

消化器検診 Newsletter

【日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会機関紙】

No. 65

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 タカビル4F
 TEL・FAX / 03-5652-5321
 発行：関東甲信越地方会
 発行責任者：丸山 雅一

1部頒布定価1,000円 [〒共]

放射線部会座談会

前関東甲信越地方会放射線部会代表世話人 神奈川県労働衛生福祉協会部長 石渡良徳
 現関東甲信越地方会放射線部会代表世話人 日本健康倶楽部千葉支部技師長 山岸忠好
 現日本消化器画像診断情報研究会会長 慶應大学病院放射線技術室 都築史郎
 司会：前関東甲信越地方会放射線部会事務局長 前城西放射線技術専門学校 大槻清孝

司会：本日はお忙しい中を「放射線部会座談会」にご出席頂きましてありがとうございます。早速ですが、全国的に胃X線検査が減少している中で放射線技師は何をなすべきか、また同時に「胃がん検診専門技師」が誕生しましたがその役割はどうするのか、教育制度の方法はどうするのか、など今、胃集検の現場には問題が山積しております。関東甲信越の放射線部会ではこれらの問題を取り上げ世話人会で論議を重ねて参りました、本日は我々の周りを取り巻く諸問題について今まで放射線部会の代表をして来た石渡氏と、それを引き継いだ新代表の山岸氏に、そして全国の技師に関与している都築会長において頂き、忌憚のないお話を伺いたいと思います。

司会を務めさせていただきます大槻です、よろしくお願いたします。それでは早速お三方に自己紹介を頂き進めてゆきたいと思います。



大槻 清孝

石渡：(財)神奈川県労働衛生福祉協会が神奈川県知事の認可を受けた施設で昭和40年から勤務しております石渡で御座います。スタッフは200人で、放射線技師は嘱託を入れて19人です。22台の検診車のうち、胃部が10台で7万人ほど行っております。施設には、CT、マンモ、の他に胃の透視台が5台ありフル活動です。放射線部会への関与は、この3月で代表世話人の任期が終りホッとしているところです。

山岸：私の施設は石渡前代表の10分の1程度ですが職員数は36名おり放射線技師は3名です。年間胃部で12,000名胸部で2万名ほどの検診を実施している施設です。職場は全体的に和が良好で全員和気藹々として仕事に取り組んでいる施設として自負しております。この4

月から放射線部会の代表世話人に選任されました。

都築：私は慶應義塾大学病院で消化管撮影を担当しています。

慶應大学病院は技師が62名、検査技師4名でエコー、MRIを含む放射線検査業務を行っていて、消化管撮影は3台の専用撮影装置を使用して、一日約40名ほどの上部、下部消化管検査を行っています。私は、放射線診断科6ヶ月研修医と一緒に下部消化管検査を主に担当しています。

また、現在、全国消化器画像診断情報研究会の会長を勤めていまして、今回はその会長としての立場でこの座談会に参加させて頂いています。

司会：現在までの放射線部会の活動内容と組織運営などについてと今後のあり方について伺います。

石渡：平成9年4月に放射線部会の三代目代表世話人を仰せつかってから三期6年間を世話人各位の協力を得て、この3月末を持ちまして無事任期を終了することができました。この場をお借り致しまして関係各位に御礼申し上げます。在任中は月1



石渡 良徳

回の世界人会を定例化し、事業計画に添って学術総会、造影技術研修会、各種委員会を開催して参りました。重責ある代表世話人を引き受けたとき、胃がん検診のために何か目標とするものはないか、と思っていたところ、平成2年に第23回放射線部会総会をお引き受けするに当たり、メインテーマとして「なぜ認定技師が必要か」を掲げ、多数の参加者と討論した経験から、画質を向上させるためには何としても胃がん検診の高度な技術を備えた「認定技師」を誕生させたい、と願って参りました。幸い、関東甲信越で「認定制度」確立

に向けて作業することになり、その後日本消化器集団検診学会で取り上げられ、その委員の一員として作業に参加し「認定制度」の確立を見届けて参りました。第一回目の認定試験を平成13年度に行い899名の合格者を出し、翌年の第二回には190名が合格し1,089名の「胃がん検診専門技師」が胃がん検診の場で活躍していることは喜ばしい限りです。また、この第23回放射線部会総会で初めての「市川平三郎賞」の授与式が行われたことも記念すべきことであり、現在も放射線部会総会の場で最優秀技術賞と共に貢献した技師に対して表彰して参りました。次に、毎年行っている「消化管造影技術研修会」は毎回80名を下らない受講生を確保し、この2月には第25回を終了し、延べ2,175名の卒業生となりました。全国を掘り下げた募集方法がポイントであり、研修委員等の地味な活動が功を奏した結果だと思えます。

昭和47年に放射線技師部会が発足した当時は、X線写真の質的向上の必要性について論議し始められた時期でありました。当時の諸先輩達のご苦勞を基に、現在も継続的に世話人会が開催されており、徐々に世話人の数も増え、各県の会員の把握がようやくできる時代になって参りました。世話人はもっと活発な意見を出して、論議に参加することが必要ですし、一部の世話人のみの論議に終始するような世話人会では意味がありません。今後のあり方については、胃集検現場の問題点を掘り下げながら、全国をリードする関東甲信越の放射線部会はもっと大きな視野に立って胃集検を論じる必要を感じます。認定制度一つをとっても「これでいいのか!」「どうすれば胃集検を守る事ができるのか!」など現状を喝破するインパクトがほしいです。次期代表世話人には、全国の技師と一緒に胃集検の現状に対する危機を脱却するための方策と技師自体の意識高揚を目的に掲げ、関東の放射線部会をリードしていただければ、と願っております。

山岸：初代木村、2代齊藤、3代石渡そして4代を私が担当するわけですがこれらの皆さんの業績は偉大な

ものがあり、これらを認識して世話人会を開催して参りたいと考えております。ちなみに各方面から指摘を受けております放射線技師はまとまりがないと言われているがこれをまとめるよう世話人の皆様と努力して参りたいと思います。出る釘は少



山岸 忠好

し打ち新しい芽を育てて参りたい、第35回山梨総会においても申し述べたように歴史上の人物である秀吉の「鳴かせてみせよう時鳥」の精神で部会の事業を遂行して参りたい。放射線部会の会員760名と聞いておりますが多少、費用はかかりますが各県代表の世話人とのコミュニケーションを何らかの形で構築させたい。そして会員の意見を頂き部会運営に反映してゆきたい。運営面でも民主的に意見を遵守して副代表始めとして世話人の皆さんと検討して部会を発展させてゆきたいと考えています。

都築：「日消画研」創立にあたり、関東甲信越地方会放射線部会が大きな力を発揮されたことはご存知のとおりですが、今後、放射線部会の理想的な運営方法について考えたとき、地方会としての目的、役割を明確にする事が重要だと考えます。規約には、関東甲信越地方の消化器集団検診の向上発展を図るとあります。言い換えれば、救命できるがんの発見によって国民医療の発展に寄与することを目的にしていると思えます。もう一つは、全国の放射線技師の指導的立場にあることを自覚することが重要で、その意味では精度管理、撮影技術の向上を全国レベルで押し上げていく重要なことだと思います。



都築 史郎

先ほど石渡さんより認定技師の話がありましたが、これからは医師に代わり放射線技師が消化管撮影技術を身に付けるということですが、全体の放射線技師の状況をみると、真剣にやろうとする技師、適当にやろうとする技師が存在するという弱点

目次

放射線部会座談会.....1

視点・がんの「早期発見」
—— 奇怪なる四文字熟語の謎12

リレー随筆

- ・13年目のC型肝炎と肝臓がん検診、
 集団検診の必要性/原 久弥.....13
- ・写真の思い出/佐藤 一雄.....13
- ・甲州人について/花形 悦秀.....14
- ・「3月20日沖縄にいて」/玉置扶美代.....15

第63回日本消化器集団検診学会
 関東甲信越地方会大会17

地域胃がん検診における間接X線法とペプシノゲン法の
 効果的な組み合わせについての検討18

施設紹介20

65号 掲示板.....21

山岸忠好氏放射線部会代表世話人に就任22

平成15年度 胃がん検診専門技師認定試験のご案内23

第9回 市川杯24

第35回 放射線部会総会を終えて24

「初心者のための腹部超音波実技講習会」
 に参加させていただいて25

珍説の再登場と「文藝春秋」の無責任26

編集後記28

がある様に思います。この現状をどうするかが当面の課題だと思います。

司会: 最近技術集団の一本化について言及されております。第35回山梨学会においても話題にのぼり出る釘は打たれるという言葉もあり、いろいろな意見もあるがどのようにすれば良いでしょうか。

石渡: 任期中に日本消化器集団検診学会の部会委員会に席を置いていた関係で全国の技師の実態をかいま見ることが出来ました。全国は地域差によるところがあり、関東のように自由な発想や実行がなかなか進まない実情があるように聞こえてきます。例えば、関東では同じ志や目的で胃集検に向かっている医師と同等の論議をすることが出来ますが、地方によっては意見を出すことすら出来ないところがある、と聞かされたことがあります。高濃度バリウムを使用することによって画質は向上することはわかっている、医師の協力が得られず相変わらずゾルを使用せざるを得ないとか、勉強会は医師と技師が別々に行っているとか、いわゆる封建的な要素がまだ見られる、とのことです。ですから、写真は技師が撮るが読影は医師のみで行われるため、写真は撮りっぱなしで終わってしまう、状況があったそうです。学会の方針が行き渡ったせい、徐々に解決されてきているようですが、地域の努力も勿論ですが学会を通じて胃がん検診に携わる全国の技師の組織を一本化することが急務でしょう。そこで例えば、認定制度を一つの刺激材料として胃集検に携わる技師の目的を明らかにすることです。携わる技師は少なくとも学会の会員に登録する姿勢は最低限必要ではないですか。そして、「胃がん検診の写真は認定技師が撮った方が良い!」「認定技師が撮るべきだ!」と認定技師の良い画像を示しながら実績を重ねて行く必要があると感じます。

司会: 現状を脱却するために、組織の拡充と組織の一本化と言うことは大切なことであり各県の消化管に従事している放射線技師の把握が地方会の放射線部会に課せられた重要な任務である。これについて山岸代表はどう思われるか。

山岸: 大変困難な課題であります。部会員に於いても我、関知せずでなく多に関心を持つて頂きたい。1都9県の中に優秀な埋もれた放射線技師も居られると思うのでその人々に協力を得て、1機関から1人を原則に絞り若い優秀な人々に世話人として協力をお願いしてまとめてゆきたい。各県から草の根を分けて探すことによって世話人会を構成したい。

司会: 新代表は若い優秀な世話人を捜すことによって組織の拡充と組織の統一とのことですが都築さんいかがですか。

都築: 「日消画研」では、胃集検はもちろん、消化管撮影に携わる放射線技師の全国組織として活動を続けています。主な活動は、年1回の学術大会の開催と年2

回の会誌の発行、5年に1度の全国胃集検等精度管理実態調査等を行っています。

今年、青森で開催しました、当初2~300名程度集まれば良いと考えていましたが、いざ蓋を開けると450名の参加で大成功に終わることが出来ました。この傾向は、青森だけでなくどの地域で開催しても集まるという傾向があります、もちろん実行委員の絶大な努力があってのことですが、大阪600、名古屋700、倉敷600、宮崎550、札幌468、富山420、まだまだこのエネルギーは捨てたものじゃないし、「早期がんを発見する喜び」この感動がある限り、エネルギーは消滅しないと思っています。組織会員が減少するのはむしろ私たちの組織を運営する方に問題があるのではないかと考えています。先ほど山岸さんが言っていたように、会員の隅々まで連絡が行かないのではないかと発言がありましたが、そのとおりでと思います。全国各地にいる消化管撮影に携わる技師が、「もっとうまく撮影したい、勉強したい」と思い、考え、悩んでいる若い技師に私たちの方から近づいていかなければいけないと考えています。各地方単位で行われている小さな勉強会や研究会組織、これを大切にして、裾野の広い活動を展開していきたいと考えています。組織の統一ということ言えば、一つの特徴的なことがあります。社団法人日本放射線技師会消化管画像研究会が大阪の小川氏らによって立ち上がりました。消化管撮影技師の全国組織としてはこの別々の2つの組織となり、一方は法人格を持つ組織、もう一方はただの研究会組織です。

現在、消化管撮影をしている技師は非常に矛盾を抱えています。技師法違反だとか、医師法違反だとか医療行為の解釈をめぐる多くの矛盾を抱え、医師会も厚生省も手を上げている消化管撮影分野での問題技師集団を日本放射線技師会はどういう観点でこの組織を立ち上げたのか伺ってみたいと思っています。

石渡: 永年、都築会長の組織が全国レベルで研究会を開催していることの現実を理解することが必要です。先ほど言いましたがこの関東甲信越地方会が指導的立場で論議することが大切であり議論百出する中でも、節度ある運営が必要ではないでしょうか。

司会: 放射線技師には向上心は十分あるが運営に問題があるのではないかの意見があったが、世話人でない部会会員への連絡をどのようにしたらいいですか。

山岸: 各県でもばらばらと言える。各県が組織され連絡網が確立することが重要である。組織は各県から独自で組織されることが民主的でありそれに努力する。

石渡: 3月の地方会常任世話人会で丸山代表より指摘されたことは各県でがん検診に従事している放射線技師は何人いてそのうち部会会員として登録している技師は何人いるのか。その中で認定技師は何人か、などの実態調査も必要であるし、未入会技師の入会促進を行うことも大切であります。

司会：組織の把握が大切である。山岸さんからの意見は組織として民主主義を守ることは大切なことであり独裁者にはならないということです。昔は親分子分の時代もあったと思うが賛成反対を明確に論議するためには民主主義を守るという山岸さんの意見に対してどう思いますか。

都築：民主主義も大切であるが多数の人々の組織を作り上げるためには指導力が必要でありどのように指導性を発揮するかが問われている。末端の意見を聞きながらどのように指導力を発揮するかである。

司会：今まで長い時間世話人会にお世話になりその間に感じていたことは数人の意見によって会議が決定されているかのような誤解を与え、他の世話人からの意見の不足を感じているものです。民主的にと望んでいる新代表は今後どんな運営をするのかお聞きしたい。

山岸：環境作りも一緒に考えてゆきたい。今までの世話人会と違った環境のもとに意見を集約し、今まで少々萎縮があったのではないかと感じています。もっとフリーダムに建設的な意見が欲しい。また私は指導性を発揮できる体制を実施する積もりです。

石渡：今の山岸さんの話にあった萎縮した世話人会にしてしまったのは前代表の私に責任があります、だから自分たちの県における実情についても表現出来なかったのかもしれない。もう少し自由に意見のでる世話人会が必要であったと反省しています。

山岸：萎縮して意見を述べる機会を失ってしまいますから。

司会：その少数の世話人の意見が正しいかのような錯覚に陥ることはマイナスな指向となる。意見交換の場である世話人会がマイナス指向のためあんな会なら欠席したいとの意見も生まれていたと聞く。指導性、連絡網、意見の交換、向上心、そして環境作りなどを会へフィードバックする考えで運営していただきたい。

次に話題を変えて胃がん検診専門技師制度について技術の向上そして質の向上などを総合して専門技師になってそのメリットとデメリットについてご意見をいただきたい。

山岸：各技術集団でも認定専門性が大切にされていると思う。国の認定でなくとも第三者機関の学会などの認定制度であるが。これによって給与面、環境面、格付面などが位置づけられてもよいのではないか。そのためには専門技師がどこから見てもなるほどと言った消化管画像を提供できることが必要であり中味のある専門認定技師でなければならない。

