

# 胃集検通信

(日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会機関紙) 1部頒布定価1,000円(〒共)

題字・黒川利雄先生

季刊 NO. 51

発行所 消化器集団検診学会  
東京都豊島区西巣鴨1-9-3  
東井町1丁目1番地  
編集者 編集委員会

本年四月末に日本肝臓病学会は「肝がん白書(平成11年度)なる小冊子を発行しました。あとがきに書かれています。これは行政機関や報道機関向けに作成されたものであるという事です。今回は、これにまつわる私の考え方を述べることにします。

## 視点

「肝がん白書」に思う  
代表世話人代行 丸山雅一  
癌研究会附属病院内科部長

から明らかになってきたこととです。私は、関係学会が何故このことに関して政治的に行動しないのか疑問を持っています。

「肝がん白書」は、今更なる一歩前進を促すというメッセージが込められています。しかし、情報を知っているが、それを開示せずに研究と称する高踏的な行為のみに終始してきた関係学会の社会的責任は償いきれないくらいに大きいと思

本消化器集団検診学会雑誌、第36巻6号の編集後記には「肝臓やHCVの研究は精力的になされるべきだが、すでに存在する肝臓のハイリスク群を集約するための方策を提案するものも研究者であるべきである。今、何とかしなければならぬ現実に対して政治的な発言をすること、これは研究者に課せられた義務だと思ふ」と書きました。

「肝がん白書」では、その第8章に肝臓ウイルスの感染の有無の検査を40歳時の健康診断に導入することを提案しており、その費用は国あるいは各自治体で補助

C型肝炎ウイルスと肝臓の問題は、エイズや昨今の臓器移植などと比較にならないくらいに途方もなく大きなものです。大きすぎて厚生省は途方に迷っているのかもしれない。

この問題では、ウイルス保有者のプライバシー保護が絶対的な課題です。行動は慎重の上にも慎重を期さなければなりません。

丸山雅一 代行  
学会監事に  
平成11年5月20日、盛岡市民文化ホールで開催された、第38回(平成11年度)日本消化器集団検診学会総会で、丸山雅一(関東甲信越地方会代表世話人代行)が監事に選任された。

「自己申告」だからだと思ふ。ごまかせば己が苛まれる。つまらぬ職制みたいな奴が付いて回り、その度にスコアカードに記入され、お前は「百十だ」と勤務評価されたら、「今度こそ」と思う者はいない。学校も小学生から「自己採点」にすれば、自分に見合った目標をたて、先生に言われずとも、それぞれの実力で学習に励むのではないのか。

## 「超音波集検発足にあたって」

超音波部会代表世話人 小野良樹 (日本大学第3内科)

1. 超音波集検の歴史的背景  
1970年代後半、超音波診断装置としてリニア電子スキャンが登場し、以後、急増してきたのは周知の事実である。

音波集検のかかえる問題や、集検で発見された症例の検討を目的として、消化器超音波集検懇話会(世話人 竹原靖明、中澤三郎、有山 襄各氏)が設立された。この懇話会は日本消化器集団検診学会総会と秋期大会の前日に開催され、現在にまでつづいている。

明・中澤三郎(望月福治)が発足した。この委員会に課せられた責務は消化器超音波集検を確立し、普及発展させることであった。そこで前述の消化器超音波集検懇話会を基盤として、超音波集検に関する対象臓器、走査法、走査時間、記録方式、記録枚数、報告様式、事後管理など、主として基本事項を検討し、その結果を1990年に答申した。

2. 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会への参入  
放射線技師制度は歴史も長く、その内容も確立されており、各支部における会員数も多い。

長年の「集検従事者は各支部で主導すべきである」というポリシーに従い、まず手始めに関東甲信越地方会の門戸を叩くことを考えた。

活躍は目覚ましい。これを機に超音波部会も医師・技師が切磋琢磨して、超音波集検の技能の質的向上、精度管理の向上をはかっていく所存です。

- 超音波部会 役員 (平成11・12年度)
- 【代表世話人】 小野良樹(日本大学医学部第3内科)
- 【副代表世話人】 小島正久(関東中央病院) 増田英明(横浜市立病院) 飯屋博一(結核予防会第一健康相談所)
- (兼事務局長) 大波 忠(東京都設計事務所健保組)
- 【常任世話人】 藤田光広(社会保険川崎中央病院)
- 橋本昭宏(横浜市立病院)
- 佐藤桂子(日本予防医学協会 会東日本支部)
- 山田清勝(関東中央病院)
- 鳥海 修(関東中央病院)
- 【世話人】 \*現在複数の会員に選定委員
- 【監事】 乾 篤仁(横浜市立病院)
- \*他に1名選定中
- 【顧問】 竹原靖明(日本消化器集団検診学会理事)

「透視台」 一億円使ってもまだ一億円 旨いキャッチフレーズだ。三億円が74人に当たるといふ。今度こそと宝籤売り場は夢見る庶民の長蛇の列。その日、各銀行の不負債権処理が報道された。その金は計一兆五千億円。除け数十、数百億円をせしめた者がいるはずだ。「今度こそ」はブレレ前のゴルフの心境と同じ、外れ籤と分かった時も、ブレレの終わった気持ちと同じだ。先月、千葉で市川先生を囲み、放射線技師の第一回「百獣の王」市川賞コンペが開かれた。

# 第57会地方会一般演題発表より

山崎寛一郎会長の第57回関東甲信越地方会は、3月6日、浦和市埼玉県民健康センターで開催された。16題の一般演題より誌上发表して戴いた。特別講演「今後の消化器がん検診について考える」は、行政の立場から西山正徳厚生省保健福祉局長、人保健課長、医師の立場から久道茂東北大学医学部長が講演された。

## DR12000MCの使用経緯

千葉県対がん協会  
 ○岩元興人、瀧川庸夫、関三喜男、森英司、鈴木勝司、佐藤正元、坂本弘一、大下謙次、崎田真澄、山本政夫、大塚徹志、高弘、吉田智、小林寅雄、関喜隆、秋川正嗣

当施設では精検用DR装置DR12000MC（H）に集検用の透視撮影台TUMAS5Nを付け、施設内での胃部検診に専用で使用しています。当施設で使用しているDR装置の構成を図1に示します。

撮影室には検診車と同様にローリング天板を持った集検用透視撮影台があり、操作室には遠隔操作卓とインテリジェントモニタリング装置が接続されています。

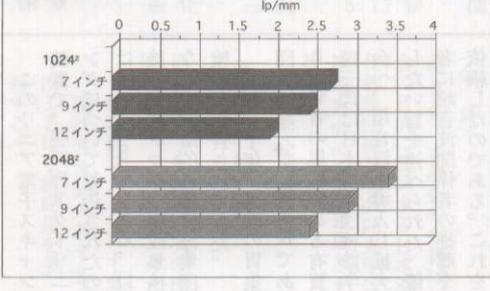
別室の読影室には20インチ高解像力モニター2台からなる観察用画像ターミナルがあり、画像保管用の2GB光ディスクドライブが接続されています。

