

消化器がん検診の 新たな挑戦

10年後を見据えて



The 65th Annual Meeting of the Japanese Society of Gastrointestinal Cancer Screening

第65回日本消化器がん検診学会総会 プログラム・抄録集

会期

2026/6/26(金)~28(日)

会場

パシフィコ横浜 会議センター

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1

会長

松田

尚久

東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野 教授



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

配合顆粒小児用



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

● 効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子化された添付文書(電子添文)をご参照ください。

製造販売元

アッヴィ合同会社

東京都港区芝浦3-1-21

2025年9月作成
JP-MAVI-220345-3.0

(文献請求先及び問い合わせ先)
くすり相談室
フリーダイヤル 0120-587-874

abbvie

第65回日本消化器がん検診学会総会

プログラム・抄録集

会長：松田 尚久

東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野

会期：2026年6月26日（金）～ 6月28日（日）

会場：パシフィコ横浜 会議センター

（現地開催＋一部オンデマンド配信）

総会ホームページ：<https://pw-co.jp/jsgcs65/index.html>

プログラム委員（敬称略 五十音順）

蘆田 玲子, 伊藤 高広, 入口 陽介, 岡 政志, 岡庭 信司, 小川 眞広
加藤 勝章, 金岡 繁, 鎌田 智有, 小池 智幸, 小林 望, 服部 昌志
廣岡 芳樹, 藤谷 幹浩, 間部 克裕, 満崎 克彦, 山道 信毅

第65回日本消化器がん検診学会総会事務局

東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野

〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1

TEL : 03-3762-4151 FAX : 03-3763-8542

運営事務局

第65回日本消化器がん検診学会総会 運営事務局

株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-40-10 三翔ビル 4F

TEL : 03-6801-8084 FAX : 03-6801-8094

E-mail : jsgcs65@planningwill.co.jp

目 次

第65回日本消化器がん検診学会総会

会長挨拶	(4)
各種委員会・市民公開講座・その他のミーティング	(5)
代議員会・その他のイベントのご案内	(6)
総会時の各種研修会のご案内	(7)
参加者へのご案内	(8)
司会・座長・演者へのご案内	(12)
会場への交通案内	(14)
会場案内図	(15)
日程表	(16)

【講演プログラム】

会長・理事長講演，特別講演，教育講演，消化器がん検診全国集計報告	(20)
特別企画	(22)
パネルディスカッション	(26)
ワークショップ	(30)
放射線フォーラム	(32)
超音波フォーラム	(33)
一般演題	(34)
第7回医師研修会	(45)
第7回大腸CT検査教育研修会・大腸CT検査実践トレーニングコース	(46)
第11回胃がん検診専門技師研修会	(47)
共催プログラムのご案内	(48)
市民公開講座	(51)

【講演抄録】

会長・理事長講演，特別講演	(54)
教育講演	(57)
特別企画	(63)
パネルディスカッション	(73)
ワークショップ	(85)
放射線フォーラム	(89)
超音波フォーラム	(95)
一般演題	(97)

【後付け】

編集委員一覧	(116)
協賛企業・団体一覧	(117)

第65回日本消化器がん検診学会総会を開催するにあたって

「消化器がん検診の新たな挑戦－10年後を見据えて」

会長 松田 尚久

(東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授)



この度、第65回日本消化器がん検診学会総会会長を拝命いたしました。皆様のご支援とご協力に心より感謝申し上げます。本総会はパシフィコ横浜会議センターにて、対面での現地開催を中心に、オンデマンド配信を併用する形式で実施いたします。テーマは「消化器がん検診の新たな挑戦－10年後を見据えて」といたしました。このテーマには、進化する医療技術や社会の変化に対応しつつ、歴史ある日本の検診システムをさらに発展させ、未来の消化器がん検診のあり方を探求する思いが込められています。

次世代の消化器がん検診を実現するには、最先端技術を積極的に取り入れると同時に、全国的な組織型検診プログラムの構築が重要です。たとえば、全国がん登録との連携を目指した検診データベースの構築は、がん検診データを一元化することで、検診の質向上、標準化、精度の客観的評価を可能にします。このような仕組みの実現には多くの課題が予想されますが、10年後を見据えた基盤整備を今から進めることが不可欠です。

技術面では、AIを活用した画像診断や遠隔診断システムが効率性と正確性の向上に寄与する可能性があります。また、血液や体液を用いるリキッドバイオプシーなどの非侵襲的な検査法は、受診者の負担を軽減しながら早期発見率を高める新たな手法として注目されています。特に、近年、顕著な増加を示している膵がんについては、検診の実施の是非を含めた議論を深める必要があり、社会的合意を形成するための具体的な取り組みが求められます。リスクの高い群を効率的に抽出する方法や、新しい診断技術の普及と社会実装への取り組みが重要な課題となります。さらに、対策型大腸がん検診における大腸内視鏡検査の導入については、将来的なブレイクスルーとなる可能性が期待されますが、実用化に向けたさまざまな課題に対応する具体的な方策が必要です。たとえば、精度管理の強化、モニタリング体制の整備、報告システムの構築が不可欠であり、これらの課題に対する実践的な解決策を模索することが重要です。

本総会では、これらの課題について幅広く議論し、10年後の消化器がん検診の理想像を描くことを目指します。基調講演、シンポジウム、ワークショップなどを通じて、最新の研究成果や実践事例を共有し、活発な意見交換の場を提供いたします。また、若手研究者や医療従事者の育成にも力を入れ、次世代を担う人材の支援を積極的に進めてまいります。消化器がん検診は、がんの早期発見・早期治療を通じ、多くの命を救う重要な役割を担っています。本総会がその役割をさらに強化し、より多くの人々の健康増進に寄与する機会となることを心より願っております。横浜の地で皆様と直接お会いし、共に未来を語り合えることを楽しみにしております。皆様のご参加を心よりお待ちしております。何卒よろしくお願い申し上げます。

【各種委員会】

支部長会

日 時：6月25日（木）15：00～15：45

会 場：パシフィコ横浜 会議センター 3F「313」

理事会

日 時：6月25日（木）16：00～18：00

会 場：パシフィコ横浜 会議センター 3F「311+312」

【市民公開講座】（WEB開催）

「がんで命を落とさないために―検診と早期発見の重要性―」

配信期間：6月28日（日）正午～9月30日（水）17：00

視聴方法：YouTube配信（総会HP内の市民公開講座ページよりどなたでも視聴可能です）

参 加 費：無料 ※事前申込不要

主 催：第65回日本消化器がん検診学会総会

挨 拶：松田 尚久（第65回日本消化器がん検診学会総会 会長）

1. 検診で見つかるがん―食道・胃・大腸がんの早期発見と内視鏡治療

講師：藤本 愛（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

2. 肝臓がんは予防できる？早期発見と治療のポイント

講師：松井 哲平（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

3. 見つけにくいがんはどう向き合うか―胆道がん・膵臓がんの診断と治療

講師：宅間 健介（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

4. 進行がんでもあきらめない―最新の抗がん剤治療

講師：山口 和久（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

【その他のミーティング】

第66回日本消化器がん検診学会総会 プログラム委員会

日 時：6月27日（土）15：00～16：00

会 場：パシフィコ横浜 会議センター 3F「311」

代議員会・その他のイベントのご案内

◆代議員会

日 時：6月26日（金）16：20～17：20

会 場：第1会場 5F「501+502」

備 考：現地開催

開催案内及び資料は6月上旬頃にメールにてご案内させていただきます。

◆有賀記念学会賞・学術奨励賞・国際学会参加支援対象者授与式、有賀記念学会賞受賞講演

日 時：6月27日（土）9：40～10：20

会 場：第2会場 5F「503」

◆全員懇親会

日 時：6月26日（金）18：45～20：45

会 場：第4会場 3F「315」

参加費：【学会員】医師2,000円（税込） / 医師以外 無料 ※無料ですが参加申込は必須です。

【非会員】医師4,000円（税込） / 医師以外2,000円（税込）

参加登録時に懇親会参加券をご購入いただけます。当日参加ご希望の方は、総合受付にお申し出ください。なお、一度ご購入された懇親会費はご返金出来ませんのでご注意ください。

◆教育講演5（社会医学セミナー）

日 時：6月27日（土）11：30～12：30

会 場：第2会場 5F「503」

「臨床研究の倫理とルールーその研究、本当に大丈夫ですか？」

久津見 弘（福井リハビリテーション病院／倫理委員会委員）

司 会：阪上 順一（市立福知山市民病院 消化器内科）

※本講演は社会医学系専門医協会の医療倫理の講習単位として認められており、K単位が付与されます。また、学会の倫理に関する教育及び倫理審査申請のためのe-learningと同様の扱いとなります。受講証明書の交付方法については本誌556～557頁および総会ホームページをご確認ください。奮ってご参加いただきますようお願い申し上げます。

第65回日本消化器がん検診学会 総会 各種研修会のご案内

申込締切：2026年7月19日（日）23時59分 ※総会HPより参加申込が必要
オンデマンド配信期間：2026年6月28日（日）正午～7月19日（日）23時59分

第7回医師研修会 Aセッション（半日） Bセッション（半日）

対 象：本学会会員の医師

受講料：半日 7,000円（税込）
全日（A+B） 12,000円（税込）

第7回大腸CT検査教育研修会・大腸CT検査実践トレーニングコース

対 象：本学会会員

受講料：教育研修会 5,000円（税込）
トレーニングコース 5,000円（税込）
両方 10,000円（税込）

第11回胃がん検診専門技師研修会

対 象：本学会会員

受講料：5,000円（税込）

※研修会受講者は総会の事前参加登録が必要になります。

※全ての講義を最後まで視聴された方に修了証書を発行いたします。

※現地での開催はございません。

参加者へのご案内

1. 参加者へのご案内

本総会は、ハイブリッド形式（現地＋一部を除き後日のオンデマンド配信）にて開催いたします。

2. 参加登録

本総会ホームページの参加登録ページより事前に参加登録を行ってください。

【第65回総会ホームページ <https://pw-co.jp/jsgcs65/registration.html>】

参加登録期間 2026年5月1日（金）正午～9月25日（金）正午

総会プログラムオンデマンド配信期間 2026年7月7日（火）正午～9月30日（水）正午

※一部セッションを除く

会員		非会員	
【総会参加】＊不課税		【総会参加】＊課税	
医師	15,000円	医師	17,000円（税込）
医師以外	10,000円	医師以外	12,000円（税込）
研修医※ ¹	10,000円	研修医※ ¹	12,000円（税込）
医学部学生※ ²	無料	医学部学生※ ²	無料
【懇親会参加】＊課税		【懇親会参加】＊課税	
医師	2,000円（税込）	医師	4,000円（税込）
医師以外	無料	医師以外	2,000円（税込）
プログラム・抄録集＊課税	1,000円（税込）	プログラム・抄録集＊課税	1,000円（税込）

※¹ 研修医は在籍証明書を参加登録時にアップロードをしてください。

※² 学生証のコピーを参加登録時にアップロードをしてください。

本総会では、現地での現金での参加登録は行いません。参加ご希望の方は、オンラインにて参加登録を行ってください。

※オンライン参加登録費のお支払いはクレジットカード決済のみとなります。

※参加証明書・領収証の当日発行はございません。

《現地ご参加方法》

- ① マイページより「現地参加QRコード」をダウンロードしてください。
- ② 「現地参加QRコード」をプリントアウトしたもの、もしくはスマートフォン等に保存したものを会場受付にて提示してください。
- ③ 会場に設置する参加受付で登録を確認後、ネームカードとホルダーをお渡しいたします。
 ※ネームカードを入れたホルダーは学会参加時、常にご着用願います。
 ※ネームカードは参加証明書とは異なります。各種申請には使用できません。

《オンデマンド視聴方法》

マイページにアクセスすることで視聴頂けます。

総会プログラムオンデマンド配信期間 2026年7月7日（火）正午～9月30日（水）正午

3. 領収証、参加証明書について

現地受付通過後またはオンデマンド配信視聴後、システム内より各自でダウンロードをしてください。
ダウンロードした参加証明書は、各種申請に必要ですので、必ずご自身で保管してください。

《ダウンロード期限》

領収証：決済完了後～ 9月30日（水）17時まで

参加証明書：会場受付通過後またはオンデマンド配信視聴後～ 9月30日（水）正午まで

※上記期間内に必ずダウンロードをしてください。締め切り後は、いかなる場合でも再発行は出来ませんのでご注意ください。

4. プログラム・抄録集

1冊 1,000円（税込）

参加登録時に、お申込みとクレジットカード決済でのお支払いをお願いいたします。

冊子は、現地でのお渡しのみとなっております。

また、部数に限りがございますのであらかじめご了承ください。

※日本消化器がん検診学会雑誌は58巻1号（2020年1月発行号）をもって冊子体を廃止し、完全電子化されました。抄録に関しては事前にJ-STAGE&KaLib（64巻 Supplement 1号 6/15発行）で閲覧可能です。

<https://www.jsjcs.or.jp/publication/magazine/index>

5. 全員懇親会

日 時：6月26日（金）18：45～20：45

会 場：第4会場 3F「315」

参加費：【学会員】医師2,000円（税込） / 医師以外 無料 ※無料ですが参加申込は必須です。

【非会員】医師4,000円（税込） / 医師以外2,000円（税込）

参加登録時に懇親会参加券をご購入いただけます。当日参加ご希望の方は総合受付にお申し出ください。なお、一度ご購入された懇親会費はご返金出来ませんのでご注意ください。

6. クローク

パシフィコ横浜 会議センター 3F「301+302」の特設クロークをご利用いただけます。

6月26日（金）8：00～21：00

6月27日（土）8：30～17：20

※貴重品類のお預かりは出来かねますのであらかじめご了承ください。

7. モーニングセミナー・ランチョンセミナー・スポンサードセミナー

整理券制ではありません。

※講演会場にて先着順でご入場いただけます。なお、モーニングセミナーとランチョンセミナーではお食事をご用意しておりますが、数に限りがありますのであらかじめご了承ください。

8. 一般演題優秀賞について

優秀賞に選ばれた先生（プログラムおよび抄録の演題番号に*印がついている方）は、2026年6月26日（金）18：45から開催されます全員懇親会において表彰式がございますので、ご出席くださいますようお願いいたします。

9. 学会入会

入会をご希望の方は日本消化器がん検診学会ホームページよりお手続きください。

<https://www.jsgcs.or.jp/step/join/>

10. 教育講演5（社会医学セミナー）の受講証明書交付（社会医学系専門医更新K単位証明書交付）について

本講演は一般社団法人日本社会医学系専門医協会により認定された講演会です。

本講演を受講することで、日本社会医学系専門医協会専門医更新K単位が1単位付与されます。

単位付与のためには受講証明書の交付を受ける必要があります。

また、本講演は学会の倫理に関する教育及び倫理審査申請のためのe-learningと同様の扱いとなります。

つきましては本講演を受講した方で、受講証明書の交付を希望される方は、下記の要領にてご申請ください。

受講証明書申請要領

<現地受講>

- 1) 受講料：無料（ただし、総会参加登録は必要です）
- 2) 開催日時：2026年6月27日（土）11：30～12：30
- 3) 交付方法：第2会場（5F「503」）入口にて入場証をお渡しします。講演終了後会場出口にて入場証と引き換えに受講証明書をお渡しいたします。
- 4) 配布時間：入場証・・・開場から講演開始10分後まで
受講証明書・・・講演終了から10分後まで
- 5) 受講の際の注意点：
 - ・ 講演開始より10分以上経過してからの入場や途中退場の場合は、受講証明書をお渡しできません。
 - ・ いかなる場合も再発行はいたしません。

<オンデマンド配信受講>

- 1) 受講料：無料（ただし、総会参加登録は必要です）
- 2) 総会プログラム オンデマンド配信期間：2026年7月7日（火）正午～ 9月30日（水）正午
- 3) 申請期間：2026年7月7日（火）正午～ 9月30日（水）23：59
- 4) 講演を受講した方で受講証明書を希望する場合は、メール件名欄および本文欄に以下の内容を記載したうえ、学会事務局にメールにて申請してください。

専用アドレス：rinrishinsa@jsgcs.or.jp

件名欄：第65回総会「教育講演5（社会医学セミナー）」受講証明書の交付希望

本文欄： 1. 氏名

2. 当学会会員番号（当学会会員必須）

3. 社会医学系専門医協会登録番号（登録番号をお持ちの方はご記入ください）

4. ご希望の送付先住所（必須）

5) 視聴履歴を確認したうえで、ご希望の送付先に受講証明書を郵送いたします。

6) 受講の際の注意点

- ・入退室のログを確認するため、受講の際は必ず漢字フルネームで受講してください。
- ・施設名等では個人が確認できないため、受講証明書の交付はできません。
- ・いかなる場合も再発行はいたしません。

11. 禁止事項

本総会における講演の全部もしくはその一部を著作者に断りなく複写、複製、録画、録音、転用することは、著作権や肖像権を著しく侵害し、不当に権利を侵害しますので、決して行わないでください。また、スクリーンショットや写真などの画像およびダウンロード映像の他のサイトへの投稿は決して行わないでください。

司会・座長・演者へのご案内

ご登壇方法について

司会・座長および演者の先生方は現地でのご登壇となります。

【司会・座長の皆様へ】

1. 発表について

- ・司会／座長はご担当セッション開始の10分前までに会場内前方の次座長席へご着席ください。
- ・ご担当プログラムの進行は司会、座長に一任いたします。ご担当プログラムは、日程表に記載されている時間通りに進めますので、時間厳守での進行にご協力くださいますようお願いいたします。

2. 質問受付について

- ・発表内容に関する参加者からのご質問は、現地のみ会場内マイクより対応可能です。

【演者の皆様へ】

1. 発表について

- ・スライドサイズは16：9を推奨いたします。
- ・当日設置される機材のOSはWindows11, PowerPoint2024です。Macintoshをご利用の方は、ご自身のPCをご持参ください。
- ・ファイル名は【演題番号（半角）】【氏名】と付けてください。
（例）01-1消化器太郎.pptx
- ・発表方法はPCによる1面映写です。発表予定時刻の40分前までにUSBフラッシュメモリ、もしくはご自身のPC（Macintoshの場合）を発表データ受付にお持ちいただき、動作確認・試写を済ませてください。

【発表データ受付時間】 6月26日（金）8：00～17：30

6月27日（土）8：00～16：00

【発表データ場所】 パシフィコ横浜 会議センター 3F ホワイエ

- ・発表の10分前までに会場内前方の次演者席へご着席ください。
- ・時間の進行は、舞台上のデジタル計時回線にてお知らせいたします。発表時間終了1分前に黄ランプ、発表時間終了後に赤ランプが点灯します。発表時間、質疑応答時間を厳守し、円滑な運営にご協力をお願いいたします。

2. データをお持ち込みの方への注意事項

- ・発表データをメディアにてお持ち込みいただく場合は、USBフラッシュメモリでお願いします。
- ・コピーミスを防ぐため、メディアに保存した後作成したPC以外の環境でも正常に動作することを確認してください。
- ・円滑な進行のため、発表者ツールのご使用はご遠慮ください。

3. ノートPCをご持参の方への注意事項

- ・バックアップとして必ずメディア（USBフラッシュメモリ）もご持参ください。
- ・発表データ受付の液晶モニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
- ・プロジェクターとの接続ケーブルはHDMIです。PCによっては専用の映像出力アダプタが必要に

なりますので、必ずご持参ください。

- ・スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除してください。
- ・電源アダプタを必ずご持参ください。内蔵バッテリー駆動の場合、ご発表中に映像が切れる恐れがあります。
- ・発表は演台のマウスを使用して操作をお願いいたします(遠隔操作になります)。演台上のモニターとスクリーンは同じものが表示されます(発表者ツールは使用できません)。
- ・発表の40分前には発表データ受付へお持ちください。講演終了後は出来るだけ速やかにPCのお引き取りをお願いいたします。
- ・発表終了後の発表データは事務局が責任をもって消去いたします。

4. 発表時における利益相反の開示

演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。

開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。開示基準および規定書式は、日本消化器がん検診学会ホームページ「利益相反(COI)の申告と開示について」(<https://www.jsgccs.or.jp/about/coi/>)よりご確認の上、ご準備ください。

5. 演題採用後の変更・取り消しについて

演題採用後、会期当日に無断欠席される場合、ペナルティの対象となる可能性があります。

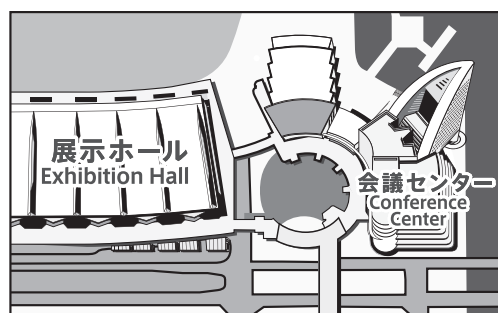
●発表時間について

特別企画 1	発表 8 分, 質疑 2 分, 総合討論20分
特別企画 2	発表 6 分, 質疑 2 分, 総合討論なし
特別企画 3	個別にご連絡した時間でのご発表をお願いいたします。
パネルディスカッション：上部	発表 9 分, 質疑 3 分, 総合討論48分
パネルディスカッション：下部	発表 8 分, 質疑 2 分, 総合討論40分
パネルディスカッション：胆膵	発表 6 分, 質疑 2 分, 総合討論20分
ワークショップ	発表 7 分, 質疑 3 分, 総合討論なし
放射線フォーラム（シンポジウム）	発表10分, 総合討論30分
一般演題	発表 5 分, 質疑 3 分

※発表時間の厳守をお願いいたします。

●質疑応答について

- ・現地参加の質問者は、会場内の質問用マイクの前でお待ちください。
- ・質問者は、司会の指示に従ってください。



パシフィコ横浜 会議センター

NY 220-0012

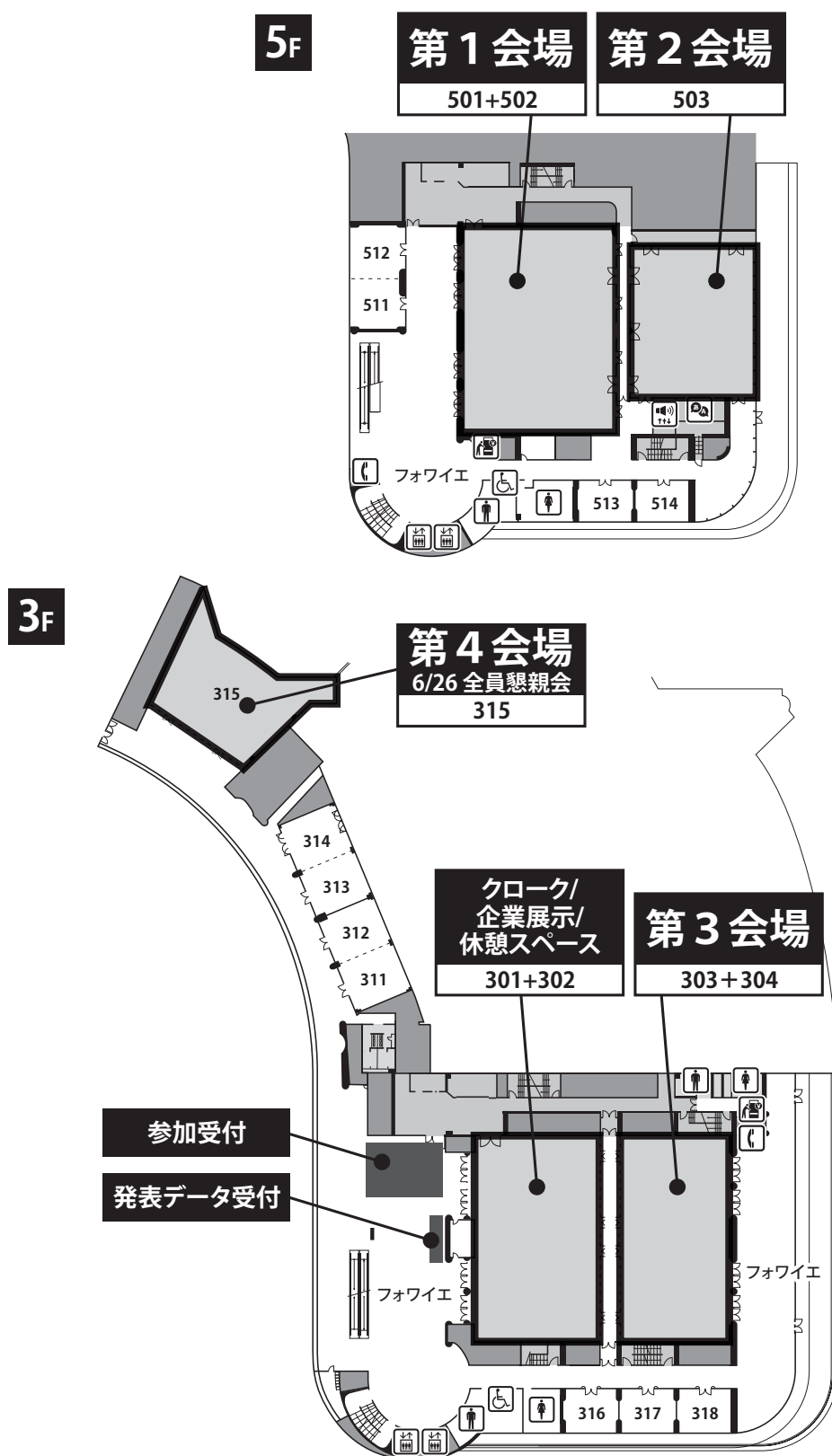
神奈川県横浜市西区みなとみらい 1-1-1

TEL：045-221-2155（総合案内）

羽田空港から直通リムジンバスで約40分

最寄駅：みなとみらい線みなとみらい駅／
JR 桜木町駅

会場案内図



第65回日本消化器がん検診学会総会 日程表

第1日目 2026年6月26日(金) パシフィコ横浜 会議センター

	第1会場 5 F (501+502)	第2会場 5 F(503)	第3会場 3 F (303+304)	第4会場 3 F(315)	企業展示 3 F(301+302)
8:00			《学会当日：6月26日(金) 早朝の会場利用について》 開会前の時間帯(8時頃より)、クローク・企業展示・休憩スペースを開放いたします。なお、当日は同時時間帯に注目度の高いスポーツイベントが予定されているため、会場内の一部スペースにて映像視聴環境をご用意いたします。 ご来場の際は、ぜひご利用ください。		
9:00	開会挨拶(8:55～9:00)				
9:00	パネルディスカッション：上部 (9:00～11:00) 「胃がん検診の新たな挑戦 —10年後を見据えて」 司会：鎌田 智有 山道 信毅	教育講演 1 (9:00～9:40) 「がん検診のプログラム精度管理」 松坂 方士 司会：小池 智幸 教育講演 2 (9:40～10:10) 「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年版のその先」 中山 富雄 司会：野崎 良一	パネルディスカッション：胆膵 (9:00～11:00) 「膵がんスクリーニングの新たな挑戦—10年後を見据えて」 司会：比佐 岳史 蘆田 玲子 基調講演・コメンテーター： 岡庭 信司	ランチョンセミナー 1 「医療AI時代を迎えた消化管内視鏡スクリーニングにおけるAIの現状と展望」 中島 寛隆 司会：斎藤 豊 共催：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	(9:00～18:40)
10:00				ランチョンセミナー 2 「大腸がん検診における免疫便潜血検査を再考する—有用性・課題・将来展望—」 関口 正宇 司会：松田 尚久 共催：栄研化学株式会社	
11:00	特別講演 1 (11:00～11:40)	「Colorectal Cancer Screening 2.0 - Integrating Risk Stratification and Patient Lifecycle into Population Program」 Han-Mo Chiu 司会：金岡 繁 共催：オリンパスマーケティング株式会社		ランチョンセミナー 3 「10年後を見据えた潰瘍性大腸炎マネジメント—IL-23経路制御が拓く粘膜治癒の意義—」 杉本 真也 司会：岡本 隆一 共催：ヤンセンファーマ株式会社	
12:00	特別講演 2 (11:40～12:10)	「10年後を見据えたがん検診政策の方向性—第4期がん対策推進基本計画の視点から」 鶴田 真也 司会：加藤 勝章			
12:00	ランチョンセミナー 1 (12:20～13:10)	ランチョンセミナー 2 (12:20～13:10)	ランチョンセミナー 3 (12:20～13:10)		
13:00					
14:00	特別企画 1 (13:25～15:15) 「未来を担う次世代の消化器がん検診医療者育成と多職種連携」 司会：小川 真広 青木 利佳 荏澤 澄恵	特別企画 2 (13:25～15:15) 「胃内視鏡検診マニュアル2024を検証する—課題と今後の展望」 司会：安田 宏 小田 丈二 基調講演・コメンテーター： 加藤 勝章 基調講演：雑賀公美子	ワークショップ(13:25～15:15) 「新たなモダリティと技術革新がもたらす消化器がん検診の未来」 司会：廣岡 芳樹 伊藤 高広 関口 正宇	一般演題 1 「肝・胆・膵」 (13:25～14:21) OS 1-1～OS 1-7 座長：脇岡 範	
15:00				一般演題 2 「肝・胆・膵・その他」 (14:21～15:09) OS 2-1～OS 2-6 座長：松本 直樹	
16:00	会長・理事長講演(15:15～15:45) 「大腸内視鏡検査を組み入れた大腸がん検診モデル構築への挑戦」 松田 尚久 司会：斎藤 博				
16:00	代議員会(16:20～17:20)	一般演題 3 「上部消化管 1」 (15:50～16:46) OS 3-1～OS 3-7 座長：三上 達也	一般演題 5 「上部消化管 2」 (15:50～16:46) OS 5-1～OS 5-7 座長：河村 卓二		
17:00		一般演題 4 「下部消化管 1」 (16:46～17:34) OS 4-1～OS 4-6 座長：堀田 欣一	一般演題 6 「下部消化管 2」 (16:46～17:34) OS 6-1～OS 6-6 座長：服部 昌志		
18:00	スポンサードセミナー 1 (17:35～18:35) 「H. pylori 遺伝子診断法を用いて内視鏡検診当日に行う個別化治療の有用性」	スポンサードセミナー 2 (17:35～18:35) 「コントロールシー 内視鏡検診における鎮静～不要？必要？～」 吉村 理江、今川 敦 司会：間部 克裕	スポンサードセミナー 3 (17:35～18:35) 「精密検査受診率の壁を越える—大腸CTが拓く大腸がん検診の次世代モデル—」		
19:00	加藤 元嗣 司会：中島 寛隆 共催：株式会社ミスホームデー	共催：ムンディファーマ株式会社	満崎 克彦 司会：山野 泰穂 共催：伏見製薬株式会社	全員懇親会(18:45～20:45) 一般演題優秀賞授賞式 支部優秀演題賞授賞式	
20:00					
21:00					

第65回日本消化器がん検診学会総会 日程表

第2日目 2026年6月27日(土) パシフィコ横浜 会議センター

	第1会場 5 F (501+502)	第2会場 5 F (503)	第3会場 3 F (303+304)	企業展示 3 F (301+302)
8:00		蘆田 玲子 司会：松田 尚久 共催：東レ株式会社	モーニングセミナー(8:00～8:50) 「対策型胃内視鏡検診の現状と課題」 赤羽たけみ 司会：藤井 隆広 共催：カイゲンファーマ株式会社	濱島ちさと 司会： 飯島 克則
9:00	特別企画3(9:00～10:30) 「データ連携による消化器がん検診の 質向上と効率化への挑戦」 司会：間部 克裕 高橋 宏和 基調講演・コメンテーター： 松田 智大	教育講演3(9:00～9:40) 「脾がんスクリーニングの新たな挑戦～ APOA2 アイソフォームへの期待も含 めて～」 有賀記念学会賞・受賞講演・表彰/学術奨励 賞表彰/国際学会支援報告(9:40～10:20) 司会：松田 尚久	教育講演4(9:00～9:30) 「食道がんはがん検診の標的となるか：新たな検診の評価研究の進め方」 一般演題7 「下部消化管3」(9:40～10:28) OS 7-1～OS 7-6 座長：池松 弘朗	(9:00～16:30)
10:00		消化器がん検診全国集計調査報告(10:20～10:50) 山道 信毅 司会：入口 陽介	一般演題8 「上部消化管3」(10:28～11:24) OS 8-1～OS 8-7 座長：岡 政志	
11:00	パネルディスカッション：下部 (10:30～12:30) 「大腸がん検診の新たな挑戦 —10年後を見据えて」 司会：藤谷 幹浩 小林 望 基調講演：小林 望	教育講演5(11:30～12:30) 【社会医学セミナー】 「臨床研究の倫理とルール —その研究、本当に大丈夫ですか？」 久津見 弘 司会：阪上 順一	一般演題9 「上部消化管4」(11:24～12:20) OS 9-1～OS 9-7 座長：藤本 愛	
12:00	入口 陽介、尾田 恭 司会：河合 隆 共催：オリンパスマーケティング株式会社			
13:00	ランチョンセミナー 4(12:40～13:30) 「内視鏡検診のアドバンス」—胃癌内視鏡検 診におけるクラウド型検診システムの活用と 自治体連携による大腸内視鏡検診の導入—	ランチョンセミナー 5(12:40～13:30) 「精検大腸内視鏡検査の重要性と工夫」 岡本 陽祐、吉田 直久 司会：齊田 芳久 共催：EAファーマ株式会社	ランチョンセミナー 6(12:40～13:30) 「大腸がん死亡率を減少させるために必要なこと」 内藤 裕二 司会：藤城 光弘 共催：ミヤリサン製薬株式会社	
14:00	放射線フォーラム(13:40～17:00) 「これからの胃癌検診と継承すべき匠の技」 教育講演 「ピロリ未感染時代のX線検診を考える」 吉村 大輔 司会：北村 晋志 大久保 誠	超音波フォーラム(13:40～17:00) 教育講演 「膵胆道癌早期発見のための腹部超音波検査」 三輪 治生 司会：中河原浩史		
15:00	シンポジウム 「胃がんX線検査の継承すべき匠の技」 司会：北村 晋志 大久保 誠 医師コメンテーター： 安田 貢	症例検討 司会：三輪 治生 永井 悟		
16:00	症例検討： 司会：依光 展和 山岸 史明	腹部超音波検診判定マニュアル(2021) クイズセッション 司会：渡邊 幸信 山本 美穂 演者：荻澤 澄恵 北村 拓郎 渡邊 幸信		
17:00	閉会挨拶(17:00～17:05)			

第3日目 2026年6月28日(日) オンライン開催

【第7回医師研修会】 【第7回大腸CT検査教育研修会・大腸CT検査実践トレーニングコース】 【第11回胃がん検診専門技師研修会】
 申込締切：2026年7月19日(日) 23時59分 ※総会HPより参加申込が必要
 オンデマンド配信期間：2026年6月28日(日) 正午～7月19日(日) 23時59分

【市民公開講座】 「がんで命を落とさないために—検診と早期発見の重要性—」
 YouTube配信 配信期間：2026年6月28日(日) 正午～9月30日(水) 17時 参加無料 ※事前申込不要
 ▶総会HP内の市民公開講座ページよりどなたでも視聴可能です。

プログラム

■会長・理事長講演

「大腸内視鏡検査を組み入れた大腸がん検診モデル構築への挑戦」

6月26日（金）15：15～15：45 第1会場（5F「501+502」）

松田 尚久（第65回日本消化器がん検診学会総会・会長／
日本消化器がん検診学会・理事長）

司会：斎藤 博（青森県立中央病院）

■特別講演1（共催：オリンパスマーケティング株式会社）

「Colorectal Cancer Screening 2.0 - Integrating Risk Stratification and Patient Lifecycle into Population Program」

6月26日（金）11：00～11：40 第1会場（5F「501+502」）

Han-Mo Chiu（National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan）

司会：金岡 繁（浜松医療センター 消化器内科）

■特別講演2

「10年後を見据えたがん検診政策の方向性－第4期がん対策推進基本計画の視点から」

6月26日（金）11：40～12：10 第1会場（5F「501+502」）

鶴田 真也（厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課）

司会：加藤 勝章（宮城県対がん協会 がん検診センター）

■教育講演1

「がん検診のプログラム精度管理」

6月26日（金）9：00～9：40 第2会場（5F「503」）

松坂 方士（弘前大学大学院 医学研究科 医学医療情報学講座）

司会：小池 智幸（東北大学病院 消化器内科）

■教育講演2

「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年版のその先」

6月26日（金）9：40～10：10 第2会場（5F「503」）

中山 富雄（国立がん研究センター がん対策研究所検診研究部）

司会：野崎 良一（のぞき消化器IBDクリニック）

■教育講演3（共催：東レ株式会社）

「睨がんスクリーニングの新たな挑戦～APOA2アイソフォームへの期待も含めて～」

6月27日（土）9：00～9：40 第2会場（5F「503」）

蘆田 玲子（和歌山県立医科大学 内科学第二講座（消化器内科））

司会：松田 尚久（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

■教育講演 4

「食道がんはがん検診の標的となるか：新たな検診の評価研究の進め方」

6月27日（土）9：00～9：30 第3会場（3F「303+304」）

濱島ちさと（帝京大学医療技術学部 看護学科保健医療政策学分野）

司会：飯島 克則（秋田大学大学院医学系研究科 医学専攻 腫瘍制御医学系
消化器内科学・神経内科学講座（第一内科））

■教育講演 5（社会医学セミナー）

「臨床研究の倫理とルール ―その研究、本当に大丈夫ですか？―」

6月27日（土）11：30～12：30 第2会場（5F「503」）

久津見 弘（福井リハビリテーション病院／倫理委員会外部委員）

司会：阪上 順一（市立福知山市民病院 消化器内科）

■有賀記念学会賞受賞式・受賞講演

「自己免疫性胃炎の画像診断に関する研究及び対策型胃がん検診への貢献」

6月27日（土）9：40～10：00 第2会場（5F「503」）

青木 利佳（とくしま未来健康づくり機構 徳島県総合健診センター）

司会：松田 尚久（日本消化器がん検診学会 理事長）

■学術奨励賞授与式

6月27日（土）10：00～10：10 第2会場（5F「503」）

盛一健太郎（旭川医科大学 内科学講座 消化器内科学分野）

山岸 史明（東京都立多摩総合医療センター）

司会：松田 尚久（日本消化器がん検診学会 理事長）

■国際学会参加支援授与式・報告

6月27日（土）10：10～10：20 第2会場（5F「503」）

田中 信悟（札幌医科大学 医学部 感染制御・臨床検査医学講座）

司会：松田 尚久（日本消化器がん検診学会 理事長）

■消化器がん検診全国集計報告

6月27日（土）10：20～10：50 第2会場（5F「503」）

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）

司会：入口 陽介（いりぐち消化器内科・内視鏡クリニック）

特別企画 1

未来を担う次世代の消化器がん検診医療者育成と多職種連携

6月26日（金）13：25～15：15 〔第1会場〕

司会：日本大学医学部 消化器肝臓内科 小川 眞広

とくしま未来健康づくり機構 徳島県総合健診センター 内科 青木 利佳

日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部 超音波検査室 蕨澤 澄恵

（発表 8 分，質疑 2 分，総合討論20分）

SP1-1. 「胃がん検診専門技師と読影補助認定技師の現状と課題」

日本消化器がん検診学会東海北陸支部／

2025年度胃がん検診専門技師研修会当番世話人 ○西川 孝

愛知県がんセンター 内視鏡部／

2025年度胃がん検診専門技師研修会当番世話人 田中 努

こころとからだの元氣プラザ／

胃がん検診専門技師認定委員会 小田 丈二

SP1-2. 「診療放射線技師学生用の胃X線教材「i-map」の紹介」

阪本胃腸・外科クリニック ○平松佐和子・阪本 康夫

SP1-3. 「つくば市胃がん内視鏡検診研修会における行政との連携」

つくば消化器・内視鏡クリニック ○鈴木 英雄

すぎやま内科皮フ科クリニック 杉山 弘明

筑波大学附属病院 つくば予防医学研究センター 高山 敬子

SP1-4. 「金沢市多施設対策型内視鏡検診における，担当事務の役割と今後の課題について」

石川勤労者医療協会 城北病院／金沢市医師会 ○大野 健次

金沢市医師会 崎川 能考・鍛冶 恭介

SP1-5. 「大腸がん検診後の二次精査は「全例診察」が必要か？

ーリスク層別化による来院回数短縮の可能性ー」

東京品川病院 内視鏡部 ○今村 倫敦

SP1-6. 「大腸CT検査におけるタスクシフトの導入と検査件数増加への取り組み」

奈良県西和医療センター ○吉田 真大・上田 拓・菅家 大樹

SP1-7. 「当院超音波検査室におけるタスクシフト・ワークシェアの現状」

日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部 ○木村 琴乃・蕨澤 澄恵

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 小川 眞広

SP1-8. 「全国拠点を結ぶ遠隔読影体制と技師教育を通じた超音波検診精度向上の取り組み」

日本予防医学協会 ○金子 真大・石川 豪

SP1-9. 「教育・研修体制と役割明確化を基盤とした多職種連携による次世代消化器がん検診医療者育成」

宇陀市立病院 ○赤羽たけみ

特別企画 2

胃内視鏡検診マニュアル2024を検証する－課題と今後の展望

6月26日（金）13：25～15：15 [第2会場]

司会：聖マリアンナ医科大学病院 健康診断センター 安田 宏
こころとからだの元氣プラザ 内視鏡検査部 内科 小田 丈二

（発表6分，質疑2分，総合討論なし）

基調講演1 「マニュアル2024改訂のポイントとその背景」

佐久総合病院 佐久医療センター／
総合医療情報センター 雑賀公美子

SP2-1. 「クラウド型AI網羅性フィードバックを用いた非内視鏡専門医による胃内視鏡検診の精度管理
－胃内視鏡検診マニュアル2024の実装に向けた取り組み－」

聖マリアンナ医科大学病院 内視鏡センター ○松森 智子
聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 塚本 京子
聖マリアンナ医科大学病院 内視鏡センター／
消化器内科 前畑 忠輝

SP2-2. 「胃がんに関する検診の2次読影における静止画AIの導入」

マルクリニック横須賀 ○水野 靖大
山形医院 山形 寿文
福島県立医科大学 放射線健康管理学講座 齋藤 宏章

SP2-3. 「横須賀市における中学生ピロリ検診の現状と課題－除菌成功率の推移と今後の展望－」

山形医院／横須賀市医師会 ○山形 寿文
福島県立医科大学 放射線健康管理学講座／
相馬中央病院 内科 齋藤 宏章
マルクリニック横須賀／横須賀市医師会 水野 靖大

SP2-4. 「胃がんリスク層別化検診参加者の胃がん発生の追跡：
横須賀市の検診データと神奈川県がん登録事業を用いたデータ分析」

福島県立医科大学 放射線健康管理学講座／
相馬中央病院 内科 ○齋藤 宏章
横須賀市医師会／マルクリニック横須賀 水野 靖大
横須賀市医師会／山形医院 山形 寿文

- SP2-5. 「*H. pylori*低感染時代における胃がん内視鏡検診戦略の費用対効果分析」
昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター ○石橋 史明
湘南鎌倉総合病院 消化器病センター 市田 親正
北里大学病院 消化器内科 草野 央
- SP2-6. 「食道がんの胃内視鏡検診への影響」
新潟県労働衛生医学協会 プラーク健康増進センター／
新潟市医師会 ○成澤林太郎
新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科 小林 正明
- SP2-7. 「地域がん登録データに基づく食道がん罹患率のトレンド」
国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部 ○細野 覚代・小林 望
- SP2-8. 「胃がん検診マニュアル2024年改訂版に関する内視鏡医の意識からの提言」
青森県総合健診センター ○下山 克
茨城県メディカルセンター／水戸市医師会 斎藤 洋子
聖マリアンナ医科大学病院 健康診断センター 安田 宏
- SP2-9. 「胃内視鏡検診マニュアル2024の課題と今後の展望
—胃内視鏡検診実施自治体へのアンケート結果も含めて—」
萩原内科医院／前橋市医師会 ○萩原 廣明
群馬県健康づくり財団／前橋市医師会 茂木 文孝
えはらクリニック／太田市医師会 江原 浩司
- SP2-10. 「『胃内視鏡検診マニュアル2024』を受けた胃以外の臓器への同時生検への対応
～八王子市の対策型検診の現場から～」
東京医科大学八王子医療センター ○中村 洋典
- SP2-11. 「胃がん検診マニュアル2024年改訂版：課題と提案」
茨城県メディカルセンター／水戸市医師会 ○斎藤 洋子
青森県健診センター 下山 克
新潟県労働衛生医学協会 プラーク健康増進センター／
新潟市医師会 成澤林太郎
- 基調講演 2 「対策型胃内視鏡検診における偶発的発見病変の取り扱いについて」
コメンテーター 宮城県対がん協会 がん検診センター 加藤 勝章