司会：技術を提供しながらそれに見合ったフィードバック体制が必要である。これは給与面や格付けの面なども含めての考えですね。

石渡：昭和58年に老健法が施行されてから胃がん検診への関心が高まり受診者数が急激に増えてきました。そのX線撮影の90%以上は放射線技師により行われて

きたことも事実です。しかし、当時のX線撮影に携わる技師の写真は決して質の高いものではありませんでした。胃がん発見のための精度管理よりも多人数を消化することに片寄った経営主義が先行したことも質向上をばむ大きな要因の一つでもあったことも事実です。また、病院を抜け出した技師がアルバイト的にできる簡単なものと勘違いし、多くの質は二の次に置かれていた時代でした。ですから、当時は本格的な撮影技術の教育方法も確立されていなく、ただ撮影するだけの時代であった印象が強いです。当時、私の協会の消化器診断部長だった故・窪田博吉先生が技師の意識改革をする、として「撮影は勿論、技師と共に読影し、そのフィルムを技師自らチェックすることを義務付けたところ、それが最大のモチベーションとなり写真の質が目に見えて向上し、更にはがん発見率が見事に上がった。これは胃集検に対する技師の意識改革が示した何ものでもない。」と第18回関東甲信越地方会放射線部会総会の教育講演で報告したことがあります。平成2年に第23回放射線技師部会長を仰せつかった機会に、私は「胃集検に携わる技師の意識改革をもって進めば画質も向上し、胃がん発見率も上がるのではないかと考えて、その頃「認定技師」が話題がされていたことを取り上げ、胃集検に真剣に取り組むことを前提に「なぜ認定技師は必要か」をメインテーマにしたのです。窪田先生に「学問的ではないが…」と相談したところ「必ず学問に通じるから…」と激励され段階を追った計画に取り掛かりました。600人集まった会場では「アルバイトの技師が撮った写真は写っていない!」「胃集検は軽視されている!」など現場の実態が暴露され、だから胃集検を真剣に考える「認定技師」が必要であると結論付け、関東甲信越地方会放射線部会で取り上げられ骨子案の作成に取り掛かりました。そして、市川平三郎代表世話人より窪田先生を検討委員長に指名し地方会に取り上げられるキッカケにもなったのです。やがて、平成4年9月10日に「胃がん検診専門技師認定制度規程(案)」の成案を得るに至ったのです。その後、認定するところが関東甲信越地方会から日本消化器集団検診学会になったとしても制度化され既に2回の認定試験が行われ「胃がん検診専門技師」が誕生しました。「専門技師になってもメリットが無い」と耳にしますが、現状では際立った特典はありませんが、職能団体の放射線技師として時代に対応したスキルアップを心掛けて社会的評価を得ることが大切ではないでしょうか。「専門技師」にはさらに腕を磨く技術指導の実習や指定講習会への参加義務などを加える、などの制度の過不足を見直す作業はこれから必要になって来ると思います。

司会：胃集検の専門認定技師を1,089名の放射線技師が取得したが、胃集検にどのように貢献すべきかについてご意見を下さい。

都築：専門技師制度はスタートしました。その制度が必要な理由は消化器造影検査技術を継承していかなければならないということであり、現在、指導して頂いている市川先生をはじめとしてみなさん高齢となり、若い医師の中に消化管撮影のX線診断学の専門家が非常に少なくなった、その意味でも放射線技師の専門認定技師への期待は大きいものがある。その意味を加えて考えると現在の専門認定技師は十分であったかについては少々疑問が残るのではないか。その様な意味でも現在の専門認定技師よりももう少しレベルの高いものが課題であると思う。千葉の造影研修会をみても勉強したいと受講するなど、高いレベルの専門性が望まれている。

石渡：自覚症状のない人たちから胃がんを見つける手段として検診や人間ドック等がありますが、これらの検診は年に一回受けるわけで、その時異常がなければ安心して次の年に受けることになります。もし、その時早期胃がんがあるのに発見出来なかった場合、一年後には進行癌になってしまう恐れは十分にあります。受診者はどの技師の技術が優秀なのか分からず胃がんの検診を受けるわけですから、携わる技師は高度の技術が必要となり、それが専門技師であるならばそれに相応しいプロとしての取り落としのない写真を撮らな

ければなりません。専門技師には今後更に高度な教育を課して、画質向上の実績を積み重ねて「胃がん検診のX線写真を撮る技師は専門技師が望ましい!」「専門技師が撮るべき!」と将来に向けて段階的に評価を得ることが大切です。そして、胃がん検診の有効性評価に示された「胃がん検診は検診受診を勧奨する証拠がかなりある」との現状の評価を「検診受診を勧奨する証拠が十分にある」と評価判定を。—bから。—aに訂正させることがこれからの専門技師の仕事であると思います。

司会：専門認定技師の環境について論議したのですが先ほどは格付けなどの意見もありましたが専門認定技師を取得したら放射線技師法の26条の出張検診とか医師の立会のもとになどについてクリアすべきとか厚生労働省の通達などで許容範囲の拡大解釈は出来ないものですか。

山岸：専門認定技師を取得して直ぐに国の機関がその能力を認めなさいというののもかなり難しい点があると思う。また少々我慢の時期であると思うが、徐々にではあるが段階を経てこの問題の解決ができるのではないかと。私ども以外にも問題のある職種はあると思う。

司会：要請書を厚生労働省に対して「日消集検学会」から「専門認定技師の取得した放射線技師のいる検診車」

HITACHI

ウィンドウズNT対応
高速プロセッサを搭載しWindowsNTを採用。
使い慣れたパソコン操作で、ストレスのない操作環境を提供。

I.I.-DRの先駆者・日立から、 進化の結実DR-2000X Clavis、堂々誕生。

'91年、X線画像診断装置のフィルムレス時代を先駆け、
2000本I.I.-DR DR-2000Hを
世界で初めて誕生させて以来、
常にDRシステムのパイオニアたる日立。
その長年培った技術とノウハウを駆使して、
今年、DR-2000X Clavis(クラヴィス)を誕生させました。
優れた操作性、高精細画像で、
21世紀の医療現場にその真価を発揮します。

- 400万画素マルチモードCCD
- 高速撮影
- 高速記録
- 並行処理
- コンパクトサイズ
- 自動階調表示処理
- ネットワークシステム

Clavis
Digital Radiography System



リアルタイムデジタルラジオグラフィ装置
DR-2000X

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 ☎(03)3292-8111(代表) URL <http://www.hitachi-medical.hbi.ne.jp>

に対する特例的な配慮の要請がほしいものと思うが。

山岸：その様な点は他の職種にもあると思うので協同した意味でその必要性を要請することも大切なことと思うが単独行動でない方がよいのではないかと。

都築：今回の専門認定技師が今までの技師よりレベルがアップしたことが認証されれば何らかの行動が必要とされる。果たしてその点まで言えるのかとのこともあり、その検証も必要となるものと考えられる。

石渡：専門認定技師の撮影したX線画像から多くの胃がんが発見され、しかも死亡率減少の変化が表れたという検証をしながら評価を高め初めて技師の社会的評価も向上してくることになるでしょう。

司会：このようなことは学会や研究会に専門認定技師の発見胃がんと非専門認定技師との比較があればアピールの価値が違うのではないかと。非常に困難な問題であるが給与体系にも影響するものと思うのでそれに関してはどのように行われているのか。

石渡：現在では目に見えて実現していないが、私のところではこの認定受験料5,000円と認定料20,000円を施設から出しました。新潟の原先生は当時その様な努力をすれば必ず結果としてついてくるものがある、先にその様なことを言うから技師の資質を疑問視されるのであると言われたことがありました。

都築：神奈川の石渡さんのところでその様に費用弁償をしてくれたことは非常に重要であり、その意味では専門認定技師を重要視したということだと思います。

石渡：全員認定技師になれば撮影室に認定証を掲示したいと考えています。現在も受診者より技師の指名がありますが「認定技師」であれば「自分の胃はこの技師に…」とご指名が増えるのではないかと、思っています。それが多くなればお互いの信頼にもつながるのではないかと密かに期待しています。

山岸：特に専門認定技師については受診者に認知されその技術を判断していただきたいものです。例えば企業検診であれば企業の担当者がそれを認知されれば検診センターも非常にうれしいことです。

石渡：昔は多人数主義検診であったが画質が向上した

現在、精度管理の重要性を健保組合に示す必要があります。

都築：先ほど認定技師になったら待遇面で良くなったかについて、今のところ聞いていないのですが、専門認定技師の資格の有無が採用条件になっていることは聞いている。その様な点から画質の向上を期待しているものと思う、全体的には専門認定技師の資質の向上を期待すると共に中途採用には有利に働く事もあるのではないかと思います。

司会：専門認定技師の資格取得の試験や認定証のための必要経費について診療所などの開設者が高い次元で責任を負う体制になることを期待したい。

石渡：神奈川県にも私のところ以外にも認定料等を出してくれた施設があるがそれを何故支払ったかという施設長が癌検診の重要性と精度管理の必要性を理解されたからでしょう。それによってますますの努力を技師に課せられたものと思います。

司会：専門認定技師に課せられたものが多くあると思いますが専門認定技師になったらこれだけはやって欲しいところは何かありますか？。

山岸：専門認定技師になったら医師と一緒に読影に参加し医師と共に診断可能な画像を提供しその能力を備えてほしいです。読影の医師とのコミュニケーションが合理的に出来ることがその画像診断の一助として大切であると信じている。

都築：専門認定技師でなくとも消化管造影に携わる技師は画像読影技術は必要であると思う。認定技師に求めているものはそれ以上のものがあると思う。

石渡：全国集計の調査の中に専門医がおりますか？、それは常勤か非常勤か？とのアンケートがありますが、その中に認定技師の項目を是非追加して欲しいですね。これは「日本消化器集団検診学会」への要望としたいものです。

山岸：先日の青森の第15回「日本消化器画像診断情報研究会」において丸山先生からの講演の中に医師もどきの専門認定技師にはなって欲しくないことを申し述べられておりますが忘れてはならないと思います。



粘膜防御 胃炎・胃潰瘍治療剤

ゲルナック[®]

カプセル 細粒

植物抽出・精製製剤 一般名:ブラウノール
指定医薬品 薬価基準収載

製造販売元(資料請求先)
三共株式会社

SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

効能・効果、用法・用量及び使用上の注意は添付文書をご覧ください。

石渡:「医師もどきの問題」はこの仕事に従事している放射線技師の大前提条件であることを肝に命じるべきである。所謂職業倫理として脳裏に含有することが重要なことですよ。

山岸:このことは十分配慮しながら上手に頭を回転させながら判断すべきです。

司会:どうしても技師が読影出来るようになると医師もどき技師になる心配があり、とかく医師と技師を錯覚することがありくれぐれも注意することが必要である。次に仕事をスムーズに連携するために備品、消耗品などの点で問題点はなにかあるか。

山岸:管理者との関係であり、現在のところ事後处理的なことも含めて適切な運営がなされている。その意味でお互いのコミュニケーションは上手に行っていると思う。B a の選択にしても適切である。しかしあまり高価な備品、例えばDRやFPDは検診車には搭載出来ないのが現状であり一般的備品は利用出来ます。

石渡:B a の選択はやはり医師との連携により診断の目的を的確に達しうる製品を選択すべきです。私のところでは間接と直接に使用するB a を分けています。特に間接に使用するB a の選定には苦労しました。高濃度で使うB a の選択を間違えると大変なことになることから、技師全員で何とか胃集団検診に適したB a を作りたいという努力により、工場まで見学に行きその工程も学習して3年かかってやっと作り上げることが出来ました。その結果として医師の診断しやすい画像を提供できるB a を選定することができました。

都築:慶應大学病院ではB a は薬剤でありますので、変更するのは薬事委員会で検討して可能になります。そのため変更する理由を明確にしてその書類をメーカーやユーザーから提出させないと簡単には出来ません。

司会:関東甲信越地方会の放射線部会総会について意見を頂きたいのですが、本部会は放射線技術フォーラムという研究会と先ほど山梨で行われた歴史のある第35回放射線部会総会という研究会があるわけなんです。これについての整合性についてご意見をお願いします。

石渡:関東甲信越地方会は過去年2回開催していたが常任世話人会で年1回に改正された際に各部会(超音波・保健婦・放射線)と共同で開催することになった。しかし市川先生から放射線部会の場合は長く継続してきたこともあり、継続した方がよいとの世話人会の意見により今回も第35回は山梨県で開催致しました。

司会:例えば地方会と共同開催の放射線技術フォーラムは専門認定技師の更新時のポイントとして認定することになっているが放射線部会総会は認定しないとの意見があり、本地方会の代表世話人丸山先生が行っている研究会であるので認定更新時等のポイントとして認証して欲しいと思うのですが。

都築:第35回の山梨で行った放射線部会総会研究発表が認めないということは「日消集検学会」の対応が問

題であって、それは各地区の放射線部会が研究会を実施していないことで全組織が足並みを揃えれば認める、関東だけやっているのには承服出来ないということのようです。認定技師の質の向上を考えると、この対応は間違いであると思う。研究発表会が画像技術の向上に寄与し全体の診断画像の底上げに良い結果を生むものと思う。これは承認しないから研究発表総会を中止するという問題ではないと思います。

石渡:各支部の地方会には関東のように独自の放射線部会総会がないのが現状であります。従って関東のみを承認するわけには行かないと言う訳ですが、もう少し本部学会で議論する必要があります。

都築:この部会研究総会をポイントに認定されれば各地方会でも技術向上を意味する研究会を立ち上げる方向になるのではないか。

山岸:今後も承認されるように努力することですね。

石渡:本部学会の下に7支部があり、それぞれ活動をしています。しかし、会則や会費がマチマチなのでこのようなことになってしまっています。部会委員会で何度も提案してきたのですが、各支部のお家の事情があるようで…。この問題は各支部が足並みを揃えれば解決されることですよ。

司会:胃のX線画像を撮影するのは放射線技師が専門的になりつつある現状で、医師は内視鏡へ走りこのX線画像の検査を技師が仕事の上でどのようにすれば継続して守りうるか。

都築:慶應の勉強会の様子を紹介しますと、切除標本、内視鏡、X線写真を見比べながら毎週勉強会を行っています。標本に最も近いのがエックス線写真で、内視鏡は接線方向だったり、斜めからの観察であり、かろうじてこれというのが多い、色素をかけてみて初めて病変が観察できるものもある、これに比べるとX線の方が忠実に表現していることが多い。内視鏡の見逃しはあまり表面に出てきていないが、X線の弱点を克服し、精度を高める事以外にないと思います。内視鏡の機械は値段も安く手軽に購入できることからX線診断学を知らないドクターに普及してしまったところに問題ある様に思います、X線の利点をはじめから知らないのだから厄介である。これには私たちが良いX線写真を撮影するしか方法がない。

石渡:最近、学会や検診関係の報告を見ても「集団検診は医師の手から離れる」「医師はX線から内視鏡に走る」などの話題を耳にすることが多くなってきました。しかし、胃がんによる死亡率は一向に減りませんし、問題は毎年同数の胃がんが発見されていることです。ここで話すまでもなく悪性新生物は死因のトップを占め、中でも胃がんによる死亡率はダントツであることは周知のとおりですが、胃がん検診は胃がんで命を落とす人達を救命する目的の上になり立っているはず。これを立証して始めて胃がん検診は効果がある、と言