当施設では9インチで1人9枚の撮影を行い、検診終了後、画像を一括して光ディスクに保存して輪郭強調のフィルタ処理をした後、モニターにより読影しています。

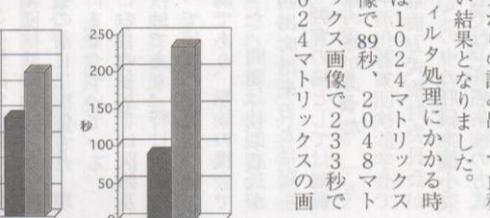
## DR装置の構成



## 解像力の比較



## 書き込み・読み出し・フィルタ処理時間の比較



DR導入当初は2048マトリクスで撮影していましたが、画像の書き込み・読み出しやフィルタ処理などに時間がかかる為、現在では1024マトリクスで撮影しています。

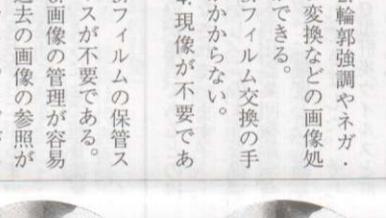
今回我々は1024マトリクスと2048マトリクスの画像の比較、画像の書き込み・読み出し・フィルタ処理にかかる時間の比較、およびDR装置の利点・問題点について報告します。

【方法】

図3に前庭部後壁IIc病変での描出能の比較を示します。図3のように1024マトリクス、2048マトリクスの描出能は、同様に3.5・3.0・2.5 lp/mmとなりました。当施設で使用している9インチでは、2048マトリクスの12インチと同等の解像力となりました。

図3に前庭部後壁IIc病変での描出能の比較を示します。図3のように1024マトリクス、2048マトリクスの描出能は、同様に3.5・3.0・2.5 lp/mmとなりました。当施設で使用している9インチでは、2048マトリクスの12インチと同等の解像力となりました。

## 描出能の比較



## DR装置の利点

1. 撮影した画像がリアルタイムにモニターで確認できる為、体動によるブレや有所見の画像に対して追加撮影が容易にできる。
2. 輪郭強調やネガ・ポジ変換などの画像処理ができる。
3. フィルム交換の手間がかからない。
4. 現像が不要である。
5. フィルムの保管スペースが不要である。
6. 画像の管理が容易で過去の画像の参照が簡単である。などがあげられます。

## DR装置の問題点

1. 腸管ガスとの重なりや撮影体位によっては過剰な画像を示します。
2. 適切な画像処理は、診断能を向上させる事ができません。しかし、画像の書き込み・読み出しやフィルタ処理に時間がかかるため、多くの人数を処理する検診には不向きです。

## 技術による追加撮影について

茨城県総合健診協会  
 小松崎秀文、川又英世、鬼沢利夫、日井一則、浅野豊、藤来秀俊、石川直隆、嶋田和広、齊藤洋子、福富久之

我々の施設では、平成7年度より専門医である福富・齊藤先生と技術員による症例検討会を実施してきました。その中で、追加撮影の重要性を再認識し、追加撮影を積極的に行うようになり、追加撮影の定義として、有効追加撮影はその追加撮影によって読影判定が上がりつつあるものとし、確認追加撮影は読影判定に影響しなかったものとした。また、当協会の読影判定は、判定3が病変の存在を疑い、かつ悪性を疑うもの

## 図1は平成8年度発見の早期がん74例の占拠部位と大きさおよび追加撮影

	A	M	C	総計
前壁	○	○○○	●	11 (15%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	30 (41%)
後壁	●●●	●●●	●●	17 (23%)
大弯	●●●	●●	●	15 (20%)
全周	□	□	□	1 (1%)
総計	31 (42%)	32 (43%)	11 (15%)	74

## 図2は平成8年度早期がん読影判定3(正診不確定)の占拠部位と大きさ

	A	M	C	総計
前壁	○	○○○	●	11 (15%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	30 (41%)
後壁	●●●	●●●	●●	17 (23%)
大弯	●●●	●●	●	15 (20%)
全周	□	□	□	1 (1%)
総計	31 (42%)	32 (43%)	11 (15%)	74

## 図3は平成8年度早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

	A	M	C	総計
前壁	○	○○○	●	11 (15%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	30 (41%)
後壁	●●●	●●●	●●	17 (23%)
大弯	●●●	●●	●	15 (20%)
全周	□	□	□	1 (1%)
総計	31 (42%)	32 (43%)	11 (15%)	74

## 図4は平成8年度進行がん54例の占拠部位と大きさおよび追加撮影

	A	M	C	全体	総計
前壁	○	○○○	●	11 (15%)	8 (15%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	30 (41%)	16 (30%)
後壁	●●●	●●●	●●	17 (23%)	14 (26%)
大弯	●●●	●●	●	15 (20%)	10 (19%)
全周	□	□	□	1 (1%)	6 (11%)
総計	19 (27%)	18 (33%)	16 (30%)	1 (2%)	54

## 図5は平成9年度早期がん84例の占拠部位と大きさおよび追加撮影

	A	M	C	総計
前壁	○	○○○	●	20 (24%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	35 (42%)
後壁	●●●	●●●	●●	14 (16%)
大弯	●●●	●●	●	15 (18%)
全周	□	□	□	1 (1%)
総計	23 (27%)	47 (56%)	14 (17%)	84

## 図6は平成9年度早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

	A	M	C	総計
前壁	○	○○○	●	11 (15%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	30 (41%)
後壁	●●●	●●●	●●	17 (23%)
大弯	●●●	●●	●	15 (20%)
全周	□	□	□	1 (1%)
総計	31 (42%)	32 (43%)	11 (15%)	74

## 図7は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

	A	M	C	総計
前壁	○	○○○	●	11 (15%)
小弯	○○○●●	○○○●●	●●	30 (41%)
後壁	●●●	●●●	●●	17 (23%)
大弯	●●●	●●	●	15 (20%)
全周	□	□	□	1 (1%)
総計	31 (42%)	32 (43%)	11 (15%)	74

追加撮影の定義として、有効追加撮影はその追加撮影によって読影判定が上がりつつあるものとし、確認追加撮影は読影判定に影響しなかったものとした。また、当協会の読影判定は、判定3が病変の存在を疑い、かつ悪性を疑うもの

図1は平成8年度発見の早期がん74例の占拠部位と大きさおよび追加撮影

図2は平成8年度早期がん読影判定3(正診不確定)の占拠部位と大きさ

図3は平成8年度早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図4は平成8年度進行がん54例の占拠部位と大きさおよび追加撮影

