

第49回 日本消化器がん検診学会 九州地方会

[プログラム・抄録集]

会 期 2019年9月21日^土

テーマ 住民とともに歩む
消化器がん検診をめざして

会 長 宮原 広典 (鹿児島厚生連病院 副院長)

会 場 鹿児島県市町村 自治会館
〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7-4(県庁前)
TEL: 099-206-1010

FUJIFILM

Value from Innovation

多彩な画像モードと扱いやすいスコープで クリニックのスクリーニング検診をサポート！

多彩な画像を提供する Multi-Light Technology

複数のLED照明の制御により、白色光と短波長狭帯域光を生成。

BLI/LCIもハイビジョン画像[※]で提供し、微細病変の観察をサポートします。

※FullHD対応モニター接続時

接続が簡単なワンステップコネクター

1ステップの操作でプロセッサとスコープの接続を可能に。

ビデオケーブルの接続は不要です。

直感的に扱いやすい G7操作部を搭載

グリップ部の形状やボタンの高さや位置を工夫し、

片手でも扱いやすいスコープ操作部としました。

LED光源搭載内視鏡システム

6000

システム



販売名: プロセッサ EP-6000 認証番号: 230AABZX00025000 製造販売業者: 富士フイルム株式会社

富士フイルム メディカル株式会社 〒106-0031 東京都港区西麻布2丁目26番30号 富士フイルム西麻布ビル TEL: 03-6419-8045(代) URL: <http://fms.fujifilm.co.jp>

ご案内とお願い

■ 参加者の方へ

- 参加受付は午前8時半より、4F ロビーで行います。
- 参加費は医師5,000円／医師以外3,000円です。
- ネームカードに所属・氏名を記入の上、会場内では必ず着用してください。
- 会場内は禁煙となっておりますので、ご協力をお願いいたします。
- 本会では、クールビズを推奨いたします。ノーネクタイでお越しください。
- クロークは4F（402会議室）にあります。（利用時間：8:30～17:30）

■ 発表者の方へ

- 一般演題の発表時間は5分、討論時間は2分です。
- シンポジウムの発表は8分以内をお願いいたします。
- 発表形式はPC プレゼンテーションのみです。（詳細は次項をご確認ください。）
- スライド枚数に制限はありませんが、発表時間内におさまるように作成してください。
- 最終抄録データを学会当日に、受付にWORD形式のファイルで提出してください。（学会誌に掲載されます）

■ 座長の先生方へ

- 担当セッションの開始予定時刻の10分前までに次座長席にご着席ください。
- 担当セッションのまとめを、学会終了後、2週間以内に学会事務局までメールでご送付くださいますよう、お願い致します。

学会事務局： 鹿児島厚生連病院 担当：谷口 清正

送付先メール：kou.k-taniguchi@ks-ja.or.jp

PC 発表の詳細

■ 発表形式

- 発表は、コンピュータ（PowerPoint）を使用した発表形式のみになります。
- 発表用のコンピュータは Windows PC のみ事務局でご用意いたします。
- 発表用のデータをメディアでお持ち頂く場合は、CD-R もしくは USB フラッシュメモリーでお願いします。（USB フラッシュメモリーはデータの保証ができませんので必ずバックアップをご準備下さい。）
- 発表時の PC 操作は、パワーポイント操作機能付きポインタを準備いたしますので、ご自身でお願いいたします。

■ データ形式

- 事務局にて用意するコンピュータは Windows PC、ソフトは PowerPoint2007、2010、2013、2016、解像度は1024×768です。
- また、PowerPoint のデータ作成においては、Windows 標準のフォント（MS ゴシック・MS 明朝等）をご使用下さい。（それ以外では、正しく表示されない場合があります）
- アニメーション・動画の制限はありませんが、PowerPoint に貼り付けている動画は、どの動作環境の Windows Media Player でも再生できるように作成して下さい。（拡張子：WMV 推薦）
PowerPoint のファイルと動画のファイルは必ず同じフォルダにお入れ下さい。**また、念のためご自身のノートパソコンもご持参いただくことをお勧めいたします。**
- 音声は対応しておりません。（持込 PC も含みます）
- ファイル名は、「演題番号_演者名 w2007.ppt」として下さい。
（例：胃1_山田太郎 w2007.ppt / シンポ1_田中二郎 w2007.ppt）
※ w2007 は Windows PowerPoint2007 で作成の意味です。
- お持込データによるウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックして下さい。
- 学会発表会前に必ず、他のコンピュータにて動作確認をお願いいたします。（特にアニメーション、動画を用的場合）

■ コンピュータ持込の注意事項

- 発表データが Macintosh の場合は PC 本体をお持ち込み下さい。（サイズの大きな動画を使用される Windows の先生方もお持ち込み下さい）
- PC 付属の AC アダプターを必ずお持ち下さい。
- 会場でご用意する PC ケーブルコネクタの形状は D-sub15ピンです。一部の薄型ノートパソコンで、モニタ出力端子が D-sub15ピンでないものがあります。この端子がないものは本体のみではプロジェクターにつなぐことが出来ません。別売りのアダプターもしくは付属のアダプターが必要となりますので必ずご用意下さい。



- スクリーンセ이버ならびに省電力設定は予め解除して下さい。
- コンピュータにパスワードが必要な場合はオペレータにその旨を伝え事前に解除をお願いします。
- バッテリーによる発表はできませんので必ず電源ケーブルのご用意をお願いします。

■ 発表

- 当日は、40分前までに PC 受付（4 F 会場後方）にてデータ・コンピュータ受付及び確認を必ず行って下さい。（ご不明な点がありましたら、専任スタッフが対応いたします）
- 発表時は、舞台上にキーボード・マウス・ディスプレイがありますのでご自身で操作をお願いいたします。
- 発表後は、会場内 PC 席にて、コンピュータをお受け取り下さい。
- データお持込による演者の方は PC センターにて受付の際データを複写しメディアをご返却いたしますが、バックアップ用としてお持ち下さい。複写した発表データは、発表終了後消去いたします。

お知らせ

代議員会

日時 令和元年 9 月 21 日（土）12：00～13：00

場所 第 2 会場（4 F 401 会議室）

放射線研修委員会 ・保健衛生部会

日時 令和元年 9 月 21 日（土）8：30～9：00

場所 第 2 会場（4 F 401 会議室）

企業展示

日時 令和元年 9 月 21 日（土）9：00～17：20

場所 4 F 402 会議室

クローク

日時 令和元年 9 月 21 日（土）8：30～17：30

場所 4 F 402 会議室

ランチョンセミナー

日時 令和元年 9 月 21 日（土）12：20～13：20

場所 第 1 会場（4 F ホール）

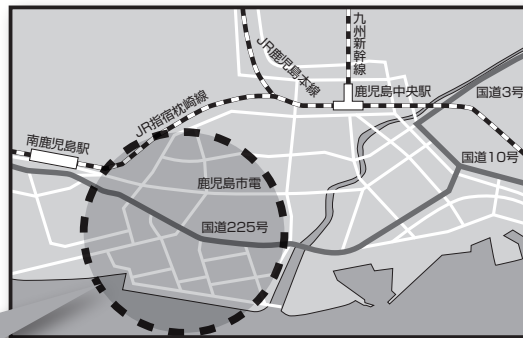
ランチョンセミナーは整理券制となります。

配布日時：令和元年 9 月 21 日（土）8：30～

無くなり次第終了

配布場所：4 F 第 1 会場内 後方

会場までのアクセス



▶ 航空機利用

鹿児島空港からバスで約70分(県庁前下車道路向い)・料金1,250円

▶ JR利用

JR鹿児島本線・鹿児島中央駅より車で約10分(タクシーでは約1,300円程度・2018年4月現在)、または市営バス鴨池港行きで約15分、県庁前バス停下車。

▶ 自動車利用

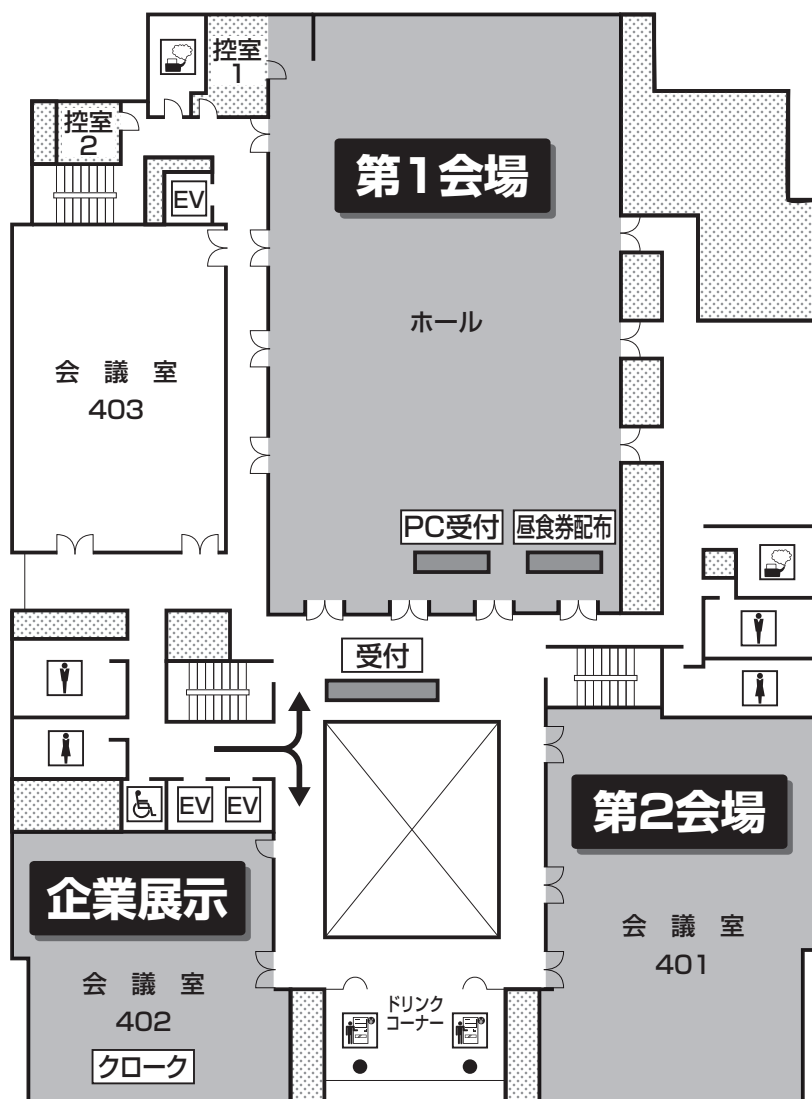
九州自動車道鹿児島I.Cから約5km(目標物:鹿児島県庁)

