

消化器検診 Newsletter

No. 67

発行所：日本消化器集団検診学会
 関東甲信越地方会
 〒103-0025 東京都中央区日本橋
 茅場町2-1-7 タカハシビル4F
 TEL・FAX/03-5652-5321
 発行：関東甲信越地方会
 発行責任者：丸山 雅一

[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]

腹部超音波検診 (第1報)

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会
 超音波部会 小野良樹、増田英明

要旨

腹部超音波検診が始まっておよそ25年が経過した。最初の10年間は、超音波はどのような疾患のスクリーニングに適しているかその発見頻度はどの程度かが論じられてきた。最近15年間は腹部超音波検診の効率化と精度管理が論じられている。この効率化は対照群のhigh risk groupの設定である。精度管理には検診自体の精度管理、診断装置の精度管理、診断技能の精度管理、事後の精度管理などがある。スクリーナーの殆どはco-medicalの技師が担当し医師と協調して診断に至っている。このスクリーニング機構は上記の精度管理が必須である。本稿ではこれらについて触れていく。



小野 良樹

(発起人：竹原靖明氏、中澤三郎氏、有山 襄氏) が発足した。本会は主としてco-medicalを対象に症例を用いて超音波の撮り方、読み方を教えた。この懇話会は形を変えても現在迄続いている。1987年4月、日本消化器集団検診学会に超音波集検委員会(委員長：大柴三郎氏)が発足した。主として超音波の精度管理を検討する目的であった。ここでの決定事項は消化器超音波集検懇話会に反映された。1992年、日本消化器集団検診学会内に集検症例読影検討会が発足した。病理所見が判明している3~4題症例が呈示され、超音波画像を中心に徹底した討論が行われた。これも回数を重ねて現在迄、続いている。1992年、旭川で日本消化器集団検診学会が開催された時、同理事会において付置研；超音波集検研究会が承認された。これを受けて、消化器超音波集検懇話会は発展的に解散した。1993年、付置研；超音波集検研究会の代表世話人に学会理事の竹原靖明氏が就任した。この中に超音波集検運営委員会をおき、実務面を担当した。

1994年、秋田において学会開催の折、消化器超音波集検懇話会を再開(第18回)し前述のごとく現在まで続いている。1999年10月、付置研は有限措置のため、当初の目的を果たした判断のもとに終了した。歴史上問題であったことはco-medicalを対象にしたこれらの内容は本学会開催時に催行されたため出席者が制限されたことである。竹原氏はco-medicalの教育は本学会開催中ではなく、学会支部内できめ細かく行うべきであると力説した。氏は手始めに1999年、日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会、丸山支部長の門戸をたたき支部内に超音波部会設立の必要性を熱心に説いた。丸山支部長はこれに応え、本邦で初めて日本消化器集団検診学会支部の中に超音波部会の参入を許可したのである。竹原氏の熱意と丸山氏の許容度の大きさに心より敬服するものである。関東甲信越地方会への参入は全国的に超音波集検関係者の大きな反響を呼んだ。

1) 超音波検診の歴史

1970年後半、電子スキャン超音波診断装置が普及はじめて以来、この装置を腹部の検診に利用する動きが台頭してきた。1982年、竹原¹⁾、山田²⁾、小野³⁾らが第41回日本超音波医学会において超音波診断とmass screeningをkey wordsとした発表をしている。これらの内容は、腹部超音波診断は肝、胆、膵、腎の悪性疾患、良性疾患を効率良く発見でき、腹部集団検診に適しているというものである。以来、約20年が経過した現在、腹部超音波検診の実状は必ずしも良好とはいえない。超音波検診のスクリーナーは主としてco-medicalである。その技能、知識、及び精度管理などは先行する胃集団検診とは、格差があることは否めない。これをもっとも憂いたのが現日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会顧問 竹原靖明氏である。

1985年5月、東京において消化器超音波集検懇話会

表に示すごとく経年的に各支部内に超音波部会が形成されていった。これに呼応して本学会と各支部超音波部会との関連を緊密にして且つ支部間の整合性をはかることを目的に超音波部会運営協議会が設立された。

設立年度	支部	会員数
1999 (平成11) 年3月	関東甲信越支部超音波部会	410
2000 (平成12) 年8月	近畿支部超音波部会	235
2003 (平成15) 年2月	中国・四国支部超音波部会	145
2003 (平成15) 年4月	北海道支部超音波部会	317
2003 (平成15) 年7月	東北支部超音波部会	45
2003 (平成15) 年8月	九州支部超音波部会	
2003 (平成15) 年9月	東海・北陸支部超音波部会	360

超音波部会運営協議会

顧問	竹原 靖明	新横浜病院健診センター
学会理事 (庶務担当)	小野 良樹	日本大学総合健診センター
学会理事 (認定担当)	大石 元	奈良県立病院
学会理事	河村 奨	かわむら医院
北海道支部 (医師)	真口 宏介	手稲溪仁会病院消化器病センター
(技師)	高玉 敬洋	札幌厚生病院放射線科
東北支部 (医師)	小野寺 博義	宮城県立がんセンター
(技師)	松井 昭義	宮城県立がん協会健診センター
関東甲信越 (医師)	小野 良樹	日本大学総合健診センター
(技師)	大波 忠	東京都設計健健康管理センター
東海支部 (医師)	熊田 卓	大垣市民病院消化器科
(技師)	川地 俊明	大垣市民病院放射科
近畿支部 (医師)	水間 美宏	神戸アドベンチスト病院
(技師)	埜藤 誠	住友生命総合健診システム
中国・四国 (医師)	池田 敏	岡山大学医学部保健学科
(技師)	太田 則彦	都志見病院放射線科
九州支部 (医師)	土亀 直俊	熊本大学放射線科
(医師)	三原 修一	日赤熊本健康管理センター
幹事 (医師)	小島 正久	関東中央病院健康管理科
(医師)	増田 英明	横浜市民病院がん健診センター

平成15年10月16日第43回日本消化器集団検診学会理事會及び評議員会において各支部内に設立された超音波部会及び超音波部会運営協議会が認証されこれから各支部に共通した精度管理、知識、技能の向上が端緒につくのである。

2) 超音波検診における精度管理

a. 超音波集検の偽陰性

超音波検診1年以内に発見された癌を偽陰性癌と定義する。増田⁴⁾らは施設超音波検診における偽陰性癌実態と対策について報告している。追跡法による偽陰性癌は8例(肝細胞癌5例、胆嚢癌1例、膵臓癌2例)であり、このうち超音波非描出は3例であった。この結果、超音波検診精度は感度87.5%、特異度83.7%、陽性反応的中度1.9%である。偽陰性癌を超音波非描出癌とすると感度95.3%、特異度88.6%、陽性反応的中度2.1%となる。当初は技術的要素による偽陰性癌が多かったが、撮影基準設定後は減少し超音波非描出癌が増加してきた。偽陰性癌の予後は肝臓癌では差を認めないが、胆嚢癌、膵臓癌では極めて不良であったと報告している。伊藤⁵⁾らは35854名の上腹部超音波検診の結果、発見された悪性腫瘍は25例 発見率0.07%と報告している。偽陰性癌は6例で転移性肝癌1例、膵臓癌4例、胆嚢癌1例、偽陰性率19.4%であったという。6例中、検診時USで異常所見を指摘できなかったものの、あるいは描出不良であったものは3例で何らかの異常を認め事後管理に問題があったもの3例と報告している。

偽陰性癌の防止対策は技能の向上と撮影基準設定などによるシステムの確立および事後の精度管理の向上が必要である。現在、消化器集団検診学会超音波部会はこれらについて検討しており、第2報に詳述する。

b. 発見疾患の事後管理

発見疾患の中で将来、悪性疾患の併発が危惧されるグループ(たとえば慢性肝疾患、胆石症、膵管拡張など)は管理群として囲い込みが必要である。この管理群は定期的観察が必要であり、脱落させないために、co-medicalを中心とした組織機構を作る必要がある。

目次

腹部超音波検診(第1報) 1

リレー随筆

- ・フォトのコトゴト/松崎 廉 4
- ・厄年/松本好正 5
- ・横浜/橋本昭宏 5

平成16年度 胃がん検診専門技師認定試験のご案内 6

放射線部会 [平成16年度事業計画案] 7

保健衛生部会 [平成16年度事業計画] 7

平成16年度 超音波部会事業 8

平成16年度 超音波部会総会/セミナー 9

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会

第6回 超音波部会研修会(八海山セミナー)受講者募集案内 9

初心者のための腹部超音波検査実技講習会 10

施設紹介/第67号掲示板 11

第64回 日本消化器集団検診学会 関東甲信越地方会大会 12

最近愚考することがら技師の画像読影についての提言 13

胃がん検診の契約料金破壊に危惧を感じる 16

第11回「市川杯・百獣の王」コンペ 17

第36回 放射線部会総会を終えて 18

珍説の再登場と「文藝春秋」の無責任 19

編集後記 24

c. 診断・技能の精度管理

偽陰性癌や偽陽性癌を抑え、より良い診断をするためには検者は高い技能と深い知識が要求される。従来これに対応する公的機関は存在しなかった。現在、日本消化器集団検診学会超音波部会では検者の技能・知識の向上に勤めている。この項に関しては、別に詳述する。

d. 診断装置の精度管理

通常、5年以上を経過した超音波診断装置は画像劣化をきたし、診断精度が低下する。古い装置を漫然と使用すべきではない。診断前には必ずGain、STC、や画面のBrightnessを調節し、精度の高い画像をとる心構えが必要である。さらにプローブはその扱いに十分留意し過度な外力を加えてはならない。振動子剥離の原因となる。

3) High Risk Groupの設定の必要性

High Risk Groupを設定しないで超音波検診を実施した成績を日本消化器集団検診学会全国集計（平成10年度）からのべてみる。

受診者総数、568185人 男 329077 (57.9%)、女 239104人 (42.1%) 性別不明 4人

発見疾患と発見頻度

肝 癌 (原発性)	63名 (0.011%)
肝 癌 (転移性)	22名 (0.004%)
肝硬変症	268名 (0.05%)
脂肪肝	94089名 (16.6%)
肝嚢胞	54425名 (9.6%)
胆嚢癌	24名 (0.004%)
胆嚢ポリープ	51749名 (9.1%)
胆石症	17384名 (3.1%)
膵癌	32名 (0.006%)
膵石症	136名 (0.024%)
膵嚢胞	1381名 (0.24%)
腎癌	73名 (0.013%)

脂肪肝、肝嚢胞、胆嚢ポリープ、胆石などは高率に発見できるが、悪性疾患の発見頻度は0.005~0.01%の間であり極めて低いといわざるをえない。そこで効率良く癌を発見するためのHigh Risk Groupの設定が論じられてきた。ここでは筆者の成績^{6) 7)}を紹介する。

肝細胞癌 (以下HCC) 503例 (日本大学病院)、健常者5249例 (日本大学総合健診センター) を対象に検討した。HCCと診断した時点での生化学検査項目

(GOT、GPT、Al-p、Ch-E、T-Bil、アルブミン、γ-グロブリン、血小板) を調査しパラメーターの数を1~4としてどの組み合わせが、どのカットオフ値がHCCのスクリーニングに有用かをROC分析を用いて検討した。ROC分析はグラフ左上の値がもっとも感度、特異度の高いカットオフ値を示す。その結果、GOT35以上、血小板、12.5万以下、アルブミン3.5g/dl以下の内、一つ以上の異常を呈するものをHigh Riskとすれば肝がんの拾い上げが可能である事が判明した。但し、このHigh Risk Groupでは肝硬変程度分類child Aからの脱落例がある。HCV抗体を挿入すれば感度は96.7%に上昇し、脱落例が減少した。このHigh Risk Groupの設定によりHCCの発見率は0.01%から0.1%に向上する。