図5は平成9年度早期がん84例の占拠部位と大きさおよび追加撮影

図6は平成9年度早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図7は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図8は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図9は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図10は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図11は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図12は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図13は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図14は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図15は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図16は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図17は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図18は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図19は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図20は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図21は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図22は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図23は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図24は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図25は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図26は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図27は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図28は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図29は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図30は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図31は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図32は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図33は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図34は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図35は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図36は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図37は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図38は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図39は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図40は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図41は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図42は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図43は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図44は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図45は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図46は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図47は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図48は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図49は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図50は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図51は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図52は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図53は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図54は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図55は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図56は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図57は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図58は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図59は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図60は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図61は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図62は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図63は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図64は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図65は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図66は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図67は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図68は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図69は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図70は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図71は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図72は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図73は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図74は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図75は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図76は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図77は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図78は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図79は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図80は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図81は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図82は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図83は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図84は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図85は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図86は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図87は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図88は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図89は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図90は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図91は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図92は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図93は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図94は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

図95は平成9年度の早期がん読影判定4,5(正診確定)の占拠部位と大きさ

【図7】平成9年度 早期がん 読影判定3(正診不確定)の占拠部位と大きさ

Table with 4 columns: A, M, C, 総計. Rows: 前壁, 小弯, 後壁, 大弯, 総計. Data points for each category.

みると、早期がんと同様M領域が24例で47%と半分近くを占め、ついでA領域、C領域の順であった。進行がんの場合は、追加撮影も読影判定に影響しない確認が多くなるのだが、それでも追加撮影の有効だった症例もあつた。その多くが比較的病変の大きな物であつたのは意外であつたが、それらの症例のいくつかは追加撮影がなければ、読影上見落とされたと考えられた。

胃がんで、読影判定3で読まれた正診症例の占拠部位と大きさと有効追加撮影についてみたものである。全39例のうち、追加撮影が有効だったものは6例であつた。その6例を見直してみると、3例は読影判定4・5で読めると考えられた。読影判定4・5で読んでもらうためには、きちんとした追加撮影が必要であると考えられる。特に早期がんの場合、それを正しく胃がんとして読影するためには追加読影を要する。

一方、早期がんは9年度になって有効追加撮影、確認追加撮影ともに減少して全追加撮影の割合は29%以下であつてしまつた。追加撮影が行われていないというこ

【表1】発見がんに対する追加撮影の割合. Table with 4 columns: 早期がん, 進行がん, 8年度, 9年度. Rows: 有効追加撮影, 確認追加撮影, 追加なし, 合計, 全追加割合, 有効追加割合.

【表2】症例検討会参加者と不参加者でみた追加撮影の割合. Table with 4 columns: 平成8年度, 平成9年度, 参加者, 不参加者. Rows: 発見がん, 追加撮影, 確認追加撮影, 追加なし, 合計, 全追加割合, 有効追加割合.

【図8】平成9年度 進行がん51症例の占拠部位と大きさおよび追加撮影. Table with 6 columns: A, M, C, F, 全周, 総計. Rows: 前壁, 小弯, 後壁, 大弯, 全周, 総計.

図8は平成9年度の進行がん51例の占拠部位と大きさと有効追加撮影についてみたものである。進行がんは、そのほとんどが陥凹型であつた。A・M・C別で

表2は症例検討会に参加している技師と、参加していない技師との発見がん数に対する追加撮影の割合をみたものである。ここでの追加撮影は有効と確認を合わせたものである。全発見がんに対する割合も、早期がんに対する割合も、症例検討会参加者のグループの

撮影がとて重要だと、我々技師は考え、検診に従事していかねばならぬと思はれる。

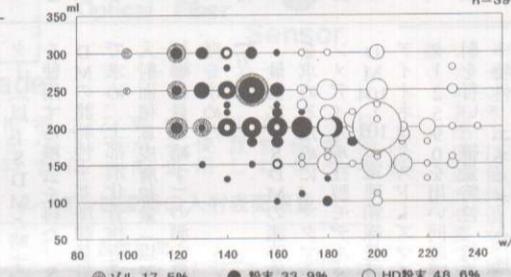
9年度になって有効追加撮影、確認追加撮影ともに減少して全追加撮影の割合は29%以下であつてしまつた。追加撮影が行われていないというこ

アンケート調査にみる胃部造影剤の現状

(財) 神奈川県労働衛生福祉協会 恵一博、高田恵子、永井勝司、本田今朝男、石渡良徳、海老根精二

はじめに 現在胃部間接撮影において、高濃度、低粘性・少量バリウムを使用し撮影を行っている施設が増加してきていると言われている。そこで、各施設における現状をアンケート調査し、その結果をまとめたので報告する。

目的・方法 関東甲信越地区1都9県における1.胃部造影剤2.造影補助剤3.撮影法についての実態調査。対象は主として間接撮影を行う検査センター、中・小病院、大病院および大学病院とした。調査方法は無記名、郵送方式を用い、重複を避けるため1施設1回答とした。



直接撮影では3.5[g(17.6%)、4.0[g(9.2%)、4.5[g(9.2%)、5.0[g(45.0%)であつた。間接撮影では、3.5[g(14.3%)、4.0[g(20.2%)、4.5[g(21.9%)、5.0[g(35.2%)であつた。

撮影について見ると、二重造影法を用いる施設が36.1%、薄層法を用いる施設が25.2%、レリーフを用いる施設は7.4%であつた。

二重造影法を用いる施設は、前壁撮影について見ると、二重造影法を用いる施設は4.0%であつた。前壁撮影について見ると、二重造影法を用いる施設は56.3%、薄層法を用いる施設は10.6%、レリーフを用いる施設は3.9%、立位・腹臥位ありの施設は77.7%、立位のみは12.6%、不明は2.9%、腹臥位のみは2.9%であつた。

間接撮影におけるBa濃度と使用量、図3 Ba濃度と使用量の分布(間接) n=104. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (indirect).

間接撮影におけるBa濃度と使用量、図3 Ba濃度と使用量の分布(間接) n=104. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (indirect).

立位・腹臥位ありの施設は77.7%、立位のみは12.6%、不明は2.9%、腹臥位のみは2.9%であつた。

立位・腹臥位ありの施設は77.7%、立位のみは12.6%、不明は2.9%、腹臥位のみは2.9%であつた。

立位・腹臥位ありの施設は77.7%、立位のみは12.6%、不明は2.9%、腹臥位のみは2.9%であつた。

より良いX線写真を提供できるようにがんばってほしいことを、再認識する結果となつた。

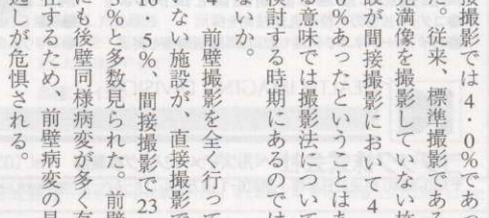
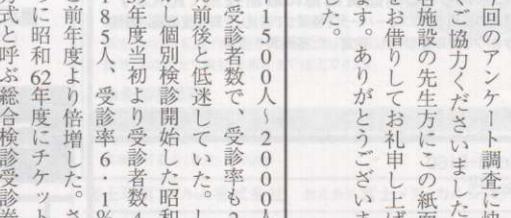
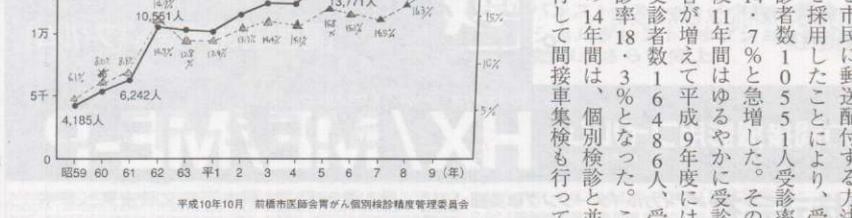
直接撮影におけるBa濃度と使用量、図1 Ba濃度と使用量の分布(直接) n=398. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (direct).