▶ 交通案内文

JR鹿児島中央駅から市営バス鴨池港行き(9・16・20・27番)で約15分、県庁前バス停下車。
九州自動車道・鹿児島I.Cから約5km。

鹿児島県市町村自治会館 会場案内図

4F

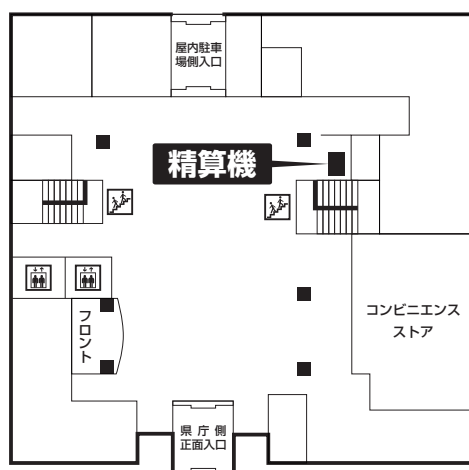


※会場(4F)までのご移動は、1Fから“EV”または“階段”をご利用ください。

※保健衛生部会・放射線研修委員会／代議員会会場は、第2会場(4F 401会議室)となります。

1F

駐車場事前精算機のご案内



自治会館 駐車料金

入庫～30分	無料
入庫～3時間	200円
以降2時間毎に	100円

注) 駐車場は100台収容となっておりますが、一般のご利用もございますので、満車の場合は近隣のパーキングをご利用ください。

日程表

	第1会場 (ホール)	第2会場 (401会議室)
8:00	受付 8:30～ (ホール前ロビー)	8:30～9:00 放射線研修委員会・保健衛生部会
9:00	開会の辞 9:00～9:05 会長：宮原 広典 会長講演 9:05～9:20	「住民に寄り添う胃がん検診のあり方について」 宮原 広典 (鹿児島厚生連病院)
	一般演題 胃Ⅰ 9:20～9:50 座長：遠藤 広貴 (済生会唐津病院 内科)	一般演題 大腸Ⅰ 9:20～9:50 座長：金城 渚 (琉生病院)
10:00	一般演題 胃Ⅱ 9:50～10:25 座長：桶谷 薫 (鹿児島県民総合保健センター)	一般演題 肝臓・胆嚢・膵臓・その他 9:50～10:25 座長：上田 真信 (宗像医師会病院)
	一般演題 大腸Ⅱ 10:25～10:55 座長：前田 徹 (大分県立病院)	
11:00	教育講演Ⅰ 11:00～12:00 「胃X線検査の現状と未来－胃炎診断のエビデンス、将来への展望」 講師：山道 信毅 (東京大学医学部附属病院 予防医学センター／消化器内科) 座長：徳重 浩一 (鹿児島厚生連病院)	
12:00	休憩 12:00～12:20	12:00～13:00 代議員会
	ランチョンセミナー 12:20～13:20 「大腸がんの克服を目指して －LCIによる早期診断とESDポケット法」 講師：山本 博徳 (自治医科大学内科学 消化器内科) 座長：佐々木文郷 (鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学) [共催：富士フイルムメディカル株]	
13:00	休憩 13:20～13:30	
	支部会報告 13:30～13:45	松浦 隆志 (福岡県すこやか健康事業団)
	教育講演Ⅱ 13:45～14:45 「血液バイオマーカーを用いた効果的な 膵がん検診法の開発を目指して」 講師：本田 一文 (国立がん研究センター研究所 早期診断バイオマーカー開発部門) 座長：松元 淳 (かごしま高岡病院)	
14:00	休憩 14:45～14:50	
	放射線研修委員会 14:50～16:00 「読影補助認定制度導入における技師読影の問題点」 【基調講演】 松浦 隆志 (福岡県すこやか健康事業団) 【シンポジウム】 15:15～16:15 司会：医師 満崎 克彦 (済生会熊本病院 予防医療センター) 司会：技師 石本 裕二 (福岡県すこやか健康事業団) シンポジスト：	若松 祐三 (鹿児島厚生連病院健康管理センター) 山田耕一郎 (済生会熊本病院) 高木 優 (公益財団法人 福岡労働衛生研究所) 後藤 朗 (公益財団法人 大分県地域保健支援センター)
15:00	【胃X線症例検討会】 16:00～16:50 司会：医師 満崎 克彦 (済生会熊本病院 予防医療センター) 技師 石本 裕二 (福岡県すこやか健康事業団) 提示者：技師 淵脇 崇史 (南風病院)	
	閉会の辞 16:50～16:55 会長：宮原 広典	
17:00		

プログラム

会長講演

9:05~9:20 第1会場 ホール

住民に寄り添う胃がん検診のあり方について

講師 宮原 広典 (鹿児島厚生連病院)

教育講演 I

11:00~12:00 第1会場 ホール

胃 X 線検査の現状と未来 — 胃炎診断のエビデンス、将来への展望

講師 山道 信毅 (東京大学医学部附属病院 予防医学センター／消化器内科)

座長 徳重 浩一 (鹿児島厚生連病院)

ランチョンセミナー [共催:富士フイルムメディカル株]

12:20~13:20 第1会場 ホール

大腸がんの克服を目指して —LCIによる早期診断とESD ポケット法

演者 山本 博徳 (自治医科大学内科学 消化器内科)

座長 佐々木文郷 (鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学)

教育講演 II

13:45~14:45 第1会場 ホール

血液バイオマーカーを用いた効果的な 膵がん検診法の開発を目指して

講師 本田 一文 (国立がん研究センター研究所 早期診断バイオマーカー開発部門)

座長 松元 淳 (かごしま高岡病院)

放射線研修委員会シンポジウム

14:50～16:00 第1会場 ホール

読影補助認定制度導入における技師読影の問題点

【基調講演】

松浦 隆志（福岡県すこやか健康事業団）

【シンポジウム】

司 会 満崎 克彦（済生会熊本病院 予防医療センター）
石本 裕二（福岡県すこやか健康事業団）

シンポジスト

1. 胃X線検査における技師チェックの取り組み（第2報）

若松 祐三（鹿児島厚生連病院健康管理センター） P.17

2. 読影補助認定制度導入における技師読影の問題点
～当センターの現状と課題～

山田耕一郎（済生会熊本病院） P.17

3. 読影補助認定制度導入における技師読影の問題点
～精度管理面を中心に～

高木 優（公益財団法人 福岡労働衛生研究所） P.18

4. 「胃X線検診のための読影判定区分(カテゴリー分類)」の導入後の現状（第4報）

後藤 朗（公益財団法人 大分県地域保健支援センター） P.18

胃X線症例検討会

16:00～16:50 第1会場 ホール

司 会 満崎 克彦（済生会熊本病院 予防医療センター）
石本 裕二（福岡県すこやか健康事業団）
提示者 淵脇 崇史（南風病院）

一般演題

第1会場 ホール

胃Ⅰ 9:20~9:50 座長 遠藤 広貴（済生会唐津病院 内科）

胃Ⅰ-1 ピロリ未感染低異型度腺窩上皮型いがん（ラズベリー型胃がん）の2例
尾上 耕治（宮崎市郡医師会成人病検診センター X線読影委員） P.19

胃Ⅰ-2 9年1ヶ月の経過で潰瘍形成を伴った胃
gastrointestinal stromal tumor(GIST) の1例
平賀 聖久（JCHO 九州病院 放射線科） P.19

胃Ⅰ-3 ラテックス免疫比濁法(LZテスト)は胃がんリスク層別化検査に適するか？
吉村 理江（特定医療法人財団博愛会 人間ドックセンターウェルネス） P.20

胃Ⅰ-4 基準撮影法Ⅰを導入して
當房 蒼（鹿児島厚生連病院健康管理センター） P.20

胃Ⅱ 9:50~10:25 座長 桶谷 薫（鹿児島県民総合保健センター）

胃Ⅱ-1 宮崎市胃がんリスク層別化検査ABC分類5年間の結果報告
尾上 耕治（宮崎市郡医師会胃がん検診読影委員会） P.21

胃Ⅱ-2 宮崎市対策型胃内視鏡検診2年間の結果報告
尾上 耕治（宮崎市郡医師会胃がん検診読影委員会） P.21

胃Ⅱ-3 佐賀県対策型胃内視鏡検診導入2年目（平成30年度）の結果報告
遠藤 広貴（済生会唐津病院 内科、佐賀県胃癌・大腸癌検診医会） P.22

胃Ⅱ-4 対策型胃内視鏡検診における受診間隔と発見胃がんの関係に
関する臨床病理学的検討
平川 克哉（福岡市医師会消化管検診小委員会、福岡赤十字病院 消化器内科） P.22

胃Ⅱ-5 鹿児島県民総合保健センターにおける対策型胃がん検診の現状と課題
新地 拓人（鹿児島県民総合保健センター） P.23

大腸Ⅱ 10:25~10:55 座長 前田 徹 (大分県立病院)

大腸Ⅱ-1 平成29年度佐賀県大腸癌検診の結果と推移

水口 昌伸 (佐賀大学 放射線医学教室) P.27

**大腸Ⅱ-2 大腸 CT 検査は大腸癌一次検診として有用か
—大腸内視鏡検査と比較して—**

満崎 克彦 (済生会熊本病院 予防医療センター) P.28

大腸Ⅱ-3 便潜血偽陰性大腸癌の臨床病理学的特徴

満崎 克彦 (済生会熊本病院 予防医療センター) P.28

大腸Ⅱ-4 大腸検診の CT-colonography を契機に発見された原発不明癌の1例

日高 稔 (公益社団法人鹿児島県済生会南風病院 放射線技術科) P.29

一般演題

第2会場 (401会議室)

大腸Ⅰ 9:20~9:50 座長 金城 渚 (琉生病院)

大腸Ⅰ-1 当センターにおける大腸がん検診の現況

浦田 香織 (公益財団法人 熊本県総合保健センター) P.24

大腸Ⅰ-2 大腸がん検診における精検受診率向上の取組について

原 美喜 (公益財団法人 大分県地域保健支援センター) P.24

大腸Ⅰ-3 大腸がん検診受診者増に向けての取り組みについて

山本 聖子 (公益財団法人鹿児島県民総合保健センター) P.25

大腸Ⅰ-4 大腸 CT 検査の苦痛度からみた炭酸ガス送気量と腸管拡張の関係

久保友里栄 (医療法人親愛 天神クリニック) P.26

肝臓・胆嚢・膵臓・その他 9:50~10:25 座長 上田 真信 (宗像医師会病院)

肝臓・胆嚢・膵臓・その他1 当院で行ったすい臓がんオプション検査の検討

梶 祐幸 (鹿児島厚生連病院健康管理センター 医療技術部 画像技術科)

P.30

肝臓・胆嚢・膵臓・その他2 腹部超音波検査による膵の描出

～検査手技の工夫、意識付けによる改善効果～

麻生奈央子 (済生会熊本病院予防医療センター)

P.30

肝臓・胆嚢・膵臓・その他3 健診で発見された

膵 Solid Pseudopapillary Neoplasm の一例

三浦 浩美 (熊本中央病院健診センター)

P.31

**肝臓・胆嚢・膵臓・その他4 人間ドック腹部超音波検査を契機に発見された
副腎骨髄脂肪腫の1症例**

矢崎 滉平 (公益財団法人慈愛会 いづろ今村病院)

P.31

肝臓・胆嚢・膵臓・その他5 病院併設型人間ドック室における超音波検査の現状

丸山 睦子 (社会医療法人青雲会青雲会病院人間ドック室)

P.32

会長講演

住民に寄り添う胃がん検診のあり方について

鹿児島厚生連病院

宮原 広典

胃がんの原因の多くが、ピロリ菌感染であることが明らかにされてから、わが国の胃がん対策は大きな展開を見せている。2013年ピロリ菌感染胃炎の除菌が保険適応となり、一次予防が強化された。また、2016年2月には対策型胃がん検診のガイドラインが改訂され、それまで二次予防としては胃X線検査のみ認められていたものが、「胃X線検査または胃内視鏡検査」となった。厚生労働省のがん検診のあり方に関する検討会においても、除菌治療が開始されてから、胃がん死亡者数の減少がみられたと報告されている。

しかしながら、胃がん死亡者数の年齢構成を見ると、70歳未満の死亡者数は減少傾向であるが、70歳以上の死亡者数は依然高い数値となっており、除菌治療と検診による一次・二次予防の効果は若い世代には有効である一方、高齢者においては、現状の対策では不十分であると思われる。福岡市医師会の報告などから、胃内視鏡検査のがん発見率は、胃X線検査の2～3倍であるとされており、特に高齢者においては、胃内視鏡検診の推進が急務と考えられる。ただ、厚生労働省の検討会において、胃X線検診受診者の30%が胃内視鏡検診を受けると仮定した場合でも、九州各県の内視鏡受診者数の増加は5～10%と想定されている。さらに、離島やへき地を抱える自治体においては、医療資源の偏在により、もっと深刻な状況となることが容易に想像できる。地域の事情を考慮せずに、胃内視鏡検診を推し進めていくだけでは、医療従事者も疲弊し、住民に寄り添う検診とは言い難い。