特別企画 3

データ連携による消化器がん検診の質向上と効率化への挑戦

6月27日（土） 9：00～10：30 【第1会場】

司会：まべ五稜郭消化器・内視鏡クリニック 間部 克裕

国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部 高橋 宏和

基調講演 「がん登録とデータ連携によるがん検診精度管理の新展開 ― 理想と現実のはざま ―」

コメンテーター 国立がん研究センターがん対策研究所

がん登録センター・国際政策研究部 松田 智大

SP3-1. 「自治体検診DXを利用した日本式組織型検診の可能性」

北海道対がん協会札幌がん検診センター ○加藤 元嗣・津田 桃子・松本 美櫻

SP3-2. 「医療DXの推進に向けた国の取組」

厚生労働省医政局参事官（医療情報担当） ○木下 栄作

SP3-3. 「協会けんぽの保健事業の取組について」

全国健康保険協会 本部 保健部 保健企画グループ／

システム部IT戦略推進室（現 東京支部 企画総務部） ○園川 太郎

パネルディスカッション：上部

「胃がん検診の新たな挑戦—10年後を見据えて」

6月26日（金） 9：00～11：00 [第1会場]

司会：川崎医科大学総合医療センター 総合健診センター 鎌田 智有
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

（発表 9 分，質疑 3 分，総合討論48分）

- PD上部-1. 「宮城県における胃内視鏡検診の広域一元管理体制構築の取り組み」
宮城県対がん協会がん検診センター ○千葉 隆士・浅沼 清孝・加藤 勝章
- PD上部-2. 「胃内視鏡検診における偽陰性癌の検討を通じた精度向上への取り組み」
がん研究会有明病院 健診センター ○園田 隆賀・中島 寛隆
がん研究会有明病院 病理部 高松 学
- PD上部-3. 「対策型胃内視鏡検診におけるクラウドシステムを用いた二次読影体制の構築と検証」
岐阜大学医学部附属病院 消化器内科 ○井深 貴士・清水 雅仁
- PD上部-4. 「内視鏡的胃粘膜萎縮に基づく胃癌リスク層別化の検討—2010年から2022年までの大規模前向き観察研究」
日本大学 医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○高橋 悠
東京大学 大学院医学系研究科 消化器内科
東京大学 医学部附属病院 予防医学センター 山道 信毅
東京大学 大学院医学系研究科 消化器内科 藤城 光弘
- PD上部-5. 「出生コホート別*H. pylori*未感染率と未感染者の胃癌リスク評価に基づく10年後の胃がん検診」
湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○市田 親正
昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター 石橋 史明
北里大学 医学部 消化器内科学 草野 央
- PD上部-6. 「マイクロシミュレーションによる胃がん内視鏡検診戦略の最適化」
昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター ○石橋 史明
湘南鎌倉総合病院 消化器病センター 市田 親正
北里大学病院 消化器内科 草野 央

パネルディスカッション：下部

「大腸がん検診の新たな挑戦—10年後を見据えて」

6月27日（土）10：30～12：30 [第1会場]

司会：旭川医科大学内科学講座 消化器内科学分野 藤谷 幹浩

国立がん研究センター中央病院 検診センター 小林 望

（発表8分，質疑2分，総合討論40分）

基調講演 「大腸がん検診の新たな挑戦—いま優先すべき課題とは—」

国立がん研究センター中央病院 検診センター 小林 望

PD下部-1. 「千葉県の今後のがん検診推進計画について」

ちば県民保健予防財団 総合健診センター 消化器内科 ○山口 和也・中川 由紀

PD下部-2. 「がん登録データを活用した年齢階級別の解析に基づく大腸がん検診受診勧奨年齢の検討」

国立がん研究センター中央病院 検診センター／

国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部 ○今野 真己・小林 望

PD下部-3. 「大腸がん検診における大腸内視鏡検査の適切な検査間隔の検討」

北海道対がん協会 旭川がん検診センター ○野村 好紀

PD下部-4. 「無料大腸内視鏡検診「熊本市全大腸内視鏡検査」開始1年の振り返り」

尾田胃腸内科・内科／熊本市医師会 大腸がん検診班 ○尾田 恭

PD下部-5. 「大腸内視鏡における“内視鏡的”腺腫検出割合の質指標としての妥当性とクラウド型データ管理システムの試行的導入」

京都第二赤十字病院 消化器内科 ○河村 卓二・宇野 耕治

PD下部-6. 「大腸CTによる大腸がんスクリーニングの有用性と課題」

済生会熊本病院 予防医療センター ○満崎 克彦

PD下部-7. 「大腸CT検査の大腸がん検診における意義」

山下病院 消化器内科 ○服部 昌志・乾 和郎

山下病院 健診センター 杉山 和久

パネルディスカッション：胆膵

膵がんスクリーニングの新たな挑戦—10年後を見据えて

6月26日（金） 9：00～11：00 [第3会場]

司会：佐久医療センター 消化器内科 比佐 岳史
和歌山県立医科大学 内科学第二講座（消化器内科） 蘆田 玲子

（発表6分，質疑2分，総合討論20分）

基調講演 「膵癌早期発見における腹部超音波検診の役割」

コメンテーター 飯田市立病院 消化器内科／南信州健診センター 岡庭 信司

PD胆膵-1. 「膵臓ドックにおける指摘病変の分析」

亀田総合病院 亀田クリニック 健康管理科 ○馬嶋健一郎・村木 洋介

PD胆膵-2. 「検診の画像診断を契機に発見された膵管癌の現状」

川崎医科大学総合医療センター 検査診断学 ○藤田 穰・眞部 紀明

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学2 春間 賢

PD胆膵-3. 「超音波で発見された5mm未満の膵嚢胞のフォローアップ成績と臨床的意義」

日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部 ○田澤 佑季

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 松本 直樹・木暮 宏史

PD胆膵-4. 「超早期膵癌検診の社会実装に向けた地域連携モデル：

名大「しゃちほこプロジェクト」開始40ヶ月の成果と展望」

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 ○山雄健太郎・石川 卓哉・川嶋 啓揮

PD胆膵-5. 「限局性膵実質萎縮の評価法と生物学的意義を再考する」

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科／

順天堂大学 人体病理病態学講座 ○仲程 純

東京女子医科大学 消化器内科 菊山 正隆

PD胆膵-6. 「膵癌ドックにおける快適かつ持続可能なEUSの実現」

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○関根 匡成・水谷 琢・眞嶋 浩聡

PD胆膵-7. 「膵癌家族歴保有者および遺伝性膵癌症候群に対する直視型ラジアル式

EUSおよびMRIを用いた新規スクリーニング法の開発」

和歌山県立医科大学附属病院 第二内科 ○竹内悠里子・蘆田 玲子・北野 雅之

PD胆膵-8. 「膵がんスクリーニングの現状と展望—地域連携型リスク層別化モデルの社会実装—」

JA尾道総合病院 消化器内科 ○花田 敬士・清水 晃典

PD胆膵-9. 「膵がんmRNA血液検査（パンレグザ）はStage 0/1 膵癌診断能を有する」

金沢大学 消化器内科 ○鷹取 元・山下 太郎

PD胆膵-10. 「尿中miRNA解析を用いた膵がん早期診断の社会実装化へ向けた試み」

川崎医科大学 消化器内科学 ○河瀬 智哉・吉田 浩司

Craif株式会社 市川 裕樹

PD胆膵-11. 「腸内細菌叢に着目した膵癌リスク検査による膵癌検診の可能性」

藤田医科大学 医学部 消化器内科 ○大野栄三郎

藤田医科大学 医科プレ・プロバイオティクス共同研究講座 藤井 匡

藤田医科大学 医学部 消化器内科

同 医科プレ・プロバイオティクス共同研究講座 廣岡 芳樹

ワークショップ

新たなモダリティと技術革新がもたらす消化器がん検診の未来

6月26日（金）13：25～15：15 [第3会場]

司会：藤田医科大学 岡崎医療センター 廣岡 芳樹

奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座 放射線・核医学科／中央放射線部 伊藤 高広

国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部 関口 正宇

（発表7分，質疑3分，総合討論なし）

WS-1. 「内視鏡診療データの病変単位・横断的統合を目的としたデータベース構築」

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 ○水口 康彦・斎藤 豊

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科

同 がん対策研究所 検診開発研究部 関口 正宇

WS-2. 「AIを活用した上部内視鏡検査における網羅的な撮影支援とデータ活用の展望」

京都第二赤十字病院 ○田中 聖人

ちば県民保健予防財団 山口 和也

徳島県総合健診センター 青木 利佳

WS-3. 「当院におけるAI（人工知能）診断支援を活用した対策型胃内視鏡検診の現状」

宮城県対がん協会 ○浅沼 清孝・千葉 隆士・加藤 勝章

WS-4. 「胃がん内視鏡検診におけるAI支援の限界と二次読影の重要性」

岐阜大学医学部附属病院 第1内科 ○大西 祥代・清水 雅仁

西濃厚生病院 消化器内科 足立 政治

WS-5. 「胃病変に対するIEE観察が内視鏡AI診断能に与える影響について」

北海道対がん協会札幌がん検診センター ○松本 美櫻・江原 亮子・加藤 元嗣

WS-6. 「炭酸ガス送気圧プロファイル解析による新たな大腸癌スクリーニングの可能性」

九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学分野 ○鶴丸 大介

WS-7. 「直視型ラジアル超音波内視鏡を用いた膵癌・胃癌同時検診導入4年間における運用実績の評価」

飯塚病院 予防医学センター

同 内視鏡センター ○赤星 和也

飯塚病院 予防医学センター 川野 綾子

飯塚病院 内視鏡センター 田村 慎一

WS-8. 「MRIを用いた膵がんドックの可能性と課題」

恵寿総合病院 放射線科 ○井上 大

WS-9. 「膵癌患者血液検体を用いた1分子酵素活性計測によるバイオマーカー探索」

神戸大学大学院 医学研究科 内科学講座

消化器内科学分野 ○小林 隆

コウソミル株式会社 坂本 眞伍

WS-10. 「早期膵癌バイオマーカーとしての血液中miRNAの有用性：多施設共同研究」

京都大学大学院 医学研究科 消化器内科学講座 ○加島 弘崇・福田 晃久・河相 宗矩

WS-11. 「腸内細菌遺伝子マーカーによる癌検診の可能性」

藤田医科大学 消化器内科 ○藤井 匡・大野栄三郎

藤田医科大学 消化器内科

同 医科プレ・プロバイオティクス共同研究講座

3BIOSIS Lab. Co., Ltd. 廣岡 芳樹

放射線フォーラム

これからの胃癌検診と継承すべき匠の技

6月27日（土）13：40～17：00 [第1会場]

司会：高松市立みんなの病院 北村 晋志
中国労働衛生協会 鳥取健診センター 大久保 誠

1. 教育講演 13：40～14：30

「ピロリ未感染時代のX線検診を考える」

九州医療センター 消化器内科 吉村 大輔

2. シンポジウム 14：30～16：10

「胃癌X線検査の継承すべき匠の技」

(発表10分，総合討論30分)

F-1. 「ブラインドエリアを補う追加撮影の手技について」

日本鋼管福山病院 石川 祐三

F-2. 「対策型検診における前壁撮影克服を目指して」

こころとからだの元氣プラザ 重松 綾

F-3. 「感度・特異度スペシャリストの養成」

宮城県対がん協会 菅野 宏之

F-4. 「特に撮影者が見逃してはいけない所見について」

神奈川県予防医学協会 高橋 伸之

F-5. 「知っておきたい圧迫技術の到達点」

ブラザー記念病院 石黒 徹也

F-6. 「適切に描出された粘膜像の見極め方・目指し方」

福岡労働衛生研究所 高木 優

F-7. 「重篤な偶発症を防ぐ一消化管穿孔への対応一」

JCHO仙台病院 北山 貴章

3. 総合討論

医師コメンテーター：安田内科 安田 貢

症例検討 16：10～17：00

司会：東京都立多摩総合医療センター 依光 展和
東京都立多摩総合医療センター 山岸 史明

超音波フォーラム

6月27日（土）13：40～17：00 [第2会場]

1. 教育講演 13：40～14：20

「膵胆道癌早期発見のための腹部超音波検査」

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 三輪 治生

司会：横浜中央病院 内視鏡センター 中河原浩史

2. 症例検討 14：30～15：30

司会：横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 三輪 治生

湘南藤沢徳洲会病院 臨床検査部 永井 悟

3. 腹部超音波検診判定マニュアル（2021）クイズセッション 15：40～17：00

司会：日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 渡邊 幸信

早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック 山本 美穂

演者：日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部 荻澤 澄恵

茅ヶ崎徳洲会病院 臨床検査部 北村 拓郎

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 渡邊 幸信

一般演題 1

*印の演題は優秀賞に選ばれた演題です。

6月26日（金）〔第4会場〕

肝・胆・膵（13：25～14：21）

座長：国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 脇岡 範

（発表5分，質疑3分）

OS1-1. 「人間ドックの腹部超音波検査にて発見された濾胞性リンパ腫の1例」

飯田市立病院 消化器内科 ○岡庭 信司

飯田市立病院 放射線技術科 岩下 和広

OS1-2. 「職場健診で施行された腹部超音波検査にて腹水を契機に発見された切除可能膵尾部癌の1例」

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○木村 祐介・小野 拓真・小原 大和

池上 遼・三浦 雅史・氏田 互

中川 皓貴・宅間 健介・岡野 直樹

松田 尚久

OS1-3. 「胆嚢胆石症が発症した，腹部超音波検診症例5例における検討」

誠馨会千葉メディカルセンター 健診センター ○西荒井宏美

OS1-4. 「当院での膵ドックにおける膵癌早期発見の試み」

三豊総合病院 内科 ○河井 裕介・關 博之・遠藤日登美

幡内科消化器科医院 幡 英典

*OS1-5. 「膵がん検診におけるAPOA2i アイソフォームの経時的変化と背景因子の検討」

敬愛会中頭病院 消化器内科 ○森 英輝・座覇 修

OS1-6. 「腹部超音波判定マニュアル2021における主膵管径3mm以上の臨床的意義：

膵外分泌機能および栄養指標との関連」

市立福知山市民病院 消化器内科 ○阪上 順一・香川 恵造・小牧 稔之

岩井 智哉・山根 慧己・酒井 浩明

置塩 伸也・福井 勇人・辻 俊史

岡部 健吾・今井 勇人・向井 啓起

済生会滋賀県病院 消化器内科 保田 宏明

京都府立医科大学 消化器内科 窪田真理子・三宅 隼人・十亀 義生

OS1-7. 「人間工学から見た走査スキルと筋負担に関するワークショップの開催報告」

東京逓信病院 ○丸山 勝

新宿健診プラザ 伊藤 正範

一般演題 2

6月26日（金）〔第4会場〕

肝・胆・膵・その他（14：21～15：09）

座長：日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 松本 直樹

（発表5分，質疑3分）

- OS2-1. 「人間ドックを契機に発見された傍神経節腫の一例」
関野病院 ○大澤 亮太・吉田美紀子・菅野 咲絵
小幡佳津明・酒井 康行・古川 秀和
日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 小川 眞広・松本 直樹
- OS2-2. 「血清Amylase高値を契機に発見された広汎な膵管内進展を伴う小膵癌の1例」
札幌徳洲会病院 消化器内科 ○長川 達哉・福田 一寿・佐藤 康永
札幌道都病院 外科 岡田 邦明
札幌厚生病院 病理診断科 村岡 俊二
- OS2-3. 「当院における健診・検診・ドック経由で紹介された消化器癌患者の検討」
東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野 ○萱嶋美智子・若林 宗弘・山口 和久
松田 尚久
東邦大学医学部 臨床腫瘍学講座 菊池 由宣
- OS2-4. 「当院におけるC型肝炎SVR後発がんのリスク因子についての検討」
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○小林康次郎・和久井紀貴・南雲 秀樹
渡邊 菜帆・荻野 悠・松井 哲平
松田 尚久
- OS2-5. 「がん登録情報を利用した対策型検診の精度管理の取り組み」
弘前大学大学院医学系研究科 医学医療情報学講座 ○田中 里奈・松坂 方士
弘前大学大学院医学系研究科 医学医療情報学講座／
佐久総合病院 佐久医療センター 雑賀公美子
青森県立中央病院 斎藤 博
- OS2-6. 「コンピュータ（AI）が医療従事者を育成する「画像診断ナレッジサービス」の効果について」
メディカル指南車 ○笹井 浩介

一般演題 3

6月26日（金） [第2会場]

上部消化管 1 (15:50 ~ 16:46)

座長：弘前大学大学院医学研究科 先制医療学講座 三上 達也

(発表 5 分, 質疑 3 分)

OS3-1. 「ESDで確定診断したInflammatory fibroid polypの1例」

旭川医科大学 内科学講座 消化器内科学分野 ○川上ひかる・高橋慶太郎・林 龍之介
臺 一樹・小林 裕・坂谷 慧
安藤 勝祥・上野 伸展・嘉島 伸
盛一健太郎・田邊 裕貴・藤谷 幹浩

OS3-2. 「胃がん内視鏡検診で指摘し以前と比較観察できた炭酸ランタン沈着症の2例」

岩手県対がん協会 ○村上 晶彦・神谷 亮一・佐藤 絵里
檜木 節子・佐々木知子

岩手医科大学 臨床病理 柳川 直樹

OS3-3. 「経鼻内視鏡胃がん検診で発見された上咽頭病変一症例とCOVID19の関与について」

岩手県対がん協会 ○村上 晶彦・神谷 亮一・佐藤 絵里
佐々木知子・菅原 誠・石田 由貴
檜木 節子

岩手医科大学 消化器内科 松本 圭之・梁井 俊一

赤坂病院 内科 赤坂理三郎

OS3-4. 「当施設の上部消化管内視鏡検査による胃がん検診の成績と特徴」

関東労災病院 消化器内科 ○岩瀬 浩暉・原 健三・佐藤 祐輝
関 楓子・丹羽 絢菜・前廣 由紀
西上堅太郎・中崎奈都子・大森 里紗
矢野雄一郎・鎌田健太郎・小野 真史
池原 孝

関東労災病院 健康診断部 宮下みゆき

OS3-5. 「新人教育「胃X線検査 基礎編」

関西労働保健協会千里LC健診センター ○西戸 伸之・宝井 陽菜・安随 琉斗
伊勢本奈緒・中谷 紋子・三島 久典
松原 明夫

- OS3-6. 「還元難消化性デキストリン配合水は胃X線検診後の便秘関連電話相談を3分の1に減少させる
—75万人規模の対策型検診データによる検討—」
宮城県対がん協会 がん検診センター ○浅沼 清孝・千葉 隆士・只野 敏浩
加藤 勝章
宮城県対がん協会 看護課 佐藤真由美・面川奈津子
- OS3-7. 「胃がん検診専門技師および読影補助認定技師の登録推移」
日本消化器がん検診学会東海北陸支部 ○西川 孝
愛知県がんセンター 内視鏡部 田中 努
こころとからだの元気プラザ 小田 丈二
碧会 フェニックス健診クリニック 日高 恵美

一般演題 4

*印の演題は優秀賞に選ばれた演題です。

6月26日（金） [第2会場]

下部消化管 1 (16:46 ~ 17:34)

座長：静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 堀田 欣一

(発表5分, 質疑3分)

OS4-1. 「大腸CT検査 (CTコロノグラフィー: CTC) の件数増加の取り組み 紹介患者のその後」

奈良県西和医療センター ○上田 拓・菅家 大樹・吉田 真大

OS4-2. 「便潜血陽性を契機に発見された巨大直腸鋸歯状病変に対し全身麻酔下ESDにより安全に一括切除・回収し得た1例」

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○宍戸 泰紀・西川 雄祐・石井 侃
佐藤 信雄・平岡 友美・清水 良
鳥羽 崇仁・藤本 愛・松田 尚久

OS4-3. 「便潜血検査陽性者の精検受診率向上の取り組みと成果」

倉敷中央病院附属予防医療プラザ ○木口 賀之

*OS4-4. 「地域大腸がん検診データからみるFIT 1日法シミュレーション分析」

兵庫県予防医学協会 事務局調査研究室 ○東塚 伸一

兵庫県予防医学協会 健診センター 神野 勉・安田 敏成

OS4-5. 「ハイパースペクトルイメージングを使用した高定量値便潜血検査の可能性」

東京大学医科学研究所附属病院 消化器内科 ○池松 弘朗

OS4-6. 「任意型健診における大腸内視鏡検査の現状と有用性」

藤田医科大学 消化器内科 ○中野 尚子・廣岡 芳樹

藤田医科大学 消化器内科／

藤田医科大学病院 国際医療センター 宮原 良二

一般演題 5

*印の演題は優秀賞に選ばれた演題です。

6月26日（金） [第3会場]

上部消化管 2 (15:50 ~ 16:46)

座長：京都第二赤十字病院 消化器内科 河村 卓二

(発表 5 分, 質疑 3 分)

- OS5-1. 「新プロセス指標からみた2022年奈良県二次保健医療圏における対策型胃がん検診の結果について」
奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座 ○伊藤 高広・南口貴世介・齊藤 弥穂
田中 利洋
奈良県立医科大学 消化器・総合外科学講座 小山 文一
奈良県西和医療センター 武輪 恵・平井都始子
奈良市総合医療検査センター 吉本 正伸
宇陀市立病院 赤羽たけみ
- OS5-2. 「経時的観察により治療に至った胃底腺型腺癌の1例」
新東京病院 健診部 ○青沼 映美・溝上 裕士
新東京病院 消化器内科 外山 雄三・前田 元・長浜 隆司
- OS5-3. 「透視観察の重要性を再認識した胃癌の1例」
みたき健診クリニック ○村鳥 直人・板倉 涼介・谷崎 由佳
種瀬 智也・木村 光政・恒矢 保雄
岡田 明子・大森 茂
- OS5-4. 「人間ドックで発見された除菌後早期胃癌の1例」
山形県立新庄病院・消化器内科 ○土田 秀元・堀内 英和・秋葉昭多郎
奥本 和夫
- OS5-5. 「毎年健診を行うも小ポリープ様陰影からMP浸潤腫瘍疑となった1症例」
JCHO埼玉メディカルセンター 放射線技術部 ○佐々木貴彦・田島 大・田中 一臣
竹内 健二・奥田 圭二
- OS5-6. 「胃部X線検査が隔年受診となった受診者から発見された進行がんの報告」
せんだい総合健診クリニック ○菅原 千恵・齋藤 智・林 裕子
いりぐち消化器内科・内視鏡クリニック 入口 陽介
- *OS5-7. 「当院の胃がんX線検診読影補助認定技師の胃X線読影精度の検討」
宮城県対がん協会 放射線課 ○吉井 佑・永窪 純
宮城県対がん協会 がん検診センター 千葉 隆士

一般演題 6

6月26日（金） [第3会場]

下部消化管 2 (16:46 ~ 17:34)

座長：山下病院 服部 昌志

(発表 5 分, 質疑 3 分)

- OS6-1. 「著名人の大腸がん報道は「検診」意識を高めるのか—インターネット検索量と全国検診データを用いた長期時系列研究—」
国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部／
国際医療福祉大学大学院 医学研究科 ○高橋 則晃
国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 中山 富雄・小林 望
- OS6-2. 「ファントム実験によるAiCEを用いた大腸CT検査の被ばく低減の検討」
舞鶴共済病院 ○三宅 悠司・森川 敬斗・兵藤 康弘
- OS6-3. 「AiCEを用いた大腸CT検査の被ばく低減と画質の比較検討」
舞鶴共済病院 ○森川 敬斗・三宅 悠司・兵藤 康弘
- OS6-4. 「大腸CT検査におけるTin filter導入に向けた撮影条件の検討」
奈良県西和医療センター ○菅家 大樹・上田 拓・吉田 真大
- OS6-5. 「便潜血検査における新採便緩衝液の性能評価」
栄研化学 ○徳岡 里奈・藤居 晃一・竹原 静香
- OS6-6. 「大腸がん検診陽性者における大腸癌および腺腫の陽性的中率と各種因子の検討」
京都府立医科大学大学院 消化器内科学 ○丸尾 和也・吉田 直久・井上 健
小林 玲央・高木 智久
京都府立医科大学大学院 消化器内科学／
JR大阪鉄道病院 消化器内科 橋本 光
京都第一赤十字病院 消化器内科 稲田 裕
京都博愛会病院 消化器内科 富田 侑里

一般演題 7

*印の演題は優秀賞に選ばれた演題です。

6月27日(土) [第3会場]

下部消化管3 (9:40～10:28)

座長：東京大学医科学研究所附属病院 消化器内科 池松 弘朗

(発表5分, 質疑3分)

OS7-1. 「便潜血陽性を契機に診断された, 上行結腸癌術後16年の異時性大腸癌の一例」

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○平岡 友美・藤本 愛・宍戸 泰紀
石井 侃・佐藤 信維・清水 良
西川 雄祐・鳥羽 崇仁・松田 尚久

OS7-2. 「任意型検診におけるPET-CTで大腸集積を認め内視鏡精査を行った3症例」

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○佐藤 信維・鳥羽 崇仁・宍戸 泰紀
石井 侃・平岡 友美・清水 良
西川 雄祐・藤本 愛・松田 尚久

*OS7-3. 「大腸がん検診の検診受診率・精検受診率向上への取り組み」

北摂総合病院 消化器内科／
高槻市医師会大腸がん検診精度管理委員会 ○佐野村 誠
高槻市医師会大腸がん検診精度管理委員会／
藤田胃腸科病院 本郷 仁志

OS7-4. 「便潜血検査両日陽性者に対する精検受診勧奨の強化」

やまがた健康推進機構 ○武田 弘明・柘植 香里
芳賀胃腸科内科クリニック 芳賀 陽一
大泉胃腸科内科クリニック 大泉 晴史

OS7-5. 「大腸がん検診における直径10mm以上およびがん発見率の報告精度の確認」

佐久総合病院佐久医療センター／弘前大学大学院医学研究科 ○雑賀公美子
弘前大学大学院医学研究科 松坂 方士・田中 里奈
青森県立中央病院 斎藤 博

OS7-6. 「大腸がん検診において精検の目標とすべき早期がん細分類型と対象年齢の提案」

岩手県対がん協会 附属矢巾診療所 ○神谷 亮一・村上 晶彦
岩手健康管理センター 狩野 敦

一般演題 8

＊印の演題は優秀賞に選ばれた演題です。

6月27日（土）[第3会場]

上部消化管 3（10：28～11：24）

座長：埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 岡 政志

（発表5分，質疑3分）

- OS8-1. 「胃がん検診で発見された白色光観察で深達度予測が困難であった表在型食道癌の1例」
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○鳥羽 崇仁・宍戸 泰紀・石井 侃
佐藤 信維・平岡 友美・清水 良
西川 雄祐・藤本 愛・松田 尚久
- OS8-2. 「当院の検診内視鏡で発見された食道癌10例の検討」
新東京病院 消化器内科 ○外山 雄三・前田 元・長浜 隆司
新東京病院 健診部 青沼 映美・溝上 裕士
- OS8-3. 「人間ドック内視鏡検査における胃上皮下腫瘍病変の検討」
淳風会健康管理センター ○吉原 正治・春間 賢・市場 俊雄
笹井 貴子・内田 純一・萱嶋 英三
中務 篤・大角 博久・内山 卓也
三好 翔大・北河 岳史・内山 春奈
淳風会健康管理センター／淳風会ロングライフホスピタル 井上 和彦
淳風会ロングライフホスピタル 荒尾 隆広・久本 信實
- OS8-4. ヘリコバクター・ピロリ除菌後に胃X線検査で診断された胃がん症例の検討」
淳風会 ○大角 博久・吉原 正治・内田 純一
萱嶋 英三・市場 俊雄・井上 和彦
中務 篤・楠 裕明・北河 岳史
内山 春奈・内山 卓也・荒尾 隆広
淳風会／川崎医科大学総合医療センター総合内科2 春間 賢
川崎医科大学健康管理学 村尾 高久・鎌田 智有
- OS8-5. 「胃がん検診における血清ピロリ菌抗体価と内視鏡所見によるピロリ菌現感染診断の有用性評価」
乾内科クリニック ○乾 正幸・大和田 進・乾 純和

OS8-6. 「胃X線検診における胃炎診断と*H. pylori*抗体価およびペプシノーゲンとの関連についての検討」

宮城県対がん協会／

東北大学病院 医学系研究科 消化器病態学分野 ○河野 雄一・小池 智幸

宮城県対がん協会 浅沼 清孝・千葉 隆士・加藤 勝章

深尾 彰

東北大学病院 医学系研究科 消化器病態学分野 正宗 淳

帝京大学医療技術学部 看護学科 保健政策分野 濱島ちさと

*OS8-7. 「年齢層別にみたスクリーニング発見胃癌症例の特徴と腫瘍切除実施率への影響」

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○保坂 浩子・田中 寛人・浦岡 俊夫

群馬県健康づくり財団 茂木 文孝

一般演題 9

6月27日（土） [第3会場]

上部消化管 4（11：24～12：20）

座長：東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野 藤本 愛

（発表 5 分，質疑 3 分）

- OS9-1. 「胃がん検診を契機に発見されたLSBEを背景としたBarrett's食道腺癌の1例」
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○清水 良・鳥羽 崇仁・穴戸 泰紀
佐藤 信維・石井 侃・平岡 友美
西川 雄祐・藤本 愛・松田 尚久
- OS9-2. 「検診胃X線検査における適正空気量の再検討」
野村病院 ○伊澤 知里・仲村 明恒
- OS9-3. 「胃X線前壁撮影における圧迫フトン使用による描出能向上と胃形による撮影難度評価の検討」
新東京病院 予防医学センター 保健事業部 ○中山 一夫・檜尾 寿・志田 拓哉
- OS9-4. 「山形県の胃がん検診の現状と課題—住民・職域検診—」
やまがた健康推進機構 山形検診センター ○安彦 卓史・金原 博紀・福田 紋子
安食 伸祥・近藤 智文・五十嵐隼一
浅利 悠太・永岡 春香・板垣 梓
佐藤 麗夢・武田 弘明
- OS9-5. 「対策型胃がん検診としてのABC分類，内視鏡およびX線検査の比較検討」
宮崎市郡医師会病院健診センター ○尾上 耕治・山田 浩己
- OS9-6. 「茨城県における胃内視鏡検診普及の現状と課題—県主導体制構築に向けた検討—」
東京医科大学茨城医療センター 消化器内科／
茨城県生活習慣病検診管理指導協議会 胃がん部会 ○岩本 淳一
茨城県メディカルセンター／
茨城県生活習慣病検診管理指導協議会 胃がん部会 齋藤 洋子
- OS9-7. 「胃内視鏡検診における生検結果の取り扱いと精検受診率向上にむけての試み」
総合病院岡山協立病院 消化器内科 ○若槻 俊之

第7回医師研修会

申込締切：2026年7月19日（日）23時59分 ※総会HPより参加申込が必要
オンデマンド配信期間：2026年6月28日（日）正午～7月19日（日）23時59分
対 象：本学会会員の医師
受講料：半日7,000円（税込） 全日12,000円（税込）
単 位：総合認定医（新規・更新）半日5単位，全日10単位
（区分毎）認定医（更新）半日10単位，全日20単位

Aセッション（半日）：消化器がん検診の基本と展望

挨拶：鎌田 智有（教育・研修委員会 委員長／川崎医科大学 総合医療センター総合健診センター）

1. 消化器がん検診総論
講師：平賀 聖久（佐田病院 放射線科）
2. 胃がん検診の基本と展望
講師：日山 亨（広島大学 保健管理センター）
3. 大腸がん検診の基本と展望
講師：盛一健太郎（旭川医科大学 内科学講座 消化器内科学分野）
4. 腹部超音波検診の基本と展望
講師：齊藤 弥穂（新生会高の原中央病院 放射線科）

Bセッション（半日）：消化器がんに関連する最近のトピックス

挨拶：鎌田 智有（教育・研修委員会 委員長／川崎医科大学 総合医療センター総合健診センター）

1. 上部消化管内視鏡診療における人工知能（AI）の応用
講師：中島 寛隆（がん研有明病院 健診センター）
2. ヘリコバクター・ピロリ菌感染診断のピットフォール
講師：伊藤 公訓（広島大学病院 総合内科・総合診療科）
3. 検診における十二指腸腫瘍性病変の取り扱い
講師：蔵原 晃一（日本赤十字社 松山赤十字病院 消化管内科）
4. 早期膵がん診断における腹部超音波検査の役割
講師：蘆田 玲子（和歌山県立医科大学 消化器内科）
5. 医療倫理のトピックス
講師：飯島 祥彦（藤田医科大学医学部 生命倫理学）

第7回大腸CT検査教育研修会・大腸CT検査実践トレーニングコース

申込締切：2026年7月19日（日）23時59分 ※総会HPより参加申込が必要

オンデマンド配信期間：2026年6月28日（日）正午～7月19日（日）23時59分

対 象：本学会会員

受講料：教育研修会：5,000円（税込）、トレーニングコース：5,000円（税込）、両方：10,000円（税込）

単 位：大腸CT検査技師 教育研修会（新規）必須、（更新）必須：10単位

大腸CT検査技師 トレーニングコース（新規）申請要件の1つ、（更新）10単位

大腸CT検査教育研修会

開始の挨拶：満崎 克彦（大腸CT検査技師認定委員会委員長／済生会熊本病院予防医療センター）

1. 総論（エビデンス・精度・ガイドライン等）

講師：満崎 克彦（大腸CT検査技師認定委員会委員長／済生会熊本病院予防医療センター）

2. 各論（前処置）

講師：服部 昌志（山下病院）

3. 各論（撮影法）

講師：高林 健（斗南病院）

4. 各論（読影の概略）

講師：田中 順子（琵琶湖大橋病院）

大腸CT検査実践トレーニングコース

開始の挨拶：満崎 克彦（大腸CT検査技師認定委員会 委員長／済生会熊本病院 予防医療センター）

司会・操作：松田 勝彦（済生会熊本病院 予防医療センター）

サポーター：満崎 克彦（大腸CT検査技師認定委員会 委員長／済生会熊本病院 予防医療センター）

服部 昌志（山下病院）

鶴丸 大介（九州大学病院）

1. 概論（読影の流れ）

2. 症例提示（腫瘍性病変）

3. 症例提示（病変との鑑別）

4. 症例提示（偽陽性・偽陰性）

5. 症例提示（ピットフォール）

終わりの挨拶：満崎 克彦（大腸CT検査技師認定委員会 委員長／済生会熊本病院 予防医療センター）

協賛：アミン株式会社

第11回胃がん検診専門技師研修会

申込締切：2026年7月19日（日）23時59分 ※総会HPより参加申込が必要
オンデマンド配信期間：2026年6月28日（日）正午～7月19日（日）23時59分
対 象：本学会会員
受講料：5,000円（税込）
単 位：胃がん検診専門技師 更新必須（10単位）

開始の挨拶：萩原 武（札幌厚生病院）

特別講演「組織型検診の必要性と導入への道筋」

講師：中島 滋美（滋賀病院）

教育講演Ⅰ.「胃がん検診の理想像」

講師：間部 克裕（まべ五稜郭消化器・内視鏡クリニック）

教育講演Ⅱ.「除菌後胃がん ～除菌による胃がん形態の変化について～」

講師：萩原 武（札幌厚生病院）

教育講演Ⅲ.「胃がんの病理 ～胃がん検診専門技師に求める基礎知識～」

講師：市原 真（旭川医科大学病院）

講義Ⅰ.「胃X線検査における網羅性向上のための工夫」

講師：田内 慎一（円山クリニック）

講義Ⅱ.「胃X線画像を立体的に考える」

講師：鈴木 康雄（北海道対がん協会 札幌がん検診センター）

講義Ⅲ.「胃X線検査マニュアル2025 改訂ポイントについて」

講師：小牟田 学（北海道労働保健管理協会）

終わりの挨拶：千葉 隆士（宮城県対がん協会）

共催プログラムのご案内

■特別講演 1

6月26日（金）11：00～11：40（第1会場）

「Colorectal Cancer Screening 2.0 - Integrating Risk Stratification and Patient Lifecycle into Population Program」

演者：Han-Mo Chiu（National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan）

司会：金岡 繁（浜松医療センター 消化器内科）

共催：オリンパスマーケティング株式会社

■教育講演 3

6月27日（土）9：00～9：40（第2会場）

「膵がんスクリーニングの新たな挑戦～APOA2アイソフォームへの期待も含めて～」

演者：蘆田 玲子（和歌山県立医科大学 内科学第二講座（消化器内科））

司会：松田 尚久（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

共催：東レ株式会社

■ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1

6月26日（金）12：20～13：10（第1会場）

「医療AI時代を迎えた消化管内視鏡スクリーニングにおけるAIの現況と展望」

演者：中島 寛隆（がん研有明病院 健診センター）

司会：斎藤 豊（国立がん研究センター中央病院 内視鏡センター／内視鏡科）

共催：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

ランチョンセミナー 2

6月26日（金）12：20～13：10（第2会場）

「大腸がん検診における免疫便潜血検査を再考するー有用性・課題・将来展望ー」

演者：関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

司会：松田 尚久（東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野）

共催：栄研化学株式会社

ランチョンセミナー 3

6月26日（金）12：20～13：10（第3会場）

「10年後を見据えた潰瘍性大腸炎マネジメントーIL-23経路制御が拓く粘膜治癒の意義ー」

演者：杉本 真也（慶應義塾大学医学部 内科学（消化器））

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 消化器病態学）

共催：ヤンセンファーマ株式会社

ランチョンセミナー 4 6月27日(土) 12:40～13:30 (第1会場)
「内視鏡検診のアドバンス」—胃癌内視鏡検診におけるクラウド型検診システムの活用と自治体連携による大腸内視鏡検診の導入—

司会：河合 隆 (東京医科大学病院 健診予防医学センター)

「効率的で精度の高い内視鏡検診にむけて」

演者：入口 陽介 (いりぐち消化器内科・内視鏡クリニック)

「熊本市と医師会は、なぜ、いかにして大腸内視鏡検診に至ったか。～今後の展開 —さらなる需要喚起と評価指標～」

演者：尾田 恭 (尾田胃腸内科・内科)

共催：オリンパスマーケティング株式会社

ランチョンセミナー 5 6月27日(土) 12:40～13:30 (第2会場)
「精検大腸内視鏡検査の重要性和工夫」

司会：斉田 芳久 (東邦大学医療センター大橋病院 外科)

「精検大腸内視鏡における前処置の工夫と実臨床の取り組み」

演者：岡本 陽祐 (東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科)

「大腸がん検診における大腸内視鏡検査の課題 ～前処置も交えて～」

演者：吉田 直久 (京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学)

共催：EAファーマ株式会社

ランチョンセミナー 6 6月27日(土) 12:40～13:30 (第3会場)
「大腸がん死亡率を減少させるために必要なこと」

演者：内藤 裕二 (京都府立医科大学大学院医学研究科 生体免疫栄養学講座)

司会：藤城 光弘 (東京大学大学院医学系研究科 器官病態内科学講座 消化器内科学分野)

共催：ミヤリサン製薬株式会社

■モーニングセミナー 6月27日(土) 8:00～8:50 (第3会場)
「対策型胃内視鏡検診の現状と課題」

演者：赤羽たけみ (宇陀市立病院)

司会：藤井 隆広 (藤井隆広クリニック)

共催：カイゲンファーマ株式会社

■スポンサードセミナー

スポンサードセミナー 1

6月26日（金）17：35～18：35（第1会場）

「*H. pylori* 遺伝子診断法を用いて内視鏡検診当日に行う個別化治療の有用性」

演者：加藤 元嗣（北海道対がん協会 会長）

司会：中島 寛隆（がん研有明病院 健診センター）

共催：株式会社ミズホメディー

スポンサードセミナー 2

6月26日（金）17：35～18：35（第2会場）

「コントロールシー 内視鏡検診における鎮静 ～不要？必要？～」

司会：間部 克裕（まべ五稜郭消化器内視鏡クリニック）

「内視鏡検診に鎮静薬は不要」

演者：吉村 理江（博愛会 人間ドックセンターウエルネス）

「内視鏡検診に鎮静薬は必要」

演者：今川 敦（今川内科医院）

共催：ムンディファーマ株式会社

スポンサードセミナー 3

6月26日（金）17：35～18：35（第3会場）

「精密検査受診率の壁を越えるー大腸CTが拓く大腸がん検診の次世代モデルー」

演者：満崎 克彦（済生会熊本病院 予防医療センター）

司会：山野 泰穂（江別市立病院 消化器病センター・消化器内科）

共催：伏見製薬株式会社

市民公開講座

「がんで命を落とさないために―検診と早期発見の重要性―」

配信期間：6月28日（日）正午～9月30日（水）17：00

視聴方法：YouTube配信（総会HP内の市民公開講座ページよりどなたでも視聴可能です）

参加費：無料 ※事前申込不要

主催：第65回日本消化器がん検診学会総会

挨拶：松田 尚久（第65回日本消化器がん検診学会総会 会長）

1. 検診で見つかるがん―食道・胃・大腸がんの早期発見と内視鏡治療

講師：藤本 愛（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

2. 肝臓がんは予防できる？早期発見と治療のポイント

講師：松井 哲平（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

3. 見つけにくいがんはどう向き合うか―胆道がん・膵臓がんの診断と治療

講師：宅間 健介（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

4. 進行がんでもあきらめない―最新の抗がん剤治療

講師：山口 和久（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

抄 録

本プログラムの抄録は、インターネットによって応募された内容が直接印刷されております。そのため、表記の統一はなされておられません。また、応募者の入力そのまま印刷されております。予めご了承ください。

会長・理事長講演

「大腸内視鏡検査を組み入れた大腸がん検診モデル構築への挑戦」

松田 尚久（東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野）

本邦の大腸がん検診は免疫便潜血検査（FIT）を基盤として発展してきたが、受診率および精検受診率の低迷、検診データの一元管理体制の未整備などにより、その効果は十分に最大化されていない。本講演では、対策型検診を対象とし、その実効性向上に向けた課題と今後の方向性について概説する。

FITは非侵襲的で有効性が確立された優れた検診ツールであり、本邦の大腸がん検診の基盤を成している。一方で、右側大腸病変に対する感度や中間期癌の存在といった特性を踏まえ、その効果をさらに高める観点から、検診プログラム全体の最適化が求められている。これらの課題を踏まえ、全大腸内視鏡検査（TCS）をどのように組み入れるかが重要な論点である。

我々はこれまで新島・大島スタディや青森プロジェクトなどを通じて、TCSの受容性、安全性、検診モダリティとしての位置づけについて検討を重ねてきた。その結果、FITを基盤としつつ、特定年齢層やリスク層に対してTCSを組み入れる段階的導入戦略の有用性が示唆されている。

さらに、検診の実効性向上には、対象者の把握、受診勧奨、精検への確実な接続を可能とする組織型検診の構築とデータ基盤の整備が不可欠である。AI・ICTの活用による精度管理と受診行動支援も今後の重要な要素と考えられる。現在、国内外でTCSの有効性を検証するランダム化比較試験が進行中であり、とくに本邦のAkita pop-colon trialの成果は、TCS導入の是非を判断する上で極めて重要なエビデンスとなることが期待される。

本講演では、本邦の現状と課題を踏まえ、FITとTCSを適切に組み合わせた新たな大腸がん検診モデルの構築に向けた戦略と将来展望を提示する。

司会：斎藤 博（青森県立中央病院）

松田 尚久（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野・主任教授/日本消化器がん検診学会・理事長）

1994年 3月 山形大学医学部 卒業

1994年 5月 山形県立中央病院 内科研修医

1998年 5月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 レジデント

2001年 5月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 がん専門修練医

2003年 6月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 医員

2008年 4月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 医長

2015年 4月 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 検診部長

2016年 1月 国立がん研究センター中央病院 検診センター長（内視鏡科兼務）

国立がん研究センター社会と健康研究センター 検診開発研究部長 兼務

2021年 7月 東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野 教授

東邦大学医療センター大森病院 内視鏡部 部長

2022年 4月 東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野 主任教授

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 センター長

東邦大学医療センター大森病院 院長補佐（2024年 7月～）

特別講演 1

[Colorectal Cancer Screening 2.0 - Integrating Risk Stratification and Patient Lifecycle into Population Program]

Han-Mo Chiu (National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan)

Over the past decades, organized colorectal cancer (CRC) screening programs have demonstrated substantial public health benefits, with significant reductions in CRC mortality and, in some settings, incidence through early detection and removal of precancerous lesions. Population-based strategies using fecal immunochemical tests (FIT), colonoscopy, or other modalities have become central components of cancer control policies worldwide. Nevertheless, current CRC screening models also face important limitations. Most programs apply uniform screening strategies to heterogeneous populations, often focusing primarily on early detection rather than addressing upstream determinants of disease. In addition, growing demands on colonoscopy resources, demographic shifts, and evolving expectations for healthcare efficiency highlight the need for more sustainable and precision approaches.