直接撮影におけるBa濃度と使用量、図1 Ba濃度と使用量の分布(直接) n=398. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (direct).

直接撮影におけるBa濃度と使用量、図1 Ba濃度と使用量の分布(直接) n=398. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (direct).

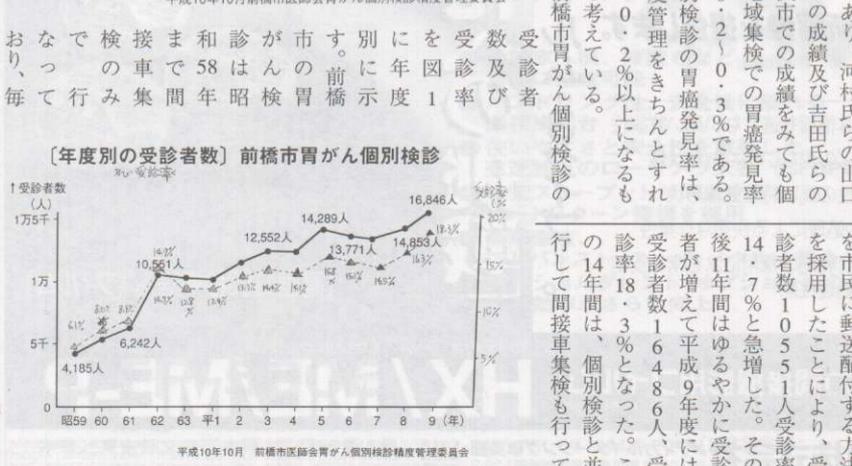
直接撮影におけるBa濃度と使用量、図1 Ba濃度と使用量の分布(直接) n=398. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (direct).

直接撮影におけるBa濃度と使用量、図1 Ba濃度と使用量の分布(直接) n=398. Scatter plot showing the distribution of Ba concentration and usage volume (direct).



14年間の胃がん個別検診の成績 (昭和59年度～平成9年度)

Table comparing performance between 14-year cumulative (前橋市医師会方式) and national cumulative (平成7年度) for gastric cancer screening. Metrics include number of examinations, accuracy, and detection rates.



個別胃癌検診の受診率向上への寄与

前橋市医師会 宮石和夫、中村篤、石田稔、八木秀明、関口利和. Text discussing the contribution of individual gastric cancer screening to increasing the examination rate.

個別胃癌検診の受診率向上への寄与

小坂橋 毅、八木茂、前橋市医師会 宮石和夫、中村篤、石田稔、八木秀明、関口利和. Text discussing the contribution of individual gastric cancer screening to increasing the examination rate.

いるが、例年700人〜800人の受診者数で受診率も1%前後である。

【個別検診方法】  
前橋市の人口は、285,000人。胃検診対象者は91,000人である。市役所より各戸に郵送された総合受診券を提示して、受診者は市内122カ所の胃がん個別検診一次検診医療機関のどこでも、年間を通じていつでも受診できる。122カ所の内訳は、公的病院5、私的病院7、診療所110が一次検診施設である。各施設のX線装置を使って、表2に示す撮影基準に従って8枚の直接撮影がなされる。一次検診医は、一次読影結果と所見を胃検診カードに、問診とともに記入して、フィルムを添えて、市医師会に提出する。前橋市医師会読影委員会の構成を表3に示す。医師会A会員側13名、公的病院側13名と同数の委員計26名で構成される。双方各1名ずつ2名1組で13班を常設して、各班2名の読影委員が協議しつつ、2次読影を行い、内視鏡精検の要否を決定する。

図2に前橋市医師会方式による胃がん個別検診の流れを示す。当検診の特徴は、一次検診医が検診の全過程に参与し、受診勧奨から、レントゲン撮影、一次読影、二次読影会同席、検診結果の説明、通知義務、内視鏡精検の勧奨義務として事後調査への協力等を行うことである。もう一つの特徴は、要精

【胃がん個別検診の流れ】

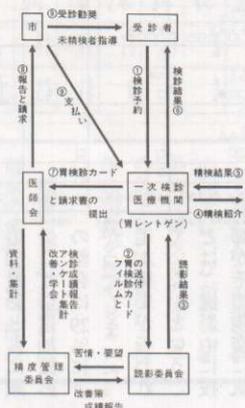
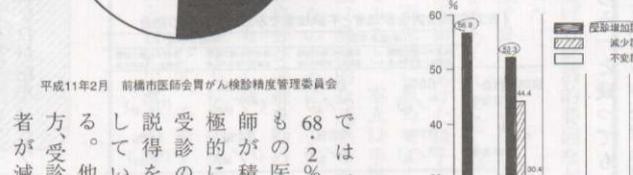


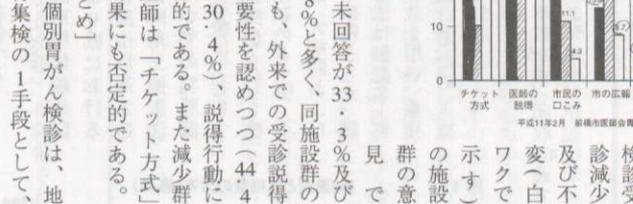
図2に前橋市医師会方式による胃がん個別検診の流れを示す。当検診の特徴は、一次検診医が検診の全過程に参与し、受診勧奨から、レントゲン撮影、一次読影、二次読影会同席、検診結果の説明、通知義務、内視鏡精検の勧奨義務として事後調査への協力等を行うことである。もう一つの特徴は、要精

図2に前橋市医師会方式による胃がん個別検診の流れを示す。当検診の特徴は、一次検診医が検診の全過程に参与し、受診勧奨から、レントゲン撮影、一次読影、二次読影会同席、検診結果の説明、通知義務、内視鏡精検の勧奨義務として事後調査への協力等を行うことである。もう一つの特徴は、要精

検診受診者数が増加したか否かを問う調査 (前橋市胃がん個別検診122検診医療機関調査)