胆のう癌のHigh-Riskは胆石である。したがって胆石症は1年に1~2回の超音波検査が必要である。さらに膵胆管合流異常も胆嚢癌のHigh-Riskである。特に胆管非拡張例では高率に胆嚢癌合併する。胆嚢壁内側低エコー層の肥厚は非拡張型膵胆管合流異常に高頻度に認められる所見である。このようなことを頭に入れて診断すると早期胆嚢癌の発見につながる。一方、膵臓癌の早期発見はきわめて困難である。膵管拡張や、膵嚢胞は特に留意すべき所見であり、常日頃、主膵管の描写を心がけるべきであり、この変化を把握することが早期膵癌発見の早道である。

文 献

- (1) 竹原靖明、松川正雄、有山 襄他：肝・胆道・膵・腎の超音波集検における問題点と今後の課題；壱岐集検の経験より。日超医論文集41、607~608、1982
- (2) 山田耕三、西沢 護、志賀俊明：地域胃集検の場における腹部超音波検査の応用について。日超医論文集41、603~604、1982
- (3) 小野良樹、富山文男、伊東帝子他：肝胆膵の超音波スクリーニング検査の試み (第1報)。日超医論文集41、605~606、1982
- (4) 増田英明、今村清子、国東幹夫他：施設における超音波検診の偽陰性。癌の実態と対策。日本消化器集団検診学会雑誌38 (3)、p310~316、2000.
- (5) 伊藤 啓、木村克己、野田 裕他；上腹部超音波検診における偽陰性癌の実態。日本消化器集団検診学会雑誌38 (2)、p140~145
- (6) 小野良樹：肝癌検診の効率性に関する研究、厚生省がん研究助成金による各種がん検診の共通問題に関する研究、平成6年度報告書p34~39、1995。
- (7) 小野良樹：肝癌検診の効率性に関する研究、厚生省がん研究助成金による各種がん検診の共通問題に関する研究、平成7年度報告書p42~50、1996。

リレー随筆

医師> フォトのコトゴト

長野県 町立辰野総合病院副院長

松崎 廉



初めての給料をもらって、喜び勇んで買いに行ったのはカメラであった。研修医の時であったので当然のことながら高価な物は買えなかった。今まで何台か購入してきているが、かといって私はカメラのマニアでも無い。最近ではデジカメも3台目になり、更に800万画素以上の4台目を狙ってさえいる。年をとって困るのは何台か持っている各機種で細かい設定の操作が違うので、以前に使っていたカメラを持った時にどうすればよかったのか、とんとわからなくなっていることである。画像を自由に操りたいがために私はPCの世界にはまりこんで何年か経つ。他のことは人様に教えられるものは無いが、画像処理に関しては人並み以上にできるつもりである。

もともと写真が好きで自分ではかなり上手なつもりで得意がっていた。しかし、所詮自己流で、ようやくこの頃になって上に上のあることに気がついた。つい最近も、ある写真家につれられて山梨県まで泊まりがけで‘秋’を撮りに行ってきた。天気、時間、日の差し具合、雲、湖面の波の立ち方、動くもののタイミング、等自然を相手に撮るときの細やかさを実地で教えていただいて、つくづく写真の難しさを体験した。しかし、良い写真が撮れたときには年がいてもなく、還暦を過ぎていのに今もって興奮する。

さて、私はなぜこのように写真技術にうぬぼれていたのであろうかと考えたとき、思い当たることがあった。もう30年の昔になるが、東京都がん検診センターが開所したとき私は初代医として消化器科に勤務させていただいた。そこには消化管X線撮影では故白壁教授が「二重造影の名人」といわれた細井董三先生と、内視鏡には芦沢内科の「内視鏡の御曹司」と言われた麦倉信先生がおられ、みっちり消化管の撮影術を仕込まれた。名人について写真の撮り方を習ったから、当然私もすべての写真において達人になったと思いをしていたのである。

胃の内視鏡写真でいつも思いだすことがある。最近では側視鏡の扱えない医者が多い。胃角や胃体部は直視鏡より側視鏡の方が強いことさえ知らない。ある学会で、八尾恒良氏が『内視鏡は側視か直視か』のシンポジウムの司会をされていて、一部のシンポジストに対して「側視鏡を使ったことが無い者が発言するのは、女を知らずして女を語るようなものだ」と痛烈に言われたこと、これは学会の場として適切な表現であったかどうかは別として、実に的を得た名言であったと思

う。もうひとつは本に書かれた「内視鏡は胃の中をすべて撮っているものと、うぬぼれてはいけない」という竹本忠良氏の戒めの記述である。もちろん私もそうであろうが、当院へ来る若い医者の胃の内視鏡写真を見るに付け、特にそう思う。

キャノンが、胃X線間接撮影装置のスポットカメラの製造を本年度限りで中止することを発表した。これだけ普及しているこの部品が近い将来使えなくなることは、胃集検の存亡にもかかわり兼ねない。デジタル化で対応可能とはいえ非常に高価であり、経済的に対応できない胃集検施設も現実にはでてくるのではないだろうか。また読影においても今までのような間接フィルムの読影機のような訳にはゆかない。一台何百万円かする読影機を多数購入することは経済的に無理である。とすると大量の間接フィルムを各医師会で分散して読む長野県方式の読影形体は存続できないことになる。対応策として読影を専門医師に集中化すれば、更に医者の読影力低下に拍車をかける。デジタル化に関してはまだいろいろ解決しなくてはならない問題が山積しているが、メーカーはこれらの点をどう考えているのであろうか。利潤ばかりを追求しようとする逆逆に自分の首を絞めることにならないだろうか。

胃のX線フィルムの読影力が低下していることを指摘されて久しい。これは胃の二重造影を死に物狂いでやった世代は、還暦前後10年くらいの世代の医者となってしまったからではないかと思う。若い世代の読影力アップを目的に、長野県医師会では消化器検診検討委員会が2,3年前から間接写真、内視鏡写真、切除標本、病理結果等を一連で興味深くみられるように教材を検討していたが、03年の秋にようやく症例集CDが完成して、県下の各医師会に配布することができた。20年ほど前に症例集を作った時は、間接フィルムのロールだけであったが、メディアの進歩とともに素晴らしいことができるようになったものである。このついでに、間接フィルム読影ポイントの解説を艶のある女性のアナウンスでやることを私が強く提案したが、残念なことに予算の都合で却下されてしまった。ちなみにこの件はあの‘田中康夫県知事’とは関係はない。

写真とは‘真を写す’と書くが、所詮自然の中のほんの一部を切り取っているだけのものにすぎない。胃の写真においても然りで、内視鏡写真にしろX線写真にしろたとえ上手く撮ったとしても、決して真の全景を撮っているものではない。このことを、消化管撮影をする我々はいつも心しておかねばならないと、あえて書くのも歳のせいであろうか。

(次回は、宮下美生先生にお願い致します。)

放射線部会 >
厄年

相模原協同病院
松本 好正



今回、ニュースレターの指名を東海大学の藤田さんから受けて書くことになりました。

集団検診学会地方会に入っていますので検診及びドックなどの消化管造影に携わっているかと思われませんが、昨年配置転換で放射線治療を行っています。藤田さんからは何でも書いていいですと聞いていますので昨年私の身におきたことを述べたいと思います。

私は今年43歳になります。昨年度までは厄年にあたっていたので、3年間は無事に過ごせるように年始めに厄除けの御祓いをうけていた。しかし昨年はお祓いの効果はなく災難にあってしまいました。忘れもしない4月の地方会世話人会の日、最寄りの駅にスクーターで向かっている時に車と衝突をしてしまいました。左手骨折、前歯損傷、打撲などを負い2回目の救急車

に乗って病院へと運ばれました（搬送先は勤務先の病院ではなく他の救急病院）。そのため世話人会を欠席してしまいみなさまに迷惑をかけてしまいました。しかし不謹慎な考えでしたが怪我のため仕事は休めると内心喜んでいましたが、人員不足のために休めずに毎日仕事には出ていました。左手にギブスをして仕事や、地方会に参加して大勢の方々心配をかけたがこの場をかりてお礼をします。これで厄は終わりかと思っていたら11月頃右脚のホウカシキエンとなり高熱と脚の腫れと痛みで入院を言い渡されたが、これも人手不足のために断り休まずに仕事には行っていました（しかし朝夕2回の抗生剤の点滴を受けていた）。ここまで書くといよいよ一年と思われませんが、私としては変化に富んだ刺激のある楽しい年だと思っています。地方への出張、町田市にある古風な居酒屋での宴会など愉快な時を過ごしたと考えています。取り留めのない文になってしまいましたがこれで終わりにします。

次の方は研究会や飲み会にお世話になっている社会保険相模野病院の小松伸弘さんをお願いします。

超音波部会 >
横浜

横浜市立市民病院
橋本 昭宏



皆さんは横浜というところのようなイメージを持っているでしょうか。ほとんどの人が港を思い浮かべのではないのでしょうか。

やはり横浜の代表的な観光地といたら港周辺ではないのでしょうか。

私は横浜生まれ横浜育ちです。子供の頃、東横線に乗って横浜桜木町間は沢山の大きな造船所のクレーンが見える景色でした。この景色を見ると海に来たんだなって思っていました。その東横線も1月30日で横浜桜木町間が廃止になりました。都市の中の鉄道が廃止されるという今までの赤字鉄道線廃止とは異質なものです。鉄道ファンばかりでなく、通勤途中のサラリーマンやOLが電車や駅名表にカメラを向けている光景が見られました。乗降客が10万人規模の駅の廃止は今後見ることが出来ないでしょう。子供の頃から慣れ親しんだものがなくなるのは、何とも言えないものがあります。

2月1日からはみなとみらい線が開通し東横線と直通運転しています。造船所はランドマークタワーやコスモックなどがある、みなとみらい地区に姿を変えました。これからみなとみらい線もみなとみらい地区も時間を重ねることによって人それぞれのいろんな歴史を作り上げていくことでしょう。

話は変わりますが、港の景色を見るポイントとして

大栈橋が挙げられます。ここからはみなとみらい地区やベイブリッジが一望できます。特に4月から5月の夕暮れ時には、ランドマークタワーと富士山の横に沈む夕日を見ることが出来ます。

もう一つのポイントはベイブリッジのスカイウォークです。ここからはみなとみらいや山下公園、マリンタワーなどが見え、その反対側からは房総半島の山並を見ることが出来ます。横浜へ来た際には是非一度ご覧になって下さい。

30年くらい前の話になりますが、地方に行って「どちらからお越しですか？」と聞かれ、「横浜です」と言うと、だいたいの人が「ああ、東京からですか」と言われたものでした。その当時は神奈川の横浜と言うよりも東京の中の横浜というような感じがあったのでしょうか。ちょっとニュアンスは違いますが、今流行のはなわの歌に「神奈川って横浜の神奈川ですよね！」と言うフレーズはあながち間違いではないなと思うがしました。