この問題に対処するために考えるべきは、検診受診者の集約化と、医療資源の効率化である。検診受診者の集約化については、我が国では対策型検診として推奨されるには至っていないが、ピロリ菌感染を考慮し、胃がんリスク階層化による内視鏡検診対象者の絞り込みが有効な手段と考えられる。また、医療資源の効率化については、すでに行われている胃X線検診と胃内視鏡検診の両方の効率化を考える必要がある。鹿児島県は離島やへき地を抱える自治体が多く、巡回型バスによる胃X線検診の重要性は現在でも変わらないが、判定結果に、ピロリ菌感染診断を加えていくことが胃がん発見の効率化につながると考えられる。また、胃内視鏡検診においては、画像強調（IEE）や検査の運用を見直すことなどが効率化に有効であると考えられる。当施設の事例を交えて、話を進める。

教育講演 I

胃X線検査の現状と未来—胃炎診断のエビデンス、将来への展望

東京大学医学部附属病院 予防医学センター／消化器内科

山道 信毅

ヘリコバクター・ピロリ菌による慢性胃炎の除菌治療が2013年に保険適応となり、ピロリ菌感染胃炎の画像診断が、急速に広まるようになった。上部内視鏡検査ではピロリ菌感染診断を重視した新しい胃炎診断である京都分類が提示され、現在、広く普及している。

我々の研究グループは、胃 X 線検査における代表的な胃炎像である「粘膜萎縮」と「ひだ肥厚」に注目し、ピロリ菌感染診断と胃癌発症予測に有用であるか、人間ドック胃 X 線検査被検者を対象に解析を行った。胃切除歴・酸分泌抑制薬の常用・ピロリ菌除菌歴がない6433人の健常成人（2010年）を対象に、粘膜萎縮・ひだ肥厚の診断と血清抗ピロリ菌抗体価の測定を行なったところ、1936人（30.1%）が粘膜萎縮、1253人（19.5%）がひだ肥厚と診断され、抗ピロリ菌抗体陽性者は1674人（26.0%）であった。ひだ肥厚を認めた1253人のうち95.9%（1202人）に粘膜萎縮を認めたが、粘膜萎縮と診断された1936人でひだ肥厚を認めたのは62.1%（1202人）に過ぎなかった。血清抗体価をピロリ菌感染の基準とすると、粘膜萎縮の感度・特異度は97.8%・93.7%、ひだ肥厚の感度・特異度は67.1%・97.3%であった。

7年間の前向き観察で13人（0.20%）に胃癌が発症したが、研究エントリー時点で11人が粘膜萎縮、8人がひだ肥厚を指摘されており、カプランマイヤー法によるログランク検定を行うと、粘膜萎縮（ $p<0.0001$ ）・ひだ肥厚（ $p<0.0001$ ）はいずれも胃癌発症予測に有用という結果であった。これらの解析結果から、1）胃 X 線によるピロリ菌感染診断では、粘膜萎縮・ひだ肥厚のいずれの所見も有用であり、特に粘膜萎縮の感度が高いこと、2）粘膜萎縮・ひだ肥厚の評価が、いずれも胃癌発症予測に繋がること、が明らかとなった。現在では、胃 X 線検診のための読影判定区分（カテゴリー分類）が消化器がん検診学会より提示され、背景胃粘膜所見を評価してゆく動きが、今後、さらに加速してゆくと思われる。

胃 X 線検査の今後は、急速なピロリ菌感染者の減少とともに、新しい時代に突入してゆくことが予想されている。講演の後半では、a) 胃がん検診における内視鏡検査や血清リスク診断との住み分け、b) 背景胃粘膜診断における放射線技師の役割、c) オンライン教育（e-learning）の普及と今後の展望、d) AI（人工知能）のテクノロジーの登場、e) 究極の病態解明に繋がる遺伝子解析の現状などについて、新しい知見や研究成果を紹介しながら、様々な視点からの皆さんへの話題提供の場としたい。

教育講演Ⅱ

血液バイオマーカーを用いた効率的な膵がん検診法の開発を目指して

国立がん研究センター研究所 早期診断バイオマーカー開発部門

本田 一文

膵がんは、固形がんでは最悪な死亡率を持つ難治がんである。発見される多くの症例がIV期であり、根治手術の適応がないのが現状である。「膵がん検診法の開発」は充足されていない医療ニーズのひとつであり、現実性のある膵がん検診の開発には下記2つの戦略が考えられる。

「①血液検査等による低侵襲早期診断法の開発」

「②膵がんは低頻度罹患率のため、医療経済性に見合った検診プログラムが必須」

「膵癌診療ガイドライン」には、「膵癌のリスクファクターを拾い上げることが、膵癌の早期発見の第一歩である」、「慢性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）は膵癌の全癌病変を形成する可能性があるため、検体検査や画像検査による定期的な検診が勧められる」と明記されている。また米国の膵がん白書によると一般集団から膵がん高危険群を設定し、高危険群に対して高解像度画像検査等を使用することで効率的な膵がん検診法の開発が可能になるとされている。

われわれは、血液のプロテオーム解析から膵がんや膵がんリスク集団で変化する「アポリポプロテイン A2 2 量体の C 末端アミノ酸の切断異常（apolipoprotein A2-isoforms, apoA2-i）」を見出した。ApoA2-i は、手術可能な膵がんだけでなく膵がんの前がん病変と考えられる IPMN や膵がんリスク疾患である慢性膵炎にも反応する。

われわれは負担が少ない血液検査で膵がんや前がん病変・リスク疾患（ハイリスク集団）を一般集団から囲い込み、ハイリスク集団に精密画像検査をすることで治癒切除可能な膵がんを発見する効率のよい検診法の開発を目指している。ApoA2-i の血液検査による実験的膵がん検診が、【日本医療研究開発機構（AMED）革新的がん医療実用化研究事業 がんの予防法や新たな検診手法の実用化をめざした大規模疫学研究「血液バイオマーカーを用いた効率的な膵がん検診の実用化（研究代表者 本田一文）」】の支援を受けて鹿児島県、兵庫県、札幌市で実施している。本講演ではその詳細について述べたいと思う。

謝辞

本研究は、鹿児島県民総合保健医療センター、鹿児島大学病院、鹿児島市立病院、出水総合医療センター、神戸大学病院、北海道対がん協会、北海道大学、日本対がん協会のご協力のもと進められている研究です。

ランチョンセミナー [共催：富士フイルムメディカル(株)]

大腸がんの克服を目指して—LCIによる早期診断とESDポケット法

自治医科大学内科学 消化器内科

山本 博徳

癌は日本において重要な死亡原因である。その中でも大腸癌は2017年の統計で、女性における死亡数第1位、男性では肺、胃について第3位、男女合計で第2位となっている。しかもその数は近年増加傾向が続いている。

このように死因として重要な大腸癌だが、早期発見、早期治療によって対策が可能な癌であり、前癌病変である腺腫性のポリープの段階で発見し、切除すれば大腸癌の予防にもなる。

大腸内視鏡は大腸の腫瘍性病変の発見、切除に有用な手技である。大腸癌の根治のためには局所の完全摘除に加えて転移を克服することが必要である。粘膜内癌もしくは粘膜下層微小浸潤癌であれば転移の危険性は無視できる程度に低いことが知られており、内視鏡的切除により根治が可能である。早期癌の根治的切除を確実にするためには一括切除による完全摘除と検体の病理評価によるリンパ節転移のリスクの判定が必要となるが、一括完全摘除を確実にを行う方法として内視鏡的粘膜下層剥離術（endoscopic submucosal dissection：ESD）が開発された。

しかし、大腸における ESD はいまだに技術的に困難な手技とされており、我々は ESD を安全かつ確実に施行するためにポケット法を開発して実施している。ポケット法は腫瘍全周の粘膜切開を置く前に粘膜下層にポケットを形成するように剥離を行い、最後にポケットを開放するように粘膜切開を行って切除を完了する方法である。この方法を用いると安定した手技が可能となるが、その利点には以下のようなものが挙げられる。1. 局注液の無駄な漏れがなく、粘膜隆起が持続する。2. 内視鏡先端（フード）によるトラクションとカウンタートラクションが得られる。3. ポケットに入れば筋層と接線方向にアプローチの角度を調整可能となる。4. ポケットに入ってしまうえば呼吸性変動と同期して安定した視野を維持できる。これらの利点の結果、剥離深度の安定した選択が可能となり、血管叢や脂肪を避けた粘膜下層深層での剥離が可能となる。出血のコントロールが容易となり、特に腫瘍中心部での深部断端を確実に剥離して質の高い病理検体を得ることが可能となる。

このように内視鏡治療手技が進歩し、早期大腸がんの確実な治療が可能となったが、このような内視鏡治療手技を活用するためには腫瘍性病変の早期発見が重要である。とくに平坦型病変、LST-NGなどは通常内視鏡検査では見逃しが問題となる。近年開発された Image Enhanced Endoscopy（IEE）である Linked Color Imaging（LCI）は腫瘍性病変の色調を周囲粘膜の色調に対してコントラストをつけて異なった色で表示してくれるため、拾い上げ診断での有用性が期待されている。

今回の講演では ESD ポケット法の実際の手技のコツ、LCI による早期腫瘍性病変の拾い上げ診断の実際等につき実症例を紹介しながら解説させていただく。

放射線研修委員会基調講演・シンポジウム・胃X線症例検討会

テーマ：「読影補助認定制度導入における技師読影の問題点」

日本消化器がん検診学会では読影医不足の深刻化を背景に、対策型検診を中心とした読影補助認定制度の導入について、本格的かつ早急な検討を行っている。読影補助認定制度案は現在策定中であるが、付与条件として胃がん専門技師を、業務の実際として学会カテゴリー分類を活用すること、などが想定されている。今後、本制度導入によって技師は実質的に読影業務の補助に携わっていくようになると思われる。

しかし現状では技師読影を行うにあたって、その運用方法、精度管理体制、技能面、教育研鑽体制などの問題点について十分な議論がなされておらず、このまま読影補助制度が導入されたところで、その運用の実際が適切になされない可能性がある。

そこで本シンポジウムでは、読影補助認定制度導入を前向きに捉えたうえで考えられる技師読影の問題点について、様々な観点からご発表いただき、今後の対策や工夫に繋げていきたい。

放射線研修委員会シンポジウム（14：50～16：00）

【基調講演】

松浦 隆志（福岡県すこやか健康事業団）

【シンポジウム】

◎司会・進行

満崎 克彦（済生会熊本病院予防医療センター）

石本 裕二（福岡県すこやか健康事業団）

◎シンポジスト

1. 胃X線検査における技師チェックの取り組み（第2報）

若松 祐三（鹿児島厚生連病院健康管理センター）

2. 読影補助認定制度導入における技師読影の問題点～当センターの現状と課題～

山田耕一郎（済生会熊本病院）

3. 読影補助認定制度導入における技師読影の問題点～精度管理面を中心に～

高木 優（公益財団法人 福岡労働衛生研究所）

4. 「胃X線検診のための読影判定区分（カテゴリー分類）」の導入後の現状（第4報）

後藤 朗（公益財団法人 大分県地域保健支援センター）

「胃X線症例検討会」（16：00～16：50）

◎司会・進行

満崎 克彦（済生会熊本病院予防医療センター）

石本 裕二（福岡県すこやか健康事業団）

◎提示者

淵脇 崇史（南風病院）

シンポ1 胃X線検査における技師チェックの取り組み(第2報)

鹿児島厚生連病院健康管理センター

若松 祐三

当センターは、2017年5月から胃X線検査において認定資格保有者技師による2次チェックを行っている。基準撮影は遵守されていたが、撮影技術・読影力のバラツキの改善のために認定資格保有者が胃透視に従事する技師の精度向上を目的として、2次技師チェックを始めた。

施設内検診の2次技師チェックは胃がんX線検診技術部門B資格・胃がんX線検診読影部門B資格取得技師を中心に現在7名で行っている。撮影技師が技師チェックにカテゴリーを付記した後に、2次技師チェックにて確認・添削（カテゴリー変更）を行う。それを医師読影記録票に添付し医師に読影を依頼する。その変更した内容はカテゴリー変更台帳に記入し撮影技師にその内容をフィードバックする。