検診受診者数増加の原因を問う調査 (前橋市胃がん個別検診122検診医療機関調査)



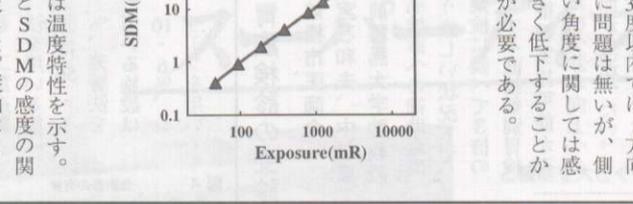
医師が外来で受診勧奨を行うか否かの調査 (前橋市胃がん個別検診122検診医療機関調査)

回答率	70.5%
医師が積極的に受診勧奨	68.2%
積極的に	22.2%
消極的に	50%
積極的に	56.6%
消極的に	13%
未回答	15.9%
未回答	21.8%
未回答	30.4%

スクインドーズモニター (SDM) の測定精度を高めるための調査

【目的】  
スクインドーズモニター (SDM) を用いた上部消化管検査の被曝線量の測定。城西放射線技師専門学校、中谷儀一郎、小川互、大槻清孝、千田孝之、花谷亮、東松山市立市民病院、工藤安幸、山崎由紀敏、荻元孝、小島精一、東京電子専門学校、星名利文。

スクインドーズモニター (SDM) の測定精度を高めるための調査



スクインドーズモニター (SDM) の測定精度を高めるための調査

【結果】  
1. SDMの特性について  
SDM本体部、クリスタルセンサーおよび光ファイバー部、校正用テストボックス部より校正されている。図1-2は線量特性を示す。縦軸はSDMの吸収線量 (mGy)、横軸は基準線量計の照射線量 (mR) である。結果は良好な直線性が得られた。図1-3は線量率依存性を示す。図1-6は温度特性を示す。気温とSDMの感度の関係を測定した。縦軸はSDMの感度、横軸は気温 (°C) である。気温23度〜33度の間の平均線量率は、線量率に高

スクインドーズモニター (SDM) の測定精度を高めるための調査

車集検を補完して受診率向上に寄与する。  
4. 多数の1次検診医が、積極的に受診勧奨することにより、受診率が向上することは個別検診の特徴である。

スクインドーズモニター (SDM) の測定精度を高めるための調査

度管理を要する。  
度管理を要する。  
度管理を要する。

個別検診 直接撮影方法、体位及び枚数

1. 腹臥位二重造影正面	逆傾斜30°~45°	4つ切り1枚
2. 食道立位二重造影	第1斜位、第2斜位	4つ切り2分割1枚
3. 腹臥位二重造影正面	水平位	4つ切り1枚
4. 背臥位二重造影正面	水平位	4つ切り1枚
5. 背臥位二重造影	第1斜位、第2斜位	4つ切り2分割1枚
6. 半立位二重造影第2斜位	立位45°~60°	4つ切り2分割1枚
7. 立位充盈像第1斜位	立位	4つ切り1枚
8. 立位充盈像正面	立位	4つ切り1枚
9. 立位充盈像	立位 (主に前庭部及び十二指腸球部)	4分割4つ切り1枚

調査  
前橋市医師会精管理委員会が、平成10年11月に行った受診状況についてのアンケート調査では、1次検診施設122に対して調査票を配付し、86施設より回答があり、回答率70.5%である。調査結果は、図3の円グラフに示すように、各1次検診施設で

少していると答えた施設群では、受診勧奨には50%もの医師が積極的である。胃検診に携わる1次検診医の積極的姿勢が、受診率向上に結びつく個別検診の特徴を示す。どんな受診勧奨方法が、受診率向上に役立っているのかを1次検診医に問う調査結果を、図5に示す。黒で示した意検診受診増加の施設群の医

【方法】  
最初に、SDMの諸特性を求め、上部消化管検査の入射面積算皮膚線量 (以下被曝線量と略す) の測定精度を求めた。

【結果】  
1. SDMの特性について  
SDM本体部、クリスタルセンサーおよび光ファイバー部、校正用テストボックス部より校正されている。図1-2は線量特性を示す。縦軸はSDMの吸収線量 (mGy)、横軸は基準線量計の照射線量 (mR) である。結果は良好な直線性が得られた。図1-3は線量率依存性を示す。図1-6は温度特性を示す。気温とSDMの感度の関係を測定した。縦軸はSDMの感度、横軸は気温 (°C) である。気温23度〜33度の間の平均線量率は、線量率に高

検出部クリスタルセンサーを中心に、ケーブルを軸方向に回転させて感度を測定した。また検出器から伸びるケーブルを中心に回転させて感度を測定した。両方向とも正面0度、背面180度からそれぞれプラスマイナス30度以内では、方向依存性には問題はないが、側面に近い角度に関しては感度が大きく低下することから補正が必要である。

検出部クリスタルセンサーを中心に、ケーブルを軸方向に回転させて感度を測定した。また検出器から伸びるケーブルを中心に回転させて感度を測定した。両方向とも正面0度、背面180度からそれぞれプラスマイナス30度以内では、方向依存性には問題はないが、側面に近い角度に関しては感度が大きく低下することから補正が必要である。

検出部クリスタルセンサーを中心に、ケーブルを軸方向に回転させて感度を測定した。また検出器から伸びるケーブルを中心に回転させて感度を測定した。両方向とも正面0度、背面180度からそれぞれプラスマイナス30度以内では、方向依存性には問題はないが、側面に近い角度に関しては感度が大きく低下することから補正が必要である。

検出部クリスタルセンサーを中心に、ケーブルを軸方向に回転させて感度を測定した。また検出器から伸びるケーブルを中心に回転させて感度を測定した。両方向とも正面0度、背面180度からそれぞれプラスマイナス30度以内では、方向依存性には問題はないが、側面に近い角度に関しては感度が大きく低下することから補正が必要である。

スクインドーズモニター (SDM) の測定精度を高めるための調査

度管理を要する。  
度管理を要する。  
度管理を要する。

高鮮鋭画像で豊富な診断情報を提供する  
コダックX線フィルム

様々な診断現場で、高品質な画像を提供します。

間接撮影用フィルム PFHフィルム  
直接撮影用オルソフィルム インサイト951/953フィルム

HEALTH IMAGING DIVISION  
コダック株式会社 ヘルスメージング事業部 Tel. (03) 5644-5160  
〒103-8540 中央区日本橋小網町6-1 山万ビル [ホームページ http://www.kodak.co.jp/hi]

Touching Your Heart  
感・動・創・造  
Konica

「高画質化への挑戦」  
新間接ロールフィルム・3タイプ

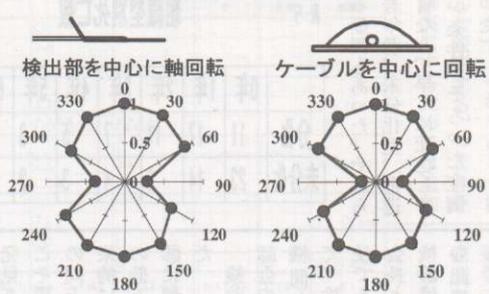
滑らかで奥ゆきのある  
ディテール描写力、  
識別性の高い視やすい  
診断画像を提供します。