似たような話に関西の人に神戸と大阪を一緒にしないでと言われたことがあります。実際に私も神戸と大阪をひとくくりにして大阪と思っていたことがありました。

やはり実際にその土地に行ったり住んでみないと分からないようなこと事であるものですね。

東京横浜と、大阪神戸の関係はなんだか似たようなものだなと言う感じがしました。

くだらない話におつきあいいただき有り難うございました。

(次回は東京都情報サービス産業健康保険組合の松田典恵さんをお願いしたいと思います。)

平成16年度胃がん検診専門技師認定試験のご案内

日本消化器集団検診学会では平成16年度胃がん検診専門技師認定試験を下記の要領にて実施することになりました。認定試験の受験を希望する方は日本消化器集団検診学会事務局に「胃がん検診専門技師認定申請書」を請求し、所定の手続きをして下さい。申請書類の請求は1人1部とします。複数人分を一括請求しないで下さい。返信用として送付先宛名を記入、140円切手を貼付した角2号封筒（240×332mm）を同封して下さい。

申請書類請求期限：平成16年4月30日（金）（消印有効）

〒112-0014 東京都文京区関口1-14-7 和田文栄ビル2階

日本消化器集団検診学会 技師認定申請書請求係

記

平成16年度胃がん検診専門技師認定試験実施要項

- 試験期日：平成16年9月5日（日）13：00～15：00
- 試験会場：東京都
- 受験資格：次の各号の条件を満たす者
 - ① 診療放射線技師あるいは診療エックス線技師の資格を有すること。
 - ② 平成16年4月30日において3年以上継続して日本消化器集団検診学会正会員しくは支部会員であること。
（認定制度規程第3条）
 - ③ 上部消化管撮影実績として間接撮影1年間1500例以上の経験を有すること。
直接撮影のみの場合は1年間300例以上の経験を有すること。
（間接5例は直接1例に相当）
 - ④ 研究研修歴として過去3年間に日本消化器集団検診学会（総会、大会、部会研究会総会）、支部主催地方会のいずれかに1回以上出席していること。本人氏名の記載された参加証コピーを添付すること。（認定試験細則第3条）
- 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。
- 申請書類提出期間：第43回総会終了日より2週間
平成16年5月22日（土）より6月5日（土）（消印有効）
- 申請書類提出先：申請者が所属する支部長宛て

胃がん検診専門技師認定試験学会出席条件対象一覧

学会名	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
日本消化器集団検診学会総会 総会時部会研究会総会	第40回 東京都 平成13年4月26～28日 第15回 4月28日	第41回 熊本市 平成14年5月23～25日 第17回 5月25日	第42回 金沢市 平成15年5月15～17日 第19回 5月17日	第43回 札幌市 平成16年5月20～22日 第21回 5月22日
大会時部会研究会総会	第16回 京都市 平成13年10月20日	第18回 横浜市 平成14年10月27日	第20回 大阪市 平成15年10月18日	
日本消化器集団検診学会 関東甲信越地方会大会	第61回 宇都宮市 平成13年9月8日	第62回 東京都 平成14年9月7日	第63回 長野市 平成15年9月6日	

★技師認定試験申請には上記のいずれかの出席証明（氏名の記載のあるもの）が必要です。

放射線部会 [平成16年度事業計画案]

1. 世話人会及び各種委員会
 - ・胃集団検診の実施機関に所属している非会員の入会の促進運動を展開する。
 - ・胃集団検診を業としている放射線技師の勉学への啓蒙。
 - ・認定技師が誕生して3年目です、現在のところペーパーテストのみであるので実技指導施設の検証を図っていく。
2. 学術講演会（放射線部会総会）
 - ・第37回放射線部会総会（平成17年2月、東京、予定）の開催を予定し部会会員の胃X線造影技術の研鑽を行なう。
3. 学術講演会（地方会）
 - ・第64回、新潟地方会（平成16年9月4日）に参加し胃X線造影技術の質的向上を目的とした学術研究発表を行なう。
4. 胃X線造影技術研修会の開催
 - ・第27回消化管造影技術研修会（平成17年2月）を継続開催し、消化管造影技術に携わる放射線技師の質的向上を図る。

平成16年1月

放射線部会 代表世話人 山岸忠好

保健衛生部会 [平成16年度事業計画]

第65回の地方会（茨城）は、集団検診の抱える問題・課題について事前にアンケート調査をしたうえで、或いは集団検診担当者何人かの生の声を聞いたうえで情報交換の場を持つ。発表形式は未定。



指定医薬品 H₂受容体拮抗剤（ニザチジン製剤）薬価基準収載 **【効能・効果】**

アシノン[®]カプセル75
アシノン[®]カプセル150
Acinon[®]

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

●使用上の注意等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。

（製造販売元）〒109-8351 東京都中央区日本橋小町10-11
ゼリア新薬工業株式会社
 原料調製 医薬学術部 ☎03(3661)0277

アメリカ・インジアナポリス
Lilly イーライリリー社提携



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。

平成16年度超音波部会事業

1. 平成16年度超音波部会総会/セミナー

《超音波部会会員全体を対象とし、会員の進歩・向上に寄与することを目的に行う。教育セミナーでは、トピックス・先端的なもの・学術的なものの解説を行う。検診発見症例の検討会も行う》

会期：平成16年4月17日(土) 午後1時～5時

会場：島津製作所東京支社
東京都千代田区神田錦町1-3

会費：1,000円(非会員1,500円) *事前登録不要

2. 第6回超音波部会研修会(八海山セミナー)

《超音波部会の幹部および候補者の教育・育成を目的に、超音波検査の原理、超音波画像の意義、超音波検査の対象となる疾患の病理・病態と超音波所見の解説などの講座を2日間にわたり行う。》

会期：平成16年6月26日(土)～27日(日)

会場：日本大学八海山セミナーハウス
新潟県南魚沼郡六日町大字山口字八海山1666

会費：18,000円

募集数：35名

3. 初心者のための腹部超音波実技講習会(第6回)

《超音波検査をやりはじめの方、これから超音波検査を行いたい方を対象とした、少人数グループ制実技講習会。超音波解剖の習得・探触子の走査など、超音波診断装置を使って実技指導を行う。》

会期：平成16年7月10日(土) 午前9時～午後4時

会場：公立学校共済 関東中央病院
東京都世田谷区上用賀6-25-1

会費：15,000円(非会員20,000円)

募集数：20名

4. 第6回超音波部会学術集会

(第64回関東甲信越地方会 倉品克明 会長)

《超音波部会会員全体を対象とし、会員の進歩・向上に寄与することを目的に行う。特別講演・教育講演は、トピックス、先端的なもの、学術的なものの解説を行う。シンポジウム・パネルディスカッションでは、超音波検査技術、超音波検診の方法・方式などをテーマに行う。》

会期：平成16年9月4日(土)

会場：新潟コンベンションセンター(朱鷺メッセ)
第3会場

当番世話人：新妻伸二(新潟県労働衛生医学協会)

5. 超音波スクリーニング研修講演会(2004横浜)

《超音波検査に携わる者の意識改革、精度向上と普及を目的に、超音波検査に必要な基礎および臨床知識を内容とした中級者以上を対象とした研修講演会を行う。》

会期：平成16年12月4日(土)

午前10時～午後4時

会場：未定

会費：3,000円 *事前登録不要

主催：日本消化器集団検診学会/日本総合健診医学会
超音波スクリーニング研修講演会運営委員会

委員長：竹原靖明

6. 腹部走査基準化講習会(スキルアップセミナー)

《超音波検診の精度向上を目的に、腹部超音波検診基準化(案)に沿った走査法の解説とスキルアップを目的とした実技指導の講習会を行う。》

会期：平成17年2月19日(土)

会場：未定

会費：未定

募集数：未定

*各事業の詳細は超音波部会ホームページをご参照下さい。

超音波部会ホームページ URL <http://www.mskanus.org/>

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

パルテスター[®]A240散 パルトゲン[®]SHD

消化管X線造影剤

パルトゲン[®]HD パルトゲン[®]ゾル145

パルトゲン[®] パルトゲン[®]ゾル120

パルトゲン[®]デラックス パルトゲン[®]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

パルトゲン[®]CT

X線診断二重造影用発泡剤

パルトゲン[®]発泡顆粒

胃内に泡性粘液除去剤

パルトゲン[®]消泡剤

(シメチコン製剤)

緩下剤

ファースルー[®]錠

(ピコスルファートナトリウム錠)

経口腸管洗浄剤

スクリット[®]

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

FSK 伏見製薬株式会社

・資料請求先 / 学術室

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

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。



日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 平成16年度超音波部会総会／セミナー

会 期： 平成16年4月17日（土）
午後1時～5時（受付開始12時30分）

会 場： 株式会社島津製作所 東京支社
イベントホール
東京都千代田区神田錦町1-3

会 費： 1,000円（但し地方会会員外1,500円）
*事前登録不要

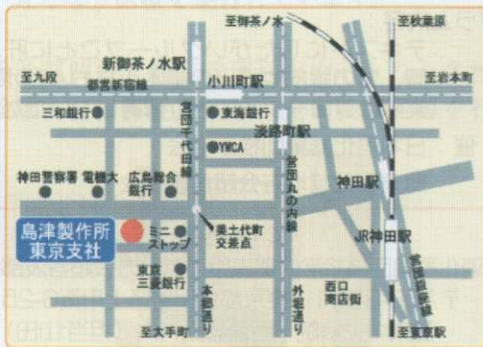
問合先： 関東中央病院画像診断科 山田清勝

E-mail

kensa.gazou@kanto-ctr-hsp.com

超音波部会ホームページURL

http://www.mskanus.org/



JR神田駅西口より徒歩10分
都営新宿線小川町駅（B7）より徒歩6分

プログラム

13：00～13：05 開会の辞

13：05～14：05 **教育セミナー①**
「Bモードでどこまで鑑別できるか」
… 肝腫瘍（肝癌VS良性腫瘍）…
講師：竹内和男（虎の門病院 消化器科）
司会：高田悦雄（獨協医科大学 光学医療センター）

14：05～15：05 **教育セミナー②**
「Bモードでどこまで鑑別できるか」
… 胆嚢隆起性病変（胆嚢癌VS良性ポリープ）…
講師：森 秀明（杏林大学医学部 第3内科）
司会：増田英明（横浜市立市民病院 がん検診センター）

15：05～15：15 休憩

15：15～15：30 **第6回超音波部会総会**

15：30～17：00 **症例検討会**
座長：依田芳起（山梨県厚生連健康管理センター）
ディスカッサー：
椿 哲弥（府中恵仁会病院）
萩谷美津子（新横浜ソーワクリニック）
仲栄真喜美重（三越総合健診センター）
コメンテーター：
小野良樹（東京都予防医学協会）

17：00 閉会の辞

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会 第6回超音波部会研修会（八海山セミナー） 受講者募集案内

日本消化器集団検診学会
関東甲信越地方会

超音波部会代表世話人 小野良樹
研修委員長 小島正久

期 日： 平成16年6月26日（土）・6月27日（日）
26日午後3時受付開始 27日午後1時解散

会 場： 日本大学八海山セミナーハウス
新潟県南魚沼六日町大字山口字八海山1666
TEL 0257-75-3701

* 上越新幹線“浦佐駅”下車浦佐駅より送迎バス

* 駐車場有り

* 3人から5人の相部屋になります。

* 洗面用具、タオルはありません。

参加費： 1万8千円（宿泊代込み）

募集数： 35名

申込期間： 平成16年5月1日～5月20日

申込手続： 申込書に必要事項（申込書内容）を記入してE-mail
又は郵送でお願い致します。

* 受講者には追って、参加費振込方法をお知らせ致します。

申 込 先： 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会
超音波部会事務局
〒158-8531 東京都世田谷区上用賀6-25-1
公立学校共済組合関東中央病院画像診断科
(担当:山田)