Looking ahead, the ultimate goal of CRC screening should extend beyond detection to reducing CRC and its related deaths through a more comprehensive prevention framework. A "CRC Screening 2.0" paradigm may integrate risk stratification across the patient lifecycle, incorporating genetic susceptibility, lifestyle factors, environmental exposures, and prior screening results to guide individualized screening intensity and preventive interventions. Equally important is the integration of primary prevention into population screening frameworks, leveraging emerging technologies such as digital health platforms, wearable devices, and big data analytics to monitor risk factors, support behavioral modification, and enable data-driven decision making. By combining precision prevention, risk-adapted screening, and modern health technologies, CRC screening programs can evolve into a more proactive and sustainable model for population health.

司会：金岡 繁（浜松医療センター 消化器内科）

Han-Mo Chiu (National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan)

Present appointments:

1. **Clinical Professor**
Department of Internal Medicine,
College of Medicine, National Taiwan University.
2. **Chief**
Health Management Center, National Taiwan University Hospital
Department of Planning and Development, National Taiwan University Hospital
3. **Staff Physician**
Department of Internal Medicine
Health Management Center
National Taiwan University Hospital
4. **President**
Digestive Endoscopy Society of Taiwan (DEST)
5. **Council Member**
Gastroenterological Society of Taiwan (GEST)
6. **Member of the Board of Supervisors**
Taiwan Society of Coloproctology
7. **Member of the Board of Supervisors**
Taiwan Association of Medical Screening (TAMS)
8. **Regional chair**
Colorectal Cancer Screening Committee, World Endoscopy Organization (WEO)
9. **Steer committee member**
Asian Endoscopy Research Forum (AERF)
10. **Principal Investigator**
Taiwan Colorectal Cancer Screening Program (Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare of the Taiwanese government)
11. **Convenor**
Public Health Discipline, National Science and Technology Council of Taiwanese Government
12. **Fellow of Japanese Gastroenterological Endoscopy Society**
13. **Editor-in-Chief, Journal of Gastroenterology and Hepatology**

特別講演2

「10年後を見据えたがん検診政策の方向性－第4期がん対策推進基本計画の視点から」

鶴田 真也（厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課）

厚生労働省では、がん対策基本法に基づき、6年ごとに「がん対策推進基本計画」を定め、がん対策を推進している。令和5年3月に閣議決定された第4期がん対策推進基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とし、その下に、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の3本の柱の分野別目標を定めている。「がん予防」については「がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」ことを分野別目標としており、がんの1次予防、2次予防それぞれについて現状・課題とともに取り組むべき施策について記載しているところである。

がんの2次予防（がん検診）については、「①受診率向上対策について」において、「科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。」とした上で、「国は、受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討することに取り組むべき施策に位置づけている。

また、政府として、「攻めの予防医療」を掲げており、がん検診受診率に加え、精密検査受診率の向上に関する取組を進めることとしている。

今回、第4期がん対策推進基本計画に基づくがん検診の取組と、攻めの予防医療における取組についてご紹介させていただく。

司会：加藤 勝章（宮城県対がん協会 がん検診センター）

鶴田 真也（厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課）

2004年3月 山梨医科大学医学部 卒業

2004年4月 山梨大学医学部附属病院 卒後臨床研修

2006年4月 国立がんセンター東病院 レジデント

2009年4月 厚生労働省 入省

2019年7月 奈良県医療政策局長

2021年9月 厚生労働省 健康局 健康課 予防接種室長

2022年6月 厚生労働省 医政局 医薬産業振興・医療情報企画課
医療機器政策室長

2024年7月 厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長

教育講演 1

「がん検診のプログラム精度管理」

松坂 方士（弘前大学大学院 医学研究科 医学医療情報学講座）

がん検診は無症状のがん罹患者を発見し、治療に結びつけることでがん死亡率の低下を目指すプログラムである。欧州等では、法令で定めた①当該がん死亡率を低下させる科学的根拠があるがん検診プログラムの選択、②対象者の網羅的な把握、③対象者への直接的な受診勧奨と未受診者への再勧奨（コール・リコール）、④検査の実施、⑤検査結果の判定、⑥判定の通知、⑦要精検者への精検受診勧奨、⑧適切な精検の実施、⑨発見されたがん患者の治療を途切れなく実施する組織型検診（organised screening）を導入することで、乳がんや大腸がんの死亡率が低下したことが報告されている。

ただ、がん検診には利益（死亡率の減少）だけではなく、疑陽性による不安、不必要な精検、偽陰性による治療の遅れなどの不利益もある。がん検診を実施する上で疑陽性や偽陰性をなくすことは不可能であり、不利益はがん検診プログラムが本質的に内包している不可避なものといえる。また、がん検診プログラムの検査、精検、治療は医療システムの一部を利用して実施されているため、無計画な運用は地域医療を逼迫させる可能性もある。

がん検診の利益は上記①だけでは確保されず、上記②～⑧の一連の流れを構築し、運用状況をモニタリングしながら不具合を改善する（プログラム精度管理）必要がある。また、がん検診プログラムは利益が不利益を上回るという科学的根拠により導入されているが、プログラム精度管理が劣悪だと不利益が増大し、運用時に不利益が利益を上回ることもあり得る。そのため、がん検診の提供者はプログラム精度管理によって利益を最大化し、不利益を最小化するように努めなければならない。

司会：小池 智幸（東北大学病院 消化器内科）

松坂 方士（弘前大学大学院 医学研究科 医学医療情報学講座）

2002年 弘前大学医学部 卒業

2002年 岩手県立宮古病院 研修医

2006年 弘前大学大学院医学研究科 社会医学講座 助教

2008年 弘前大学大学院医学研究科 修了（博士（医学））

2010年 ロンドン大学キングスカレッジ 客員研究員

2012年 弘前大学大学院医学研究科 医学医療情報学講座 助教

2013年 弘前大学大学院医学研究科 地域がん疫学講座 講師

2015年 弘前大学医学部附属病院 准教授

2025年 弘前大学大学院医学研究科 医学医療情報学講座 教授

教育講演2

「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年版のその先」

中山 富雄（国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部）

2024年11月27日に国立がん研究センターがん対策研究所は、「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年版」を公開した。このガイドラインでは、日本でスタンダードになっている免疫便潜血検査の特に運用上の課題と、導入が期待されている大腸内視鏡検査のエビデンスについて検討した。海外の先進国では、化学法から免疫法にシフトしていたが、検診間隔やカットオフに関する様々な研究がみられた。ただどちらが統計学的有意に優れているという明確な結果が得られていたわけではなかったことから、ガイドライン作成の場面でも全員一致の合意が得られなかった。大腸内視鏡検査に関しては、複数の観察研究では一致して利益を示す結果がみられたが研究の質に問題があり決定的な根拠とは言い難かった。単回内視鏡検査と複数回の免疫便潜血検査を比較したランダム化比較試験等では、内視鏡検査の応諾率が低いことから大腸がんやadvanced adenomaの発見率がかえって低下するという結果であった。

この内視鏡検査に関する研究のように、応諾率が低い場合、期待された効果は得られない。便潜血検査の精密検査としての内視鏡検査受診率が低いことから日本でも同様のことが起こることが懸念される。大腸内視鏡検査の受容性向上に向けた研究・安全性の高く苦痛の少ない前処置法の開発が必要である。

司会：野崎 良一（のぞき消化器IBDクリニック）

中山 富雄（国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部）

平成元年 3月 大阪大学医学部 卒業

平成3年 4月 大阪府立成人病センター 呼吸器内科 常勤医

平成29年 4月 大阪国際がんセンター がん対策センター疫学統計部 部長

平成30年 4月 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 検診研究部 部長

令和3年10月 国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 部長

令和7年 4月 国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 特任部長

令和7年10月 国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 研究員

現在に至る。

厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会構成員

東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会部会長

教育講演3

「膵がんスクリーニングの新たな挑戦～ APOA2 アイソフォームへの期待も含めて～」

蘆田 玲子（和歌山県立医科大学 内科学第二講座）

膵癌は依然として予後不良であり、その最大の要因は早期診断の困難さにある。症状出現時には進行例が多く、切除可能例は限られるため、発症前後の段階での拾い上げが極めて重要である。近年、家族性膵癌や遺伝性腫瘍症候群、膵嚢胞性病変、慢性膵炎、新規発症糖尿病などの高リスク群に対するサーベイランスが進展し、EUSやMRIによる精査体制が整備されつつある。一方、一次医療機関における腹部超音波検査の役割も大きく、飲水法を併用することで胃内ガスの影響を軽減し膵描出能を向上させる工夫は、地域での早期拾い上げに有用である。地域連携体制を構築し、超音波での軽微な主膵管拡張や嚢胞性変化を契機に専門施設へ紹介する流れを強化することが重要である。

血液バイオマーカーとして注目されるアポリポrotein A 2（ApoA 2）アイソフォームは、膵癌に伴う膵酵素活性変化を反映し、ApoA 2 二量体のC末端切断パターンの変化として検出される。特にApoA 2-ATQ/AT（ApoA 2-i Index）の低下は、ステージ0やI期を含む早期の膵癌やIPMNにおいても認められることがあり、CA19-9とは異なる機序に基づくマーカーとなることが期待されている。国内外の検証研究においては、CA19-9と同等以上の診断性能が示され、両マーカーの併用による小径膵癌の感度向上も報告されている。

本講演では、膵がん早期発見の現状、地域連携型スクリーニングの実際と腹部超音波飲水法の工夫を紹介するとともに、ApoA 2 アイソフォームの臨床的意義と画像診断との統合戦略を概説し、将来のリスク層別化モデル構築への展望を提示する。

司会：松田 尚久（東邦大学医学部 内科学講座 消化器内科学分野）

蘆田 玲子（和歌山県立医科大学 内科学第二講座）

1998年	大阪市立大学医学部 卒業
1998年	大阪市立総合医療センター 臨床研修医
2000年	大阪市立総合医療センター 消化器内科 研究医
2003年	愛知県がんセンター 消化器内科国内留学
2005年	大阪市立大学医学部大学院 医学博士学位授与
2005年	大阪市立十三市民病院 医員
2006年	大阪市立北市民病院 医員
2007年-2009年	University of California Irvine Medical Center内視鏡留学
2010年	大阪医科大学 第二内科 助教
2011年	大阪国際がんセンター 検診部 医長
2014年	大阪国際がんセンター 検診部 副部長
2020年	和歌山県立医科大学 内科学第二講座 講師
2023年	和歌山県立医科大学 内科学第二講座 准教授

【所属学会（資格、委員）】

- 日本内科学会（認定医，総合内科専門医，指導医）
- 日本消化器病学会（専門医，指導医，近畿支部評議員，学会評議員，医療事故対策委員会，JOG，アジア国際協力推進委員会）
- 日本消化器内視鏡学会（専門医，指導医，近畿支部評議員，学術評議員，社団評議員，FJGES，EUS-FNAガイドライン委員会，広報委員会，WEGECA委員長，学会賞選考小委員会）
- 日本超音波医学会（専門医，指導医，学会代議員，膵癌超音波診断基準委員，倫理委員会，胆嚢癌超音波診断基準委員会，専門医制度委員会）
- 日本膵臓学会（指導医，学会評議員，広報委員会，編集委員会，倫理委員会，将来計画委員会，家族性膵癌レジストリ委員）
- 日本消化器がん検診学会（総合認定医，指導医，近畿支部幹事，全国集計委員）
- 日本遺伝性腫瘍学会（専門医，指導医 評議委員）
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (FASGE, GIE International Editorial Board)
- 日本胆道学会
- 日本肝臓学会
- 日本臨床腫瘍学会
- 日本癌治療学会
- 日本メディカルAI学会

【研究会】

関西FNA-club	世話人代表	FNA-club Japan（全国）	世話人
近畿超音波内視鏡研究会	世話人	FNA Masters（全国）	世話人
日本消化器画像診断研究会（全国）	世話人	WIE（Women in Endoscopy）	Boad member
膵癌早期診断研究会（全国）	世話人	WIGNAP	Core Member

【受賞】

- 2002年 Young Investigators Award : 2nd International GI Bioregulation Conference
- 2004年 Poster of distinction EUS 2004 : 14th International Symposium on Endoscopic Ultrasonography
- 2005年 Certificate of Selection and Participation : 2nd Japan GRG/AGA Symposium
- 2012年 Poster of distinction EUS 2012 : 18th International Symposium on Endoscopic Ultrasonography
- 2013年 2013超音波シンポジウム奨励賞 : Symposium on Ultra Sonic Electronics
- 2014年 超音波シンポジウム論文賞 : 第34回超音波エレクトロニクスの基礎と応用に関するシンポジウム
- 2016年 日本超音波医学会 第30回菊池賞
- 2018年 BEST POSTER AWARD EUS 2018 : 21th International Symposium on Endoscopic Ultrasonography
- 2019年 成人病医学研究助成 論文賞
- 2023年 和歌山県立医科大学 次世代リーダー賞
- 2023年 日本消化器病学会 女性研究者賞
- 2023年 和歌山県立医科大学 特別優良教員理事長賞
- 2024年 和歌山県立医科大学功績表彰（医療功労賞）

教育講演 4

「食道がんはがん検診の標的となるか：新たな検診の評価研究の進め方」

濱島ちさと（帝京大学医療技術学部 看護学科 保健政策学分野）

2016年の厚労省指針改訂に伴う内視鏡検診の普及は胃がん死亡率減少に寄与するだけでなく、食道がん発見の機会ともなっている。胃がん検診の標的病変ではないが、食道の観察機会が増加し、各地から食道がん発見が報告されている。胃がん罹患率が減少傾向にあるなか、食道がんは新たな標的病変として期待されている。

内視鏡検診を実施している韓国、中国でも食道がん発見率の増加は報告されている。中国で行われた無作為化比較対照試験では高罹患率地域では胃がん・食道がん死亡率減少効果は認められたが、低罹患率地域では統計学的な有意差はなかった。食道がん罹患率や医療体制の相違があることから、これらの結果については慎重な検討が必要である。2025年に公表されたWorld Endoscopic Organizationのposition statementでは高罹患率地域の食道がん内視鏡検診の可能性も示唆されたが、その科学的根拠は薄弱と判定された。

食道がん発見率の増加は、現段階では胃内視鏡検診の追加的利益か不利益かは判別できない。内視鏡検診による食道がん発見率の増加は、過剰診断の可能性も否定できないからである。内視鏡検診の標的病変を拡大するには、わが国においても食道がん死亡率減少効果について標準的方法を用いて有効性評価を行う必要がある。一方、不利益については、食道がん罹患率・死亡率の推移や要精検率など、食道がん発見が内視鏡検診がもたらした影響を検討することも課題である。

司会：飯島 克則（秋田大学大学院医学系研究科 医学専攻腫瘍制御医学系 消化器内科学・神経内科学講座（第一内科））

濱島ちさと（帝京大学医療技術学部 看護学科 保健政策学分野）

1983年岩手医科大学医学部卒。1987年同大学院修了。

財団法人癌研究会付属病院検診センター医員、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室助手、聖マリアンナ医科大学予防医学教室専任講師、国立研究開発法人国立がん研究センター検診研究部室長を経て、2018年より帝京大学医療技術学部看護学科教授、2023年から帝京大学大学院医療データサイエンスプログラム兼任教授。2020年から日本学術会議連携会員。2005年から国立がん研究センターによる「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」の作成に従事（現在に至る）。現在の研究は、がん検診のエビデンスレビュー、胃がん検診リスク層別化、大腸がん検診FITの効率化。

教育講演 5

「臨床研究の倫理とルール ―その研究、本当に大丈夫ですか？―」

久津見 弘（福井リハビリテーション病院）

臨床研究は医療の発展に不可欠である一方、研究対象となる患者の権利と安全を守るため、厳格な倫理的配慮とルールの遵守が求められると同時に、社会からの信頼を損なわない適正な運用が求められる。カルテ情報は診療目的で得られた要配慮個人情報であり、個々の患者の診療以外の目的である研究への利用は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（生命医学系指針）」に則って扱われなければならない。生命医学系指針では、①社会的に意義がある研究の実施、②科学的に合理的な研究の実施、③研究対象者への負担とリスクと利益の評価、④倫理委員会による審査、⑤インフォームドコンセントの実施、⑥社会的弱者への配慮、⑦個人情報の保護、⑧研究の質と透明性の確保の8つの基本方針が謳われている。本教育講演ではこれらの基本方針における研究者の責務に関する事項を整理する。また、仮名加工情報、匿名加工情報など研究促進に有用な加工情報の活用についても触れたい。

司会：阪上 順一（市立福知山市民病院 消化器内科）

久津見 弘（福井リハビリテーション病院）

1987年 3 月 福井医科大学 医学部医学科 卒業

1987年 6 月 JR大阪鉄道病院 研修医・修練医（消化器内科）

1990年 5 月 第二岡本総合病院（宇治市） 消化器内科

1991年 5 月 明石市立市民病院 消化器内科

（1995年 2 月 京都府立医大 博士（医学）取得）

1996年 7 月 京都第一赤十字病院 消化器科

2005年10月 神戸大学医学部附属医学医療国際交流センター 難知性疾患病態解析分野 助教授

2007年 4 月 神戸大学 内科学講座 消化器内科学分野 准教授

2009年 4 月 神戸大学 地域社会医学健康科学講座 地域医療ネットワーク学分野 特命教授

2010年 7 月 医薬品医療機器総合機構（PMDA） スペシャリスト（臨床医学担当）

2012年11月 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 消化器内科学分野 消化器先端医療開発部門 特命教授

2015年 4 月 滋賀医科大学 臨床研究開発センター センター長・教授

（2021年 8 月～ 福井大学医学部 医学研究支援センター クロスアポイントメントによる特命教授兼務）

2023年 4 月 明石市立市民病院 理事・副院長・内視鏡センター長

2023年 7 月 明石市立市民病院 理事・院長・内視鏡センター長

2026年 6 月 福井リハビリテーション病院 院長

特別企画 1

「未来を担う次世代の消化器がん検診医療者育成と多職種連携」

わが国の消化器がん検診は、高齢化の進行や検診対象者の多様化、検査技術の高度化といった変化を背景に、検診体制の質と持続性が問われる時代に入っている。検診に従事する医療者の高齢化や地域偏在、多職種間の役割分担の不明確さは、制度の安定的運用に大きな影響を与えており、次世代の担い手をどのように育成し、多職種間で連携体制を構築していくかが喫緊の課題となっている。本セッションでは、医師・診療放射線技師・臨床検査技師・看護師・事務職といった多職種を対象とした人材育成の現状と課題を共有し、検診現場における教育・研修体制の整備、専門性の認定、役割の明確化など、制度的・実務的な観点からの方策を検討する。また、検診施設間や地域内での連携を支える実践例や制度設計の工夫も紹介し、今後の全国展開に向けたヒントを提示する。次世代を見据えた検診医療者育成の方向性と、多職種が協働する地域完結型の検診体制のあり方について、幅広い職種の参画のもとに議論を深めたい。

司会：小川 眞広（日本大学病院 消化器内科）

青木 利佳（徳島県総合健診センター 内科）

菰澤 澄恵（日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部 超音波検査室）

SP1-1 胃がん検診専門技師と読影補助認定技師の現状と課題

日本消化器がん検診学会東海北陸支部／2025年度胃がん検診専門技師研修会当番世話人¹⁾、愛知県がんセンター 内視鏡部／2025年度胃がん検診専門技師研修会当番世話人²⁾、こころとからだの元氣プラザ／胃がん検診専門技師認定委員会³⁾

○西川 孝¹⁾、田中 努²⁾、小田 丈二³⁾

【目的】日本消化器がん検診学会（旧名：日本消化器集団検診学会）が胃がん検診専門技師認定制度を設けたのは2001年、その上位資格となる読影補助認定制度は2019年に設置された。設置の目的は胃がんX線検診の精度向上である。今回我々は胃がん検診専門技師と読影補助認定技師の現状を検討し、第10回胃がん検診専門技師研修会の受講状況についても検証した。

【対象】2025年10月1日現在、日本消化器がん検診学会に登録されている診療放射線技師の会員並びに胃がん検診専門技師の認定者と読影補助認定者、更には第10回胃がん検診専門技師研修会の受講者を対象とした。

【結果】胃がん検診専門技師の認定者数は3,533名（取得率60.4%）で取得率に支部間の格差は無かった。読影補助認定技師の取得者数は832名（取得率23.5%）で各支部間に格差が認められ、第10回胃がん検診専門技師研修会の受講者数は1,142名（受講率32.3%）、各支部間に格差は認められた。

【結語】胃がんX線検診の精度向上を目的に設置された認定制度であるが、現状では認定者のマン・パワーは不足していると推察され、各支部間格差を解消すると共に本学会における会員数増加が期待された。

SP1-2 診療放射線技師学生用の胃X線教材「i-map」の紹介

阪本胃腸・外科クリニック

○平松佐和子、阪本 康夫

【目的】胃X線撮影では、表示されているX線画像が胃のどの部位を表しているのかを瞬時に理解し、バリウムを流すための体位変換を受診者に的確に指示することが検査の要になる。そして胃X線画像の解剖を学習するにはX線画像のシェーマを描くのが一般的である。しかしこの方法は、ネットの動画視聴などを娯楽として見たままを受け入れる、Z世代の診療放射線技師や学生には2Dの画像から3Dの胃の形状を「想像する」ことが難しい。そこで解決策として市販のビニールミトン手袋を使用した、3Dの学習用胃モデル「i-map」（アイマップ、以下i-mapと表記。）を考案して実用新案登録（第3249222号）した。今回は学習時間の短縮を目的とした解剖学的部位を印刷したi-mapについて報告する。

【方法】i-mapには、牛の人工授精の内診用使用する手の長いミトン型のビニール手袋を転用した。腕の長さを適切な長さに切断したミトン手袋に、胃の解剖学的部位名を白色でシルク印刷を施した。i-map教材を関西の医療系総合大学の診療放射線学科2年生、81名の学生に授業の最後15分で試用した。i-mapの白色に印刷された文字の上を学生は油性ペンで上書きをした。胃の正確な解剖学的部位を表現するために、ペン入れが終わった手袋は裏返しにしたうえで、中に空気を吹き入れて胃の形に整えた。これらは手順書を作成し、学生は手順書を参照しながらi-mapを作成の後、アンケートに回答した。

【結果】透明なビニールミトン手袋を使用し、学生がペン入れをすることで平易に胃の正確な解剖学的部位を表現できた。学生は手順書を見ながら、自力で簡便にi-mapを作成できた。i-mapはX線画像と比較して正体に見える文字、すなわち背臥位正面位であれば前壁の文字を透かして正体に読める後壁の文字が、X線画像上の部位を表現する。授業に参加した81名の学生のうち77名（95%）が胃X線画像の撮影体位とその目的部位を簡単に読み取れるとアンケートに回答した。

【結論】i-mapは胃X線撮影における胃の解剖を理解するツールとして一助となる。

SP1-3 「つくば市胃がん内視鏡検診研修会における行政との連携」

つくば消化器・内視鏡クリニック¹⁾、すぎやま内科皮フ科クリニック²⁾、筑波大学附属病院 つくば予防医学研究センター³⁾

○鈴木 英雄¹⁾、杉山 弘明²⁾、高山 敬子³⁾

【目的】つくば市では令和元年より胃がん内視鏡検診と胃がんリスク検査（ペプシノーゲン値＋ヘリコバクタービロリ菌抗体価）を導入している。実施主体はつくば市でつくば市医師会が協力するという形をとっており、検診参加施設を対象に胃がん内視鏡検診に精通した外部講師を演者として研修会を年1回開催している。会場運営や演者とのスケジュール調整はつくば市健康増進課が主体的に行っており、今回は行政職員の本研修会に対する意識を調査することを目的とした。

【方法】研修会に関わるつくば市健康増進課職員を対象に、会場運営・準備、演者とのやり取り、研修内容が日常業務に役立つか、などのアンケートを行った。

【結果】5名の職員から回答を得た。会場運営・準備は6割が「普通」4割が「苦労している」と回答した。演者とのやり取りは4割が「非常に苦労している」、2割が「苦労している」、4割が「普通」と回答した。日常業務への影響に関しては2割が「あまり役立たない」、8割が「役立つ」と回答した。以上より、演者とのやり取りに苦労が見られるが、胃がん検診に対する知見を共有することで日常業務へ良いフィードバックができてることがうかがえられた。

SP1-4 金沢市多施設対策型内視鏡検診における、担当事務の役割と今後の課題について

石川勤労者医療協会 城北病院¹⁾、金沢市医師会²⁾

○大野 健次^{1),2)}、崎川 能考²⁾、鍛冶 恭介²⁾

はじめに金沢市では対策型内視鏡検診を多施設参加型で2008年に開始した。18年が経過したがこの間の取り組みとして、ダブルチェックを含めた精度管理の重要性について日本消化器がん検診学会の総会や大会（JDDW）にて毎年発表をしてきた。金沢市の内視鏡検診は精度管理も含めて比較的うまく運営されているように思うがそのためには事務局の機能が重要である。そこで今回は事務局の機能を振り返ったので報告する。対象と方法 2008年～2025年の18年間で胃内視鏡検診をうけた227695人である。結果生検率は年々減少し11.8%から3.1%へ減少 妥当生検率は44.4%から99.6%へ改善 画質も改善し、良いと評価されるのが77.2%から97.6%へと改善した。考察 対策型内視鏡検診は自治体が独自に行っているものと、金沢市のように医師会が引き受けているものに分けられる。担当事務は本消化器がん検診学会に入会しており18年間毎年JDDWに参加している。担当事務の役割として1) 100前後の多施設が参加しダブルチェックの専門医が60名在籍している読影委員会の準備と運営 2) 年1～2回行われる 症例検討会の準備と運営 3) 精度管理委員会のデータの整理と精度管理委員会の運営 4) 学会発表や他の自治体への講演のためのスライド作成補助 5) 検診開始前の二次読影専門医を集めて説明会を行うスタートアップミーティングの準備 6) 学会発表の倫理審査委員会の開催 7) 4月の全体説明会の準備など多岐に渡る。結語 内視鏡検診の質の向上のために、精度管理委員会をはじめとする種々の会議に検診を理解した担当事務が存在することは必要でこのような人材育成を行っていくことが対策型検診には必要不可欠であると考えられる。このような人材を継続的に輩出していく事が今後の課題である。

SP1-5 大腸がん検診後の二次精査は「全例診察」が必要か？ —リスク層別化による来院回数短縮の可能性—

東京品川病院 内視鏡部
○今村 倫敦

【背景】大腸がん検診において便潜血陽性者に対する二次精査としての大腸内視鏡検査は、早期発見・治療に直結する重要な工程である。国は精密検査受診率90%を目標とするプロセス指標を掲げているが、東京都の大腸がん検診における精検査受診率は60%台にとどまり、地域差も大きい。検診陽性後の精査受診をいかに円滑に実施するかは、検診体制の質と持続性を左右する重要な課題である。

【現状と課題】当院では健診部門における内視鏡運用を内視鏡技師が中心となって取りまとめ、地域連携部門との情報共有も主体的に担っている。一方、安全性確保の観点から、大腸内視鏡検査前に医師診察を行い、下剤内服可否の確認および前処置薬の交付を実施している。この運用により、診察日と検査日の複数回受診が必要となり、特に働き世代では休暇取得の負担が大きく、予約後のキャンセルにつながる要因となっている。

【多職種連携による改善の視点】これらの課題に対し、健診部門、内視鏡室、地域連携部門、事務部門が連携し、二次精査受診を阻害する要因を整理した。その結果、下剤内服に伴う安全管理は、全例に医師診察を行うことが目的ではなく、リスクの高い受診者を適切に抽出することが本質であると考えられた。標準化された問診項目に基づくリスク層別化を行い、対面診察が必要な受診者を選別することで、診察を補完・効率化できる可能性が示唆された。

【内視鏡技師の役割と意義】内視鏡技師は、検診から精査までを見通した立場で、受診者説明内容の統一、リスク層別化フローの構築、関係部門間の情報共有を担うことができる。内視鏡技師が多職種連携のハブとして機能することにより、安全性を担保しつつ受診者負担を軽減し、二次精査受診率向上に寄与すると考えられる。

SP1-6 大腸CT検査におけるタスクシフトの導入と検査件数増加への取り組み

奈良県西和医療センター
○吉田 真大, 上田 拓, 菅家 大樹

【背景・目的】大腸CT検査（以下CTC）は医師の働き方改革に伴い、診療放射線技師の業務拡大が行われ当院でもタスクシフトを導入し診療放射線技師だけで検査を行っている。同時に他院への当院の取り組みを案内しCTC検査の増加を試みたので報告する。

【方法】当院でのCTCは放射線科医師1名、看護師1名、診療放射線技師1名または2名の人数で検査を行っていた。診療放射線技師がCTCのタスクシフトを行うために放射線科医師より検査時のチューブの挿入や抜去の方法を教えてもらいながら検査を行い、徐々に放射線科医師からチューブの挿入や抜去を診療放射線技師が行うようになった。直腸診が不要な場合は診療放射線技師のみで検査を完結させている。それに伴い診療放射線技師も男性3名、女性2名のチームとしCTCに取り組みようにした。

また、CT、MR検査の患者の待ち時間の間にアンケートを実施した。その結果、CTCの検査について恥ずかしいということで検査を受けることに抵抗を感じるという回答が多数あった。当院でCTCの件数を増加させるために、当院は施設認定を取得し大腸CT認定技師が在籍していること、また、デリケートな検査であり、女性患者には女性スタッフが対応するため不安や恥ずかしさに対して也十分配慮し、検査を行なっていることなどを添付文書に記載し案内を他院に送付した。

【結果・考察】タスクシフトを行うことで他職種の業務負担の軽減が可能となった。加えて患者への配慮を明確にした検査体制を整備し他院へ周知したことでCTCの信頼性が向上し、紹介検査件数増加につながった。以上より本取り組みは業務効率化と検査件数増加の両立に有効であったと考えられた。

SP1-7 当院超音波検査室におけるタスクシフト・ワークシェアの現状

日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部¹⁾、日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野²⁾
○木村 琴乃¹⁾、韭澤 澄恵¹⁾、小川 真広²⁾

【目的】タスクシフト・シェアリングとは医師の働き方改革の一環として医療法等の改正により進められている業務の移管等を示すものである。「医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化」について、各施設で取り組み方には温度差があるといわれている。このような背景の中で当院の超音波検査室での現状を報告する。

【方法】当院における臨床検査技師のタスクシフトの導入と現状について以下の項目について報告する。1. 2025年12月までの資格取得状況、2. 超音波室におけるタスクシフトの現状、3. タスクシフトで得られた効果。

【結果】1. 超音波検査室の常勤の検査技師は7名。スタッフ全員が厚生労働大臣指定講習会を終了している。検査室全体では75%。2. 超音波造影剤の調整、ルートの準備、造影前の超音波検査の実施、造影剤の注入、抜針は全員が実施しているが、末梢静脈路の確保や造影超音波検査の実施は一部で実施している。3. 造影剤注入を介助することにより医師が画面に集中できるため、検査の質が向上し、や検査時間が短縮された。検査技師視点では、造影超音波検査の知識やスキルが向上した。

【結論】検査の質の向上や待ち時間の短縮につながることで医師、技師、被検者にとって有益と考えられた。

SP1-8 全国拠点を結ぶ遠隔読影体制と技師教育を通じた超音波検査精度向上の取り組み

日本予防医学協会
○金子 真大, 石川 豪

当会は1960年の創立以来、がん検診を中心に全国で健診事業を展開し、1989年には消化器超音波検診を導入した。全国規模での健診事業において判定精度の均一化を図るため、従来はフィルムや手書きレポートを郵送し専門医が読影を行っていたが、輸送や人手に伴う時間的・経済的負担が課題であった。そこで、腹部超音波検診判定マニュアル（カテゴリー分類）を基盤としたデジタルレポートシステムを開発し、東京・名古屋・大阪・博多の4拠点を結ぶ遠隔読影体制を構築した。読影は東京本部に集約され、日本超音波医学会認定専門医・指導医が一括して実施することで、全国で均質な判定基準と高精度な診断を実現している。開発には検査技師・医師だけでなく、情報処理・品質管理・事務部門が協働し、運用負担とコスト削減を両立した。本システムでは、読影医が検査技師の撮像画像に対してコメントやアドバイスを残すことができ、技師は次回検査に反映することで撮像技術を継続的に改善できる教育的フィードバック機能を備えている。また月1回開催される各支部の技師、読影医が参加するWeb meetingでは、症例検討やショートレクチャー、技術相談を行い、技師が専門医と直接意見交換できる環境を整え、相互学習を実践している。これらの取組は、技師の技能向上のみならず、支部間の情報連携や学会発表への発展にもつながっている。今後は巡回健診においてもデジタル画像運用を拡大し、前回画像や過去読影コメントを活用することで、継続的な精度管理と教育基盤の強化を図る。遠隔読影と教育を両輪とした本取組は、消化器がん検診における次世代医療者育成モデルとして全国への波及が期待される。

SP1-9 教育・研修体制と役割明確化を基盤とした多職種連携による次世代消化器がん検診医療者育成

宇陀市立病院
○赤羽たけみ

【目的】消化器がん検診の質と持続性を高めるには、次世代の検診医療者育成と、多職種が専門性を活かして協働する体制が不可欠である。本発表では、肝炎対策を基盤とした多職種連携の実践を通じ、教育・研修体制の整備、専門性の認定、役割分担の明確化が、消化器がん検診における要精検者対応や受診率向上にどのように応用できるかを検討する。

【実践内容】当院では多職種による肝炎チームを設立し、県主催の養成研修を受講して肝炎医療コーディネーター（Co）認定を取得した医療者が、順次チームに加わる仕組みを構築した。院内外研修会・セミナーへ定期参加し継続教育を行うとともに、活動内容は学会等で発表し知見の共有と普及を図っている。また、カンファレンスで得られた課題を研修内容へ還元し、Co取得希望者への情報提供や参加促進を行うなど、後進育成にも取り組んでいる。2025年からは院内の多職種連携委員会内に肝炎対策委員会として組織化し、継続的に運用できる体制を整備した。月1回のカンファレンスを開催し、検査陽性者対応フローを整備して職種ごとの役割を明確化した。これにより、検査受検勧奨、陽性者の拾い上げ、専門医受診への導線構築、治療導入支援、治療後フォローまでを一貫して支援している。さらに市民向け啓発として、市民講座での肝炎・肝がん予防に関する講話、院内イベントでのポスター掲示やリーフレット配布、スポーツイベント等でのブース出展による受検勧奨を継続している。健診データから肝機能異常者を抽出して受診勧奨する仕組みも整備した。

【考察・結論】検診・健診データを起点に、多職種がフローに沿って役割を担い、受診勧奨から受療、継続フォローまでを一貫支援する本モデルは、消化器がん検診における要精検者の受診勧奨、追跡管理、未受診者への介入、地域内連携の標準化にも展開可能である。委員会組織として位置づけ、教育・研修に基づく認定人材が役割明確化のもとで実践する仕組みは、次世代育成と地域完結型検診体制構築の実践モデルとして有用と考えられる。

特別企画 2

「胃内視鏡検診マニュアル2024を検証する－課題と今後の展望」

2024年に発刊された『胃内視鏡検診マニュアル2024』は、現場における実務指針として広く活用されている。しかし、運用面での課題や検証すべき論点も浮かび上がっており、特に検診結果の報告区分が4区分から3区分に変更されたことによる、食道がん等の「胃以外の悪性腫瘍」を「胃がんなし」とする取扱いについてなど、議論が活発化している。また、背景胃粘膜診断や画像強調内視鏡の使用方法、機器洗浄についても課題が指摘されている。本セッションでは、これらの課題を整理し、マニュアルの実際の適用状況を評価するとともに、今後の改善や発展的活用の方向性について議論を深めることを目指す。さらに、実臨床における導入経験や地域差、現場で直面している課題、教育面での取り組み、精度保証、リスク層別化と検診間隔など、実地からの意見を広く求め、10年後を見据えた胃がん内視鏡検診の方向性について、多職種の立場から活発な議論が展開されることを期待する。

司会：安田 宏（聖マリアンナ医科大学病院 健康診断センター）
小田 丈二（こころとからだの元氣プラザ 内視鏡検査部）

基調講演1：雑賀 公美子（佐久総合病院 佐久医療センター 総合医療情報センター）

基調講演2・コメンテーター：加藤 勝章（宮城県対がん協会 がん検診センター）

SP2-1 クラウド型AI網羅性フィードバックを用いた非内視鏡専門医による胃内視鏡検診の精度管理—胃内視鏡検診マニュアル2024の実装に向けた取り組み—
聖マリアンナ医科大学病院 内視鏡センター¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 内視鏡センター／消化器内科³⁾
○松森 智子¹⁾, 塚本 京子²⁾, 前畑 忠輝³⁾

【目的】胃内視鏡検診マニュアル2024では、対策型胃内視鏡検診における標準化・精度保証の重要性が強調されている。しかし、実際の検診現場では、非専門医が検査を担わざるを得ない施設も多く、撮影の網羅性担保や撮影手技の教育が課題である。当院ではクラウド型網羅性評価AIを用いたフィードバックを導入しており、その実装状況を解析しマニュアル2024の適用上の課題を検討した。
【方法】上部消化管内視鏡検査施行歴1年以内の非専門医2名が上部消化管内視鏡検査を実施した検査についてAI (gastroBAS EscreeningX, 株式会社AIM社製)を用いて網羅性チェックを行った。非専門医を以下の2群に分け、教育的介入を実施し、介入前後の網羅性を比較した。AI群: AIによる網羅性評価を非専門医自身で確認、学習する。指導医群: AIによる網羅性評価は確認せず、消化器内視鏡学会指導医が網羅性に関して撮影画像を確認、指導する。
【成績】AI群において、教育的介入前後の網羅性が73%から78%へ改善する傾向がみられ (P=0.164), 指導医群においては77%から86%へ有意に改善した (P=0.010)。AI群では検査時間短縮傾向を示した一方、指導医群では検査時間・撮影枚数とも有意に増加した。
【結論】クラウド型AIによる網羅性評価は非専門医による胃内視鏡検診の観察の偏りの「可視化」には有用であったが、網羅性の実質的改善には撮影方法を含む指導医の直接指導が重要と考えられた。AIによる可視化と指導医指導を組み合わせたハイブリッド型精度管理体制は、胃内視鏡検診マニュアル2024が掲げる標準化・精度保証の実装における現実的かつ有効な解となる可能性がある。

SP2-2 胃がんに関する検診の2次読影における静止画AIの導入
マルククリニック横須賀¹⁾, 山形医院²⁾, 福島県立医科大学 放射線健康管理学講座³⁾
○水野 靖大¹⁾, 山形 寿文²⁾, 齋藤 宏章³⁾

【目的】横須賀市は胃がんリスク層別化検診を行なっている。B, C, D群は、精密検査として上部消化管内視鏡検査 (以降、胃カメラ検査) に進む。胃カメラの画像は医師会に集められ、精度担保のために2次読影が行われる。このため精密機関には画像を持参する負担があった。また、提出は画像データが基本だが、写真を提出する機関もあり、その場合は写真の枚数が不十分である場合が多かった。現状を踏まえ、精密機関の負担軽減および2次読影の精度向上のためにクラウドでのデータ授受およびAIの利用を行なった。
【方法】2025年6月より全57精密機関を対象にAIメディカル社のgastro BASEの運用を計画した。gastro BASEは胃カメラデータを、医療機関のPCからクラウドにアップし、2次読影医はそれぞれの端末からも読影できるシステムだが、横須賀市では読影は医師会に参集して行う。gastro BASEには網羅性評価AIおよび品質評価AIが搭載されており、さらに研究目的に限るが病変検出AIも使用できる。
【結果】4機関はクラウドへのアップ操作を嫌って、精密機関を辞退した。操作に関して、迷う医師もいたがコールサービスを利用して問題なく行えた。写真を提出していた医療機関も、クラウドにアップする形式だと撮影画像を全て提出するようになった。病変検出AIは、概ね好意的に受け止められているが、一部拾いすぎを指摘する意見もあった。病変検出AIの役割に関して、読影医間で理解に違いが見られた。また、ペーパーレスを目指したが、行政が専用の用紙を要求し、今はクラウド内の結果連絡票に記入しつつ紙にも記入するという煩雑な形式になっている。
【結語】横須賀市では2次読影の負担軽減、読影精度向上を期待してgastro BASEを導入した。概ね問題なく導入は可能であった。今後、AIリテラシーの向上に向けて講演会が必要と考えられる。また、ペーパーレスに向けて行政に働きかけていくことも今後の課題である。

SP2-3 横須賀市における中学生ピロリ検診の現状と課題—除菌成功率の推移と今後の展望—
医療法人寿優会 山形医院／横須賀市医師会¹⁾, 福島県立医科大学 放射線健康管理学講座／相馬中央病院 内科²⁾, マールクリニック 横須賀／横須賀市医師会³⁾
○山形 寿文¹⁾, 齋藤 宏章²⁾, 水野 靖大³⁾

【目的】*H. pylori*感染は胃癌最大のリスク因子であり、若年者の検診と除菌は胃癌予防策として期待されている。横須賀市では2019年度より、中学2年生を対象とした公費負担によるHP検診および除菌治療を実施してきた。本研究では除菌成功率の低さや薬剤耐性の問題、今後の検診体制のあり方や課題を検討した。
【対象または方法】2019年から2021年に横須賀市内の中学2年生 (対象9,879名)を対象とした。学校検診時の検体を用いた尿中抗体検査を行い、陽性者には尿素呼吸試験 (UBT)を実施した。除菌治療は、一次除菌としてクラリスロマイシン (CAM)を含む3剤併用療法 (PAC)を行った。除菌不成功例に対するメトロニダゾール (MNZ)を用いた二次除菌 (PAM)については、小児適応や保険診療上の制約を考慮し、対象者が高校生 (16歳)に達してから実施した。
【成績または結果】一次検査受診者は6,270名 (受診率63.5%)、HP感染確定者は73名、感染率は1.2%と低率を示した。一次除菌成功率は52.9% (37/70例)と低率にとどまった一方、二次除菌の成功率は94.7% (17/18例)と良好であった。また、家族調査では陽性者の家庭48.5%にHP陽性者が存在し、家族内感染の関与が裏付けられた。
【考察】PAC療法による除菌成功率が約5割と著しく低い点は課題である。これは若年層におけるCAM耐性菌の蔓延を示唆している。MNZを用いた二次除菌は有効だが、待機期間によるドロップアウトのリスク管理が求められる。また、感染率の低下に伴い、中学2年生全員を対象とした現在の公費検診モデルを将来的に維持することは困難になりつつある。さらに、除菌後も胃粘膜の評価や発癌リスクを監視するために、定期的なフォローアップ体制への移行が不可欠である。本事業で得られた貴重なデータを継続的に蓄積・解析し、将来の胃癌撲滅に向けた、より効率的で持続可能な検診・管理システムを構築する必要がある。

