

# 消化器検診 Newsletter

No. 83

発行所:日本消化器がん検診学会  
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

[日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会機関紙]

## 胃がん死亡激減のために

国立がんセンターがん予防・検診研究センター

検診研究部長 齋藤 博



注釈:本稿は第40回放射線部会総会での講演をもとに加筆訂正したものです。

● 昨年、がん対策推進基本計画が策定されました。向こう10年間の計画が立てられました。この骨子の第一は、がんによる死亡者を減少させるということで、胃がんについてこの減少のための具体的な手立てを考えるということが今日のテーマです。実際の手立てとしては3つの柱があります。すなわち、がん検診、喫煙対策、医療の均てん化の3つです。

がん対策基本計画の中でのがん検診の位置づけは、法律に関連した基本計画個別目標の中で数値目標が書き込まれているという点から、それなりに重い履行義務があるような内容になっていると思います。この背景はWHOの国家的がん対策プログラム(ナショナル・キャンサー・コントロール・プログラム)にあります。このプログラムの内容を大雑把に言いますと、がんの三分の一はたばこ対策で予防でき、三分の一は検診で早期に発見して治療をすると治せる。残りは、残念ながら現時点では克服できないのでQOLの向上を目指すということです。これが先程の基本計画のバックグラウンドであります。ただ、問題は実際どうやって対策として実行するかということです。その手本として最も良いのはヨーロッパにおける乳癌死亡率の経過で、英国、カナダ、オーストラリア、フランスなどではがん検診が貢献して年齢調整死亡率が下がったというように科学的に分析されています。一方日本だけが死亡率は右肩上がりを持っています。この差が何かというと、Organized Screening(組織型検診)の有無です。組織型検診というのは、現在日本で行われている対策型検診を理想的な形でやる仕掛けであるのご理解ください。組織型検診の2本柱は、まず有効性が確

立した検診のみを前提に、それを徹底的に精度管理して行う、つまり、「正しい検診を正しく行う」ということです。

### 有効性の証明、精度管理の必要性

有効性が確立された検診を徹底して行うということが実際どのように基本計画に書かれているかということ、「今後10年間に、74歳以下の年齢調整死亡率を20%下げる」という目標が掲げられ、個別目標として、「受診率を50%にする、その際すべての市町村で有効な検診を、精度管理の下に行う」と書かれています。この「有効な検診」が肝心で、全ての市町村で科学的根拠に基づくがん検診を実施、つまり、ガイドラインに基づいて検診を実施する、ということです。

何故、有効性の確立した検診を徹底的に精度管理して行う必要があるかということ、がん検診には主に受診者にとって必ず不利益や損失があるからです。この不利益や損失という点は、世界標準では必ずトップランクで扱われるファクターですが、日本ではあまり省みられてこなかったのです。まず、ある検診方法は感度と特異度が100%ということはないので、必ず偽陰性があり、偽陽性があります。後者により、余計な検査が多かれ少なかれ生じるので、それに応じて一定の割合で合併症のリスクが生じます。またがんを発見できた場合も検診による過剰診断がんが不可避免的に発生するので不利益が起こります。過剰診断がんについては後で言及します。このように不利益が必ずあることから、少なくともがんによる死亡が減るという証拠がない限り、その検診はやるわけにはいかないのです。そ

れが、有効性が確立していなければならないという根拠です。次に、これらの不利益を最小化するための精度管理が必要で教科書の中にも出ています。それによると、図1のグラフは検診規模と効果の関係をみたもので、有効性の確立していない検診の効果はゼロとみなされます。ところが、不利益というのは必ず存在し、検診の規模と比例関係にあります。これは、検診だけでなく医療行為というものは、いったん始めると必ず不利益が生じるとするのが大原則だからです。つまり、有効性の確立していない検診をやるということは、すでに最初からマイナスなのです。これが、有効性が確立していなければならないという根拠です。

先は不利益が上回ってしまうのです。その不利益を最小化して、利益を最大化することによって、はじめて質の高い検診ができるといえます(図3)。このために精度管理が必要となってくるわけです。

これで何故、有効性の証明が必要か、精度管理が必要かということが少しご理解いただけたと思います。

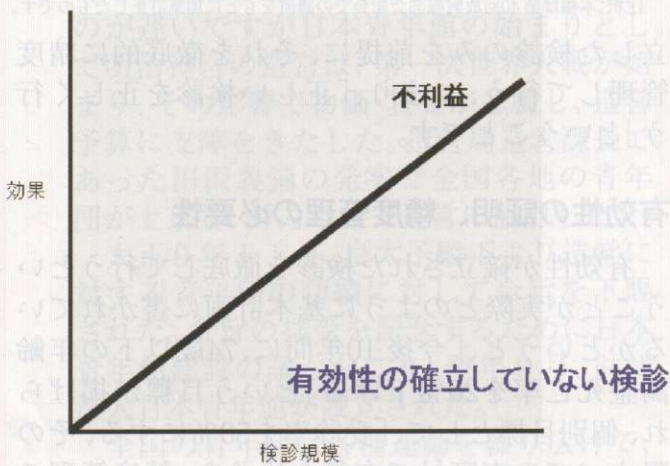


図 1

次に精度管理についてです。

有効性が確立していて、死亡率が減少すると分かっている検診でも、利益は検診規模の増大と比例関係にはありません(図2)。一方、不利益は検診規模と比例関係にあります。従って精度管理をしないで検診を行っていきまると、両者は必ずどこかでクロスします。クロスしてから

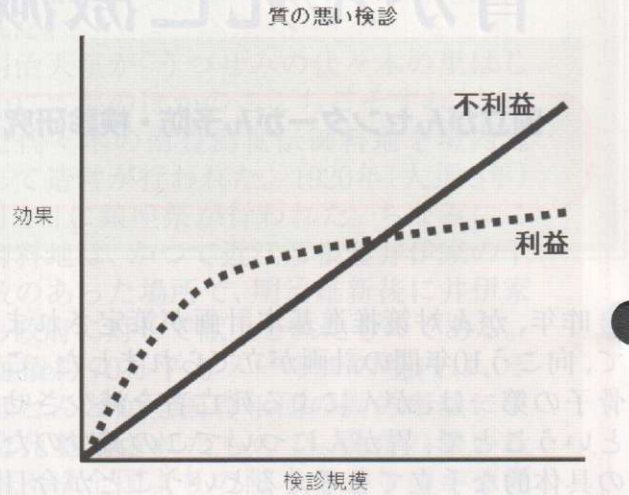


図 2

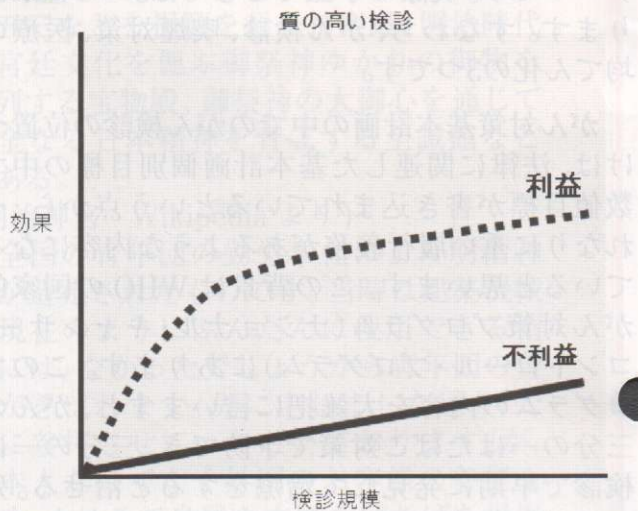


図 3

## 目 次

胃がん死亡激減のために / 斎藤 博 ..... 1

### リレー随筆

・「胃がん検診のない日本をめざして」 / 笹島 雅彦 ..... 7

・「まいった！」 / 植村 博次 ..... 8

・「一粒の種でいいから生きていたい——」 / 木村 友子 ..... 9

施設紹介 ..... 10

第5回 長野セミナーのご案内 ..... 11

ザ・ベスト・イメージング・コンテスト応募要項 (The Best Imaging Contest) ..... 12

第8回 胃X線検査 レベルアップセミナーのお知らせ ..... 12

83号掲示板 ..... 13

平成21年度「胃がん検診専門技師」認定試験のご案内 ..... 14

社団法人日本消化器がん検診学会 会告 ..... 15

編集後記 ..... 16

## がん検診の有効性評価

がん検診の有効性の評価を、最近はがん検診アセスメントなどと呼んでいます。がん検診の有効性を要約するガイドラインは、我が国では2001年から久道班で初めて作成され、その後、2005年から祖父江班、濱島班が作成・更新を行ってきました。祖父江班からは論文の集め方や判定の仕方等を改定、向上させて現在の国際標準にのっとり、世界に通用する方法で作成・更新しています。これまで既に大腸がん、胃がん、肺がん、前立腺がん、子宮がんのガイドラインを作成してきています。