メールアドレス： kensa.gazou@kanto-ctr-hsp.com

* 電話での問い合わせはご遠慮をお願いします

講義内容： レクチャー① 肝びまん性疾患
レクチャー② 慢性胆嚢炎と胆嚢腺筋症
レクチャー③ 慢性膵炎
レクチャー④ 腎疾患（良性）
レクチャー⑤ 乳腺腫瘍

* プログラム詳細は、決定次第ホームページに掲載します。 <http://www.mskanus.org/>

主 催： 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会
『初心者のための腹部超音波検査実技講習会』
(グループ制技術実技指導)

日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会
超音波部会 代表世話人 小野 良樹
研修委員長 小島 正久

下記の通り「初心者のための腹部超音波実技講習会」を実施いたします。
当日は小人数グループ制で、実際にプローブを握り技術を習得していただきます。
超音波検査をやりはじめの方、これから超音波検査を行いたい方を対象とした講習会です。
受講ご希望の方は、下記によりお申し込み下さい。

記

期 日：平成16年 7月10日 (土曜日)
AM9：00～PM4：00 (受付8：30～)
会 場：公立学校共済組合 関東中央病院 2階講堂
〒158-8513 東京都世田谷区上用賀6-25-1
TEL 03-3429-1171
*小田急線成城学園駅(南口)より渋谷行きバス関東中央病院前下車
*田園都市線(新玉川線)用賀駅よりバス①番乗り場 関東中央病院下車
*用賀駅よりタクシーで一区間
募集人員：20名 (1グループ5名以内)
定員になり次第締め切ります。
参加費：会員¥15,000・非会員¥20,000
(いずれも昼食、テキスト代含む)
申込締切：平成16年5月15日～6月15日
(期日厳守でお願いします)

申込手続：必要事項(連絡先住所・氏名・性別・年齢・電話(FAX)・勤務先・職種・会員No.)を記入し郵送またはメールで下記事務局までお申し込み下さい。
※受講確認書は、6月20日頃発送予定です。

プログラム内容：
テキストにしたがいグループごとに肝、胆、脾、腎の解剖や描出の基本手技およびポイントを、実際にプローブをにぎり習得していただきます。

主 催：日本消化器集団検診学会
関東甲信越地方会超音波部会

< 申 込 先 >
日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会超音波部会事務局
〒158-8531 東京都世田谷区上用賀6-25-1
関東中央病院 画像診断科内 (担当:山田)
メールアドレス / kensa.gazou@kanto-ctr-hsp.com
(電話での問い合わせはご遠慮お願いします)

第6回超音波部会研修会(八海山セミナー)申込書
平成16年5月 日

ふりがな	男・女
受講者氏名	
	会員 No 非会員
生年月日	昭和 年 月 日 歳
資料送付先	自宅・勤務先(○を付けて下さい)
自宅住所	〒 -
自宅電話	
施設名	
勤務先住所	〒 -
勤務先電話	
会場への交通手段	車・新幹線
職種	臨床検査技師・診療放射線技師・看護師・医師・その他
超音波経験年数	年
超音波検査士(消化器)	有・無
E-mail	

「初心者のための腹部超音波検査実技講習会」申込書
平成16年 月 日

ふりがな	性別 男・女
氏名	
生年月日	年 月 日生 才
連絡先	勤務先・自宅(必ず○を付けて下さい)
	郵便番号
	住所
	電話番号 FAX
勤務先名	
職種：	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 臨床検査技師 <input type="radio"/> 診療放射線技師 <input type="radio"/> 看護師
超音波部会：	<input type="radio"/> 会員 (NO.) <input type="radio"/> 非会員

※質問及び要望等ありましたらお書きください。

施設紹介

公立学校共済関東中央病院

当院は、病床数470床（一般380床、ドック40床、神経精神50床）であり診療科目は、24科に分かれています。また、厚生省臨床研修指定病院、日本医療機能評価認定病院（一般病院B）、緊急告示病院（二次救急）、東京都災害時後方医療施設に指定され、地域の中核の病院としての機能も果たしています。

『心あたたかく、日々新たに』をモットーにスタッフ一丸となり医療を遂行しています。

検診部門は、健康管理科が中心となり各種教職員検診、自治体住民検診、企業検診、等を行なっ



ています。コースは、一泊二日ドック、日帰りドック、脳ドックに分かれています。

画像診断科としては、松沢一彦部長を中心に常勤医師2名、臨床検査技師4名、看護師1名事務職員1名で腹部エコー、乳腺甲状腺エコー、皮膚科・耳鼻科の体表エコー、頸動脈エコーを実施しています。

超音波装置は4台で、腹部一日平均50件、体表・乳腺・甲状腺・頸動脈エコー約30件を行なっています。

当院の人間ドックは、このように母体が総合病院なので、異常があれば精密検査から治療まで一貫したアフターケアを提供しています。（記 金杉 貴之）



《67号掲示板》

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イベント・コンベンション営業部内
 TEL:011-241-1333

■プログラム▶各種講演、シンポジウム、ワークショップ、フォーラム、一般演題など

第21回 部会研究会総会のご案内

期 日：平成16年5月22日(土)
 会 場：札幌市教育文化会館
 参 加 費：3,000円
 世 話 人：第43回日本消化器集団検診学会総会
 会長 有末太郎
 担当理事：林 學 (ちば県民保健予防財団がん検診センター)
 放射線技師部会に関する問合せ先：嘉賀卓資
 (パブリックヘルスリサーチセンター)

■プログラム
 各種講演、シンポジウム、症例展示、一般演題など
 なお、詳細は学会ホームページ (<http://www.isgms.or.jp/>) をご参照下さい。

第12回日本消化器関連学会週間

Digestive Disease Week-Japan 2004 (DDW-Japan 2004)
 『個性と連帯』

◇会 期：2004年10月21日(木)～24日(日)
 ◇場 所：福岡国際会議場・福岡サンパレス、マリンメッセ福岡

- ◆
- 第46回 日本消化器病学会大会
 会長 沖田 極 (山口大学消化器病態内科学)
- 第68回 日本消化器内視鏡学会総会
 会長 幕内 博康 (東海大学外科)
- 第 8 回 日本肝臓学会大会
 会長 清澤 研道 (信州大学第2内科)
- 第42回 日本消化器集団検診学会大会
 会長 今村 清子 (横浜市立市民病院がん検診センター)
- 第35回 日本消化吸収学会総会
 会長 大槻 眞 (産業医科大学第3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64回 日本消化器集団検診学会 関東甲信越地方会大会

テーマ：
市町村合併と消化器集団検診

開催日：2004年9月4日（土）

会場：朱鷺メッセ（新潟市万代島6-1）

会長：倉品克明（新潟県医師会長）



2004年（平成16年）の第64回消化器集団検診学会関東甲信越地方会は私が会長を任命され、新潟市で開催することになりました。新潟県の消化器集団検診は、検診方式、診断基準、指導基準、事後管理方式等が全県統一方式で実施されており、全国的にも誇れる実績を上げております。また、疫学調査の結果では、早期がん率も年々上昇し、予後調査においても著しい成果をあげております。これは、県、県医師会、郡市医師会、医療機関、検診機関等関係者のよりよい連携の賜と感謝している所であります。しかし、新潟県も平成の大合併が進行しており、これに伴い、消化器集団検診のシステムがどの様になって行くかが懸念されております。そこで今回のテーマを「市町村合併と消化器集団検診」としました。多方面の研究発表や討議ができますように皆様のご参加をお待ちしております。9月の新潟は酒の美味しい季節となります。

※費用

参加費用として、当日3,000円（会場整理費・抄録代を含む）をいただきます。（出席証明書が出ます）

※演題募集

消化器集団検診に関する多数の演題をお待ちしています。奮ってご応募ください。

※申込要項

一般演題申込の方は、①演題名②所属施設名③氏名④住所⑤電話番号⑥E-mailアドレスを明記の上、抄録原稿と抄録を記載したフロッピーディスクを事務局までお送り下さい。またE-mailでの応募も受け付けます。その際必ず上記の必要事項と抄録のファイル（テキスト形式またはMicrosoft Word）を添付してください。

※締切日

2004年5月31日（月）

■演題申込注意事項

連絡先は必ずご記入ください。抄録内容は目的、対象、方法、成績、結語の順にご記入下さい。

演題名（タイトル）を第1行に記入し、1行あけて発表者を筆頭に、演者の所属施設名と氏名を書いてください。（筆頭演者の前に必ず○印を記入してください）さらに1行あけてから本文（800字以内）を書いてください。

書式はフォントサイズ=10.5~11ポイント、明朝体、1行35字。
フロッピーディスクは3.5インチ2HDタイプWindowsフォーマットのものをご使用ください。

ファイル名は必ず「抄録」としてください。抄録原稿サイズはB5とします。抄録原稿の様式は、「演題名」改行、「演者名」改行（連名の場合には半角コンマで区切ってください）、「本文」改行とし本文の改行は段落の終わりだけに使用してください。

フロッピーディスクには筆頭演者名と演者の所属施設名を記載したラベルを必ず貼ってください。

演 題 申 込 先

事務局

（財）新潟県成人病予防協会

〒951-8124 新潟市医学町通2-13

TEL/025-224-6161

FAX/025-224-6165

E-Mail/nach@cocoa.ocn.ne.jp

担当：小柳・田川・岸

消化管運動促進剤

指定医薬品

ガスモチン[®] 錠5mg
錠2.5mg
散

〈クエン酸モサブライド製剤〉

■薬価基準収載

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

※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。



最近愚考することがら技師の画像読影についての提言

海老根 精二

放射線技師学校では、これまでこれについて定める法律の定めるところに従い、放射線技師として必要な知識・技能についてのカリキュラムに基づいて教育が行われてきた。そして、そのような教育を受けた放射線技師たちは、これまで、それぞれの医療機関において一定の役割を果たしてきた。しかし、近年の医療技術の進歩に伴い、放射線技師の業務領域は著しく拡大した。すなわち、消化管造影検査、CT、MRI、超音波検査などが急速に普及した結果、これまで以上に放射線技師として画像診断に携わるための知識と経験が求められるようになった。

このような状況において、もっとも急を要することは、放射線技師の教育カリキュラムに消化管造影検査と画像読影の基礎と実践を盛り込むことである。これは自明のことであり、疑問の余地はまったくない。したがって、今後の学校教育カリキュラムのなかには、必修科目としての画像情報学は不可欠である。そして、同時に、国は放射線技師が画像を読影する資格を認めるべきである。ここで言う読影とは、診断と同義ではない。あくまでも、異常所見の有無をチェックするという意味における読影である。診断の最終責任は医師にある。

我が国では医師を養成する医学部の学生教育において、また、医師の卒後研修の場において、少なくとも、消化管の造影検査・診断を曲がりなりにもできる医師を養成するシステムはほとんど消え去ってしまった。また、消化管の造影検査・診断を専門とする医師の大部分は、集団検診を行う医療機関に属している。そして、その医師達の平均年齢は高齢化している。

我が国がこれまで築いてきた胃がん診断のソフトウェアを減じるに任せるか、貴重な遺産として引き継ぐか、今、その選択が求められている。そして、少なくとも、その遺産と伝統を守るためには、読影という手段を通じて技師の教育カリキュラムを充実すべきである。