■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

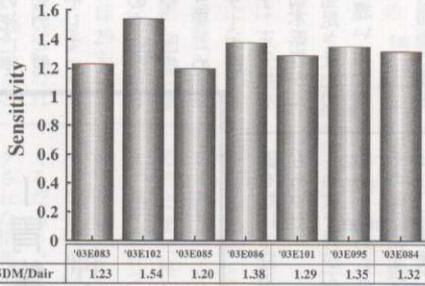
コニカ間接撮影用フィルム HX/ME/ME-P  
東用第0370号

コニカ株式会社 メディカルイメージング事業部  
163-0512 東京都新宿区西新宿1-26-2

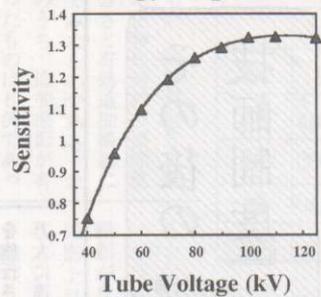
Directional Dependence



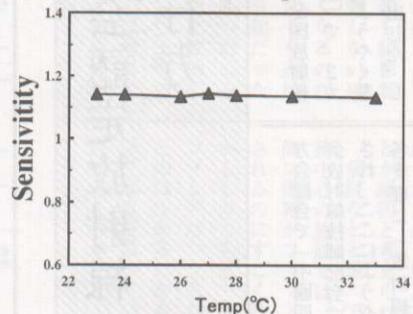
Detectors



Energy Dependency



Temperature Dependence



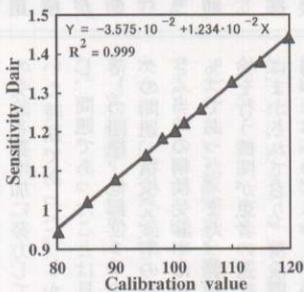
合にはクリスタルセンサーに  
ごに基準照射などの補正  
が必要である。  
図18はキャリブレーション  
特性を示す。  
校正用テキストボックス  
によるキャリブレーション  
値とSDMの空気吸収線  
量に対する感度の関係を  
測定した。縦軸はSDMの  
空気吸収線量に対する感  
度、横軸はキャリブレー  
ションあたりの感度。相関

シリアルナンバーである。  
平均感度1.33、相対誤差  
約8%となった。センサ  
によりばらつきが見られ  
るので、精度を要求され

均感度は1.14、相対誤差  
は0.4%となった。感度  
は常温において気温に影  
響されないことが判明し  
た。図17はクリスタルセ  
ンサーの個体差を示す。  
縦軸はSDMの空気吸収  
線量に対する感度、横軸  
はそれぞれ7個のSDM検  
出部クリスタルセンサーの

本機本体に  
光ファイ  
バーおよびクリ  
スタルセンサー  
にエックス線照  
射した。SDM本  
機にエックス線  
照射した場合の  
値は、クリスタ  
ルセンサーに照  
射した場合の値  
よりも30~100  
%増加している。  
このことからSD  
M本体に対する  
エックス線照射は

Calibration Characteristics of SDM



本機本体に  
光ファイ  
バーおよびクリ  
スタルセンサー  
にエックス線照  
射した。SDM本  
機にエックス線  
照射した場合の  
値は、クリスタ  
ルセンサーに照  
射した場合の値  
よりも30~100  
%増加している。  
このことからSD  
M本体に対する  
エックス線照射は

補正された被曝線量の表  
示が可能となる。  
図19は直接線の影響を示  
す。

できる。このた  
めリアルタイム  
検査における被曝線量を  
ファントム上およびルーチ  
ン検査時についてSDM、  
mdh線量計、TDLを用  
いて測定  
した。図10

考慮に入れて、上部消化管  
検査における被曝線量を  
ファントム上およびルーチ  
ン検査時についてSDM、  
mdh線量計、TDLを用  
いて測定  
した。図10

係数R2は0.999とな  
り極めて高い直線性が得ら  
れた。あらかじめキャリブ  
レーション値を調整するこ  
とによりSDMの感度補正  
が可能と  
なり、正し  
い測定値  
を表示す  
ることが

大きな誤差要因となるため  
避ける必要がある。また透  
視下など避けられない場合  
には鉛などで本体部分を遮  
蔽する必要がある。

しい値を示した。ルーチン  
検査時のSDMの装着は、  
十分に固定するためやや動き  
にくい点があったが十分に  
検査可能であった。また、  
SDMはX線画像上読影を  
行なう上で障害とならな  
かった。

平成11年度から8年度ま  
に分けてみると、60代での  
死亡が最も多くなり、70代  
も多くなり、70代・50代・40  
代の順となつた。  
次に表2の  
ように男女別  
で発見後の生  
存期間を示す。  
男女とも1年  
以内での死亡  
が35%、生存2  
年での死亡が

表1 年代別死亡数 (127症例)

	30代	40代	50代	60代	70代	80代
男	0	6	14	28	22	4
女	2	12	7	16	15	1
計	2	18	21	44	37	5

表4 深達度別死亡数

	0年	1年	2年	3年	4年	5年
m	2	1	4	0	3	0
sm	0	1	0	0	2	1
mp	2	4	2	1	0	1
ss	1	8	4	4	0	0
se	6	6	2	0	0	0
si	13	7	4	4	1	1

検査中・終了時の患者の  
被曝線量をリアルタイムに  
測定することができる。

比較してセンサ部分が画像の  
測定することができる。

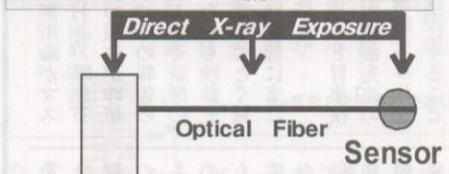
平成11年度から8年度ま  
に分けてみると、60代での  
死亡が最も多くなり、70代  
も多くなり、70代・50代・40  
代の順となつた。  
次に表2の  
ように男女別  
で発見後の生  
存期間を示す。  
男女とも1年  
以内での死亡  
が35%、生存2  
年での死亡が

表3 年代別死亡数

	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年
30代	1	0	1					
40代	7	3	4	4				
50代	10	6	1	3	0	1		
60代	13	11	12	2	2	3	0	1
70代	12	12	5	3	4	1		
80代	2	3						

Each part of measurement value (mGy)

	80kV	100kV	125kV
透視時間	13.1	26.8	49.4
TLD	0.0	0.0	0.0
SDM	10.5	16.7	24.7



ルーチン検査時の入射表面線量

	透視時間 (sec)	TLD	SDM
被験者 A	181	40.65	40.59
被験者 B	193	34.06	34.62
被験者 C	171	35.11	34.54