えることとなります。医師が検査法を内視鏡に移したとしてもそれを日本全国の集団検診方法に当てはめることには無理があります。やはり集団検診は当初のX線撮影法で一人でも多くの人達に行うことがベターと言えるでしょう。そしてX線検査は放射線技師が守って行かなくてはなりません。

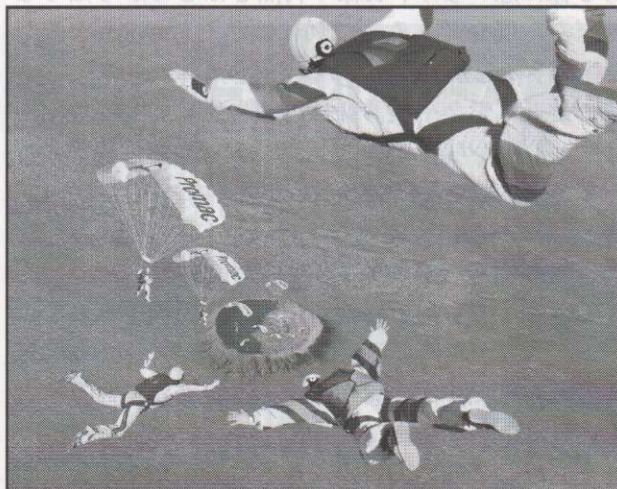
山岸：私の持論ですが、以前に友人が病院に来て主治医から胃のX Pを依頼され胃体中央部に明らかな大きな胃潰瘍があり治療を開始した。それから暫くして病院を私が不在のときにまた異常を訴えてきましたが当院を受診せずある有名な病院に行き若い先生に診て頂いたらBaによる検査か内視鏡検査かの選択を迫られ内視鏡を選択した結果胃は全く異常なしといわれた。この方は前述の如く胃体中央部に大きな潰瘍があるのに異常なしと言われた。このことはBa検査にしても内視鏡検査にしても最終的には術者の技量によるものと思う。その技量の定量的判断は術者の能力に左右されるので技術が未熟であれば内視鏡でも各部分をコマ撮りしてゆくので見落としもありその点X線画像の方が全体的な判断に適していると思います。

司会：一次検診と二次検診があるが一次検診によるX線画像の存在感や診断価値のある写真の提供が出来ればよい。二次検診は内視鏡であれX線造影であれ一次検診の存在感のある画像が分かれ道となる。入口はやはり集団検診でX線写真が最重要になるのではないか。そのためには技術の向上が大切でありとにかく存在診断が出来る画像を提供することが必要である。次に、放射線技師の再教育(研修)についてですが、今までの会談では胃がんの発見出来る画像の提供が必要である。そのために技師の再教育の方法として第25回までの研修活動を行っている訳ですが今後のあり方について。

石渡：教科書的な技術習得は個人個人で出来るが、実技による格差はバラバラではないでしょうか。例えば私のところで高濃度Ba使用の撮影法ビデオを作成して全国に配った経緯があります。写真も色々な所に展示して皆に見ていただいております。しかし、実際に自分達でやってみると「展示された写真のようにはな

らない！」と連絡いただきます。「一緒にやりましょう！」と横浜まで来ていただくのです。地方の人は泊まり込みで来て検診車で実技をします。やっていることはビデオと同じなのですが、実際に撮影すると覚えて「できました！」と連絡が入るのです。やはり教科書だけでなく実際に一緒にやると微妙なところのテクニックが覚えられます。技師教育は実技実習が一番効果があります。ただし、指導者はうまい写真を撮れる人でなければだめです。どんなに永い経験があっても写真のできの悪い人に教えてもらってはいけません。なぜなら、不思議とその人の癖が出て同じ写真になってしまうからです。それを直すのにまた一苦勞しなければなりません。いま、学会では専門技師の実技研修として「技術指導施設」を設け撮影技術の質向上を図ろうとしています。これは、学会認定医及び専門技師が所属して十分な精度管理がなされている施設を「認定技術指導施設」として撮影技術の指導を委嘱する、と言うものです。これが拡大して熱心な技師のための技術指導が全国に広まると、技術の格差がなくなり写真の質も期待出来るようになるのではないのでしょうか。

都築：専門認定技師の更新時に実習指導を実施するための施設を作ることは大切なことであると思います。しかし、現状では、全国的に統一された、まとまった教育方法がない。全国各地にいる消化管撮影の指導的立場にあるDrにより指導を受けている。そのような指導的Drがいないところでは、それぞれ個別に研修勉強が行われている。大坂消化管撮影研究会が発表した標準化はそうした現状を非常によく表している、「病変を良く見つけ、病変を詳しく描出する写真が良い写真と言えるのである。検査目的の達成度を評価するためには、どんな体位を取ろうが、どんなフィルムを使おうが、もっと端的にいえば検査者の技術がどのレベルであろうが、さしあたって考慮する必要がなく、ただ造影の結果としての画像だけから判定する必要がある。鮮鋭度等の物理的特性がいくら良くても、バリウム付着が悪かったり、部分的に造影が不十分であればその画像評価は低くなる。病変が存在するとすればどの程度描出されて



亜鉛含有胃潰瘍治療剤

Promac granules 15%

指定医薬品

プロマック® 顆粒15%

Promac® ポラプレジンク製剤

薬価基準収載

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



(製造発売元) 〒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) 医薬部

☎ 03(3661)0277

2002年2月改訂(第4版)

いるのかの程度で判定しなければならず、結局、それは結果としての一連の画像だけからしか判定できないことになる。」上部消化管造影画像評価法(第1報)：大坂消化管撮影技術研究会画像評価委員会／要約すると、どんな装置を使おうが、どんなバリウムを使おうが、どんな撮影体位をとろうがいいんだ、結果だけを問題にしようということになる。胃集検での標準化、8枚法がだされた。二重造影主体で、バリウムは高濃度バリウムが望ましいとまで言い切っている。しかし、現実には、高濃度バリウムを使用しないで撮影するほうが良いとする指導者がいる、ゾル製剤でも良いとする指導者が現実において指導しているということ。これまでに学会等で高濃度バリウムの評価は実証されてきているはずなのに、それを取り入れる勇気をもたない指導者が実に多いこと、自分がやってきた方法にしがみついている指導者がDrにも、技師にも大勢いるという事実。全国的にこのような実態を明らかにして、全国統一した撮影法をみんなで一緒に勉強することが重要だと思います。

石渡：胃がん検診を作り上げて来た時代の撮影法とは大変変わって来ています。「お前はなぜ立位充盈像をなくし二重造影だけで行っているのか」と学会のたびにご指摘いただく先生がいらっしゃるのですが、集団検診の様々な条件と高濃度少量Baを使う手法は既に変化が来ています。私の所も充盈像を撮っていたが、二重造影でほとんどカバーしているデータを作り、現在は二重造影主体の撮影法で行っております。撮影を担当するのは技師ですので標準化委員会に是非とも放射線技師の代表を参加させてほしいですね。

山岸：このような話を含めて今後の研修活動に反映することが大切と思う。未だに前壁薄層法やレリーフ像を行っているのを改善するためにも研修会活動に参加する。そのためには優秀な講師を医師や放射線技師から選任して講演をしていただき努力して行きたいと思っています。

司会：前回の放射線の世話人会において研修会を全国的内容にしてはどうかとの意見がありました。段階的に徐々にではあるが構想的にはこの思想は大変良いと思うが、其れは何故かという現在の研修会の受講生の50%は関東地区以外からの受講であり段々とその方向に思考する必要があると思うが。

山岸：全世話人の総意をもってまとめて、放射線部会の中で検討して決めてゆきたい。

都築：技師の再教育を一本化してゆく作業を考える必要はある。新撮影法標準化に技師が参加しないで医師

にのみ任せている。技師が独自で作っても良いのではないか、やはり医師でないといけないのですか、何とも情けなさを感じるのは私だけですかね。

石渡：全国には技師の関係する研修会、研究会は沢山あります。丸山先生はそれを一つにまとめるべきだ、と提言しておりますがそれを一朝一夕に解決することは困難なことです。認定技師の関係で全国の勉強会の調査をした経験がありますが、大きいものでは、学会関係、各地方会関係、技師会関係、旧成人病管理指導協議会、医師会などがあり、大小あわせるとかなりの数になります。関東甲信越でも25年も続けている「消化管造影技術研修会」がありますが、前回の世話人会で海老根氏が提案した全国版の統一研修会が実現すれば素晴らしいことだと思います。是非実現して頂きたく



いと願っています。前にも申し上げましたが、認定試験に合格した「専門技師」のための研修制度が確立しておりません。専門技師は、ペーパー試験では合格したが実質が伴っているかどうかの判断は出来ておりません。これからの撮影担当技師には読影の知識が必須条件です、特に専門技師には「病変のあるもの、無いもの」のスタンスを頭にたたき込む教育が必要となってくるはずですが。例えば病変のあるもの無いものを通常の撮影したビデオに収録し、自分が撮影しているリズムでビデオを見ながら撮影と読影を同時に行う。もし病変を発見した時ビデオをストップし、その状況下で読影する、などの試験が必要ですね。学会の主催で一日も早く合格後の研修制度を作って頂きたい、と思います。

山岸：あの時は海老根先輩の意見の勘違いと早合点で、咄嗟に継続すると言ってしまったのであって余りにも唐突なものでびっくりしました。そのために新代表世話人は私の言っていることに反対だと言われて非常に責任を感じております。

司会：このことについては徐々にではありますが逐条的に全国組織に移行していくことも重要なことですね。段階的にではあるが林理事並びに関東甲信越地方会などを經由してその方向に全国的な研修会とすることが期待される。

石渡：今、最もその立場で全国的研修会を実施出来る

機関は都築会長の「日本消化器画像診断情報研究会」であり、これを活用して「日本消化器集団検診学会」から委託研修として放射線技師の研修をやるのも一方法ではないでしょうか。

司会：最後になりましたが精度管理をどうするか、造影した技師が画像チェックしてその後専門医による診断があって精度管理が出来るのではないかと。

山岸：私のところでは2次の検診は僅かしかやっておりません、そのため技師のチェックと専門医のチェックが異なる場合はいつもながらもめる原因となるのです。

石渡：何十年も「良い写真とは」と事あるごとに論議を重ねてきましたが、良い写真とは的確な診断が出来る写真を指す、との結論になると思います。診断に適するか否かの評価を得る段階として、術者は「異常とは何か」「正常とは何か」を知らなければならないこととなります。つまり、撮影は読影と比例して行われることになり術者はあらゆる胃の疾病を知らなければ写真は撮れない、と言うこととなります。知らないために見逃してしまったということは「知る」という術者自身の意識改革から始めなければ防げません。透視中に見つけることは既に読影をしている事となります。技師が読影すると言うことは、撮り落しをしないための必要不可欠な要素なのです。そして医師は診断して必要があれば治療に結びつけると言う医師と技師の一連の作業となります。撮影したフィルムは自分で確認することは勿論のことですが、その結果はどうなったかについても自ら追求することも必要な事です。私の所では、技師により異常箇所をチェックされたフィルムは医師によりダブルチェックされます。この所見は、と思われるものはリストアップされ二次検査、内視鏡と追いかけて行き、病理結果も全て技師が目を通します。医師により外科に紹介されたその結果は全て技師側で管理し、その患者の資料とし保管されます。いつでもそれを引き出し勉強会での報告を兼ねた読影の勉強や撮影技術にフィードバックするようにしています。肝心なことは写真からマクロを見るより手術所見とマクロをX線写真と比べ、どのようにそれが写し出されているか、を検討することが大切です。その成績を学会の全国集計や県に報告したりする事後処理にも関与する担当も技師が受け持っています。

司会：質の向上のためには読影が大切であり、読影するのに一番大切なことは優秀な専門医が読影出来ることでありおのずと技師自身が自己研磨されて能力が向上してくれるものと思う。

都築：一般病院においては短期間に技師が的確な読影が可能かというのは極めて問題があると思うが、胃の検診をしている技師は一定のレベルで勉強も出来るし技術の向上も期待できるものと思う。その基準線の一つのものにするのはなかなか難しいものがあると思う、まして小さな2Cとか高さのない病変を判定出来

るようになるのは困難な問題があると思う。先ほど話題になったように医者もどき技師にはなって欲しくないし技師としてどこまでやるかについてはこの前丸山先生が言ったように二次精検の判断を出せる一定の基準を考える技師が欲しいです。

石渡：死亡率のトップクラスにある胃がん検診は、国をあげてもっと真剣に考える必要があると感じます。自覚症状のない働き盛りの年齢の人達から多くの胃がんが発見されることは周知の通りであり、一次予防もさることながら二次予防の検診で早期の癌を発見する手段を国策をもって、且つ積極的に勧めることにおいて受診の分母が増えればもっと多くの胃がんが発見されるはずで。検診による早期胃がんが…。

そして、我々が行わなければならないことは、精度を高めた技術を提供する事に尽きます。専門技師を更に教育し、早期癌の発見を的確に増やし、胃がん検診の有効性に示された撮影部門の偽陰性のハバを縮める実績を死亡率減少の率で証明し、老人保健法を復活させるぐらいのインパクトを示す事ではないでしょうか。プロとして胃集検に携わる放射線技師の仕事はこれ以上何もないでしょう。

都築：最後に、「がん検診の姿」という事でまとめようと思います。胃がん検診の全国レベルはこの間非常に上昇してきたと思う、しかし、国の財政状況や事業団の財政状況は非常に厳しい、業務の奪い合いすら聞こえるようになってきている、このような状況の中、事業主と放射線技師が一体となって「レベルを落とさない検診」を心がけ、この一時の危機的状況を乗り切りたい。内視鏡には出来ない、国民の健康を守る仕事だから。

石渡：精度管理を重視しなければと言っている中でコストパフォーマンスの低下を一部の技師が関与しているという話題がもし事実であるなら技師自身が自重しないと質の低下に連動することは必至である。どうやら組織に所属せず検診車で商売的に行っている一部の技師がコストを下げているということらしいのですが…。同じ胃がんの検診をしているのだから、学会会員になって質向上の情報を集取して技師の本分をわきまえてほしいものですね。

司会：まとめとして

1. 組織を民主的に運営し、技術集団を一本化することを検討した方がよく、本地方会の放射線部会の世話人会に所属しない造影技師の把握も重要な課題である。造影技師は今もって向上心とその力を十分有する集団と見てそのパワーは存在する。
2. 専門認定技師の誕生した理由は種々の条件が重なったものと思う。そこで本地方会の放射線部会研究総会と地方会合同同時開催のフォーラムについてこの研究総会も含めて専門認定技師の認定試験や更新時

のポイントとして承認出来るように世話人全員で努力する。専門認定技師は診断に優しい画像を作ることが出来る、即ち認定技師と非認定技師との相違を明白に出来るようなことを学会などで発表することに努力する。

3. 放射線技師の再教育をどうするかを考えると、Vidioや教科書による教育は相当普及しているがその中で実際と矛盾している面がある。これは良い画像判断の出来る専門医の在任している施設は良い造影技師が成育されてゆくと考えて、優秀な専門医又は認定技師に指導を受ける体制も必要であるという主旨にそって実習指導施設を選定しこれに当たるのが肝心である。