過去から現在に至るまで放射線技師の国家試験には、画像読影の知識を踏まえた問題は出題されていない。今後は、画像読影の知識を踏まえた問題が出題されるべきである。そして、このような過程を経て、放射線技師が画像読影の資格を取得する道を探ってはどうか。

以上のように、これまでの医療のシステムを根幹から変革するためには、日本消化器集団検診学会における部会技師委員の役割は極めて重大である。部会技師委員は、日本放射線技師会、日本消化器画像情報研究会の協力を得て、放射線技師国家試験委員、厚生労働省、文部科学省などに積極的に働きかけ、放射線技師が画像の読影を行うことを可能とする法（医師法、放

射線技師法）の整備のために努力をして欲しい。消化管の造影検査の質を維持し、さらに向上させるためにも、胃がん集団検診専門技師は、画像の読影力を身につけ、異常所見を描出し、質の高い画像を医師に提供しなければならない。

部会委員は認定胃がん検診専門技師に対し厚生労働省とどのような折衝話合して発足したのか技師読影資格を認知し(法制化)することである。国民の福祉健康にかかわる問題なので認定委員の考えを聞きたい。認定された専門技師の資格は従来と何も変わっていない。

日本消化器集団検診学会への提案

新しい部会組織の設立（案）

放射線部会組織の発展を図るには、全国的規模の会費制部会組織が必要であると考えられる。部会組織をこのような形態にすることにより、組織は活性化し、放射線技師が自主的に行動する場が実現されるであろう。現在の部会制度は、会員の自主性を重んじるあまりか、それぞれの支部が異なる制度のもとで活動しているため、全体としての整合制がない。放射線技師が、全国的な規模で統一した行動基盤を持つためには、これを実現しなければならない。

具体的な手順として、放射線技師は、支部会員として、支部経由で統一した部会に入会する。そして、その時点で、日本消化器集団検診学会部会正会員として認める。このようにすれば、部会を全国的な規模で統一することが可能となる（地方会入会（準会員）経由学会部会入会（正会員））部会を円滑に運営するために、会費を徴収し、日本消化器集団検診学会の事業にも部分的に参加できるようにする。また、学会誌の配付を受けることで、学会の活動を理解する。現在のような部会のあり方では、技師の間に生じた格差は永久に解消されることはない。

全国放射線部会（仮称）を会費制の組織にする理由は、学会からの補助金で中途半端な運営をせざるを得ない現状を回避し、自主性を持った組織運営を希望するからである。会費は学会会員と同額にする。また、当然であるが、学会の事業に参画するわけであるから、学会誌を通じて研究発表を行う機会は医師と同等であるべきである。最後に、部会を構成する役員については部会委員長（学会理事）、副委員長、各支部から選出される技師委員7名（支部技師選出代表）と若干の学会医師、技師部会会員などから構成するものとする。（新部会委員案、部会理事、部会評議員、部会会員）

全国統一講習会開催（案）

消化管造影における放射線技師の検査と読影の精度を向上させるためには教育カリキュラムを充実させることが最重要課題である。病変の見逃しは検査の知識不足と

不良な画質に起因する。このことについて、日本消化器集団検学会は専門技師に対して十分な教育制度を確立してないと思う。

形態学の基礎的な知識がなければ消化管の造影検査において診断価値の高い画像を医師側に提供できないことはすでに述べたが、病変の見逃しや性状誤診は不良な画質のフィルムから生じることは言うまでもないことである。放射線技師の読影能力を養うとともに、良質な画像を得るための教育指導を行うために、学会部会は自主的に全国統一研修会を発足させるべきである。これによってのみ放射線技師間に存在する検査・読影の技術格差を最小限にすることが可能であろう。そして目指すのは、放射線技師の検査・読影の精度管理の徹底である。当然のことながら、この全国統一研修会は、学会部会と日本消化器画像診断情報研究会とが共催すべきものである。

私は、認定技師制度発足が発足するずいぶん前から、放射線部会の技師代表に対して、放射線技師の意見と要望を繰り返し伝える努力をしたつもりだが、彼らはその要望や提案には耳を貸さず、認定制度は発足してしまった。技師部会委員は現行の認定技師制度をこれでよしとするのか。また、認定技師制度は、専門職として社会的に認知されているのか、関東甲信越地方会に属する放射線技師諸君の意見を聞きたいものである。

消化管造影検査担当技師の全国統一化の提案

日本消化器画像診断情報研究会は、日本消化器集団検学会と十分な話し合い持ち、協力しあい、共催で技師教育講習会を発足させ、放射線技師の造影技術に地域間の格差をなくす努力をすべきである。また、日本消化器集団検学会放射線部会との調和をとるための第一歩として、全国統一教育講習会を技師主体で発足させるべきである。繰り返し強調するが、他人に委託するのではなく主体者（技師）が自ら創る制度でなければ、社会的な責任を全うすることは不可能です。検診は国民の健康にかかわる問題だからです。

まとめ

私が問い掛けているのは、胃集検に参画する放射技師にとってもっとも重要なことである。が誕生することによって放射線技師は、専門職としてのステータスを確立すべきである。そして、認定技師が目指すものは、さらに高い次元で消化管の造影検査に携わることであろう。しかし、現実には、あまりに理想からかけ離れている。この現実をなんとかしたい。そうでないと、消化管の造影検査は、消滅してしまう。人は理想を追うと同時に現実を忘れてはならない。

医師の言うことを、唯々諾々と呑みこみ、「やれ」といわれるから「やるしかない」ではなくて、胃がん検診専門技師は現実を見据え、主張すべき点を主張しなければならぬ。

来るべき時代の医療における放射線技師の役目は何かということに視点を置き、その第一段階としての消

化管造影検査における私どものステータスの確立に向かって進みたいものである。

消化管の造影検査に異変が起きていることについてはすでに強調した通りである。この事実を否定するのはいいはずである。大学病院などの大病院は言うにおよばず、小さな民間病院に至るまで、消化管の造影検査が激減した。その分、あるいはそれ以上に、内視鏡検査の数が増加している。しかし、内視鏡検査の精度管理はどうなっているのだろうか。少なくとも、日本消化器内視鏡学会では、これまで内視鏡検査の精度管理に真剣に取り組んだ実績はない。消化管の検査を誰もが内視鏡で行うようになった今こそ、その精度は落ちているはずであり、全国を平均すれば、X線検査にも劣っている可能性もある。内視鏡下の手術や、外科手術の過誤のみが喧伝される昨今であるが、内視鏡検査やX線検査による癌の見逃しは医療過誤ではないのか。見逃しの証拠が厳として存在するX線検査に比して、その証拠が稀薄な内視鏡診断には、自信過剰から生じる傲りが感じられるような気がしてならない。

バリウムメーカーの話によれば、バリウムの生産量は減っていないという。それではそのバリウムは何処に行っているのかということになるが、それが人間ドックや胃集検であることは間違いない。つまり、現在、わが国の消化管造影検査は放射線技師によって支えられていると言っても過言ではないと断言できる。

放射線技師の消化管造影検査は法律違反だとか、放射線技師の読影は好ましくないなどという論議の時代があった。しかし、今後は、単に与えられた仕事をこなすだけでなく、造影検査に工夫をこらし、専門技師として質を高める努力していく時代に入ったというべきである。

現在の専門技師が誕生したのは、関東甲信越地方会放射線部会世話人の情熱と技師の消化管造影検査を行うことを支持し、協力してくれた多数の医師いたからである。これについては深く感謝する。

残念なことは、関東甲信越地方会放射線部会が長年主張し続けた認定技師制度試案が日本消化器集団学会部会に無視されたことである。この部会における技師側の委員、とくに、我々関東甲信越地方会放射線部会がずいぶん前から繰り返しアピールしていた内容を提案することなく認定技師制度を受け入れてしまった。

この委員は、技師の将来について一度たりとも考えたことがあるのかはなはだ疑問である。あるいは、私の真意、ひいては地方会技師部会の意向を最後まで理解できなかったのだろうか。人は平穏な仲良し倶楽部のなかに身を置いた方が安穩であるが、そうならば進歩も発展も考える必要がないと考えてしまいがちである。ゴルフにおいて一打一打の練習に励むのは何のためなのか。部会組織が専門技師制度の真価を知るには汗をかく努力が必要であると思う。

委員が提言を取り上げてくれないことを気に掛ける必要はない。委員の良いところを見落としていないかが問題だ7支部技師代表委員は技師部会の将来について

どのような有識をもって行動するのか。名誉役職で満足しているのか代表としての責任ある岐路を期待する。どのような道を歩くのか。

学会部会委員には、もっと技師側の話しに耳を傾け、技師の立場を理解してもらいたい。部会組織、統一講習会についても様々な考えがあってもよい。このニュースレターは、関東甲信越地方会に所属する全員が意見を交換する場である。私見には異論があるであろう。多くの意見をこの紙上で知りたいものである。

結 語

胃集団検診専門技師制度は、発足したばかりであり、多くの問題を孕んでいる。しかし、すでにこの制度が走り始めた以上、専門技師はその将来に向かって情熱と誇りを持って行動しなければならない。今、放射線部会として努力することは、全国統一組織を可及的速やかに創ること、そしてそのなかで放射線技師のための教育カリキュラムを充実させることである。

関東甲信越地方会放射線部会は、他の6支部と共同して、日本消化器集団検診学会（部会委員長）に対し全国統一的な造影技術研修会の開催を要請・提言すべきである。山岸忠代表が見識をもって集検学会7支部代表委員と話し合い、技師の将来のために努力することを期待する。

技術向上のための造影技術講習会開催要請

胃X線検査業務には多数の放射線技師が担当しているが、検査に従事している技師の検査技術には格差がある。日本消化器集団検診学会は、この事実を重く受けとめて欲しい。放射線技師に対して基礎教育が十分なされていない点を重視すべきである。誤診、見落としの多くは、読影に最終的な責任をもたなければならない医師の能力の差ではなく、検査技術の格差によるものである。診断精度向上のためには放射線技師に対する基礎教育が重要課題である。

標準撮影マニュアルに従って撮影すれば良いと言うものではない。検査の基本を成すのは形態学の知識である。誤読影、誤診断は、放射線技師が自らの不良画像を黙認しないだけの知識と経験を積むことによって回避できる。今は、そのための知識習得と臨床実習の場が不足している。

医師の読影能力が低下していること、さらに読影医の再生産が事実上不可能に近い事態になっていることも事実であるが、放射線技師の現状は、今後の教育と修練によって改善することは十分に可能であるし、ま

たそれ以外に胃集検を維持する道はないと断言できる。このような状況にあって、日本消化器集団検診学会は、技師部会を全国的に統一した組織として再編成し、研修会を発足させし、技師間の格差を無くし撮影技術の向上に努力するための第一歩を踏み出して欲しい。

精度管理教育のためにも早急なる全国統一研修会の開催を要望する。胃集団検診専門技師には、特定の疾患（胃がん）を発見するという指命を担っている責任がある。そのために全国放射線技師の検査技術の格差を無くすことを提起したい。

これまで、私は、関東甲信越地方会の技師部会委員に対して、日本消化器集団検診学会の主催による全国統一教育研修会の開催を幾度となく要請してきたが、この委員は一度たりとも私の提案を取り上げなかった。したがって、一放射線技師として、日本消化器集団検診学会部会委員長林學先生に面談し（平成15年4月4日）要請案を提出した。平成15年5月の金沢学会の学会理事會および部会委員会で審議・検討をお願いした。それらは、1) 部会組織の在り方についての見直し、2) 学会認定専門技師制度の一部改正要請、3) 全国統一研修会発足の必要性について、の3点である。