昨年、第45回消化器がん検診学会（福岡）にて、第1報として2016年からの取り組みを発表して3年経過した現在、読影医師・2次チェック技師・撮影技師のカテゴリーの整合性を確認することで着実に技師チェック・技師2次チェックの精度向上に繋がっているかを検証し、将来的な読影補助認定制度導入に向けて、現在の取り組みの利点・問題点を確認したい。

シンポ2 読影補助認定制度導入における技師読影の問題点 ～当センターの現状と課題～

済生会熊本病院¹⁾、同 予防医療センター²⁾

○山田耕一郎¹⁾、森 猛²⁾、井上 淑博¹⁾、野満 洋平²⁾、江崎 泰史²⁾、小西 瞳²⁾、
岡本 直華²⁾、興梠 静香²⁾、村川 彩希²⁾、松永 久実²⁾、満崎 克彦²⁾

当センターでは2018年5月より、胃がんX線検査の読影にカテゴリー分類の導入を開始した。今回は、過去数年分の検査データを、読影医と診療放射線技師によりカテゴリー分類付けを実施し、評価にどのような差があるのか検討を行った。

対象は、2011年4月～2017年3月に胃がんX線検査を受診し、要精検となり精密検査として胃内視鏡検査を実施した234例とし、最終読影医1名と経験年数の異なる診療放射線技師6名にて評価を実施した。

当日は、最終読影医のカテゴリー判定を評価基準とした診療放射線技師との一致率や、読影者間でのカテゴリー分類比較データなどの報告を行い、読影補助に関する問題点や今後の課題など、シンポジストの方々と共に議論したい。

シンポ3 読影補助認定制度導入における技師読影の問題点 ～精度管理面を中心に～

公益財団法人 福岡労働衛生研究

高木 優

【背景】胃X線検診の目的は胃がんによる死亡数の減少であり、その主な精度要因は画像精度と診断精度である。今後、胃X線検診に読影補助認定制度が導入されるうえで、技師読影の適切な業務運用と精度管理体制の構築が必要不可欠となる。【目的と方法】胃X線検診精度の維持、向上を目的に、読影補助認定制度導入における技師読影の問題点について、精度管理面を中心に検討を行った。【結果】精度管理上の主な問題点としては、①現状において技師間で読影能に格差があること、②所見用語、読影手順、カテゴリー判定指標（良悪性判定指標）などの読影方法について標準化がなされていないこと、③読影に関する共通の精度管理指標が設定されていないこと、が挙げられ、このままでは最低限の読影精度の担保がなされないことが懸念される。【考察】今後、読影方法の標準化と精度管理指標の設定を的確かつ早急に行い、それらを基盤に技師読影の精度管理および教育体制を構築することで技師間における読影能の格差を是正し、最低限の読影精度を担保する必要があると考える。

シンポ4 「胃X線検診のための読影判定区分(カテゴリー分類)」の導入後の現状(第4報)

公益財団法人 大分県地域保健支援センター¹⁾、大分県立病院放射線科²⁾、

一般財団法人 大分健康管理協会 大分総合健診センター³⁾

後藤 朗¹⁾、前田 徹²⁾、日隈 慎一³⁾

当センターでは、2016年度より委員会報告「「胃X線検診のための読影判定区分（カテゴリー分類）」に基づき一部変更を行ったうえで導入した。変更点は、委員会報告のカテゴリー3aと3bを統合し、3としたことである。カテゴリー3の説明は「ほぼ良性だが、悪性を否定しきれない所見」とした。

2018年度の胃X線検診受診者数は14,343（以下カッコ内は前年度15,496）、カテゴリー3以上の要精検者数は1,414（1,573）、精検受診者数は1,243（1,448）、発見胃がん者数は10（25）（2019年8月現在）であった。第1読影と第2読影で最高カテゴリー3と判定した数は、1,303（1,364）、発見がん7（17）、発見率0.5%（1.2%）、同カテゴリー4では、102（70）、2（4）、2.0%（5.7%）、同カテゴリー5では、10（14）、1（4）、10.0%（28.6%）であった。発見がんの詳細については、現在追跡中である。発見がん10例のうち第1、第2読影ともに要精検該当は3例（カテゴリー3-3：2例、同3-4：1例であった読影医によって、所見のとり方にかかなりの差があることがわかったので、所見とカテゴリー区分については、刊行されたアトラス等を元に、さらに判定しやすく改良していきたい。

一般演題

胃Ⅰ-1 ピロリ未感染低異型度腺窩上皮型いがん(ラズベリー型胃がん)の2例

宮崎市郡医師会成人病検診センター X線読影委員¹⁾、潤和会記念病院 消化器科²⁾○尾上 耕治¹⁾、吉山 一浩²⁾、稲倉 琢也¹⁾、山本雄一郎¹⁾、北村 亨¹⁾、山田 浩己¹⁾、
新川仁奈子¹⁾、高崎るみ子¹⁾、宮崎 貴浩²⁾

【はじめに】近年、ピロリ感染率の低下に伴い、ピロリ陰性の胃がんへの関心が高まってきている。今回、ピロリ未感染の胃腺窩上皮型の低異型度分化型癌（ラズベリー型胃がんの2例を経験したので報告する。本報告は宮崎市郡医師会病院倫理委員会で承認された。

【症例】50代と30代男性。共に萎縮はなく、またABC分類のA群すなわちピロリ未感染であった。共に胃体部大弯に6mm大の発赤調、表面粗造な隆起を認めた。ラズベリー型胃がんを強く疑い生検し、病理医にその旨を伝えた。1例目の生検結果報告書はGroup1、過形成性ポリープであったが、最終的には免疫染色MIB-1陽性のためGroup4でラズベリー型胃がん疑いと診断された。潤和会病院にてESDの治療を受けた。残存する腫瘍性病変は殆どなかったが、生検標本により同診断に至った。2例目は生検でGroup5、ラズベリー型胃がんと診断され、EMRの治療を受け同診断に至った。

【考察】ラズベリー型胃がんは、細胞異型・構造異型ともに乏しいので、生検H.E染色だけでは過形成性ポリープと診断される可能性がある。本症例を疑った場合は、病理医に低異型度腫瘍の疑いが強いことを訴え、積極的に免疫染色の追加・検討をしてもらうことが必要と考えた。

胃Ⅰ-2 9年1ヶ月の経過で潰瘍形成を伴った胃gastrointestinal stromal tumor(GIST)の1例

JCHO 九州病院 放射線科¹⁾、JCHO 九州病院 外科²⁾、JCHO 九州病院 第二臨床検査科³⁾○平賀 聖久¹⁾、菊野 亮栄¹⁾、渥美 和重¹⁾、井上 公代¹⁾、宮嶋 公貴¹⁾、
牧角 健司¹⁾、水島 明¹⁾、柳 親茂²⁾、難波江俊永²⁾、笹栗 毅和³⁾

今回我々は、9年1ヶ月の経過で潰瘍形成を伴った胃 gastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例を経験したので報告する。

症例は、65歳、男性。57歳時の検診（X線）で異常を指摘され、内視鏡検査で胃噴門部大弯に長径16mm大の粘膜下隆起を認めた。2年8ヶ月後のX線検査では、長径20mm大であった。6年1ヶ月後の内視鏡検査で増大傾向を疑ったが、CT検査では長径20mm大であった。8年後のCT検査で長径20mm大であったが、9年1ヶ月後のCT検査で長径22mm大へ増大し、頂部に潰瘍を形成していた。9年2ヶ月後のX線検査では、長径26mm大であった。生検でGISTが疑われたため、9年3ヶ月後に腹腔鏡下噴門側胃切除術を施行。病理組織学的には、長径29mm大の、12/50HPFsの核分裂像数を呈する、高リスク（Fletcher分類）なGISTであった。

胃Ⅰ-3 ラテックス免疫比濁法(LZテスト)は胃がんリスク層別化検査に適するか？

特定医療法人財団博愛会 人間ドックセンターウェルネス

○吉村 理江

【はじめに】現在、胃がんリスク層別化検査における *H. pylori* (Hp) 検査はEプレート‘栄研’H.ピロリ抗体Ⅱ (EIA) が用いられ、陰性高値を加味して偽A群はB群、偽D群はC群に変更し運用されている。一方、Hp単独での検査はEIAからラテックス免疫比濁法LZテスト‘栄研’H.ピロリ抗体 (LZ) に変更されつつある。今後LZを用いたリスク検査の可能性を検討した。【対象と方法】2016年からの3年間にEIA, LZ, ペプシノゲンを同時測定した除菌歴のない101例。EIA, LZリスク判定と内視鏡Hp診断を比較した。Cut offはEIA <3U/mL, LZ <10U/mLとした。【結果】内視鏡Hp診断を未／現／既感染の順に示す。(1)EIA: A群は80／0／0で、全例内視鏡的未感染であった。B群は1／12／7, C群は0／0／1であった。(2) LZ: A群は81／3／7で、EIAと比較し内視鏡的現・既感染例の混入を多く認めた。B群は0／9／0, C群は0／0／1であった。【考察】LZによるリスク検査はHp現感染・既感染のA群混入率が高い可能性があり、リスク検査への応用には更なる検証が必要である。

胃Ⅰ-4 基準撮影法Ⅰを導入して

鹿児島厚生連病院健康管理センター

○當房 蒼、若松 祐三、西 憲文、宮原 広典

【目的】当施設では、胃X線検査は任意型検診(基準撮影法Ⅱ)で実施しているが、2018年5月より対策型検診(基準撮影法Ⅰ)を鹿児島市の一部の住民に対して初めて導入した。技師は撮影後にカテゴリーチェックをし、外部委託にて医師が2次読影まで行う。読影結果や精検結果を踏まえ、撮影技師が付記したカテゴリーと医師の読影結果の差異、および対策型検診の取り組みについて報告する。【方法】2018年度、基準撮影法Ⅰでの胃X線検査を行った682件を対象とし、要精検率、精検受診率、がん発見率、撮影技師と読影医による読影結果の差異、精検結果について検討した。【結果】要精検率は14.2%、精検受診率は93.8%、がん発見率は0.15%であった。撮影技師がカテゴリー3a以上とした症例に対し、読影医が要精検とした比率は70.8%となった。発見胃がん症例は1例(M Type 0-IIc+IIa 13x11mm)で、撮影技師はカテゴリー3aとしていた。【結語】基準撮影法Ⅰは基準撮影法Ⅱに比べて、撮影枚数が少なく、撮影技師による透視下での観察がより重要になる。当施設では、病変の有無や良悪性の判断をするために、追加撮影をしているが、今後も読影医へ良い画像を提供していきたい。

胃Ⅱ-1 宮崎市胃がんリスク層別化検査ABC分類5年間の結果報告

宮崎市郡医師会胃がん検診読影委員会

○尾上 耕治、吉山 一浩、宮崎 貴浩、北村 亨、篠原 立大、木原 康、南 寛之、長友 優尚、
楠元 直、石川 直人、稲倉 琢也、伊藤 泰教、吉田 朗、山本雄一郎、湯池 宏明

【はじめに】 宮崎市は2013年度より胃がんリスク層別化検査 ABC 分類を開始したが、2017年度までの5年間の結果を報告する。

【対象および方法】 本報告は宮崎市郡医師会病院倫理委員会で承認された（申請書番号2019-8）。対象は40歳以上。問診にて、リスク評価であること、受診間隔は目安であることおよび個人情報の取扱いの留意事項について同意を得、除菌の有無、胃切除歴、胃酸分泌抑制薬服用および腎機能障害をチェックした。血清ヘリコバクター・ピロリ (*Hp*) 抗体とペプシノーゲン (PG) 法にて、A 群 (*Hp* 陰性、PG 法陰性)、B 群 (*Hp* 陽性、PG 法陰性)、C 群 (*Hp* 陽性、PG 法陽性)、D 群 (*Hp* 陰性、PG 法陽性) の4群に分類した。除菌者は別扱いとし定期的な検査を勧めた。A 群は5年に1回 ABC 分類を受けるよう推奨した (A 群偽陰性の問題があるので一度は内視鏡検査か X 線検査にて *Hp* 陰性であることを確認するよう推奨)。B、C および D 群は、内視鏡検査を受けるよう指示し追跡調査を行った。

