

長野県がん検診センターにおける胃（上部消化管） 精密検診例の検討

小池 綏男 土屋 真一 丸山 雄造
長野県がん検診センター

Clinical Consideration of the Cases Received the Detailed Examination of the Stomach (Upper Gastrointestinal Tract) at Nagano Cancer Center

Yasuo KOIKE, Shin-ichi TSUCHIYA
and Yuzo MARUYAMA
Nagano Cancer Center

A study was made of 254 cases who underwent detailed examination of the stomach during the last 6 months at Nagano Cancer Center. The cancer detection rate for all cases and those for cases who received detailed examination at the first screening were 2.76% and 1.57%, respectively.

On the basis of the final diagnosis of the detailed examination, the accurate diagnostic rate for the doctor performing the examination was lower than that of the detection committee, for both radiological and endoscopic examination.

The diagnostic rate for endoscopic examination was higher than that for radiologic examination. The checking rate for ulcerative diseases was higher for scarring ulcers than for open ulcers, in both the first screening and the detailed examination. The checking rate of first screening for all diseases which were diagnosed as gastric cancer, gastric ulcer (scar) and duodenal ulcer (scar) by the final diagnosis was 39.8%. *Shinshu Med. J.*, 32: 527-535, 1984

(Received for publication June 19, 1984)

Key words: gastric cancer, detailed examination, endoscopic examination, X-ray examination, biopsy

胃癌, 精密検診, 内視鏡検査, X線検査, 生検

I はじめに

1983年10月1日開所した長野県がん検診センターには検診部門と検査部門が置かれ、業務としては①癌に関する検診と検査 ②癌に関する技術者の研修、調査研究、知識の普及ならびに指導および助言を行い、治療は行わないことが条例で定められた。

検診部門は従来から長野県において1次検診が行われてきた胃（上部消化管）、子宮、乳房および肺の精

密検診を行い、それとともに1次検診と関連させるべき統計的および疫学的調査のための基礎資料を作成することが早急の課題とされた。疫学的調査のための問診は看護婦が行う方針をとった。胃部門の精密検診は信州大学医学部および松本医師会から派遣された5名の非常勤医師を主体に行われている。精密検診は原則として全例にX線および内視鏡検査を行った。精密総合診断は判定委員会を設けて診断した。

今回は当センター発足以来6カ月間に精密検診を施

行した症例について統計的、疫学的ならびに臨床的に検討した成績および若干の問題点に関する今後の展望について述べる。

II 統計的検討

A 精密検診施行人員

1983年10月1日から1984年3月31日までの6カ月間に胃(上部消化管)の精密検診を施行した人員は表1のように254例であった。内訳は1次検診の要精検例(以下1次検診例と略す)は191例であった。うち、地域集検例は111例、職域集検例は80例で、地域集検例中市部、町部および村部集検例はそれぞれ37例、15例、59例であった。任意精検例(当センターに任意に来院した症例)は48例であり、医師紹介例(当センターに精密検診のため紹介された症例)は15例であった。胃癌の発見率は全症例では2.76%であり、1次検診の要精検例では1.57%であった。

表1 精密検診施行人員
(1983年10月~1984年3月)

I	1次検診要精検例	191(3)
A	地域集検例	111(2)
1	市部集検例	37
2	町部集検例	15(1)
3	村部集検例	59(1)
B	職域集検例	80(1)
II	任意精検例	48(2)
III	医師紹介例	15(2)
	計	254(7)

胃癌発見率: 2.76% () 内胃癌症例

B 性・年齢別精密検診施行人員

精密検診施行者を性別に分けると、表2のように地域集検例では男女差がなく、職域集検例では大部分が男であった。任意精検例および医師紹介例ではほぼ3対2の割合で男が多かった。年齢別では各精検例において40歳代から60歳代が多く、胃癌症例はこの年齢層のみに発見された。任意精検例では39歳以下の症例が48例中13例、27.1%と多かったが、他の精検例では少なかった。

C 過去の胃の検査状況

表3のように今回はじめて胃の検査を受けた症例は31例、12.2%であり、うち1例が胃癌であった。3年以上前に胃の検査を受けた症例は25例、9.8%で、胃癌症例はなかった。最近3年間に胃の検査を受けた症例は46例、18.1%で、うち2例が胃癌であった。定期的に胃の検査を受けていた症例は151例、59.4%と最も多く、うち4例が胃癌であった。