4. X線にしても内視鏡にしても精検を対象にするためには第一スクリーニングはやはりX線による集団検診が必須であるとする。その際、理想的には質的診断であるが、少なくとも存在診断が出来る適切な画像の提供が必要であることを技師は認識すべきである。

5. 精度管理については造影技師のチェックにより適切な画像を専門医に提供し、その画像の良否を判断していただき、画像の向上に精励する。もしその様に判断していただける専門医の不在の施設については各種研究会や勉強会そして症例検討会で良い画像を見聞して良い画像の判断出来る能力を脳裏に定着させることが重要である。

以上の5項目について最後に私の期待するものとして「組織の充実とその強化を図り、撮影技術の向上のための自己研鑽」であり「自分の立場を考えて被検者の心にしみる気持ちで本当の撮り残しの無い画像の提供が最良と言えるものです」、所謂、誰が見ても適切な画像と言える表現のあるX線写真の提供を期待したいものです。

本日はご多忙のところ皆様にお集まりいただき世話人会ではなかなか取り上げられないことを別な角度からお話しをいただきました、これを機に関東甲信越地方会放射線部会のますますの発展を祈念し終わりたいと思います、ありがとうございました。

FUJIFILM
I&I-Imaging & Information

**長期間安定した高画質画像と、経済性のさらなる向上を実現する
新しい現像処理システムCEPROS SV誕生。**

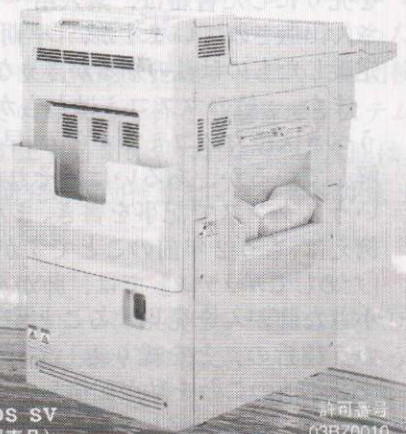
毎日の
お手入れは不要。

調液も不要で、
常に安定した
高画質画像。

豊富な
フィルム処理
バリエーション。

迅速60秒処理。

15ml/四切の
低補充量を実現。



メディカルフィルムプロセッサ CEPROS SV
オートフィーダー CEPROS SVAF (別売品)

特許番号
03BZ0010

「さらに簡単・快適・経済的」を実現する

FUJI MEDICAL FILM PROCESSING SYSTEM

CEPROS SV

視 点

がんの「早期発見」—— 奇怪なる四文字熟語の謎

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

「体調が良くなかったので、検査を受けたら頸のリンパ節がんが発見された。幸い早期発見だったので命は…」これは、先日、テレビタレント・俳優のいかりや長介氏の病状に関する新聞や芸能マスコミの語り口です。このような書き出しで始まる記事は少なくありません。私は、一般の読者は言うにおよばず、医療関係者ですら疑問を持たずにいることが多いのではないかと最近考えるようになりました。

言うまでもないことですが、がんの「早期発見」は、最初書いた文脈では、誤って使われています。「早期発見」とは、無症状の状態でがんを発見することであり、小さながんを見つけることでも、発生して間もないがんを見つけることでも、ましてや、救命可能ながんを見つけることでもありません。

簡単な当用漢字の四文字熟語なるこの用語は、早期に発見すること、すなわち、発生して間もないがんを発見すること、と解釈するのが常識的になっているのでしょうか。しかし、よくよく考えてみると、がんが発生したその時を認知することはできないのが道理ですから、このような解釈が正しくないことは自明のことなのですが、日常的には、その自明のことが人口に膾炙していなのです。妊娠や性病ならともかく、病気については、その発生の時点を設定することなど不可能です。

もっとも、一般の人達がこのような正しくない捉え方をしてしまうのは当然のことなのかもしれません。というのは、我が国では、がんの「早期発見」を売りにした書籍は、素人用・プロ用を問わずたくさん出版されていますが、「早期発見」とは何か、を定義したものは私の知るかぎりなさそうです。

また、一般のマスコミはともかく、玄人集団ともいべき医療マスコミですら、「早期発見」を完全に誤解しているか、あるいは、それは言わずもがな、というスタンスで記事を書き、また、話をしています。例えば、もう2年前のことですが、NHKのテレビ番組「ためしてガッテン」では、肺がんの診断を取り上げ、小さな肺がんを発見することが「早期発見」であるという趣旨のことを繰り返して強調していました。何で2年前のことを私が記憶しているかという、この番組は、私が退院して間もなく放映されたものであり、私は、自分のがんのことをこの番組に重ねて考えていたら突然怒りを覚えて、番組終了直後に、あれは間違いだとNHKに抗議の電話を入れたからです。この番組のプロデューサーは縷々言い訳をしましたが、私の説明には最後まで納得しない様子でした。

NHKの独善でこの番組を作ったのではないでしょう。

アドバイスをした医師なり医療機関とNHKの合作でこの番組は制作されたことは明らかですから、医師も致命的な誤りを犯したことは確かだと思います。

いかりや長介氏の病気のことに戻りますが、体調が悪いということで彼は病院で検査を受けたのですから、この時点で、すでに、自覚症状があったことになります。したがって、症状があつて病院を受診して保険診療で検査を受け、頸部のリンパ腫大が発見され、生検、あるいは、細胞診でがん細胞が証明された、というのが経過でしょう。これは早期発見ではなく、医学的には、晩期発見（こんな用語はないでしょうが）であり、一般的には、手遅れに近い状態と判断するのが常識です。頸部リンパ節への転移、あるいは、鎖骨上窩リンパ節への転移は、がんが全身に存在することを意味します。ただし、彼の病名が悪性リンパ腫であるならば、必ずしも、手遅れではありません。悪性リンパ腫の場合には、治癒も可能であるほどに治療法が進歩しているからです。

頸部のリンパ節ががんである、ということは、頸部のリンパ節にがんが転移した状態であることくらいは、いくら無学なマスコミでも判っていることでしょうから、これは、リンパ節転移であることを隠蔽するために意図的に実態をぼかして報道したというのが真相なのかもしれません。しかし、そうは言っても、「幸い早期発見なので」と書くのは適切ではありません。そう書いたのは、やはり、記者が「早期発見」については無知だったからなのでしょう。

そもそも、がんの「早期発見」を無症状の状態でがんを発見すること、と定義しないと、がんの「早期発見」理論は展開できないのです。がんの検診の目的は、無症状の集団に対して検査を提供して死亡率を低下させる、ことです。そして、無症状であっても、がんはすでに進行していて、手遅れの場合もしばしばあります。ですから、検診で検証すべきなのは、無症状で発見されたがんのなかに、救命不可能なものがどのくらい存在するかということです。我々は、常識的には、症状がある集団から発見されたがん（病院受診群）の方に救命可能ながんは圧倒的に多いと考えます。しかし、実際には、症状の有無で救命率にも圧倒的な差が生じるわけではなく、検診の有効性は、無作為抽出比較試験（randomized controlled trial, RCT）を実施することによって初めて結論を出さざるをえないのです。

我が国の医療の現場では、保険診療と検診（健診）の境界が極めて曖昧です。少なくとも、がんの「早期発見」とは、病院における保険診療の枠組みとは異なる検診（健診）の場で可能となる概念です。このことを我々の学会も世間に対して声を大にして強調しなければなりません。最後に、がんの「早期発見」について詳細を勉強したい方には、Alan S. Morrison, Screening in Chronic Disease, (Oxford University Press, 1992)を薦めます。

リレー随筆

医師 >

13年目のC型肝炎と肝臓がん検診、 集団検診の必要性

千葉県安房医師会 原 久弥



いま、ようやく願いがかなった思いで一杯です。それは、すでに13年前の平成3年度より安房（富浦町）の住民検診で行っているHCV抗体検査の重要性が認められたことです。住民検診で初回受診者全員にC型肝炎抗体検査を行い陽性者を継続管理することが肝臓がんの一次予防と早期発見のために必要であることを、安房の成績より主張してまいりました。いま、ようやく厚生労働省が「C型肝炎緊急総合対策」として平成14年度より住民検診にとりあげることになりました。富浦町でC型肝炎検診を行うことになったきっかけは、検診を集団で行っていたからで、これが個別検診であったなら、いま社会生活を行っている何人かは、肝臓がんで死亡していたかもしれません。安房地域では昭和43年より胃集検を、昭和53年度より胃、胸部、循環器検診を同時に行う総合検診方式を採用、11市町村の成績は毎年住民検診会議で比較検討しておりました。その結果、富浦町のみ肝機能異常の割合が高く、肝臓がん死亡の多いことが問題となっておりました。C型肝炎ウイルスが発見される前でしたので、飲酒、農薬、水質、B型肝炎など多くの因子を調査分析しましたが原因不明でした。平成2年HCV抗体検査が可能になり肝機能異常者について検査したところ片端から陽性で、長年の謎が解け、そのときは興奮しました。町側に働きかけ予算を計上、平成3年度は検診受診者全員1,315名の検診を行いました。陽性率は全体として15.2%、全国平均よりかなり高く、とくに海岸部男性は26.2%と驚異的な陽性率でした。以後毎年新規受診者のHCV抗体検査を実施、陽性者の継続管理、定期的腹部超音波検査を行い、平成13年度までの発見肝臓がんは27

例を数えております。平成3年度に検診を受け陽性であることが判り、継続的な腹部超音波検査により3年目に肝臓がんが発見、何回かの再発と治療を続けながらも現在社会生活を送っている人もおり、なかには、インターフェロンによりウイルスが排除され、もし町がC型肝炎検診をとりいれていなければ、いまの自分は肝臓がんで死亡して存在しなかったと、毎日感謝の気持ちで過ごしていると語っている人がおります。それを聞くと、本当に検診は必要であると思わずにはいられません。初めて富浦町のC型肝炎について報告したのは平成3年10月の第40回日本農村医学会（旭川市）で、消化器集検学会関東甲信越地方会では「C型肝炎抗体をスクリーニングとした肝臓がん検診」として第45回（平成5年2月）に、第2報を第52回（平成8年10月）で発表いたしました。10年を経過したC型肝炎抗体陽性者278名が現在、どのような経過をたどっているか、安房医師会病院消化器科スタッフとともに調査しており、いずれ結果を報告する予定です。平成9年度から他の市町村もC型肝炎検診をとり入れ平成14年度は11市町村全域で実施しておりますが、陽性と判ってからの事後管理システムが問題となっております。国がC型肝炎の対策に乗り出したのは結構ですが、その実施に際していくつかの規制、例えば検査をする前に受診者に承諾を受けなければならない、などを自治体に課しております。富浦町ではすでに13年前より独自の方法で確立し成果を挙げており、その規制に当惑しているのが現状です。最近、検診が集団から個別に流れる傾向にあります。例えば単に肝機能が悪いとして個人のデータにとどまり地域集団の傾向が掴めなかったならば、平成3年度からのC型肝炎検診は行われなかったと思います。地域の疾病傾向を把握するために集団検診は必要であり、その結果の分析と事後管理システムの構築が今後、ますます必要と思われます。（次回は、（財）霞ヶ浦成人病研究事業団検診センターの細井董三先生にお願い致します。）

放射線部会 >

写真の思い出

JA長野厚生連 佐久総合病院 佐藤一雄

私の本棚に三冊の写真集が並んでいる。「魅せられて35年 浅間山」「花の貌（かお）」「雲を掴む」。私が写真にはまるきっかけとなった恩師 柳田幸雄先生の写真集である。

私が初めて写真と出会ったのは、学習雑誌の付録に付いていた感光式のおもちゃで、小学生の頃だった。

白い紙の上にネガを置いて太陽に数分あてると像が写るといふもので、確か数分後には消えてしまったような記憶がある。でも非常に不思議であった。その後、家にあったドイツ製の二眼レフで遊んでいたような記憶がある。

次の転機は高校入学で、新入生歓迎の写真部の看板が目飛び込んできた。小学生の頃の感動がよみがえりすぐに入部希望した。カメラのシャッターを押すことは知っていても一枚の写真になる工程は全く知らなかった。今でも鮮明に覚えている体験がある。

暗室で印画紙現像の体験をした。薄暗い赤い光の中、強い酢の匂いがして体に染みつくのでは錯覚しつつネガを挟み印画紙をセット、現像機で数秒光をあてて印画紙を一つ目の液体の中に浸し、しばらくすると何となく黒い部分が見えてきて2分ほどではっきりと風景が浮き上がってきた。印画紙をピンセットでつまみ液体を切り二つ目の液体にサッと潜らせ三つ目の液体に浸した。電気を付けると浅間山の噴火の写真であった。写真がこんなにも簡単に出来るとは思ってもいなかったので、本当に驚いた。この実演が柳田先生との出会いでありその後写真の指導をして頂いている。柳田先生は高校の教師をしながら郷土を撮り続けて多くの写真集を出版、浅間山の写真家としても顕著な業績を残された。

高校時代は写真に明け暮れ、片時もカメラを離さなかった。先生のような、自分のテーマは何もなかった。そこに山があるから登ではないが、そこに被写体があるから撮るという感じであった。綺麗なお姉さんの撮影会、お祭りの撮影会は大変だった。高校生がおじさんたちをかき分け少しでも良い撮影ポジションを取るのには至難の業であったが、先生の指導の下写真にのめり込み、おかげでたくさんの賞を頂いた。授業中は教

師や居眠りをしている同級生を撮った。卒業アルバムの写真には事欠かなかった。

柳田先生と浅間山を撮るために山に登った。深夜高峯高原まで車で行き、懐中電灯と月明かりを頼りに3時間ほど歩くと黒斑山につく。浅間山のすぐ西側の山で、日の出まで待つのだ。夏でも凍えるように寒い時がある。今では時効だろう。待つ間先生がコーヒーを沸かしてアルコールを垂らしてくれることがあった。ちょっと多いと下山するとき足にくる。酒量の限界が判ったのはこの撮影行のおかげ、かも知れない。

文化祭の前は部室に泊まり込んで現像した。もちろん学校には内緒。今と違ってコンビニなど無い時代である。食料は事前にたくさん持ち込んだが、トイレには困った。等々。

現在の写真活動は子育てのため休眠中だが、子供の受験も終わるのでまもなく再開できるかも。最近はデジカメ、カメラ付き携帯が普及してきたけど、やはりアナログの銀塩写真には味があって好き。でもどんなカメラでも、写真を撮っておいて損はないと思っている。写真を見る度に、凝縮されたその時その時の思い出が蘇るから。

(次回は、東海大学東京病院藤田昭先生にお願い致します。)

超音波部会 > 甲州人について



山梨県厚生連健康管理センター 花形 悦秀

いつもこの消化器検診News-Letterを読んでいて、超音波部会のリレー原稿が自分の番に廻ってきたら困るなあと考えていたところ指名され、何を書いたらよいか文章力のない私が悩んだ末、甲州人を紹介することにしました。

明日私は旅に出ます〜〜8時丁度のあずさ2号で私はあなたから旅立ちます〜〜。狩人の曲で何十年前かのヒット曲(年がばれるか)JR中央線が笹子峠を越えると、広がる盆地、アルプスの山々、甲斐の国に着く。皆さん甲州人と言えばどんなイメージがありますか?