平成13年8月、日本消化器集団検診学会胃がん検診専門技師認定試験が実施され、専門技師が誕生したことは、真に喜ばしいことである。これは、放射線技師の質の向上をめざす第1歩である。残念なことは、臨床実習の課題である。筆記試験の得点だけでは専門技師としての技術向上にはならないと思うからである。自動車免許習得を思い起こしてみると、学科試験合格の次に実技試験合格を以て正式な運転免許を得ることができる。自動車資格試験とは異なるが専門技師の資格試験は筆記試験の得点のみで専門技師であることを忘れてはならない。技師委員の見識で専門技師の将来が見えてくる。技師委員は有能な人材を発掘し学会部会に技師委員を推薦する。まず、現在の委員選出制度の一部と部会組織を改正する、他人任せではなく専門技師の将来を考え努力することではないかと思うのである。時代によって制度も変わり、人も変われば考えも変わる……論語で習った『人の己を知らざるを憂えず人を知らざるを憂う』を思い出し提言を学会（部会委員）が認めてくれないことを気にかける必要はない、それより委員の良いところを見落としてないかが問題だ。

2003年6月10日

海老根 精二

*事務局よりお願い

・年会費納入をお願い致します。

・勤務先、自宅、住所等変更がある方は至急事務局の方へFAXにてご一報下さい。

胃がん検診の契約料金破壊に危惧を感じる

(財) 神奈川県労働衛生福祉協会
石渡良徳



日本消化器集団検診学会より平成13年度の胃がん検診における全国集計が報告された。それによると、13年度の胃がん検診の受診者数は前年度より51万人も減少しており、一番受診数の多かった平成6年と比較すると160万人近くも減っていることが分かった。その理由は個別検診や内視鏡検査に姿を変えているというが、それでも530万人の国民の検査は集団検診で行われており、その中から5400人ももの胃癌が発見されている。

受診人数を懸念する中、学会及びその関係者は胃がん検診の質の向上を取り上げ、放射線技師の認定や撮影法の改善などに着手し、胃がん検診の有効性評価を高めようと努力している。そのさなか、いま急に湧き上がったことではないとしても検診の現場では検診料金の破壊が堂々と行われ、強いては精度の低下を招く恐れが危惧されてきている。

それは、検診の受託をめぐり受注先を選定する手段として行われる入札に端を発する。検診の現場は健康管理室が指揮、指導するが、検診機関の選定は企業や健康保険組合の事務担当者によって行われ、少しでも安価に契約を結ぶことが手腕であると聞く。ある検診機関の営業担当者によると、ここ数年前から入札が常識的に行われ、年々契約単価が引き下がり機関の経営を脅かすまで至っている、とのことであった。受託契約の問題はこの医療界に限ったことではなく、一般的にいわれる駆け引きのテクニックのひとつとして行われているが、世の中に通じる常識的なモラルから生じた「質」が伴うことは最低限度必要であろうと感じる。

特に胃癌はわが国の癌死でワーストランクに上げられていることは周知のごとくであり、良識ある健康保険組合や企業はその胃癌を発見するために質の高い検診機関を選定しようとするが、一方質は二の次にして検診料金をできるだけ安価に契約しようとするあまり入札をさせ、検診機関も競ってダンピングし合うなどは如何かと思う。検診料金の値下げにも限度があり検診を料金の差のみで決定することは決して好ましい姿でなく、あくまでも検診精度が先行して行かなければならない。

ある大手の検診機関は永年にわたって企業の健康管理室と協力してその職員の健康管理を任せられ救命できる胃癌発見に努めてきた。ところが、昨年入札制度が取り入れられ法外な単価競争に太刀打ちできず契約ができなかった。入札で勝ち取った某検診機関は何千万もダンピングし落札したという。おそらく検診料金は億の単位であろうと推測される。

筆者の施設で億単位の検診が消えてしまうことは予算上大幅な変更を余儀なくされ経営の根幹問題に発展することになるであろう。しかもその落札をした某検診機関は利幅が少ないためいわゆる「検診屋」に丸投げで下請

けにやらせることにした、とのことである。何の仕事でも元受けが下請けに仕事を廻し共存することは一般的に行われていることであるが、問題は胃がん検診を受注した下請け（検診機関といえるか？）の一部では診療体制も完備されてなく、医師も不在のまま検診車を所有し、放射線技師はアルバイトを雇って行っているところにある。はたしてそのアルバイト技師達は学会の会員に登録し学会や研究会に参加した経験があるのであろうか。胃がん検診の目的や知識をもって人様に対して検診を行っているのでしょうか、疑問である。

某日、偶然にその下請けを依頼されたという技師に遭遇し一部始終の顛末を聞く機会を得た。話によると案の定古い機械でただ撮るだけで金になればよいとのことであった。下請けの全ての質が悪いとは限らないが、今更の下請けを断った彼も同様に中古の検診車を手に入れて下請けをしているが、撮影技術は一流で良い写真を撮る技師であることを彼の名誉のために付け加えておきたいが、願わくば精度の高い組織での活躍を期待したい。

昨年の関東甲信越地方会常人世話人会で丸山代表より放射線部会に次のような調査依頼があった。関東一円の一都九県の中で胃がん検診に従事している放射線技師は何人いるのか、そのうち地方会に入会している技師は何人いるのか、また胃がん検診専門技師は何人いるのか、を調査し情報と知識を収集するために未入会者には入会を促すこと、その技師の全員は専門技師となるよう指導すること。丸山代表はまさしく胃がん検診の現場の実態を調査し、検診の精度を上げて行こうと放射線部会代表に調査を委ねたわけである。放射線部会は現在調査続行中であるが、その結果を知ることが何となく恐ろしい気がしないでもない。かつて地方会は昭和57年に医師もいないのに検診を請け負う「検診屋」の横行などが、がんや成人病退治に威力を発揮している集団検診のレベル低下を招き大きな問題になっている、として検診の精度アップを目的に「検診機関の統一基準をつくり悪徳業者を締め出す（昭和57年2月19日日本経済新聞による）」などの検診機関の実態調査を試みたことがあったが、何故かスッキリした結果はでなかったと記憶する。

神奈川県に旧成人病管理指導協議会に帰属する神奈川県消化器集団検診機関一次検診連絡協議会（坪井晟会長）が年2～3回開催されている。この協議会は神奈川県福祉部高齢者保健福祉課や県医師会の同席のもと、県と市からの委託事業である住民検診をおこなっている県下13の検診機関が集まり検診料金の改定や検診結果集計、学会の報告などについて協議をするところである。当然検診精度についても話題として取り上げられ、去る1月22日に開催された第71回の協議会で筆者は検診価格の破壊が行われている状況を説明し、神奈川県内で紳士協定を守

っていても他県からの侵入は防げない、と訴えたことに対して「高度医療をもって行う胃がん検診に単価のダンピングなどあってはならない」との医師会の回答に救われた思いだった。難しい現状もあろうが新規契約時の選定条件のひとつとして、間接フィルム一缶を然るべき読影委員会（例えば成人病管理指導協議会胃がん部会）が審査判定し、機関の経歴書（実績、常勤の認定医・専門技師）等を参考に「検診機関選定マニュアル」などがあっても良いのではなかろうか。

筆者の施設でも15年間も精度管理をしながらお付き合いしていた大手企業から昨年契約解除された。原因はご多分に漏れず他県からのダンピングによるものであった。この企業の健康管理室は契約する側の庶務課に質の

精度管理と電算によるシステムの違いを訴えたが聞き入れられなかった、とのことであった。しかし、同じ原因で契約を解除してきた企業の中には、余りの精度の悪さに耐えかねて「悪貨が良貨を駆逐する」前に当施設に再び検診を依頼してくるところもある。健康保険組合は進行癌と早期胃癌による医療費の支出の差が示されて初めて精度管理の重要性を理解するのもかも知れない。

いずれにしても、がん検診の有効性評価を高めようとする見識者と質より金と検診を食い物にしている「検診屋」がいる中で、これ以上大きな混乱を招かないように学会主導の啓蒙と指導を施すよう考えなければならない時期にきていると強く感じる。

第11回 「市川杯・百獣の王」コンペ

開催日 平成16年5月13日（木曜日）
場 所 米原ゴルフ倶楽部 8:35スタート
〒290-0525千葉県市原市米原1639-1
TEL 0436-89-2811

交通機関 館山道・市原ICから約25キロ。JR外房線・茂原駅からタクシー約30分。
JR内房線・五井駅からタクシー約50分。
茂原駅・東口扇屋ジャスコ駐車場からクラブバス運行。
（クラブバスご利用の方は、ゴルフ場にお問い合わせ下さい。）

連絡先

◆ 都築史郎
〒160-0016新宿区信濃町35
慶応義塾大学病院
03-3353-1211 内線65462
mailアドレス
s.tsuzuki@adst.keio.ac.jp

申込締切 4月25日
プレー料金 12000円 程度
参加費 5000円

◆ 出島毅
〒140-0016品川区南大井6-27-18
株式会社製作所本社健康管理センター
03-3763-2411 内線4505
mailアドレス
t-dejima@hdq.hitachi.co.jp

E-Z-HD

薬価基準収載

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・1kg袋入

●高濃度でも低粘性で飲みやすい

●高濃度で優れた二重造影能

●高濃度集検・精検に素早く対応

- 【禁忌】（次の患者には投与しないこと）
- (1) 消化管の穿孔又はその疑いのある患者
〔消化管外（腹腔内等）に漏れることにより、バリウム腹膜炎などの重篤な症状を引き起こすおそれがある〕
 - (2) 消化管に急性出血のある患者
〔出血部位に穿孔を生ずるおそれがある〕
 - (3) 全身衰弱の強い患者



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

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

第36回 放射線部会総会を終えて

実行委員長 坂本 弘一

2004年2月21日(土)千葉市総合保健医療センターにおいて第36回放射線部会総会を開催いたしました。千葉県において総会を開催するのは10数年ぶりのことであり、テーマを「消化管造影法の変貌と新しい挑戦～二重造影発祥の地千葉より～」と設定し、シンポジウムを「技師による読影の現状と将来」とし、技師の読影力向上を図るための教育講演を「胃癌診療の現状～検診から治療まで～」の内容と致しました。

教育講演のちば県民保健予防財団がん検診センター副所長瀬崎徳久先生には、豊富な知識と体験にもとづいた講演をしていただき、参加された皆様の心に残ったことと思います。また、マラソンランナー谷川真理氏を迎えて文化講演「マラソンランナーとして得たもの～生活習慣と運動について～」と題して話をいただき、参加された皆様が大きな感銘を受けました。一般演題発表者およびシンポジストの各先生方には、お忙しいなか内容のご検討とご発表をしていただき、また、座長の各先生方には限られた時間のなかでの円滑な進行と適切に内容をまとめていただき、全てを滞りなく終わることができまし

た。心より深く感謝申し上げます。

また、総会での功労賞として、神奈川県労働衛生福祉協会の石渡良徳様、同じく福岡良和様、大宮市医師会市民病院の長谷川利次様が表彰され、市川賞は栃木県保健衛生事業団の高橋清志様が受賞されました。

最後に、ご指導ご鞭撻を賜りました市川平三郎先生、丸山雅一先生、部会代表世話人、部会顧問の先生方および世話人各位をはじめ、快く開催にご協賛とご支援を賜りました関連各社と各団体の皆様のご厚情にお礼申し上げます。部会総会終了のあいさつに変えさせていただきます。本当にありがとうございました。