表3 過去の胃の検査状況

	症 例	胃癌症例
①今回はじめて検査を受けた	31(12.2%)	1
②3年以上前に検査を受けた	25(9.8%)	0
③最近3年間に検査を受けた	46(18.1%)	2
④定期的に検査を受けていた	151(59.4%)	4
不明	1(0.4%)	
計	254(100.0%)	7

表2 性・年齢別精密検診施行人員

年 齢	地域集検例	職域集検例	任意精検例	医師紹介例	計
10~19					0
~29	1		5		6
~39	9	6	8	1	24
~49	21	40(1)	12(2)	3	76(3)
~59	37(1)	30	15	5	87(1)
~69	35(1)	4	7	4(1)	50(2)
~79	8		1	2(1)	11(1)
男	56(2)	72(1)	30(1)	9(1)	167(5)
女	55	8	18(1)	6(1)	87(2)
計	111(2)	80(1)	48(2)	15(2)	254(7)

() 内胃癌症例

表4 過去の胃の検査回数

	1次検診要精検例	任意精検例	医師紹介例	計
0	23	5	3(1)	31(1)
1	4	7	2	13
2	26	7(1)	0	33(1)
3	15	2	1	18
4	15	4	2	21
5	19	2	1(1)	22(1)
6~10	67(3)	13(1)	4	84(4)
11~	16	3	2	21
不明	6	5	0	11

() 内胃癌症例

表5 血縁の癌素因の有無と癌発見率

	1次検診要精検例	任意精検例	医師紹介例	計
癌素因有	92(2:2.2%)	31(2:6.5%)	7	130(4:3.1%)
癌素因無	96(1:1.0%)	16	8(2:25.0%)	120(3:2.5%)
不明	3	1	0	4
計	191(3:1.6%)	48(2:4.2%)	15(2:13.3%)	254(7:2.8%)

() 内胃癌症例および癌発見率

D 過去の胃の検査回数

1次検診例、任意精検例および医師紹介例に分けて検討すると、表4のように1次検診例では過去の検査回数が6~10回の症例中のみに胃癌症例がみられた。任意精検例では2回と6~10回の症例中に、医師紹介例では初回例と5回例に胃癌症例がみられた。

E 血縁の癌素因

3親等以内に癌に罹患した者がいる症例を癌素因有りとして検討すると、表5のように1次検診例では有る症例数と無い症例数の間にほとんど差がみられず、胃癌症例はそれぞれ2.2%、1.0%であった。任意精検例では有る症例は無い症例のほぼ倍であった。胃癌は有る症例のみにみられた。医師紹介例では無いもののみ胃癌がみられたが、精検者数には差がなかった。

F 喫煙および飲酒歴

表6に示すように喫煙歴からみると、現在喫煙中の症例は89例で、うち1例に胃癌症例がみられた。過去に喫煙歴があるものは35例でうち1例に胃癌症例がみられた。喫煙歴がないものは130例で、うち5例に胃癌症例がみられた。飲酒歴からみると、アルコールを

表6 喫煙および飲酒歴と胃癌症例

	症 例	胃癌症例
現在喫煙中	89	1
過去に喫煙有り	35	1
喫煙歴なし	130	5
アルコールをよく飲む	85	3
アルコールを時々飲む	88	2
アルコールを飲まない	81	2

よく飲む症例は85例、時々飲む症例は88例、飲まない症例は81例で、胃癌症例はそれぞれ3例、2例および2例にみられた。喫煙あるいは飲酒が胃癌の発生に悪影響を及ぼしている成績は得られなかった。

G 1次検診要精検例の1次検診から精検受診までの期間

1次検診受診後要精検者が精密検診を受診するまでの期間は表7のように大部分の症例が2カ月以内であったが、3カ月以上の症例もみられた。胃癌症例は全例1カ月から2カ月の間であった。

表7 1次検診から精検受診までの期間
—1次検診要精検例—

期 間	症 例
～1月	36 (18.8%)
～2月	139(3) (72.8%)
～3月	6 (3.1%)
3月～	6 (3.1%)
不 明	4 (2.1%)
計	191(3)