「甲州商人」という言葉を聞いたことがあると思いますが、山梨の商人が各地で背中に大きな風呂敷包みを背負い開いたら必ず売る。他県人から警戒され、甲州商人の通ったあとはペンペン草も生えないと言われたそうです。

甲州人氣質の長所は負けず嫌いで仕事に熱心、非常に硬い意志、忍耐力があり愛郷心が強い、素朴で義理がたい。短所は打算的で悪賢く自分の利益のためには他人をかえりみない。

山梨は無尽会が盛んなところ。「ムジン」という言葉は皆さん耳慣れないと思います。辞典には①尽き

るところがないこと。②お互いの掛け金で金銭を融通することを目的とする組織とあります。無尽には色々あり、同窓会、旅行、職場、町内無尽などがあります。元々、互助的機能を果たすために始まったと言われ、今では気の合った仲間が集まり酒を飲み楽しく社交的なものになっています。私も月に3コの無尽に入っていますがγ-GTPの値が気になっています。

「甲州ルール(交通)」山梨は車が交通手段で生活の足となっています。交差点では直進車優先だが右折車が先に通っている。また右折車、左折車では左折車が優先ではあるが右折車が先に曲がり、道路交通法を無視して走っていることが日常茶飯事です。山梨に車で来られた時は注意してください。

「甲州弁講座」 皆さんわかりますか?

- ① オマントウ、ホンナコト、シチヨ。
(あなたたち、そんなことするな)
- ② ホーダケンド。(そうだけれど)
- ③ ハヤクコーシ。(早く来なさい)
- ④ イッチョシ。(行くな)
- ⑤ コーシ。(来なさい)
- ⑥ ケッターリー。(疲れた)
- ⑦ キイタラ。(聞いたでしょう)

甲州弁の特徴には語気が荒い様に感じられ、怒っている様に聞こえます。私も甲州弁で話をするとう職場の職

員に笑われ、内容がわからないと言われていますが、検診に行き受診者と甲州弁で話すと、すごく親しみが湧く感じがします。

甲州人の悪い所ばかり書きましたが、機会がありまし

たら一度、遊びに来て見てください。武田信玄、富士山、温泉、食べ物など、肌で感じさせてくれる良い所が多くあります。

(次回は、東京衛生病院の山田理恵先生にお願い致します。)

保健衛生部会>
「3月20日沖縄にいて」

横浜師市立市民病院がん検診センター
玉置 扶美代



3月20日友人3人と沖縄旅行をしました。最初、長崎観光のツアーを予定しそれに合わせてそれぞれ休暇を取っていたのですが、直前に目的のツアーが満杯でとれないことがわかり、とにかく景色がよく暖かいところと、急いで探してようやく見つけた沖縄でした。「このホテルの周りには何もありませんよ。でも中になんでもありますから。」と旅行社では聞かされていたのですが、「街なかに泊まるより、南国の青い海をみて、白い砂浜でのんびりできればいいよね、部屋は幸いオーシャンビューだし」と行く前に話していたので、そのつもりでいました。那覇空港に着いた時イラク空爆開始のニュースがロビーのテレビに写し出されていました。「とうとうはじまったね。」「ここからも空爆に行くのか

な?」「今この上飛んでいるのがそうかしらね?」「いつまで続くのかな…」等々話しながらホテルに向かいました。タクシーの運転手さんは、生まれも育ちも沖縄の人で、体格の良い28才のYさんと言う方で、彼の話では「僕は基地に入る許可証を持っているので、昨日までは基地の中を通り抜けて見せてあげられたのだけど、さっき空爆が始まってしまい残念だが今日は入れない、その代わりに外から中が見えるところに案内しましょうか。」と広い滑走路や格納庫のみえるところへ連れて行ってくれました。テレビの中継車が何台かいて、途中の道には反戦のプラカードを持ったグループもいました。滑走路には時折黒っぽい飛行機が離着陸をしている姿がありましたが、行き交う人は見えず皆戦争に行ってしまったようななんともいえない不気味さと緊張感を覚えました。運転手さんは「沖縄から直接戦地には行かず韓国や他の国に一旦出でから参戦するので、すぐここが攻撃される事はありませんよ。」と慣れた様子で話していました。そう言われても、今日にしている街並みが破壊される映像が頭をよぎりま

指定医薬品
プロトンポンプ阻害剤

[薬価基準収載]

パリエット® 錠10mg
錠20mg

〈ラベプラゾールナトリウム製剤〉

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

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

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

PT0109-2 2001年9月作成

す、街の中でも米国人の姿はあまりみかけず、戦争をしている国の基地がある街にいて、何か知れない不安が体中で感じられた気がします。更に彼の友人が米軍基地に勤めているため、戦闘訓練に参加させてもらった話をしてくれましたが、その時は始まってからたった5秒で撃たれ終わってしまい、後から紹介された彼を撃った人は湾岸戦争にも従事した事があるインド系のアメリカ人で、模擬弾のマークは彼の額の真中に命中していたそうです。又基地の中を車で逃げ廻る役を頼まれた時に相手側には訓練と知らされていず、捕まった時、乗っていた車のトランクから見覚えのないアタッシュケースが見つかり、実弾の入った銃に囲まれ、爆弾処理ロボットも出てきて、アタッシュケースが入れている事は知らされずにいたためとても怖い思いをしたことや、普通の生活ではえがたい経験を色々話してくれました。

沖縄サミットの開かれたホテルの横を通った時の話では、サミットのおかげで何億円かけて広い道路が整備され、当時警備に当たった機動隊は全国から集められていて、そのときの気候は地元の人でも暑くて苦しんだほどで、本土から来た警備の人達は猛暑でバタバタ倒れてしまいましたが、沖縄の人はゴーヤ（苦瓜）を食べていたため倒れずに乗り切れたそうです。聞き師に勝るゴーヤの効果に本場の食べ方を私達は口々に質問しました。

ホテルは砂糖黍畑の中にぽつんと建っているのがずっと先から見えるのですが、土地買収ができなかったため近道はなく、細い長い直線の農道を何度か直角に曲がりやっと着きました。言われたとおり何もなかったところでした。砂糖黍畑にはハブがいて、毒のある牙で噛まれるだけでなく怖いことに食いちぎられるそうです。毎年何人かは被害に遭うそうですが、またもや「何にもないところだけど、消防署は近いので救急車はすぐに来ますよ」と、親切に慰めて(?)くれました。ゆっくりのんびりホテルで過ごすしかないと思っていたところでしたが、結局このYさんに残り2日間のガイドをお願いする事に話がまとまり（それもホテルに掲示してあった観光タクシー料金よりかなりお徳に）、翌朝早くから動き回る事になりました。さすがにプロでこちらの希望を入れたうえ、混雑しそうな時間帯や道は避けリクエスト以外にも案内してくれたため、思いがけずいろんな所へ行く事ができました。普段と違う事をするると遊んでいてもかなり疲れるものです。帰りの機内では皆ぐっすり寝てしまい、そのため行きは3時間半が長かったのにあっという間に帰ってきた気がします。今回思いもがけずこのような時に沖縄にいたことは、家でテレビを見る事でしか知る事なかった戦争が、ほんの少しですが近くにあるものとして感じました。

高鮮鋭画像で豊富な診断情報を提供する コダックX線フィルム

様々な診断現場で、高品質な画像を提供します。

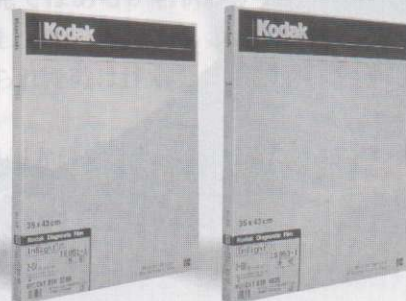
間接撮影用フィルム
PFHフィルム



間接撮影に最適な診断画像を提供します

- コダック独自のT-粒子乳剤技術を採用
- ハイシャープネスでくっきりとした高鮮鋭画像を実現

直接撮影用オルソフィルム
インサイト951/953フィルム



消化管撮影に求められる高品質画像に最新技術で応えます

- Split E-Layer技術の採用でクロスオーバー光を極限まで削減した鮮鋭度の高い画像
- バリウムのヌケがクリアに感じられ、安定した高画質を提供



HEALTH IMAGING DIVISION

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

コダック株式会社

ヘルス イメージング事業部

東京 〒103-8540 東京都中央区日本橋小網町6-1 山万ビル ☎(03)5644-5160
 大阪 〒550-0013 大阪市西区新町1-13-3 四ツ橋S1ビル ☎(06)6534-7090
 福岡 〒812-0016 福岡市博多区博多駅前1-2-3 住友博多駅前ビル ☎(092)413-8460
 札幌 〒001-0018 札幌市北区北18条西3-21-25 ☎(011)738-5250

名古屋 〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-5-10 住友商事名古屋丸の内ビル ☎(052)953-6950
 広島 〒730-0013 広島市中区八丁堀16-14 第二広電ビル ☎(082)222-9325
 仙台 〒980-0803 仙台市青葉区国分町1-7-18 明治生命仙台国分町ビル ☎(022)722-5400
 松山 〒790-0878 松山市勝山町2-6-3 日本生命松山ビル ☎(089)986-6935

第63回 日本消化器集団検診学会 関東甲信越地方会大会



会 長：臼井健二
(JA長野厚生連小諸厚生総合病院 副院長)

開催日：2003年9月6日(土)

会 場：JA長野県ビル アクティホール 12階会議室
(長野市大字南長野北石堂町1177-3)

■開催にあたって

集団検診は受診者のニーズ、医療政策の転換と医療技術の進歩によって変化を遂げてきました。日本人の高齢化と国の経済状況が集団検診へも大きな影響を及ぼしています。団塊の世代が癌年齢に達しています。したがって、消化器がんの罹患率と死亡率は急上昇中で、集団検診への期待と役割はますます大きくなっています。

今回のテーマ「高齢化社会と消化器集団検診」に関連した種々の問題についての特別講演と教育講演をプログラムに用意しました。そして胃がんの新たなスクリーニング手法についての討論、読影医師と診療放射線技師の仕事分担について討論、超音波集検の基本的技術についての討論などの場があります。実りある学会になりますように多数の皆様のご参加を期待しています。

第63回 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 プログラム (案)

| 第1会場 (アクティホール) | 第2会場 (12A) | 第3会場 (12B) |
|---|--|---|
| 9:20~9:30 開会の辞:臼井健二 (D) | | |
| 9:30~10:30 教育講演 (1) 「疫学からみたスクリーニング検査の基本と考え方」 演者:佐々木隆一郎 (D) 司会:宮下 美生 (D) | 9:30~10:30 一般演題 (1) 座長:小島正久 (D) | |
| 10:30~12:00 特別講演 「最近の医療行政について」 演者:浜田淳 (D) 司会:西村博行 (D) | 10:30~12:15 教育セミナー 「超音波所見の取り方・読み方」 1) 肝臓 講師:中島美智子 (D) 司会:高田 悦雄 (D) 2) 胆道 講師:岡庭 信司 (D) 司会:依田 芳起 (D) | 10:00~12:00 一般演題 (2) 座長:矢川裕一 (D) |
| 12:15~13:15 ランチョンセミナー 「最新の胃潰瘍、胃癌治療法」 ーヘリコバクター除菌療法から内視鏡的粘膜切除術まで 演者:小山恒男 (D) 司会:勝山 努 (D) | | 12:15~13:15 常任世話人会 |
| 13:15~13:30 総会 | | |
| 13:30~14:30 教育講演 (2) 「危機に直面する胃集団検診の救済策」 演者:丸山雅一 (D) 司会:夏川周介 (D) | 13:30~15:30 コンセンサス・ミーティング 「超音波検診の走査法 ー基準化案ー」 司会:比佐岳史 (D) 司会:岩田好隆 (T) 基調報告:増田英明 (D) ディスカッサー:佐藤桂子 (T) 実田路子 (T) 山田清勝 (T) 特別発言:竹原靖明 (D) | 14:30~16:50 シンポジウム 「胃X線検査における技師読影教育の意義」 シンポジスト:青山良英 (T) 工藤 泰 (T) 本田今朝男 (T) 山田治三 (T) 鶴田恭央 (T) 指定発言:石渡良徳 (T) 特別発言:社浦康三 (D) 司 会:萩原常夫 (T) 司 会:佐藤一雄 (T) 医 師:(D) 技 師:(T) |
| 14:30~16:50 パネルディスカッション 「胃間接X線法とペプシノーゲン法の 効果的な組み合わせ」 パネラー:齋藤洋子 (D) 伊藤史子 (D) 水谷 勝 (D) 吉川守也 (D) 細田健司 (D) 特別発言:渋谷大助 (D) 司 会:乾 純和 (D) 司 会:細井董三 (D) | | |
| 16:50~17:00 閉会の辞:倉品克明 (D) 展示会場:アクティホールフロア及び12C | 間接X線写真展示会場:12D | |

地域胃がん検診における間接X線法とペプシノゲン法の効果的な組み合わせについての検討

(財)茨城県総合健診協会 齋藤 洋子

平成15年5月に開催された第42回日本消化器集団検診学会総会にて、名誉ある平成15年度学会賞(第21回有賀記念学会賞)を受賞し、授与式の後に(財)茨城県総合健診協会顧問福富久之先生の座長の下で受賞講演をさせて頂きました。以下はその要旨です。

【目的】 胃癌発見のスクリーニングとして、広く間接X線撮影法(以下X線法)が用いられています。さらに、ペプシノゲン法(以下PG法)が開発され、その有用性が確立しつつありますが、地域胃がん検診におけるX線法とPG法の効果的な組み合わせに関しては未だ確定はしていません。この課題を検討するためにX線法とPG法による同時併用モデル検診を実施しました。

【対象】 本人の同意を得て、平成12年度、13年度にX線法とPG法による同時併用検診を受けた1,524人と1,327人を対象としました。

【方法】 PG法の判定は1+:PGI 70ng/ml以下かつI/II比3.0以下、2+:PGI 50ng/ml以下かつI/II比3.0以下、3+:PGI 30ng/ml以下かつI/II比2.0以下を用い、2+以上を要精検とし(図1)、X線撮影は200%の高濃度低粘性バリウム120mlを用いた新撮影法で行い、ダブル読影で判定3、4、5を要精検としました(表1)。

【結果】 平成12年度と13年度の同時併用検診対象者の1)男女比はそれぞれ1:1.72と1:1.60でした。

2) 年齢階級別割合はそれぞれ40歳未満4.9%と9.0%、40歳代15.6%と24.1%、50歳代32.2%と37.5%、60歳代32.0%と20.3%、70歳以上15.3%と9.2%と平成13年度は12年度よりも若年でした。

図1 PG法の判定 2+以上を要精検

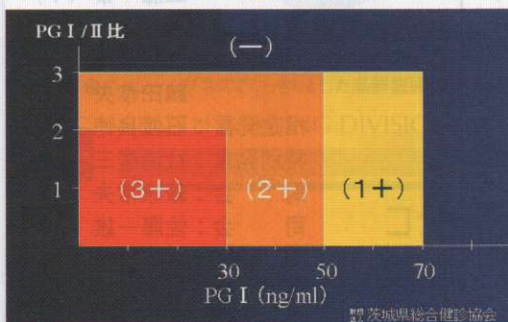


表1 間接X線法 判定3、4、5：要精検

| ◆撮影方法 | | ◆読影判定基準 | |
|----------------------|--|---------|--|
| 判定 | 所見 | 判定 | 所見 |
| 1 前壁二重造影像(下部) | 0 読影不能。 | 0 | 読影不能。 |
| 2 前壁二重造影像(上部) | 1 全く異常のないもの。 | 1 | 全く異常のないもの。 |
| 3 背臥位二重造影正面像 | 2 軽度の異常を認めても、精検は不要と判定したもの。 | 2 | 軽度の異常を認めても、精検は不要と判定したもの。 |
| 4 背臥位二重造影第一斜位像 | 3 病変の存在を疑い、精検を要すると判定したもの。確実に存在する良性疾患であると判断しても治療目的を要し精検を要すると判定したもの。 | 3 | 病変の存在を疑い、精検を要すると判定したもの。確実に存在する良性疾患であると判断しても治療目的を要し精検を要すると判定したもの。 |
| 5 背臥位二重造影第二斜位像(振り分け) | 4 病変を確実に指摘でき悪性を疑い、精検を要すると判定したもの。 | 4 | 病変を確実に指摘でき悪性を疑い、精検を要すると判定したもの。 |
| 6 半立位二重造影第二斜位像 | 5 病変を確実に指摘でき悪性を非常に強く疑うと判定するか、確実に悪性であると判定したもの。 | 5 | 病変を確実に指摘でき悪性を非常に強く疑うと判定するか、確実に悪性であると判定したもの。 |
| 7 強半立位二重造影第一斜位前屈像 | | | |