【結果】 5年間の受診者数は43,990人、発見胃がん124人（発見率0.28%）であった。

【最後に】 1996～2017 年度まで22年間の宮崎市郡医師会 X 線個別検診にて発見された胃がんは101人であったが、それを上まった功績は大きい。

胃Ⅱ-2 宮崎市対策型胃内視鏡検診2年間の結果報告

宮崎市郡医師会胃がん検診読影委員会

○尾上 耕治、吉山 一浩、宮崎 貴浩、北村 亨、篠原 立大、木原 康、南 寛之、長友 優尚、
楠元 直、石川 直人、稲倉 琢也、伊藤 泰教、吉田 朗、山本雄一郎、湯池 宏明

【はじめに】

宮崎市は対策型検診として胃内視鏡検診を2017年6月より胃内視鏡検診を始めたが、導入後2年間の結果を報告する。

【対象および方法】

本報告は宮崎市郡医師会倫理委員会にて承認された（申請番号2019-7）。宮崎市の住民で50歳以上の偶数年齢（奇数年齢は胃 X 線）を対象とした。対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版に準じ、また福岡市医師会実施要項を参考に行った。宮崎市胃がん検診（内視鏡検査）実施要綱を満たした医療施設にて内視鏡検査を行い、宮崎市郡医師会胃がん検診読影委員会において二次読影および画像評価も併せて行った。二次読影が自施設で可能な場合は自施設で行った。二次読影結果要再検となった者は、再度内視鏡検査を受けるよう指導した。

【結果】

2017～18年度の受診者数は3,599人、生検施行者数317人（8.8%）、要再検者数67人（1.9%）、再検受診者数62人（92.5%）、発見胃がん22人（発見率0.61%）、うち早期がん18人（81.8%）、陽性反応的中率5.7%（22/384）であった。

【結語】

受診者数が少ないという課題があるが、それ以外の精度管理指標は良好な結果であった。

胃Ⅱ-3 佐賀県対策型胃内視鏡検診導入2年目(平成30年度)の結果報告

済生会唐津病院 内科¹⁾、佐賀県胃癌・大腸癌検診医会²⁾

○遠藤 広貴^{1,2)}、藤本 一真²⁾、水口 昌伸²⁾、さかたひろゆき²⁾、藤岡 康彦²⁾、
寺田 洋臣²⁾、坂田 恒彦²⁾、森山 幹夫²⁾、中山 信一²⁾、森 久雄²⁾、
服巻 勝正²⁾、大山 隆²⁾、冬野 誠助²⁾、梶原 哲郎²⁾、下田悠一郎²⁾

【はじめに】佐賀県では県主導で県単位の公的胃内視鏡検診の導入を平成29年4月より開始した。平成30年度は参加市町を増加させ広域化を進めた。現況を報告する。

【方法と結果】佐賀県と県医師会が中心となり、県全体の対策型胃がん内視鏡検診の運営委員会と読影委員会を設置、検診マニュアルを作成、ダブルチェックは内視鏡専門医が担当。平成29年度は多久市、伊万里市、小城市、有田町の4市町2地区、17施設で導入。50歳代偶数年齢、自己負担額は4000円、82人が受診、要精検者は12名、癌発見・偶発症とも0名。平成30年度は14市町6地区53施設、50～60歳代偶数年齢と拡充、538人が受診、要精検者は38名、癌発見0名、偶発症は腹部膨満の1名。平成31（令和元）年度は7月23日までの申込者数が521名と増加している。

【まとめ】佐賀県では胃癌対策として、一次予防に平成28年度から15歳全員対象にピロリ菌検査・除菌を全額公費で行い、現在4年目継続中である。二次予防に平成29年度から、県単位の対策型胃内視鏡検診を導入し、平成30年度は参加市町や受診者数の拡充を行った。平成31年度も受診申込者数は増加している。さらに令和年度は新しく参加市町が予定されており、完全な全県参加での統一された内視鏡検診を目指している。

胃Ⅱ-4 対策型胃内視鏡検診における受診間隔と発見胃がんの関係に関する臨床病理学的検討

福岡市医師会消化管検診小委員会¹⁾、福岡赤十字病院 消化器内科²⁾

○平川 克哉^{1,2)}、北川 晋二¹⁾、古川 尚志¹⁾、頼岡 誠¹⁾、家守 光雄¹⁾、
名本 真章¹⁾、木村 史郎¹⁾、野尻五千穂¹⁾、吉村 理江¹⁾、長浜 孝¹⁾

【目的】対策型胃内視鏡検診における検診間隔と発見がんの関係について検討する。【対象と方法】平成28年度に福岡市対策型胃内視鏡検診で発見された胃がん93例を対象として、福岡市医師会が追跡調査を行い作成したデータベースを使用して解析した。多発例は、深達度と大きさを主病変を検討対象とした。【結果】受診者数は25,212名であり、胃がん発見率は0.37%であった。切除例の深達度はm癌51例、sm癌15例、進行癌11例であり、非切除例の臨床診断は早期癌6例、進行癌10例であった。前回受診年度は1年前18例、2年前8例、3年前9例、初回または4年以上前58例であり、各群の早期がん率は100%、87.5%、66.7%、70.7%、内視鏡治療選択率は72.2%、75.0%、33.3%、43.1%、進行がんのため手術困難例の割合は0.0%、0.0%、11.1%、15.5%であった。

【結論】検診間隔の延長は2年まで許容できるが、3年から内視鏡治療例が減少し、4年以上では手術困難例が増加するため、継続的な定期受診を推奨する。

胃Ⅱ-5 鹿児島県民総合保健センターにおける対策型胃がん検診の現状と課題

鹿児島県民総合保健センター¹⁾、鹿児島県消化器がん推進機構²⁾

○新地 拓人¹⁾、丸山 仁¹⁾、福山 修二¹⁾、横山 清治¹⁾、
松元 修¹⁾、西俣 寿人²⁾、草野 健²⁾、桶谷 薫¹⁾

当鹿児島県民総合保健センターにおける、対策型胃がん検診の現状について報告する。

鹿児島県は、昭和36年より検診車による胃集団健診を始め、当センターでは今年度13台の胃がん検診車を稼働し、三島・十島・甕島・与論島などの離島を含め県内各地で巡回検診を行っている。

平成3年頃、ピーク時には約12万5千人の胃がん検診を実施していたが、老人保健法の改正や厚生労働省の指針により、対策型胃がん検診方法が胃部エックス線検査に加え胃内視鏡検査も推奨された。更に対象年齢が50歳以上、検診間隔は2年に1度とされたことなどから、胃部エックス線検診による受診者数は年度ごとに約3000人ずつ減少している。

H22から30年度の当センターの胃がん検診受診者数の推移と、H27から29年度の対策型胃がん検診結果（要精検率・精検受診率・がん発見率）の現状を示し、また隔年受診で発見された症例をもとに逐年検診の重要性について考える。

大腸Ⅰ-1 当センターにおける大腸がん検診の現況

公益財団法人熊本県総合保健センター

○浦田 香織¹⁾、石本 愛理¹⁾、中島 桂子¹⁾、村上 友佳¹⁾、
村上 晴彦¹⁾、西村 龍一¹⁾、西 潤子¹⁾、土亀 直俊¹⁾

〔はじめに〕近年、がん検診の精度管理が重要視され、当センターでも毎年把握し、大腸がん検診の精検受診率が他のがん検診より低く、許容値を下回っている現状にある。今回、平成28年度の実績評価を行ったので報告する。

〔目的〕精検受診状況や問題点を把握し、今後の対策の向上を図る

〔対象・方法〕平成28年度に大腸がん検診を受けた51,179名

〔結果・考察〕平成26年度からの3年間を経年で比較すると精検受診率は69.01%、70.68%、66.58%と平成28年度が最も低かった。そのなかで対策型検診と任意型検診で分けた場合、平成28年度は地域が77.35%、職域が47.71%と任意型検診での精検受診率が低い現状にあった。その原因等について報告する。

大腸Ⅰ-2 大腸がん検診における精検受診率向上の取組について

公益財団法人 大分県地域保健支援センター¹⁾、大分県立病院放射線科²⁾

○原 美喜¹⁾、平丸 正宣¹⁾、高橋 由紀¹⁾、田嶋 伸之¹⁾、杉田 真一¹⁾、後藤 朗¹⁾、前田 徹²⁾

大腸がん検診の精検受診率は低い傾向にある（2016年度日消集計59.4%）。当センターでは、対策型検診（市町村）及び任意型検診（職域）における大腸がん検診の要精検者のうち、医療機関から精密検査結果の連絡がない要精検者（以下、「精検結果不明者」という。）について、2016年度から精検受診率向上を目的に、精密検査受診状況調査の強化に取り組んだ。主な強化内容は、①調査様式の変更（アンケート形式に変更、未受診理由を追加）②任意型検診における精検結果不明者について精密検査受診状況調査を実施（同意を得られた方のみ）③対策型検診における精検結果不明者については、原則2回精密検査受診状況調査を実施。今回、精検結果不明者に行った精密検査受診状況調査について報告する。2016年度及び2017年度の対策型の精検結果不明者585名について2回の調査を行った結果、精検受診191名、未受診194名の結果が判明した。また、強化後（2016年度～2017年度）の精検受診率は、対策型検診は83.2%、任意型検診は65.2%で、強化前（2014年度～2015年度）に比べそれぞれ2.4ポイント、8.6ポイント向上した。

大腸Ⅰ－3 大腸がん検診受診者増に向けての取り組みについて

公益財団法人鹿児島県民総合保健センター

○山本 聖子、黒木 晶子、桑原 由香、梅北 真理、
松岡 純子、横山 清治、松元 修、桶谷 薫

【目的】 K市の大腸がんによる死亡者数は、女性のがん死亡の1位、男性のがん死亡の2位である。しかし、大腸がん検診受診率は延び悩み、受診者数は漸減状態にある。そこで、大腸がん検診受診者増に向けての取り組みを報告する。

【方法】 従来、大腸がん検診は、特定健診及び肺がん・胃がん検診時に希望者に対して採便容器を配布し、後日検体回収している。今回（H30年度）、更に乳がん・子宮がん検診時に同様に容器を配布し、後日回収した。

【結果】

平成22年度以降受診者数は漸減傾向にあったが、平成30年度は前年度に比較して657人増加した。受診歴別では、初回受診者563人、非初回受診者94人と初回受診者が増え、年齢階級別では、70歳までの各年代で増加し、75歳以降は減少していた。中でも、男性が61名増加し、同様な傾向であった。

要精検率は、7.1%で前年度より0.4%上昇、精検受診率は87.3%と3.2%低下した。がん発見率は0.21%、陽性反応的中度は2.9%と前年度より高率であり、初回受診者のがん発見率が高く、早期がん発見率は低率となった。

【考察】 女性がん検診時に同時に受診できる機会を作ることで受診者数が増加し、また、男性の初回受診者も増加した。初回受診者が増加したことでがん発見率も上昇した。

大腸 I-4 大腸CT検査の苦痛度からみた炭酸ガス送気量と腸管拡張の関係

医療法人親愛 天神クリニック

○久保友里栄、森 一宏、川野紗貴美、二宮 聖子、中馬 優子、
松永 杏奈、崎山 遼、平山佳代子、池田 憲治、前田 和弘

【目的】

大腸 CT 検査（以下、CTC）において腸管拡張は検査精度に影響を及ぼす重要な要因の一つである。受診者に苦痛がなく適切な炭酸ガス量を送気出来ることが理想的であるが、過度の炭酸ガス送気は受診者に負担を強いる。今回は苦痛度調査と炭酸ガス送気量・腸管拡張度を比較検討し、検査手技の工夫点を考察する。