() 内胃癌症例

III 臨床的検討

胃の精密検診は原則として全例にX線および内視鏡検査を行い、X線を先行させる方針をとった。また、1人の患者に対して同一の医師が両方の検査を行わないようにした。検診医はおのおのの検査が終了した時点で単独に診断(検査施行医診断)し、X線および内視鏡フィルムと生検診断が揃った症例に関して、毎週1回行われる判定委員会にて検討した。判定委員会は検査施行医、松本医師会から推薦された2名の読影委員および当センターの検診医と病理医の計10名で構成されている。判定委員会では、まずX線フィルムを読影診断し、ついで、内視鏡フィルムを診断し、最終的には生検診断を加えて総合的に診断(精検総合診断)した。

A X線および内視鏡検査

X線検査は検診医の好みにより遠隔操作によるX線テレビ装置、東芝DT-AVあるいはDT-BVを使用した。内視鏡検査はX線検査の情報を得てから施行するため検診医の選択で行ったが、側視鏡使用が101例、直視鏡使用が145例であった。

B 精検総合診断

全症例中事情によって、X線あるいは内視鏡検査のいずれか一方の検査しか施行しなかった8例(X線のみ2例、内視鏡のみ6例)を除外した246例について精検総合診断を検討した。なお、疾患の重複例は独立させて取り扱った。

表8に示すように胃癌は7例のうち5例が早期癌であり、2例が進行癌であった。手術不能の進行癌1例以外は他施設に紹介して手術が行われた。胃潰瘍は18例、胃潰瘍瘢痕25例、胃ポリープ25例、十二指腸潰瘍16例、十二指腸潰瘍瘢痕19例等であった。食道、胃、十二指腸にまったく異常を認めなかった症例は246例

表8 精検総合診断

病 名	症 例 数
胃 癌(早期癌)	7(5)
胃 潰 瘍	18
胃 潰 瘍 瘢 痕	25
胃 ポ リ ー プ	25
慢 性 胃 炎	82
胃 そ の 他	6
十 二 指 腸 潰 瘍	16
十 二 指 腸 潰 瘍 瘢 痕	19
十 二 指 腸 そ の 他	18
食 道 疾 患	16
異 常 な し	48
計	280

中48例、19.5%であった。

C 各種疾患の診断状況

精検総合診断から数疾患を取り上げて検査施行医によるX線診断および内視鏡診断、判定委員会のX線診断および生検診断について検討した。

1 胃癌の各種診断(表9)

胃癌7例中検査施行医によるX線診断では早期胃癌の1例が正診されたのみであるが、判定委員会では早期胃癌が2例、進行胃癌が2例正診された。検査施行医による内視鏡診断では早期癌の4例および進行癌の2例が正診され、早期癌の1例のみが正診されなかった。判定委員会では早期癌5例、進行癌2例全例が正診された。生検診断では早期癌5例中2例が group IV、3例が group V であり、進行癌は2例ともに group V であった。X線検査が先行であるので、X線検査施行医の病変拾い上げ率をみると71.4%であった。

2 胃潰瘍の各種診断(表10)

胃潰瘍18例中6例、33.3%が検査施行医のX線診断で正診され、判定委員会では10例、55.6%が正診された。検査施行医の内視鏡診断では14例、77.8%が正診され、判定委員会では17例、94.4%が正診された。生検は18例中16例に施行し、うち group I が9例、group II が7例であった。X線検査施行医の病変拾い上げ率は55.6%であった。

3 胃潰瘍瘢痕の各種診断(表11)

胃潰瘍瘢痕25例中11例、44.0%が検査施行医のX線診断で正診され、判定委員会では18例、72.0%が正診された。検査施行医の内視鏡診断では18例、72.0%が

表9 胃癌の各種診断

病名	検査施行医診断		判定委員会診断		生検診断	判定委員会 総合診断
	X線	内視鏡	X線	内視鏡		
早期胃癌	1	4	2	5	group IV 2 group V 3 group V (2)	5 (2)
進行胃癌		(2)	(2)	(2)		
胃癌の疑	1					
幽門狭窄	(1)					
胃潰瘍の疑	1	1	2			
胃潰瘍瘢痕 異常なし	(1) 2		1			
病変拾い上げ率	5/7 71.4%					

() 内進行胃癌

表10 胃潰瘍の各種診断

病名	検査施行医診断		判定委員会診断		生検診断	判定委員会 総合診断
	X線	内視鏡	X線	内視鏡		
胃潰瘍	6 (33.3%)	14 (77.8%)	10 (55.6%)	17 (94.4%)	group I 9 group II 7	18
胃潰瘍瘢痕	3 (16.7%)	1 (5.6%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)		
胃癌の疑	1 (5.6%)	1 (5.6%)				
慢性胃炎	4 (22.2%)					
異常なし	4 (22.2%)	2 (11.1%)	4 (22.2%)			
病変拾い上げ率	10/18 55.6%					