SP2-4 胃がんリスク層別化検診参加者の胃がん発生の追跡: 横須賀市の検診データと神奈川県がん登録事業を用いたデータ分析
福島県立医科大学 放射線健康管理学講座／相馬中央病院 内科¹⁾, 横須賀市医師会／マルククリニック横須賀²⁾, 横須賀市医師会／山形医院³⁾
○齋藤 宏章¹⁾, 水野 靖大²⁾, 山形 寿文³⁾

【背景と目的】近年、効率的な胃がんスクリーニングのためのリスク層別化が議論されている。神奈川県横須賀市では2012年よりABC分類 (血清ヘリコバクター・ピロリ抗体とペプシノーゲン比)によるリスク層別化と内視鏡検査精密検査を組み合わせた胃がん検診を実施している。本研究では検診参加者データをがん登録情報で追跡を行うことにより胃がん発生の実態解明を試みた。
【方法】2012年から2023年に検診を受けた横須賀市住民54,259名 (40～74歳)を対象とした。参加者はA群 [*H. pylori*陰性／ペプシノーゲン陰性]、B群 [*H. pylori*陽性／ペプシノーゲン陰性]、C群 [*H. pylori*陽性／ペプシノーゲン陽性]、D群 [*H. pylori*陰性／ペプシノーゲン陽性]に層別化され、内視鏡検査は高リスク群 (B～D群)にのみ推奨した。検診参加者を神奈川県立がんセンターのがん登録データと照合し胃がん発生の追跡をおこなった。
【結果】参加者の分布は、A群・D群がそれぞれ60.9%, 23.9%, 13.1%, 2.1%であった。胃癌583例 (A群: 69例, B-D群: 514例)を同定した。発生率は1,000人年当たり0.29 (A群)および3.0 (B-D群)であり、A群に対するB-D群の胃がん発生率比 (IRR)は10.6 (95%信頼区間: 8.2-13.6)であった。B-D群において、検診参加後に除菌が実施された場合、除菌非実施群と比較して癌リスクが低下した (IRR 0.53; 95%信頼区間: 0.42-0.67)。
【結論】本研究は自治体に導入された胃がんリスク層別化検診の実際の胃がん診断状況を明らかにした。内視鏡検査資源を高リスク群に重点的に配分することは、胃癌対策において臨牀的に有効な戦略であり、今後の効果的な検診戦略策定に有用な結果と考える。

SP2-5 *H. pylori*低感染時代における胃がん内視鏡検診戦略の費用対効果分析

昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター¹⁾、湘南鎌倉総合病院 消化器病センター²⁾、北里大学病院 消化器内科³⁾
○石橋 史明¹⁾、市田 親正²⁾、草野 央³⁾

【背景】2024年に改訂された胃内視鏡検診マニュアルでも、胃がん内視鏡検診は50歳以上を対象に2年毎の実施が推奨されている。数値シミュレーションにより、検診対象者における*H. pylori*感染率が低下した現代および将来において最適な検診戦略を、費用対効果の観点から検証した。

【方法】マルコフモデルを用いて、*H. pylori*感染の各段階（未感染、現感染、除菌後）と腸上皮化生形成を相互循環するモデルを作成し、各段階からの胃癌発生と発育進展をシミュレートした。*H. pylori*感染率はモデルを構成する仮想集団の出生年別に規定した。各種検査や胃癌治療にかかる諸費用の総和と、健康状態（quality-adjusted life year: QALY）を測定尺度とした。検診開始年齢を50/55/60歳、間隔を2/3/4年ごと、終了年齢を80歳とした9種類の戦略の費用対効果を、2025/2030/2035年の各年代におけるシナリオで比較した。戦略間の総費用の差をQALYの差で割り返した増分費用対効果比（ICER）が低い戦略ほど費用対効果が良好と規定した。

【結果】どの年代のシナリオでも、60歳/4年間隔の戦略が最安かつ最も有効性の低い戦略であり、50歳/4年間隔の戦略が最も費用対効果が良好であった。さらに、確率的感度分析として実施したMonte Carloシミュレーションの結果からも、50歳/4年間隔の戦略が最も費用対効果は良好であった。しかしながら、同じ50歳/4年間隔の戦略でも、2025年現在と比較して2030年、2035年のシナリオでICERは段階的に上昇し、費用対効果は低下した（ICER: 4609円, 5131円, 5796円/QALY）。

【結論】費用対効果の観点からは、50歳/4年間隔の戦略が最適であった。しかしながら、*H. pylori*感染率がさらに低下する5年後、10年後には同じ戦略でも費用対効果は段階的に低下するため、時代に応じた検診戦略の策定が必要である。

SP2-6 食道がんの胃内視鏡検診への影響

新潟県労働衛生医学協会 プラカ健康増進センター／新潟市医師会¹⁾、新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科²⁾
○成澤林太郎¹⁾、小林 正明²⁾

【背景】「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2024」では「胃以外の悪性病変」が除外され、結果の判定が「3区分」から「4区分」となり、食道がんが「胃がんなし」に含まれることになった。しかしながら、食道がんは無視できない疾患であるため、食道がんの胃内視鏡検診への影響について検討した。

【方法】2003年から2022年まで、新潟市が医師会に委託した胃内視鏡検診データベースから、各年度の胃がん・食道がん発見率、要精検率・陽性反応適中度（PPV）の推移を検討した。

【結果】1. 受診者数：新潟市医師会による胃内視鏡検診は2003年から開始し、当初7,313人であったが、その後市町村合併等により増加した。2016年には37,018人になったが、それ以降は漸減した。2019年に検診間隔を2年に変更したため、受診者数は半減した。2. がん発見率：胃がん発見率は2003年が0.8%で、2006年がピークの1.1%であったが、それ以降は漸減し、近年は0.6%から0.7%になっている。一方、食道がん発見率は2003年の導入から0.1%前後で変化はなかった。3. 要精検率・陽性反応適中度：要精検率は導入当初10%以上であったが、年々改善し、2019年以降は5%台に留まっている。PPVも当初の4-6%から年々改善し、2016年以降は10%を上回っていた。感度分析により要精検率は減少し、PPVは増加したが、全体の傾向はほぼ同様であった。2022年成績について食道生検の有無別の要精検率・PPVを比較したが、統計学的な有意差はなかった。

【結論】精度管理の徹底により、要精検率は減少し、PPVの改善している。食道がん発見率はほぼ一定であり、食道観察により要精検率が増加するとは考えにくい。食道がんについても臨床的意義から記録・追跡調査を行うべきである。

SP2-7 地域がん登録データに基づく食道がん罹患率のトレンド

国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部
○細野 覚代、小林 望

【背景】2016年度から対策型検診として胃内視鏡検査が実施可能となり、2022年度には約118万人が受診した。胃内視鏡検査では胃がん以外の病変もしばしば発見される（偶発所見）。胃内視鏡検診の偶発所見において食道がんは稀であるが、重要度は非常に高い。

【目的】福井県がん登録の公開データを用いて、胃内視鏡検診導入前後の食道がん罹患率の推移を検討する。

【方法】福井県がん登録の資料より2007-2019年度に診断された50-74歳の食道がん（上皮内がんを含む）を解析対象とした。1985年モデル人口を基準として年齢調整罹患率を算出した。Joinpoint 回帰分析を用いて年齢調整罹患率の経時的变化を解析し、年平均変化率（APC）および95%信頼区間（CI）を算出した。有意水準は両側5%とした。また、がん登録から進行度分布と発見経緯、日本消化器がん検診学会全国集計をもとに食道がん発見率（2015-2021年度）も検討した。

【結果】解析期間中に福井県がん登録に登録された食道がん症例は958例であった。年齢調整罹患率は解析期間中一貫して有意な増加傾向を示した（APC=3.70%/年, 95% CI=1.30-6.35, P=0.0044）。2016年に対応する有意な変曲点は認められなかった。進行度分布は「上皮内」が6.8%（2007年）から10.7%（2019年）、「限局」が24.7%（2007年）から51%（2019年）に増加した。がん検診・健診・人間ドックによって発見された割合は8.2%（2007年）から15.4%（2019年）に増加した。食道がん発見率は内視鏡検査1万件あたり3.66（2019年）であった。

【考察】近年食道がんは増加傾向であるが、高齢化や生活習慣の変化、胃内視鏡検査件数の増加など様々な要因が関与していると考えられる。

【結語】胃X線検診から胃内視鏡検診への移行が進んでいるため、食道がん罹患率の推移を注視していく必要がある。

SP2-8 胃がん検診マニュアル2024年改訂版に関する内視鏡医の意識からの提言

青森県総合健診センター¹⁾、茨城県メディカルセンター／水戸市医師会²⁾、聖マリアンナ医科大学病院 健康診断センター³⁾
○下山 克¹⁾、斎藤 洋子²⁾、安田 宏³⁾

【目的】対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2024改訂第2版では、検診の運用が4区分から3区分へ変更され、さらに*H. pylori*胃炎、画像強調について記載がないなど、内視鏡検診の現場では混乱がある。マニュアル第2版と内視鏡医の意識の隔たりとその程度を明らかにするため、内視鏡検診施行医にアンケートを行った。

がん研有明病院平澤俊明先生の内視鏡医向けのメールマガジンを利用し、インターネットのGoogleフォームを用いて令和7年10月13日～25日にアンケートを実施した。

【結果】309名の医師から回答を得た。上部消化管内視鏡経験年数は89.7%が10年以上であり、日本消化器内視鏡学会専門医は85.1%、日本消化器病学会専門医は73.1%、本学会総合認定医は11.3%であった。改訂第2版の内容について、「ほぼ把握」「ある程度把握」を合わせると40.1%、「判行を知らない」が30.4%であった。判定区分については、改訂前の4区分（「胃がん以外の悪性病変」あり）と改訂後の3区分（同なし）については、4区分がよいが86.6%であった。食道がんが疑われた場合に「生検すべき」とした者も85.4%であった。また、92.6%が背景胃粘膜診断についての記載が必要と回答し、95.1%が受診者に*H. pylori*胃炎について説明すべきと回答した。LCI、NBI/BLについては、85.1%が「積極的に活用すべき」としたが、「白色光のみでよい」は9.1%であった。

【結論】食道がん等の「胃がん以外の悪性病変」を「胃がんなし」に統合した3区分は、地域保健健康増進事業報告では問題ないが、内視鏡医は食道がんなど他の悪性疾患も発見すべく検査を行っている。内視鏡医が必要と感じている*H. pylori*胃炎、画像強調については、各医師の裁量に委ねるのではなく、最新のエビデンスを引用して解説すべきであった。改訂第2版は内視鏡医の意識、受診者の利益からの視点が不足していると考えられた。

SP2-9 胃内視鏡検診マニュアル2024の課題と今後の展望-胃内視鏡検診実施自治体へのアンケート結果も含めて-

萩原内科医院／前橋市医師会¹⁾、群馬県健康づくり財団／前橋市医師会²⁾、えはらクリニック／太田市医師会³⁾
○萩原 廣明¹⁾、茂木 文孝²⁾、江原 浩司³⁾

【はじめに】胃内視鏡検診では多くの胃がんとともに、咽頭がん、食道がん、十二指腸がん、なども見つかり、前橋市胃内視鏡検診でも毎年数例～10数例の食道がんが発見されている。そういった「胃がん以外の悪性腫瘍」は胃内視鏡検診マニュアル2017では胃がんとは別に分類されてきたが、胃内視鏡検診マニュアル2024においては胃がんなしの中に分類されることになった。したがって、今後マニュアル2024に従って検診結果の集計を行っていくには、データベースの一部手直しと受診者への結果報告書の修正も必要となってくる。そこで今回、群馬県内で多施設胃内視鏡検診を導入している医師会と結果集計を行っている市町の胃がん検診担当者に胃内視鏡検診マニュアル2024について電話アンケートを実施した。

【結果】県内で多施設胃内視鏡検診を実施している27市町の11医師会の胃がん検診担当者と集計を行っている自治体の胃がん検診担当者から回答を得た。その結果は、11医師会すべてが今まで通りの4分類で集計しており、今後も10医師会では従来通りの4分類で集計する、1医師会は今和8年度までは従来どおりで集計し、それ以降については今後検討する予定との回答だった。変更しない理由としては、データベースの変更が必要となり相応の費用がかかること、医師会の胃がん検診精度管理担当医師から変更しないことを強く要望されたこと、だった。

【結語】胃内視鏡検診マニュアルが改訂されたことを各自治体の胃がん検診担当者は認識していたが、県内の胃内視鏡検診実施自治体では従来の4分類で集計を行っており、今後も変更なく継続されていくと考えられた。胃内視鏡検診の主目的は胃がんの発見であるが、同時に「胃がん以外の悪性腫瘍」や「胃がん以外の病変」も多く発見される。したがって、胃がんの1.5次予防としてのHp感染診断（除菌）も含めた上部消化管内視鏡検診として実施していくことが適切なのではないだろうか。

SP2-10 「胃内視鏡検診マニュアル2024」を受けた胃以外の臓器への同時生検への対応 ～八王子市の対策型検診の現場から～

東京医科大学八王子医療センター
○中村 洋典

「胃内視鏡検診マニュアル」が改訂され、咽頭がん・食道がん・十二指腸がんなど、従前「胃部以外の悪性腫瘍」と区分した診断は、「胃がんなし」と取り扱うこととされた。また、胃がん以外の悪性腫瘍を疑う所見を確認した場合には、検診実施時の同時生検は行わず、胃がん検診としての検査完了後、別途、追加検査の必要性を受診者に説明し、臨床上必要な措置を取ることが推奨された。今回の改訂では、胃内視鏡検診は、胃がんによる死亡率減少効果が目的であり、正しいプログラムに則って成果を得られる科学的根拠は、胃部のみであることが改めて示されたものと理解する。東京都八王子市では、2018年度より胃がん検診において胃内視鏡検査を導入した。当初より、対策型胃がん検診の趣旨に則り、胃部に焦点を当てた診断、生検集計を行ってきた。その結果、検診開始から5か年の成果を胃内視鏡検診委員会としてまとめた拙稿において、胃部生検実施率は4.9%と報告したところである。一方で、胃部以外の所見については、検診委員会として診断を示しつつ、検査医が疾患に応じた事後指導を行うこととしている。また、胃部以外の同時生検については、従前のマニュアルを参考に、腫瘍性病変が疑われる場合のみ実施可としてきた。今後は、新たなマニュアルに準拠し、胃以外の臓器へ同時生検は避け、別途保険診療で対応することが進むべき方向と考える。ただし、方針転換にあたっては、臨床の現場で検診を実施する検査医との共通認識、また受診者である市民への丁寧な説明が必要である。胃内視鏡検診委員会の方針を定め、検診実施医療機関への周知、共有を図る八王子市の取組を発信する。

SP2-11 胃がん検診マニュアル2024年改訂版：課題と提案

茨城県メディカルセンター／水戸市医師会¹⁾、青森県健診センター²⁾、新潟県労働衛生医学協会 プラウカ健康増進センター／新潟市医師会³⁾
○齋藤 洋子¹⁾、下山 克²⁾、成澤林太郎³⁾

【背景】2016年の指針改定後、対策型胃内視鏡検診システムがようやく地域に定着してきたが、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（以下、マニュアル）の2024改訂第2版は、その作成過程や内容に複数の課題があり、現場に混乱を来している。2024改訂版に対し、要望書を学会本部に提出した。

【方法】2017年版と2024年版のマニュアルを比較し、1）作成経緯、2）科学的根拠の更新、3）判定区分の妥当性、4）検診実務者と自治体間の情報連携の観点から検証を行った。

【結果】2024年版は1）最近の研究のシステマティックレビューを欠き、エキスパートオピニオンベースで作成されている。作成過程が不透明であり、厚労科学研究費精度管理研究班の報告書などからも作成経緯をたどることはできない。さらに、パブリックコメント収集期間が1週間と短く、実務者の意見が十分反映されていない。2）最近10年間に公表された科学的知見、特に、*H. pylori*胃炎と胃がんの関係や画像強調内視鏡技術等の最新エビデンスが十分に引用されていない。3）判定区分が4区分から3区分へ簡略化され、食道がん等の「胃がん以外の悪性病変」が「胃がんなし」に統合された。食道がんの発見は臨床的に意義があるが、内視鏡検診にとって、現段階では利益・不利益の判断は明確ではない。地域保健健康増進事業報告では3区分で問題はないが、食道がん発見の記録を任意としたことは、偶発的所見（Incidental Finding）の記録、保存を困難にし、今後の検診の運用改善や研究の利用、受診者対応に不均衡を生じさせる。4）本来の対象者である内視鏡検診の実務者向けの情報と、自治体向けの事務情報が混在し、理解しづらい構成となっている。

【結論】本マニュアルは検診の運用に影響を与えるため、改善が必要である。内視鏡検診実務者の意見を尊重し、透明化されたプロセスのもとで、最新の科学的根拠に基づき、速やかに更新あるいは補綴されるべきである。

特別企画 3

「データ連携による消化器がん検診の質向上と効率化への挑戦」

日本の消化器がん検診は1960年代からバリウムによる二重造影法、便潜血免疫法など世界をリードする形で行われてきたが、胃癌、大腸癌の75歳未満年齢調整死亡率は先進国7ヶ国中最も高い状況である。現役世代の多くを占める職域検診を含めた組織型検診、検診と医療データの連携などの実現により、受診率の向上やアウトカムに基づく評価の実現が急務である。

そこで、本セッションでは、厚生労働省の第4期がん対策基本計画で掲げられた「組織型検診」の実現に向け、データ連携の在り方を中心に議論を展開したい。マイナンバー制度、全国がん登録、電子カルテの標準化、EHR（電子健康記録）の普及など、検診と医療をつなぐインフラ整備が進展しつつあり、これらを活用した制度横断的なデータ連携に注目が集まっている。これにより、受診勧奨の最適化、精密検査の確実な実施、診断後の支援や生活支援までを含めた包括的な対応が可能となることが期待される。本セッションでは、制度、技術、現場の3つの視点から、データ連携による検診の質向上と効率化の可能性およびその課題について多角的に検討する。検診と医療の連続性を担保する新たな挑戦として、今後の実装に向けた具体的な方策とその将来像を議論する場としたい。

司会：間部 克裕（まべ五稜郭消化器・内視鏡クリニック）

高橋 宏和（国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部）

基調講演・コメンテーター：

松田 智大（国立がん研究センターがん対策研究所
がん登録センター・国際政策研究部）

SP3-1 自治体検診DXを利用した日本式組織型検診の可能性

北海道対がん協会札幌がん検診センター
○加藤 元嗣, 津田 桃子, 松本 美櫻

【背景】日本の胃がん検診は1983年からで、韓国では1999年から始まり2002年に全国民に拡大された。韓国は組織型検診で受診率は約78%、内視鏡検診が90%を占める。一方、日本の受診率は推定値では韓国より30%低く、内視鏡検診の割合は約20-30%と推測される。韓国の胃がん死亡率は1985年の57.6人から急速に低下し、2012年には日本を追い越して2019年には7.1人に低下した。また、韓国の胃がん5年生存率は1995年の43.9%から2019年の77.5%へ上昇し、日本の65%を凌駕した。日本と異なり韓国では胃がん検診の効果が現れている。高受診率には1国1プログラムの組織型検診が重要で、中央登録によって個別の受診勧奨と再勧奨ができる。日本独自のがん検診体制は対策型、職域、任意型からなり、報告義務があるのは健康増進法に基づく対策型の住民検診のみで、職域と任意型の実態は不明で正確ながん検診受診率さえ明らかにできない。

【現状】がん対策基本計画第4期の取り組みべき施策として、受診率向上に向けてがん検診受診率をより正確かつ精緻に個人単位で把握することができるように、法的な位置付けも含めがん検診全体の制度設計を検討するとしている。国は医療DXとしてPMH (Public Medical Hub) を構築して予防接種・母子保健が先行し、自治体検診DXもR11の本格稼働を目指してR7年度より推進モデル事業が開始された。自治体検診事務のデジタル化、検診情報のデータベース構築、公的DB等との連結、検診情報の政策研究等への活用を目指している。職域のがん検診情報についても市町村が自己申告を調査する方針になった。

【対策案】職域のがん検診情報の自己申告では中途半端な情報にしかないと考えられる。日本式組織型検診は現状のがん検診システムを維持したままで、対策型、職域、人間ドックのすべてのがん検診情報を把握するには、検診実施の医療機関から集めるのがベストと考える。マイナンバーでの登録、本人同意の有無、検診機関と検診DXとのアクセス、登録検診機関のインセンティブなどの課題を提示する。

SP3-2 医療DXの推進に向けた国の取組

厚生労働省医政局参事官 (医療情報担当)
○木下 榮作

SP3-3 協会けんぽの保健事業の取組について

全国健康保険協会 本部 保健部 保健企画グループ／システム部
IT戦略推進室 (現 東京支部 企画総務部)
○園川 太郎

全国健康保険協会 (以下、「協会けんぽ」という) では高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、特定健康診査等実施計画を定め、本部と支部が連携し、協会けんぽの中期計画である保険者機能強化アクションプランのもと、特定健診及び特定保健指導の実施率向上の取組を進めている。特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、がん検診の検査項目も含む生活習慣病予防健診を35歳以上の被保険者に、40歳以上の被扶養者を対象に特定健診を実施しており、現在に至るまで実施率は堅調に伸びているが、特定健康診査等基本指針で示された2029年度の実施率目標 (特定健康診査70%、特定保健指導35%) を達成するには、更なる実施率の向上が急務である。

これまで健診の自己負担の軽減やオプション検診の充実などの取組を行い、その後の特定保健指導に注力してきたが、医療費の適正化や加入者の健康の保持・増進を推進していくうえでは、就労等により生活習慣が大きく変化する20代から早期に健康意識の醸成を図り、加入者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組を定着することが重要である。また、健診費用の補助や特定保健指導だけでなく、重症化予防対策として健診受診後のフォローアップも保険者に期待されているものであり、現在実施している高血圧・高血糖・脂質異常の者に対する医療機関への受診勧奨に加え、がん検診の検査項目においても受診勧奨を充実していくことが求められている。

そのため、現役世代への取組をより一層推進する観点から、若年者に対する健診や人間ドック健診への補助の創設、被扶養者の健診の拡充、新たな重症化予防対策の実施等を中核とする「保健事業の一層の推進」について、令和7年度から令和9年度にかけて段階的に実施することとしている。

今回は、協会けんぽにおける保健事業の取組状況や「保健事業の一層の推進」の概要、DXの取組についてご紹介する。

パネルディスカッション：上部 「胃がん検診の新たな挑戦－10年後を見据えて」

ヘリコバクター・ピロリ感染率の低下に伴い、除菌後や未感染の世代が胃がん検診の対象となる時代が到来している。こうした疫学的な背景の変化を踏まえ、今後の胃がん検診では、対象者の層別化、検診間隔や対象年齢の再検討、検診方法の選択、精度管理の高度化などが重要な課題となっている。本セッションでは、未感染者の検診間隔、除菌後のリスク評価、検診方法の選択とタイミング、X線検診・内視鏡検診の現場が抱える諸問題、リスク層別化に基づく個別化検診の可能性など、検診現場の実状と制度の運用と将来、両方の観点から多角的に議論する場としたい。検診医療機関・自治体レベルでの検証研究、精度管理の実践と課題、疫学データやモデル構築に基づく提言など、幅広い視点からの演題を広く募集する。

司会：鎌田 智有（川崎医科大学総合医療センター 総合健診センター）

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）

PD上部-1 宮城県における胃内視鏡検診の広域一元管理体制構築の取り組み

宮城県対がん協会がん検診センター

○千葉 隆士, 浅沼 清孝, 加藤 勝章

本発表では、当協会が構築した胃内視鏡検診の精度管理を広域一元管理するシステムについて報告する。胃内視鏡検診マニュアルでは、実施主体は運営委員会を設置またはノウハウを持つ検診機関等に委託し、胃内視鏡検診の精度管理にあたることを求めている。宮城県では、実施主体が運営委員会を単独で設置できない場合、自治体から当協会が委託を受け胃内視鏡検診の運営および精度管理を担っている。検診は、地域の検査機関での個別検診、当協会へのバス送迎による集団検診、または両者のハイブリッド形式で実施している。読影業務は当協会が読影管理センターとして集中管理しており、県内各検査機関は全内視鏡画像・読影レポート・生検病理結果・問診票をオンラインまたはUSBで当協会へ提出する。提出された検査データは、当協会のデータベースに各種検診データと連結した個人ファイルとして保存・管理される。ダブルチェックは読影医が1人で読影する遠隔読影方式で実施し、読影結果はデータ提出と逆ルートで検査医にフィードバックされる。全受診者の胃内視鏡検診と胃X線検診の画像を含む履歴データを連結して一元管理することで、受診状況の把握や、過去画像との比較読影が可能である。加えて、前年度の受診状況を確認し、胃内視鏡検診が2年連続申込となる受診者には当該年度対象外である旨を通知し、次年度検診受診へ誘導している。本県の胃内視鏡検診は2019年度に仙台市および大衡村で開始され、2025年度現在は8市16町村へと拡大した。受診者数は2019年度の9,547人から2023年度は15,694人へ増加した。胃がん発見率は0.66-0.89%、早期胃がん割合は86.7-95.3%、要精検率は5.36-5.92%、陽性反応適中度は12.3-15.5%と高い精度を維持している。今後も、受診者の適正な受診間隔と検診法の選択を支援し、精度の高い検診を受診できるよう、胃内視鏡検診と胃X線検診を広域一元管理できる精度管理体制の構築を目指している。

PD上部-2 胃内視鏡検診における偽陰性癌の検討を通じた精度向上への取り組みがん研究会有明病院 健診センター¹⁾, がん研究会有明病院 病理部²⁾○園田 隆賀¹⁾, 中島 寛隆¹⁾, 高松 学²⁾

【背景と目的】胃内視鏡検診（EGD検診）が普及しているが一定の割合で胃がんの見逃しが生じることが報告されており、精度向上のために偽陰性癌対策は不可欠である。偽陰性癌の要因は、撮影されているが認識できない「認識エラー（perceptual error）」と、病変が撮影されていない「撮影エラー（exposure error）」に大別される。本検討では当センターにおける検診結果を後方視的に分析し、偽陰性癌の特徴と発生要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2019年1月から2021年3月までに当センターで施行された任意型EGD検診20,945件において発見された胃癌病変を対象とした。癌発見から遡って3年以内に検診歴があるものを「偽陰性癌」と定義し、過去画像の見直しに基づき認識エラー群（P群）と撮影エラー群（E群）に分類し、初回の検診で発見されたコントロール群（C群）と比較検討した。検討項目は*H. pylori*（Hp）感染状況、内視鏡所見、病理組織学的所見とした。

【結果】期間中の癌発見率は0.39%（92病変）、偽陰性癌率は0.27%（62病変）であった。発見癌のうち最終病理組織学的所見まで確認できた90病変における偽陰性の内訳はP群48病変、E群13病変であり、*H. pylori*感染状況（現/既/未）はC群14（48.3%）/15（51.7%）/0（0%）とP+E群8（13.1%）/48（78.7%）/5（8.2%）、癌占拠部位（U/M/L）はC群5/11/13とP+E群9/17/35、深達度（M/SM/MP以深）はC群21/3/5とP+E群57/3/1であった。P群における主な偽陰性要因は、除菌後の地図状発赤に伴う平坦陥凹病変や色調差が乏しい病変であった。E群の要因は撮影の網羅性不足であった。

【考察】EGD検診における偽陰性の多くは認識エラーで特にHp除菌後胃の病変拾い上げに苦慮している現状が示唆された。偽陰性癌の低減には網羅的な撮影はもとより除菌後胃癌に対する認識能力の向上が不可欠である。今後はダブルチェックの徹底やAIによる診断支援システムの活用に加え、読影医のさらなる診断能向上が必要である。

PD上部-3 対策型胃内視鏡検診におけるクラウドシステムを用いた二次読影体制の構築と検証

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科

○井深 貴士, 清水 雅仁

【背景】対策型胃内視鏡検診は全国的に拡大しているが、ダブルチェック体制の確立が困難な地域も存在する。当科では2022年度に「岐阜県胃内視鏡検診サポートセンター」を設立し、クラウドシステム（富士フイルムASSISTA）を用いた遠隔二次読影支援を開始した。その運用実績を解析し、現状と課題を検討した。

【対象】2022～2024年度に担当した一都市の対策型胃内視鏡検診を後方視的に検討した。

【結果】胃内視鏡検診受診者はのべ6425人で、2022年度2256人、2023年度2459人、2024年度1710人であった。要精検率は2022年度7.1%、2023年度4.5%と有意に低下し（ $p<0.01$ ）、生検率は6.9%から4.4%へ有意に低下した（ $p<0.01$ ）。2024年度の要精検率は5.4%、生検率は4.9%で、2023年度と有意差を認めなかった。胃がん発見率は2022年度0.49%（11例）、2023年度0.32%（8例）、2024年度0.53%（9例）、陽性的中率は6.9%、7.2%、9.8%で有意差を認めなかった。生検の妥当性評価（不要と判断された割合）は、2022年度14.1%から2023年度6.1%へ有意に減少した（ $P=0.02$ ）。画像点検で改善必要と指摘された割合は、2022年度9.1%、2023年度8.9%、2024年度10.7%で有意差は認めなかった。項目別では、網羅性（60.2%、29.7%、39.4%）、画像条件（48.4%、54.0%、52.9%）、粘膜損傷（6.8%、2.5%、2.9%）、送気量（16.1%、19.8%、18.2%）、画像コマ数（8.1%、7.4%、4.1%）、前処置（9.9%、22.2%、14.7%）であった。網羅性および粘膜損傷の指摘は、2022年度から2023年度に有意に減少した（ $p<0.01$, $P<0.05$ ）。一方、前処置不良の指摘は2022年度から2023年度に有意に増加し（ $P<0.01$ ）、網羅性の指摘は2023年度から2024年度に有意に増加した（ $p<0.01$ ）。【結論】基幹病院によるクラウドシステムを用いた遠隔二次読影支援は、要精検率および生検率を低下させつつ、胃がん発見率および陽性的中率を維持し検診精度を向上させることと、画像点検体制において有用であることが確認された。マンパワー不足地域における胃がん検診を支援する上で有用なモデルといえる。

PD上部-4 内視鏡的胃粘膜萎縮に基づく胃癌リスク層別化の検討

—2010年から2022年までの大規模前向き観察研究

日本大学 医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野¹⁾, 東京大学 大学院医学系研究科 消化器内科/東京大学 医学部附属病院 予防医学センター²⁾, 東京大学 大学院医学系研究科 消化器内科³⁾○高橋 悠¹⁾, 山道 信毅²⁾, 藤城 光弘³⁾

【背景】胃癌は本邦において2023年におけるがん死亡数3位の対策が必要な疾患ではあるが、ピロリ菌感染者の減少などにより罹患率・死亡率ともに減少傾向にある。一方で対策型胃がん検診の方法は以前と変わっておらず、時代に即した検診方法の確立が求められている。

【方法】亀田幕張クリニックを2010年に受診し、上部消化管内視鏡検査を受けた11217人を対象に2022年12月までの胃癌発症を検討した。全例で血清ピロリ菌抗体価とペプシノゲン値を測定し、これらに基づく胃癌リスク層別化法（ABC検診）によりA群、B群、C.D群の3群に分類した。胃粘膜萎縮は木村竹本分類に基づきC0からO3の7段階に分類した。胃粘膜萎縮、ABC検診、年齢が50歳以上に基づき決定木を用いた機械学習で胃癌発症リスクの層別化を行い、カプランマイヤー法により累積胃癌発症率を比較した。

【結果】平均年齢51歳±9歳、男性6539人、女性4678人、A群6914人、B群2695人、CD群1608人、平均観察期間は7.0年±4.7年であった。胃粘膜萎縮に基づく胃癌発症率はC0:9人/7059人（0.1%）、C1:1人/350人（0.3%）、C2:6人/772人（0.8%）、C3:17人/1067人（1.6%）、O1:10人/727人（1.4%）、O2:8人/343人（2.3%）、O3:22人/899人（2.4%）（ $P<0.0001$ ）であった。決定木を用いて胃粘膜萎縮、ABC検診、年齢、性別で層別化を行うと、A群かつC0、A群かつC0以外、B群、CD群の4群に分類され、それぞれ胃癌発症率は0.06%、1.22%、1.57%、4.33%（ $P<0.0001$ ）であった。

【考察】累積胃癌発症リスクは胃粘膜萎縮、ABC検診で4群に分類された。A群かつ胃粘膜のない症例では胃癌発症リスクが極めて低く、検診間隔の延長が可能であることが示唆された。

PD上部-5 出生コホート別*H. pylori*未感染率と未感染者の胃癌リスク評価に基づく10年後の胃がん検診

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター¹⁾, 昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター²⁾, 北里大学 医学部 消化器内科学³⁾
○市田 親正¹⁾, 石橋 史明²⁾, 草野 央³⁾

【背景・目的】日本では*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 感染率が出生年代とともに低下しているが、未感染率の推移や未感染者の胃癌リスクは十分に定量化されていない。本研究では、1.出生年別*H. pylori*未感染率の変化、2.未感染者における胃癌のスクリーニング検出率・罹患率を系統的レビューとメタ解析で明らかにし、将来の検診戦略に資する知見を得ることを目的とした。

【方法】研究1:2010年1月～2024年6月の文献から、日本人の出生年別*H. pylori*未感染率を報告した研究をMEDLINE/EMBASEで検索した。9コホート、1930～2011年出生の46,490人を対象とした。研究2:2014年1月～2024年8月の文献から、スクリーニング内視鏡で未感染者の胃癌検出率・罹患率を報告した研究を抽出した。6研究（4コホート、2横断、計248,482例、胃癌96例）を対象とした。解析には一般化線形混合モデルを用いた。

【結果】研究1:統合した*H. pylori*未感染率は86.1%。出生年別では1940年31.9%、1950年38.6%、1960年51.9%、1970年72.1%、1980年80.2%、1990年87.4%、2000年94.3%と、1970年以降で急上昇していた。研究2:未感染者の胃癌検出率は0.029% (95%CI:0.006-0.137)、罹患率は1.40/10,000人年 (95%CI:0.61-3.23)と極めて低値であった。組織型別検出率は、胃底腺型胃癌0.017%、分化型腺癌0.004%、純粋印環細胞癌0.02%、未分化型癌(純粋印環細胞癌を除く)0.003%であった。浸潤癌の検出率は0.015%で、その80.6%が胃底腺型腺癌であった。

【結論】1970年以降出生の世代では未感染率が急増し、2000年出生では94%に達する。未感染者における胃癌発生はまれであり、特に浸潤癌は極めて少ない。今後10年で検診の中心となる1970～1980年代出生世代では、全員一律の検診ではなく、*H. pylori*感染者・既感染者を主対象としたリスク層別化検診への移行が求められる。未感染者については、検診間隔の延長や開始年齢の引き上げなど、より効率的な検診体系の構築が必要と考えられる。

PD上部-6 マイクロシミュレーションによる胃がん内視鏡検診戦略の最適化

昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター¹⁾, 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター²⁾, 北里大学病院 消化器内科³⁾
○石橋 史明¹⁾, 市田 親正²⁾, 草野 央³⁾

【背景】日本人の世代別ピロリ菌感染率を反映した仮想コホートを用いて、ヘリコバクター・ピロリ (HP) 感染率が低下する現代における効率的かつ有効な胃がん内視鏡検診戦略を決定することを目的とした。

【方法】1955年～2024年の出生者を個別に80年間追跡するマイクロシミュレーションモデルを構築した。1955年の出生者を10万人と設定し、その後の出生者数は人口動態統計にあわせて増減させ、1年経過ごとに人口構成を変化させた。また、出生年別HP感染率に従いHP感染者の割合も変化させた。事前に設定した世代別・ピロリ菌感染状態別の胃がん罹患率(分化型と未分化型の発生を別に規定)に従ってランダムに胃がんを発生させ、12種類の検診戦略(開始年齢50/55/60歳、検診間隔2/3/4/5年)適用後のアウトカムを比較した。アウトカムは胃がん1例を発見するために必要な検査数(NNT)、発生胃がん数に対する胃がん発見数(発見率)、発見時の臨床病期、胃癌特異的死亡率とした。

【結果】合計5,636,622人の臨床転帰を追跡した。モデルで発生した胃がん数は各戦略で24,510～24,736であった(罹患率0.437～0.440%)。内視鏡数は50歳/2年の戦略が最多で14,766,103回、60歳/5年が最少で4,408,113回であった。NNTも50歳/2年が最大で936、60歳/5年が最小で298であり、開始年齢が高齢で間隔が長いほどNNTは低下した。分化型胃がん発見率は60歳/4年の戦略で50.6%に対し、60歳/5年の戦略は49.8%と低下した。一方で未分化型胃がんはいずれの戦略でも発見率は80%を超えた。臨床病期は60歳/4年の戦略まではStage II～IVでの発見率が30%未満であったが、60歳/5年の戦略で30.9%に上昇した。また、胃癌特異的死亡率は全戦略において0.05%程度で差はなかった。

【結論】HP感染率を正確に反映したシミュレーションの結果、現行の50歳/2年の戦略の効率性は低く、60歳/4年に戦略を修正することで、有効性を損なうことなく効率的に胃がんを発見できた。

パネルディスカッション：下部 「大腸がん検診の新たな挑戦－10年後を見据えて」

大腸がん検診は、死亡率減少効果の確立された重要な検診である一方で、今後は制度としての成熟と地域での実装、モダリティの多様化、精度と受診率の両立などの課題に挑戦していく必要がある。本セッションでは、以下の3つの観点を軸に議論を展開したい：1) 大腸内視鏡検診の制度化と地域レベルでの導入事例や課題、2) 大腸CT検査の検診における位置づけと社会実装の可能性、3) 受診率向上・受診行動支援と精度管理の両立に資する新たな検診システムの設計。各地の実践例、自治体モデル、制度設計に関する提案、精密検査の質保証や支援体制の工夫、新技術の活用など、現場からの声をもとに、10年後を見据えた大腸がん検診の未来像を多角的に議論したい。

司会：藤谷 幹浩（旭川医科大学 内科学講座 消化器内科学分野）
小林 望（国立がん研究センター中央病院 検診センター）

基調講演：小林 望（国立がん研究センター中央病院 検診センター）

PD下部-1 千葉県の今後のがん検診推進計画について

ちば県民保健予防財団 総合健診センター 消化器内科
○山口 和也, 中川 由紀

【背景】令和4年に国により第4期がん対策推進計画が決定された。千葉県では第4期千葉県がん対策推進計画を令和6年4月に策定した。

【目的・方法・結果・考察】第4期千葉県がん対策推進計画の中のがん検診について解説する。平成30年に策定した第3期千葉県がん対策推進計画の中で、がん検診においては、がん検診受診率目標値50%、精密検査受診率目標値90%を挙げた。千葉県の大腸がん検診受診率はR4年が46.2%と、R1年45.1%よりも上昇したが県の目標の50%には達しなかった。大腸がん検診精密検査受診率はR2年が67.3%と、H30年67.4%からはほぼ不変であった。千葉県全体のがん検診受診率の底上げには職域検診受診率の底上げが不可欠であり、R4年に「職域におけるがん検診実施状況調査」を実施した。約6割ががん検診を実施していないと回答した。理由としては法律の義務付けがないことや、予算不足が挙げられていた。全国健康保険協会が被扶養者を対象に実施する特定健康診査と、市町村が実施するがん検診を同時に受診できるようにすることは、受診者の利便性の向上が図られる。双方の協議の場の設定などを県として支援していく。精密検査受診率については、市町村ごとに大分数値の開きがあるため、市町村ごとの実情を調査し、実情に沿った支援をしていき、精密検査受診率90%を目指す。

【結語】千葉県は引き続きがん死亡率減少を目指していく。

PD下部-2 がん登録データを活用した年齢階級別の解析に基づく大腸がん検診受診勧奨年齢の検討

国立がん研究センター中央病院 検診センター／国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部
○今野 真己, 小林 望

【目的】がん検診を効果的に運用するには、根拠に基づく受診勧奨年齢の設定が重要である。今回、地域の大腸がん登録データを年齢階級別に解析し、特に受診勧奨を注力すべき年齢について検討した。

【方法】2016年から2021年までの栃木県がん登録データを使用し、当該年の人口統計と2022年の国民生活基礎調査から計算した期間中の延べ人口と延べ検診受診者数を用い、年齢階級別の検診がん発見率（がん病変数/検診受診者数）とがん発生数（がん病変数/人口）を算出した。進捗度が領域リンパ節転移（標準治療は手術＋補助化学療法）の症例に着目し高年齢群の治療内容を検証した。

【結果】登録数18928例中、非上皮性腫瘍414例、死亡情報のみの277例を除いた17607例を解析した。年齢中央値は72歳（21-105歳）で、男性が10760例（61.1%）であった。検診がん発見率は年齢と共に漸増し、40-44歳、45-49歳、50-54歳でそれぞれ0.07%、0.12%、0.22%であった。がん発生数は80-84歳で最大（482.9/人口10万対）となり以後漸減した。70歳から94歳の領域リンパ節転移症例2202例のうち、手術・腹腔鏡手術を施行された症例は70-74：75-79：80-84：85-90歳でそれぞれ93.8%：92.4%：86.3%：75.0%であり、化学療法施行症例は61.3%：49.4%：22.1%：4.9%であった。

【結論】検診がん発見率は病変ベースの値ではあるが、大腸がん検診のプロセス指標の基準値である0.16%を基準とすれば、今回の検討では50歳以上でその値を上回り、受診勧奨強化の目安となる可能性が示唆される。80歳以上ではがん発生率が高いものの標準治療を完遂する症例が減少するため、受診勧奨終了の目安となる可能性があり、生存率等の更なる解析が望まれる。

PD下部-3 大腸がん検診における大腸内視鏡検査の適切な検査間隔の検討

北海道対がん協会 旭川がん検診センター
○野村 好紀

【目的】本邦の大腸がん一次検診は便潜血検査であるが、全大腸内視鏡検査（TCS）は将来的に一次検診へ導入される可能性がある。しかし、検診におけるTCSの適切な検査間隔は明らかとなっていない。そこで、検診受診者を対象にAdvanced neoplasia（以下AN、大腸癌＋Advanced adenoma）検出のための適切な検査間隔を検討する。

【方法】2020年4月～2024年3月に当センターでTCSを施行した1,339例を対象に、AN群 247例、それ以外（非AN群）1,092例に分けて、後方視的に1）TCS回数と病変発見率、2）前回からのTCS間隔、3）前回TCS時の腺腫性病変の有無とTCS間隔、について検討した。

【成績】1）過去1度もTCSを受けたことがない、初回TCS例はAN群で133例、非AN群で374例、過去1回以上のTCSを受けた既往のある症例はAN群で114例、非AN群で718例であり、初回TCS例で有意にANの発見が多い結果であった。過去のTCS検査回数は、AN群で 1.53 ± 0.98 回、非AN群で 1.98 ± 1.40 回と非AN群で検査回数が有意に多かった。2）前回からのTCS間隔はAN群で 138.2 ± 93.4 カ月、非AN群で 82.5 ± 91.4 カ月と有意にAN群で長かった。ROC解析でAN群と非AN群のTCS間隔のcut off値は60カ月で、60カ月以上群と60カ月未満群で検討すると、AN群はそれぞれ92例、22例であった。3）前回TCSで、a) 腺腫性病変なし、b) 腺腫性病変あり、切除を施行した症例、c) 前回腺腫性病変あり、切除を施行しなかった症例の3群にわけてAN群、非AN群のTCS間隔を検討すると、どの群も有意にAN群で長く、ROC解析でTCS間隔のcut off値は、a) 96カ月、b) 84カ月、c) 60カ月であった。

【結論】大腸がん検診としてのTCS間隔は腺腫性病変を認めなかった場合は8年、腺腫性病変あり、切除した場合は7年、腺腫性病変を放置した場合は5年が妥当である可能性が示唆された。