【対象】

2018年4月1日～2019年3月31日までに健康診断で CTC を行った87名、平均年齢49.9歳。

【方法】

撮影技師が各撮影後に苦痛度調査（NRS スケール）を実施。各撮影時の炭酸ガス送気量の調査と air image 画像で腸管拡張度を良好、一部不良、不良の3段階で評価する。

【結果】

苦痛度別送気量について平均送気量は、1回目撮影後では苦痛なし1.87L に対し、高度苦痛2.44L、2回目撮影後では苦痛なし2.38L に対し、高度苦痛3.05L であった。

苦痛度別拡張度評価について拡張良好群は、1回目撮影後の苦痛なし33.3% に対し、高度苦痛71.4%、2回目撮影後の苦痛なし37.5% に対し、高度苦痛66.7% であった。

【まとめ】

大腸がん検診において CTC はさらに普及し大きな役割を担うと考えられる。CTC が受け入れやすい検査となるよう、受診者とコミュニケーションをとり苦痛が少なく精度の高い検査を提供していきたい。

大腸Ⅱ－1 平成29年度佐賀県大腸癌検診の結果と推移

佐賀大学 放射線医学教室¹⁾、佐賀県胃癌大腸癌検診医会²⁾

○水口 昌伸¹⁾、藤本 一真²⁾、下田悠一郎²⁾、梶原 哲郎²⁾、藤崎 純士²⁾、遠藤 広貴²⁾、
朝永 通生²⁾、山根 秀樹²⁾、原田 宏一²⁾、今村 達也²⁾、松本 洋二²⁾

＜目的＞

平成29年度佐賀県における大腸がん検診の結果を示し、その経年変化について考察する。また、県内集計の3施設の年齢構成と発見癌についても言及する。

＜対象・結果＞

- ・平成29年度の総受診者数は55,610名となった。発見癌数は100例、癌発見率は0.18%と横ばい傾向である。職域が11,730名と増加傾向である。精検受診率は69.6%、地域検診が76.1%、職域37.9%で例年と同等である。
- ・初回受診者は9,887名でやや減少するも依然、発見癌中51例は初回であり約半数を占めている。
- ・施設ごとで地域／職域の構成が異なり、その年齢構成と精検受診率に差が見られた。地域検診では65～69歳で受診者数、発見癌数にピークがあった。職域検診は60歳以下の受診が大部分を占めているが50歳台での発見も認められた。
- ・発見癌のうち早期癌は60%、治癒が期待できる Stage0～Ⅱ 症例は77%であった。

＜まとめ＞

平成29年度の佐賀県大腸がん検診の結果を報告した。全国平均に比較しても良好な結果を示している。しかし、当該機関で把握できた受診者総数は対象人口比では依然として低値である。また、職域検診者数が増加する一方で地域検診は横ばいからやや減少する傾向があり精検受診率の悪い職域検診での受診勧奨が今後の課題となる。

大腸Ⅱ-2 大腸CT検査は大腸癌一次検診として有用か —大腸内視鏡検査と比較して—

済生会熊本病院 予防医療センター¹⁾、済生会熊本病院 中央放射線部²⁾

○満崎 克彦¹⁾、村川 沙希¹⁾、松永 久美¹⁾、野村美緒子¹⁾、福永 久美¹⁾、
菅 守隆¹⁾、江崎 泰史¹⁾、松田 勝彦²⁾、坂本 崇²⁾

〔目的〕大腸CT検査（CT colonography, 以下, CTC）による大腸癌一次検診の検診成績を全大腸内視鏡検査（total colonoscopy, 以下 TCS）と比較しその有用性を検討した。

〔対象〕2010年4月～2017年3月までにCTCにて大腸癌一次検診を受診した5,341名（男性3,242名, 女性2,099名）, 年齢18～89歳（平均年齢 55.8 ± 10.8 歳）を対象とし, 要精検率, 精検受診率, 腫瘍発見率, 陽性反応適中度, 癌発見率を算出し, TCSによる大腸癌一次検診成績と比較した。腸管外病変の検出能についても評価した。

〔結果〕CTCの要精査率9.4%（500/5,341）, 精検受診率74.6%（373/500）, 大腸腫瘍発見率5.1%（291/5,341）, 陽性反応適中度78.0%（291/373）, 癌発見率0.34%（18/5,341）, 初回受診癌発見率0.38%（17/4,428）であった。TCSの総受診者数は20,458名（平均年齢 57.1 ± 10.3 歳）で, 大腸腫瘍発見率4.8%（987/20,458）, 癌発見率0.26%（53/20,458）, 初回受診癌発見率0.31%（34/11,129）であった。腸管外病変の要精査率0.7%（40/5,341）, 精検受診率75.0%（30/40）, 癌を含む高リスク疾患の発見率は0.17%（9/5,341）であり, 肺癌1例, 膵癌1例, 濾胞性リンパ腫1例, 膵管内乳頭粘液性腫瘍3例, 膵粘液性嚢胞腫瘍1例, 腹部大動脈瘤2例が発見された。

〔結語〕CTCによる大腸癌一次検診成績は, TCSと比較して同等で, 任意型検診への導入には問題ないと考えられた。臨床上有意な腸管外病変の頻度は少ないものの, 重大な疾患も見つかるため評価すべきと考えられた。

大腸Ⅱ-3 便潜血偽陰性大腸癌の臨床病理学的特徴

済生会熊本病院 予防医療センター

○満崎 克彦、野村美緒子、福永 久美、坂本 祐二、菅 守隆

〔目的〕便潜血（FIT）偽陰性癌と陽性癌の臨床病理学的特徴を比較し偽陰性癌の特徴を明らかにすることである。

〔対象と方法〕2004年4月から2018年4月までにFIT、全大腸内視鏡（TCS）、S状結腸内視鏡（SCS）を契機に発見された大腸癌で、臨床病理学的検索が可能であった365例（早期291例、進行74例）を対象とした。TCS, SCS受診者は全例同日にFITを行っている（同時法）。偽陰性癌とは同時法で発見されたFIT陰性癌およびFIT陰性と判断された後、2年以内に発見された進行癌を偽陰性進行癌と定義し、偽陰性癌と陽性癌の臨床病理学的因子を比較検討した。

〔結果〕偽陰性癌は83例（早期69例、進行14例）、陽性癌は282例（早期222例、進行60例）であった。偽陰性進行癌は女性に多く、右側大腸に多く認め盲腸に有意に多かった。偽陰性早期癌は腫瘍径が小さくLSTが多い。また、粘膜下浸潤癌が有意に少なかった。

〔結語〕偽陰性早期癌は腫瘍径が小さく深達度も浅く、表面型腫瘍も偽陰性になりやすい。偽陰性進行癌は女性に多く右側結腸（盲腸）に発生しやすい。偽陰性対策として、偽陰性癌の特徴を理解し精度管理を十分に行うと同時に、大腸内視鏡検査や大腸CT検査を導入させることも有用と思われる。

大腸Ⅱ-4 大腸検診のCT-colonographyを契機に発見された原発不明癌の1例

公益社団法人鹿児島県済会南風病院 放射線技術科

○日高 稔、上川 智弘、淵脇 崇史、伊原 孝志

【はじめに】

原発不明癌とは十分な検索にも関わらず原発巣が不明で、組織学的に転移巣と判明している悪性腫瘍である。今回、当院で行っている大腸がん検診目的のCT-colonography（以下CTC）を契機に発見された原発不明癌の1例を経験したので報告する。

【症例】

65歳男性、主訴は特記事項なし。

【CTC撮影・所見】

腹・背臥位の2体位撮影を行ったが、腸管拡張が一部不良、追加撮影（右側臥位）を行った。S状結腸は恒常的な管腔の拡張不良を認めた。明らかな腫瘍像は指摘できず、仮想注腸画像にて壁外からのいびつな圧排を認めた。ほか大腸内には4-8mm大のポリープを数個認めた。

【CF】

直腸RSは強い屈曲を認め、播種を疑う抵抗を認めスコープの挿入・通過困難であった。

【造影CT】

腸管膜や大網に結節が散見され多発播種病変が疑われた。

【その他】

上部消化管内視鏡検査にて悪性所見は認めず、PET-CT検査にて腸管膜や大網の結節影への軽度集積を認め癌性腹膜炎を疑うが原発巣は同定困難であった。

【組織診断】

腹水穿刺にて印環細胞癌（腺癌）と診断、原発不明癌とされた。

【考察】

原発不明癌は早期から播種をおこし予後不良の癌である。発生頻度は全悪性腫瘍のうち約1～5%とされ、症状はリンパ節腫大、胸水、腹水、肺・肝腫瘍が多いとされる。文献的考察を含め報告する。

肝臓・胆嚢・膵臓・その他1 当院で行ったすい臓がんオプション検査の検討

鹿児島厚生連病院健康管理センター 医療技術部 画像技術科

○梶 祐幸、恒吉 雅也、福元 嘉也、西 憲文、原口 誠、宮原 広典

【目的】膵臓癌は年々増加傾向にあり、また5年生存率が10%未満ときわめて低く、予後の悪い癌である。そこで当院では人間ドックのオプション検査として2018年6月より、MRI、膵臓超音波検査、血液検査（アミラーゼ、CA19-9、エラスターゼ1）を組み合わせた、すい臓がんオプション検査を開始した。そこで本オプション検査について分析を行った。

【方法】2018年6月～2019年3月にすい臓がん検査を受診した94名（男性：65名、女性29名）を対象にそれぞれの検査結果について比較検討を行なった。

【結果】要精検率は16%（15名）であった。内訳としては重複するものを含めMRI：9件、超音波：12件、血液検査：2件という結果であった。精検受診率は100%、膵臓癌は1件であった。リスク因子である膵嚢胞性病変20件：21%（大きさ3mm～40mm）、膵管拡張6件：6%（3～6mm）などが多く発見された。

【考察】今回、膵臓に特化した検査により癌発見はもちろんハイリスクグループである膵管内乳頭粘液性腫瘍や膵管拡張などを発見することができた。本オプション検査は膵臓癌の早期発見につながる可能性がある。

肝臓・胆嚢・膵臓・その他2 腹部超音波検査による膵の描出 ～検査手技の工夫、意識付けによる改善効果～

済生会熊本病院予防医療センター

○麻生奈央子、橋本 楓子、坂本 瞳、上田 佳澄、増田美穂子、
吉田かおり、當麻 康弘、坂本 祐二、満崎 克彦、菅 守隆

目的：超音波検査による膵描出は不十分なことも多く、検査装置の性能だけではなく、患者の体型や技師の検査手技にも大きく依存している。今回は検査技師間での勉強会で検査法の検討や膵描出の意識付けを行うことで、検査所要時間、体位変換、膵の描出能などにどのような変化が見られたかを検討した。

対象と方法：2015年4月から2019年3月に、当センターで腹部超音波検査を実施した延べ90,831名における膵描出能の変化と膵病変の検出を比較した。また、検査担当技師10名に膵描出に関するアンケートを実施し、検査時間の変化や体位変換の回数との関連を確認した。

結果：膵の一部分が描出不良の割合は2015年度が7,696件に対し、2018年度が5,870件と大幅に減った。膵管拡張・膵のう胞性病変・膵腫瘍の検出は2015年度が559件に対し、2018年度が966件と大きく増加した。検査時間に大きな変化はなかったが、経験年数が高い技師ほど、体位変換の回数と膵観察にかかる時間が増加したとアンケートで回答した。体位変換は半座位と右側臥位の体位変換が多くの検査で取り入れられていた。