表11 胃潰瘍瘢痕の各種診断

病名	検査施行医診断		判定委員会診断		生検診断	判定委員会 総合診断
	X線	内視鏡	X線	内視鏡		
胃潰瘍瘢痕	11 (44.0%)	18 (72.0%)	18 (72.0%)	25 (100.0%)	group I 3 group II 9	25
胃潰瘍	1 (4.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)			
胃癌の疑	2 (8.0%)					
慢性胃炎	2 (8.0%)	2 (8.0%)				
異常なし	9 (36.0%)	4 (16.0%)	6 (24.0%)			
病変拾い上げ率	14/25 56.0%					

正診され、判定委員会では25例全例が正診された。生検は25例中12例に施行し、group I 3例、group II 9例であった。X線検査施行医の病変拾い上げ率は56.0%であった。

4 胃ポリープの各種診断 (表12)

胃ポリープ25例中8例、32.0%を検査施行医のX線

診断で正診し、判定委員会では12例、48.0%を正診した。検査施行医の内視鏡診断では19例、76.0%を、判定委員会では22例、88.0%を正診した。生検は25例中14例に施行したが group I 6例、group II 5例、group III a 3例であった。X線検査施行医の病変拾い上げ率は36.0%であった。

表12 胃ポリープの各種診断

病名	検査施行医診断		判定委員会診断		生検診断	判定委員会 総合診断
	X線	内視鏡	X線	内視鏡		
胃ポリープ	8 (32.0%)	19 (76.0%)	12 (48.0%)	22 (88.0%)	group I 6 group II 5 group IIIa 3	25
胃癌の疑	1 (4.0%)	1 (4.0%)				
異常なし	16 (64.0%)	5 (20.0%)	13 (52.0%)	3 (12.0%)		
病変拾い上げ率	9/25 36.0%					

表13 十二指腸潰瘍の各種診断

病名	検査施行医診断		判定委員会診断		生検診断	判定委員会 総合診断
	X線	内視鏡	X線	内視鏡		
十二指腸潰瘍	5 (31.3%)	13 (81.3%)	10 (62.5%)	16(100.0%)	group I 1	16
十二指腸潰瘍瘢痕	5 (31.3%)	3 (18.8%)	3 (18.8%)			
異常なし	6 (37.5%)		3 (18.8%)			
病変拾い上げ率	10/16 62.5%					

表14 十二指腸潰瘍瘢痕の各種診断

病名	検査施行医診断		判定委員会診断		生検診断	判定委員会 総合診断
	X線	内視鏡	X線	内視鏡		
十二指腸潰瘍瘢痕	9 (47.4%)	13 (68.4%)	14 (73.7%)	18 (94.7%)	group I 2 group II 1 group IIIa 1	19
十二指腸潰瘍	1 (5.3%)	3 (15.8%)	1 (5.3%)			
異常なし	9 (47.4%)	3 (15.8%)	4 (21.1%)	1 (5.3%)		
病変拾い上げ率	10/19 52.6%					

5 十二指腸潰瘍の各種診断 (表13)

十二指腸潰瘍16例中5例, 31.3%を検査施行医によるX線診断で正診し, 判定委員会では10例, 62.5%を正診した。検査施行医の内視鏡診断では13例, 81.3%を, 判定委員会では16例全例を正診した。X線検査施行医の病変拾い上げ率は62.5%であった。

6 十二指腸潰瘍瘢痕の各種診断 (表14)

十二指腸潰瘍瘢痕19例中9例, 47.4%を検査施行医のX線診断で正診し, 判定委員会では14例, 73.7%を正診した。検査施行医の内視鏡診断では13例, 68.4%を正診し, 判定委員会では18例, 94.7%を正診した。生検は4例に行い, group I 2例, group II 1例, group IIIa 1例であった。X線施行医の病変拾い上

げ率は52.6%であった。

以上の結果を要約すると, 胃癌, 胃潰瘍(瘢痕), 胃ポリープおよび十二指腸潰瘍(瘢痕)の診断において, X線, 内視鏡診断ともに検査施行医が単独で診断するよりも判定委員会で複数の医師が診断する方が, 診断がより確実になることが判明した。また, 検査施行医診断および判定委員会診断のいずれにおいてもX線診断より内視鏡診断の方が診断率が高いことも判明した。しかしながら, 内視鏡診断だけでは全例を正診することはできなかった。