3) 年齢階級別のPG法の要精検率はそれぞれ40歳未満8.0%と0.8%、40歳から59歳16.6%と12.4%、60歳以上29.3%と24.0%でした。

4) 平成12年度と13年度の間接X線法における胃がん検診の年齢階級別要精検率はそれぞれ、男女の40歳未満5.5%と4.5%、40歳から59歳10.3%と8.9%、60歳以上14.0%と12.6%でした。年齢階級が上がると高くなっていきますがPG法ほど顕著ではありません(表2)。

表2 年齢階級別要精検率 (%)

| 年齢階級 | H12年度 | | H13年度 | |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| | PG法 | 間接X線法 | PG法 | 間接X線法 |
| 39歳以下 | 8.0 | 5.5 | 0.8 | 4.5 |
| 40~59歳 | 16.6 | 10.3 | 12.4 | 8.9 |
| 60歳以上 | 29.3 | 14.0 | 24.0 | 12.6 |
| 全体 | 22.2 | 11.6 | 13.7 | 10.3 |

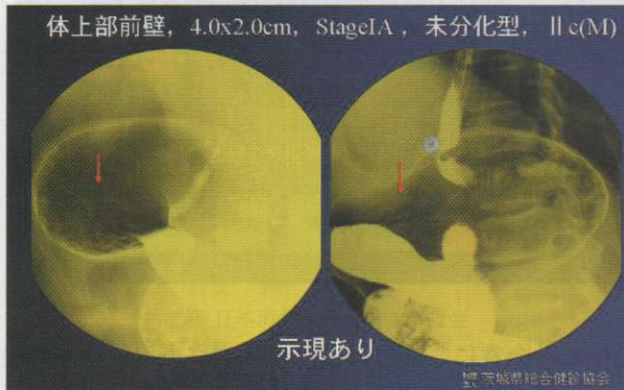
5) 同時併用検診全体の要精検率は31.4%と22.1%、PG法単独は17.7%と11.6%、X線法単独は9.2%と7.3%、X線法とPG法共に要精検は4.5%と3.1%でした。一般的に要精検率はPG法もX線法も年齢階級が進むにしたがって高くなるため、受診者の年齢構成により全体の要精検率が変動していました。

6) 同時併用検診の癌発見率は12年度が0.26%(4人)で内訳はPG法のみ要精検から前壁の粘膜内癌2人、X線

(財)茨城県総合健診協会

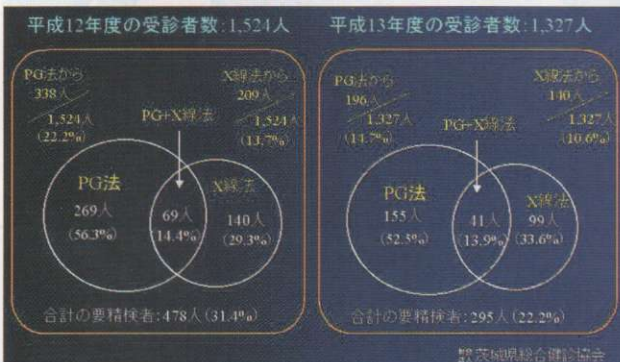
法のみ要精検(判定4)から病期Ⅳの進行癌1人、病期Ⅱの早期癌1人でした(症例提示図2-5)。13年度の発見

図2 71歳男性：初回PG法=陽性3+、X線法判定=1



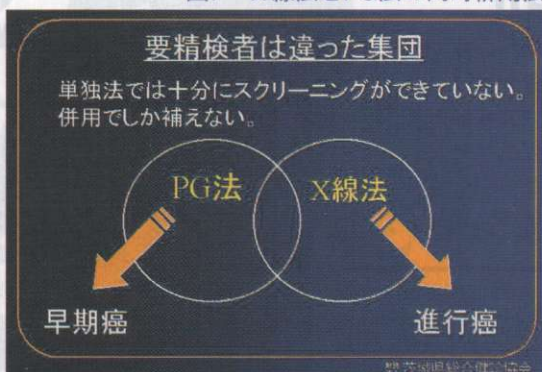
率は0.07%(22人)で内訳はPG法のみ要精検から前壁発生の早期癌1人、X線法のみからの要精検判定5からの早期類似進行癌1人でした。PG法とX線法両方からの要精検者の割合は非常に少なく(図6)、それぞれ別々の要精検者を拾い出していると考えられ、また、胃

図6 平成12、13年度 同時併用検診成績(要精検者内訳)



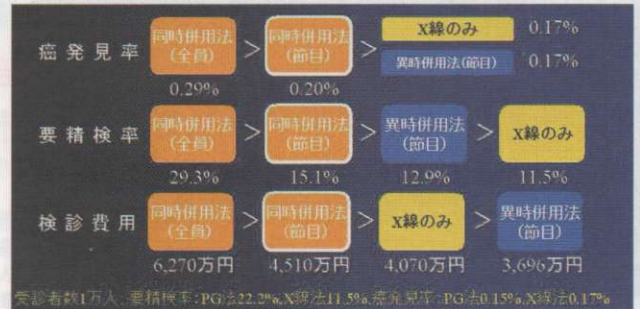
癌発見においても、PG法は早期癌、X線法は進行癌の発見を得意としており(図7)、両方は互いに補完する関係ありました。平成12年度の同時併用モデル検診のデータを元に、PG法とX線法の癌発見率を0.15%と0.17%、要精検率を22.2%と11.5%、検診料金を2,200円と4,070円、想定受診者数を1万人として概算比較を行いました。PG法を全員同時併用、節目年齢のみの同時併用と異時併用とした場合、癌発見率はそれぞれ0.29%、0.20%、0.17%、要精検率は29.3%、15.1%、12.3%、検診費用は現行法と比較して1.5倍、10%増、10%減でした(図8)。節目年齢

図7 X線法とPG法の同時併用法



における同時併用法が検診費用、要精検率からも現実的であり、癌発見率も良好でした。

図8 実施方法別の癌発見数と検診費用の比較



【結論】以上のことから、地域胃がん検診は高齢者が半数近くを占めている現状を踏まえ(図9)、検診は進行癌を見落とさないためにも従来のX線法の毎年検診をベースに実施し、PG法は2+、3+を要精検として、5年に1度節目年齢に同時併用すべきであると結論し、さらに要精検率を抑制するためにはPG法は3+のみを要精検、X線法の要精検率を正診できる症例(図10)から算出した6.73%程度(左頁表2参照)に抑えることが要精検者から効率良く癌が発見できる(表3、図11、図12)、と結論しました。

図9 年度別の受診者年齢階級別割合(H4~H13)



図10 確率眼の判定別割合(H9~H13年度)

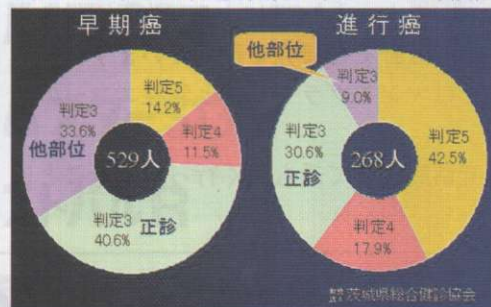


表3 算出した要精検率と5年間成績との比較

| | 判定5,4のみ | 判定5,4+判定3疾患 | 判定5,4+判定3正診 | 他部位未示現除去 | 判定5,4+判定3疾患・胃炎 | 5年間成績 H9-13年度 |
|---------|---------|-------------|-------------|----------|----------------|---------------|
| 要精検率 | 0.36* | 3.65* | 6.73* | 8.32* | 9.56* | 11.0 |
| 癌発見率 | 0.057* | 0.087* | 0.115* | 0.129* | 0.140* | 0.154 |
| 陽性反応適中度 | 21.3* | 3.09* | 2.21* | 2.01* | 1.90* | 1.80 |
| 進行癌の発見率 | 0.032* | 0.038* | 0.047* | 0.050* | 0.049* | 0.052 |
| 早期癌比 | 45.0* | 56.5* | 58.7* | 61.2* | 64.9* | 66.1 |

*5年間(H9-13年度)の成績と比較して有意差あり(p<0.005)

図11 平成12、13年度併用検診成績から得た、仮の要精検者内訳
PG法から3十のみ、X線法6.73%を要精検とした場合

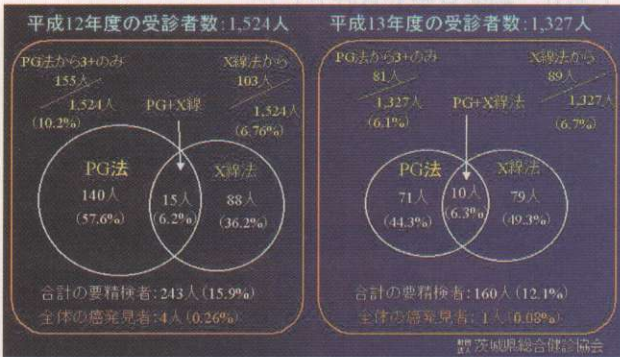
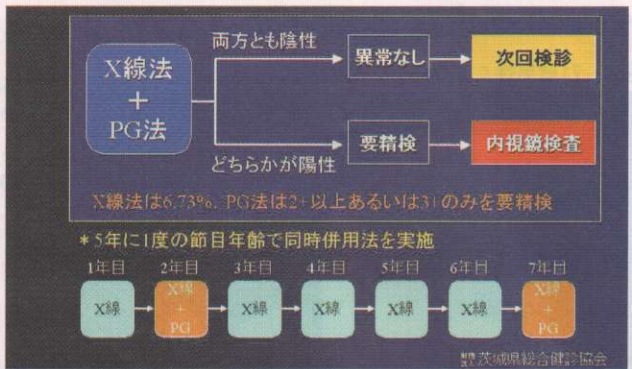


図12 実施方法



最後に松井義博氏、山下竜司氏、辰見政徳氏、柿元まゆみ保健師をはじめ(財)茨城県総合健診協会の関係各位、日本消化器集団検診学会の久道茂理事長、第42回学会磨伊正義会長、母校の浜松医大名誉教授金子栄蔵

先生、学会賞にご推薦頂いた横浜市立市民病院がん検診センター所長今村清子先生、座長の労をお取り頂いた協会顧問福富久之先生に感謝の言葉を述べ、受賞講演を終えました。

施設紹介

(財) 早期胃癌検診協会

当協会は1967年東京都中央区茅場町に設立されました。協会の事業は中央診療所での診療・検診業務といくつかの「研究活動」から成り立っています。「早期胃癌検診協会」という名称から当協会では胃癌の診断だけを専門に行っていると誤解されているむきもありますが、消化器系の全ての病気を診療しています。もちろん胃癌の診断と内視鏡的治療はもっとも得意とするものですが、大腸癌の診断や内視鏡的治療にも実績があります。また、マルチヘリカルCTを導入してからは肺癌検診への積極的な取り組みで胸部CT検診研究会での発表も行っています。またCTによる三次元画像を通して消化器の分野でも研究を行っています。婦人科の分野ではマンモグラフィと乳腺エコーの両方に対応しています。協会の研究活動として最も長く行ってきたことは

「早期胃癌研究会」です。全国の消化器系癌の研究者(大学病院、がんセンター、消化器を標榜する病院・医療機関)の討論と研鑽の場であり、また交流の場でもあります。毎月第三水曜日に東京で開催され、発足して以来検討をされた症例は1,800例を超えました。また、国内の医療機関や医師個人からの研修委託や研究協力を通して消化器系がんの技術指導や共同研究を実施しています。国際協力事業団(JICA)からの委託を受けて世界各国からの若手専門医に対しての研修も実施しています。今後も早期胃癌検診協会の特徴である臨床と研究との一体化により診療技術のさらなる向上を目指していきます。



(記：小沼 亨)

消化管運動促進剤

指定医薬品

ガスマチン®
錠5mg
錠2.5mg
散

〈クエン酸モサブリド製剤〉

■薬価基準収載

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

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



《65号掲示板》

第11回日本消化器関連学会週間
Digestive Disease Week-Japan 2003
(DDW-Japan 2003)

◇会 期：2003年10月15日(水)～18日(土)

◇場 所：大阪国際会議場、
リーガロイヤルホテル

第45回 日本消化器病学会大会
会長 寺野 彰

第66回 日本消化器内視鏡学会総会
会長 荒川 泰行

第7回 日本肝臓学会大会
会長 各務 伸一

第34回 日本消化吸収学会総会
会長 岩崎 有良

第41回 日本消化器集団検診学会大会
会長 井田 和徳
(朝日大学村上記念病院内科)

◇ DDW-Japan2003に関する問い合わせ先 ◇
〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13
銀座オリエントビル9階
DDW-Japan事務局
(TEL：03-3573-1254 / FAX：03-3573-2198)
E-mail：ddw2003@ddw.jp

第20回 部会研究会総会のご案内

第41回日本消化器集団検診学会大会では以下のとおり部会研究会総会を開催致します。2002年より大会時の部会研究会総会はDDW-Japanから分離独立して開催しております。そのため会場はDDWとは別になりますので、予めご留意下さい。

日 時：平成15年10月18日(土)
会 場：大阪コミュニティプラザ
世話人：第41回日本消化器集団検診学会大会 会長/井田和徳
担当理事：千葉県対がん協会検診センター 林 學

《問い合わせ先》 社団法人 日本消化器集団検診学会
〒112-0014 東京都文京区関口1-14-7 和田文栄ビル2F
TEL：03-3235-6754 / FAX：03-3235-6747

第43回

**日本消化器
集団検診学会
総会のご案内**

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

消化管の診断にカイゲンの造影剤シリーズ

●CT用経口・消化管造影剤 健保適用●

バリトップCT
Baritop CT

硫酸バリウム 150%製剤 **バリトップガル150**

硫酸バリウム 140%製剤 **バルギンS2号**

硫酸バリウム 130%製剤 **バムスターS130**

硫酸バリウム 120%製剤 **ベストバルR**

●粉末状高濃度・消化管造影剤 健保適用●

バリトップHD
Baritop HD

ベストバルP
Bestbar P

一般透視撮影台用BaSO₄造影剤遠隔注排装置

イネマテイルター

CK-85

遠隔操作でバリウム造影剤や空気注入・排泄ができ
安全性と機能性に優れた注排装置で、注腸二重造影
法における診断価値の高いX線写真が得られます。

承認番号(06B)第0672号



Kaigen 株式会社 カイゲン

[資料請求先] 株式会社カイゲン 学術部 大阪市中央区道修町2丁目5番14号

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。



山岸 忠好氏(日本健康倶楽部千葉支部) 放射線部会代表世話人に就任

この度、第四代目の代表に就きました山岸です。
第35回山梨部会総会の挨拶でも申し上げましたが豊臣秀吉の「泣かせて見せようホトトギス」の精神で我が放射線部会の目的、目標、役割等を明確に確立していきたいと思っています。
本部会の会則を遵守し民主的な世話人会の開催と運営のもとに闊達で、しかもフリーダムな発言や意見を言える環境づくりを目指したいと思います。
その為には現在、一都九県で760余名いる部会員にも毎月の世話人会議事録を伝達して行き部会員からも各県の世話人を通して貴重な意見を頂きながら輪を広げて