胃がんについては英文でも出版され、世界で唯一の科学的根拠に基づいたガイドラインとして、世界内視鏡機構の新しいガイドラインの中でも引用される予定です。

図 4は作成手順概要です。



図 4

がん検診の有効性評価指標の基本原則は死亡率です。がん発見率や生存率、病期(発見がんの早期がん割合)などは、指標にはなりません。間接的な指標にはしますが、直接的な指標にはなりません。では何故、このような代替指標では駄目なのかということですが、簡単に言うと、これらは見かけ上は水増しに働くということと、治療の効果と区別できないということです。

我が国では「早期発見をすれば即、有効」だという短絡的で実は間違った考えが深く根付いています。私はこれを早期発見原理と呼んでいます。つまり、発見したものに早期がんの割合が高ければよい、発見がんの生存率が高ければよい、あるいはがんがたくさん見つければよいということ全てが早期発見原理であり、これは真理ではありません。その理由はがんの自然史を考えれば分かります。がんの性質は臓器によって多様です。通常のコースは発がんからかなり長い

時間をかけて早期がんになります。そして、進行がんになって症状を呈し、転移をきたして人命を奪うことになります。ところが、早期がんから進行がんになったときにすでに80歳であったとすると、他病死ということも十分ありえます。さらに、早期がんになったものが必ずしも進行がんにならない、ということも胃がんの手術拒否例で実際に観察されています。さらに、目に見えないまま自然退縮してしまうとか、進行がんから自然退縮してしまうがんもあり、非常に多様なのです。生命を脅かさないがんを見つけても意味がありませんが、それでも発見率は高くなるわけで、早期発見原理で判断すると無効なのに「成果が上がっている」と間違った判断になってしまいます。次に、すでに出てきた過剰診断がんについて説明いたします。過剰診断がんは放置しても症状が出るほど進行せず、もし、検診がなかった場合には決して診断されることはありません。これは必ずしも早期がんだけではなく、進行がんでも症状を呈さないがんがありますので、「検診も何もせず放置しておいたら、その人の人生に何のかわりもないがん」との理解でよいと思います。過剰診断による bias を理解する為に極端なモデルを言いますと、ある群がもし検診を行わなかった場合、10万人に100例のがんが発症して、50例が10年間に死亡したとします。この群の10年間の死亡率は50%とカウントされます。一方、同じ群もし検診を行った場合に、200例のがんが発見されて、50例が10年間に死亡したとします。この群の10年間の死亡率は25%とカウントされます。ところが、絶対死亡率は二つとも50例/10万人で同じなのです。検診をすると見かけ上死亡率が下がったように見えるわけですが、実際には利益はありません。

まとめますと、早期発見原理に基づいて「見つかればいいや」という立場は、検診を実施する側は満足なのですが、真実は分からない、ひょっとすると受診者にはまったく利益がなかったりなのです。しかしエビデンスに基づいて検診を行うと、集団全体の利益が不利益を上回ることを追求するということになります。まずは有効性の理解が必要で、有効性なしでがん検診を実施するのは倫理的にも問題があります。しかしながら、現状では、わが国の専門家(とくに医師)の、有効性に対する理解が不十分であるとの研究結果も出ており、早急に改善すべき課題です。

## ガイドライン作成のながれ

ガイドラインの作成の流れを、胃がん検診を

例にご説明します。

まず図5のようにアナリティックフレームワークを作成します。

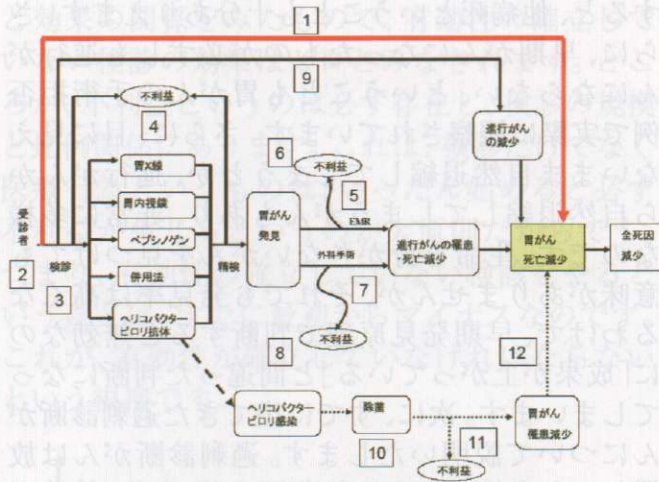


図 5

このアナリティックフレームワークは、検診から治療、そして結果までを描いた図です。胃がん検診の検査法には、胃X線検査、ペプシノゲン、内視鏡検査などあり、これらの検査法で検診を行うことによってがんが発見され、それを治療する。その治療の効果があれば進行がんが減って、死亡率が減り、さらには胃がんの死亡率が減るだろう、という一連の鎖のようなものです。この枠組みの中の、1～12の各段階について文献を検索します。系統的な文献検索をして、まず抄録で良し悪しを振り分けて、本格的に読むべきものを決めて、これを詳細にレビューします。ここから、科学的にどれだけ死亡率が下がるという証拠があるかというまとめをして、それに対応する推奨を決定して公表し、外部評価を受けます。詳細は端折りますが、およそこのようなステップを踏んで作業が進みます。一番の証拠は、このテストをやることによって死亡率が下がったかどうかということ(赤線の部分)、これだけを問題にすればよいのですが、死亡率が下がったかどうかをみる研究というのはなかなか簡単にはできません。そこで、そういった証拠が乏しい場合を補うために、例えばどのようながんが見つかるか、や、死亡率をさげる見込みがあるかということを見て行きます。やはり、早期がんが見つかった方がよいわけです。それから、治療はしっかり確立しているかなどの部分を見ていきます。そのために、このそれぞれの番号がついたパーツについて、文献を検索するわけです。要するに、直接証拠といわれるこの赤のルートが一番ですが、他についても間接証拠として採用してみます。

これらの文献をどのように評価するかは、研究のデザインによって決まります。無作為化試験が1番、それから観察研究といわれる対象研究、コホート研究・・・と続きます(表1)。証拠としては、無作為化試験が一番証明力が高く、とくにこの試験が複数あって、結果が一致すると確実となります。観察研究の証明力は無作為化試験と比べると低いです。複数の研究が一致してプラス、マイナスのいずれかの結果を示した場合、有効か、有効でないか判断することができます。

この「証拠のレベル」の話の研究のデザインごとに整理したのが表2です。

評価方法	証明力	
無作為化試験(RCT)	強い (ほぼ確実)	I
症例・対照研究 コホート研究	(そうらしい)	II
発見率・早期がんの割合 生存率	弱い (かもしれない) (でないかもしれない)	III