D 1次検診チェック個所の検討

1 1次検診チェック個所と病変の存在 (表15)

1次検診要精検例191例の間接フィルム読影のチェ

表15 部位から見た1次検診チェック個所の病変の存在

部位	チェック数	病変存在例
C	14 (7.1%)	3 (21.4%)
M	84 (42.4%)	13 (15.5%)
A	55 (27.8%)	6 (10.9%)
MC	1 (0.5%)	0
AM	3 (1.5%)	2 (66.7%)
D	41 (20.7%)	13 (31.7%)
計	198(100.0%)	37 (18.7%)

表16 各種疾患の1次検診チェック率

病名	チェック率
胃癌	3/3 (100.0%)
胃潰瘍	3/14 (21.4%)
胃潰瘍瘢痕	11/21 (52.4%)
胃ポリープ	4/16 (25.0%)
十二指腸潰瘍	4/12 (33.3%)
十二指腸潰瘍瘢痕	8/17 (47.1%)
計	33/83 (39.8%)

ック個所は重複チェック例も含めて198個所であった。Mが42.4%と最も多く、ついでA27.8%、D20.7%、C7.1%の順であった。各部位におけるチェック個所に病変が存在した割合は症例数の少ないMC、AMを除くと、Dが31.7%と最も高く、ついで、C21.4%、M15.5%、A10.9%、全体では18.7%であった。なお、チェック個所と存在病変がAMC等同一区域内であっても、小彎をチェックされ、病変が大彎にあったような症例は存在なしとした。

2 各種疾患の1次検診チェック率(表16)

胃癌は症例数が少ないが全例チェックされていた。ついで胃潰瘍瘢痕52.4%、十二指腸潰瘍瘢痕47.1%、十二指腸潰瘍33.3%、胃ポリープ25.0%、胃潰瘍21.4%で、瘢痕性病変のチェック率が高かった。全体では39.8%であった。

IV 考 察

我が国における胃癌集団検診の歴史はすでに30年に及んでおり、長野県でも全県的な胃集検が行われるようになってから10年になる。検診受診者数および発見胃癌患者数は年々増加してきたが、最近では伸び悩み

の傾向がみられる。その1対策として1次検診から精密検診までの集検に関するあらゆる事業を計画、管理する検診センターとこれに協力する検診クリニックの設置が要望されている¹⁾。また、日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会から胃集団検診の精度管理指針の試案²⁾が出されたように1次検診の精度管理を十分に引き、胃癌発見効率を向上させることが課題となってきた。長野県ではその要望の一端を担うべき長野県がん検診センターを設置し、センターの運営を既存の組織である財団法人長野県成人病予防協会に委託した。しかしながら、従来から癌の1次検診業務を推進してきた長野市にある成人病予防協会と松本市にできたがん検診センターとは上層部の役員組織は統一された形になっているが、業務上の関連性については行政的に十分に検討されないまま、がん検診センターは開所された。がん検診センターの当面の検診業務としては①市町村、事業所および各種団体等で実施した1次検診要精検者中本人の自由意志によって来院した患者 ②医療機関からの紹介患者 ③その他の患者の精密検診を行うこととされた。当初、県で立案された6カ月間の胃の予定精密検診施行人員は1,000人弱と計算されており、それに対して実際の精密検診施行人員は254人と少なかった。これは当センターの努力が足りなかったというだけでなく、今後、各方面の行政的支援が要望される多くの問題が論議されることなく未解決のまま残されていることの現れで、このままでは当センターでの今後の精密検診人員の増加は望めないと考える。当センターで発見された癌症例の治療に関しては、県当局はがん診療中核病院(県下6病院)、がん診療地域病院(県下35病院)および一般病院・診療所で行う構想を持っているが、これに対する具体的な対応策は示されていないのが現状である。

今回は少数例ではあるが当センターで行ってきた胃の精密検診例について統計的、疫学的および臨床的に検討した。当センター開所後6カ月間の精密検診施行例、254例中の胃癌発見率は2.76%であった。1次検診要精検例中では1.57%で、この値について宮下³⁾が報告している長野県成人病予防協会を実施機関とする昭和54年度の集検例と比較する。1次検診施行人員は82,741人、要精検者数13,878人、精検受診者数12,714人、報告胃癌数84人、癌発見率0.10%であるので、精検受診者中の癌発見率は0.66%である。したがって、当センターの胃癌発見率は長野県の平均より高い。田村⁴⁾の報告した昭和54年度の北海道の集検例での精検