【撮影:12枚, 25曝射】(単位:mGy)

ルーチン検査時の患者被曝  
線量の測定結果を示す。  
SDMとTDLはほぼ等  
しい値を示した。

センサは個体差が大き  
いため基準照射が必要であ  
る。

図11は  
ファント  
ム実験上  
の透視体  
位による  
被曝線量  
の測定結  
果を示す。  
線量計に  
比較して  
-5%、TDL  
とほぼ同  
じ値を示  
した。

撮影体位による入射表面線量

撮影体位 測定方法	仰臥位	RAO30°	LAO30°	腹臥位	左半臥位	立位	平均誤差
mdh線量計	1.14	1.63	1.59	1.95	2.53	1.24	基準値
TLD	1.12	1.54	1.44	1.96	2.26	1.04	-7%
SDM	1.10	1.51	1.54	2.06	2.28	1.03	-6%

パリゲンHD 200(W/V%) 単位(mGy/film)

透視体位による入射表面線量率

透視体位 測定方法	仰臥位	RAO30°	LAO30°	腹臥位	左半臥位	立位	平均誤差
mdh線量計	9.94	15.14	15.27	20.94	21.56	11.09	基準値
TLD	10.19	15.25	15.38	18.40	19.42	9.74	-6%
SDM	10.42	15.42	15.29	17.52	20.42	10.25	-5%

パリゲンHD 200(W/V%) 単位(mGy/min)

80%以上など、数では男性  
が多いが割合にするとも性別  
の差はないことがわかつ  
た。

表2 男女別死亡数

	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年
男	26	18	16	6	3	4	0	1
女	19	17	7	6	3	1		

**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)
- 検査スループットが向上する、オートリターン機構を採用
- 高解像度、アドバンス・スーパー・メタルLi組合せ
- 電動ショルダレスト (オプション) により検査効率がさらに向上

透視撮影台  
**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 〒113-8456 TEL 03 (3818) 2043 (X線営業部)

**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-FA」。  
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。

富士メディカルイメージングフィルム  
**MI-FG**  
(間接撮影用)

画質を重視した標準感度の消化管集団検診用フィルムです。  
1:1スポットカメラ用としてご使用いただけます。

- 超高画質  
新SiLiC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描出できます。
- 最適階調設計  
消化管集団検診用に、二重造影像から充盈像まで広い濃度領域をバランスよく描出する最適階調設計で診断しやすい画像が得られます。  
薬事許可番号(特用)第0006号
- 安定した処理性  
新SiLiC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

富士写真フイルム株式会社 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丸森ビル 〒101 ☎東京(03)3545-3311(代)





消化器集団検診学会関東甲信越地方会

### 「超音波部会」入会のご案内

超音波部会 代表世話人  
小野良樹(日本大学第3内科)

1. 消化器集団検診学会  
関東甲信越地方会とは  
a. 消化器集団検診の向上、発展をはかることを目的とした学会です。  
b. 東京・神奈川・千葉・埼玉・茨城・栃木・群馬・山梨・長野・新潟1都9県の消化器集団検診関係者が会員になっています。  
c. 年2回学術集会在が開催されます。年4回機関紙が発刊されます。  
d. 代表世話人：市川平三郎(国立がんセンター中央病院名誉院長)

2. 超音波部会とは  
a. 関東甲信越地方会の部会組織です。  
b. 超音波検診の精度管理、教育を目的とした部会です。  
c. 超音波検診に関する学術集会、セミナーなどを開催します。  
d. 会員は関東甲信越地方会の超音波部会に賛同する個人会員とします。

3. 入会手続き  
☆関東甲信越地方会の個人会員になって下さい。  
①臨床検査技師  
関東甲信越地方会の入会手続きをしますと、自動的に超音波部会の会員に登録されます。

②診療放射線技師  
関東甲信越地方会の入会手続きの際、超音波部会入会希望と明記して下さい。  
放射線部会、超音波部会の両部会の会員に登録されます。  
③医師、保健婦、看護婦  
関東甲信越地方会の入会手続きの際、超音波部会入会希望と明記して下さい。

④その他本部会に賛同される方  
関東甲信越地方会の入会手続きの際、超音波部会入会希望と明記して下さい。  
超音波部会の会員に登録されます。  
4. 入会費、会費の納入先  
☆関東甲信越地方会入会届用紙に記入し、下記地方会事務局まで郵送して下さい。  
〒170-0001  
東京都豊島区西巣鴨1-9-3 井合ビル  
日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会(TEL: 03-3915-6179)  
☆会費(地方会々費・年額4,000円) ※超音波部会々費は徴収しません。  
左記の方法で納入して下さい。  
①郵便振替: 00160-3-134589  
日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会  
東甲信越地方会  
②銀行振込: 第一勧業銀行有楽町支店 普通預金口座番号006-1297553  
日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 市川平三郎

③現金書留: 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 事務局宛て  
(問合せ先) 大波 忠(東京都設計事務所健康保険組合) TEL 03-3404-6811  
山田清勝(関東中央病院画像診断科) TEL 03-3429-1171

### 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 超音波部会会則 (案)

#### 第1章 総則

第1条 本部会は日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会と称す。  
第2条 本部会の事務局は関東中央病院画像診断科に置く。  
第3条 本部会は腹部超音波検診に携わる検査担当者の教育育成を行い、精度の向上と超音波検診のさらなる発展を目的とする。

第4条 本部会はその目的を達成するために、次の事業を行う。  
1. 学術集会、学術講演会、研修会等の開催  
2. その他本部会の目的を達成するために必要な事業

#### 第2章 目的および事業

第3条 本部会は腹部超音波検診に携わる検査担当者の教育育成を行い、精度の向上と超音波検診のさらなる発展を目的とする。  
第4条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第5条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第6条 本部会には次表の役員を置く。  
第7条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。

第8条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第9条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第10条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第11条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第12条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第13条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第14条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第15条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第16条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第17条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第18条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第19条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第20条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第21条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第22条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第23条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第24条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第25条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第26条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第27条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第28条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第29条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第30条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第31条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第32条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第33条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第34条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第35条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第36条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第37条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第38条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第39条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第40条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第41条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第42条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第43条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第44条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第45条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第46条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第47条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第48条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第49条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第50条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第51条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第52条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第53条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第54条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第55条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第56条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第57条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第58条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第59条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第60条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第61条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第62条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第63条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第64条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第65条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第66条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第67条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第68条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第69条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第70条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第71条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第72条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第73条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第74条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第75条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第76条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第77条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第78条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第79条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第80条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第81条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第82条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第83条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第84条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第85条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第86条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第87条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第88条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第89条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第90条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第91条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第92条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第93条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第94条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第95条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第96条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第97条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第98条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第99条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第100条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第101条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第102条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第103条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第104条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第105条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第106条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第107条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第108条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第109条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第110条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第111条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第112条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第113条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第114条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第115条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第116条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第117条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第118条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第119条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第120条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第121条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第122条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第123条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第124条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第125条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第126条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第127条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第128条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第129条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第130条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第131条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第132条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第133条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第134条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第135条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第136条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第137条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第138条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第139条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第140条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第141条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第142条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第143条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第144条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第145条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