PD下部-4 無料大腸内視鏡検診「熊本市全大腸内視鏡検査」開始1年の振り返り

尾田胃腸内科・内科／熊本市医師会 大腸がん検診班
○尾田 恭

【背景】熊本市の大腸がん検診は、主に、医師会が担っている。検診受診率は、把握可能な国保40～75歳での受診率は7.9%にとどまり、全国平均16.7%を大きく下回っている。精査率は88%と高率である。診療所の保険診療大腸内視鏡検査数が40歳以上の人口比全国一にもかかわらず、大腸癌死亡は、最低から全国7番目であり、適正資源分配が課題である。そこで、検便による大腸がん検診受診率低迷を打破すべく、2025年10月より、50歳台で、保険診療、検診などいずれかの手段で大腸内視鏡検査を経験したことのない熊本市民55～59歳を対象に生涯1回無料大腸内視鏡検診を提供することを予算化した。

【方法】リクルート、実施、データ管理、サーベイランスを検討した。リクルートは、早めの初回枠1000名の登録を目指し、市報、フリーペーパー、マスコミを通じ、対象者の家族にも訴え、加えて産業医を通じ、中小企業説明会を開いた。実施は、質の管理のため、症例数、および日本消化器内視鏡学会スクリーニング認定医受講を検査実施資格とした。結果は、レポート、組織結果と、所定カテゴリ入力用紙を医師会に提出し、一元管理データ化した。永続的な大腸癌死亡抑制には、受検を契機に、適正な検便、内視鏡サーベイランス啓蒙が重要であり、説明会に努めた。相対的危険群を対象としており、腺腫発見率、重要病変発見率、浸潤癌発見率を算出する。さらに、受検者に承諾を得、熊本市と共同で、追跡アンケート、住民基本台帳で死亡確認を行う予定である。

【結論】募集開始3時間で1000例に達し、その10倍以上の応募があった。自治体初の取り組みであり、継続的發展成功のため、予算化の経緯、初年度効果、将来的効果を議論したい。

PD下部-5 大腸内視鏡における“内視鏡的”腺腫検出割合の質指標としての妥当性とクラウド型データ管理システムの試行的導入

京都第二赤十字病院 消化器内科
○河村 卓二, 宇野 耕治

【背景】大腸内視鏡検査における腺腫検出割合（adenoma detection rate：ADR）は国際的に重要な質指標とされている。一方、日本ではガイドラインにおいて5 mm以下の腺腫を切除せず経過観察することが許容されており、病理学的診断に基づくADR（pathological ADR）の算出が困難な施設も少なくない。

【目的】本邦の診療実態を踏まえ、内視鏡診断に基づく「内視鏡的ADR（endoscopic ADR）」が病理学的ADRの代替となり得る質指標であるかを検証し、あわせてクラウド型内視鏡データ管理システムを用いた質評価の試行的運用について検討する。

【方法】既報の多施設共同後ろ向き研究（J-SCOUT study）において、8施設・12万件以上の大腸内視鏡データと病理データを統合し、内視鏡的ADRと病理学的ADRの相関を解析した。さらに、腺腫が検査時に切除されない本邦特有の診療実態を踏まえ、両指標間の乖離要因を病変単位で検討した。

【結果】内視鏡的ADRは病理学的ADRより高値であったが、その主因は内視鏡診断の不一致ではなく、腺腫が同時切除されていない症例の存在であった。腺腫を原則同時切除している施設では、両ADR間に強い相関が認められ、内視鏡的ADRの妥当性が示された（Dig Endosc 2023）。

【展望】これらの知見を踏まえ、当院では今後クラウド型内視鏡データ管理システムを試行的に導入し、内視鏡的ADRを用いた質評価が実臨床において運用可能かどうかを検討する。本発表では、既報研究の成果を基盤として、試行的運用を通じて明らかになる実務上の課題と現場での活用可能性について報告する。

PD下部-7 大腸CT検査の大腸がん検診における意義

山下病院 消化器内科¹⁾, 山下病院 健診センター²⁾
○服部 昌志¹⁾, 乾 和郎¹⁾, 杉山 和久²⁾

【背景】大腸がん検診における便潜血検査免疫法陽性者に対しては大腸内視鏡検査が精密検査の第一選択であるが、前処置の負担や検査時の苦痛による受容性の低さが課題となっている。当院では2003年5月より大腸CT検査を導入し、大腸検査の受検率向上を図ってきた。本報告では、当院における実施データに基づき、大腸がん検診における大腸CT検査の意義と社会実装への課題を検討する。

【対象・方法】当院では、大腸CT検査を2003年5月の開始から2025年12月までに45,099例、実施してきた。このうち、2019年4月から2025年3月までの受検者13,328人における実施理由、男女比、6 mm以上病変数、大腸がん病変数および病変指摘後の大腸内視鏡検査施行率について遡及的に検討した。

【結果】期間内の受検理由は、便潜血陽性による精密検査が8,134人（61%）と過半数を占めた。受検者の男女比は 1：1.01と性差を認めず、30代1：0.95、40代1：0.98と比較的若年層でも性差なく受検されていた。また、6 mm以上の病変は3,089病変で、大腸癌を348病変認めた。大腸CT検査で指摘された6 mm以上の症例における大腸内視鏡検査実施率は93.5%と極めて高率であった。

【考察】大腸CT検査は便潜血陽性者に対する有効な精検法であり、大腸内視鏡検査への橋渡し役になりうると考える。しかし、社会医療診療行為別統計において大腸CT検査の実施数は大腸内視鏡検査の1%に留まっており、社会実装は依然として限定的である。大腸CT検査が大腸がん検診の精検法として広く認知されるためには、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において、大腸内視鏡検査困難例に対する精検法として大腸CT検査を明記することが肝要であると考ええる。

PD下部-6 大腸CTによる大腸がんスクリーニングの有用性と課題

済生会熊本病院 予防医療センター
○満崎 克彦

【目的】大腸CT（CT colonography：CTC）は、10mm以上の大腸腫瘍に対して内視鏡と同等の検出能を有し、低侵襲性で安全な検査であることからスクリーニングに適している。当センターでは2010年より一次スクリーニングとしてCTC導入しており、本研究ではこれまでの成績をもとにCTCの有用性と今後の活用について検討した。

【対象および方法】2010年4月～2024年3月に、当センターで一次スクリーニングCTCを受診した10,745例を対象とした。要精検率、精検受診率、腫瘍・がん発見率、advanced neoplasiaの頻度、腸管外病変、偶発症を解析した。尚、要精検は、6 mm以上の病変が疑われた場合とした。

【結果】受診者は男性6,271例、女性4,474例、年齢は19～89歳（平均年齢55.7歳±11.1歳）であった。要精検数877例（8.2%）、精検受診数796例（90.8%）、大腸腫瘍602例（5.6%）、advanced neoplasia 160例（1.5%）、発見がん27（早期25、進行2）例（0.25%）であった。腸管外病変は31例の高リスク疾患（大動脈瘤、脾腫瘍、肺がん、濾胞性リンパ腫など）が確認された。偶発症としてはS状結腸穿孔を1例（0.009%）に認めた。

【結語】CTCは安全性と診断精度に優れた大腸がん検診のスクリーニング法である。特に高い検出感度と精検受診率は、便潜血陽性者の二次精査として有用である。CTCにより有病率の高い受診者を選別し内視鏡検査へ適切に振り分けることで、今後増加が見込まれる大腸内視鏡検査の医療資源を効率的かつ効果的に運用可能と考えられる。

パネルディスカッション：胆膵

「膵がんスクリーニングの新たな挑戦－10年後を見据えて」

早期発見が極めて困難である膵がんに対するスクリーニングは、長年の課題でありながらも、高リスク群の抽出技術の進歩、地域連携体制の構築、スクリーニング介入研究の蓄積を背景に、社会実装に向けた道筋が徐々に見えつつある。本セッションでは、今後10年を見据えた膵がんスクリーニングの実現に向け、以下の観点から多角的な議論を行いたい：1) 膵がんスクリーニングは本当に可能か？現時点での科学的根拠と限界、2) 慢性膵炎・膵嚢胞・家族歴・糖尿病などの高リスク群の抽出と、リスクに応じた適切な介入法の設計、3) スクリーニングを可能にする地域連携体制とその制度的基盤づくり。大学病院、自治体病院、がん専門施設、健診機関、研究機関など、多様な現場からの実践報告、研究成果、制度的提案を通じて、次世代の膵がん検診のあり方を探りたい。

司会：比佐 岳史（佐久医療センター 消化器内科）

蘆田 玲子（和歌山県立医科大学 内科学 第二内科）

基調講演：岡庭 信司（飯田市立病院 消化器内科／南信州健診センター）

PD胆膵-1 膵臓ドックにおける指摘病変の分析

亀田総合病院 亀田クリニック 健康管理科
○馬嶋健一郎, 村木 洋介

【目的】膵癌対策型検診導入を考える際に画像で指摘される病変の詳細なデータは乏しい。この基礎資料とするため膵臓ドックの指摘病変の内訳を報告する。

【方法】当院は膵臓ドックとしてMR+飲水超音波検査コースと、これに造影CT検査を加えたコースの2つを行っている。これらの検診結果時における指摘病変を主なアウトカムとして分析した。

【結果】2022年8月～2025年9月に重複者は1名とし191名が膵臓ドックを受けた（平均年齢61歳、男性136、女性55名、膵癌家族歴あり28名、膵疾患現病が既往あり8名）。MRと飲水超音波は全例が受け、造影CTは191名中41名が受けた。膵病変で要受診となった者は合計73名（38%）であった。MR検査での要受診は71名（37%）で膵嚢胞（疑い含）47、IPMN（疑い含）17、主膵管拡張2、膵石1、脂肪浸潤1、膵胆管合流異常1、膵嚢胞と主膵管拡張1、膵嚢胞と膵胆管合流異常疑いと限局性膵萎縮1名、飲水超音波では15名（7.9%）で膵嚢胞（疑い含）12、主膵管拡張1、低エコー域1、膵腫瘍と膵嚢胞と主膵管拡張1名、造影CTでは8名（20%）で膵嚢胞3、IPMN（疑い含）3、脂肪浸潤1、膵管合流異常1名だった。なお膵嚢胞性病変（IPMNや膵嚢胞）は全例要受診としており、指摘人数は68名、平均サイズ7.4mm、5mm以上39名であった。膵外病変以外の要受診は7名（4%）だった。現時点での発見癌は膵癌ゼロ、腎癌1例であった（最終診断把握率72%）。膵疾患高リスクの受診者を除外するため、当院の2年未満における直近の前回エコーにおいて膵に異常なし、かつ膵疾患の現病既往や膵癌家族歴がない受診者（85名）についても解析し、このうち膵病変ありで要受診となった者は35名（41%）であった。検査別の要受診数はMR35名（うち膵嚢胞性病変は32名、平均サイズ6.8mm、5mm以上18名）、飲水エコー3名（うち膵嚢胞2名）であり、造影CTは85名中19名が受け3名（うち膵嚢胞性病変2名）が要受診だった。

【結論】任意型膵臓検診の指摘病変について報告した。MR検査の膵病変指摘頻度、特に膵嚢胞性病変の頻度は高かった。対策型検診には効果的に膵癌を発見できる施策が望まれる。

PD胆膵-2 検診の画像診断を契機に発見された膵管癌の現状

川崎医科大学総合医療センター 検査診断学¹⁾、川崎医科大学総合医療センター 総合内科学²⁾
○藤田 稔¹⁾、眞部 紀明¹⁾、春間 賢²⁾

【背景】膵管癌は高齢化社会の進展に伴い罹患数及び死亡数が急速に増加しており、依然として予後の悪い悪性腫瘍の一つとされる。検診を契機に診断した膵管癌の長期生存関連因子を検討した報告はない。

【目的】2011年1月から2025年3月に川崎医大附属病院及び同総合医療センターで膵管癌を病理学的に診断し、各種治療を施行した862例を対象とし、検診で診断した膵管癌の臨床的特徴を解析するとともに長期生存に関連する因子を検討した。

【方法】検診診断群：検診の各種画像検査を契機に膵管癌と診断した61症例と非検診診断群：それ以外を契機に膵管癌と診断した801症例の2群に分け、検討1：検診診断群の臨床的特徴と、検討2：長期生存関連因子を検討した。

【結果】検討1：診断契機となった画像検査は体外式腹部超音波検査が検診診断群で有意に多かった（ $P<0.001$ ）。検診診断群で平均年齢、平均BMI、平均腫瘍マーカー値が有意に低かった（ $P<0.05$ ）。診断時の平均腫瘍径は検診診断群で有意に小さく（ $P<0.05$ ）、Stage IA症例、外科的切除施行症例も検診診断群で有意に多かった（ $P<0.001$ ）。累積5年生存率は検診診断群で有意に長かった（35.9%対10.3%、Log-rank test； $P<0.001$ ）。検討2：多変量解析により検診診断群の5年以上長期生存症例との関連因子は「腫瘍径20mm以下」が挙げられた。

【結語】検診により膵管癌の早期発見を可能とし、診断後の生命予後を有意に延長させることが示された。特に、「腫瘍径20mm以下」が長期生存と関連があった。検診による膵がん早期発見のための対策、標準化が急務である。

PD胆膵-3 超音波で発見された5mm未満の膵嚢胞のフォローアップ成績と臨床的意義

日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部¹⁾、日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野²⁾
○田澤 佑季¹⁾、松本 直樹²⁾、木暮 宏史²⁾

【目的】膵嚢胞はそれ自体の増大、癌化に加え、膵癌ハイリスクとして精査対象になるが、既報や腹部超音波検診判定マニュアルでは5mm以上が対象で、5mm未満の病変の臨床的意義は明らかではない。近年の超音波診断装置の性能向上により、5mm未満の嚢胞も指摘される機会が増えている。今回、腹部超音波検査で発見された5mm未満の膵嚢胞について、その後の経過について検討したので報告する。

【方法】2019年9月～2025年6月に腹部超音波検査で発見された膵嚢胞性病変のうち、5mm未満の膵嚢胞94例を対象とした。他のモダリティ（CT、MRCP、EUS）の所見と、超音波検査によるフォローアップ結果を後ろ向きに検討した。

【成績】期間中に指摘された膵嚢胞性病変3,567件1,663例中、94例（5.7%）が5mm未満だった。年齢中央値73歳（10-88歳）、男女比27/67。部位は頭部（ $n=30$ ）、体部（ $n=46$ ）、尾部（ $n=18$ ）。CTは75例で行われ、膵嚢胞（ $n=13$ ）、IPMN（ $n=5$ ）、病変指摘なし（ $n=49$ ）、その他（ $n=11$ ）。MRCPは62例で行われ、膵嚢胞（ $n=25$ ）、IPMN（ $n=22$ ）、病変指摘なし（ $n=12$ ）、その他（ $n=3$ ）。EUSは18例で行われ、膵嚢胞（ $n=7$ ）、IPMN（ $n=5$ ）、病変指摘なし（ $n=1$ ）、その他（ $n=5$ ）。超音波検査で経過観察されたのは62例で、増大（ $n=24$ ；38.7%）、不変/縮小（ $n=15$ ；24.2%）、不明瞭化（ $n=22$ ；35.5%）。増大例のうち6例（9.7%）は10mm以上となり、そのうち3例（4.8%）は半年後に10mm以上へ増大していた。個数は、単発から多発化（ $n=7$ ；11.3%）、単発のまま（ $n=21$ ；33.9%）、不明瞭化（ $n=1$ ；1.6%）。

【結論】5mm未満の膵嚢胞でも精査により約3割がIPMNと診断され、経過観察で約4割に増大を認めた。超音波で指摘された微小膵嚢胞であっても、系統的な経過観察が必要であることが示唆された。

PD胆膵-4 超早期膵癌検診の社会実装に向けた地域連携モデル：名大「しゃちほこプロジェクト」開始40ヶ月の成果と展望

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○山雄健太郎、石川 卓哉、川嶋 啓揮

【目的】膵癌の予後改善には上皮内癌を含む10mm以下の超早期診断が不可欠だが、これらは画像上で明らかな腫瘍を呈さないことが多く、従来の「腫瘍検索型」検診には構造的な限界があった。本発表では、超早期病変特有の臨床的特徴を地域で共有し、二次医療施設を起点に組織的に掘り起こす、名大「しゃちほこプロジェクト」の開始40ヶ月の成果を報告する。

【対象と方法】2022年9月より、大学病院が地域の二次医療施設に対し対面説明や症例提示等を通じた知識啓蒙活動を展開した。本活動では、進行癌とは異なる超早期膵癌の臨床経過や、腫瘍を伴わない主膵管狭窄、限局性膵実質萎縮等の「特有の臨床的特徴」を、即座に精査へ繋ぐべき最優先のリスクフラグとして再定義し周知した。二次施設の「あいまいな所見」に対する判断を大学が専門的知見でバックアップし、躊躇なく精査へ導くシームレスなネットワークを運用した。

【結果】プロジェクト開始前後各40ヶ月の比較において、膵癌の総診断数（前：355例、後：338例）に大きな変化はないが、診断内訳の質的改善を認めた。10mm以下の超早期膵癌診断数は9例（2.5%）から32例（9.5%）へ約3.6倍に有意に増加した（ $p<0.01$ ）。全症例に占める早期ステージ（Stage 0/IA）の割合も16.1%から25.1%へ有意に上昇した（ $p<0.01$ ）。特筆すべきは紹介理由の変化であり、間接所見のみを根拠とした質の高い紹介が5例から25例へ5倍に有意増した（ $p<0.01$ ）。前医で「膵癌は否定的」とされ数年間放置されていた症例の救い上げが可能となった実例も多く経験された。

【結語】通常の進行がんとは一線を画す超早期膵癌の臨床的特徴と経過を正しく理解し、地域全体で共有する本モデルは、既存のリソースを最適化して「根治可能な膵癌」を効率的に発掘する極めて有効なシステムである。本連携スキームは、次世代の組織型膵がん検診を社会実装するための標準的な運用プロトコルとなり得る。

PD胆膵-5 限局性膵実質萎縮の評価法と生物学的意義を再考する

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾、順天堂大学 人体病理病態学講座²⁾、東京女子医科大学 消化器内科³⁾
○仲程 純^{1), 2)}、菊山 正隆³⁾

膵癌は依然として予後不良であり、主因は極早期病変の診断困難性にある。有効なスクリーニング法は確立されておらず、実臨床では高リスク群の選択と複数の画像モダリティを組み合わせることで、上皮内癌や微小浸潤癌の診断例が報告されている。

代表的所見として、膵癌前駆病変や小径膵癌周囲にみられる限局性膵実質萎縮 (focal pancreatic parenchymal atrophy: FPPA) が挙げられる。FPPAは腺房細胞の脱落や萎縮を背景とし、画像上は膵実質の陥凹や濃度低下として認識される。しかし、診断基準は確立されておらず、個体差や加齢変化の影響も相まって客観的評価は困難である。一方で、経時的変化に着目することで認識される症例も多く、時間軸に基づく評価の重要性が示唆される。本発表では、経験した症例の検討を通じて、FPPAの画像的特徴と診断上の留意点を整理するとともに、回顧画像から時系列評価の有用性について概説する。

さらに膵切除検体を用いて、微小膵癌と同一切片内に存在する膵実質変化 (腺房萎縮, acinar-to-ductal metaplasia: ADM, 炎症, 線維化, 脂肪置換) を対象に、半定量的病理評価と領域特異的RNA解析を行った。腺房萎縮領域は正常膵から腺房萎縮, ADM, 炎症細胞浸潤を経て線維化へと至る連続的変化が示唆された。一方、脂肪置換領域は脂質・糖代謝関連経路が優位で、異なる分子特性を示した。腺房萎縮領域では、ECM-receptor interaction, focal adhesion, PI 3 K-Akt signaling などの組織リモデリング関連経路の変化が認められ、cell deconvolution解析ではマクロファージ優位の自然免疫環境から、疲弊T細胞を伴う免疫抑制的環境への移行が示唆された。腺房萎縮領域が単なる二次的変化ではなく、腫瘍成立を許容する前癌的微小環境 (permissive microenvironment) の可能性が示唆された。FPPAは膵癌早期診断における重要な画像・生物学的マーカーとなる診断戦略構築に寄与すると考えている。

PD胆膵-6 膵癌ドックにおける快適かつ持続可能なEUSの実現

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
○関根 匡成、水谷 琢、眞嶋 浩聡

【背景・目的】膵癌は早期発見が極めて困難な疾患であり、スクリーニング介入の可能性が議論されるようになってきている。その中で、膵癌ドックなどの自費検診は、社会実装に向けた重要な実践の場と位置づけられる。一方、膵癌精査において中心的役割を担う内視鏡的超音波検査 (EUS) は、検査侵襲や鎮静管理、回復時間などが受診のハードルとなり得る。スクリーニングとしてEUSを普及させるためには、安全性に加え、快適性・回転性・施設運用の最適化が不可欠である。本研究では、膵癌ドックにおけるEUS施行時の鎮静薬として新規保険収載されたレミマゾラムの有用性を検討し、将来の膵癌スクリーニング体制構築への示唆を得ることを目的とした。

【方法】2023年11月から2025年11月までに当院の膵癌ドックを受診し、EUSを施行した59例を対象とした。男性39例、女性20例、年齢中央値は65歳 (33-83) であった。ミダゾラムを使用した50例をM群、レミマゾラムを使用した9例をR群とした。鎮静からの覚醒評価にはmodified Aldrete Score (MAS) を用い、処置後および帰宅時の状態、拮抗薬使用率、処置後から帰宅までの所要時間を比較検討した。

【結果】性別、年齢、鎮静薬投与量、処置時間、帰宅時MASには両群間で有意差を認めなかった ($p=0.433, 0.143, 0.347, 0.373, 0.706$)。一方、処置後MAS ($p<0.05$)、拮抗薬使用率 ($p<0.05$)、処置後から帰宅までの所要時間 ($p<0.01$) は、R群で有意に優れていた。いずれの群においても、重篤な偶発症やアレルギー反応は認めなかった。

【結論】膵癌ドックにおけるEUS施行時の鎮静薬として、レミマゾラムは安全性を保ちつつ、早期覚醒と回復時間短縮に寄与した。これにより、同日中の結果説明やリカバリー室の効率的運用が可能となり、受診者の負担軽減と施設側の運用最適化の両立が期待される。本検討は、EUSを中核とした膵癌スクリーニングを将来的に普及・継続していく上で、検査の受容性と持続可能性を高める一要素として鎮静戦略が重要であることを示唆する。

PD胆膵-7 膵癌家族歴保有者および遺伝性膵癌症候群に対する直視型ラジアル式EUSおよびMRIを用いた新規スクリーニング法の開発

和歌山県立医科大学附属病院 第二内科
○竹内悠里子、蘆田 玲子、北野 雅之

【背景】膵癌家族歴保有者や乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) などの遺伝性膵癌症候群は、膵癌発症リスクが有意に高く、嚢胞性病変や慢性膵炎様所見などの膵病変を高率に合併することが報告されている。そのため、欧米を中心にサーベイランスが推奨されているが、本邦でのデータは少なく、その実態は十分に明らかになっていない。

【対象】2020年10月から2025年12月の期間に、和歌山県立医科大学において直視型ラジアル式EUSおよびMRIを用いてスクリーニングを施行した、第1度近親者内に膵癌患者を有する56家系59名 (HBOCを除く) と、HBOCおよびMEN 1型24名を対象とした。全被検者83名の性別内訳は男性38名、女性45名、平均年齢は60歳 (34-81) であった。喫煙歴保有者は37名、常習飲酒歴保有者は8名であった。HBOCおよびMEN 1型24名の性別内訳は男性5名、女性19名、平均年齢は57歳 (39-78) であった。喫煙歴保有者は8名、常習飲酒歴保有者は2名であった。

【結果】83名全体では、直視型ラジアル式EUSまたはMRIで膵嚢胞/IPMNと診断された症例は35/83例 (42.2%)、早期慢性膵炎様所見は24/83例 (28.9%) に認められた。切除可能な膵癌が2例診断された。HBOCおよびMEN 1型24名のうち、膵癌と診断された症例はなかったが、膵嚢胞/IPMNは11/24例 (45.8%)、早期慢性膵炎様所見は5/24例 (20.8%) に認められた。進行胃癌が1例発見され、治癒切除が可能であった。なお、全体を通して偶発症は認めなかった。

【考察】膵癌家族歴保有者および遺伝性膵癌症候群に対する直視型ラジアルEUS、MRIでのスクリーニングは安全に施行可能で、切除可能膵癌を含む膵病変を高頻度に検出できる。特に直視型ラジアル式EUSは、早期慢性膵炎の診断が可能で、上部消化器癌のスクリーニングも同時に実施できることから、有用な手法であることが示唆された。

PD胆膵-8 膵がんスクリーニングの現状と展望 ― 地域連携型リスク層別化モデルの社会実装―

JA尾道総合病院 消化器内科
○花田 敬士、清水 晃典

膵癌は予後不良であり、主要ながん死亡原因である。対策型検診は確立しておらず、一般住民を対象とした集団スクリーニングは罹患率の低さや偽陽性問題から現実的ではない。一方で、危険因子を有する患者を対象とした選択的アプローチの重要性が高まっている。尾道地区では2007年より、診療所による腹部USを起点に、膵管拡張や膵嚢胞性病変などの「間接所見」、保有危険因子を契機として中核病院へ紹介し、CT、MRI、EUS、膵液細胞診・組織診へと段階的に進める地域連携型早期診断システム (尾道方式) を構築してきた結果、早期診断例の増加、5年生存率の改善が示され、同様の方式の展開が国内50カ所以上に広がっている。2022年からは広島県全域へ拡張したHi-PEACEプロジェクトが始動し、各二次医療圏を基盤としたリスク層別化モデルの社会実装を進めている。本講演では、膵癌スクリーニングの現状と課題を整理し、「全住民検診」ではなく「高リスク選択的精密化」と「地域医療連携」を柱とするモデルを提示する。今後10年は、危険因子の標準化、AIによる画像診断支援による質の保証、バイオマーカーとの統合、診療データのリアルワールド解析を組み合わせた精緻化が鍵となる。膵癌対策は“検診”から“地域埋め込み型早期診断戦略”へと進化すべき時期が到来している。

PD胆膵-9 膵がんmRNA血液検査（パンレグザ）はStage 0/1 膵癌診断能を有する金沢大学 消化器内科
○鷹取 元, 山下 太郎

【背景と目的】膵癌は予後不良な疾患であり、早期診断が重要であるが、代表的な腫瘍マーカーであるCA19-9は、Stage 1での陽性率が約5割と早期診断マーカーとしての診断能は十分ではなく、また日本人の約10%で用いることができないという問題がある。当科ではこれまでも膵癌の早期診断を目的とした新たな診断法の開発に取り組み、mRNA発現を用いた診断システム「パンレグザ」を開発した。パンレグザは末梢血からRNAを抽出し、特定の遺伝子のmRNA発現量をRT-PCRで定量、独自のアルゴリズムでスコア化し、陽性が陰性かで膵癌の有無を評価する検査システムであり、薬事承認を得ている。今回パンレグザのStage 0/1膵癌に対する診断能を評価・検討した。

【方法】単施設前向き観察研究として、Stage 0または1の膵管癌(PDAC)症例10例と健常対照104例を対象とした。全血より56種の免疫関連遺伝子のmRNA発現量をRT-PCRで測定し、線形加重和アルゴリズムにより診断スコアを算出した。CA19-9との診断性能を比較し、感度、特異度、ROC曲線下面積(AUC)を評価した。

【結果】mRNA診断システムはStage 0/1 PDAC10例中9例が陽性であり、感度は90%で、CA19-9の感度は10%であった。一方で特異度はmRNA診断システム70.2%、CA19-9は97.1%であった。AUCはmRNA診断システムが0.84、CA19-9が0.66であり、mRNA診断システムの診断性能が優れていた。mRNAスコアとCA19-9値の間に相関は認められなかった。

【結論】全血mRNA発現を用いた診断システムパンレグザは、CA19-9と比較して、Stage 0/1 PDACに対し高い感度を示した。本システムは、血液を用いた新たな低侵襲診断法として、画像診断を補完する役割が期待される。

PD胆膵-11 腸内細菌叢に着目した膵癌リスク検査による膵癌検診の可能性藤田医科大学 医学部 消化器内科¹⁾、藤田医科大学 医科ブレ・プロバイオティクス共同研究講座²⁾、藤田医科大学 医学部 消化器内科/同 医科ブレ・プロバイオティクス共同研究講座³⁾
○大野栄三郎¹⁾、藤井 匡²⁾、廣岡 芳樹³⁾

【背景と目的】膵がんの予後改善のためには早期診断が不可欠であり、膵がん検診の実現には適切な高危険群の絞り込みとサーベイランス、新たなバイオマーカーの確立が求められる。当科では腸内細菌叢由来の特定遺伝子解析(MB遺伝子マーカー)による疾患リスク診断の有用性を報告してきた(Fujii, J Med Microbiol. 2024)。今回は膵がんサーベイランス対象である膵IPMNとPDACの鑑別診断におけるMB遺伝子マーカーの有用性検証を目的とした。

【対象と方法】2023年10月以降、当科における膵癌早期診断LB研究参加した195例中、便検体の解析を実施した86例(M:F=36:50)、年齢中央値71歳。対象患者の背景因子、画像所見および便検体における腸内細菌のspecific geneをqPCRにて計測し、IPMNを中心とする膵がん高危険群(HR群)とPDAC群との対比を行った。

【結果】対象の臨床診断はHR群(IPMN (HRS/WF) 17例、低悪性度病変(BD-IPMN/CP) 47例)、PDAC群(進行膵癌 (UR-PK) 5例、切除可能膵癌 (R-PK) 17例)。HR群とPDAC群において、年齢(68 vs 75yo)、診断時CA19-9値(8.9 vs 15.2U/ml)、主膵管径(2 vs 3mm)、背景膵実質CT値(44.8 vs 38HU)、診断時体重減少(3.2% vs 52%)にて有意差を認めた。年齢、副葉歴を調整し検討したMB遺伝子マーカーであるbut遺伝子陽性率(87% vs 20%)と有意差を認めた。HR群とPDAC群の鑑別診断能はbut遺伝子単独でAUC=0.6828であり、背景膵CT値(c/o44)ではAUC0.7443、その他膵癌ハイリスク因子との組み合わせスコアによる両群の鑑別診断能はAUC=0.8806であった。

【考察】IPMNなどのサーベイランスに画像診断に加え腸内環境、膵脂肪化評価を追加することで膵癌の超ハイリスク群を診断できる可能性がある。

【結語】体液を利用した膵がん診断を目的としたMB遺伝子マーカーは膵癌高危険群とPDAC群の鑑別に有用である可能性がある。

PD胆膵-10 尿中miRNA解析を用いた膵がん早期診断の社会実装化へ向けた試み川崎医科大学 消化器内科学¹⁾、Craif株式会社²⁾
○河瀬 智哉¹⁾、吉田 浩司¹⁾、市川 裕樹²⁾

【緒言】我々は膵癌細胞由来の尿中細胞外小胞体を分離しmiRNAを抽出する技術を用い、既に膵癌の早期診断に重要な尿中miRNAを特定し検証できている(eClinical Medicine 2024 vol78 102936)。後方視的研究の結果、事前に特定し得た尿中miRNAを用い膵癌症例と膵癌リスクファクターを有する症例との鑑別診断が可能であることが判明したため報告する。

【症例】2019年6月から2024年6月までの5年間で当施設ならびに関連施設で診断した膵癌症例144例ならびに膵癌リスクファクターを有する非膵癌症例109症例の計253症例を対象とした。膵癌症例は平均年齢70.5歳、性別(男性/女性=82/62)、組織型(通常型膵癌/high grade PanIN/IPMC/線扁平上皮癌/分類不能癌=138/1/3/1/1)、Stage(0/1 A/1 B/2 A/2 B/3/4=2/17/15/10/26/32/42)。膵癌リスクファクター症例は平均年齢71歳、性別(男性/女性=60/49)、リスクファクター(主膵管拡張/2型糖尿病/慢性膵炎/膵嚢胞/IPMN/膵癌家族歴=15/48/26/19/52/43、重複症例あり)。

【方法】検体尿にエクソソーム溶解液を加え攪拌遠心分離して得られたmiRNAをNGS解析したのち、LightGBM (Gradient Booster Machine)で通常型膵癌とリスクアクター症例との識別をDeep learningさせることで鑑別診断可能なmiRNAを特定した。

【結果】400種類のmiRNAから16種類のmiRNAが鑑別診断可能なmiRNAであることが判明できた。膵癌症例に関してはmiRNAの発現変動がStage 1 A症例から有意にみられ、感度0.80特異度0.80、AUCは学習症例群/検証症例群共に0.888/0.889と高い精度を獲得できた。同時に、今回特定した16種類のmiRNAは各リスクファクター間で発現にばらつきがないことも判明した。

【考察】今回の解析結果、膵癌症例とリスクファクター症例との鑑別診断が非侵襲かつ簡便に拾い上げ効率よく精査可能とする有意義な手法であることが示唆された。

ワークショップ

「新たなモダリティと技術革新がもたらす消化器がん検診の未来」

消化器がん検診を取り巻く環境は、AI・画像診断・デジタル技術・新規バイオマーカー・遺伝子解析など多様なモダリティと技術革新により急速に進化している。これらの新技術は従来の検診手法の限界を乗り越え、検診の精度・受容性の向上、個別化・非侵襲性の実現といった側面において大きな変革をもたらすことが期待される。本ワークショップでは、各種新規モダリティや技術革新の臨床導入・実装研究・制度化に向けた課題と展望について、多領域・多職種の視点から議論を深め、未来のがん検診の方向性を展望する。AIやデータ活用の事例、バイオマーカーの社会実装に向けた研究、痔がんスクリーニング技術・大腸CT検査の発展的活用、次世代画像診断の実践例など、幅広い演題を期待する。

司会：廣岡 芳樹（藤田医科大学 岡崎医療センター 病院長）

伊藤 高広（奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座 放射線・核医学科／中央放射線部）

関口 正宇（国立がん研究センターがん対策研究所 検診開発研究部）

WS-1 内視鏡診療データの病変単位・横断的統合を目的としたデータベース構築

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科¹⁾、国立がん研究センター中央病院 内視鏡科／同 がん対策研究所 検診開発研究部²⁾
○水口 康彦¹⁾、斎藤 豊¹⁾、関口 正宇²⁾

【背景・目的】内視鏡レポーティングシステムは普及しているが、医療の質評価や研究に利用可能な構造化データの自動取得には課題がある。内視鏡診療データを横断的に統合するデータベースを構築し、その精度と有用性を評価した。

【方法】電子カルテオーダー、JED患者背景、内視鏡・病理レポート、内視鏡画像を入力とし、患者・検査・病変単位で正規化されたデータベースを設計した。自然言語で記載されたレポート文書は構文解析および正規表現を用いた情報抽出を行い、画像内テキストはOCRにより取得した。複数の検査時点から抽出された病変候補に対して、同一病変である可能性を制約条件として明示し、病変単位での対応付けを最適化問題として定式化した。これにより、時系列・検査横断的に記載された同一病変を単一のエンティティとして認識できた。文脈依存性が高い検査目的の抽出には、依頼情報を入力としたLocal LLMを用いた。データ処理基盤はPythonを中心に列指向データベースとして構築し、検索・可視化インターフェースにWeb技術を用いた。

【結果】検査データ29万行×120列、所見データ65万行×140列を自動構築した。主要項目の抽出割合は、検査目的83%、内視鏡診断100%、病理診断98%、病理学的深達度96%であった。無作為抽出した100件の人手評価との比較では、内視鏡診断一致率100%、病理学的深達度一致率96%であった。検査目的抽出に用いたLocal LLMは正解率86.2%を示し、マクロ平均適合率0.84、再現率0.76、F1スコア0.78、加重平均では適合率0.88、再現率0.86、F1スコア0.86であった。複数回の検査にまたがって記載された同一病変を病変単位で統合可能であり、時系列的な内視鏡診断および病理診断の追跡が可能であった。

【結語】複数の情報抽出手法を組み合わせることで、内視鏡診療データの高精度な自動構造化と病変単位での時系列統合が可能であった。本システムは研究効率化のみならず医療の質向上にも寄与すると考えられる。

WS-2 AIを活用した上部内視鏡検査における網羅的な撮影支援とデータ活用展望

京都第二赤十字病院¹⁾、ちば県民保健予防財団²⁾、徳島県総合健診センター³⁾

○田中 聖人¹⁾、山口 和也²⁾、青木 利佳³⁾

【目的】消化器内視鏡を用いた対策型胃がん検診において、検査品質を担保するために実施医が撮影した内視鏡画像を専門医がチェックするダブルチェックの運用が行われている。ダブルチェックにおいて、医師は病変の有無だけでなく画像の網羅性の評価も行わなければならない。実施医が行う検査の質向上とダブルチェックを行う医師の負担軽減のために、撮影部位を識別し画像の網羅性をフィードバック可能なAIモデルを開発した。

【方法】「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」で画像の網羅性評価対象と定義された部位に加え、口腔、咽喉頭等の実際の検査で撮影されうる部位と、判定不能、不適切分類を加えた36分類を識別可能なAIを開発した。

【結果】多施設から収集した上部内視鏡検査1922症例の静止画像を学習させ、AIモデルを開発した。平均性能値は感度84.7%、陽性的中率84.0%と、実用化に向けて良好な結果を得ている。

【考察】本AI技術を検診システムに活用し、検診プロセスにおいて画像と部位情報を自動的にデータ連携させることで、検診現場での課題を解決することができる。具体的には、ダブルチェックを行う医師はレポートシステム上で網羅性を即座に確認でき、効率化と負担軽減を実現する。同時に、実施医への即時かつ客観的なフィードバックは、自己学習を促し、検診の質の向上に直接的に寄与する。よって、本AIの検診システムへの活用は、組織型検診において検診の質を高め効率化するための具体的な方策となりうる。

WS-3 当院におけるAI（人工知能）診断支援を活用した対策型胃内視鏡検診の現状

宮城県対がん協会

○浅沼 清孝、千葉 隆士、加藤 勝章

【目的】宮城県では2019年度から対策型胃がん検診にて胃内視鏡検診が開始され、導入自治体の拡大とともに受診者数も増加している一方で、検査医間の技量差、ダブルチェック体制に伴う業務負担など、精度管理上の課題が顕在化している。近年、医療において人工知能（AI）の活用が急速に進展しており、当院では富士フイルム社製AI画像診断支援機能CADEYEを導入した。CADEYEは観察中に悪性上皮性腫瘍疑い領域をリアルタイムで検出すると共に、撮影部位を判別するランドマークフォトリッチャーを搭載する。そして2025年5月より、特に胃領域で検出特異性が向上したVer.2の運用を開始した。本研究ではAI診断支援機能の有用性について検討した。

【方法】2024年4月より2025年9月迄に当院でCADEYEを使用した胃内視鏡検診の成績を解析し、現在実施しているAMED支援多施設共同研究を紹介する。

【結果】CADEYEを用いた胃内視鏡検診は1615例で、Ver.2アップデートにより内視鏡検査中の誤検出アラートが減少した。CADEYE使用での胃生検率は5.5%、胃がん発見率は1.1%、陽性的中率は20%であった。現在、CADEYE Ver.2を使用し、他施設ランダム化比較試験として、AI併用胃内視鏡検診がダブルチェックの代替となり得るかを検証中である。主要評価項目をAI併用群の胃がん発見率の非劣性とし、初回がん発見率、ダブルチェックによる追加がん発見率、要精検率などを比較することで、二次読影支援の可能性を検討している。

【まとめ】今回のCADEYEを用いた検診成績は従来の成績と同等であったが、内視鏡検診において早期胃がん比率が上昇していることから、小病変の認識補助に貢献した可能性がある。またAI支援は、病変見逃し防止を補完し診断技術を均てん化するだけでなく、観察網羅性を向上し、医療の標準化に貢献できる可能性がある。また、AI診断支援がダブルチェックの補助、または簡略化に寄与し得るかを検証することで、高効率かつ高精度の胃内視鏡検診体制構築への道筋が示されると考えられた。

WS-4 胃がん内視鏡検診におけるAI支援の限界と二次読影の重要性

岐阜大学医学部附属病院 第1内科¹⁾、西濃厚生病院 消化器内科²⁾

○大西 祥代¹⁾、清水 雅仁¹⁾、足立 政治²⁾

背景・目的：胃がん内視鏡検診では精度管理のため二次読影が行われているが、その業務負担の増大が課題である。近年、人工知能(AI)支援の普及により、検診における医師の業務軽減が期待されている。本研究では、胃がん検診パスにおけるAI導入前後を比較し、AIの有用性と限界、ならびに二次読影の役割について検討した。

方法：2021・2022年をAI導入前（2,021例）、2023・2024年を導入後（1,810例）とし、計3,831例を後ろ向きに解析した。一次読影医の経験年数10年未満をnon-expert (NE)と定義した。年齢、性別、*Helicobacter pylori*除菌歴、一次読影医の経験、前年の内視鏡検査歴を共変量として傾向スコアを算出し、逆確率重み付け (PSW)により背景因子を調整した。AIの評価は二次読影での所見修正の有無と内容により行った。

結果：背景因子に有意差はなかったが、導入後はNEの割合が有意に増加した ($p<0.01$)。PSW後、要精検率は導入前4.9%から導入後3.6%へ有意に低下した ($p<0.01$)。一方、導入後は二次読影による所見修正が有意に増加し、一次診断訂正および萎縮評価の修正が多く認められた (ともに $p<0.01$)。

考察：AIは一次読影における病変検出や要精検率の適正化に寄与したが、診断確定や萎縮評価といった質的判断には限界があり、二次読影は依然として不可欠であった。今後は質的診断を支援可能なAIの開発が課題と考えられる。

WS-5 胃病変に対するIEE観察が内視鏡AI診断能に与える影響について

北海道対がん協会札幌がん検診センター
○松本 美櫻, 江原 亮子, 加藤 元嗣

【目的】上部消化管内視鏡用の支援AIは既に実臨床で用いられており、今後はさらにその有用性は高まると考えられる。現在の内視鏡観察では白色光観察 (WLI)、画像強調内視鏡 (IEE) として狭帯光観察 (NBI/BLI) やLCI観察が組み合わせて行われていることが多い。しかし、これらの観察法の違いによってAIがどのような影響を受けるのかは明確ではない。そこで、シンガポールで承認されているAIM メディカルサービス社のgastroAI-model G-SGを用いて検討した。

【方法】胃病変に対してWLI, LCI, BLI観察を行いgastroAI-model G-SGを用いてAI診断をそれぞれ3回行った。model G-SGでは確信度60%以下はlow confidenceと表示されるが、60%以上の場合は確信度が数字として表示される。それらと生検と切除標本の病理結果と比較検討した。対象は2025年1月から生検にてG1であった病変と、2024年1月から2025年10月までにおいて癌および腺腫と診断された病変である。良性病変については症例ごとにLow confidenceの割合を各観察法で比較した。腫瘍性病変については症例ごとに確信度の最高および最低、3回測定による総合確信度指数 (Low confidenceの割合と確信度の平均点) の最高および最低を求めて、各観察法の総数を比較検討した。

【結果】生検結果がGroup 1の良性病変 (n=33) におけるLow confidence割合は、WLIでは48.5%, BLIは57.8%, LCIでは64.4%で、LCIとWLIの間に有意差を認めた。胃癌 (n=34) において確信度値の最高および最低の数はWLIで12と29, LCIでは11と24, BLIでは18と16で、WLIとBLIで有意差を認めた。また、総合確信度指数の最高と最低の数はWLIで10と17, LCIでは7と9, BLIでは19と9で、同様にWLIとBLIで有意差を認めた。

【結語】胃癌ではWLIよりBLIで確信度が高く、非癌病変ではLCIがWLIより非癌と診断する割合が有意に高かった。

WS-6 炭酸ガス送気圧プロファイル解析による新たな大腸癌スクリーニングの可能性

九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学分野
○鶴丸 大介

【目的】大腸CT検査は、前処置負担の軽さや検査受容性の低さから、大腸がん検診の新たな精密検査として期待されている。大腸CT検査では炭酸ガス送気により腸管を拡張させるが、送気圧の時間的挙動にはこれまで十分な検討がなされていない。一方で、送気圧プロファイルは大腸内腔の形態や通過抵抗を反映する可能性がある。本研究では、炭酸ガス送気圧プロファイルから大腸癌を検出できる可能性について検討した。