表 1

\*米国防医隊研究班

証拠のレベル	主たる研究方法	内容	分類
1++	無作為化比較対照試験	死亡率減少効果について一貫性を認め、質の高、低(メタ・アナリシス等の系統的レビュー)	RCT
1+	無作為化比較対照試験	死亡率減少効果について一貫性を認め、中等度の質の無作為化比較対照試験	
1-	無作為化比較対照試験	死亡率減少効果について一貫性を認め、低質の無作為化比較対照試験	症例対照 コホート 時系列
2++	症例対照研究/コホート研究	死亡率減少効果について一貫性を認め、質の高、低(メタ・アナリシス等の系統的レビュー)	
2+	症例対照研究/コホート研究	死亡率減少効果について一貫性を認め、中等度の質の無作為化比較対照試験	
2-	症例対照研究/コホート研究	死亡率減少効果について一貫性を認め、低質の無作為化比較対照試験	
その他	観察研究	観察研究	その他

表 2

証拠のレベルの決定は恣意的に行なうのではなく、アルゴリズムを決めて行ないます。1番高い証拠のレベルは、無作為化試験が複数あり且つシステマティックレビューしたというものです。無作為化試験でも質の悪いもの(単独)は1-です。次のレベルが症例対象研究、コホート研究で、その中で質のよい研究は2++、中等度は2+、発見率やその他は下のランクに入ります。また、専門家の意見は、一番科学性が低いということ、一番下のランクに入ります。まとめると、RCTがあれば高いレベルの証拠がありますし、質が悪く一致性がなければランクが落ちることになります。

次に「推奨」についてですが、質の高い研究、しかも一致している研究があって++の証拠とな

ると、これが推奨 A になります。C は、不利益が無視できない場合は、条件付で臨床のセッティングとしてきちんと対処できる施設に限って推奨するという事になっています。逆にこの裏返しになります。相応の証拠があっても駄目だという場合には推奨しないということ、不十分な証拠の場合も推奨しないということになります(表 3)。

推奨	対策型検診 (住民検診型)	任意型検診 (人間ドック型)	証拠のレベル	証拠の内容
A	推奨する	推奨する	1++/1+	死亡率減少効果を示す十分な証拠 (RCT) がある
B	推奨する	推奨する	2+/2+	死亡率減少効果を示す相応な証拠 (観察研究) がある
C	推奨しない	条件付きで実施できる	1++/1+ 2+/2+	死亡率減少効果を示す証拠 (RCT あるいは観察研究) があるが、無視できない不利益がある
D	推奨しない	推奨しない	1++/1+ 2+/2+	死亡率減少効果があることを示す証拠 (RCT あるいは観察研究) がある
I	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない	1-2	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分である (RCT 適切な観察研究がない、あるいは複数の研究結果が一致しない)

表 3

胃がん検診の各検査法の証拠レベルは表 4 にあるとおりです。

検診方法	研究デザイン	証拠のレベル	研究デザイン (詳細)	文献総数	有効性あり	有効性なし 有効性不明 研究デザイン難
胃X線	観察研究		メタ・アナリシス	1	1	0
			症例対照研究	5(4)	4(4)	1(1)
			コホート研究	2(2)	1(1)	1(1)
			地域相関研究	1(1)	1(1)	0
胃内視鏡	観察研究		コホート研究	1	0	1
ペニンゲン法	観察研究		コホート研究	1(1)	0	1(1)
ヘリコバクターピロリ抗体	なし		-	-	-	-

表 4

胃 X 線検査については有効性ありとされた研究が多く、結果の一致性も良いです。またコホートもあり、地域相関性など総じて一致しています。その結果、胃 X 線検査は 2++ とされますので、相応の根拠をもって推奨されるということになります(表 5)。

検査方法	推奨	表現	対策型検診	任意型検診
胃X線検査	B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるため、対策型検診及び任意型検診として、胃X線検査による胃がん検診を実施することを勧める。ただし、間接効果と直接効果では、不利益の大きさが異なることから、事前に不利益に関する十分な説明が必要である。	○	○
胃内視鏡検査	I	臨床診断及びその観察で行なわれる胃X線検査後の精密検査としては標準的方法として行われている。しかし、胃がん検診として行なうための死亡率減少効果を示す証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることについて適切に説明する必要がある。	×	△
ペニンゲン法	I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることについて適切に説明する必要がある。	×	△
ヘリコバクターピロリ抗体	I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることについて適切に説明する必要がある。	×	△

表 5

内視鏡検査についてはほとんど研究がありません。有効性や精度の研究もありません。内視鏡検査は精密検査の標準法としては行われていますが、検診としては証拠不十分です。従って、任意型検診であれば実施しても良いが、対策型検診としては実施してはだめという判断になります。内視鏡検査の推奨グレードが I の理由として補足しますと、我々もガイドライン作成前はもう少し証拠があると思っていたのですが、ところが、文献を調べてみますと、死亡率の減少効果に関する研究は 1 つしかなかったのです。そこで先ほどのアナリティックフレームワークにて救おうと思っいろいろと精度を見たのですが、胃 X 線検査では証拠能力になる論文がたくさんあるのに対し、内視鏡検査の精度をきちんと比較した論文はなかったのです。内視鏡検査の感度について、日本で一番精度の高い福井県がん登録と照合して 70% 台と述べている論文がありますが、この論文では対象が患者さんであり、がん検診の論文ではありません。まとめますと、内視鏡に関しては死亡率の減少効果はおろか、精度の研究も批判に耐えるものがないため、有効性があるとは言えず推奨もできない、という結論になりました。

ガイドラインで推奨を決める場合は有効性だけでなく、不利益を緩和しなければなりません。重大な不利益 (X 線: 被曝、バリウム誤嚥など。内視鏡: 出血、穿孔等) があるので、やはりこれを精度管理で最小化するということが大切です。

### がん検診の精度管理

イギリスは組織型検診を導入して、乳がんの死亡率減少を実現しています(図 6)。

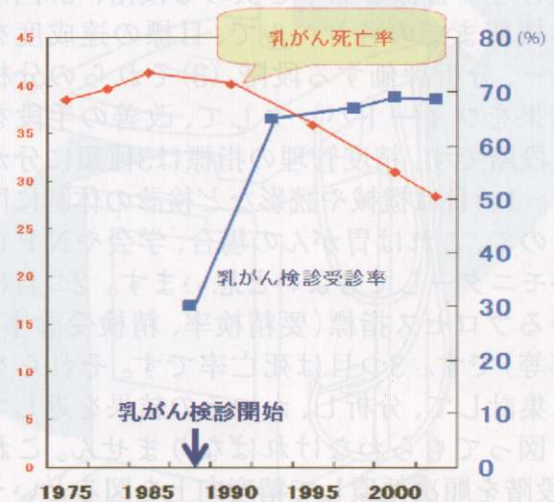


図 6

そのイギリスでのがん検診精度管理の仕掛けを少し説明します。組織型検診の第一条件は、検

診の対象者を網羅的に把握するという事です。二番目に個人ベースでインビテーションレターを出す、さらにリマインダーを出すことです。イギリスには受診勧奨センターがあり、対象者の網羅的な名簿を持っています。つまり国民一人ひとりに決められた掛かりつけ医師が、地域の対象者名簿を持っており、地域を束ねる受診勧奨センターは、その名簿を受け取り、スクリーニングオフィス(マンモグラフィ検診が可能な一定の条件をクリアした病院)に送ります。スクリーニングオフィスは対象者名簿に基づいて、対象年齢の方に個人ベースで受診勧奨レターを出します。また、精度管理センターがありまして、そこが年1回データを取り、立ち入り検査を行います。品質管理(QA)の手法がもちいられています。まとめると、「受診勧奨センターが網羅的な名簿を持って受診勧奨をして、立ち入り検査を含めて精度管理をする」、これがごく簡単というイギリスの乳がん検診の仕組みです(図7)。