行きたいと思考しています。
丸山雅一先生の諸ご講演に象徴されますように私どもは一丸となって一つに纏まらなければ何をして行くにも前進できません。認定技師をはじめ消化管撮影技師の実態調査等にもご提示を頂いております。大変な作業ですが実現を図れるよう努力したいと思います。
また、世話人会の在り方も世話人のための世話人会の開催に終始しないよう十分な配慮と次世代へのバトンタッチをも視野に入れ歴代の代表に遜色のないよう努める所存ですので宜しくお願い申し上げます。

● 好評 医用 画像 図書 ●

表示価格はすべて本体価格(税別)です。

注腸X線検査の標準化

— 1cmの大腸癌を見逃さない—
監修=社日本放射線技師会・消化管画像研究会/編集=注腸標準化研究会
“救命可能な大腸癌の発見”をスローガンに、安全かつ高精度の検査を確立するための検査指針として、1997年に「注腸X線検査標準化(案)」を刊行。以来、関連諸学会等に本書に示した標準化が広く認知されるに伴い、基準の不明瞭な点、理解しにくい点、現実には必ずしもスムーズにできない点などの意見を要望をもとに大幅な改訂を行い、「標準化(案)」から検査指針の「標準化」として装いを改めた。 ● 3,000円

消化管検査マニュアル

監修=中村實/編集=社日本放射線技師会消化管検査指針委員会
21世紀の消化管画像検査は診療放射線技師が担うものとし、そのために必要な読影、内視鏡、病理の解説に重点がおかれた。また感染、救急時の対応、被曝、アメニティ等を検査の一環として位置づけ、それらが集約的に検査に反映されることで、安全かつ精度の高い受検者中心の検査が可能となるよう全人的な教育を目的に構成。 ● 7,500円

大腸X線検査

ステップアップ・基礎と臨床
監修=中村實/著者=江原功・吉村平
大腸の検査法を二重造影法の撮影技術としてとらえ、基礎と臨床に大別して、初心者から中級者を対象により簡便で診断能の高い検査方法を示す。 ● 9,030円

病変を確実に拾い上げるための 胃癌検診撮影テクニック

監修=日本放射線技師会・消化管画像研究会/著者=木村俊雄
胃集団検診では、病変の早期発見のために最大限の撮影情報が求められる。その検査法の基本から精度向上に必要な実技の工夫までを縦横に示し、いかに短時間で診断価値の高い写真を撮るか、ことにポイントとなる透視観察上の迅速な判断、およびバリウムの流し方と付着のためのテクニックを詳説。病変を確実に拾い上げることを目標に、長年最前線で培った経験に基づく検査手技を総覧した。 ● 3,500円

消化管臨床実習マニュアル

— ビギナーからエキスパートまで—
監修=中村實/編集=社日本放射線技師会消化管検査指針委員会
上・下部消化管検査の一連の流れに沿いつつ、撮影法や造影手技のポイントを中心に構成。Q&A、用語集を充実させた基本マスター用コンパクト版。 ● 3,000円

医療被ばくガイドライン

患者さんのための医療被ばく低減目標値
編者=日本放射線技師会・医療被ばくガイドライン委員会
日本における医療被ばくは先進諸外国に比してもきわめて高いことから、社日本放射線技師会では専門委員会を組織し医療被ばくを低減するためのガイドラインを作成。その検証と遵守は、21世紀医療を担う診療放射線技師の役割であるとともに、医療被ばく低減を実現するための大きな目標となる。 ● 1,500円

●お求めは、もよりの書店にお申し込みください。
●電話、FAX、ホームページの注文欄でもお受けします。(送料300円) 〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目23-1
TEL: 03(3818)9821(代) FAX: 03(3818)9371
<http://www.iryokagaku.co.jp> 書籍の詳しい内容はホームページをご覧ください。

医療科学社

971161

食道癌治療ガイドライン

医師用 2002年12月版

日本食道疾患研究会 編
これまでの臨床的研究に基づいた多くの豊富な文献を解析して、現時点で最も適切と考えられる標準的な治療法を提示。食道癌治療に携わる医師待望のガイドライン。
ISBN4-307-20173-6 B5判 2色刷 52頁 6図 原色4図 定価(本体1,300円+税)

胃癌治療ガイドライン

医師用 2001年3月版

日本胃癌学会 編
患者の病態に合った適正な治療法の適応を示すことで治療の施設間差を減少させ、無駄な治療を廃し、安全性と治療成績の向上を図ることを目的とした指針である。
ISBN4-307-20155-8 B5判 2色刷 32頁 定価(本体800円+税)

胃がん治療ガイドラインの解説

医師用 2001年12月版

胃がんの治療を理解しようとするすべての方のために
日本胃癌学会 編
好評の「胃癌治療ガイドライン 医師用」を患者、その家族はもちろん、医師以外の方々のために解説した本で、ガイドラインが理解できるように、順を追ってできるだけ分かりやすく説明。
ISBN4-307-20161-2 B5判 64頁 27図(オールカラー) 定価(本体1,000円+税)

最新エビデンスに基づく胃がん診療ガイド

安達 洋祐 著
胃がん診療に関する最新のエビデンスを、六つのテーマに分けて整理。欧米の雑誌に掲載された良質な臨床研究を広く収集し、最近10年間に発表された新鮮な論文を詳細に紹介。
ISBN4-307-20175-2 A5変型判 228頁 1図 定価(本体2,800円+税)

金原出版

〒113-8687 東京都文京区湯島2-31-14 電話03-3811-7184(営業部直通) FAX 03-3813-0288
振替00120-4-151494 ホームページ <http://www.so-net.ne.jp/medipro/kanehara/>

平成15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による平成15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15年8月24日（日）13：00～15：00
場所：日本大学理工学部駿河台校舎

※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。会場への問い合わせはしないで下さい。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（プラスチック消しゴム）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合否通知書を郵送します。

食道から大腸まで

適確診断のために……

薬価基準収載

【硫酸バリウム製剤】

上部消化管X線造影剤

バリテスター[®]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[®] 流動ペースト

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

(ジメチコン製剤)

緩下剤

ファースル[®]錠

(ピコスルフォートナトリウム錠)

経口腸管洗浄剤

スクリット[®]

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

FSK 伏見製薬株式会社

・資料請求先 / 学術室

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

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

やさしさと温もりをもって届きたい。



第9回 「市川杯」開催

去る5月20日、第9回「市川杯、百獣の王」コンペが茨城県にあるセコビアゴルフクラブにて開催されました。コンペ前日まで天候があやぶまれましたが、参加者の日頃の行ないの良さに助けられ、雨も降らず、寒くも暑くもなく、風もなくとゴルフには絶好のコンディションとなりました。しかし、天候とは裏腹に市川先生が急遽体調不良のため出席できなくなり、一緒にプレーするのを楽しみにしていた市川先生ファンの皆様方には寂しい思いをされたことと思います。

今回は、市川先生が欠席のため始球式は行われず、インとアウトに分かれて6組21名の選手が優勝を目指して黙々とスタートを切りました。会場となったセコビアゴルフクラブは風光明媚であり、大変素晴らしいコースでありました。しかしウォータハザードが効いており参加した多くの選手が苦しめられ、景色を眺められるほどの余裕を見せる事ができなかったのではないかと思います。その難しいコースを制したのは、わが胃集検の大先輩でもあり永年市川杯の幹事でいらした藤井照巳氏（労働医学研究会）が4アンダー（イン46アウト50ネット68）の成績で優勝を飾りました。また、第2位には市川先生と一緒にプレーするのを楽しみにして

いらした竹原靖明先生が3アンダー（イン43アウト48ネット69）で参加者の中で唯一おひとり84のバズグロを出しながらも僅少さで優勝を逃がしました。3位は松浦弘幸氏（東芝メディカル）が3アンダーと健闘しましたがハンディキャップの差で3位となりました。百獣の王は前回準優勝の中島唯夫氏（島津メディカル）が手中に納めました。丸山先生は2アンダーと好成績でしたがやはり市川先生の代役を勤めて気疲れされたのか惜しくも入賞できませんでした。

大会は丸山先生をはじめ参加者の皆様に助けて戴き、無事にコンペを終了する事ができました。次回もさらに大勢の方に参加していただければと思います。

市川先生にはお体に気をつけていただき、次回はお元気に姿で参加していただけることを祈念しております。追伸：市川先生はその後体調を回復され、お元気にられました。



日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会／第35回放射線部会総会を終えて

山梨県健康管理事業団 竹野 数馬

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会第35回放射線部会総会は、平成15年2月22日に開催されました。参加登録者数は241名であり大成功と考えられました。メインテーマを「文化を学び変化を受け入れる」として計画を進めていき、多方面から助言を頂きながらプログラム委員のメンバーと議論をいたしました。まずシンポジウムに、先に日本消化器集団検診学会から新・胃X線撮影法の＜胃X線撮影法標準化委員会＞基準案が答申され、その胃X線撮影法を元に撮影する技師が撮影枚数、体位、撮影の流れをどう考えるか、実際基準案で撮影を実施してみて何処に従来の撮影法と違いがあるか、その比較と癌発見率の違い、そして問題点があるかについて（8枚撮影法の意義）シンポジウムを企画しました。先人が脈々と培ってきた文化の火（胃集検）を絶やす事なく伝承することと、そして世の中の流れを敏感に察知してこれを取り入れる柔軟さを持ち合わせていく事がこれからの技師には不可欠ではないのかと思うからです。

午後は教育講演、特別講演、文化講演と高名な先生方のお話を拝聴しました。

これからの放射線技師は、複雑化する医療界において胃癌検診専門技師としてどう変わらなければいけない

のか、今そこに有る問題点は何か、なにをすべきか、国民の利益になる事は何かを各自が感じとって頂けたことと思われまます。

また、今年度の市川賞には大宮市医師会市民病院の長谷川利次様、技術賞には第24回消化管造影技術研修会のフィルム評価で最高得点を獲得した東京都予防医学協会と栃木県保健衛生事業団様が受賞されました。そして今回第35回放射線部会記念大会ということで今まで放射線部会に貢献なされた斎藤裕久様、海老根精二様、佐藤忠様三名の世話人に特別表彰として記念品と表彰状が贈られました。受賞されました皆様方おめでとうございました。

部会開催が決まった時から何かとご助言を頂いたプログラム委員、部会世話人の皆様、開催に向けて惜しみなく尽力して頂いた実行委員の皆様方にこの場をお借りしてお礼申し上げます。



「初心者のための腹部超音波実技講習会」 に参加させていただいて

財団法人 健康医学予防協会
宮内 和美

私が勤務している機関は、健康診断・人間ドッグを主な業務としています。私は今まで巡回健診班の担当でしたが今年から人間ドッグの内容を覚える為、超音波を勉強することになりました。昨年も先輩方に教わりながら少し練習したのですが、今年は本格的にする事になりましたので講習を受けてみたいと思い、急いで申し込ませていただきました。私の機関からは私を含め4人申し込み全員が参加できる事となり、この日がとても待ち遠しかったです。

まず初めにタイムスケジュールを見た時に「実習時間がずいぶんあるなあ～」と思いました。各グループごとに集まり自己紹介し超音波を始めようとしたきっかけを話しました。参加の皆様それぞれ色々な経緯があり興味深かったです。現在私は毎日超音波の勉強ができる環境にいるので恵まれているなと思いました。

各臓器1時間のうち講義は15分で残りの時間はすべて実習でした。受講生5人に対し実技講師一人が時間を区切ってマンツーマンで教えていただきました。同じグループにプローブを握るのは初めてという方がいらっしゃいましたが、最終的には出したい画像を出せるようになっていました。

私は実際に受診者の方を撮らせてもらっていましたので、さらに知識を深めたり復習をする良い機会になりました。そしてまだ見足り無い点、実は見ていなかった点が結構あった事に愕然としました。体位変換もあまりしていなかった。「これではいけない、まだだなあ」と思いこれからの課題となりました。私と同じ機関の4人は全て異なるグループだったので結果的に4人の講師からのお話を聞く事が出来ました。それぞれ得た知識・情報をみんなで話し合い上達のために役立てようと思います。

最初に「今回の目標はプローブを握った事が無い方でも明日からすぐにエコーを撮れるようになること」と言われ、「そんな事できるのかな?」と思ったのですが、講習会が終わった頃には「できる」と思いました。これもみな今回主催してくださった超音波部会の方々、そしてわかり易く丁寧に教えて下さった講師の方々のおかげです。本当に有難うございました。

これからの要望として、この内容から一歩進んで、早くできるようになるコツ、この状況・この所見の時はこうすると良い、の様な講座があると良いと思います。付け加えてもう少しプローブを握る時間がほしかったので受講料は高くなってしまっても知れませんが講師一人に対し受講生4人位がいいのでは、と思いました。

ともかく、とても勉強になった事ばかりで参加できて本当に良かったです。内容のさらなる飛躍を期待致します。

E-Z-HD

低放射線収量



高濃度 消化管X線造影剤

イーゼー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



●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

製造元 **EZEM**[®]
E-Z-EM, Inc.
717 Main Street, Westbury, NY11590, U.S.A.

輸入販売元  株式会社 東邦化学研究所
〒130-0023 東京都墨田区立川3-11-11
TEL (03)3634-0831 FAX (03)3634-0955

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (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

いいかげんにしろ 近藤 誠君!