第146条 本部会には役員は再任を妨げない。  
第147条 本部会には常任世話人を2名、常任世話人を若干名を選出し、その任期は2年とする。  
第148条 常任世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における一切の業務を遂行する。  
第149条 代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第150条 副代表世話人は世話人の互選により選出し、その任期は2年とし、代表世話人を補佐して、当該期間における世話人の取りまとめを行う。  
第151条 監事は世話人の互選により選出し、その任期は2年とする。  
第152条 本部会には世話人の議決を経て顧問を置くことが出来る。  
第153条 部会選出地方会各委員は世話人会で推薦し、地方会常任世話人の承認で決定され任期その他は地方会会則による。  
第154条 本部会の役員は再任を妨げない。  
第155条 本部会の運営をはかるため、次の委員会を置く。  
第156条 各委員会には委員長、委員を選出し、任期は2年とする。  
第157条 常任世話人は定期的に開催し、会の運営を審議する。  
第158条 世話人は年1回以上開催し、次の事項を審議する。  
1. 事業計画および報告  
2. 予算および財務報告  
3. 学術集会の会長の選出  
4. 会則の変更  
5. 世話人に関する事項  
6. その他必要と認める事項  
第159条 総会は学術集会開催の時に開かれ、代表世話人は世話人の決定事項を報告し、その承認を受けなければならぬ。  
第160条 総会は代表世話人が召集する。総会の決議は出席部会員の過半数によるものとする。  
第161条 学術集会は毎年1回以上開催する。学術集会の会長は世話人会の決議により、代表世話人が委嘱する。  
第162条 本部会の発展、学術的業績について特に優れた者を、別途の規約により表彰する。  
第163条 本部会の経費は地方会超音波部会費、寄付金等をもって支弁する。  
第164条 本部会の会計年度は4月1日より翌年3月31日までとする。  
第165条 本部会は平成 年 月 日から施行する。

### 編集後記

新に150名以上の個人会員が入会した超音波部会の、小野・大波両委員が加わった企画調整委員会は、久しぶりに地方会活動具体化の方向が見えた。  
「戦術」とは大きな観点から、戦略とは一つをどうするか。若者にしては珍しい論旨と耳を傾けたが、「例えば野村監督が『戦術』の『戦』は『野球』程度なのかと、その『気字』にがっかりしたが、これでも日本国では水準以上のものだろう。  
どちらも「サッチャー」だと思つて、英国のお方を気の毒がって、マスコミが世論操作に使つてたのは「サッチャー」だそうだが、国民は恐ろされている間に、日米ガイドライン法案が国会で成立してしまつた。「サッチャー」の役割は終つた。(佐藤)

わたつたのだが、これからの戦争で医療施設も医療人もどんな目に遭うのか、法案の身を国民ほとんどは知らない。「戦争」それは「何時の日」のことだが、「介護保険」は目前にきている。地域で患者さんと直接している開業医の方は、本質をつかんでいるが、われわれはどれほど自分のこととしていられるだろうか。  
「他人のことは他人のこと」という思想は、日本国に充滿し我々も巻き込まれ、総理大臣以下「植民地国民」になり下がった感が深い。今生きている国民の60%は知らない遙か昔の「独立国民の気字」は、今の日本国には片鱗もない。その「介護保険」の原稿も掲載できなかった。編集委員会が足立区の「ペパシノゲン法がん検診」について、是非、区衛生部長にお考えを聞こうと依頼したが、だがそれも無理だった。(佐藤)

わたつたのだが、これからの戦争で医療施設も医療人もどんな目に遭うのか、法案の身を国民ほとんどは知らない。「戦争」それは「何時の日」のことだが、「介護保険」は目前にきている。地域で患者さんと直接している開業医の方は、本質をつかんでいるが、われわれはどれほど自分のこととしていられるだろうか。  
「他人のことは他人のこと」という思想は、日本国に充滿し我々も巻き込まれ、総理大臣以下「植民地国民」になり下がった感が深い。今生きている国民の60%は知らない遙か昔の「独立国民の気字」は、今の日本国には片鱗もない。その「介護保険」の原稿も掲載できなかった。編集委員会が足立区の「ペパシノゲン法がん検診」について、是非、区衛生部長にお考えを聞こうと依頼したが、だがそれも無理だった。(佐藤)

### 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 學
- 茨城県総合健康協会 追田 正文
- 千葉県対がん協会 高田 貞市
- 調布市役所 小林 ユキ子
- 癌研附属病院 米倉 福男
- 荒川保健所予防課 竹林 章子
- 神奈川県予防医学協会 鈴木 信吾
- 霞ヶ浦成人病研究事業団 安掛 武一

【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。

指定医薬品 薬価基準収載

# ムコスタ錠 100

Mucosta tablets レバミピド錠

製造発売元 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司町2-9 東京都千代田区神田司町2-2  
大塚製薬 神田第2ビル (98.12作成)

## がん、病気、ケガとMAXで闘う。

頑張るあなたに、心強いエールをおくる保険。それはアメリカンファミリーの健康応援MAXです。いちばん心配ながんの保障はもちろん、割安な保険料で病気・ケガまでまとめて保障。いざという時にいっしょに全力で闘う、頼りになる保険です。

健康応援MAX	
がんの保障	【スーパーがん保障】10歳 保障期間: 終身
診断給付金	一時金として 100万円
入院給付金	1日につき 1万5千円 1ヵ月(30日)の場合 45万円
在宅療養給付金	1通院につき(通院時に) 20万円
通院給付金	1日につき 5千円
死亡保険金	150万円
●家族ぐるみのご契約もできます。 ※診断給付金・通院給付金・死亡保険金については、支払事由発生時の年齢が満65歳以上の場合はそれぞれ半額になります。	
+	
病気・ケガの保障 【特約MAX】 保障期間: 10年	
保障内容	
「がん」以外で入院されたとき	疾病(災害)入院初期給付金 一時金として 2万円
「がん」以外で入院されたとき	疾病(災害)入院給付金 1日につき 5千円
手術されたとき	手術給付金 1回につき(手術の種類により) 5・10・20万円
●保障は自動更新により90歳まで継続いただけます。 ※疾病(災害)入院給付金は、主契約の入院給付金が支払われる日は、お支払いの対象とはなりません。	

〈引受保険会社〉 あなたがしっかり考えて選ぶ保険会社でありたい。——  
AFLAC アメリカンファミリー生命  
〒163-0456 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル ☎03-3344-2701(代表)