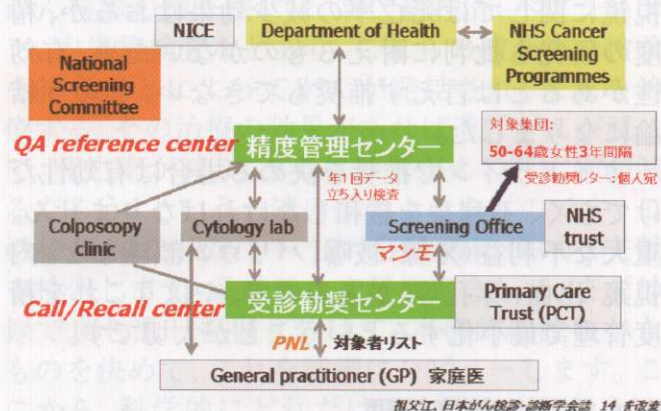


図 7

QA (品質管理)は3段階からなっています。(1)精度管理の目標と標準を決める段階、(2)国から検診機関までの各レベルで、目標の達成度をモニター、分析評価する段階、(3)それらの分析評価結果をフィードバックして、改善の手段を講じる段階です。精度管理の指標は3種類に分かれます。1つ目は機械や読影など検診の体制に関するもので、これは胃がんの場合、学会やNPO法人がモニターしてもよいと思います。2つ目はいわゆるプロセス指標(要精検率、精検受診率、発見率等)です。3つ目は死亡率です。それらを正確に集計して、分析し、かつその結果を返して向上を図ってもらわなければなりません。これらの3段階を順次循環して精度向上を図るということです。我が国の現状はいずれも極めて不十分ですので、この3段階をきちんと作り込んでやるということが必要になってきます。それは現在

私の研究班の研究項目でもあります。進捗状況を簡単にお話しますと、まず、国から検診機関までの各段階において、先ほどの3段階での実施すべきことを整理して研究課題を割り出しました。次にこれらのうち1段階目については、H20年にプロセス指標の数値目標を設定し、検診体制の指標として「事業評価のためのチェックリスト」を作成しました。

## 正しい検診を正しく行う

最後に、スクリーニングの原則は「害がない」ということです。有効性の証明されていない検診は有害になりがちなのです。正しく実施されなければ、さらに有害になるのです。「正しい検診を正しく行う」ということが、今こそ我々が取り組まなければならない、あるいは取るべき態度であります。

## 参考文献

- Hamashima C, Shibuya D, Yamazaki H, Inoue K, Fukao A, Saito H, and Sobue T. The Japanese Guidelines for Gastric Cancer Screening. Jpa J Clin Oncol, 2008. 38(4):259-267  
 深尾彰、濱島ちさと、渋谷大助、山崎秀男、井上和彦、斎藤博、祖父江友孝(平成17年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班胃がん検診ガイドライン作成委員会):有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン(普及版)、癌と科学療法、2006、33(8):1183-1197  
 斎藤博、町井涼子、青木綾子、濱島ちさと、がん検診:対策型-国民のがん死亡率減少のために、Population-based Screening-A Strategy to Reduce Cancer Mortality through Early Detection、アンチ・エイジング医学-日本抗加齢医学会雑誌、2008、4(3):041(341)-047(347)  
 Hamashima C, Saito H, and Sobue T. Awareness of and adherence to cancer screening guidelines among health professionals in Japan. Cancer Sci, 2007. 98(8):1241-1247

## リレー随筆

<医師>

### 「胃がん検診のない日本をめざして」

NPO日本胃がん予知・診断・  
治療研究機構  
笹島 雅彦



胃がん死亡率の低下、早期胃がん率の増加、ピロリ菌除菌による胃がん予防効果の報告、ピロリ菌に感染していない若年層の増加、内視鏡の進歩と実施施設の増加を踏まえ、これからの胃がん対策として、リスクを予知し(ペプシノゲン法とヘリコバクターピロリ I g G 抗体検査による「胃がんリスク検診」)、発がんを予防し(ヘリコバクターピロリ除菌療法)、効率よく早期発見し(リスクに応じた内視鏡検診)、できるだけ侵襲の少ない治療(内視鏡治療)というシステムが構築されるべきと考えています。

胃X線検診によってわが国の胃がん対策は大きく進歩し、自治体や職域の胃がん検診というインフラも整備され、国民の胃がんに対する意識も高まりました。バリウムという言葉が一般市民に浸透している国は、世界中どこにもない。こうした有形無形の財産は、これからもわが国の胃がん対策の基盤であり続けるとおもいます。

検診事業は産業で、公的検診は公共事業です。「胃がんをみつける検診をやるのはいいことだ」は、「生活が便利になる道路を作ることはいいことだ」と同じです。便利になる人はどのくらいいるのか？そのための費用負担は適正か？他の手段はないのか？計画してしまった、以前からやっているといった前例主義に陥っていないか？検証した時代と今とで、状況が変わっていないか？など、変化する現実即して、今、本当に必要な道路なのかを見極めなくてはなりません。

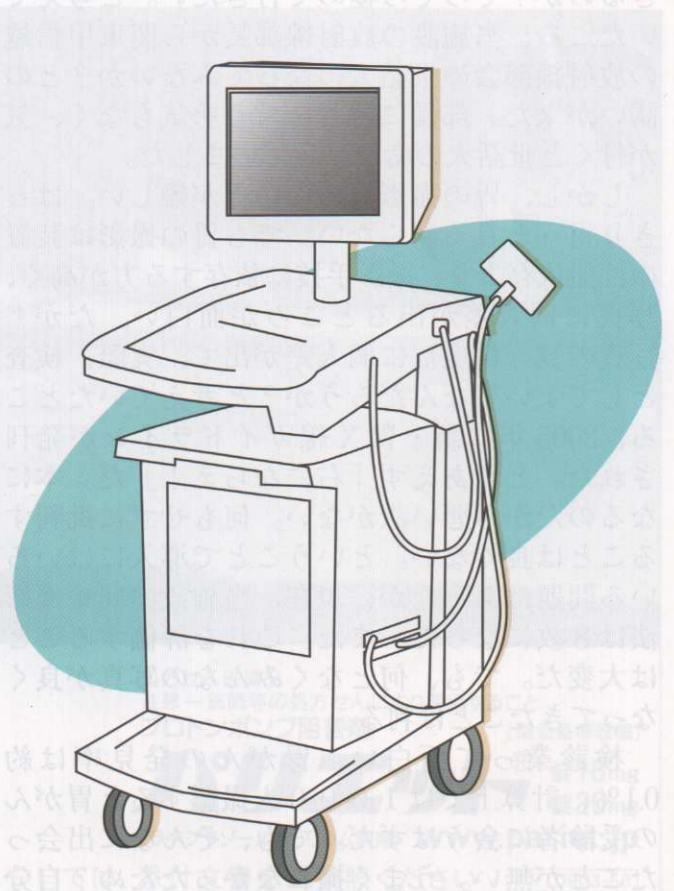
私も行政の直接胃X線検診を受託し、経済的な恩恵を得ていますが、設備費や専門医の二重読影など、胃X線検診には多大なコストが掛かることを痛感しています。その費用で、胃がんリスク検診を行って、若い世代の除菌を行えば、もっとたくさんの人を胃がんから救うことができる・・・とおもいながら、いわば公共事業の利権にしがみついているような居心地の悪さを感じています。

今、仕事を失って健康保険料を払えず具合が悪くても病院に行けない人が増えています。働き手ががんになり、収入を失い、治療費も嵩み、子どもが進学を断念させられる、という家庭も珍しくありません。

世界に目を転ずれば、国際紛争、貧困、感染症で、劣悪な健康状態の人々がたくさんいて、胃がんどころではない状況です。こうした分野に、もっともっと財源を回さなくてはいけない。世界的な大恐慌の中で、日本の胃がん検診にそんなにお金とエネルギーかけていいの？と自己嫌悪に陥ります。