珍説の再登場と

『文藝春秋』の無責任

(財)早期胃癌検診協会理事長

丸山 雅一



(→前号よりつづく)

増大・進行が速くなければがんではないのか

近藤誠君の論法の根幹には、がんというものは、その発育・進展がゆっくりしては駄目で、速くなければいけないという大きな前提があるようです。また、人間を殺してしまうものではないかという固定観念があるようです。そのような前提、ないしは固定観念の結果として、「要するに早期胃癌の性格は、人によって大きく異なる。それらをひとくくりにして「早期胃癌」と名づけた」ことが、医学者たちがおとした最大の誤りです(2001年11月号)と大胆に言いきり、さらに、「顕微鏡下で「がん」の顔つきをしても、なかなか増大・進行しないものには、「がんもどき」とでも名づければよかった。そういう慎重な態度をとってれば、潰瘍がん化説ももっと速く消えていたはず」と続けます。

近藤誠君のこの言は結果と原因を逆転させた説明です。早期胃癌の発育・進展が遅くないということが確認されるのは、早期胃癌の症例が十分に蓄積されてからのことで、時間的には、潰瘍がん化説よりもずっと後になってからです。胃潰瘍のがん化説は、むしろ、乏しい研究材料に基づいて行われていました。

そのことはともかく、私は、早期胃癌はある時点まではゆっくりと発育するのが特徴であり、それがなんで「がんもどき」なのかいまだに理解できません。ある時期、胃がんがゆっくり発育することがあったとしても、それはがんであることを否定する理由にはなりません。

ただし、このように私が考えていることも、実は、正確ではないのです。何故ならば、胃の粘膜内のどこかでがんの芽が何時発生したかを知ることができないのは自明のことですから、ある時点でその発育が遅いと感じても、それは胃がんの自然史のほんのわずか、言い方を換えれば、臨床的に捉えることができたほんの一部にすぎないのです。早期胃癌の発育が本当に早いのかどうかは知ることができません。

早期胃癌という名称は慎重な議論の結果誕生した

これまでの研究によれば、私どもが陥凹型早期胃癌と称している1群の病変の場合、粘膜内にとどまっている時間は数年から10年と非常に幅があります。もっとも長い報告例は21年7か月というのがあります(小越和栄・胃と腸27巻・51~58頁・1992年)。しかし、がんが粘膜下層に浸潤すると、ここにとどまっている時間の平均はおよそ1年であると報告されています(西沢護・胃と腸27巻・17~24頁・1992年)。

研究者達が感じていた違和感は、胃がんの発育・進展

という時間の要素を無視して、深達度すなわち、がんの深さを目安にして早期胃癌という考え方を提唱したことからくるものでした。しかし、このような結論に落ち着くまでには、議論が百出したことは記録に残っていませんし、慎重な議論が重ねられたのです。「慎重な態度をとってれば」と近藤誠君は記していますが、慎重の上にも慎重な議論の末に早期胃癌という名前は誕生したのです。事実、この早期胃癌という命名は、外国からは少なからず批判がありました。しかし、現在は、早期胃癌は国際的に認知され、定着しています。

もしも、近藤誠君が指摘するように、早期胃癌の発育・進展がゆっくりしていることが客観的事実であるとすれば、それは、早期がんという実体が経時的に画像として認識されるようになったからに他なりません。それは、すでに解説したように、胃がんの自然史からみればごく一部にすぎないのですが、それを可能にしたのは、二重造影法の開発に始まる診断学の進歩です。診断学が進歩したからこそ、胃がんの自然史の一端が明らかになったのです。

胃がんの見逃しと診断の精度管理

また、もうひとつ忘れてはならないことがあります。それは、胃がんの発育・進展の様相が明らかになったのは、レントゲン診断によるがんの見逃し例について遡及的解析が多くなされたからです。胃に限らず、がんの見逃しについては医師も医療機関も口をつぐんでしまうことが多いのが実情です。しかし、現実には、少なくありません。患者本人の意志で手術を拒否して経過を観察している例よりも何倍も多く、結果的に見逃しと判明した例から私どもは非常に多くのことを学んできました。早期胃癌は進行がんになることもその経験から明らかになったのです。

今、敢えて書きますが、近藤誠君がしばしば例にだす故逸見正孝さんの場合、胃がんであることが明らかになるまで何回かの検査が行われていたとしたら、いずれかの時点でがんが見逃されていた可能性が高いと言えます。

故逸見正孝さんは胃の内視鏡検査を受けていたのだから見逃しはあり得ないと思われるかもしれませんが、内視鏡検査による胃がんの見逃しは珍しくありません。その証拠に、昨年、衝撃的な論文が日本から世界に向けて発信されました。1993年度に胃の内視鏡検査を受けて胃がんはないと判断された3,672人の患者のなかから、翌1994~1996年までの3年間に内視鏡検査で32人(0.9%)に胃がんが発見されたというものです(Endoscopy33巻・348-352頁、2001年)。これを発表したのは、福井県立病院外科の細川治先生です。彼は、この論文で60~69歳の人、あるいは、胃粘膜の萎縮が強い人は内視鏡検査を繰り返し(毎年)受けるべきだと主張しています。

私どもが現在抱えている問題は、内視鏡検査で見逃されている胃がんが果してどのくらいあるのか、が不明なことです。したがって、細川先生の成績を比較するデータも実はありません。私は、癌研病院時代、レントゲン診断による見逃しの実態を明らかにしたことがあります。これによると、1981~1982年の2年間に癌研病院では、17,774件の胃レントゲン検査が行われ、11例の胃がんが見逃されていました(外科治療26巻・1743~1752頁、1984年)。

私は、この論文を書くために、1万件を越える診断データ（レントゲン診断・内視鏡診断）・生検診断・手術例の病理診断）をコンピュータに入力しなければなりませんでしたから、その労力と費用は大変なものでした。

検査による診断がどの程度正確であったかを検証し、より正確な診断を目指す一連の仕事を精度管理と言うのがこの業界のしきたりですが、これは、見逃しという強烈な言い方を和らげているにすぎません。日本においても、米国並に不適切かもしれない医療に対して訴訟が頻発するようになれば、この精度管理の問題が見直されるようになるかと言えば、それは違うのではないかと私は考えています。

レントゲン検査では、その質の良悪にかかわらず記録が残りますが、内視鏡検査では、部分的な胃の内腔の写真しか残りません。恐らく内視鏡の専門医は、なるべく写真を撮らないで、自分が視て異常なしと判断したのだからその時点では間違いはないと主張するようになるでしょう。私の予測としては、内視鏡による胃がんの診断は、今後、質的に低下する傾向に向かうでしょう。大事なことは、レントゲン検査でも、内視鏡検査でも胃がんの見逃しは同じ程度に存在するということです。

「がんもどき」説のどこが理論的でないか
「来る人、来る人、たいてい手術されて」という表現や、「盛んに手術が行われていたので」という言い回しは、文学の世界の語法であり、医学を語る際の語法ではありません。近藤誠君お得意のくじ引き試験は、このような文学的な表現を排除して、わずかの数字の差で有意差の有無を検討する手段です。

また、細かいことですが、「胃潰瘍はご承知のように、胃の粘膜が欠損して穴が掘れた状態で」というのも厳密には誤りです。胃の粘膜が欠損した状態はびらん（糜爛）です。胃潰瘍とは、粘膜下組織以深の組織欠損がおき、これに対して生じた体の防御機転の結果、欠損部が繊維性の組織で置き変わった状態のことです。

さて、このあたりで近藤誠君の牙城である胃がんの「がんもどき」説に迫り、私なりの反論を試みることにします。引用する箇所は少し遡ることになりますが、次の1節が非常に重要です。それは、第1の論文に書かれている以下のパラグラフです。

「早期胃がん学者の名誉のために記すと、現在早期胃がんとしてされているもののなかに、進行がんに移行するものがあることは確かです。ただ、早期胃がんのすべてがそうではない。これまでに放置・観察されたケースを集めてみると、なかなか大きくならないものが多数派です。なかには、自然に消失するものもあります。それゆえ、早期胃がんなのに胃切除といわれたら、増大するかどうか2~3か月様子を見るという方法が成立する、とうとうところまで話が戻ってしまっている。」(2001年11月号)

もうひとつは、このパラグラフの内容を補強するような形で二つめの論文に記されている以下のパラグラフです。

「別の一人は、担当医に胃の三分の二切除を申し渡され、「切らなければ2年から5年で苦しんで死ぬことになる」といわれました。セカンドオピニオンを求めた国立がんセンターでも、同じ言葉を聞いたといいます。彼はわたしに相談したあと、切らないことに決めたのですが、1年後の検査で、がんは消えていました。その後ずっと元気で、検査以来丸5年になります。」(2002年1月号)

以上、たった二人の事例で早期胃がんが進行がんにならないと推論することが科学的かどうかの判断は読者の判断にまかせます。ここでは、そのことは不問にして少し理屈を書いてみましょう。

がんは消えたということですから、この論文を読んだ読者のなかには近藤誠説を信用して、早期がんを診断されても自分は治療をしないという意志表示をした結果、数年の後にがんは転移を来して根治手術の機会を失ってしまう人は、がんが消えてしまった人以上に存在することになるでしょう。これが私の言い分です。しかし、一歩譲って、近藤誠「がんもどき」説を認めるとして、手術を適当な時期に受けなかったためにがんが転移を生じ、生命が危うくなる人が一人でもいたら、近藤誠君はその人にどのような釈明をするのでしょうか。

私が臨床医としてもっとも大切にしたいのは、個人が救われるという一点です。これに対して、近藤誠君は、すぐにくじ引き試験のを持ち出します。早期胃がんを発見することによって個人が救命されること、すなわち、検診の臨床病理学的評価と、検診によって集団の死亡率が低下するという疫学的な評価をときに応じて使い分けて、このことに詳しくない一般の人達に混乱を与えることは、医師の倫理に悖ることです。くじ引き試験に始まる近藤誠君のもうひとつの持論については最後に反論します。

早期胃がんを放置して一人でも不利益を被る人がいるとすれば、放置すべきではありません。しかし、発見、即手術は不要です。「切らなければ2年から5年で苦しんで死ぬことになる」と言った医師は、手術するまでの期間をどの程度見積もったのでしょうか。そのことは記載せず、脅迫まがいのことを言った医師を非難するのは納得がいきません。

近藤誠君の常套的殺し文句をここで思い出してみよう。「胃がん検診が有効かどうかはくじ引き試験がなされていないから結論は出ていない。」これは、彼が何回となく主張してきたことです。したがって、彼は、早期胃がんが進行がんになるかどうかは、くじ引き試験をしていないから判らない、と主張すべきです。とは言うものの、これは実現が不可能ですから、早期胃がんを診断された人にくじを引いてもらい、放置癌と治療群の二群に分けて最小限5年生存率を比較すべきでしょう。近藤誠君が本当に真剣に自説を検証し、手術によって胃を失う胃がん患者のことを憂慮しているのであれば、自らがそのくらいのアピールして欲しいものです。文藝春秋の絶大なサポートがあるのですから、そのくらいのことは簡単に実現可能だと思います。

科学における理論というもの、観察的事実の積み重ねの上に構築されるものですから、ある現象を観察して、そこにある種の法則性を見いだすことが可能かもしれない、という確信を得たならば、まずは同じような観察的な事実を数多く積み重ねることです。そして、最終的には、可能であれば、くじ引き試験によって、偏りのないデータを作りだし、これを検証するのが理想です。

しかし、近藤誠君の、「早期胃がんは進行がんにならない」という主張は、思いつき以前の段階でしかありません。10人にも満たない観察的な事実では、どうしようもないのです。(次号へつづく)

編集後記

新型肺炎（重症急性呼吸器症候群＝SARS）発生
世界保健機関（WHO）が6月5日夜現在、まとめた世界の新型肺炎感染状況によると、SARSによる死者数は775人となり、感染者（感染可能性例も含む）は8,403人だった。死亡率9%。SARSは世界各地で猛威をふるっており、院内感染に対して対応策をとることの重要性が指摘されています。中国、台湾それにカナダのトロントなどで医療スタッフがバタバタ倒れて患者になっている。同じ医療に働く者として恥ずかしい気がするが、とにかく凄まじい感染力である。皆マスクをつけて街を歩き、自転車に乗り、空港でも学校でも家庭でも体温測定が必須である。ホテルの部屋の下水配管パイプ中にウイルスが漂い感染が広がったそう。洗面台の下の配管を覗いて見ると、逆U字型にわざと水が途中で溜まって流れ難いように配管している。子供の頃だったか、ものの本にこれは下からの臭気が上がって来ない為だと書いてあったのを思い出した。こんなところにも感染予防の差がでてくるようだ。

6月7日、厚生労働省が平成14年度の人口動態総覧を発表した。死亡数を死因順位別にみると、相変わらず第1位は悪性新生物が男女とも1位で、胃がんの死亡率は年々減少してきている。これを見て「胃がんが減ってきたので、年間の胃集検の検診対象者数も、検診車数も減らし、またそれに投資する費用も段々削減していいのでは、と考えるのは当然だろうか。」前号に、新潟の佐々木壽英先生が書かれているように、「検診による早期がん発見と治療成績の向上により死亡率減少効果が現れてきている。」。胃集検が始まって以来今日までの集検従事者みんなの地道な努力の成果で死亡者数が減少している。

今日、病院でもバリウムによるX線検査が激減し、内視鏡検査に代わっている。「胃がん検診専門技師」制度は発足したが、検診に従事する技師数も要らなくなった。なんという矛盾だ。この制度で専門技師になるには、大きな病院などで勤務交代制をしいているところでは、その受験資格である「撮影実績」が足りず、はねられる。これも技師の取得意欲を奪うことになる。なんとか変えてもらいたいものである。そんなわけで「胃がん検診専門技師」諸君と、成りたくても「資格なし技師」の間に嫌な空気が介在することに成りはしないか。歴史を振り返ると、昔「軽井沢アピール」を打ち出し、全国の技師が立ち上がった時の勢いが今はない。

一方、各地で高度な胃の勉強会が開かれているのも事実である。X線撮影や読影はもちろん病理のルーベ像から、粘膜の違い。分化型、未分化型がんの選別。

がんの進達範囲の検討。病理結果からもう一度X線二重造影像を見て、がんの進達範囲をルーベ像から推測する。それと撮影テクニックの注意点。バリウムの違いによる粘膜面の描出能。やはり発泡剤よりゾンデを使用したいとか。いろいろ面白そうである。

小生は元慶応におられた熊倉先生のバリウムX線検査を見せて頂いたことがある、もう今からは先生のようなバリウムX線検査に賭ける医者は出て来ないだろう。皆様内視鏡信者になっていく。手術の前にバリウムX線検査施行を必須にしたいと、主張できる心ある医師も少ないのではないだろうか。

例年2月に当地方会主催の消化管造影技術研修会が千葉で開かれている。今年で24年目を終えた。3泊4日の缶詰研修会だが毎回80名位、全国から参加され好評のようである。その参加者が持参する間接X線フィルムを毎年会場で見せてもらう。全体的には年々良くなって来ているが、中には毎年同じで、全然改良や進歩が見られない施設がある。それはその施設の責任者（もちろん医者ですが）の意向で昔のままの撮影体位で、大勢の受診者を受け入れていることが原因であり、それに反発出来ない技師の責任でもある。「今でも薄層法や粘膜炎で一枚撮影させられる。」と言う。時代逆行というか、集検学会答申など知らぬ古跡の人の発言か。「先生が自分で、間接でやって見本を見せてみる」と言いたくなる。（暴言失礼）

本物の「薄層法」など間接で短時間に出来るわけがない。熊倉先生みたいなバリウムX線検査に賭ける医者が時間をかけ、フトンを使ってももちろんゾンデを使用し空気量を調整しながらいろいろ工夫をしてやっと成し遂げられる撮影法ではないだろうか。この結果、写真が悪い施設は、大体技師にとっては「良くない読影担当医師」のいる施設であることがわかった。この対策としては、その施設が所属する地方の支部長なり、代表世話人がこの「良くない読影担当医師」に排除勧告をすることが必要である。これが受診者にとって一番良いX線写真を撮影してあげることになり、その施設のX線写真の精度を上げることにつながる。少なくとも、撮影技師の責任として、自分の撮影した間接X線写真の中から、自信を持って「はいこの人の胃体中部後壁やや小弯よりの部分の小隆起は精密検査が必要です。」と読影医師にコメントを出すのが当然で、その受診者の検査を任せられたまえ、技師も責任を持って読影医師に助言するのが普通ではないでしょうか。もちろん見間違いはあるかもしれませんが、受診者にとっては為に成ると思います。（米倉 記）

編集委員

編集委員長

林 學 米倉 福男
青木 敏郎 長谷川信久
今井 貴子 水沢 幸博

假屋 博一 竹林 章子
山本 美穂 今井 仁彦
舩屋ハツ子

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