受診者中の胃癌発見率は0.97%であり、昭和53年度の全国集計⁴⁾でみると0.93%である。したがって、当センターでの1次検診要精検例中の胃癌発見率は全国的にみても高いといえる。当センターの症例数は少ないので、その影響も考慮しなければならないが、発見胃癌7例中5例が早期癌であり、かつ小さなもので、開所当初としては満足してよいと考える。

当センターの受診者を性別にみると、男性が女性のほぼ2倍と多いのは職域集検例で男性への偏がみられたことに影響されている。年齢別では40歳代から60歳代の受診者が多く、全体では39歳以下は少なかった。全国集計⁴⁾では1次検診受診者中に39歳以下の若年層が約20%を占めており、この年齢層の癌発見率が低いので問題となっているが、当センターの任意精検例ではその傾向がみられた。

胃癌の発見率は初回受診者群は非初回群の2倍である¹⁾といわれているが、われわれのデータではその傾向はみられなかった。

当センターでは精検受診者に対して詳細な疫学的な問診を行い、将来は全体的な1次検診受診者のデータと対比させる方向を考えているが、今回はデータの一部についてののみ検討した。

血縁の癌素因の有無に分けてみたが、胃癌の発見率に差がみられなかった。精検例別にみると任意精検例では癌素因のあるものが多かった。喫煙あるいは飲酒歴と胃癌発見率の間には特別な傾向はみられなかった。

1次検診要精検例の1次検診から精検受診までの期間は1カ月以上2カ月以内が72.8%と最も多かった。胃癌症例がすべてこの群から発見されたことも考慮して、この期間をできるだけ短くすることが要望される。

胃(上部消化管)の精密検診施行に関して、最近では、従来通りX線検査を先行させる方がよいとするもの⁵⁾⁶⁾、内視鏡を先行させる方がよいとするもの⁷⁾あるいは細径のpanendoscopeの改良により内視鏡のみでよい⁸⁾等種々の見解が示されている。われわれは現在、1次検診が間接X線撮影で行われており、内視鏡機器に尚一步の改良が望まれている限り、X線検査を先行させるべきであると考え、また、がん検診センターとしては将来、間接X線フィルムの精度管理というような問題を検討する場となる可能性があることも考え、原則としてX線および内視鏡検査(症例によっては生検を行う)を行い、X線検査を先行させる方針をとった。精検総合診断はX線、内視鏡および生検診断を総合して判定委員会で診断する方針とした。

精検総合診断が下された症例から比較的症例数が多い胃癌、胃潰瘍(瘢痕)、胃ポリープおよび十二指腸潰瘍(瘢痕)を取り上げて、おのおのの検査時の施行医による単独診断および判定委員会での複数診断を精検総合診断と比較検討することにより、われわれが行ってきた胃の精密検診システムの問題点および将来の展望について触れてみる。

X線検査施行医の正診率をみると最高の十二指腸潰瘍瘢痕でも47.4%であり、最低の胃癌は14.3%であった。病変の拾い上げ率をみると胃癌が71.4%と最も高く、胃ポリープが36.0%と最も低かった。潰瘍病変では胃・十二指腸ともに開放性よりも瘢痕性の方が正診率および拾い上げ率が高かった。判定委員会のX線正診率は十二指腸潰瘍瘢痕が73.7%と最も高く、胃ポリープが48.0%と最も低かった。しかし、検査施行医の単独診断よりもかなり診断率が高くなっている。内視鏡診断でも検査施行医より判定委員会の方が診断率が高かった。したがって、X線、内視鏡ともに複数の医師が診断することの重要性が証明された。判定委員会のX線診断率よりも内視鏡検査施行医の診断率の方が高い傾向がみられたが、山田⁹⁾によればX線、内視鏡ともに先行する検査より引き続いて後から行う検査の方が病変の発見のみならず、病変の質的診断に関しても診断能が大巾に向上するという。この意見によればわれわれの所ではX線を先行させているのでX線が内視鏡より診断率が悪いのは当然であるが、それにしてもX線の診断率はよくないといえる。当センターの検診医は内視鏡には熟練しているが、X線にやや弱い面がある。今後、撮影技術、読影技術の向上はもちろんであるが、X線診断に情熱を持ってあたれば診断率は向上するものとする。胃の精密検診は内視鏡のみで十分であるという考え方もあるが、直視鏡によるフィルムは記録性が必ずしもよいとはいえず、判定委員会の複数医による診断といえども、検査施行医の観察時の診断に左右されるところが大きく、X線フィルムで指摘された病変が内視鏡フィルムに写っていない場合には診断できないこと、X線先行により内視鏡施行前に病変あるいは奇形のある存在を知ることができ、機種を選択ができること、胃外の病変を含めてより正確に診断するためには、X線検査を先行させ、X線および内視鏡の両検査を行うわれわれの方針は妥当であったと考えているが、間接フィルム持参の患者に対してはpanendoscopeを先行させることも考えなければならない。