消化管の診断に

X線造影剤

◇パウダー製剤

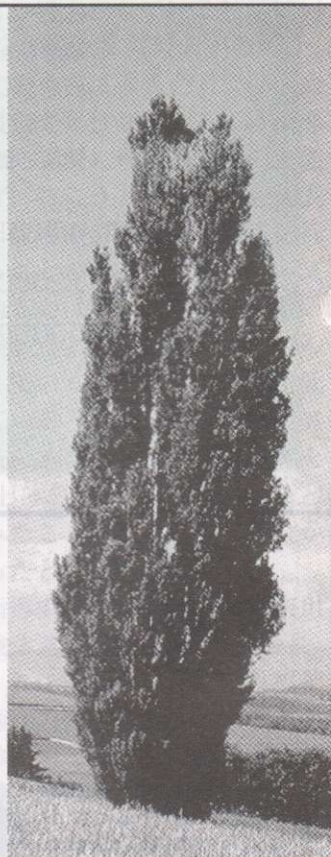
ネオバルギンHD
ネオバルギンS
ネオバルギン共成
バリトップHD
バリトップP
バリブライトP
バリコンクF

◇ゾル製剤

バムスターS130
バムスターS200
バリトップ100
バリトップ120
バリトップゾル150
バルギンS2号
バルギンSゾル3号
バリブライトR

<硫酸バリウム製剤> 薬価基準収載

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



Kaigen 株式会社 カイゲン

[資料請求先] 株式会社カイゲン 学術部
大阪市中央区道修町2丁目5番14号
<http://www.kaigen.co.jp>

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)

その理由は、少し数学的な思考をすればすぐに理解できるはずですが。近藤誠君の説をもう少し判りやすく翻訳すると、本物ががんの場合、遠隔臓器への転移は早期がん(M・SMがん)の時点ですでに存在するのだから、早期発見(症状のない状態で発見する)しても無駄であり、将来は転移巣が明らかになるという形で再発してくるということになります。このことは、言い方を換えれば、遠隔転移は、早期がんの時点で一義的に決定される、すなわち、進行癌になっても転移は生じないと解釈することができます。しかし、もし遠隔転移が早期がんの状態でおきるとすれば、私どもが早期胃がんと称している病変群の治療成績は進行癌のそれと近似していなければならないはずですが。ところが、実際には、生存率は近似していません。がんの深達度が深くなるにつれてリンパ節転移も遠隔転移も、そして腹膜播種の頻度も高くなり、生存率は有意に低下します。

そうすると、近藤誠君は反論として、本物のがんは臨床的に発見することは困難であるから、私どもが早期がんと言っている病変群にはほとんど含まれていないのだと、反論せざるを得なくなります。すなわち、本物のがんはほとんど未知なる病変であるということになります。それでは、他の機会、例えば、病理解剖や剖検屍の記録のなかに近藤説を裏付けるような症例は必ず存在しなければなりません。それが理論というものです。他の疾患で死亡した人の病理解剖で、胃には私どもの言う早期がんがあり、遠隔転移が存在した例はあるのでしょうか。

これについては、私が専門誌(胃と腸32巻789~79頁、1997年)に書いた論文の一部を転載して回答にします。この論文は、近藤誠君を意識して書いたものです。

「胃癌の転移が微小病変、少なくとも、ミリの単位の病変の時点で起きるのであれば、原発不明癌としての胃癌が相当数存在しなければ、我々が信じている統計的な数字もまた相当に狂っているとみななければならない。

喜納の記載は、胃癌の臨床所見の多様性を物語る。1958年~1972年の15年間に東大病理、および東大分院病理で剖検された例のなかで、臨床診断が非腫瘍性疾患とみなされた胃癌例は、胃癌全体の剖検例(529例)中のわずか2.1%(11例)にすぎない。これらのなかには、全経過が3日、5日などきわめて短期間の経過を呈した例もあり、臨床経過の平均は、2カ月半という短いものである。腹膜播種を呈した一例を除けば、多臓器転移例

には、すべて広範な後腹膜リンパ節転移があり、さらに、大部分の例にはVirchow(ウイルヒョウ)リンパ節の転移が認められた。転移の主たるルートは、リンパ行性である。

以上が喜納の記載の要約である。珍説はともかく、喜納は、リンパ節転移が広範に存在すること(n4)の意義を強調する。したがって、早期胃癌でも画像診断上、n4の例には、喜納の記載にあるような症例が存在する可能性がある。もっとも、喜納は、1968年以後は、非腫瘍性疾患として剖検された例はないと述べ、診断学の進歩をその理由にしている。ちなみに、近藤の記載では、リンパ節転移は転移ではない、としか読めないことを追記しておく。」

5ミリよりも小さな粘膜異常を発見してがんと診断する手法をもってしても近藤誠君が強調する本物のがんが発見されないとしたら、それは未だに未知なる存在です。がんの深達度が深くなるにつれてリンパ節転移も遠隔転移も、そして腹膜播種の頻度も高くなり、生存率は有意に低下するという成績を前にすれば、がんの遠隔転移は早期胃がんの状態におきるといふ仮説は棄てるというのが、科学的な思考の常道です。

くじ引き試験の意味とシートベルトの安全性

近藤誠君は、二つめの論文で大腸がんの検診とくじ引き試験の結果を論じています。「ミネソタ大腸がん試験」の結果(総死亡数が放置群216人、隔年検診群218人、毎年検診群216人)を批判して、ミネソタ試験では、じつに毎年検診群の38%、各年検診群の28%もが内視鏡検査を一回以上受けていても総死亡数が各群で差がないことを理由に「この結果ですから、検診でしかわからないようなポリープやがんを発見することの無意味は自明でしょう」と結論しています。ここに引用した文章のなかでは、「無意味」という三文字がキーワードです。

何が無意味なのかの分析が必要です。くじ引き試験は、総死亡を減らすことが可能かどうかを検証するためのテストではありません。大腸がんの検診によって、救命可能ながん(早期がんとは限らない)を発見、治療することによって当面の生命の危機を脱することが可能になるかどうかを検証するためのテストです。検診群にも放置群にも他の要因によって死亡する人達が存在することは当然です。近藤誠君のように、総死亡の減少を検診の効果の目標にするのであれば、くじ引き試験には意味がありません。

「ミネソタ大腸がん試験」の結果では毎年検査を受けた群は、放置群(検査を義務づけられなかった人達)よりも大腸がんによる死亡率が33%低下していた、というものです。要するに、毎年検便による検査をうけるとこれを受けなかった場合に比べて大腸がんで死亡する人の割合は33%減少するという事です。

それでは、何故このような結果になるかということですが。それは簡単なことです。検査を義務づけられた群の方に遠隔転移を有するがんが有意に少なかったからで

す。つまるところ、生存率を二群間で比較するくじ引き試験とは、症状のない二つの群の間で、遠隔転移のために手遅れとなり救命が不可能な人の数がどの程度異なるかを科学的に調べる方法です。症状がなくてもすでに遠隔転移があり、救命は無理という大腸がんもありますし、出血や便通異常などの症状が出てきて始めて病院を受診して進行大腸がんと診断されても救命可能な人はたくさんいます。

集団の死亡率を低下させるということは、大げさに言えば、大腸がんによる国民の死亡率を低下させることです。個人ではなく、国や地方自治体がそのための原資を提供する訳ですから、高速道路の建設費には比べるべくもありませんが、膨大な予算を必要とします。国民の税金を使うのですから、そのための大義名分が必要です。それが、死亡率の低下ということです。当然のことですが、これは、検診の疫学的な評価であり、個人が早期がんを発見されれば大部分が救命されるという臨床病理学的な評価とは異なる価値観です。

くじ引き試験の意味ということで紹介しておきたいのは、車のシートベルトの安全性についての話です。シートベルトの着用は法律で義務づけられていて、違反すれば罰金を科せられます。しかし、シートベルトを着用することによって事故の際の死亡率が低下するという証拠はありません。本来ならばくじ引き試験を行い、その有効性が証明されて初めて着用が義務づけられるべきです。では、何故そうはならないのでしょうか。

以下の話は、肺がんの検診に必要な費用とその効果の分析の仕方につながる基本的な問題を提起として話題になったことです（館野之男、日本医師会雑誌・107巻・627頁、1992年）。米国のデータによると、シートベルトが義務づけられるようになってから死亡事故は10%低下し、年間では400人の命が助かっているが、いま500人助かったとすると、シートベルト1台分を1万円として計算すれば、一人を助けるのに1億円かかる計算になるということです。結論として、館野先生は、「多分人を助けるのにそのくらい努力をしてもよいだろうと考えているのではないかと思います」と発言しています。人間の命は地球より重いという発言には問題がありますが、手段はともあれ、個人が救命されることが大事である、という視点に立てば、胃がんや大腸がんの検診にも同じことが言えるのではないかと思います。私は、くじ引き試験で救命不可能な人の割合を比較することは、むしろ、医の倫理に悖るものである、という見方をするのが、現在の価値観ではないかと考えています。

胃ポリープの歴史

ポリープとは、胃の内腔に隆起する病変すべてを意味する用語です。なかでも、がん化が問題とされていたのは、隆起の原因が粘膜上皮の増殖にあるポリープの場合です。胃のポリープの大部分はこのポリープです。

このポリープのがん化説が信じられていた時代がありました。少なくとも、私が大学の医学部を卒業した1966

年には、これを否定する学説はあったにせよ、その影響は微々たるものでしたから、大きさが一センチメートルを越えるポリープは手術の対象でした。それも、今日のように、内視鏡的切除という方法は工夫されていませんでしたから、通常は胃の三分の二を切除したのです。

胃のポリープはがんにならないという学説が学会の主流となるのは、さらに後のことで、当時は、ポリープががん化する割合には定説がなく、0%に近い数字から80%までといった具合に大きな幅がありました。

現在は、胃のポリープの大部分は過形成ポリープ（腫瘍ではなく、正常の組織に近いもの）であり、このポリープは理論的にはがん化することはない、とされています。そして、がん化する可能性があるのは頻度としては非常に低い腫瘍性ポリープ（腺腫）ですが、これもすべてががん化することはありません。臨床的には、むしろ、最初からがんとして発育し、隆起、すなわちポリープと同じ形を呈するものと良性の腺腫との鑑別診断の方が重要です。

当時の問題は、ポリープを発見してもその中身がほとんど判らなかつたことにあります。内視鏡検査による生検でポリープの組織片を採取する手法がなかつた時代ですから、非常に不確実な状況のもとで、ポリープはがん化するという説が否定されていなかつたために、「疑わしきは罰する」という考え方が生まれ、手術が頻繁に行われたのでした。

当時の胃のポリープのがん化についての学説と治療法のことを、現在の価値観で見直せば、何と愚かなことをしていたのだろう、という批判になるのは当然です。事実、近藤誠君はそのように批判をしています。

しかし、当時の専門家の大部分は、ポリープのがん化説を信じて行動していたのです。私は、ことが臨床医学に関する限り、人間の知恵はそんな程度だったのだというふうに理解するのが妥当な歴史認識だと思います。言い方を換えれば、それは、臨床医学の不確実性と言うことができるでしょう。