【方法】当院において大腸CT検査を施行した大腸癌症例およびスクリーニング症例を対象とした後ろ向き解析を行った。炭酸ガス送気は全例で圧設定20 mmHgに統一し、送気圧を秒単位で連続記録した。評価指標として以下の未検討パラメータ (最大送気圧 (MAX 圧)、最大送気圧に到達するまでの時間 (ピーク到達時間)、初期送気相 (低流量域) における圧上昇挙動、圧プロファイルの時間的分布特性) を算出し、狭窄型大腸癌の有無との関連に着目し、統計学的に検討した。

【結果】解析対象は計29例 (狭窄あり20例、狭窄なし9例) であった。最大送気圧は両群間で有意差を認めなかった一方、最大送気圧到達時間は狭窄あり群で有意に延長していた (Wilcoxon順位和検定, Kruskal-Wallis検定)。狭窄あり症例では、送気初期には圧上昇が緩徐であり、一定時間経過後にピーク圧へ到達する特徴的なプロファイルが観察された。病変部位やT因子については関連するパラメータを認めなかった。

【結語】大腸拡張の炭酸ガス送気における最大送気圧到達時間は、狭窄を伴う大腸癌を反映する新たな機能的指標となる可能性が示唆された。本手法は、将来的には画像診断を必要としないスクリーニングへの応用も期待される。また、送気圧という新たな着眼により、今後は大腸CT検査の送気設定個別化や消化管機能評価への発展的応用の可能性も有する。

WS-7 直視型ラジアル超音波内視鏡を用いた膵癌・胃癌同時検診導入4年間における運用実績の評価

飯塚病院 予防医学センター/同 内視鏡センター¹⁾, 飯塚病院 予防医学センター²⁾, 飯塚病院 内視鏡センター³⁾
○赤星 和也¹⁾, 川野 綾子²⁾, 田村 慎一³⁾

【背景】当院では、EGDによる胃癌検診において、高精度な膵癌検診を同時に提供することを目指し、2021年7月より直視型ラジアル超音波内視鏡 (Forward-viewing radial echoendoscope: FRE) を用いた膵癌・胃癌同時検診を導入している。【目的】FRE膵癌・胃癌同時検診導入から4年間における運用実績と臨床の有用性を検討する。

【対象と方法】2021年7月～2025年6月に当院予防医学センターにてFRE (EG-580UR, 富士フイルム社製) を用いた膵癌・胃癌同時検診を受診した281例 (男性155例, 女性126例, 平均59歳) を対象とした。鎮静下にFREを用いて胆膵EUSとEGDをスコープを交換せずに連続施行した。年度別の受診者数とリピーターの占める割合、検査時間、偶発症、膵癌・胃癌および精査・加療 (経過観察も含む) が必要な非癌病変の発見率を後方視的に検討した。

【結果】受診者数は導入1年目より36, 85, 60, 100例と推移し、2年目以降のリピーターの占める割合は11%, 15%, 25%と上昇傾向を示した。平均検査時間は21分 (14～37分) で、偶発症は認めなかった。病変発見率は、膵癌0.7% (2例: 10mmの膵頭部癌, 45mmの膵体部癌)、胃癌0.4% (1例: 7mmの早期胃底腺型胃癌) であった。精査・加療が必要な非癌病変は、膵嚢胞性腫瘍15.7% (45例)、膵低エコー腫瘍2.5% (7例)、腹部内臓動脈瘤1.1% (3例)、食道SMT 1.1% (3例)、胃SMT 5.3% (15例)、十二指腸SMT 8.5% (24例)、胃腺窩上皮型腺腫0.4% (1例)、SNADET0.4% (1例) であり、多種多様な病変が検出された。

【結論】FREを用いた膵癌・胃癌同時検診は安全かつ効率的であり、良好な病変検出能を示した。リピーターの増加は受診者の満足度を反映していると考えられ、食道胃十二指腸の内・外病変を網羅的に検査可能な本手法は、次世代の任意型内視鏡検診として極めて有望である。

WS-8 MRIを用いた膵がんドックの可能性と課題

恵寿総合病院 放射線科
○井上 大

膵がんは予後不良で知られ、早期発見による外科的切除が唯一の根治術である。しかしながら発見時にはすでに進行し、切除不能である症例や切除後にも転移、再発が多くみられ、集学的治療にも関わらずなかなか十分な予後改善が得られていないのが現状である。膵がんの予後を改善するには早期発見が非常に重要になるが画像上、膵臓に腫瘍が認められる時点ですでに浸潤がんであることが多い。近年、上皮内がんや微小浸潤がん (10mm未満) の段階ですでに画像上、膵臓に異常所見がみられることが明らかとなり、注目されている。具体的には膵実質の限局性萎縮や小嚢胞、主膵管の軽度の狭窄や拡張といった所見が挙げられ、こういった所見をきっかけに早期で発見、診断される膵がん症例が増加している。膵がんのスクリーニングは腹部超音波検査が一般的であり、今後も第一選択であることは間違いないが上記のような所見を捉えるのにMRIが有用である可能性がある。特に膵実質の限局性萎縮や主膵管のわずかな変化に関してMRIが鋭敏に捉えることが出来ることが期待される上、経時的な変化も客観的に比較しやすく、膵がんの早期発見に有用であることが期待される反面、費用がかかることや膵臓を専門としない画像診断医にとっては膵臓のわずかな変化を捉えなければいけないことは大きな負担であること (読影医により診断能にばらつきが大きいことが予想される)、また一日に可能な検査数に限りがあることなど課題も多い。また膵がん検診でこういった所見がみられた際の診断、経過観察のアルゴリズムも確立されていない現状がある。今回中規模一般病院および大規模画像診断センターの両者でMRIを用いた膵がんドックに携わった経験からその有用性およびそれぞれの課題に関して発表し、MRIの膵がんドックへの利用の可能性に関して議論したい。

WS-9 膵癌患者血液検体を用いた1分子酵素活性計測によるバイオマーカー探索

神戸大学大学院 医学研究科 内科学講座 消化器内科学分野¹⁾,
 コウソミル株式会社²⁾
 ○小林 隆¹⁾, 坂本 眞伍²⁾

【背景】現在、低侵襲に採取可能な体液中の生体分子を解析し、早期診断を目指すリキッドバイオプシーの開発が進んでいる。その中でもタンパク質の機能変化に着目した技術は、DNA/mRNAの変化のみでは十分に捉えきれない表現型の変化を反映する方法論として発展してきた。近年、血中の酵素活性を1分子レベルで超高感度に検出する手法が新たなモダリティとして開発され、がん検診への応用に向けた研究が進んでいる。

【目的】膵癌患者群および対照群の血中1分子酵素活性を評価し、新規バイオマーカー候補を探索する。

【方法】当科のStage I-IV膵癌50検体、非癌対照150検体と、バイオバンク由来の膵癌58検体、非癌対照195検体、他癌・他臓疾患237検体、計690検体の血液について、共同研究企業が有する1分子酵素活性計測系で測定を行った。まず100種類以上の酵素基質を用いてバイオマーカー候補の探索を行った。続いて由来施設が重複しないよう検体を二分し、訓練セットで学習させた機械学習モデルを用いて、検証セットの診断能を評価した。

【結果】膵癌群で特徴的な変化を示す膵臓関連の4つの酵素活性、DPP4/FAPα、CTRB2、CTRB1/CTRB2、CELA3Aを新たに同定した。4種類の酵素活性計測値を用いた機械学習モデルの膵癌診断能は、AUROC=0.91で、感度75.0%、特異度95.5%であった。Stage I-IIに限定した感度は71.9%であった。また他癌・他臓疾患を含むセットでの検証においても高い特異度が示された。

【結論】血中の複数の酵素活性を1分子レベルで計測する方法論により、Stage I-IIにおいても変化を認める膵癌特異的な酵素活性を同定した。現在、本バイオマーカーの有用性を評価する大規模ランダム化比較試験の実施に向けた、前向きフィジビリティ研究を実施している（試験ID：UMIN000059647）。

WS-11 腸内細菌遺伝子マーカーによる癌検診の可能性

藤田医科大学 消化器内科¹⁾, 藤田医科大学 消化器内科/同 医科プレ・プロバイオティクス共同研究講座/3BIOSIS Lab. Co., Ltd.²⁾
 ○藤井 匡¹⁾, 大野栄三郎¹⁾, 廣岡 芳樹²⁾

【背景と目的】癌の予後改善には早期診断が不可欠であり、早期発見および高リスク群の適切なサーベイランスは重要な課題である。我々は疾患と関連する腸内細菌の機能遺伝子に着目し、そのコピー数をqPCRで定量することで腸内細菌叢の代謝ポテンシャルを評価する「腸内細菌遺伝子マーカー」を提唱してきた。本研究では、大腸癌および膵癌における検診・リスク評価への応用可能性を検証することを目的とした。

【対象と方法】2023年以降に当科で収集した大腸癌患者27例、膵癌患者38例、膵癌患者22例、IPMNなどの高リスク病変保有者64例、健常者65例の便検体由来DNAを解析対象とした。各検体に対し複数の腸内細菌遺伝子マーカーをqPCRにて定量し、機械学習手法を用いてこれらを統合し、リスクスコア（癌確率）として算出した。

【結果】大腸癌患者と健常者の識別能は、従来の便潜血検査（FIT）のAUC（>0.8）と同等以上の値を示した。特筆すべきは、大腸癌の前段階である腺腫患者と健常対照を対象とした場合、FITのAUCは0.6～0.7程度にまで落ちる一方、腸内細菌遺伝子マーカーを統合した癌確率はこれを大きく上回っていた。膵癌においては、血液腫瘍マーカーCA19-9であってもAUCは0.75前後にとどまる。これに対し、腸内細菌遺伝子マーカーを統合して算出した膵癌確率は、自宅で採取可能な便検体を用いるにもかかわらず、これを上回る識別能を示した。さらに、膵癌ではIPMNなどの高リスク病変（HR）に対し、「いつ癌化するか」を見極めるモニタリング戦略が重要である。HR患者と膵癌患者の識別において、CA19-9ではAUCが0.7を下回り限界がある一方、腸内細菌遺伝子マーカーを統合した膵癌確率は高い性能を示し、HR症例の癌化モニタリングへの応用が期待される。

【考察】腸内細菌遺伝子マーカーは、非侵襲的な便検体を用いて反復可能な検査であり、住民検診におけるトリアージや高リスク群の長期サーベイランスに有用な手法となる可能性が示唆された。

WS-10 早期膵癌バイオマーカーとしての血液中miRNAの有用性：多施設共同研究

京都大学大学院 医学研究科 消化器内科学講座
 ○加島 弘崇, 福田 晃久, 河相 宗矩

膵癌は特異的な症状に乏しく、早期診断に有用なバイオマーカーが限定的で、早期発見・早期診断が困難な現状である。我々は最近、血液中miRNA+CA19-9の膵癌判別モデルにより、膵癌と非癌対象群で膵癌発症の有無を高精度に判別できることを示したので報告する。14病院から集めた膵癌患者212検体と健常者213検体を学習群（n = 185）と検証群（n = 240）に分け、次世代シーケンサーで血液中miRNAの発現を網羅的に測定し、学習群を用いてAIによるアンサンブルモデルにて膵癌判別モデルを作成し、検証群にてその診断性能を検証した。血液中miRNA+CA19-9の膵癌判別モデルは、高い精度で膵癌患者（全Stage）と非癌対象群を判別でき（AUC: 0.99, 感度: 90%, 特異度: 98%）、早期（Stage 0-I）の膵癌コホート（n = 30）（AUC: 0.98, 感度: 77%, 特異度: 98%）や無症候性の早期（Stage 0-I）膵癌コホート（n = 21）（AUC: 0.97, 感度: 67%, 特異度: 98%）においても高い判別精度をみとめた。さらに、独立したコホート（膵癌患者120例、健常対照者93例）で本診断モデルと近年保険承認されたAPOA2-ATQ/ATの膵癌診断性能を比較したところ、本診断モデルは膵癌を高精度に識別でき（本診断モデル: AUC = 0.99, APOA2モデル: AUC = 0.89）、APOA2-iTQ陰性54症例に対しても本診断モデルはAUC0.99の診断性能を示した。したがって、血液中miRNA+CA19-9膵癌判別モデルは、膵癌の早期発見に有用なバイオマーカーとなる可能性が示された。

放射線フォーラム

「これからの胃癌検診と継承すべき匠の技」

「Hp陰性，除菌後時代となった現在，発見される胃がんのスペクトラムにも変化が生じており，胃がん検診においても，これからの胃がんの特徴を理解した上で，対応・変化が必要となる。また同時に培われてきた技術・工夫を次世代に受け継いでいくことも重要なテーマである。今回のフォーラムでは胃がん検診のこれからの見据えながら，シンポジウムでは検査マニュアルだけでは伝えきれない胃X線の撮影・読影の技術，工夫，ピットフォール等について議論したい。」

司会：北村 晋志（高松市立みんなの病院）

大久保 誠（中国労働衛生協会 鳥取健診センター）

1. 教育講演

「ピロリ未感染時代のX線検診を考える」

演者：吉村 大輔（九州医療センター 消化器内科）

司会：北村 晋志（高松市立みんなの病院）

大久保 誠（中国労働衛生協会 鳥取健診センター）

2. シンポジウム

司会：北村 晋志（高松市立みんなの病院）

大久保 誠（中国労働衛生協会 鳥取健診センター）

医師コメンテーター：安田 貢（安田病院）

3. 症例検討

司会：依光 展和（東京都立多摩総合医療センター）

山岸 史明（東京都立多摩総合医療センター）

教育講演

「ピロリ未感染時代のX線検診を考える」

吉村 大輔（国立病院機構九州医療センター 消化器内科）

私が消化器内科の初学者として入門した当時は診療におけるX線検査の役割はとても大きく、胃ではがん検診から術前精査まで、大腸もスクリーニング検査として毎日内視鏡検査よりはるかに多くの注腸造影検査が行われていました。治療内視鏡は未成熟で、早期がん、表在がんの治療は外科手術がほとんどでした。従ってX線造影が美しく、読影が正確な医師が最も尊敬と信頼を集め、私もたくさん先輩に鍛えていただき、大好きなX線造影技術を磨いてきました。

高濃度低粘性バリウム製剤の開発により胃X線造影の効率は大幅に向上しましたが、内視鏡の進歩はそれをはるかに上回り、消化器がん診断の中心となりました。さらにESDの普及、拡大内視鏡と狭帯域光観察の登場以降は、外科手術の相対的減少と相まってX線の役割が縮小していきました。消化器内科はいつしか内視鏡内科に変容し、X線撮影はもとより読影も専門外と公言する医師も珍しくありません。いまや胃がんX線検診は技術的にも診断学的にも放射線技師が主役を務めなくてはなりません。

X線検診は胃がんの死亡率低減が科学的に証明されていますが、ヘリコバクター・ピロリ感染率が急速に低下し未感染者が大多数となった現在、果たして同様のロジックが成立するのでしょうか。自身で経験した未感染胃癌においては、病変が存在することを分かった上で施行したX線造影ですら、描出や指摘が難しいことを経験しています。本学会の先駆者たちが提言するように、これからのX線検診は胃がんの発見に加えて、非ピロリを含めた胃炎の診断、胃がんリスクの判定に新たな展開をする時期に来ていると考えています。

司会：北村 晋志（高松市立みんなの病院）

大久保 誠（中国労働衛生協会 鳥取健診センター）

吉村 大輔（国立病院機構九州医療センター 消化器内科）

平成8年3月 九州大学医学部 卒業

平成8年5月 九州大学第三内科入局、九州大学附属病院

平成9年5月 労働福祉事業団 門司労災病院 内科

平成10年5月 北九州市立医療センター 消化器科

平成11年5月 福岡市民病院 内科

平成12年4月 九州大学生体防御医学研究所生化学教室（現 脳機能制御学）

平成15年10月 九州大学大学院 形態機能病理学

平成16年3月 九州大学大学院 医学研究院卒業

平成16年4月 福岡県済生会福岡総合病院内科 医員

平成17年4月 同 内科 医長

平成20年4月 同 内科 部長

平成24年 4 月 同 消化器内科 主任部長

令和 3 年 4 月 国立病院機構九州医療センター消化器内科, 光学診療部副部長

令和 6 年 4 月 同 消化器内科 (消化管) 科長, 光学診療部長, 九州大学医学部臨床教授 現在に至る

学位 平成16年 (酸化ストレスと遺伝子変異・細胞死に関して)

An oxidized purine nucleoside triphosphatase, MTH1 suppresses cell death caused by oxidative stress.

Journal of Biological Chemistry 278, 37965, 2003

学会活動

日本内科学会 総合内科専門医, 指導医

日本消化器病学会 専門医, 指導医, 学会評議員

日本消化器内視鏡学会 専門医, 指導医, 社団評議員, 和文誌査読委員

日本感染症学会 専門医, 指導医

日本消化管学会 専門医, 指導医

American College of Physicians (ACP)

American Gastroenterological Association (AGA)

American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)

日本医師会認定産業医

日本消化器内視鏡学会ガイドライン作成委員 (早期胃癌診断ガイドライン第2版)

早期胃癌研究会 運営委員

雑誌「胃と腸」編集委員

受賞歴

2019年 早期胃癌研究会 最優秀症例賞

2024年 日本消化器病学会九州支部例会 指導医賞

F-1 ブラインドエリアを補う追加撮影の手技について

日本鋼管福山病院
石川 祐三

「胃がん検診のための胃X線検査マニュアル2025」では、胃内観察の網羅性を担保するためのブラインドエリアの補完が追加撮影の目的の一つとして掲げられている。背臥位“正面位”の画像がほぼ“正面像”（胃角小彎が接線像として描出される）となる鉤状胃では、基準の8枚で胃全体を概ね網羅可能である。しかし、牛角胃や瀑状胃などの変形胃ではブラインドエリアが生じやすく、これらを補完する追加撮影が不可欠となる。

特にこれらの胃形態では、通常の背臥位撮影において幽門前部後壁が軸方向投影となったり、十二指腸球部と重なったりすることで描出不良を招きやすい。こうした症例の幽門前部後壁を描出するのに有用なのが「半立位前屈位第1斜位」撮影である。

本法では十二指腸球部と幽門前部の重なりを回避し、幽門輪を縦方向に観察することができる。また、変形胃のみならず鉤状胃や下垂胃においても、十二指腸球部との重なりなく幽門輪を側面像として捉え、良好な造影効果のもとで幽門前部後壁を観察することが可能となる。本発表では、実際の透視動画をを用いて「半立位前屈位第1斜位」の撮影法を解説するとともに、その臨床的有用性について詳述する。

F-3 胃X線検査における感度・特異度スペシャリストの養成

（公財）宮城県対がん協会 放射線課
菅野 宏之

対策型胃がん検診においても胃内視鏡検診を実施する対策が増加し、受診者が胃X線検査と胃内視鏡検査を選択できるようになった。従来行われてきた胃X線検診は、検査精度が胃内視鏡検査と比較される時代となり、これまで以上の検査精度の向上が求められている。

胃X線検査の現場を支えるのは撮影にあたる放射線技師であり、読影医不足が深刻化する中であって、胃X線検査のスペシャリストとしての放射線技師の役割が大きくなってきている。胃X線検診の精度向上に向けて、日常業務において放射線技師には、①背景粘膜診断が可能な画質と胃内描出の網羅性を担保した基準撮影画像の撮影、②透視観察による異常所見の拾い上げと追加撮影による所見の再現性の確認と質的診断に資する画像の提供、③技師レポートを提出して読影医と連携を図ることが求められている。的確な病変描出のための撮影技術のスキルアップのためには、胃がんのX線診断学を学び、自身の知識や経験を研鑽するために症例検討会や勉強会へ積極的に参加するといった自助努力も不可欠である。

一方で胃がん検診においては検査の不利益を減らすことが求められており、不必要な精密検査を減らして特異度を上げる努力が必要とされる。今後は所見を拾い上げることを意識するのではなく、不確定所見を減らし、感度と特異度を両立した撮影のできる胃X線検査のスペシャリストを養成していかなければならないと考える。

F-2 対策型検診における前壁撮影克服を目指して

（医社）こころとからだの元気プラザ
重松 綾

前壁撮影は胃X線検査の手技の中でも特にテクニカルであると考えられるため、胃X線検査マニュアル2025改訂版にも「前壁撮影のコツと注意点」として圧迫用フツンの仕様や挿入のコツについて記載されている。前壁撮影では“原則として”圧迫用フツンを使用して撮影とマニュアルでは記載されているが、胃がん検診で求められる網羅性を鑑みると圧迫用フツンの使用は胃形によらず必須と考えられる。対策型検診においては一日当たりの撮影件数が多くなることもあり、受診者へのスループットが重要となってくるが、前壁撮影における圧迫用フツンの使用方法を胃形・体型によりマニュアル化し、前出のコツと注意点をしっかりと理解することで撮影の効率化や網羅性も担保できると考えられる。当演題では当院における撮影の効率化及び網羅性の担保の点から前壁撮影克服を目指した工夫について話させていただく。

F-4 特に撮影者が見逃してはいけない所見について

神奈川県予防医学協会
高橋 伸之

撮影者が、例えば基準撮影法通り撮影したとしても、必ずしも救命可能癌が撮影画像に描出しているとは限らない。あるいは、わずかに病変の片鱗が写し出されたとして、それを的確に指摘することを読影医に求めるのは、撮影者として無責任であると言わざるを得ない。読影医は、撮影者が撮った画像だけを基に、判断しているのである。検査中のほうが、明らかに情報が多いのだから、撮影者が、良悪性判定のしやすい画像を撮影することこそ、チーム医療の一環である。検査中に、撮影者が異常所見に気づくことで、適切な追加撮影に繋がり、その結果、カテゴリー4以上で癌を拾い上げる例は、数多く存在する。また、読影補助認定制度が作られた背景にも、検査中、病変を的確に描出する技術の向上を期待したため。というのが、大きな理由の一つと考えている。

今回、私は、撮影者が見逃してはいけない所見について、発表の機会をいただいた。私が考える撮影者が見逃してはいけない異常所見は、以下の6つである。

- ・バリウムはじき像
- ・辺縁不整
- ・ヒダの異常
- ・異常な線
- ・バリウムたまり像
- ・領域のある模様の変化

いずれも、ただ漠然と撮影しただけでは、癌の見逃しに繋がりがかねない所見である。撮影者が、これらの所見に気づき、適切な追加撮影をしなければならないが、中でも、バリウムはじき像については、検査中にしか現れない。静止画には写し出されないケースが多く含まれている。静止画に写っていないければ、当然指摘することはできない。発表時間には限りがあるので、今回は、このバリウムはじき像について、症例を交えて説明する。

F-5 上部消化管X線検査における圧迫技術の到達点

—基準撮影法への統合的アプローチ—

ブラザー記念病院 放射線科
石黒 徹也

【目的】 上部消化管X線検査（以下、UGI）における撮影法は、2009年の基準撮影法の普及により標準化が進んだが、圧迫撮影は依然として撮影者の技術に依存する部分が多い。本発表では、二重造影と圧迫技術を融合させた手技の有用性を報告する。

【方法】 二重造影で圧迫手技を応用して診断能を向上させる方法と、立位圧迫のテクニックを紹介する。

①彎入部近傍の検索：圧迫筒で襞を伸展させ、襞の性状を詳細に観察する。

②胃の持ち上げ：上方へ持ち上げ、胃体中から下部で小腸との重なりを解除する。

③胃の押し下げ：体上部を観察しやすくするため圧迫筒で下方へ牽引する。また幽門部病変では軽い圧迫で平坦にし、かつバリウムの重みで幽門部を下垂させる。

④立位圧迫で小腸を外す：立位圧迫で重なった小腸を移動させ、ブラインド領域を解消する。

【結果】 標準体型以下の症例において、彎入近傍の病変に対する「襞を伸ばす」圧迫や「胃を持ち上げる」圧迫を適用したところ、二重造影単独では判定困難な重なり領域でも、描出範囲の拡大ができ、病変の除外・病変の描出が可能になった。「胃を押し下げる」方法では、胃型を矯正でき、病変の広がり確認や視認性が向上した。また立位圧迫では小腸を外して撮影することで、診断能の向上に繋がる。

【結語】 本知見は胃がん検診の精度維持に寄与するものである。

F-7 重篤な偶発症を防ぐ—消化管穿孔への対応—

JCHO仙台病院 放射線科診療部¹⁾、JCHO埼玉メディカルセンター放射線技術部²⁾

北山 貴章¹⁾、菊地 秀和¹⁾、奥田 圭二²⁾

バリウムによる上部消化管造影検査は、長年にわたり我が国の胃がん検診において中心的役割を担ってきた。しかしながら、近年は高齢化の進行などにより、検査に関連する偶発症が少なからず報告されている。主な偶発症には、誤嚥、腸閉塞、消化管穿孔、過敏症、さらに検査時の転倒や圧迫操作による骨折などが挙げられる。中でも消化管穿孔は致命的転帰をとる可能性が高く、安全管理の徹底が求められる。自身が所属していた施設では検診上部消化管造影検査後に短期間で消化管穿孔が2例発生し、緊急手術となった。その後、消化管穿孔偶発症の予防を目的として、検査後説明の強化および検査終了直後の確実な緩下剤投与を実施した。加えて、飲水量の目安を明確化する目的で、500 mLのペットボトルを配布し、積極的な飲水を促す運用とした。その結果、検査後のバリウム排便に一定の効果が示唆された。

上部消化管造影検査の安全性向上は、胃がん検診全体の信頼性を担保する上で極めて重要であり、医師・診療放射線技師・看護師・事務職員が一体となった包括的安全管理体制の構築が求められる。

F-6 適切に描出された粘膜像の見極め方・目指し方

公益財団法人福岡労働衛生研究所
高木 優

胃X線検査精度においては、撮影から診断に至る全ての工程での適切な管理が求められる。本シンポジウムでは、胃X線画像精度の根幹である粘膜像に焦点を当て、その視覚的評価方法—見極め方—と良好な粘膜像を得るための撮影技術や手技の工夫—目指し方—について、これまで蓄積された知見や経験に基づいて述べさせていた

【粘膜像の視覚的評価方法（案）—粘膜像の描出状態の見極め方—】

1) 対象：胃X線二重造影像

2) 目的：粘膜像の描出状態—胃粘膜の模様と凹凸の表れ方—の評価

3) 意義：撮影技術・手技へのフィードバック、撮影・画像・読影・診断精度の安定

4) 評価指標：中原らの鮮明度—胃粘膜表面の模様・凹凸がどれくらい明瞭・繊細に描出されているか？—

5) 着眼点：①輪郭・辺縁、②粘膜ひだ・ひだ間、③胃小区・胃小溝

6) 評価因子：①ハード因子—画質：濃度・コントラスト・鮮鋭度・粒状性—。②ソフト因子—造影効果：造影剤による粘膜像の可視化の状態—

7) 評価項目：①画像濃度：白とび・黒つぶれのない適切な濃度域にある。②コントラスト・鮮鋭度・粒状性：明瞭・シャープ・緻密で、ブレ・ボケ・ざらつきがない。③障害因子の状態：腹厚、胃液・粘液、残渣・残泡、椎骨などによる影響が少ない。④バリウムの付着状態：薄く、ムラのない均一な付着が得られている。

8) 評価基準：①いいね！：鮮明度の評価項目が全体的に良好なもの。②まあまあ：鮮明度の評価項目のうち、一部に悪いところがあるもの。③イマイチ：鮮明度の評価項目のうち、悪いところが目立つもの。

※参考文献 1) 中原慶太、水町寿伸編。胃X線撮影法虎の巻。2) 中原慶太著。胃X線読影法虎の巻改訂版。

超音波フォーラム

1. 教育講演

「膵胆道癌早期発見のための腹部超音波検査」

演者：三輪 治生（横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター）

司会：中河原浩史（横浜中央病院 内視鏡センター）

2. 症例検討

司会：三輪 治生（横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター）

永井 悟（湘南藤沢徳洲会病院 臨床検査部）

3. 腹部超音波検診判定マニュアル（2021）クイズセッション

演者：荻澤 澄恵（日本大学医学部附属板橋病院 臨床検査部）

北村 拓郎（茅ヶ崎徳洲会病院 臨床検査部）

渡邊 幸信（日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野）

司会：渡邊 幸信（日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野）

山本 美穂（早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック）

教育講演

「膵胆道癌早期発見のための腹部超音波検査」

三輪 治生（横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター）

膵胆道癌は早期診断が重要であるが、現時点では公的ながん検診は確立されておらず、有症状で発見された時点ではすでに進行癌であることも少なくない。そのような状況において、腹部超音波検査は、膵胆道癌を早期に拾い上げるための重要なモダリティである。当院で経験した症例をもとに、早期診断に有用な撮像法と注意すべき所見について概説する。膵癌の早期診断では、まず描出不能領域を可能な限り減らすことが重要であり、心窩部縦走査で膵と消化管の位置関係を把握したうえで、右側臥位、左側臥位、半座位、左肋間走査を組み合わせる膵全域を観察する。膵癌では境界不明瞭・輪郭不整な低エコー腫瘤に加え、限局性膵萎縮、膵管狭小化に併存する小嚢胞や淡い低エコーなどに注目して、膵上皮内癌も念頭に置く必要がある。また、groove膵癌や膵鉤部癌など、主膵管変化に乏しい病変にも注意を要する。IPMNに代表される嚢胞性病変では、複数の方向から観察することで、隔壁や膵実質のpartial volumeと嚢胞内の壁在結節を鑑別することが重要である。胆道では、乳頭部癌や遠位胆管癌において胆管拡張や胆管連続性の途絶を丁寧に評価することが重要であり、無症候性胆嚢腫大も悪性遠位胆道閉塞を示唆する重要な所見である。胆嚢癌では広基性隆起のみならず、壁肥厚性病変、平坦病変、有茎性病変を呈する腫瘍があることを念頭に置き観察する必要がある。Artifactにより観察が困難な症例では、高周波プローブの使用、体位変換、走査角度の微調整に加え、微細血流表示法を用いた観察が診断に役立つ症例も経験する。膵胆道癌の早期診断につながる実践的な観察ポイントを提示したい。

司会：中河原浩史（横浜中央病院 内視鏡センター）

三輪 治生（横浜市立大学附属市民総合医療センター・消化器病センター内科・講師）

2006年3月：信州大学医学部 卒業

2006年4月：横浜市立大学附属市民総合医療センター 初期臨床研修医

2008年4月：藤沢市民病院 消化器内科

2014年6月：横浜市立大学附属病院 消化器内科 助教

2016年4月：横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 助教

2022年4月：横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 講師

一般演題

※ 抄録演題番号の前に「*」印の付いたものは、優秀演題です。

1. 肝・胆・膵 OS1-1 ～ 7

座長：脇岡 範（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科）

2. 肝・胆・膵・その他 OS2-1 ～ 6

座長：松本 直樹（日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野）

3. 上部消化管 1 OS3-1 ～ 7

座長：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科 先制医療学講座）

4. 下部消化管 1 OS4-1 ～ 6

座長：堀田 欣一（静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科）

5. 上部消化管 2 OS5-1 ～ 7

座長：河村 卓二（日本赤十字社 京都第二赤十字病院 消化器内科）

6. 下部消化管 2 OS6-1 ～ 6

座長：服部 昌志（山下病院）

7. 下部消化管 3 OS7-1 ～ 6

座長：池松 弘朗（東京大学医科学研究所附属病院 消化器内科）

8. 上部消化管 3 OS8-1 ～ 7

座長：岡 政志（埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科）

9. 上部消化管 4 OS9-1 ～ 7

座長：藤本 愛（東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野）

OS1-1 人間ドックの腹部超音波検査にて発見された濾胞性リンパ腫の1例

飯田市立病院 消化器内科¹⁾、飯田市立病院 放射線技術科²⁾
○岡庭 信司¹⁾、岩下 和広²⁾

濾胞性リンパ腫 (follicular lymphoma: FL) は、非ホジキンリンパ腫全体の10～20%を占める低悪性度B細胞リンパ腫であり、日本でのFLの罹患数は最近増加傾向にある。今回人間ドックで施行した腹部超音波検査 (ultrasound: US) にて多発性リンパ節腫大を指摘され診断に至ったFDGの1例を経験したので報告する。症例は70代男性、自覚症状なし、既往歴や現症に特記すべき事項なし。定期受診の人間ドックのUSにて集簇性の腸間膜リンパ節腫大を認めた。いずれも低～極低エコーの類円形リンパ節腫大であり、内部に線状の血流シグナルを認めた。ドック時の採血ではCRPの経度上昇以外には血液性化学検査に異常を認めず、精検時のSIL 2 Rも正常値であった。精検目的に施行したFDG-PETにて、上腹部の腸間膜および傍大動脈に複数のリンパ節腫大を認め、強いFDGの集積 (SUVmax10.6) を認めた。開腹生検にて、CD20陽性、CD10陽性、bcl 2陽性、Ki67 lowであり、FCMではkappa, lambda 2のclonalityを呈していたことから、StagellA のFollicular lymphoma (Grade 1-2) と診断した。当初経過観察としていたが、リンパ節の増大傾向を認めたためBR療法を6サイクル施行したところCRとなり、現在も無再発生存中である。

多発性リンパ節腫大は、感染症による一時的な防御反応のこともあるが、悪性リンパ腫、癌の転移、膠原病といった重大な病気が隠れている可能性もある。一方、腹部超音波検診判定マニュアル改訂版 (2021年) では、リンパ節腫大のカテゴリーはリンパ節の最大短径と短径/長径で判定している。本症例のような集簇するリンパ節腫大についてもD 2 (要精検) と判定し、クリティカル/パニック所見の準緊急所見に準じて対応すべきと考える。

OS1-2 職場健診で施行された腹部超音波検査にて腹水を契機に発見された切除可能腓尾部癌の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科
○木村 祐介、小野 拓真、小原 大和、池上 遼、三浦 雅史、氏田 互、中川 皓貴、宅間 健介、岡野 直樹、松田 尚久

症例は70歳代、男性。慢性腎不全にて腎センターで長期フォロー中であったが、これまで腹部画像検査で腓腫瘍の指摘はなかった。自覚症状はなく、職場健診で施行された腹部超音波検査で腹水を指摘されたことを契機に、精査目的に当院紹介となった。造影CTでは腓尾部に約2 cm大の乏血性腫瘍を認め、上流の主腓管拡張と腓実質萎縮を伴っていた。腫瘍は動脈相で造影効果に乏しく、漸増性の造影効果を示し、主要血管との接触や浸潤は認めなかった。また、直腸膀胱窩に少量の腹水を認めたが、腹膜播種や遠隔転移、有意なリンパ節腫大は認めなかった。EUSでは約2 cm大の不整な低エコー腫瘍を認め、主腓管は同部で途絶しており、EUS-FNAにて腺癌と診断した。以上より切除可能腓癌と判断し、腓体尾部切除術を施行した。病理組織学的には中分化型管状腺癌、腫瘍径24×20×15 mm, pT 3 N 1 aM 0, R 0 切除であった。慢性腎不全のため術後補助化学療法は施行せず、現在、術後3か月無再発生存中である。腓尾部癌は黄疸などの症状を呈しにくく、発見時にすでに切除不能となっていることが多い。本症例は、職場健診で指摘された非特異的所見を契機に精査が行われ、無症候の段階で切除可能な腓癌が診断された点で、健診の意義を示唆する症例と考えられた。

OS1-3 胆嚢胆石症が発症した、腹部超音波検診症例5例における検討

誠馨会千葉メディカルセンター 健診センター
○西荒井宏美

【目的】胆嚢胆石症は、一般的に40～50歳女性、食生活、体重の急激な変化、加齢、胆汁成分の異常、胆嚢の機能低下などがリスク要因とあげられています。臨床的には有症状が契機で発見されることが多いです。腹部超音波検診においては、無症状の胆嚢胆石症が多く発見されます。われわれは、検診経過中に胆嚢胆石症が発症した症例を経験しました。そこで今回その症例について検討をすること

で、胆嚢胆石症の成因について考察します。
【対象または方法】2015年4月1日から2026年1月までに当センターで腹部超音波検診を受診した受診者26353人 (男性13189、女性13164) を対象とする。

【成績または結果】5例の症例が胆嚢胆石症を発症した。例1. 57歳男性。朝食未摂取。20017年受診時BMI23.4、超音波所見は胆嚢ポリープのみ。20025年8月29日BMI24.7増加。10.4mm胆石1個を認めました。症例2.64歳女性。BMI23.1、高血圧・脂質異常治療中。2020年から毎年検診を受診し、2025年1月までは胆嚢ポリープのみ。2025年10月7mm胆石1個を認めました。症例3. 50歳女性。BMI37.1。2018年受診は胆嚢に異常なし。2023年子宮筋腫手術。2025年12月11日胆石最大9.6mm 3個を認めました。症例4. 46歳男性。朝食未摂取。BMI28.3。2022年2023年2024年受診時異常なし。2025年12月胆石9.6mm1個を認めました。症例5. 55歳男性。BMI23.5。LDLコレステロール186。2016年より2026年1月まで毎年受診。2016年2017年2018年まで異常なし、2019年～2023年は胆嚢ポリープ。2024年11月8.5mm 胆石1個、2026年1月胆石14mmと8.5mmの2個胆石を認めました。

【考察】胆嚢胆石症は40歳以降でも、多要因により発症すると考えられた。

OS1-4 当院での腓ドックにおける腓癌早期発見の試み

三豊総合病院 内科¹⁾、幡内科消化器科医院²⁾
○河井 裕介¹⁾、關 博之¹⁾、幡 英典²⁾、遠藤日登美¹⁾

【背景】腓癌は非常に予後不良な疾患であるが、早期に発見することができれば5年生存率80%以上と比較的良好な予後が示されている。ただ、早期に症状が出ることは非常に少なく、検診などで偶然発見されることが多い。そこで、当院では腓癌の早期発見を目的として、2017年4月よりドック検診のオプションとして腓ドック (MRCP+腫瘍マーカー検査) を行っている。今回われわれは、腓ドック受診者に認めた腓疾患の結果につき文献的考察を含めて報告する。

【対象・結果】2017年4月から2025年3月までの間に当院の腓ドックを受診した424名で、男女比は男277:女147、年齢中央値は64歳 (28-87) であった。うち133名が腓・胆管異常を指摘され (男女比は男96:女37、年齢中央値は66歳 (28-87))、腓嚢胞が127例、主腓管異常が14例、腓腫瘍疑いが2例、胆管狭窄が1例であった (重複あり)。腓腫瘍を指摘された2例は精査の結果、1例はNENで、もう1例はフォロー中に消失し、炎症性変化が疑われた。胆管狭窄を指摘された1例は胆汁細胞診やEUS-FNAで確定診断に至らず、試験開腹でGroove腓癌と診断された。腓嚢胞を指摘された127例のうち91例 (72%) は当院で定期的な画像フォローが実施されている。フォローは半年後にMRCP検査を行ったのち、半年～1年毎に造影CTもしくはMRCPを行っている。フォロー期間の中央値は1583日 (182-2995) で、フォロー期間中に主腓管狭窄などで腓癌の可能性が疑われた4例にSPACEを行ったが、いずれも悪性所見を認めず、嚴重フォローとなっている。【考察】健常者における腓嚢胞の有病率は既報に比して高い結果であったが、腓癌の発見には至らず、フォロー期間中にも腓発癌は認めていない。現時点では健常者におけるMRCPの有用性については疑問が残ると言わざるを得ないが、少数例では主腓管狭窄などの所見を認めており、さらなる観察が必要であると思われる。

* OS1-5 膵がん検診におけるAPOA 2-iアイソフォームの経時的変化と背景因子の検討

敬愛会中頭病院消化器内科
○森 英輝, 座覇 修

【目的】腫瘍マーカーの経時的変化は重要であり、CA19-9は正常範囲内でも増加傾向が膵癌発見の契機となり得る場合がある。アポリポタンパクA 2アイソフォーム (APOA 2-i) の検診における変動幅やその要因を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】2024年5月からの18カ月間にAPOA 2-iを2回測定した793例を対象とした。index値の変動幅に基づき、2回目の値が1回目より10以上増加した「増加群 (331例)」、10以上低下した「低下群 (124例)」、変化幅10未満の「不変群 (338例)」の3群に分類し、比較・検討した。

【結果】初回年齢中央値は54歳、男性59.1%、AUS検診は93.2%に実施され、膵嚢胞2.8% (21例)であった。全体793例の初回index中央値は83.9、2回目は92.6であり陽性率は5.4%から3.9%へ低下していた。初回index中央値は増加群/低下群/不変群で78.5/98.6/83.6であり、不変群と比較し増加群はindexが有意に低く、低下群はindexが有意に高かった。不変群と比較し増加群では喫煙 (3.8% vs 8.8%) や飲酒習慣 (4.4% vs 10.5%) を有する割合が多く、低下群では中性脂肪値 (中央値105 vs 113) が高く、飲酒習慣 (4.4% vs 15.3%) を有する割合が多かった。AUS所見の変化は、低下群で膵嚢胞が1例から3例、増加群で膵腫瘍が1例から2例であった。

【結語】受診者の約57%でindexに±10以上の変動を認めた。変動は初回値が高い症例は低下しやすく、低い症例は増加しやすい傾向に加え、脂質や生活習慣の影響を受けることが示唆された。リスク上昇方向であるindex低下群においてもAUSでの膵異常所見の有意な増加は認めなかった。index値は変動があり、生活習慣の影響を受けやすいことを認識する必要がある。

OS1-7 人間工学から見た走査スキルと筋負担に関するワークショップの開催報告

東京通信病院¹⁾、新宿健診プラザ²⁾
○丸山 勝¹⁾、伊藤 正範²⁾

【はじめに】ソノグラファーは筋骨格系障害 (MSDs) の訴えが多いにもかかわらず、その予防策に関する教育機会が不足している。消化器がん検診学会関東甲信越地方会の主催で開催した、人間工学に基づいた走査スキルと筋負担に関するワークショップについて、概要とアンケート結果について報告する。

【概要】ワークショップは、2つの講演「人間工学で知る身体」「腹部超音波検査における筋負担と熟練者の特徴」と「デモンストレーション」さらに「体験&フリートーク」の4部構成で行われた。体験では、可視化筋音図法 (vMMG) のセンサを参加した受講者全員の前腕に装着し、モデルに対して実際の腹部エコーを行った。vMMGは筋収縮の度合により発光する色が変わるセンサで、筋負担が低い探触子の当て方を参加者がリアルタイムで視覚的に体感していただいた。さらに走査中は自身のスマホで動画撮影して、資料として持ち帰っていただいた。フリートークでは検査にかかわる様々なことについて、熟練のソノグラファーと人間工学の専門家 (千葉大学 下村 義弘教授) と会話していただいた。

【アンケート結果】アンケートはワークショップ後と1か月後の2回収集し、ワークショップの評価と実際に検査に導入された効果等をまとめた。結果の内容は当日の発表にて報告する。

【考察】受講者からは大変好評を受けたが、MSDsを訴えるソノグラファーの数を考えると、もっとこのような場が必要である。一方で、ワークショップの効果を考えると受講者数は抑えて、体験のセッション時間を多く取る必要がある。

OS1-6 腹部超音波判定マニュアル2021における主膵管径3mm以上の臨床的意義：膵外分泌機能および栄養指標との関連

市立福知山市民病院 消化器内科¹⁾、済生会滋賀県病院 消化器内科²⁾、京都府立医科大学 消化器内科³⁾

○阪上 順一¹⁾、香川 恵造¹⁾、小牧 稔之¹⁾、岩井 智哉¹⁾、山根 慧己¹⁾、酒井 浩明¹⁾、窪田真理子³⁾、置塩 伸也¹⁾、福井 勇人¹⁾、辻 俊史¹⁾、岡部 健吾¹⁾、今井 勇人¹⁾、向井 啓起¹⁾、保田 宏明²⁾、三宅 隼人³⁾、十亀 義生³⁾

【背景】超音波判定マニュアル2021では、体部主膵管径3mm以上をカテゴリー 3・判定区分D 2とし精査が推奨されるが、膵外分泌機能との関連を長期間の連続症例で検討した報告は少ない。