胃がんリスク検診とピロリ菌除菌療法を推進し、胃がんになる人を減らしていけば、胃がん検診のいらぬ時代がきっと来る。次の世代は「バリウム？」という世の中になることを目指して、微力ながら学会に関わって行こうとおもっています。

胃がん検診などにお金を出せない時代が来てしまうのが先かもしれないけれど。



## <放射線部会>

### 「まいった！」

財団法人 神奈川県予防医学協会

植村 博次

やばい！ニュース・レターの原稿の締め切り日だ。机の中身をひっくり返し、前回のニュース・レターを読んでみると、リレー随筆の引継ぎ者に自分の名前が書いてある……。何度、見返しても自分の名前だ。今まで何気なく読んでいたニュース・レターを真剣に見返した。するとこれがまた、皆さん良いことを書いているではないですか……。まいった！

最近、自慢できるような旅行をしたことないし、特技もない。大体、文章が苦手だ。本当に「何を書けばいいのだろう？」と真剣に考えた。ふと、冷静になり、この依頼が舞い込んできた理由を考えた。原因は関東甲信越地方会、放射線部会の世話人になった事だ……。と気付いた。それなら世話人、消化管について書こう。決めた！

自分は検診機関で働く技師歴15年の男です。気が付くと世話人になって2年経過していました。世話人になったきっかけは胃X線検査を始めてもう15年、どうしたらうまく撮影できるのか？そろそろ極めて行きたい。と考えていたころ、当施設の放射線部長から関東甲信越の放射線部会の世話人になってみないか？との誘いが来た。部長に断りを言う勇気もなく、気が付くと世話人の席に座っていました。

しかし、胃の撮影は面白い！が難しい。はっきり言うと良く判らない。でも胃の撮影は装置の性能依存より、撮影手技に依存する方が高く、写真に個人差が出るところが面白い。だが！写真の質（精度）に個人差が出て、実際、検査としてよい事なんだろうか？と考えていたところ、2005年に新・胃X線ガイドラインが発刊された。とりあえず「右にならえ！」だ。本になるのだから悪い訳がない。何もせずに批判することは良くない。ということで導入にはいろいろ問題はあったが、現在、当施設の間接撮影法は8枚になった。また、これを評価することは大変だ。でも、何となくみんなの写真が良くなってきたことは判る。

検診業って面白い！胃がんの発見率は約0.1%、計算上では1000人撮影すると胃がんの受診者に会うはずだ。でも、そんなに出会ったことが無い。うまく撮れなかったため？自分

が新人のころ、初めて撮影中に「胃がん」を見つけた時の衝撃は今でも忘れられない。受診者の顔を何度も見てしまった。この衝撃が忘れられないせいか、現在も撮影することが好きだ。何事も好きでなければ上達しない。でも、うまくするには何が写っているか判らなければ上達しない。ここが難しい……。

東京って恐ろしい！著名な先生方がゴロゴロしている。何を言っているのか難しすぎて理解できない。私が無知のせい……。でも理解するには、話を聞かなければ、何も始まらない。1回聞いても判らない。2回聞いても判らない。3回聞いたらずし判った。もっと聞くしかない。出来れば本にして欲しい。

世話人っていいところ。会場設営や手伝いをすると、何と！著名な先生方の話が聞ける。また、世話人から耳よりの情報や最新の情報まで聞ける。皆さん優しく、面倒見がいい。最初思っていたイメージより、良いところだ。と言うことで、私も世話人3年目に突入してしまった。只今、新・世話人募集中です。

最後にもう一度、言いますが、胃の撮影は面白い！今まで感性で撮影していたが、だんだんロジック的に撮影や写真を読めるようになってきた気がする。撮影の基本は『あやしい！』と思ったところにバリウムを流すことだ。不思議な模様が浮かび上がってくる。まだまだ、未熟者ではありますが、これからも胃の撮影をし続けるだろうなあ。。。

そろそろ、ネタも尽きて来たところなのでリレー随筆しよっ！あっ世話人同期の黒木君に。。。悪いねエエエ。。。。。

今回はロジックを確立している東京都予防医学協会の黒木幹夫さんにバトン・タッチします。黒木くんよろしくお願いします。





<超音波部会>

「一粒の種でいいから生きていたい——」

(財)ちば県民保健予防財団  
総合健診センター  
木村 友子



あるがん患者の最期の言葉を看護師が「一粒の種」という詩にした。

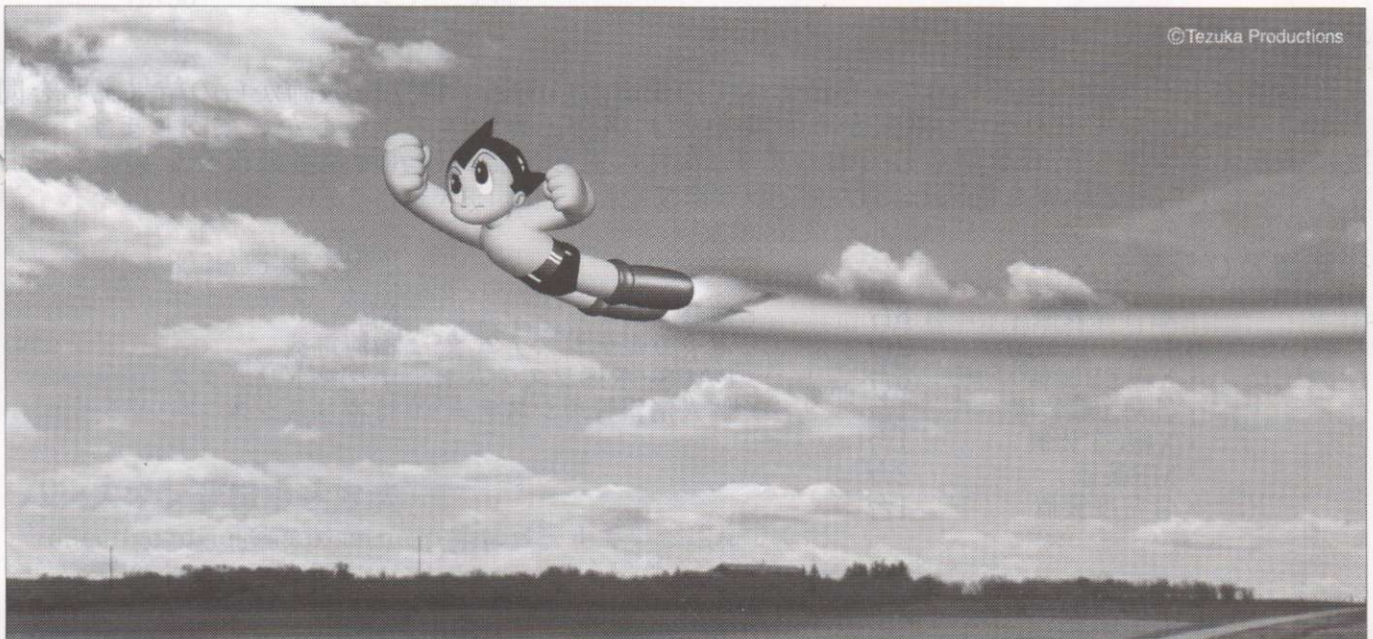
一粒の種になりたい  
ちっちゃくていいから  
土に根をおろし 芽をだして  
樹になれ 花になれ  
俺 人間の種になりたい・・・  
涙が痩せた頬を伝う  
途切れざまに聞こえるあなたの声

そして「私が一粒の種を蒔こう  
あなたの 生きた命の種を」と終わる。  
「死にたくない。一粒の種でいいから生きていた  
いよ」と絞り出すような声で訴え、彼は46歳で息  
を引き取った。