考察：操作機器の性能以外にも技師への意識付けにより体位変換や観察時間が変化し、膵描出に影響を与えたことが示唆された。

肝臓・胆嚢・膵臓・その他3 健診で発見された膵Solid Pseudopapillary Neoplasmの一例

熊本中央病院健診センター¹⁾、熊本中央病院消化器内科²⁾

○三浦 浩美¹⁾、大谷 響¹⁾、岩越 友紀²⁾、斎藤 宏和²⁾、野田 香菜²⁾、庄野 孝²⁾、松下 郁雄²⁾

今回我々は健診で発見された膵 Solid Pseudopapillary Neoplasm (以下 SPN) を経験したので報告する。症例は31歳の女性。健診の腹部超音波検査で膵体尾部に大きさ約20mm で辺縁にリング状石灰化を伴った円形腫瘍を指摘された。精査目的に A 病院を受診。造影CT 検査では、腫瘍は卵殻状の石灰化を伴っており、内部は出血あるいは粘稠度の高い液体貯留が疑われ、SPN を疑う所見であった。遠隔転移は認めなかった。さらなる精査のため B 病院を受診。超音波内視鏡検査では石灰化を伴い、無エコーと実質エコーが混在したような境界明瞭な円形腫瘍として描出され、SPN に矛盾しない所見であった。MRI 検査、FDG-PET 検査も同様の所見であった。以上から SPN と診断し、脾温存腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行された。病理組織学的検索にて SPN と確定診断された。SPN は稀な膵腫瘍として知られており、低悪性度ではあるものの原則は外科的完全切除が必要であるとされている。若干の文献的考察を加え報告する。

肝臓・胆嚢・膵臓・その他4 人間ドック腹部超音波検査を契機に発見された副腎骨髄脂肪腫の1症例

公益財団法人慈愛会 いづろ今村病院

○矢崎 滉平、上釜 健作、上舞 優介、川畑 歳文、脇田 慎一

【はじめに】骨髄脂肪腫は主に副腎原発の非機能性腫瘍の1つであり、比較的稀な腫瘍である。発生頻度は病理解剖の3000例中4例に認めたとする報告や、副腎偶発腫瘍の1.9%が骨髄脂肪腫であったとする報告がある。今回、人間ドック腹部超音波検査を契機に発見された副腎骨髄脂肪腫を経験したので報告する。

【症例】46歳男性、人間ドック腹部超音波検査時に左副腎腫瘍を指摘。

【画像所見】腹部超音波検査では左腎上極の背側に約25.0mm 大の境界明瞭、輪郭整、内部均一な類円形の高エコー腫瘍を認めた。明らかな血流シグナルは認めなかった。

後日施行された腹部単純 CT 検査にて左副腎に脂肪成分を主とする類円形の腫瘍を認め、骨髄脂肪腫の所見であった。

【結語】骨髄脂肪腫は比較的稀な腫瘍で、自覚症状がなく検診時や他の疾患のフォロー時に偶発的に発見される場合が多い。今回、人間ドック時の腹部超音波検査にて発見された副腎骨髄脂肪腫を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

肝臓・胆嚢・膵臓・その他5 病院併設型人間ドック室における超音波検査の現状

社会医療法人青雲会青雲会病院人間ドック室¹⁾、社会医療法人青雲会青雲会病院²⁾

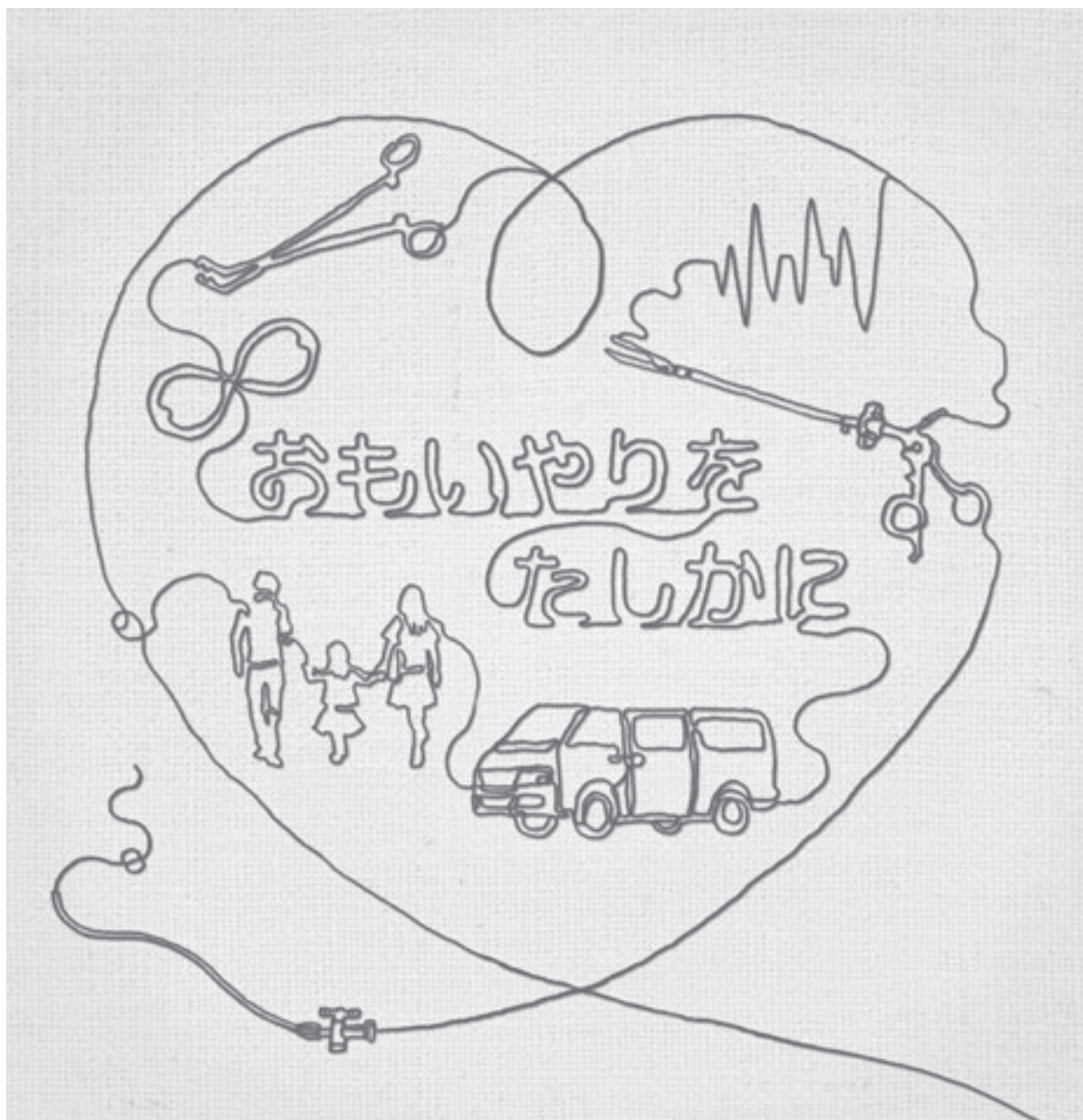
○丸山 睦子¹⁾、皆倉美奈子¹⁾、今別府芹加¹⁾、中野 道代¹⁾、
肥田木美鈴¹⁾、岩永みすず¹⁾、愛甲 孝^{1,2)}、川井田 浩²⁾

【はじめに】 青雲会病院は鹿児島県中央に位置し人口約7万5千人の始良市にあります。平成30年に機能評価 Ver.3を取得し、近隣の県はもとより空港も近いことから関西圏からの受診者も利用しています。平成30年度、人間ドック受診者は約7,500名であり、その多くは腹部超音波検査を中心に頸動脈超音波検査、甲状腺超音波検査も受けています。ちなみに、平成29年度および平成30年度は腹部超音波検査3291件 / 3496件、頸動脈超音波検査347件 / 339件、甲状腺超音波検査93件 / 107件行っています。これらの結果をもとに病院併設という利便性を生かし、診断から治療への一貫した診療に力を注いでいます。今回、当施設の超音波検査の取り組みについて紹介します。

協賛企業・団体

富士フイルムメディカル株式会社
株式会社八郷医療器
株式会社コーケン
アステラス製薬株式会社
伏見製薬株式会社
栄研化学株式会社
第一三共株式会社・アストラゼネカ株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
株式会社横尾器械
大鵬薬品工業株式会社
オリンパス株式会社
株式会社さくら医療器械
堀井薬品工業株式会社
カイゲンファーマ株式会社
アッヴィ合同会社
武田薬品工業株式会社
公益団法人鹿児島県消化器がん検診推進機構

(順不同)



おもいやりをたしかに

株式会社 八郷医療器

鹿児島市小松原一丁目二十九番五号

TEL.(099)-268-0010 FAX.(099)-267-7790

医療用品

医療機器

光学機器

理化学機器

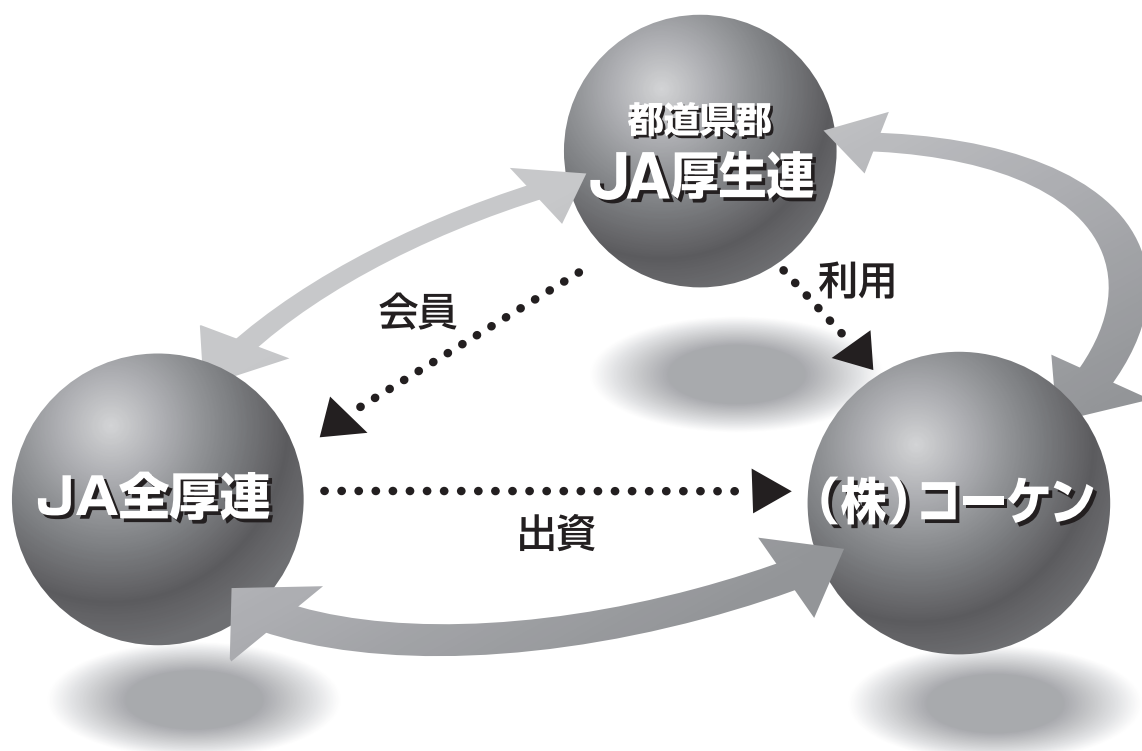
衛生用品

検査試薬

機器



株式会社 コーケン



JA厚生連病院の医薬品、医療機器・医療材料、
福祉用具などの供給を担っております。

〒105-0011

東京都港区芝公園2丁目9番5号 向陽ビル5階

TEL (03) 3434-7681 FAX (03) 3434-7685

<http://www.ja-koken.co.jp>

前処置から画像診断支援まで

人々のすこやかな毎日を願い、
より適確で
より安心な診断ができる
信頼ある製品づくりを。

薬価基準収載

処方箋医薬品 注意-医師等の処方箋により使用すること

【硫酸バリウム製剤】

■ 大腸CT用経口造影剤

コロンフォート® 内用懸濁液25%

■ 上部消化管X線造影剤

バリテスター® A240散

硫酸バリウム散 99.5%「FSK」

■ 消化管X線造影剤

バリオゲン® HD

バリオゲン®-デラックス

■ 注腸用X線造影剤

エネマスター® 注腸散

【炭酸水素ナトリウム・酒石酸配合剤】

■ X線診断二重造影用発泡剤

バリエース® 発泡顆粒

■ 胃内に泡性粘液除去剤

バリオゲン® 消泡内用液 2%

(ジメチコン内用液)

■ 緩下剤

ファースルー錠 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。

取扱い商品

■ 大腸・CT用検査食

FG-two☆

エスビー食品と共同開発。
味とボリュームにこだわった、
簡単調理の検査食。

■ 清涼飲料水

PROJECT F.