【目的】判定マニュアルに基づく主膵管径3mm以上の臨床的意義を、膵外分泌機能および栄養指標との関連から明らかにする。

【方法】1996年7月から2025年2月までに腹部超音波とBT PABA試験を併施した663例を対象とした。主膵管径<3mmを正常群、≥3mmを拡張群とし、栄養指標 (BMI, Alb, RTPs, SMI, 25OHD) および膵酵素を比較した。(IRB承認)

【結果】拡張群ではAlb, RTPsが有意に低値で、BT PABAも有意に低下していた。SMIは拡張群で高値であったが、性差の影響が考えられた。トリプシン、PLA 2は拡張群で高値を示した。多変量解析ではBT PABA (P<0.0001)、トリプシン (P=0.0251)、PLA 2 (P=0.0117) が独立して主膵管拡張と関連した。BT PABA<70%を外分泌障害とした場合、主膵管径3mmの感度0.43、特異度0.80、AUC0.64で、最適カットオフは1.9mmであった。

【結論】主膵管径3mm以上は外分泌障害のスクリーニング能は高くないが、膵外分泌低下および栄養障害の初期像と特異的に関連し、判定マニュアルにおける病的意義を支持する所見と考えられた。

OS2-1 人間ドックを契機に発見された傍神経節腫の一例

関野病院¹⁾、日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野²⁾
○大澤 亮太¹⁾、吉田美紀子¹⁾、菅野 咲絵¹⁾、小幡佳津明¹⁾、
酒井 康行¹⁾、古川 秀和¹⁾、小川 眞広²⁾、松本 直樹²⁾

【症例】53歳男性 機会飲酒 喫煙15本/day

【主訴】特記事項なし

【既往歴】頸椎ヘルニア、逆流性食道炎、脂質異常症、左脚前肢ブロック

【画像診断】腹部超音波にて腹部大動脈と隣接する35mm大の腫瘍像を認めた。腫瘍像は内部低エコー不均一、豊富な血流信号を認め境界明瞭であった。造影CTでは腹部大動脈右腹側に28mm大の腫瘍を認め、造影早期相から濃染し後期相で造影効果の低下を認めた。多血性腫瘍が考慮され局在及び造影パターンより傍神経節腫を疑った。

【その後の経過】紹介先のがん治療専門医療機関にて傍神経節腫と診断され手術での腫瘍摘出となった。

【考察/まとめ】傍神経節腫は人口10万人あたり6例未満と稀であり、傍神経節から発生する腫瘍であるとされている。褐色細胞腫と同様にカテコラミンの過剰分泌に関連している可能性があり、褐色細胞腫と比較して悪性化する割合が多いことからその他の後腹膜の偶発腫瘍との鑑別が重要である。腹部超音波スクリーニングの際にそれらの所見を見た際には特に注意を必要とすると共に、それ以外の患者にも腹部大動脈の形状だけではなく、その周囲にも目を配ることにより致命可能な病変の発見に繋がり患者の利益に寄与するものと考えられる。

OS2-2 血清Amylase高値を契機に発見された広汎な膵管内進展を伴う小膵癌の1例

札幌徳洲会病院 消化器内科¹⁾、札幌道都病院 外科²⁾、札幌厚生病院 病理診断科³⁾

○長川 達哉¹⁾、福田 一寿¹⁾、佐藤 康永¹⁾、岡田 邦明²⁾、村岡 俊二³⁾

膵癌の早期発見法として様々な画像診断やBiomarkerの検討が行われているが、Mass surveyとして社会実装可能な検査法は限られており、古典的な血清膵酵素高値も早期発見に寄与する検査所見と考えられる。症例は50台男性、自覚症状はなかったが施設検診にて血清Amylase297と高値を指摘され、精査目的に当科外来を受診し、USにて膵体部に最大径12mm大のhypoechoic mass、造影CTにて10mm大前後の淡くenhanceされるlow density mass、MRI (T1強調像) では10mm大前後のlow intensity massを認め、何れの検査においても病変より尾側の主膵管は拡張するも、周囲臓器や脈管系への浸潤所見を認めなかった。ERCPでは膵体部主膵管に12mm長の狭窄部と同部位の分枝欠損を認め、尾側の主膵管および分枝膵管はびまん性に拡張していたが、内腔に陰影欠損や壁不整像は指摘されなかった。以上の画像所見よりpStage Iの膵体部癌と診断し膵体尾部切除術 (D1+a)、胆嚢および脾臓摘出術を行った。切除標本の固定後剖面では膵体部に主膵管と接して9×9mm径の浸潤癌を認めたが、組織学的に膵実質外への癌浸潤は認めずpStageIと進展度診断された。また浸潤癌に連続して、頭側10mm、尾側20mm程の範囲で主膵管や分枝内にPanIN-3病変を認め、更に尾側の主膵管内腔には広範囲に亘って非連続的にPanIN-2病変が散在していた。Mass surveyにおける血清膵酵素高値の取り扱い施設によって異なると考えられるが、pStage0,I膵癌の30～40%に認められる異常所見でもあり、広範囲な上皮内進展との関連性を含め興味深い一例と考えられ報告した。

OS2-3 当院における健診・検診・ドック経由で紹介された消化器癌患者の検討

東邦大学医学部内科学講座消化器内科学分野¹⁾、東邦大学医学部臨床腫瘍学講座²⁾

○壹嶋美智子¹⁾、菊池 由宣²⁾、若林 宗弘¹⁾、山口 和久¹⁾、松田 尚久¹⁾

【目的】本邦のがん検診受診率は依然として3～5割程度に留まり、2020年以降のCOVID-19流行により受診率低下が報告されているが、実臨床への影響は十分に検討されていない。そこで当院における健診・検診・ドック経由紹介症例の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】院内がん登録を用い、2015～2024年の10年間に健診・検診・ドックを契機に当院初診となった消化器癌患者871例を対象に、臨床背景および年次推移を後方視的に検討した。さらに、2015～2019年(時期1)、2020～2022年(時期2)、2023～2024年(時期3)の3期間に分け比較した。

【結果】平均年齢は67.4歳、男性572例(66%)であった。疾患別では大腸癌が最も多く(46%)、次いで胃癌(33%)、食道癌(9%)の順であった。病期Iが439例(50%)を占め、治療は外科手術479例(55%)、内視鏡治療単独198例(23%)であった。初診から治療開始までの期間中央値は46日であった。紹介患者数は年間80～100例(平均87例)で推移し大きな変化はなかったが、女性および75歳以上の高齢者割合は経年的に有意に増加していた。疾患別では食道癌症例が増加傾向を示したが、その他には著変なかった。3期間比較では、時期2においても患者数全体に変化はなかったが、肺癌のみが有意に増加していた。病期分布や治療開始までの期間に有意差は認めなかった。

【結語】健診・検診・ドック経由紹介患者数はCOVID-19流行を含め過去10年間で大きな変化はなかったが、近年は女性および高齢者の割合が増加していた。コロナ禍では肺癌症例の増加が認められた一方、その他の影響は限定的であった。

OS2-4 当院におけるC型肝炎SVR後発がんのリスク因子についての検討

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科

○小林康次郎、和久井紀貴、南雲 秀樹、渡邊 葉帆、荻野 悠、松井 哲平、松田 尚久

【はじめに】C型慢性肝疾患におけるsustained virological response (SVR)後の肝細胞癌(HCC)発がんリスク因子について、当院における検討を行ったので報告する。

【対象と方法】対象は当院にてDAA治療を行ったC型慢性肝疾患386例(平均年齢62.5±13.7歳、男性174例、女性212例)。対象症例をSVR後発がんの有無で分類し、DAA開始前の年齢、性別、肝障害度、発がんの既往、血液生化学検査、HCV-RNA量、ならびに超音波エラストグラフィを用いた肝硬度(VTQ)について比較検討した。SVR後発がんは、SVR後3年の時点でHCCが発生した症例と定義した。

【結果】治療の内訳は、ダゲラタスビル塩酸塩+アスナプレビル(DA)が44例、オムビタスビル水和物+パリタプレビル水和物+リトナビル(OPR)が19例、エルバスビル+グラゾプレビル(EG)が21例、ソホスビル+リバビリン(SR)が105例、レジバスビルアセトン付加物+ソホスビル(LS)が123例、グレカプレビル水和物+ビプレントスビル(GP)が74例であった。肝障害度は慢性肝炎309例、肝硬変77例であった。SVR後発がん例は18例(新規発がん9例、再発9例)であり、SVR後発がん率は4.7%であった。男女比は11/7、年齢は67.8±10.1歳、肝硬変/慢性肝炎は9/9であった。非発がん例との比較検討では、年齢(p=0.04)、肝硬変(p=0.001)、血清アルブミン値(非発がん例4.0±0.35 g/dL/発がん例3.7±0.35 g/dL, p=0.008)、血小板数(非発がん例18.7±11.2×10⁴/μL/発がん例16.0±7.0×10⁴/μL, p=0.001)において有意差を認めた。

【まとめ】国内多施設共同研究では、DAA治療におけるSVR後発がん率は2.8%と報告されており(Kobayashi T, et al: 肝臓. 2019;10:388-391)、当院での発がん率4.7%はそれと比較して高値であった。今回の検討では、加齢、肝硬変、血清アルブミン低下、血小板減少がSVR後発がんのリスク因子であることが示唆された。

OS2-5 がん登録情報を利用した対策型検診の精度管理の取り組み

弘前大学大学院医学系研究科 医学医療情報学講座¹⁾, JA長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター²⁾, 青森県立中央病院³⁾
○田中 里奈, 雑賀公美子^{1), 2)}, 斎藤 博³⁾, 松坂 方士¹⁾

がん検診によってがん死亡率を低下させるためには、(1)科学的根拠のあるがん検診プログラムの選択、(2)徹底した精度管理、(3)高い受診率の維持、が必要である。がん検診の成果が得られている組織型検診を実施している欧州諸国と比較すると、日本では(2)徹底した精度管理が不十分である。精度管理状況を評価する点において、日本ではこれまで未受診者を含むがん検診対象者全員のがん罹患情報を網羅的に把握するシステムがなく、感度・特異度の算出が困難であった。しかし、平成28年にがん登録等の推進に関する法律が施行され、都道府県・市町村において住民のがん登録情報の利用が可能となった。これにより、がん検診受診者のがん罹患情報が利用でき、自治体でのがん検診受診者の検診結果(陰性、陽性)と、がん罹患情報(診断日や進展度)を紐づけることで、真陽性、偽陽性、真陰性、偽陰性を区分でき、感度・特異度の算出が可能となった。しかし、がん登録情報もがん検診情報も個人情報であること、管理の主体が異なるなどの課題があるため、本研究班では(a)全国がん登録情報を活用して感度・特異度を算出する際の個人情報の取り扱いに関する運用面の整理、(b)算出した感度・特異度等を用いてがん検診プログラムの精度管理を向上させるための手法の開発、(c)感度・特異度を用いてがん検診プログラムの精度管理を向上させる事業の全国展開に関する支援を行っている。本報告ではこれまでの取り組みと課題について述べる。本研究は、厚労省科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班(代表:松坂方士)での取り組みである。

OS2-6 コンピュータ(AI)が医療従事者を育成する「画像診断ナレッジサービス」の効果について

メディカル指南車
○笹井 浩介

【目的】X線、超音波、内視鏡などの画像診断は現代医療では不可欠な検査手段ですが、正確な診断と治療には知識と経験が要求されます。しかし医療従事者にとっては十分な学習機会を確保することが難しい場合も多く、スキルのばらつきによる見落としや重症化してから発見されるという事例も発生しています。そこで我々は忙しい医療従事者にとって効率的に画像診断を習得できる方法を開発し、その効果を確認しました。

【方法】大学病院が保有する多くの症例や豊富な知識・経験をセマンティック・ネットワークと呼ばれる知識情報処理を応用してコンピュータ(AI)に教え込むことにより、不足する専門医に代わって医療従事者を育成することができるサービスを開発し、「画像診断ナレッジサービス」として提供しています。

【結果】すでに国内では6,000アカウント以上を提供し、2024年度からは国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の委託によるフィリピンへの展開や国際連合工業開発機関(UNIDO)の支援による海外展開に取り組んでいます。また、大学病院の放射線科における専門医の読影において読影時間が12.5%短縮できたという効果や、診療放射線技師の育成において短期間で読影補助のスキルが向上したという効果、臨床用途において応用可能であるとのアンケート結果など、すぐれた学習効果が論文発表されています。また、画像診断AIの普及に備えて医療従事者の育成が必要との判断での活用事例なども報告されています。【結論】本発表では知識情報処理の説明に加えて、すでに発表されている論文を引用しながら検診領域で期待される効果について検討したいと思います。

OS3-1 ESDで確定診断したInflammatory fibroid polypの1例

旭川医科大学 内科学講座 消化器内科学分野

○川上ひかる, 高橋慶太郎, 林 龍之介, 臺 一樹, 小林 裕, 坂谷 慧, 安藤 勝祥, 上野 伸展, 嘉島 伸, 盛一健太郎, 田邊 裕貴, 藤谷 幹浩

【背景】Inflammatory fibroid polyp (IFP) は、全消化管の粘膜固有層深部から粘膜下層に発生する炎症性ポリープとされ、少ないながらもIFP近傍または他部位に胃癌の併発が報告されている。今回、IFPと2ヶ所の早期胃癌をESDで切除した症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。前医検診の上部消化管内視鏡検査で早期胃癌と前庭部に胃ポリープ（生検でGroup1, gastric mucosa）を指摘され、内視鏡治療目的に当科を紹介された。*H. pylori*除菌歴はなく、Hp-IgG 54U/ml、便中ピロリ抗原陽性。当科で内視鏡検査を施行し1.体下部大彎 10mm 0-2c, 2.胃角部後壁 15mm 0-2aに加えて、3.前庭部小彎前壁側に立ち上がりが急峻な発赤調隆起性病変を認めた。3.のNBI併用拡大観察で、背景粘膜はLight blue crest (LBC)を伴う管状構造であり、腸上皮化生が疑われた。背景粘膜と隆起性病変の表面構造において明瞭な境界は認めず、病変部の拡大観察でも背景粘膜と同様にLBCを伴う管状構造を形成し、表面構造の不整を認めなかった。積極的に悪性を疑う所見に乏しく、Fibromusculosisなどの良性病変が鑑別に挙げられたが、患者の希望により3病変ともESDで一括切除した。病理組織学的診断では、早期胃癌については粘膜内癌 (1.por 2 > sig, 2.tub 1) であり、eCuraAでの治療切除であった。3.では表層に異型を認めず、粘膜固有層深部から粘膜下層にかけて好酸球、リンパ球などの炎症細胞浸潤、線維芽細胞類似の紡錘形細胞が同心円状増生 (onion skin像) し、免疫染色では紡錘形細胞に一致してCD34が陽性のため、IFPと診断した。診断的治療としてESDにより診断確定された症例は自験例を含めて18例と少ないため、胃癌併発例に関する文献学的考察も含めて報告する。

OS3-2 胃がん内視鏡検診で指摘し以前と比較観察できた炭酸ランタン沈着症の2例

岩手県対がん協会¹⁾, 岩手医科大学 臨床病理²⁾

○村上 晶彦¹⁾, 神谷 亮一¹⁾, 佐藤 絵里¹⁾, 檜木 節子¹⁾, 佐々木知子¹⁾, 柳川 直樹²⁾

【目的】胃がん検診で指摘し、中止できた炭酸ランタンによる胃十二指腸粘膜障害の報告

【症例1】60歳代男性。

【既往歴】12年前から血液透析導入。2年前に閉塞性動脈硬化症カテーテル治療。高血圧症内服 半年前に左腎臓がんで手術 食欲不振あり
【検診内視鏡検査】胃粘膜は浮腫状であり、胃体部、体下部小彎十二指腸球部に白色調の微細顆粒の多発をみとめた。内服薬調査すると ビソプロロールフルマル酸1.25mg シロスタゾール200mg アメジウムメチル硫酸塩100mg エイコサペント酸600mg サルボクレラート300mgシナカルセト塩酸塩 2.5mg セベラマー塩酸塩750mg 炭酸ランタン1500mgを2年前から服用、炭酸ランタン服用は計304g。Hb9.6g/dl, CRN13.1mg/dl 発見時の内視鏡検査と炭酸ランタン服用前の3年前の検診の内視鏡検査があり比較。内服前と比較して萎縮性胃炎は変化ないが、白色微細顆粒の多発があり。

【症例2】40歳代男性

【既往歴】38歳右腎がんで摘出術 10年前から血液透析。

【胃内視鏡検査】胃粘膜は浮腫状であり、胃体部、体下部小彎十二指腸球部に白色調の微細顆粒の多発をみとめた。内服薬を調査するとフェブキロスタット20mg炭酸ランタン1000mgを4年前から服用炭酸ランタン服用は計146g内服。Hb10.7g/dl, CRN12.1mg/dl

【病理】胃生検では、胃粘膜固有層間質に、赤褐色の顆粒物を貪食した組織球の浸潤あり炭酸ランタン服用による胃粘膜障害と診断された。

【結果】2例とも炭酸ランタンによる胃粘膜障害として処方医に連絡して中止できた。

【結論】炭酸ランタンは、血液透析患者のカルシウム非含有リン吸着薬で胆汁排泄型高リン血症改善薬として2009年から本邦で販売されているが、近年胃粘膜障害の報告あり、内視鏡所見は白色調の微細顆粒の多発が特徴であり、検診の際に内服薬にも注意することが重要と考えた。

OS3-3 経鼻内視鏡胃がん検診で発見された上咽頭病変—症例とCOVID19の関与について—

岩手県対がん協会¹⁾, 岩手医科大学 消化器内科²⁾, 赤坂病院 内科³⁾

○村上 晶彦¹⁾, 神谷 亮一¹⁾, 佐藤 絵里¹⁾, 佐々木知子¹⁾, 菅原 誠¹⁾, 石田 由貴¹⁾, 檜木 節子¹⁾, 松本 圭之²⁾, 梁井 俊一²⁾, 赤坂理三郎³⁾

経鼻内視鏡で上咽頭腫瘍を経験し内視鏡画像で観察可能な上咽頭について週及的に検討した。上咽頭腫瘍は3例を経験した。過去画像の振り返りを検討した。上咽頭病変を検討してゆく中で、顆粒状粘膜肥厚がCOVID19感染者に多く経験し次の検討をした。顆粒状粘膜肥厚の判断を、BLI画像で上咽頭側索までの顆粒状粘膜肥厚とし、さらに下咽頭リンパ濾胞の併存の有無と、COVID19感染有無を検討した。対象は2024年11月から2025年8月の内視鏡検診受診者527例（男性375例、女性172例）で、検査後に施行医が研究趣旨説明と問診を行った。上咽頭顆粒状粘膜肥厚と下咽頭リンパ濾胞の有無をCOVID19感染有無で比較し、既感染予測における各所見の感度、特異度、PPV、正診率を算出し、上咽頭顆粒状粘膜肥厚の陽性率は既感染群100%、未感染群24.2%と前者で有意に高かった ($p < 0.001$)。また下咽頭リンパ濾胞併存の陽性率は既感染群92%、未感染群9.1%と前者で有意に高かった ($p < 0.001$)。上咽頭と下咽頭所見併存によるCOVID19既感染の診断能は、感度90.2%、特異度94.6%、陽性的中率94.6%、陰性的中率85.7%、正診率91.8%であった。感染時期判明の110人全員に残存、感染から最長5年まで認められた。上咽頭顆粒状粘膜肥厚と下咽頭リンパ濾胞併存所見はCOVID19既感染の指標となる可能性があると考えられた。

OS3-4 当施設の上部消化管内視鏡検査による胃がん検診の成績と特徴

関東労災病院 消化器内科¹⁾, 関東労災病院 健康診断部²⁾

○岩瀬 浩暉¹⁾, 原 健三¹⁾, 佐藤 祐輝¹⁾, 関 楓子¹⁾, 丹羽 絢菜¹⁾, 前廣 由紀¹⁾, 西上堅太郎¹⁾, 中崎奈都子¹⁾, 大森 里紗¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾, 鎌田健太郎¹⁾, 宮下みゆき²⁾, 小野 真史¹⁾, 池原 孝¹⁾

【背景】本邦における胃がんは死亡数で男性3位・女性5位、罹患数で男女とも4位を占め、早期発見が重要である。内視鏡による胃がん検診において、2022年度の胃がん発見率は50歳以上を対象とした対策型検診で0.347%である一方、任意型検診である人間ドックでは0.106%と報告されている。当施設では10～80歳代と幅広い年齢層を対象に胃がん検診を実施している。

【目的】当施設における胃がん発見率を全国の対策型検診および人間ドックの集計と比較し、がん検診の特徴と意義を検討する。

【結果】当施設の過去5年間の検診における上部消化管内視鏡検査の件数は16265例、そのうち626例 (3.85%) に対し胃組織生検を実施した。胃がんは23例 (0.14%)、そのうち3例は50歳未満であった。萎縮性胃炎は4318例 (26.5%) に認め、そのうち19例 (0.44%) に胃がんを認めたのに対し、非萎縮性胃炎においては4例 (0.033%) であった。発見された胃がんは全て治療まで到達し、1例を除き当施設で完結した。

【考察】当施設の胃がん発見率は対策型健診より低い、全国の人間ドックと同程度であった。対策型検診の対象外となる50歳未満の胃がんを発見しており、幅広い年齢層を対象とすることで若年層を含めた補完的意義が示唆された。また、がん発見例の大部分は診断から治療までを単一施設で完結できる点が当施設の強みである。

【結語】当施設は全国の人間ドックと同程度の胃がん発見率を示し、若年層を含むがん検診の有用性が示唆された。

OS3-5 新人教育「胃X線検査 基礎編」

財団法人関西労働保健協会千里LC健診センター

○西戸 伸之, 宝井 陽菜, 安随 琉斗, 伊勢本奈緒, 中谷 紋子, 三島 久典, 松原 明夫

【目的】現在, 胃X線検査における新人教育について, 法令やガイドラインなどの規定が整備されておらず当施設でも長年に渡り, その教育体制について試行錯誤してきた。近年ようやく, OJT(職場内訓練)が一定の成果が得られたので, 今回「実際の撮影を始めるまでに必要なスキル」の習得すべき教育方法について報告する。

【方法】知識・技術・感覚・その他の4項目に分け, 順に若しくは並行して取得

1. 知識(覚える)
 - a) 撮影部位と標的部位 b) 胃X線検査の台本を作成 c) 胃疾患
2. 技術
 - a) マーカーを撮影台に3箇所貼り付け, 順に素早く透視観察する
 - b) 覚えた台本通りに, マイク, 撮影台, 圧迫筒を使う
 - c) さらに, マーカーを5箇所貼り付け, 透視を使う
 - d) 実際に人を使って, 透視, 撮影以外の手技を行う
3. 感覚

空気量とバリウム付着について

- a) 背臥位3体位から, 瞬時に空気量, バリウム付着度を判断させる
 - b) 正常異形や病変による膨らみの違いを説明する
 - c) 撮影見学中に, 空気量の状態を聞く
- 前壁撮影用フツンの挿入位置
- a) 心窩部へ正確に挿入できるように説明
 - b) 胃形や腹囲に応じ, 心窩部を基準としてフツンの挿入位置を説明

4. その他

- a) 受診者の入室・退室案内: 検査内容や動き方を説明 b) 発泡剤の追加: 何g追加するか指示する 慣れてきたら, 自身で発泡剤の量を決める
- c) 前壁撮影用フツン: フツンを挿入し, 胃が足方に伸びればOK
伸びていない場合は, 心窩部からどの方向に何cmと指示する 慣れてきたら, 自身でフツンの挿入位置を決め実行させる

【結果】実際の胃X線検査において, 検査説明や指示をスムーズに行うことができるようになった。また, 装置の使い方にも既に慣れており, 判断の難しい空気量や前壁撮影におけるフツン挿入位置についてもある程度の対応が可能となった。

OS3-6 還元難消化性デキストリン配合水は胃X線検診後の便秘関連電話相談を3分の1に減少させる—75万人規模の対策型検診データによる検討—

宮城県対がん協会 がん検診センター¹⁾, 宮城県対がん協会 看護課²⁾
○浅沼 清孝¹⁾, 佐藤真由美²⁾, 面川奈津子²⁾, 千葉 隆士¹⁾, 只野 敏浩¹⁾, 加藤 勝章¹⁾

【目的】近年, 対策型胃X線検診では受診者が高齢化しており, これらが便秘症状の高リスク群であることを背景としたバリウム排泄遅延に伴う偶発症の増加が危惧される。当協会では従来より下剤入りバリウムの使用と錠剤下剤の配布を行ってきたが, 排便困難に対する更なる対策が求められている。水溶性食物繊維である還元難消化性デキストリンは食物繊維不足の解消を目的に開発されたが, 腸内環境を改善し排便促進作用を有する。我々は2023年度より還元難消化性デキストリン配合飲料水500mL(デキストリン水)の配布を開始した。本研究ではデキストリン水の配布が胃X線検診後に当施設に寄せられる電話相談に与える影響を評価した。

【方法】2019年度から2024年度に当協会実施の対策型胃X線検診受診者を対象とした。電話相談内容を排便困難の有無で分類し, デキストリン水配布前後での相談発生を比較した。解析には性別, 年齢, 実施年度を調整因子とした多変量ロジスティック回帰分析を用いた。

【結果】対象の胃X線検診受診者は751,579人, デキストリン水配布前(2019-2022年度)の電話相談件数は受診者1万人あたり20人であったが, 配布後(2023-2024年度)は9人と減少した(オッズ比0.44; 95%信頼区間 [CI], 0.38 - 0.51)。この効果は性別や年齢, 実施年度で調整したが独立して認められた。特に排便困難に関する相談件数はデキストリン水配布前は1万人あたり13人であったが配布後は4人と3分の1に減少し, 電話相談件数全体の減少に大きく寄与した(オッズ比0.37; 95% CI, 0.32 - 0.42)。デキストリン水配布に関連する有害事象や, 検診後に入院を要する重篤な合併症は認めなかった。【まとめ】デキストリン水配布は簡便かつ安全に実施可能な介入として, 胃X線検診における偶発症対策および受診後対応の負担軽減に寄与する公衆衛生手法であることが示唆された。

OS3-7 胃がん検診専門技師および読影補助認定技師の登録推移

日本消化器がん検診学会東海北陸支部¹⁾, 愛知県がんセンター 内視鏡部²⁾, こころとからだの元氣プラザ³⁾, 医療法人 碧会 フェニックス健診クリニック⁴⁾
○西川 孝¹⁾, 田中 努²⁾, 小田 丈二³⁾, 日高 恵美⁴⁾

【背景・目的】胃がん検診専門技師認定制度(以下, 専門技師とする。)は2001年から始まり, 25年の歳月が経過した。この間, 一時期認定試験の実施期間はNPO法人日本消化器がん検診精度管理機構に移行されたが2024年からは再度, 本学会がその実施主体となった。また2019年には胃X線検診読影補助認定資格(以下, 読影補助認定技師とする。)も誕生し, 2020年から資格登録が始まった。今回, これら認定の登録者推移を検討したので報告する。

【対象と方法】対象は2001年から2025年12月1日現在, 本学会が公開している診療放射線技師会員と胃がん検診専門技師認定者, 並びに2019年から2025年12月1日までの読影補助認定技師について検討した。

【結果】2001年の専門技師認定登録数は892名, 以後毎年189.0±65.1名(中央値204名)の専門技師が誕生し, 2025年12月1日現在, 3,522名が登録されている。一方, 5年毎に行われる更新審査では毎年60±33.8名(中央値55名)の未更新認定者があり登録抹消となっている読影補助認定技師は2020年に127名が登録され, 以後毎年146.8±54.4名(中央値128名)の読影補助認定技師が誕生し, 2025年12月1日現在, 813名が登録されている。

【考察】専門技師並びに読影補助認定技師とも順調にその推移は伸びているが, 更新に伴い毎年60名弱の脱落者を輩出していることは本学会にとって危惧され事象であり, その原因と対策を講じることが必要と思われた。

【結語】専門技師認定者数は年々増加しているものの胃X線検診の受診者は内視鏡検診に比べ遥かに多く, これら専門・認定技師の確保は必要不可欠である。

OS4-1 便潜血陽性を契機に発見された巨大直腸鋸歯状病変に対し全身麻酔下ESDにより安全に一括切除・回収し得た1例
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
○穴戸 泰紀, 西川 雄祐, 石井 侃, 佐藤 信雄, 平岡 友美, 清水 良, 鳥羽 崇仁, 藤本 愛, 松田 尚久

65歳, 男性。検診で便潜血陽性を指摘され, 精査目的に前医で大腸内視鏡検査が施行された。内視鏡所見にて直腸Rbに巨大な平坦隆起型病変を認めたため, 手術目的に当院外科へ紹介となった。当院で内視鏡再評価を行ったところ, 病変の大部分は丈の低い平坦隆起で, 一部に結節状隆起を伴う最大径約100mmの平坦隆起性病変であった。丈の低い部分では鋸歯状変化が目立ち, 結節部の拡大観察においても粘膜下層深部浸潤癌を示唆する所見は認めなかった。以上より, 鋸歯状病変に粘膜内癌が併存した病変と診断し, 内視鏡切除の適応と判断した。長時間治療および検体サイズの観点から, 肛門からの一括回収が困難となることが予想されたため, 全身麻酔下に内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した。麻酔科医と連携し, 肛門近傍の剥離時には筋弛緩を調整し, 括約筋緊張を保持することで良好な視野を確保し, 回収時には弛緩を強めることで, 検体を損傷なく一括回収することが可能であった。病理組織学的診断はcancer with serrated lesionであり, 腫瘍は粘膜内に局限していた。便潜血陽性を契機に発見された巨大直腸鋸歯状病変に対し, 的確な内視鏡評価と他科との連携により, 全身麻酔下ESDで安全に一括切除・回収を行い, 正確な病理診断を得て外科手術を回避し得た症例を経験したため報告する。

OS4-2 便潜血検査陽性者の精検受診率向上の取り組みと成果

倉敷中央病院付属予防医療プラザ
○木口 賀之

【背景・目的】便潜血検査は大腸癌検診における重要なスクリーニング検査であるが, 精検受診率が低いことが当施設での大きな課題であった。2022年度より上記課題解決に為様々な施策を行ってきた。今回その経緯と結果を明らかにするため解析を行った。
【方法】2020年度から2024年度の5年間の取り組みならびにデータを当施設の年次報告書よりまとめ比較検討した。
【結果】2022年度から行った施策として, 大腸癌検診に関する職員向けアンケート (意識調査), 近隣医療施設に向けたアンケート (精査実施状況など), 前年度便潜血陽性者に対する精検勧奨の取り組み, 陽性者に対する運用方法の改訂, 当日説明に関する臨床研究 (ランダム化比較試験) 等を実施した。
以下 (2020, 2021, 2022, 2023, 2024) 年度のデータを示す。
当施設での便潜血検査受診者数は (36066, 37630, 37968, 39939, 39931 (人)) で増加傾向であった。便潜血検査陽性者数は (2177, 1983, 1808, 2025, 1944 (人)) で横ばいであった。精密検査受診者数は (1299, 1279, 1430, 1638, 1647 (人)), 精密検査受診率は (60, 64, 79, 81, 85 (%)) で取り組みを開始した2022年から優位な増加を認めた。大腸癌発見者数は (23, 28, 25, 33, 23 (人)), がん発見率は (0.06, 0.07, 0.07, 0.08, 0.06 (%)), 陽性的中率は (1.06, 1.41, 1.38, 1.63, 1.18 (%)) であった。
【結語】様々な施策により, 便潜血精検受診率は改善することが示唆された。今回の発表ではその経緯とデータの詳細について述べる。

* OS4-3 地域大腸がん検診データからみるFIT 1 日法シミュレーション分析

兵庫県予防医学協会 事務局調査研究室¹⁾, 兵庫県予防医学協会健診センター²⁾
○東塚 伸一¹⁾, 神野 勉²⁾, 安田 敏成²⁾

【はじめに】「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年度版」では, 実施上の課題の一つとして, 「採便回数は1回法でも2回法でも可能」だが, 「適切な採便回数を設定するための研究が必要」とされている。そこで, 今回, 過去の大腸がん検診 (2日法) の成績から1日法の成績をシミュレーションし, 2日法との比較を行った。

【方法】2021-2023年度の神戸市大腸がん検診におけるFITの採便“2日目”の判定結果を1日法の判定結果に読み替え, (1) 3年間 (のべ228,202名) のプロセス指標値等, (2) 2021年度受診者での感度・特異度を推計した。なお, 感度・特異度は, 2021年度精検未受診者および逐年未受診者を除外し, 2023年度までにかんがんが発見された (真陽性) 受診者および精密検査でがんでは無いことが確認された (真陰性) 受診者を加えた49,302名を解析対象とした。

【結果】(1) 1日法および2日法の成績は, それぞれ要精検率2.92%, 5.03% (χ^2 検定 $p < 0.01$), 精検受診率73.5%, 74.4% (同N.S.), がん発見率0.16%, 0.22% (同 $p < 0.01$), 陽性反応の中度5.46%, 4.30% (同 $p < 0.01$) で, 1日法で3,637名が精密検査を回避できるものの, 2日法で発見された大腸がん493名中129名を見逃す結果 (見逃し率26.2%) となった。(2) 1日法および2日法の感度は, それぞれ41.4% (95%信頼区間0.3645-0.4643), 58.9% (同0.53984-0.6382), 特異度は98.5% (同0.9835-0.9857), 97.2% (同0.9708-0.9737) であり, いずれも信頼区間は重ならなかった。

【結論】1日法は, 精密検査数の削減には有効だが, 現在の2日法に対する見逃し率, 感度低下といった課題があると考えられる。

OS4-4 ハイパースペクトルイメージングを使用した高定量値便潜血検査の可能性

東京大学医科学研究所附属病院 消化器内科
○池松 弘朗

【背景】第62回総会で, ハイパースペクトルイメージング (HSI) 使用により高定量値便潜血 (400ng/ml以上) を高精度で画像化できることを報告した。しかし, 病変の発見率に関して便潜血検査との比較はしていない。

【目的】HSIと便潜血検査の病変検出率を比較することを目的とした。

【方法】2021年10月から2023年12月まで間, HSI画像化の試験に参加された132名 (大腸がん75名, Advanced adenoma (AA) 12名, Low-grade adenoma (LGA) 22名, 病変無し23名) を対象とした。便潜血検査は, HSI画像化の試験で2か所または5か所から採取したため, 一番高い定量値が400ng/ml以上を陽性とした。各陽性での大腸がんの発見率, 病変別の陽性率を比較した。また, 付随検討として, 便表面上の陽性領域, 大腸がん病変の便潜血定量値に関して検討した。

【結果】HSI陽性は49例 (37.1%), 便潜血検査の陽性は41例 (31.1%) であった。HSI陽性のうち43例 (89.6%), 便潜血検査陽性のうち39例 (95.1%) が大腸がんであった。大腸がん75例中, HSI陽性は44例 (58.7%), 便潜血陽性は39例 (52.0%) であった。AA12名中, HSI陽性は1例 (8.3%), 便潜血陽性は1例 (8.3%), LGA22名中, HSI陽性は1例 (4.5%), 便潜血陽性は0例 (0%), 病変無し23名中, HSI陽性は1例 (13.0%), 便潜血陽性は1例 (4.3%) であった。HSI陽性49例中, 便全体が陽性と画像化された症例は12例 (24.5%), 一部の領域のみ陽性例と画像化された症例は37例 (77.5%) であり, その陽性領域の割合が10%以下であった症例は, 37例中26症例 (70.3%) であった。大腸がんで, 便潜血検査が1か所でも0mg/mlであった症例は15例認め, 11例はHSI陽性であった。【結論】HSIでは便潜血検査より大腸がんを多く検出できる可能性が示唆された。

OS4-5 任意型健診における大腸内視鏡検査の現状と有用性

藤田医科大学 消化器内科¹⁾, 藤田医科大学病院 国際医療センター²⁾

○中野 尚子¹⁾, 宮原 良二^{1), 2)}, 廣岡 芳樹¹⁾

【背景】大腸がん検診では便潜血検査を中心としたスクリーニングが広く行われているが、健診受診者を対象とした大腸内視鏡検査の実態に関する検討は十分とはいえない。本研究では、健診施設における大腸内視鏡検査データを用い、その有用性を検討した。

【対象・方法】藤田医科大学病院国際医療センターにおいて健診目的で大腸内視鏡検査を受診した385名（初回健診受診年齢 62.51 ± 13.68 歳）を対象に後ろ向き解析を行った。延べ検査件数は1121件であった。

【結果】全検査1121件中、腺腫295件（約26.3%）、大腸癌5件（約0.4%）、粘膜下腫瘍3件（約0.3%）を認めた。初回検査のみを抽出した解析では、385件中、腺腫134件（約34.8%）、大腸癌4件（約1%）、粘膜下腫瘍2件（約0.5%）を認めた。さらに、検査回数ごとに解析したところ、3回以上検査群では、腺腫は初回検査よりも2回目検査で高率に検出された。また5回以上検査群では、検出率は2回目以降一旦低下するものの、5回目以降で再度上昇しており、6回検査群では6回目検査で高率であった。一方、大腸癌は各検査群において主として初回から早期回の検査で検出され、後半回での新規検出は認められなかった。

【考察】内視鏡検査を複数回実施しても腺腫の検出が継続して認められた背景として、微小病変や平坦病変が初回検査時に検出困難であり、後の検査で顕在化した可能性が考えられる。また、健診目的の内視鏡検査では、小型病変を経過観察とする、あるいは後日の治療内視鏡に委ねるなど、必ずしもその場で完全切除を目的としない切除方針が影響している可能性も示唆された。

【結論】健診における大腸内視鏡検査は、大腸がんおよび前癌病変の検出に有用であり、初回検査による拾い上げ効果に加え、検査回数と検査順を考慮した継続受診の重要性が示唆された。

OS4-6 大腸CT検査（CTコロノグラフィー：CTC）の件数増加の取り組み 紹介患者のその後

奈良県立病院機構 奈良県西和医療センター

○上田 拓, 菅家 大樹, 吉田 真大

【背景】当院では、大腸がん精密検査の受診率向上を目指し2024年9月より、CTCの件数増加に向けた取り組みを行っている。登録医へ便潜血陽性で、大腸内視鏡を受けることに抵抗のある患者や内視鏡挿入困難な患者、CTCを希望された患者に対して当院の消化器内科へ紹介してもらうように案内している。

【目的】消化器内科へ紹介されCTCを実施した患者を解析し、地域医療への貢献について検討する。

【方法】1. 紹介患者の主な症状について解析し、どの症状の患者に需要があるか考察する。2. CTCを受けた患者の経過を追跡し、患者数増加や大腸がん早期発見など地域医療への貢献について解析する。

【結果】1. 紹介された患者の主な症状は便潜血陽性が最も多く、その他の症状には便秘やCEA高値などがあり、様々な症状で紹介されていた。2. CTCをした約半数の患者が大腸や腹部領域に病変がなく、紹介元へ返信し終診となっていた。CTCで病変が見つかり、大腸内視鏡で切除した患者や、外科的手術による切除に至った症例を認めたほか、大腸以外の臓器に偶発的病変が検出された症例もみられた。

【考察】大腸内視鏡に抵抗のある患者や内視鏡挿入困難など様々な患者に対して、CTCを実施することで大腸がん精密検査の受診率向上に貢献できていると考える。CTCによって大腸がんが発見され、外科的に手術となった症例もあり早期発見に貢献できている。

【まとめ】今回の紹介患者の解析でCTCの需要の高まりやCTCの地域医療への役割を再認識できた。今後もデータの継続的に解析し、件数増加やCTCの認知度の向上、精密検査受診率の向上に貢献できるように取り組んでいきたい。

OS5-1 新プロセス指標からみた2022年奈良県二次保健医療圏における対策型胃がん検診の結果について

奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹⁾、奈良県立医科大学 消化器・総合外科学講座²⁾、奈良県西和医療センター³⁾、奈良市総合医療検査センター⁴⁾、宇陀市立病院⁵⁾
 ○伊藤 高広¹⁾、南口貴世介¹⁾、齊藤 弥穂¹⁾、田中 利洋¹⁾、小山 文一²⁾、武輪 恵³⁾、平井都始子³⁾、吉本 正伸⁴⁾、赤羽たけみ⁵⁾

【目的】 がん検診プロセス指標の新基準値からみた奈良県の胃がん検診の課題を検討する。

【方法】 政府統計e-Statの健康増進事業報告（2025.3.25公表）から奈良県の5つの二次保健医療圏（奈良、東和、西和、中和、南和）における2022年度プロセス指標の結果を抽出し、新基準値と比較した。検査間隔をX線1年・内視鏡2年、対象年齢は50-69歳とし、上限74歳の場合を参照した。

【結果】 1. 2022年度のプロセス指標（新基準値）の結果は1）要精検率：X線（7.0%以下）は全圏で達成、内視鏡（7.1%以下）は全圏で非達成。2）精検受診率（全て90%以上）：X線で1圏のみ、内視鏡は全圏で達成。3）がん発見率：X線（0.08%以上）、内視鏡（0.13%以上）共に2圏で達成。4）陽性反応適中度：X線（1.1%）は3圏、内視鏡（1.9%以上）は1圏のみで達成。2. 上限74歳の場合、がん発見率は内視鏡（0.19%以上）が全圏達成。陽性反応適中度はX線（1.5%以上）が全圏、内視鏡（2.5%以上）が3圏で達成となった。

【考察】 新プロセス指標からみた奈良県胃がん検診は1）X線の精検受診率が4圏で基準値未満 2）内視鏡の要精検率が全圏で基準値を超過、陽性適中度は4圏で基準値未満といった課題が明らかとなった。ただし、上限74歳の場合にはがん発見率・陽性反応適中度の達成圏が多くなった。

【まとめ】 政府統計と新プロセス指標から奈良県の対策型胃がん検診の現状を考察した。X線検診の精検受診率の向上、内視鏡検診での要精検率の抑制、X線・内視鏡ともにがん発見率・陽性適中度の向上が課題である。今後、地域ごとの結果の特徴に応じた対策が期待されるが、受診勧奨年齢についても検討が必要と考えられた。

OS5-2 経時的観察により治療に至った胃底腺型腺癌の一例

新東京病院 健診部¹⁾、新東京病院 消化器内科²⁾
 ○青沼 映美¹⁾、外山 雄三²⁾、前田 元²⁾、長浜 隆司²⁾、溝上 裕士¹⁾

【症例】 70代女性

【主訴】 なし

【現病歴】 X年とX+2年2月上旬消化管内視鏡検査（EGD）を受け、胃体下部大弯に褪色調の粘膜変化を認めたが隆起は明らかでなく経過観察されていた。X+2年11月胃がん検診のEGDで同部位に褪色調の隆起性病変を認め、生検で胃底腺型腺癌の診断となり消化器内科を紹介受診した。

【検査所見】 H. pylori（HP）抗体 4.8U/ml、HP便中抗原陰性、CEA・CA19-9上昇なし、血算・生化学に特記所見なし

【画像所見】 背景はRAC陽性で胃底腺ポリープを認めHP未感染胃粘膜と考えられた。胃体下部大弯に10mmの褪色調の隆起性病変を認めた。Narrow Band imaging（NBI）観察で窩間部の開大と拡張した樹枝状の血管を認め、胃底腺型腺癌が考えられた。【経過】 精査後に病変を内視鏡の粘膜剥離術で一括切除し、合併症なく術後4日で退院となった。最終診断はfundic gland type adenocarcinoma（tub1）、Type 0-IIa、10×9mm、pT1b1（SM2：666μm）、pUL0、ly0、v0、pHM0、pVM0でeCuraC-2あった。

【考察】 胃底腺型腺癌は非萎縮胃底腺粘膜に発生し、内視鏡所見の特徴として白色・褪色調で上皮下腫瘍様の隆起を呈し、拡張した樹枝状の血管を伴うことが挙げられる。HP感染率が低下しHP未感染胃癌の占める割合が相対的に増える中で、留意すべき胃癌の一つと考える。