彼女自身もその数年前に、がんの疑いで入院したことがあり、「子どもを置いて死ねない、どんな姿でも生きていたい、と思った。彼の『生きていたい』という思いに動かされた。あなたの思いは私が受け取る、私がおの種を蒔こう・・・と。」

日頃、健診の現場で働く私は、「受診者の背景」に触れる機会が少なく、ややもすれば、一方的な検査で自己満足に終わってしまいがちである。はじめてプローブを持ったのは、12年前。巧みに画像を描き出す先生の手を、まさに、「ゴットハンド」だと、熱い思いで見えていたものだ。そして、不謹慎にも、所見が悪性であるほど、恐怖感と一緒に、何かワクワクと心躍ったように覚えている。最先端の技術と的確な診断は、究極の憧れであり、目標でもある。が、ときには、よそ見(?)をして、「人間」に向き合う余裕がほしいと思うときがある。

私にも「蒔ける種」があるとすれば、プローブに返されるエコーから得た情報と経験で誰かの力になる「種」だと思いたい。まだまだ、実りの種としては小粒だが、心豊かであたたかい思いのつまった「種」を育てていきたい。写真は初めてプローブを持った時の私です。



©Tezuka Productions

製造販売元  
**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>

商品情報お問い合わせ先: エーザイ株式会社 お客様ホットライン  
☎0120-419-497 9~18時(土、日、祝日9~17時)

処方せん医薬品  
注意一医師等の処方せんにより使用すること  
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〉 [www.pariet.jp](http://www.pariet.jp)

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意については、添付文書をご参照ください [PRT0903-53]

## 施設紹介

## 「医療法人宝生会 PL 東京健康管理センター」

### <はじめに>

昭和 45 年 12 月に PL (パーフェクトリバティー) 教団は東京・渋谷に生涯にわたる個人の健康を管理することを目的として、日本で最初のメンバー制による自動化健診施設(短時間人間ドック)を開設しました。集団の基準値で判定するだけでなく、一人ひとりの個人の健康状態を把握して、個人の基準値を用いたきめ細かな健康管理を行っています。さらに、身体の異常を発見するだけでなく、「心の健康」をはじめとするライフスタイルの改善についてもアドバイスを行うと共に、その研究を続けています。また、人間ドックとして最高レベルの検査を行い各個人の生活にあわせた総合的な健康管理を行うことを目指しています。

平成 19 年度には、システムを電子化し年間約 41,000 名の健診を行っています。



### <沿革>

昭和 45 年	人間ドック健診業務開始
昭和 49 年	自動化健診優秀施設に認定
昭和 60 年	優良総合健診施設に認定
平成 19 年	電子カルテ、PACS システム導入

### <業務内容>

健診基本コースは一種類のみで、当日すべての受診者(160名/日)は、医師からの結果説明を聞きお帰りいただいております。診察から面談までは、メディカルエスコートがご案内します。ご希望によりオプション検査を用意しております。女性に対して全員に乳房超音波検査を実施しております。クリニック診療も併設して行っております。

### <装置及びシステム>

・超音波装置	8台	・健診システム	NEC
・胸部一般装置	2台	・電子カルテシステム	横河電機
・X線TV装置	6台	・PACS・RISシステム	テクマトリックス
・乳房X線装置	1台	・個人情報管理システム	日本コムシス
・X線CT装置	1台		
・MR装置	2台		
・骨密度装置	1台		

〒150-0047 東京都渋谷区神山町 17-8

TEL 03-3469-1161

FAX 03-3467-9037

HP <http://www.pl-tokyo-kenkan.gr.jp/>



## 第 5 回 長野セミナーのご案内

恒例となりました長野セミナーを平成 21 年 8 月 1 日(土)に佐久勤労者福祉センターにて開催いたします。午前中には、昨年好評をいただいた初級者および中級者を対象とした腹部エコーのハンズオンセミナーに加え、初級者を対象とした頸動脈エコーのハンズオンセミナーを行う予定です。

午後には、初めての試みとして胆道・膵臓の超音波ライブデモンストレーションと超音波認定技師による頸動脈・甲状腺の講演も行う予定です。さらに例年好評をいただいている信州大学の田中直樹先生による肝臓の特別講演も予定しております。

なお、午後の講演会は事前登録の必要はありませんが、午前のハンズオンセミナーは事前登録が必要となりますのでご注意ください。詳細は6月初旬に消化器がん検診学会関東甲信越地方会超音波部会のホームページに掲載予定です。

多数の皆様の参加をお待ちいたしております。

第 5 回 長野セミナー 大会長  
岡庭 信司

日本消化器がん検診学会  
関東甲信越地方会 超音波部会

## 第 5 回長野セミナー開催のご案内

日 時：2009 年 8 月 1 日(土)

ハンズオン 9:30 ~ 12:00 セミナー 13:15 ~ 17:00

会 場：佐久勤労者福祉センター (佐久市佐久平駅南 4-1) TEL 0267 (67) 7451

参加費：ハンズオン 6,000 円(会員、非会員共通セミナー参加費を含む) \*事前登録が必要  
セミナー会員 2,000 円 非会員 3,000 円(当日入会可能) \*事前登録は不要です

日超医超音波検査士資格更新指定(出席 5 単位)

### <プログラム>

9:00 ~	ハンズオン受付	
9:30 ~ 12:00	ハンズオン(腹部領域:初級・中級 頸動脈:初級)	
12:30 ~	セミナー受付	
13:15	開会の辞	岡庭信司(飯田市立病院)
13:20 ~ 14:20	ミニレクチャー&ライブデモ	
	「甲状腺」	荻原毅(佐久総合病院)
	「頸動脈」	酒井博(小諸厚生総合病院)
14:20 ~ 14:30	休憩	
14:30 ~ 15:30	ライブデモ「腹部」	比佐岳史(佐久総合病院) 岡庭信司(飯田市立病院)
15:30 ~ 15:45	休憩	
15:45 ~ 16:50	特別講演 「肝臓病診療 UPDATE」	田中直樹(信州大学第二内科)
16:50 ~ 17:00	統括発言	竹原靖明(相和会横浜総合健診センター)
17:00	閉会の辞	小島正久(関東中央病院)

### ハンズオン登録申込方法

ditective-togius@cup.ocn.ne.jp 宛にメールで申し込んでください

- ① 件名:ハンズオン申込と記入
- ② 氏名、施設名、職種
- ③ 連絡先および電話番号
- ④ 希望コース:腹部初級、中級、頸動脈初級
- ⑤ 会員または非会員

先着順ですので、定員に達し次第締め切りとさせていただきます。  
なお、申し込みが確定した順にメールにて連絡いたします。  
参加費は当日受付にてお願いいたします。

問い合わせ:長野セミナー実行委員会事務局  
佐久総合病院臨床検査科生理検査室(代表)荻原毅・上原信吾  
TEL0267(82)3131内線 355  
e-mail:ditective-togius@cup.ocn.ne.jp

## ザ・ベスト・イメージング・コンテスト応募要項 (The Best Imaging Contest)

### 第 69 回関東甲信越地方会学術集会 (第 11 回超音波部会学術集会)

会 期:平成 21 年 9 月 5 日 (土)

会 場:学術総合センター 一橋記念講堂 (東京都千代田区一ツ橋 2-1-2)

第 69 回日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会学術集会 (第 11 回超音波部会学術集会) において『ザ・ベスト・イメージング・コンテスト』を開催いたします。

記録された超音波写真には検査担当者の思いが込められています。日常業務で撮影された自慢のベストショットを応募して下さい。応募して頂いた超音波写真を、応募者・所属施設を伏せて会場においてスライドショーで閲覧し、会場参加者の投票でベストイメージングを選出します。優秀賞には粗品を進呈いたします。

応募資格は医師・技師を問いません。また応募者のプレゼンテーションはありませんので、学術集会に参加できない方でも応募して頂いて結構です。特に、出張検診で活躍されている方々の応募お待ちしております。