胃(上部消化管)の診断に際して国立がんセンターではX線診断と内視鏡診断は別々の医師群で行っている⁵⁾といわれ、望ましい体制である。当センターの胃の精密検診は数名の非常勤医が主体となって行っている関係上、そのような体制がとれなかったため、同一の医師が1人の患者に対して両方の検査を行うことがないように配慮することで妥協した。今後はできるだけ早く複数の胃検診のための常勤医を採用して、将来は日本消化器内視鏡学会の認定医指導施設となり得るような方向をめざして胃の精密検診体制の充実化が図られることを切望する。

当センターで精密検診を行った1次検診要精検例の間接フィルムのチェック箇所をみると、最も多かった部位はMで、ついでA、DであってCは少なかった。病変の存在はDが最も多く、ついでC、MでAが最も少なかった。

前述の各種疾患のチェック率をみると、胃癌は症例数は少ないが全例チェックされていた。潰瘍病変に関しては開放性よりも癒痕性の方がチェック率が高かった。ここで取り上げた病変全体のチェック率は39.8%であった。今後、病変チェック率の一層の向上が望まれる。

文 献

- 1) 厚生省公衆衛生局編：我が国における今後のがん予防対策について—がん予防対策打合せ会報告—。pp. 15-27, 日本対がん協会, 東京, 1981
- 2) 市川平三郎監修：胃集団検診の精度管理指針。pp. 1-56, 日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会, 東京, 1983
- 3) 宮下美生：昭和54年度胃集検発見胃癌追跡調査。p3, 長野県成人病予防協会, 長野, 1979
- 4) 田村浩一：胃癌検診。日癌治会誌, 17: 154-155, 1982
- 5) 山田達哉, 志真泰夫, 石川 勉, 鈴木雅雄, 村松幸男, 高安賢一, 森山紀之, 松江寛人, 笹川道三, 市川平三郎：臨床の場における上部消化管スクリーニング法—X線の立場より。胃と腸, 18: 11-20, 1983
- 6) 大柴三郎, 正宗 研, 平田一郎, 渡辺重則, 正木秀博：臨床の場における上部消化管スクリーニング法—X線の立場より。胃と腸, 18: 41-48, 1983
- 7) 多賀須幸男, 船富 亨, 池上文詔, 桜井幸弘, 土谷春仁, 北村 明：臨床の場における上部消化管スクリーニング法—内視鏡の立場より。胃と腸, 18: 33-39, 1983
- 8) 小沢昭司：胃癌スクリーニングにおける panendoscopy の有用性—特にX線検査と対比して。胃と腸, 19: 167-173, 1984

V おわりに

長野県がん検診センターにおいて最近6カ月間に胃の精密検診を施行した254例について検討した。癌発見率は2.76%であり、1次検診要精検例のみでは1.57%であった。

精検総合診断を基準にして、検査施行医診断と判定委員会診断を比較すると、X線、内視鏡ともに後者の方が診断率が高く、また内視鏡はX線より診断率が高いことが判明した。おのおのの検査は検査医が単独で診断するよりも複数の医師が診断することの大切さが証明された。

1次検診、精密検診ともに潰瘍病変では開放性よりも癒痕性の方がチェック率が高かった。

精検総合診断で胃痛、胃潰瘍(癒痕)、胃ポリープおよび十二指腸潰瘍(癒痕)と診断された病変の1次検診チェック率は39.8%であった。

稿を終わるにあたり、当センターのX線および内視鏡検査に御助力いただいた諸先生方、判定委員の先生方および日常の精検業務に従事し、資料の収集に御協力いただいた当センター検診部看護婦一同に深謝いたします。