難消化性デキストリン(食物繊維と
して)入り。

■ 医療用潤滑剤

FG Jelly

消臭成分と抗菌成分をダブル
配合。刺激性の少ない透明タイ
プの水溶性潤滑ゼリー。

■ CT検査補助具

コロンマット

マットの上でコロンと回転し、体位
変換が可能。撮影時の体位維持や、
体位変換の負担を軽減。

遠隔画像診断支援サービス



G.I. Lab株式会社

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町2-1
KIMURA BUILDING 7F TEL : 03-5283-0981

検診に特化。胃X線を始め、胸部X線、マンモ
グラフィー、CT・MRI、大腸CTなど、多様
な画像をお取り扱いします。



伏見製薬株式会社

<http://www.fushimi.co.jp>

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 06-6160-2431
中四国営業所 / TEL 0877-22-7284 福岡営業所 / TEL 092-413-4107

一般医療機器 移動式ディスクリット方式臨床化学自動分析装置
一般医療機器 便潜血測定装置
特定保守管理医療機器 OCセンサーPLEDIA
製造販売届出番号 13B1X90003010009

80th
ANNIVERSARY



OC-SENSOR PLEDIA

MORE SIMPLE,
MORE QUALITY

品質も、生活も、「もっと」の声に応えたい

継承と革新から生まれた
分析装置の新基準

- ❖ 大量検体への適応
- ❖ ユーザビリティの強化
- ❖ ランダムアクセス機能の搭載
- ❖ 自動システムの充実
- ❖ グローバルスタンダードを目指して

製造販売元

株式会社日立製作所

〒110-0015 東京都台東区東上野二丁目16番1号



一般医療機器 尿化学分析装置
特定保守管理医療機器 全自動尿分析装置 US-3500
製造販売届出番号 26B3X00001000011

全自動尿分析装置

US-3500

FULLY AUTOMATED URINE ANALYZER

More Accurate, More Efficient

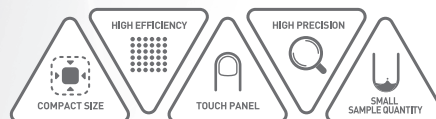
更なる使いやすさを求めて

- ❖ コンパクトなボディを実現
- ❖ 大量検体に対応
- ❖ 使いやすいカラー画面
- ❖ より高精度な測定を実現

製造販売元

テラメックス株式会社

〒612-8412 京都市伏見区竹田中川原町354



ご使用の際は、本装置に添付の「添付文書」および「取扱説明書」を必ずご参照ください。なお、改良・外観については予告なしに変更することがございますので予めご了承ください。

販売元



栄研化学株式会社

〒110-8408 東京都台東区台東4丁目19番9号

0077 BK
2016年3月作成

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。

 **astellas**
アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

プロトンポンプ・インヒビター
エソメプラゾールマグネシウム水和物カプセル・懸濁用顆粒
ネキシウム[®] カプセル10mg/20mg
懸濁用顆粒分包10mg/20mg

薬価基準収載

処方箋医薬品^{注)}

注) 注意 — 医師等の処方箋により使用すること
効能・効果、用法・用量、効能・効果に関連する使用上の注意、
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。



Daiichi-Sankyo

販売元(資料請求先)

第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1



製造販売元(資料請求先)

アストラゼネカ株式会社
大阪市北区大深町3番1号



0120-189-115
(問い合わせフリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

2018年6月作成

Canon

いま、*i* が動き出す。



Aplio i-series

キヤノンメディカルシステムズ株式会社 <https://jp.medical.canon>

東芝メディカルシステムズ株式会社は、2018年1月に「キヤノンメディカルシステムズ株式会社」へ社名変更いたしました。

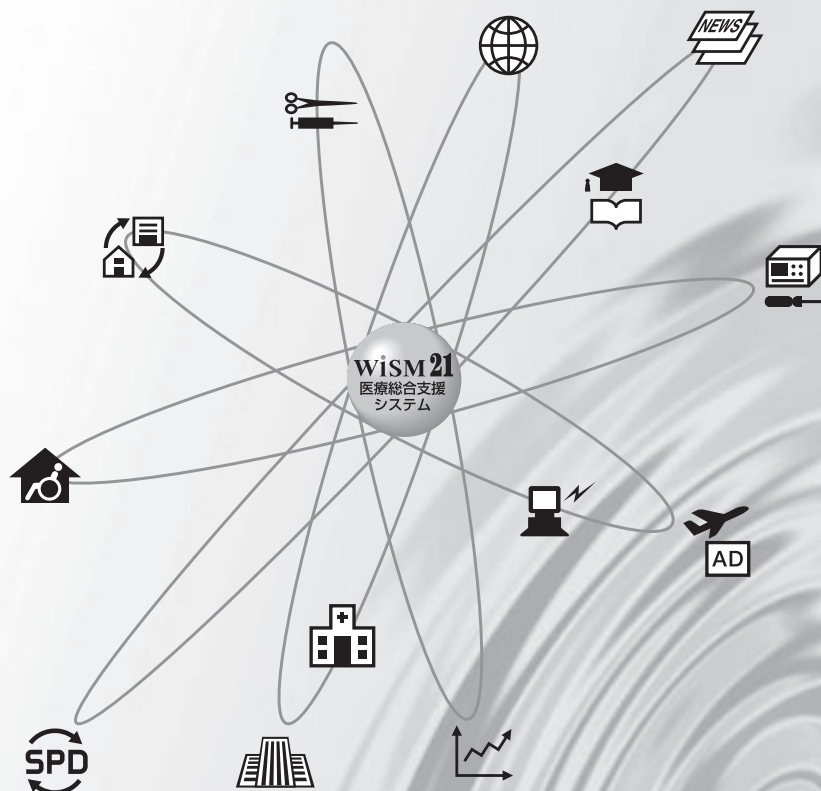
Made For life



WISM 21 ウィズム21
ムトウの医療総合支援システム

WiSM 21は、21世紀の医療をトータルでサポートし、お客様のニーズと共に成長するシステムです。

病院の近代化が進むなか、取り巻く環境が厳しさを増しつつある医療施設において、**WiSM 21**は医療の変化に対応すべく、お客様のたににご用意させていただいた医療総合支援システムです。必要な時に必要なシステムを選び、ご利用ください。



医療・理化学機器の販売・
アフターフォロー

 最新医療情報の提供

医療機器の設置・メンテナンス・保守契約



学会イベントの企画・運営

 旅行・広告代理

 情報システムの提案・開発

↑ 経営分析・診断・改善

 資金計画・償還計画・物件
調査及び建築



大型プロジェクトコンサル
ティング

SPD SPDシステム

 在宅医療・福祉

 通信販売



貿易

総合医療機器商社

WiSM 株式会社 ムトウ

取扱品目 医療機器・理化学機器・ME機器・病院設備・放射線機器

株式会社ムトウグループ



明日の医療に奉仕する

株式会社 横尾器械
YOKOO INSTRUMENT CO., LTD.

鹿児島市西別府町2941-27 鹿児島流通業務団地
TEL (099) 281-2611(代) FAX (099) 282-7575(代)

ウェルネス課
鹿児島市平之町9-34
TEL 099(226-3545) FAX 099(226-8856)

川内支店
薩摩川内市中福良町2855-1
TEL (0996)23-6367 FAX (0996)23-6370

鹿屋支店
鹿屋市旭原町2534-10
TEL(0994)43-3411 FAX(0994)44-7841

大島支店
奄美市名瀬矢之脇町10-1
TEL 0997/53-8721 FAX 0997/53-8596

霧島支店
 霧島市国分中央4-15-12
 TEL (0995)48-6131 90 FAX (0995)48-6171

宮崎支店
宮崎市橋通西5-3-27
TEL(0985)24-1231※FAX(0985)24-1233

延岡支店
延岡市恒富町4-186
TEL(0982)33-2973 FAX(0982)33-2993

都城市志比田町5641-4
TEL (0986)25-858390 FAX (0986)25-8196



私たちは人びとの健康を高め
満ち足りた笑顔あふれる
社会づくりに貢献します。



<https://www.taiho.co.jp>



おかげさまで会社設立50周年

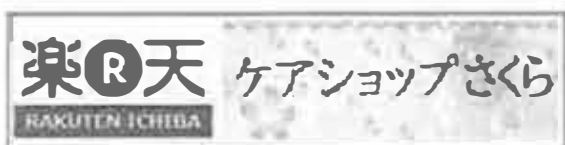
医療機器・福祉介護用品などを提供することで
豊かな社会と健康づくりに奉仕します。

株式会社 さくら医療器械

代表取締役 時 村 佳 尚

〒890-0016 鹿児島市新照院町17-11 TEL 099-226-7828 FAX 099-224-2457

福祉用具・医療機器のネット販売



<http://www.sakurairyo.jp/>

大腸CT検査専用 自動炭酸ガス送気装置

エニマCO2

医療機器認証番号：225ACBZX00016000
管理医療機器クラスII

エニマCO2ワゴンPlus

医療機器届出番号：40B1X10005000001
一般医療機器クラスI



Smart

Auto Modeによる全自動
CO2送気 (Mode Select機能)

&

Skillful

自在な圧力・流速設定
(Flow Select機能)

直腸用チューブ

エニマCO2カテ

医療機器認証番号：225ACBZX00010000
管理医療機器クラスII

腹臥位用クッション

HARAGETA

遠隔画像診断支援サービス



胃・腸の診断を通じて奉仕する



堀井薬品工業株式会社

〒540-0038 大阪市中央区内淡路町1丁目2番6号

フリーダイヤル

0120-010-320

TEL 06-6942-3481 (代)
<http://www.horii-pharm.co.jp>

2016年12月作成 H

消化管の診断に

処方箋医薬品

X線造影剤〈硫酸バリウム製剤〉

パウダー製品

硫酸バリウム散 99.1%〔共成〕

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P

バリトップHD

バリブライトP

バリブライトCL

バリブライトLV

バリコンクMX

ゾル製品

バムスターS200

バリトップゾル150

バリブライトゾル180

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—医師等の処方箋により使用すること

製造販売元

KAIGEN カイゲンファーマ株式会社

大阪市中央区道修町二丁目5番14号〔資料請求先 商品企画部〕
<http://www.kaigen-pharma.co.jp>

薬価基準収載

健やかを、整えるちから。



抗ウイルス化学療法剤

処方箋医薬品^注

薬価基準収載

マヴィレット[®] 配合錠

MAVIRET[®]

グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤

^注 注意—医師等の処方箋により使用すること

●効能・効果、用法・用量、警告、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。

2018年8月作成
JP-MAVI-180081

製造販売元〔資料請求先〕

アッヴィ合同会社

〒108-6302 東京都港区三田3-5-27 住友不動産三田ツインビル西館

TEL 03-4577-1111 FAX 03-4577-1011

<http://www.abbvie.co.jp/>

abbvie



Better Health, Brighter Future

タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から支援活動にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



第49回日本消化器がん検診学会九州地方会

プログラム・抄録集

発行：第49回日本消化器がん検診学会九州地方会運営事務局

株式会社JTBコミュニケーションデザイン ミーティング&コンベンション事業部

Eメール 49jsgcs-q@jtbcom.co.jp

第49回
日本消化器がん検診学会
九州地方会