#### 【超音波画像】

Bモード (カラードプラ・パワードプラ可) 1 枚 (但し 2 分割使用可)

#### 【領域】

上腹部 (肝臓、胆道、膵臓、脾臓、腎臓、消化管、腹部大動脈、その他)

#### 【応募方法】

E-mail で件名を『ベストイメージング (応募者名)』とし、氏名・連絡先住所を明記の上、添付ファイル (power point) で応募下さい。

スライド 1 枚目氏名、所属施設名、超音波機種名、周波数、患者 (検診者) の年代・性別、診断名、コメント (術者の一言)

スライド 2 枚目超音波写真

#### 【応募先】

新横浜ソーワクリニック 担当:中村 稔 kensa.yokohama@sowa.or.jp

#### 【締切日】

平成 21 年 8 月 8 日

## 第 8 回胃 X 線検査レベルアップセミナーのお知らせ

放射線部会では第 8 回胃 X 線検査レベルアップセミナーを下記要領にて開催いたします。講師は好評の工藤世話人、吉田先生のほか多摩がん検診センターの園田直美先生をお迎えします。奮ってご応募ください。

### 第 8 回胃 X 線検査レベルアップセミナー (予定)

会 場 : 国立がんセンター中央病院特別会議室

日 時 : 12 月 5 日 (土) 12:30~17:30

内 容 : 講義 (内容未定) : 工藤泰世話人

講義「標準撮影法の基礎と工夫」 : 園田直美先生

症例検討 : 吉田諭史先生

申込み : 11 月 9 日から 11 月 27 日まで。先着順

先着 100 名 glevelup8@gmail.com からお申込みください

《83 号掲示板》

日本消化器がん検診学会総会のご案内

第 32 回部会研究会総会のご案内

会 長：春間 賢（川崎医科大学 内科学（食道・胃腸））  
 実行委員長：村上誠一（社会保険下関厚生病院）  
 会 期：平成 21 年 10 月 17 日（土）  
 会 場：京都産業会館（8 F シルクホール）  
 〒 600-8009 京都市下京区四条通室町東入  
 参 加 費：4,000 円

2009 年度大会 (JDDW2009)

代表者：春間 賢（川崎医科大学内科学食道・胃腸科）  
 会 期：2009 年 10 月 14 日～17 日  
 会 場：国立京都国際会館、他  
 第 47 回大会（京都市）（JDDW2009Kyoto 全面参加）  
 会 長：春間 賢（川崎医科大学内科学食道・胃腸科）  
 会 期：平成 21 年 10 月 14 日（水）～17 日（土）  
 会 場：国立京都国際会館、グランドプリンスホテル京都

備 考：合同参加学会日本消化器病学会 会長：千葉 勉  
 日本消化器内視鏡学会 会長：工藤進英  
 日本肝臓学会 会長：溝上雅史  
 日本消化吸収学会 会長：藤山佳秀  
 日本消化器がん検診学会 会長：春間 賢

第 49 回 日本消化器がん検診学会総会

会長：金城福則  
 琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部部長

会期：2010 年 6 月 11 日（金）・12 日（土）  
 会場：沖縄コンベンションセンター  
 〒 901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 4-3-1

年会費未納の方へお願い 年会費未納の方は、事務処理を行う為至急お振り込みをお願いします。（事務局）

Good Communication!  
 Opus One!

私たちの経営ビジョンは、クライアントとその先のユーザーの視点に立ったソリューションカンパニーとして、どれだけきめ細やかで効率の良い広告の提案ができるかと考えています。人のぬくもりある提案は時代を超えて人々を惹きつけます。いつの時代も情報の原点は、「会話」。それは「人と人」。  
 私達はこの人と人の「グッドコミュニケーション」をキーワードに、心の豊かな人材と企業を育ててまいります。グッドコミュニケーションで人の和が広がり、明るい社会創りに貢献してまいります。



FUTURE BOX  
 このフューチャーボックスは、希望ある未来の引き出しの象徴として、当社をイメージしました。

主な事業内容

- 広告・デザイン ▶ 企画・提案
- プロモーション戦略 ▶ リサーチ・プランニング
- 新聞広告 ▶ 企画・提案
- Web 広告 ▶ デザイン・企画・提案

広告代理店  
 株式会社 オープスワンコミュニケーションズ  
 〒 101-0061 東京都千代田区神田神保町 2-4-7  
 TEL: 03-3512-3560 FAX: 03-3512-3826  
 e-mail: opus1@opus1.co.jp URL: http://www.opus1.co.jp/

## 平成 21 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がん検診学会  
胃がん検診専門技師認定委員会

社団法人日本消化器がん検診学会胃がん検診専門技師認定制度規程により平成 21 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 21 年 9 月 6 日(日) 13:00 ~ 15:00

場 所:総評会館(東京都千代田区神田駿河台 3- 2-11)

※試験場の詳細につきましては各受験者へ受験票送付時にお知らせします。

質問がある場合には学会事務局、技師認定係まで電話して下さい。(03-3235-6754)

試験様式:筆記試験(多肢選択・マークシート方式)

出題領域:上部消化管造影検査技術、胃がん検診に関する一般常識、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って着席してください。
- ・試験開始 60分以降は退室できます。その際は挙手にて試験監督者に知らせ、指示に従ってください。
- ・試験終了の合図があったら直ちに解答用紙を裏返し、そのまま席にて試験監督者の指示を待ってください。
- ・受験票、HB の鉛筆、消しゴムを各自で持参してください。
- ・試験問題に関する質問は一切受け付けません。
- ・問題用紙は回収いたします。
- ・試験場内では携帯電話、ポケットベル等の使用を禁止します。
- ・試験場には時計がありませんので、時間の確認は各自、腕時計を使用してください。
- ・試験結果は各受験者あてに合否通知書を郵送します。

## 消化管の診断に

処方せん医薬品

X線造影剤〈硫酸バリウム製剤〉

◇パウダー製剤

ネオバルギンEHD

ネオバルギンUHD

ネオバルギンHD

バリトップHD

バリブライトP

バリブライトCL

バリコンクMX

◇ゾル製剤

バムスターS200

バリトップ120

バリトップゾル150

バリブライトゾル180

薬価基準収載

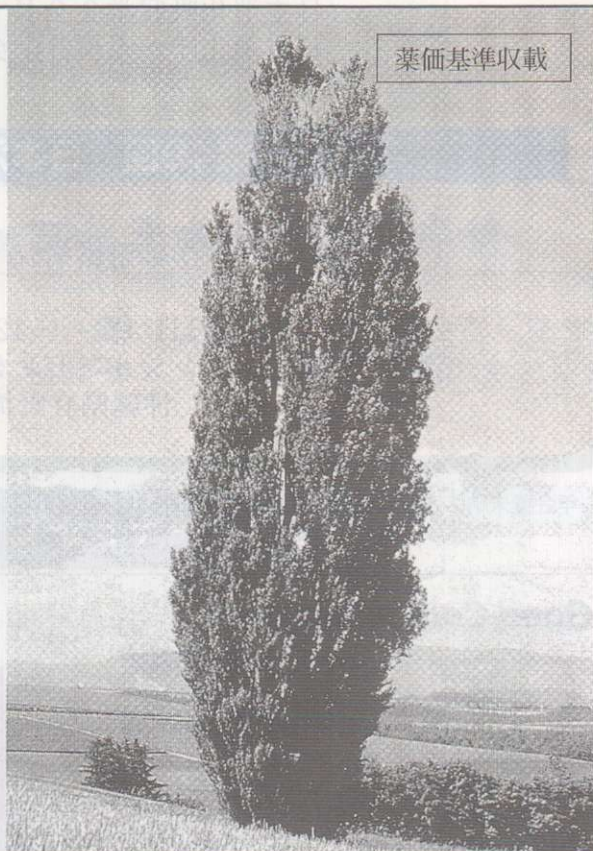
効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