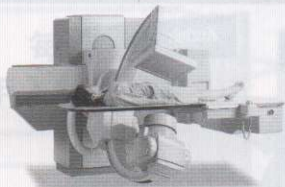
ものにならぬほどの頻度でポリープが発見されるからです。多くは過形成性ポリープで、大部分が5ミリ以下の、小さな隆起性病変です。そしてこれに関しても、かつて悪性化する可能性がとりざたされていました。しかし46の謀反を観察して（平均4年）わずかに大きくなったのが1病変（「胃と腸」30巻1587頁・1995年）などの事実から、悪性化はあっても極めてまれと考えられるようになりました。それで現在では、過形成性ポリープであることは内視鏡でみるだけで診断できる。そう診断できたら、切除する必要はない。放置しておいてよい、とされています。（2001年11月号）」

少し長い引用になりましたが、この文章については、医師であっても、消化器の専門家でなければ、そんなものか、と納得してしまうかもしれません。文献の引用があるからです。ところが、歴史的にみると、過形成性ポリープは、少なくとも1972年には悪性化はしないという確固たる記載なされています。（次号へつづく）

HITACHI

透視対応FPD搭載多目的イメージングシステム

VERS FLEX

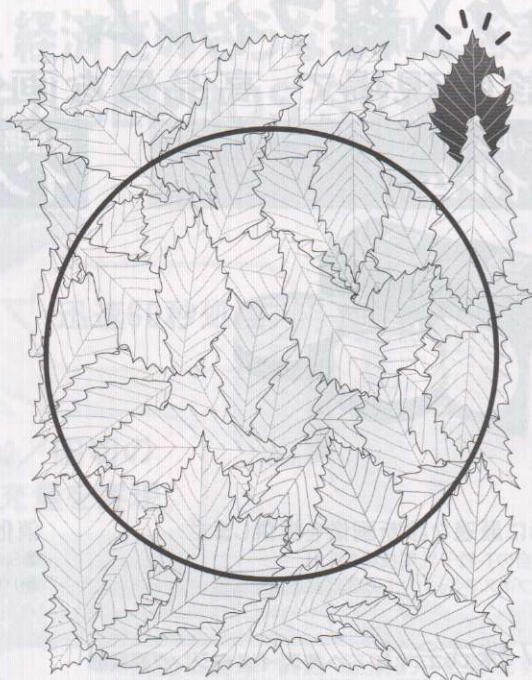


透視対応FPD搭載透視撮影システム

medites CREA



X線画像診断の革命児—日立のFPDなら40cm×30cm。広く、しかもリアルタイムにすみからすみまで鮮明に映し出します。一目瞭然とは、また「JUNJUN」です。できてみたら、いつも当たり前前。こんども日立から。



FPDなら一目瞭然

株式会社 日立メディコ

本社 〒101-0047 東京都千代田区内神田1-1-14 日立鎌倉橋路館 TEL.(03)3292-8111(代表) URL http://www.hitachi-medical.co.jp

エッセンシャル X線解剖学図譜

必須・X線解剖用語3900

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

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

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

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

胃X線撮影法

—初めて胃の撮影をされる方の為に—

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

改訂版 胃X線撮影法 - II

—初めて胃の症例検討をされる方の為に—

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

胃X線撮影法 - III

—初めて早期胃癌類似症例を検討される方の為に—

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

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

「胃X線撮影法」シリーズ3部作

本の内容はホームページでご覧いただけます

医療科学社

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

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

高鮮鋭画像で豊富な診断情報を提供する コダックX線フィルム

様々な診断現場で、高品質な画像を提供します。

間接撮影用フィルム
PFHフィルム



間接撮影に最適な診断画像を提供します

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

直接撮影用オルソフィルム
インサイト951/953フィルム



消化管撮影に求められる高品質画像に最新技術で応えます

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

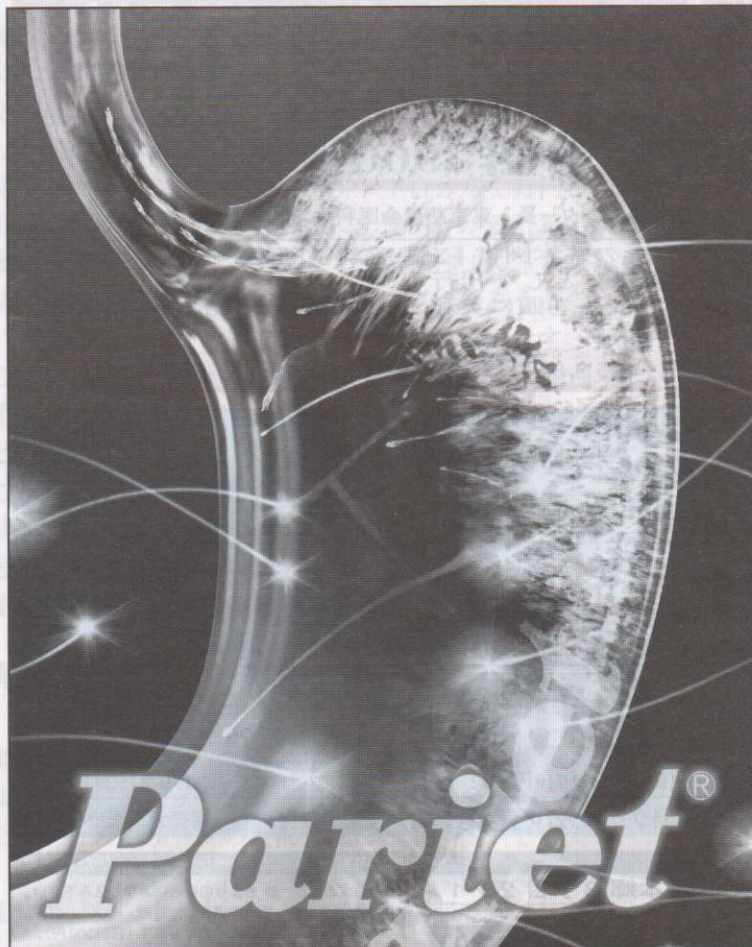
コダック株式会社 ヘルス イメージング事業部

東京 〒104-0033 東京都中央区新川2-27-1 東京住友ツインビル東館 ☎(03) 5540-2260
 大阪 〒550-0013 大阪市西区新町1-13-3 四ツ橋SIビル ☎(06) 6534-7090
 札幌 ☎(011) 738-5250 仙台 ☎(022) 722-5400 名古屋 ☎(052) 953-6950
 広島 ☎(082) 544-7950 松山 ☎(089) 986-6935 福岡 ☎(092) 413-8460

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

HEALTH IMAGING

A BETTER VIEW OF LIFE.



X線検査に役立つ

指定医薬品
プロトンポンプ阻害剤

【薬価基準収載】

パリエット® 錠10mg
錠20mg

〈ラベプラゾールナトリウム製剤〉

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

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

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

PT0307-10 2003年7月作成

FUJIFILM
I&I - Imaging & Information

No. 67

信 登 美 献

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。

迅速60秒処理。

調液も不要で、
常に安定した
高画質画像。

15ml/四切の
低補充量を実現。

豊富な
フィルム処理
バリエーション。

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)

許可番号
03B20010

「さらに簡単・快適・経済的」を実現する

FUJI MEDICAL FILM PROCESSING SYSTEM

CEPROS SV

富士写真フイルム株式会社 お問い合わせ先 総発売元 富士フイルム メディカル株式会社 東京都中央区銀座7-13-8 第2丸高ビル 〒104-0061 ☎(03)3545-3321(代)



Omnipaque



非イオン性造影剤 (イオヘキソール注射液)

指定医薬品

薬価基準収載

オムニパーク[®] 240シリンジ 300シリンジ 350シリンジ

Omnipaque[®] Syringe

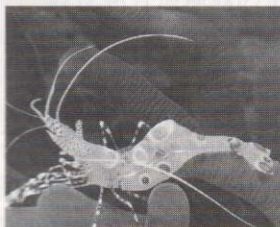
240シリンジ 100mL	300シリンジ 50mL 80mL 100mL 150mL	350シリンジ 100mL
------------------	-------------------------------------	------------------

★効能・効果、用法・用量、警告、禁忌および
使用上の注意の詳細につきましては、
製品添付文書をご参照ください。

いのち、ふくらまそう。

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
ホームページアドレス
<http://www.daiichipharm.co.jp/>



編集後記

巷で噂の「人体の不思議展」に行ってきた。大阪で一昨年の春に開幕されて以来、各地を巡回し入場者総数は約200万人にもなるという。東京では昨年9月より東京国際フォーラムで開催され、12月までの予定が好評につき2月まで会期を延長されたらしい。

この「人体の不思議展」とは、『プラストミック標本』といい新技術で作られた本物の人体解剖標本が展示されている。プラストミック標本は、匂いもなく触っても汚れる事がなく、常温で半永久的に保存できるのだそうだ。

国際フォーラムでの最終日を迎える前日、どんなものだろうか興味もあり、ぶらり立ち寄ってみようと軽い気持ちで足を運んでみたが、驚いた！閉館1時間前だというのに入場制限が行われていて、ディズニーランドでも経験した事がないくらいの長蛇の列ができていた。私の後ろにも続々と列ができていた。

やっと入る事ができた会場内は人で溢れかえり、一体何が展示されているかすらわからない状態だ。ガラスケースの周りを人が囲み、食い入るようにながめている。前に行こうと思ってもなかなか前に進む事ができない。なんとか人をかき分けて展示物を見る。

「神経系」「筋骨格系」「消化器系」・・・と全身人体標本が16体、頭蓋骨の断面、内臓、血管などの標本が約160点にも及ぶという会場は、テーマ毎のブースに分かれていて、ガラスケースの中に健康な臓器と病気の臓器が並べて置かれているものや、心臓ペースメーカーや人工関節が取り付けられた人体標本もある。体験コーナーでは直に触れる事ができる人体標本や、脳の重さを体験するコーナーまであった。

展示されているものは、あまりにもリアルすぎて、本物の人体である事を忘れてしまいそうになる。

骨はもちろんの事、神経の一本、一本、筋肉、血管がむき出しとなっているのだ。血管に樹脂を注入して作成されたという肺の血管の標本は、静脈を赤、動脈を青で色分けられ、まるでさんご礁のようで「きれ～い！」という声まで上がっていた。私の場合、人体に対する興味というよりも、この『プラストミック』という特殊な技術にただただ圧倒された。

しかし、世の中の人々がこんなにも「からだ」に対して関心があるとは思わなかった。話題を呼んでいるからという好奇心もあるのだろうが、一日に5000人もの人が訪れるという、この「人体の不思議展」。

インフォームド・コンセント方式が注目される現在、自分自身が自分のからだを知らなければ医師とのコミュニケーションが計れない。主催者側の主旨は、このプラストミック標本によって自分自身のからだのメカニズムと働きを理解し、『からだ』への理解をさらに深め、その大切さ、健康であることの素晴らしさを実感しようということである。それに対してこれだけ多くの人々が興味を示すという事は、我々医療現場で働く者達も世の中の人々のこの関心を受けとめ、応えていかなければならないだろう。受診者からの問いかけに応えうるだけの正確な知識と技術、そして誠実さを持つ事の重要性を痛感した。

ところで、今回展示されていたピンク色の健康な肺と黒ずんだ喫煙者の肺を見比べて、禁煙を決意した人は果たしてどのくらいいるのだろうか。

早期胃癌検診協会 山本 美穂

編集委員

編集委員長

林 學	米倉 福男	假屋 博一	竹林 章子
青木 敏郎	長谷川信久	山本 美穂	今井 仁彦
今井 貴子	水沢 幸博	舛屋ハツ子	

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