粉末製剤バリウムで撮影したフィルムを展示した。

Konica

滑らかで奥ゆきのある
ディテール描写力、
識別性の高い視やすい
診断画像を提供します。

- 微細な情報も逃さない高い鮮鋭性
- ノイズの少ない優れた粒状性
- 識別性の高い特性曲線形状
- 90秒処理による快適な作業性
- 新設計乳剤の採用による常に安定した処理性能

コニカ株式会社
163-05 東京都新宿区西新宿1-26-2 TEL.03(3349)5175

「高画質化への挑戦」
新聞接ロールフィルム・3タイプ誕生。

ミラーカメラ専用 HX/ME/ME-P

11間接X線スポット撮影用

1995 X線発見100周年 W.C. Röntgen

高画質90秒処理専用フィルム

さわやかな朝
…快適な一日を…

各種便秘症の治療に—
緩下剤
ラキソベロン錠・液 Laxoberon®
(ピコスルファートナトリウム製剤) 確保適用

●ご使用に際しましては、製品添付文書をご参照ください。

製造・販売 TEIJIN テイジン
代理 ベリンガインガイムインターナショナル社
資料請求先: 帯人薬業本部第2学術部
LA23T35(2) 作成年月: 1995年12月

保健婦部会

この本のとがきに「いま官僚に対する風当たりが強い」だが、ここに取上げた元環境庁企画調整局長だった山内豊徳、元通産省官僚だった田辺俊彦、川原英之、そして元官僚の伊藤正義の各氏は、まさに「本当の官僚である」。私はあ

図書室 佐高信 志と死

りうべき官僚像をさぐった。とある。今、官僚とは何かが問われているが、因習に取囲まれ、自己の保身に汲汲とした時代に、己の信ずる道を往った官僚の姿を、その「詩と死」に焦点を当てて描いた力作である。ここでは、山内のことだけを取上げる。山内は環境庁長官だった北川石松と一九九〇年十二月五日水俣へ行くことになっていた。大臣が現地へ行くというのも異例なのだが、その際、手ぶらで行かせるわけにはいかない。

何らかのみやげ、つまり具体的前進策を持参しなければならぬのだけれども、それが無い。まして、大蔵省出身の次官、安原正は、北川の現地行きさえ苦々しく思い、それを止められなかった山内に批判的だった。もちろん安原は、水俣病患者と和解して補償を始めなければならぬ必要がある。

今の官僚に、その気概があるだろうか。(講談社刊、千五百円) 男の喫煙率 依然高水準 日本たばこ産業は、平成八年の喫煙者率調査を行い、このほどまとめた。対象となった全国の成年男女一六、〇〇〇人(有効回収率七〇%)の喫煙者は、三五・一%(対前年一・二%減)である。内訳は男五七・五%(対前年一・三%減)、女一四・二%(同一・〇%減)である。この率から、全国の喫煙人口を推計すると、全体で三、四二二万人(対前年比六九万人減)となり、その内訳は男二、七〇八万人(同二八万人減)、女七一四万人(同四一万人減)になる。これを見ると男は先進国の中では最も高い喫煙率である。

高齢者社会 対策予算 7年度・8兆円超 政府は十月十九日の閣議で高齢者社会白書を決定した。高齢者社会対策の実施状況などが説明されているが、一般会計関係予算が、七年度には八兆一、五五三億円にのぼり、就業・所得関係が半分以上を占めること等が明らかにされている。このうち「七年度の状況」では、統計資料などを用いて高齢化の状況についての説明や、高齢化社会対策の基本的な枠組みなどが報告されている。一方、「八年度対策」では、高齢化社会対策大綱の構成に沿って、八年度に講じる予定の対策について記述されている。

大腸がん 精検受診率の向上を 鹿児島・今給黎さん

第三十四回日本消化器集検学会(十月三日・島根県民会館)ワークショップ「大腸がん検診の問題点を探る」で、鹿児島県南薩地区大腸検診協議会の今給黎みどりさんは次のように語った。「精検受診率が年々下がっている。初回受診者の掘起こしと精検未受診者のフォローアップが必要である」と。これはその概要である。 四年間の結果と現状 鹿児島県の大腸がん検診は一九九二年(平成四年)度より老人健康法により始められた。今年で五年目である。本県では二回、行政担当者、検査技師、保健婦、医師が集まり研修会を開いて討議している。本県の過去四年間の結果と問題点および南薩地区の現状を報告する。 対象 検診は大腸がんマニアルに則り実施されている。即ち四〇歳以上の男女住民を対象に行われた。一九九五年度は九四市町村で実施されている。 方法 一次検診は各市町村で行われた。免疫学的便潜血反応検査はOC-1ヘモテスタ

またはRPH-A二日法を用いた。検診は原則として全大腸内視鏡検査またはS状内視鏡検査と注腸X線検査を精密検査実施協力医療機関で行った。 結果 一九九二〜九五(九五年度は一部)までの四年間の結果。検診受診率は八・三〜一二・二%、要精検率は七・二〜九・五%、要精検受診率は五・八〜九・七%である。大腸癌発見数は九二年は八四人、九三年一九一人、九四年一九〇人、九五年は一一五人で全体で五八〇人である。 癌発見率は〇・二五〜〇・三%である。癌発見の率は三・九〜五・〇%である。早期癌は三八三人、六六%である。