※注意—医師等の処方せんにより使用すること

発売元

**Kaigen** 株式会社 **カイゲン**

大阪府中央区道修町2-5-14 [資料請求先 新薬本部]  
<http://www.kaigen.co.jp>



## 社団法人 日本消化器がん検診学会 会告

平成 21 年 6 月 19 日に開催されました総会において、役員改選が行われ新役員が承認されましたのでお知らせいたします。

(五十音順)

役職	氏名	現職	担当職務(委員長)
理事長	荒川 泰行	(日本大学名誉教授・公立阿伎留医療センター)(再任)	法人代表
理事	有末 太郎	(斗南病院健診センター)(再任)	企画委員会・評議員選考委員会
	今村 清子	(医療法人社団山中湖クリニック)(再任)	胃がん検診精度管理委員会
	北川 晋二	(福岡県すこやか健康事業団)(再任)	全国集計委員会
	斎藤 博	(国立がんセンターがん予防・検診研究センター)(再任)	大腸がん検診精度管理委員会
	深尾 彰	(山形大学大学院医学系研究科公衆衛生)(再任)	倫理委員会
	三木 一正	(東邦大学名誉教授)(再任)	学会賞受賞者選考委員会
	芳野 純治	(藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院院長)(再任)	財務委員会
	一瀬 雅夫	(和歌山県立医科大学第2内科)(新任)	認定委員会
	渋谷 大助	(宮城県対がん協会がん検診センター)(新任)	部会委員会
	土亀 直俊	(熊本県総合保健センター)(新任)	超音波部会委員会
	馬場 保昌	(早期胃癌検診協会中央診療所)(新任)	
	樋渡 信夫	(いわき市立総合磐城共立病院)(新任)	編集委員会
	森山 光彦	(日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野)(新任)	庶務
	吉原 正治	(広島大学保健管理センター)(新任)	

# 食道から大腸まで

適確診断のために……

### 薬価基準収載

処方せん医薬品 注意-医師等の処方せんにより使用すること

#### 【硫酸バリウム製剤】

■ 上部消化管X線造影剤

**バリテスター<sup>®</sup> A240散**

**バリトゲン<sup>®</sup> SHD**

■ 注腸用X線造影剤

**エネマスター<sup>®</sup> 注腸散**

■ X線CT用経口消化管造影剤

**バリトゲン<sup>®</sup> CT**

■ 消化管X線造影剤

**バリトゲン<sup>®</sup> HD**

**バリトゲン<sup>®</sup> ソール145**

【炭酸水素ナトリウム・酒石酸配合剤】

**バリトゲン<sup>®</sup>**

**バリトゲン<sup>®</sup> ソール**

■ X線診断二重造影用発泡剤

**バリトゲン<sup>®</sup> デラックス**

**ウムブラ<sup>®</sup> MD**

**バリエース<sup>®</sup> 発泡顆粒**

■ 胃内有泡性粘液除去剤

**バリトゲン<sup>®</sup> 消泡内用液 2%**

(ジメチコン内用液)

■ 緩下剤

**ファースル<sup>®</sup> 錠 2.5mg**

(ピコスルファートナトリウム錠)

※ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等詳細は、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 0877-22-6284

仙台営業所 / TEL 022-295-5667 東京営業所 / TEL 03-5328-7801 名古屋営業所 / TEL 052-732-8555

大阪営業所 / TEL 06-6221-5101 中四国営業所 / TEL 0877-22-7284 福岡営業所 / TEL 092-413-4107

やさしさと温もりをもって届けたい。



## 編集後記

第 31 回消化管造影技術研修会が 2009 年 3 月 13 日から 15 日まで東京新宿区 日本青年館をお借りして開催されました。前回の第 30 回も日本青年館をお借りして開催されましたので今回で日本青年館で実施するのは 2 回目です。私は、たいした重要な仕事も無い「お手伝い」として一部の時間に参加させていただいたというか、ただ研修会場と研修準備室をうろうろと時間をつぶしておりましたただけですが、受講生の真剣な受講態度と講師の先生に対しましてはただ頭が下がる思いでございます。日本青年館を 2 回も使用しながら気が付くのが遅いですが日本青年館の始まりとして明治神宮の造営は、第一次世界大戦が始まり、その影響で物価・賃金が急騰し、造営予算に支障をきたした。造営局造営課長であった田沢義鋪の発案で全国各地の青年団が上京し、労力奉仕で造営に協力した。

大正 9 年 1 1 月、皇太子殿下より造営に対する青年団の功績に対して令旨を下賜された。令旨の拝受を記念するために日本青年館建設の議がおこり、翌年 9 月、財団法人日本青年館が設立された。

全国の青年団は各種運動を繰り広げて、1 人 1 円の建設資金を拠出した。関東大震災のため工事は遅れたが、大正 1 4 年 9 月総工費 1 6 2 万円をかけて地上 4 階地下 1 階建ての旧日本青年館が完成した。(日本青年館のホームページより引用)

明治神宮の造営のためだったのでした。明治神宮といえは東京在住の皆様は御存知の事と思いますが「初詣」の人数が多い所です。私も、たまに参拝させていただいておりますが、ちなみに明治神宮の由緒は(明治 45 年)に明治天皇が崩御し、立憲君主国家としては初の君主の大葬であったがその死に関する法律はなく、なんらかの記念(記念とも)するための行事が計画される。その事業は程なく予定されていた明治天皇即位 50 周年のものを引き継ぎ(明治天皇の銅像、帝国議会、博物館など様々な案があった)、続いて 1914 年(大正 3 年)に皇后であった昭憲皇太后が亡くなると、明治天

皇と昭憲皇太后の遺徳を偲ぶ国民からふたりを祀る神社を求める機運が高まった。

これを受けて政府は神社奉祀調査会を設置して審議し、大正天皇の裁可を受けて 1915 年(大正 4 年) 5 月 1 日、官幣大社明治神宮を創建することが内務省告示で発表された。

明治天皇が「うつせみの代々木の里はしづかにて都のほかのここちこそすれ」と詠んだ代々木の南豊島世伝御料地を境内地として造営が行われた。1920 年(大正 9 年) 11 月 1 日に鎮座祭が行われた。ちなみにこの御料地は、かつて近江彦根藩井伊家の下屋敷のあった場所で、明治維新後に井伊家から政府に対して献上されたものである。

面積約 70 万平方メートルの境内は、そのほとんどが全国青年団の勤労奉仕により造苑整備されたもので、現在の深い杜の木々は全国よりの献木を青年団が植樹したものである。また本殿を中心に厄除・七五三などを祈願を行う神楽殿、明治時代の宮廷文化を偲ぶ御祭神ゆかりの御物を陳列する宝物殿、御祭神の大御心を通じて健全なる日本精神を育成する至誠館などがある。

(明治神宮 - Wikipedia より)

全国の青年団の勤労奉仕により明治神宮が造苑されたものです。当時は建築機械が現在のようにふんだんに使用できる状況には、なかったでしょうから青年団の苦勞が忍ばれます。先に申しました通り「たまに参拝させていただいておりますが、日本人だけでなく外国のお客様の参拝も多く、カメラで鳥居や本殿をぱちぱち撮影しております。私も参拝させていただきますと心が静まります。皆様もお近くにお寄りの際は明治神宮に参拝いただくと何か良い事があるかなと思います。

今回の第 32 回消化管造影技術研修会が 2010 年 1 月に予定しております。まだ参加の御経験が無い方は、是非とも御検討下さい。

渡辺 靖

### 編集委員

編集委員長

今井 貴子 米倉 福男 神宮宇広明 竹林 章子 青木 敏郎  
山本 美穂 今井 仁彦 笹島 雅彦 渡辺 靖 岡田 義和

(非売品)