問題点 一次検診について、受診率が低い。四〇〜五〇歳台、特に男性への働きかけが必要。問診票の取扱があまりいい。十分活用されていない。特に血便症状のある人への受診体制が不備である。便潜血検査陰性イコール「がんではない」という誤った認識のPRも含めた住民教育が必要である。 精検受診率が年々下がっている。理由としては①検査結果が怖い②前処置や検査の苦痛について③忙し④忙しい⑤自覚症状がない⑥昨年も精検を受けたが異常なかった、などである。

TOSHIBA 省スペース化とハイクオリティイメージを実現した透視撮影台です。 東芝は長年積み重ねた経験と実績のもと、検診車へ横置き搭載可能な透視撮影台DTP-500Bを開発しました。設置面積の省スペース化と検診効率の向上、さらに精細な描出力を実現。消化器集団検診を強力にサポートします。 ●検診車へ横、縦置きなど自由に搭載可能 ●ハンドリング性、安全性に優れた透視撮影台 ●使いやすさと安全性を重視した東芝独自のローリング天板(CFRP製) ●検査スルーブットが向上する、オートリターン機構を採用 ●高解像度、アドバンスド・スーパー・メタルLiI組合せ ●電動シヨルダレスト(オプション)により検査効率がさらに向上 資料請求券 DTP-500B 株式会社 東芝・東芝メディカル株式会社 本社/東京都文京区本郷3丁目26番5号 〒113 TEL 03(3818)2043 (第一営業部X線営業担当)

FUJIFILM I&I-Imaging & Informa 間接撮影画像の質的変革 消化管専用 MI-FG新登場。 「間接撮影画像の質的変革」のコンセプトのもとに開発された「MI-FG」。その技術を採用した、消化管集団検診用フィルム「MI-FG」新登場。最適な階調設計による診断しやすい画像で集団検診に貢献します。 ●超高画質 新SLIC粒子乳剤技術を用いた微粒子、高鮮鋭度、標準感度のフィルムです。粒状性の向上で微細な病変まで検出できます。 ●最適階調設計 消化管集団検診用に、二重造影から充盈像まで広い濃度領域をバランス良く抽出する最適な階調設計で診断しやすい画像が得られます。 ●安定した処理性 新SLIC粒子乳剤の採用で、強固な潜像が形成され、90秒処理までの安定した処理が可能です。 品種(サイズ) ロールタイプ:100mm×30.5m 100mm×45.7m ※資料請求は富士メディカルシステム株式会社まで 富士写真フィルム株式会社 総発売元 富士メディカルシステム株式会社 東京都中央区銀座7-13-8 第2丸高ビル 〒101 ☎東京(03)3545-3311(代)

間接撮影のニーズに応えます。 豊富な診断情報量を提供する高鮮鋭画像 コダックPFHフィルム ●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 様々な診療スタイルに対応した トータルシステム コダックX-オマット5000RAプロセッサー ■大量処理向け コダックM35X-オマットプロセッサー ■中〜少量処理向け コダックロールフィルムフィーダー 各種間接フィルム用フィーダー ロールフィルムフィーダーモデル43 KAF/RA ロールフィルムフィーダーモデル35 KAF/RA(M35用) コダック間接処理システム The new vision of Kodak 日本コダック株式会社 ヘルス イメージング事業部 東部営業一部 ☎(03)5488-2830 中部営業部 ☎(052)953-6950 四国営業部 ☎(082)222-9325 東部営業二部 ☎(048)642-9880 関西営業部 ☎(06)534-7990 九州営業部 ☎(092)413-8460

編集後記 42号は、丸山、近藤対談に多くのページを割いた。それには、それだけの意味がある。「がんもどき」理論をひっさげて、一流の理論を展開する近藤氏に、丸山氏は真向から、理論を挑んだ。医学は科学であるという建前からは逃げられない。近藤氏は逃げの姿勢でかみ合わなかった。 図書室には、佐高信の「官僚たちの志と死」を選んだ。現状の官僚の腐敗ぶりを目の迫りに見ているわれわれに取って、この人たちの「生と死」は、頂門の「一針」である。ひた向きに、己の信ずる道を行く姿に心をうたれる。今の混沌の官僚の醜態には言葉もない。落ちるまで落ちたと言いたい。 透視台には、情報公開を選んだ。全国各地で、官接待をはじめ、空出張など悪事が平然と行われ、その額は一年で数億にも達している所がある。「李下に冠を正さず」の精神が忘れ去られてしまったのだろうか。もう一度、原点に還って、公務員の何たるかを、考え直してもらいたい。(永嶋) ◎編集委員 東京都江戸川区医師会 神保 勝一 千葉県がんセンター 林 学 茨城県総合健診協会 追田 昌文 千葉県対がん協会 高田 貞市 調布市役所 小林ユキ子 JR東京総合病院 大槻 清孝 高沢内科医院 原 敬治 荒川区がん予防センター 竹林 章子 神奈川県予防医学協会 鈴木 信吾 多摩がん検診センター 渡辺 靖