【結語】 経時的に経過観察し治療に至った胃底腺型腺癌の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

OS5-3 透視観察の重要性を再認識した胃癌の1例

医療法人尚豊会 みたき健診クリニック

○村島 直人、板倉 涼介、谷崎 由佳、種瀬 智也、木村 光政、恒矢 保雄、岡田 明子、大森 茂

【緒言】 当施設での胃X線検査では日本消化器がん検診学会による胃X線検査マニュアル2025の基準撮影法に則って撮影業務を行っている。今回、基準撮影法では異常を指摘するに至らない画像であったが、透視観察から病変部を認識し立位二重造影正面位で追加撮影を行った事により胃癌発見に至った症例を経験したので報告する。

【症例】 62歳男性。既往歴は5歳の盲腸手術のみ、喫煙歴は過去に1日1箱程度、飲酒歴はほぼ毎日1～2合未満。20XX年4月に当施設での検診にて胃X線検査を受診。胃体上部後壁に18mm×13mm大の隆起性病変を認め要精密検査となり、当法人病院にて上部消化管内視鏡検査を施行し高度萎縮性胃炎とともに同部位に2型腫瘍を認めた。生検にて高～中分化型管状腺癌と診断され、紹介先医療機関にて幽門側胃切除術が行われType2、tub2>tub1、pT3、StageIIBの進行胃癌であった。過去画像を見直したところ、はっきりと病変を指摘できる画像はなく萎縮性変化の指摘のみであった。

【考察】 本症例において、胃X線検査マニュアル2025の基準撮影法IIによる撮影体位だけでは病変を描出することができなかった。しかしながら、透視観察で感じた違和感の部位が正面にくるような体位にして追加撮影をすることで描出できた。追加撮影がなければ要精密検査と判定することはできなかったと読影医より報告があった。

【結語】 より精度の高い胃X線検査を行うためには、透視観察から正常ではない違和感を感じとる力と、その違和感をしっかり描出できる撮影技術が求められる。

OS5-4 人間ドックで発見された除菌後早期胃癌の1例

山形県立新庄病院・消化器内科

○土田 秀元、堀内 英和、秋葉昭多郎、奥本 和夫

【目的】 ヘリコバクターピロリ菌（HP）の除菌により胃がんの罹患リスクは大幅に減少したが、年齢や胃粘膜萎縮など背景因子による発癌リスクに応じた定期的な除菌後のフォローアップ内視鏡の重要性は高い。今回我々は、当院の逐年人間ドックの内視鏡検査で発見された除菌後早期胃癌の1例を経験したので報告する。

【症例】 66歳男性、高血圧、糖尿病、高尿酸血症で他院に定期通院中。飲酒習慣（焼酎水割り300ml/日）、喫煙52歳まで20本/日、55歳時HP除菌を受け成功。1年前に当院で受けた人間ドックの上部内視鏡検査では慢性非活動性胃炎（C-II）のみ。今回、当院で2回目の人間ドックを受けスコープは経鼻内視鏡GIF-1200Nを使用した。胃体中部後壁に10mm大0-IIc様のびらんあり生検Grou5 tub2-por。CTで転移を認めず。ESDを施行した。病理の結果腫瘍径7 x 4mm、肉眼型：Type 0-IIc、組織型：tub2壁深達度：pT1b（SM2、浸潤の深さ600μm）、浸潤増殖様式：INFb、病巣内潰瘍：UL0リンパ管侵襲：Ly0、静脈侵襲：V0、断端評価：pHM0（4mm）、pVM0（0.1mm）であり追加外科手術を施行したがリンパ節転移を認めなかった。

【考察】 除菌後胃癌の臨床的特徴として好発部位はM/L領域、組織型は分化型>未分化、肉眼型は0-IIc、腫瘍径は小さくM癌多いとされるが、本例のように小型であるにもかかわらずSM浸潤をしている症例もありドック検診で内視鏡を行う際に注意を要する。本症例はバリウム検診では発見の可能性が低く除菌後の検診においては内視鏡検査が有用と考えられた。

【結語】 逐年人間ドックで指摘された早期胃癌の1例を経験した。除菌後胃癌などのリスクを有する方々を対象とする任意型検診症例が増加しており、早期癌の発見のため継続した内視鏡検査と緻密な内視鏡での観察が必要である。

OS5-5 毎年健診を行うも小ポリープ様陰影からMP浸潤腫瘍疑となった1症例

JCHO埼玉メディカルセンター 放射線技術部

○佐々木貴彦, 田島 大, 田中 一臣, 竹内 健二, 奥田 圭二

【背景】胃バリウム検査にてポリープは、透亮像、薄層像として頻繁に見受けられる。当施設では、2020年の胃バリウム健診において、ポリープと診断された受診者は2044/8037人であった。しかし、胃ポリープとして診断された中に、SMT・びらんなど擬陽性等の可能性も否定できない。

【症例】胃バリウム検査にて10年前胃炎でピロリ陽性・除菌成功。その後、内視鏡健診と胃バリウム健診を毎年ランダムに行っていた。7年前に内視鏡にて異常なし、6年前に胃バリウム検査にて透亮像＋、ポリープ疑い。5年前と2年前に内視鏡にて萎縮胃炎・ポリープ、1年前胃バリウム健診でポリープ、発見時は内視鏡にてポリープに陥凹＋生検し、胃NET、EUSにてMP浸潤疑い。ESD対象外、胃切術。

【結果・考察】除菌後の萎縮胃炎には、胃癌の発生日リスクが報告されており、胃NET症例も報告されている。しかし、小ポリープ陰影からMP浸潤疑いは、画像上あまり想像できない。今症例は、粘膜下浸潤が主であり、一部分が上皮に出てきた状態であることが、EUSわかった。マクロで病理にてSM2であった。6年前のポリープの時点では、粘膜下に病変があった可能性がある。また、胃バリウム健診の透亮像もコンマミリ単位での大きさの成長が見られた。大きさの計測は、胃バリウム検査画像で行った。ポリープの陥凹は、発見時に指摘しており、陥凹がなければ生検を行わなかった症例であった。線種との違いは、大きさの成長と陥凹の有無であり、画像にて常に観察が必要である。

【まとめ】ポリープ陰影であるが、粘膜下に成長する腫瘍で大きさの成長観察が必要である。また、胃NETは予後が良い症例であるが、手術の必要性など患者様の精神的苦痛は大きく早めの診断と負担の少ない治療が求められる。

* OS5-7 当院の胃がんX線検診読影補助認定技師の胃X線読影精度の検討

宮城県対がん協会 放射線課¹⁾, 宮城県対がん協会 がん検診センター²⁾

○吉井 佑¹⁾, 千葉 隆士²⁾, 永窪 純¹⁾, 加藤 勝彦²⁾

【背景】日本消化器がん検診学会は、胃X線検診における読影精度の向上を目的として読影補助認定制度を設けている。読影補助業務とは、適切な追加撮影の実施および読影判定を技師レポートとして提出することにより、読影医の診断を補助するものである。そのため、認定技師には胃X線検査における高い読影精度が求められる。

【目的】当院における読影補助認定技師の胃X線検査に対する読影精度を客観的に評価することを目的とした。

【方法】2021年度から2024年度に当院で実施した胃がんX線検診受診者を対象とした。当院では胃がんX線検診において読影医2名によるダブルチェックを行っており、最終的な読影判定は2次読影医の判定を採用している。本研究では2次読影医と当院の認定技師12名について、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度を比較検討した。また、精検不要者における読影判定区分 (*H. pylori*胃炎の有無: カテゴリー 1 または 2), および要精検者における読影判定区分 (カテゴリー 3a, 3b, 4, 5) の一致率と一致度を検討した。一致度の評価には二乗重み付き κ 係数を用い、Landis & Kochの基準に基づいた。

【結果】対象となった胃X線検診受診者は46,864人。読影医の要精検率は2,295例(要精検率4.90%), 発見胃がん数は74例(がん発見率0.16%), 陽性反応適中度は3.22%であった。一方、認定技師の要精検率は1,862例(要精検率3.97%), 発見胃がん数は55例(がん発見率0.12%), 陽性反応適中度は2.95%だった。精検不要者における読影判定区分 (カテゴリー 1, 2) の一致率は98.4%, κ 係数は0.968だった。要精検者における読影判定区分の一致率は92.9%, κ 係数は0.757だった。

【結語】要精検率および陽性反応適中度において、読影医と認定技師の間に大きな差は認められなかった。*H. pylori*胃炎の判定は読影医と認定技師の間でほぼ完全な一致を示し、要精検者の読影判定区分においても高い一致度が得られた。以上より、当院の認定技師の読影精度は高いと考えられた。

OS5-6 胃部X線検査が隔年受診となった受診者から発見された進行がんの報告

医療法人社団進興会 せんだい総合健診クリニック¹⁾, いりぐち消化器内科・内視鏡クリニック²⁾

○菅原 千恵¹⁾, 齋藤 智¹⁾, 林 裕子¹⁾, 入口 陽介²⁾

【目的】当院は10代～70代までの幅広い年代の職域健診を実施しており、年間約35000件の胃部X線検査(以下バリウム検査)を行っている。安全にバリウム検査を実施するため看護師及び放射線技師が問診を行っている。今回は胃部X線検査対象除外用件に該当し隔年受診となった受診者から発見された進行がん2症例を報告する。

【対象】がん発見前年に重度誤嚥のため検査を中止した52歳女性(症例1)と血圧高値のため検査不適となった52歳男性(症例2)を対象とした。

【結果】両者とも2年前のX線検査では萎縮性胃炎と診断された。ピロリ菌検査は未実施。症例1:組織型はpor 2 +sig, 占拠部位は体中部から下部後壁寄り, 肉眼型3型, 大きさは7×7センチ, 深達度はSE, 幽門側胃切除施行。症例2:組織型はtub 1 +tub 2 +por, 占拠部位は体上部から体下部後壁, 肉眼型1型, 大きさは10.0×7.2センチ, 深達度はSS, 胃全摘術, 胆嚢, 脾臓摘出術, リンパ節転移なし。

【考察・結語】バリウム検査をキャンセルした受診者に対し胃部内視鏡検査(GF)の推奨を行っているが、当院では当日切り替えが難しいため他院での受診を促している。しかし受診されていないのが実状であり、GF受診勧奨を今後どのように行っていくかが課題となった。キャンセルとなった受診者への対応を見直し、体制を整えて早期に癌を発見できるよう取り組んでいきたい。

OS6-1 著名人の大腸がん報道は「検診」意識を高めるのか—インターネット検索量と全国検診データを用いた長期時系列研究—
国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部¹⁾, 国際医療福祉大学大学院 医学研究科²⁾
○高橋 則晃^{1), 2)}, 中山 富雄¹⁾, 小林 望¹⁾

【目的】大腸がんに関するインターネット検索行動および検診受診動向の長期的推移を全国データにより解析し、検索行動の変化が生じた時点における社会的出来事や検診受診動向との関連を検討する。

【方法】2009年から2021年を対象とした時系列研究を行った。インターネット検索行動の指標としてGoogle Trendsを用い、検索語「大腸がん」「大腸がん検診」の相対検索ボリューム(RSV)を取得した。RSVに顕著な変動が認められた時点について社会的出来事を事後的に確認した。大腸がん検診受診者数は厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」より集計した。RSVおよび検診受診者数の時間変化と変曲点の検出にはJoinpoint回帰分析を用いた。

【結果】検索語「大腸がん検診」のRSVには対象期間内で明確な増減傾向は認められなかった。一方、検索語「大腸がん」では2015年5月に顕著な上昇が観察され、Joinpoint回帰分析により有意な変曲点が検出された。この時点は日本の著名人の大腸がんによる逝去の報道日と一致していた。大腸がん検診受診者数も2015年に最大値を示し、同年に変曲点が検出された。

【結論】著名人の大腸がん報道は「大腸がん」そのものに対する検索行動の急激な増加と関連していたが、「大腸がん検診」に対する検索行動の増加には結びついていなかった。この結果は乳がん検診に関する先行研究とは対照的であり、大腸がんにおける「検診」としての社会的認知の弱さを示唆する。検診受診者数との関連も示唆的であるが、時系列データの特性を踏まえ、慎重な解釈が必要である。

OS6-2 ファントム実験によるAiCEを用いた大腸CT検査の被ばく低減の検討
舞鶴共済病院
○三宅 悠司, 森川 敬斗, 兵藤 康弘

【目的】大腸CT検査では腸管拡張の改善や残渣の移動による診断能向上のために複数体位で撮影を行う。当院では腹部臓器の評価も行うために1体位は通常線量、2体位目以降は低線量で撮影しているが、更なる被ばく線量の低減が必要となっている。本研究ではDeep Learningを用いた画像再構成法(AiCE)を使用することで、現行のHybrid IR(AIDR 3D)と比較して画質を維持しつつ更なる被ばく線量の低減が可能かファントムを用いて検討した。

【方法】CTP700を使用し、通常線量のAIDR 3D、線量を低減させたAiCE、それぞれのCNRloを求め比較した。撮影条件は当院の大腸CTの平均CTDIvol(11 mGy)をベースとして、そこから10%ずつ線量を変化させて対応する管電流で撮影した。均一性セクションからNPSを求め、低コントラストモジュールの6 mmロッドからCNRloを算出した。そして通常線量のCNRloに一番近い値となる線量低減率を確認した。

【結果】ファントム実験においては、AIDR 3DのCNRloは1.65、AiCEのCNRloは10%線量低減するごとに2.02, 1.98, 1.73, 1.46, 1.45となり、約30%の線量低減が可能であった。

【結論】画像再構成法にAiCEを使用することで、現行の条件と比較して画質を維持しつつ30%の線量低減が可能であることがファントム実験上示唆された。

OS6-3 AiCEを用いた大腸CT検査の被ばく低減と画質の比較検討
舞鶴共済病院
○森川 敬斗, 三宅 悠司, 兵藤 康弘

【目的】大腸CT検査では腸管拡張の改善や残渣の移動による診断能向上のために複数体位で撮影を行うため、被ばく線量の低減が必要となっている。当院の先行研究によりDeep Learningを用いた画像再構成法(AiCE)を使用することで、現行のHybrid IR(AIDR 3D)と比較して画質を維持しつつ30%の線量低減が可能であることが示唆された。本研究では線量低減した新パラメータと旧パラメータにて施行された大腸CT検査画像について、被ばく線量と画質の比較検討を行った。

【方法】先行研究より30%の線量低減が可能であることが示唆されたため、理論値よりAEC設定の調整を行い、線量低減した新しいパラメータにて大腸CT検査を行った。また、新旧パラメータで撮影された大腸CT画像の画質について比較を行うため視覚評価を行った。視覚評価はペアワイズ比較法を用いて独立した放射線技師8名により行い、二項検定で有意差を求めた。

【結果】新パラメータで撮影すると約23%の被ばく線量の低減が可能であった。また視覚評価においては、新パラメータの方が良いと選択した割合が60.6%、同等が15.6%、旧パラメータが23.8%であり、有意に新パラメータの方が高い値を示した。

【結論】画像再構成法にAiCEを使用することで、画質を低下させることなく被ばく線量を約23%低減することができた。

OS6-4 大腸CT検査におけるTin filter導入に向けた撮影条件の検討
奈良県西和医療センター
○菅家 大樹, 上田 拓, 吉田 真大

【背景】2025年7月にDRLs2025が改定され、腹部から骨盤部領域における診断参考レベルがCTDIvolで18mGyから13mGyへと引き下げられた。大腸CT検査(以下CTC)は複数回撮影を要する検査であり、被ばく低減は重要な課題である。

2025年5月より当院ではSOMATOM Pro.Pulse(Siemens Healthineers社製)が稼働し、画質形成に寄与しない低エネルギーX線を除去するTin filter(Sn)を用いた撮影が可能となった。

【目的】CTCにおいてTin filterを臨床導入するにあたり、従来の120kVp撮影と同等の画像ノイズとなる条件を検証し、その画質特性を評価する。

【方法】管電圧120kVpおよびSn100kVpにて、CTDIvol 4.0mGy(当院における2体位目の基準条件)から0.5mGyまで段階的に線量を変化させ、水ファントムおよび人体ファントムを撮影し、画像ノイズおよびCNRを測定した。さらに両条件で円形エッジ法にてMTFを測定した。加えてプラスチック容器内にレジンで作成した模擬腫瘍を配置し、アクリル板で挟み込んだ状態で撮影を行い、大腸CT認定技師3名および認定資格をもたない診療放射線技師2名がそれぞれ腫瘍径を測定し比較した。

【結果と考察】画像ノイズは120kVp・4.0mGyとSn100kVp・2.5mGyで近い値となり3割程度の線量低減が可能であると示唆された。人体ファントムでは一部の臓器コントラストが低下していた。MTFでは120kVpがわずかに高値を示したが、模擬腫瘍径の測定結果に両条件間で差は認められなかった。

【結論】Tin filterを導入することで従来の120kVp撮影と比較して線量低減が可能であると示唆された。

OS6-5 便潜血検査における新採便緩衝液の性能評価

栄研化学

○徳岡 里奈, 藤居 晃一, 竹原 静香

便潜血免疫化学法 (FIT) は大腸がん死亡率を低下させることが示されており, 大腸がんのスクリーニング検査として国内外で広く実施されている。しかしFITには, 採便から測定までの間に測定対象であるヘモグロビン (Hb) が失活して測定値が低下し偽陰性化するリスクがある, という課題がある。本研究では, Hb安定性向上を目的に新たに開発した改良採便緩衝液において, 基礎性能と従来品との相関性および便中Hbの安定性を評価したので報告する。基礎性能として精密性と正確性を評価したところ, いずれも良好な結果が得られた。また, 改良採便緩衝液と従来採便緩衝液のHb測定値の間には良好な相関が認められ, 従来品から改良品への切り替えによる検査結果への影響は小さいことが示唆された。さらに, 採便後を想定し改良採便緩衝液で調製した検体を恒温下一定期間保管し, 保管前後の測定値を比較することでHb安定性を評価した。その結果採便後安定性は, 2℃ 56日保管で96.1%, 35℃ 28日保管で89.9%, 50℃ 7日保管で90.4%と, すべての温度範囲でHbは安定であり, 高温条件下での安定性が, 特に高濃度の検体において, 大幅に向上していることが確認された。本検討により, 改良採便緩衝液は基礎性能を保ちつつ, Hbの採便後安定性が従来品と比べて大幅に向上したため, 分析前誤差を軽減し, 偽陰性リスクが低下することが示唆された。また, 高温条件でも良好な検体安定性を達成できたことから, 夏場を含む通年の郵送型検診が実現可能であることが示唆された。これにより, FITの利便性と受診率の向上に寄与すると考えられる。

OS6-6 大腸がん検診陽性者における大腸癌および腺腫の陽性的中率と各種因子の検討

京都府立医科大学大学院 消化器内科学¹⁾, JR大阪鉄道病院 消化器内科²⁾, 京都第一赤十字病院 消化器内科³⁾, 京都博愛会病院 消化器内科⁴⁾

○丸尾 和也¹⁾, 吉田 直久¹⁾, 橋本 光^{1), 2)}, 井上 健¹⁾, 小林 玲央¹⁾, 稲田 裕³⁾, 富田 侑里⁴⁾, 高木 智久¹⁾

【背景と目的】大腸がん死亡数は近年のがん統計において女性1位, 男性2位であり, がん検診のさらなる普及が望まれる。今回我々は便潜血検査陽性例の大腸癌および腺腫と種々の臨床的な因子との関連性を検討した。

【対象と方法】対象は2014年1月から2025年12月までに当院にて便潜血検査陽性例に対して大腸内視鏡検査を行った40歳以上の1597例とした。内視鏡検査実施例で腺腫と大腸癌の陽性的中率と性別, 年齢, 飲酒歴, 喫煙歴について検討を行った。

【結果】全1597例の年齢 (mean ± SD) は66.4 ± 11.8, 性別は男性比54.5% (870例) であり, 陽性的中率は, 腺腫 (男性/女性): 62.6/45.4 (p<0.001), 大腸癌 (男性/女性): 6.6/5.2 (p=0.289) であった。年齢別では腺腫の陽性的中率 (男性/女性) は40歳代: 40.0/28.9, 50歳代: 58.5/38.1, 60歳代: 64.6/38.1, 70歳代: 67.4/55.1, 80歳以上: 80.4/67.8と年齢に応じて上昇し, いずれもの年代で性差を認めた。また大腸癌の陽性的中率 (男性/女性) は, 40歳代: 3.8/1.2, 50歳代: 4.1/2.9, 60歳代: 7.9/2.6, 70歳代: 6.3/10.3, 80歳以上: 11.3/5.2であり同様に年齢に応じて上昇し性差を認めた。嗜好歴の有無を解析できた566例では, 腺腫の頻度 (%) は, 非飲酒/非習慣飲酒/習慣飲酒で61.3/58.2/75.1 (p=0.002), 非喫煙/過去喫煙/現喫煙で55.9/70.7/79.7 (p<0.0001) であり, 大腸癌の頻度 (%) は, 非飲酒/非習慣飲酒/習慣飲酒7.0/4.9/8.7 (p=0.465), 非喫煙/過去喫煙/現喫煙は5.0/8.9/8.5 (p=0.18) であった。

【結語】便潜血検査陽性例の大腸内視鏡検査における腺腫発見率は加齢により上昇し, 男性で高値であった。また, 腺腫は飲酒, 喫煙習慣により頻度が上昇した。発生頻度, 性別, および腺腫発生を加味した大腸癌検診のリスク層別化の可能性が示唆された。

OS7-1 便潜血陽性を契機に診断された、上行結腸癌術後16年の異時性大腸癌の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科

○平岡 友美, 藤本 愛, 宍戸 泰紀, 石井 侃, 佐藤 信維, 清水 良, 西川 雄祐, 鳥羽 崇仁, 松田 尚久

【背景】大腸癌罹患歴は異時性大腸癌の重要な危険因子であるが、異時性大腸癌を標的としたサーベイランスの具体的な方法や実施間隔については、明確なコンセンサスが得られていない。

【症例経過】症例は70代女性。X-16年に上行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半切除術を施行し、術後5年間のサーベイランスで再発を認めなかった。術後5年目に施行した全大腸内視鏡検査でも局所再発や新規病変を認めず、フォローアップは終了となった。その後は毎年大腸がん検診として便潜血検査を受診し、いずれも陰性であったが、X-1年は未受診であった。X年11月の便潜血検査で陽性となり、同年12月に施行した大腸内視鏡検査で横行結腸に全周性2型腫瘍を認め、進行大腸癌と診断した。造影CTで遠隔転移を認めず、腹腔鏡下横行結腸切除術を施行し、術後経過は良好である。

【考察】大腸癌術後患者は、再発や異時性大腸癌の発生リスクを有し、一般集団と比べて高リスクと考えられる。術後再発は3年以内に多い一方、術後長期間を経て発生する異時性大腸癌も一定割合で認められる。便潜血検査は一般集団に対する対策型検診として有用であるが、術後患者における異時性大腸癌の早期発見という観点では限界がある可能性がある。本症例では便潜血検査を継続していたにもかかわらず、術後16年で異時性大腸癌が進行癌として発見された。

【結論】大腸癌術後患者、特に術後長期間経過例においては、便潜血検査のみでは不十分となる可能性があり、定期的な大腸内視鏡検査を含めたサーベイランス戦略の最適化が重要と考えられた。

OS7-2 任意型検診におけるPET-CTで大腸集積を認め内視鏡精査を行った3症例

東邦大学医療センター大森病院消化器内科

○佐藤 信維, 鳥羽 崇仁, 宍戸 泰紀, 石井 侃, 平岡 友美, 清水 良, 西川 雄祐, 藤本 愛, 松田 尚久

【背景・目的】PET-CTは、がんの診断や病期診断に用いられる検査であるが、費用や被ばくの問題に加え、無症状者における検査精度の観点から、対策型がん検診としては推奨されていない。一方で、任意型検診としてPET-CTが実施される機会は少なくなく、その過程で偶発的に大腸への異常集積を指摘される症例を経験することがある。今回、任意型検診として施行されたPET-CTで大腸集積を指摘され、当院で精査を行った3症例について報告する。

【症例】症例1：82歳女性。検診目的のPET-CTで上行結腸に集積を認め当院紹介。大腸内視鏡検査で上行結腸に35mm大のIsp型病変を認め、EMRを施行した。病理結果は腺腫成分を伴う高分化型管状腺癌（tub1）、pTis、Ly0、V0であった。症例2：61歳男性。検診PET-CTで直腸に集積を認め当院紹介。大腸内視鏡検査で直腸Rbに30mm大の2型進行大腸癌を認め、低位前方切除術を施行した。病理結果は中分化型管状腺癌（tub2）、pT3（A）、Ly1b、V1c、pN2a、pStage IIcであった。症例3：75歳男性。検診PET-CTで上行結腸に集積を認めたが、大腸内視鏡検査では異常所見を認めず、偽陽性と判断した。

【結論】検診目的に任意型検診として施行されたPET-CTで大腸集積を認めた症例には、偽陽性例を含む一方で、内視鏡治療が可能な早期大腸癌から外科的治療を要する進行癌まで、多様な病変が含まれていた。PET-CTの対策型がん検診としての有用性には限界があるものの、任意型検診において大腸集積を認めた場合には、大腸内視鏡検査による精査が重要であると考えられた。

*OS7-3 大腸がん検診の検診受診率・精検受診率向上への取り組み

北摂総合病院 消化器内科¹⁾、高槻市医師会大腸がん検診精度管理委員会²⁾、藤田胃腸科病院³⁾
○佐野村 誠^{1), 2)}、本郷 仁志^{2), 3)}

本邦の大腸がん検診は40歳以上を対象とした便潜血検査免疫法（2日法・逐年）による対策型検診が市区町村単位で実施されている。40～74歳における大腸がん検診のプロセス指標基準値、大阪府2022年度大腸がん検診結果、高槻市2023年度大腸がん検診結果はそれぞれ、要精検率（6.8%以下、5.8%、5.6%）、精検受診率（90%以上、75.1%、84.8%）、陽性反応適中度（3.0%以上、4.8%、4.7%）、がん発見率（0.21%以上、0.28%、0.26%）であった。大腸がん検診では検診受診率と精検受診率の低さが課題となっている。精検受診率を上げることが費用対効果としては重要であるが、そもそも検診受診率が低い状況である。今回我々は、大阪府高槻市医師会大腸がん検診精度管理委員会による大腸がん検診の検診受診率および精検受診率向上への取り組みについて検討した。

【方法】＜検診受診率向上への取り組み＞2010年：がん検診ワンコイン事業（500円）、保健事業委員会の下部組織として大腸がん検診精度管理委員会が発足。2011年：大腸がん検診無料クーポン事業（節目対象者）。2015年：がん検診無料化。毎年9月をブルーリボンキャンペーンとして大腸がん検診受診勧奨月間としている。＜精検受診率向上への取り組み＞2012年：がん検診精密検査実施医療機関一覧を作成し、各医療機関の精検受診率を算出した。近年では精検受診率の低い医療機関に個別に連絡している。

【結果】検診受診者数は18,370人（2009年）→28,311人（2023年）と1.5倍に増加した。精検受診率は69.2%（2009年）→83.5%（2023年）と大きく向上した。

【考察】大腸がん検診の検診受診率向上には、検診事業の案内や費用面などを含め、医師会と市が協力して推進することが有用と考えられた。精検受診率向上には、医師会の大腸がん検診精度管理委員会から各医療機関への個別の通達が効果的であった。【結語】大腸がん検診の推進には、大腸がん検診精度管理委員会をはじめ医師会と市の連携と協力が肝要である。

OS7-4 便潜血検査両日陽性者に対する精検受診勧奨の強化

やまがた健康推進機構¹⁾、芳賀胃腸科内科クリニック²⁾、大泉胃腸科内科クリニック³⁾

○武田 弘明¹⁾、柘植 香里¹⁾、芳賀 陽一²⁾、大泉 晴史³⁾

【目的】県医師会と県の指導により2011年度から大腸がん検診では通常の精検受診勧奨の他に陽性反応の中度が高いとされる便潜血検査両日陽性者に対し検査後1～3日後には通知する勧奨強化を行っている。その効果を検討した。

【方法】当機構において強化前である2004年度から5年間の住民検診を元データとし強化策が安定した2013年度以降の精検受診率と陽性反応の中度を検討した。便潜血検査の値は～129ng/mlを陰性、130～229ng/mlを（+）、230～799ng/mlを（2+）、800ng/ml～を（3+）とした。

【結果】強化前の住民検診における精検受診率は71.4%（両日陽性、1日陽性では各70.6%、71.6%）、陽性反応適中度は2.01（各6.28、1.18）に留まっていた。強化後の2013年度から両日陽性群で精検受診率の確実な改善がみられ、直近の2024年度においても精検受診率は76.7%（各84.0%、74.8%）と両日陽性群で大きく改善がみられ、陽性反応の中度は3.06（各7.82、1.81）であった。なお2013年度以降両日も3+の群の陽性反応適中度は15～20と非常に高かった。一方、職域検診においても同様の勧奨強化を行っており、2024年度においては精検受診率は68.5%（各76.2%、66.9%）、陽性反応適中度は1.37（各5.14、0.56）であり住民検診には及ばないが勧奨強化の効果が認められた。【結論】職域での精検受診率は依然改善の余地はあるものの住民検診と職域検診のいずれにおいても両日陽性者に対する勧奨強化は有用であった。

OS7-5 大腸がん検診における直径10mm以上およびがん発見率の報告精度の確認

佐久総合病院佐久医療センター¹⁾、弘前大学大学院医学研究科²⁾、青森県立中央病院³⁾
○雑賀公美子^{1), 2)}、松坂 方士²⁾、田中 里奈²⁾、斎藤 博³⁾

【目的】大腸がん検診は、実施することで大腸がん死亡が防げることに加え、前がん病変である腺腫（特に直径10mm以上のもの）を発見、治療を行うことで大腸がん罹患も防ぐことができる。このため、大腸がん検診の評価指標として、直径10mm以上の腺腫＋大腸がん発見率（以降、10mm腺腫＋がん発見率）を正しく評価する必要がある。市町村が実施する対策型検診は、地域保健・健康増進事業報告から要精検率、精検受診率、がん発見率というプロセス指標を算出することができる。2017年度以降は「腺腫であった者」の項目が追加され、最大腺腫の大きさ別の人数（直径10mm以上/直径10mm未満の腺腫があった者）も報告されるようになった。しかし、腺腫の報告数が不十分であると、10mm腺腫＋がん発見率の指標は意味をなさない。本研究において2017-2022年度の腺腫サイズ不明割合（腺腫であった者に対してサイズが不明であった者の割合）と10mm腺腫・がん発見率の年次推移や都道府県別の差について検討した。

【方法】都道府県別の6年度分の10mm腺腫＋がん発見率と腺腫サイズ不明割合の年平均変化量の関係を精検受診者数で重み付けした加重相関係数で評価した。さらに、2022年度の都道府県別の10mm腺腫＋がん発見率と腺腫サイズ不明割合も同様に評価した。

【結果・考察】2017年度から報告が求められている腺腫のあった者の数および腺腫サイズ不明割合は2020年度以降安定している。腺腫サイズ不明割合の年平均減少量の大きい都道府県ほど10mm腺腫＋がん発見率の平均増加量が高いことが示された($r=0.56$ ($p<0.01$))。また、最新の2022年度でも腺腫サイズ不明割合が小さい都道府県ほど10mm腺腫＋がん発見率の平均増加量が高いことも示された($r=0.59$ ($p<0.01$))。2022年度の腺腫サイズ不明割合は全国で15.2%、直径10mm以上の腺腫＋がん発見率は0.62%となっており、腺腫サイズ不明割合を減らし、正しく評価できるようにする必要がある。

OS7-6 大腸がん検診において精検の目標とすべき早期がん細分類型と対象年齢の提案

岩手県対がん協会 附属矢巾診療所¹⁾、岩手健康管理センター²⁾
○神谷 亮一¹⁾、村上 品彦¹⁾、狩野 敦²⁾

【目的】効率的な大腸がん検診の実施につき、今後10年にどの早期がん細分類型と、どの年齢階級を目標とすべきかを検討した。

【対象】2011年から2023年に岩手県のFIT陽性で発見された大腸がん3,064例中、記録が完備した2,378例（進行がん945例、早期がん1,433例）を対象とした。

【方法】I) 男女の進行がんと早期がん数と割合を年齢階級別に調査し、男女間で比較検討。II) 地域と職域で、男女の年齢階級別の精検受診率を調査。III) 早期がん細分類型別の割合を調査。IV) 背景因子a) 受診歴、b) 性別、c) 年齢と、がんの特徴d) 部位、e) 腫瘍径、f) 深達度につき各細分類型別の区分割合を調査し、0-I型と0-II型の各細分類型間で統計学的に解析した。

【結果】I) がん総数は70-74歳男性の年齢階級が最多で、早期がん194例(21.4%)、進行がん139例(26.9%)。一方、女性では70-74歳の年齢階級が最多で、早期がん122例(23.1%)、進行がん97例(22.6%)。また、女性の進行がん率は429/973例(44.1%)で、男性の516/1,405例(36.7%)と比較し、有意に高率($P<0.01$)。II) 精検受診率については、職域の60-64歳の年齢階級において男性74.6%、女性76.0%と低率であり、特に女性の受診率は地域88.9%と比較し著明に低下していた。III) 早期がん細分類の占拠率はIsp36%、IIa25%、Ip19%、Is14%、IIa+IIc4%、IIc2%。IV) IIa型は0-I型の各型と比較しa) 非初回、c) 70歳以上、d) 右側、e) 11mm以上、f) SMの5項目で有意差があり、IIa+IIc型はb) 性別とd) 部位以外の4項目で有意差を認め、IIc型はSMで有意差を認めた($P<0.0055$)。

【結語】早期がん細分類型については、全体の25%を占め、右側結腸に多く、WLIで比較的視認困難なIIa型が最も注目すべき形態と考えられた。今後10年の大腸がん検診においては、発見がん数が多い70-74歳の年齢階級を念頭におき、より若い60歳前後の年齢階級を中心とした精検受診率（特に職域での）の向上が最も重要な課題と思われた。

OS8-1 胃がん検診で発見された白色光観察で深達度予測が困難であった表在型食道癌の1例

東邦大学医療センター大森病院消化器内科

○鳥羽 崇仁, 穴戸 泰紀, 石井 侃, 佐藤 信維, 平岡 友美, 清水 良, 西川 雄祐, 藤本 愛, 松田 尚久

症例は70歳代男性。胃がん検診の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胸部食道に隆起性病変を指摘され、生検で扁平上皮癌と診断されたため、精査および治療目的に当院へ紹介となった。当院で施行したEGDでは、切歯より26 cmの胸部食道後壁に、径10 mm大の隆起性病変を認めた。白色光観察（WLI）では隆起が比較的急峻な立ち上がり呈を呈しており、深部粘膜下層浸潤癌（T1b）を否定できなかった。一方、Narrow Band Imaging（NBI）拡大観察では、ループ形成が保たれたB1血管を呈しており、深達度は上皮内（T1a-EP）から粘膜固有層（T1a-LPM）と考えられ、WLI所見との乖離があった。超音波内視鏡検査（EUS）では、第2層と連続する均一な低エコー腫瘍を認め、一部に石灰化を伴っていたことから、粘膜筋板由来の平滑筋腫の存在が示唆された。以上より、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）による一括切除が可能と判断し、治療を行った。病理組織学的検査では、術前診断に一致して深達度T1a-LPMの扁平上皮癌とその直下に粘膜筋板由来の平滑筋腫を伴っていた。いずれも切除断端は陰性であった。本症例は、胃がん検診で偶発的に発見され、白色光観察では深達度診断が困難であった平滑筋腫合併表在型食道癌に対し、精査を経て内視鏡切除が可能であった1例である。近年、内視鏡検診の普及や内視鏡機器・技術の進歩により、食道癌を含む上部消化管癌の発見は増加傾向にある。胃がん検診を「上部消化管がん検診」として位置づける必要性も示唆されており、検診で発見された食道表在癌においては、術前に十分な精査を行ったうえで治療方針を決定することが重要であると考えられた。

OS8-2 当院の検診内視鏡で発見された食道癌10例の検討

新東京病院 消化器内科¹⁾, 新東京病院 健診部²⁾

○外山 雄三¹⁾, 青沼 映美²⁾, 前田 元¹⁾, 溝上 裕士²⁾, 長浜 隆司¹⁾

【背景・目的】近年本邦のがん統計では胃癌が減少傾向を示す一方、食道癌は相対的に増加しており、内視鏡検診による早期発見の重要性が高まっている。そのため当院の検診内視鏡で発見された食道癌の現状を検討する。

【方法】2020年9月から2025年12月までに検診内視鏡で発見された食道癌10例を対象とし、後方視的に臨床病理学的因子（性別、年齢、発生部位、壁在、平均腫瘍径、肉眼型、深達度、治療）を解析した。

【結果】全例男性、平均65.6歳（50-82）。飲酒歴は全例あり平均1.85合（0.5-3.0）、flasherあり／なし／不明：6／2／2、喫煙歴は0／8／2。発生部位はCe／Ut／Mt／Lt：2／2／6／0、壁在は左壁／前壁／右壁／後壁／全周：2／1／2／4／1。平均腫瘍径21.8 mm（7-80）、肉眼型0-I／0-I+IIc／0-IIc：1／1／8、深達度EP／LPM／MM／SM／MP：1／4／4／0／1、治療はESD／ESD+追加治療／手術：7／1／2。10例中6例は平均内視鏡間隔13.1か月（9-23）で診断前に検査歴を有していた。発生部位はCe／Ut／Mt／Lt：2／1／3／0、肉眼型0-I／0-I+IIc／0-IIc：1／1／4、治療はESD／手術：4／2。

【結語】検診での発見食道癌は男性、0-IIc型、Mt、後壁に多かった。10例中6例が2年以内の内視鏡施行歴があった。そのうち2例の発生部位がCe-Utであり外科治療となった。Ce～Ut癌変では見逃し防止のため引き抜きでの慎重な観察が必要である。

OS8-3 人間ドック内視鏡検査における胃上皮下腫瘍病変の検討

淳風会健康管理センター¹⁾, 淳風会ロングライフホスピタル²⁾,

○吉原 正治¹⁾, 春間 賢¹⁾, 井上 和彦^{1),2)}, 市場 俊雄¹⁾, 笹井 貴子¹⁾, 内田 純一¹⁾, 萱嶋 英三¹⁾, 中務 篤¹⁾, 大角 博久¹⁾, 内山 卓也¹⁾, 三好 翔大¹⁾, 荒尾 隆広²⁾, 北河 岳史¹⁾, 内山 春奈¹⁾, 久本 信實²⁾

【背景・目的】胃上皮下病変（subepithelial lesion, SEL）は胃がん検診の上部消化管内視鏡検査で発見される機会は多いが、多くは無症状である。検診の場では、小さなものは経過観察となることが多いが、大きなものや悪性が疑われる所見のあるものは専門医療機関に紹介となる。今回、当施設での内視鏡検査におけるSELの頻度や経過について検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2013年から2023年までの11年間に当センター及び関連施設で内視鏡検査を受診した81,660件中、SEL（疑い含む）3,736件（4.6%）のうち実人数は1,995例で、評価の可能であった1,340例を対象とした。

【結果】初診時の結果では男女比1.4で、平均年齢男性53.8歳、女性54.8歳であった。部位は、噴門部13.2%、穹窿部20.0%、胃体部38.1%、胃角部3.7%、前庭部25.0%であった。大きさは9 mm以下44.0%、10-19 mm 46.1%、20 mm以上9.9%で、初回の90.1%は19 mm以下であった。また、経過観察を行なった例については、サイズ、形態の変化について検討を行った。【考察・結語】SELは小さいものが多く、胃角部より口側に多く認められた。悪性所見のない、小さいものは経過観察となることが多いが、今回の検討で経過をみた例については、増大したものも含め、現時点では悪性病変は認められていない。

OS8-4 ヘリコバクター・ピロリ除菌後に胃X線検査で診断された胃がん症例の検討

淳風会¹⁾, 川崎医科大学総合医療センター総合内科²⁾, 川崎医科大学健康管理学³⁾

○大角 博久¹⁾, 春間 賢^{1),2)}, 吉原 正治¹⁾, 内田 純一¹⁾, 萱嶋 英三¹⁾, 市場 俊雄¹⁾, 井上 和彦¹⁾, 中務 篤¹⁾, 楠 裕明¹⁾, 村尾 高久³⁾, 北河 岳史¹⁾, 内山 春奈¹⁾, 内山 卓也¹⁾, 荒尾 隆広¹⁾, 鎌田 智有³⁾

【背景と目的】ヘリコバクター・ピロリ（以下ピロリ）除菌後胃がんの発症リスクを胃X線画像から検討した報告は少ない。今回、当施設において胃X線検査で診断した除菌後胃がん症例について、背景胃粘膜の画像を含めて臨床病理学的に検討した。対象と方法：過去10年に当施設において胃X線検査で診断された胃がんのうち、問診から除菌歴が確認できた19例を対象とし、胃がんの発生部位、進行度と形態、除菌後から診断までの期間、診断時のX線画像から背景胃粘膜を検討した。除菌による胃粘膜の改善度は胃体下部後壁の粘膜の状態と粘液の付着なし（-）、わずかに付着（+）、付着（++）の三段階で評価した。結果：19例の内訳は男性14例、女性5例、平均年齢61.1歳（47～75歳）で、発生部位はC 7例、M10例、L 2例であった。進行度は進行がん5例、早期がん14例で肉眼型は1型1例、2型2例、3型2例、0-1型1例、0-IIa 1例、0-IIc型9例、0-IIc+IIa型3例であった。除菌から診断までの期間は5年以内7例、6から9年7例、10年以上5例で、20年以上の症例も2例あり、最長は35年であった。X線画像から検討した背景胃粘膜は全例胃体部粘膜が高度萎縮で、粘膜ひだが消失14例、5例は粘膜ひだが残存し、その中で蛇行していた症例が3例ありいずれも進行がんであった。粘膜の状態については（-）2例、（+）5例、（++）12例で、胃粘膜の状態が改善していない症例が多かった。考察：除菌後に診断される胃がんは胃体部が高度萎縮で、胃角部より口側に多く発生し、除菌後の胃粘膜の状態が改善していない症例が多いことに注意して胃X線検査を行う必要がある。

OS8-5 胃がん検診における血清ピロリ菌抗体価と内視鏡所見によるピロリ菌現感染診断の有用性評価

医療法人和泉会 乾内科クリニック

○乾 正幸, 大和田 進, 乾 純和

【背景】血清ピロリ菌 (HP) 抗体法は簡便なHP検査法であるが、血清抗体法のみでのHP感染診断は推奨されていない。しかし、対策型検診では尿素呼気試験 (UBT) や便中抗原検査 (SA) 等を行うことが困難なため、内視鏡検査でHP菌現感染胃粘膜を認めた場合にHP菌現感染と確認しうる血清抗体価を提唱することができれば胃がん検診において有用な運用が可能となる。

【目的】内視鏡検査でHP現感染所見を認めた場合にHP現感染と確認しうる血清抗体価 (強陽性値) を検証した。

【方法】2018年7月から2025年10月までに上部消化管内視鏡検査でC-2以上の胃粘膜萎縮とLCI観察でびまん性発赤を認めHP現感染胃粘膜を確認し、UBT, SA, 迅速ウレアーゼ試験 (RUT) のうち少なくとも一つのHP検査を行い、Lタイプワコー H.ピロリ抗体・Jで血清抗体価を測定した104例を対象とし、ROC曲線よりHP検査が陽性となる血清抗体価を解析した。

【結果】HP現感染胃粘膜を確認した全104例のうち、UBT/SA/RUTのいずれかが陽性の症例は99例、陰性の症例は5例であった。陽性例の血清抗体価の最小値は1.9 U/mL、最大値は80.1 U/mL、中央値は39.7 U/mL、陰性例の最小値は1.9 U/mL、最大値は76.1 U/mL、中央値は8.5 U/mLであった。ROC解析による陽性例と陰性例の閾値 (強陽性値) は9.2 U/mL (感度0.969, 特異度0.600, AUC 0.753) であった。

【結語】今回の検討ではHP現感染胃粘膜を認めLタイプワコー・H.ピロリ抗体・Jで測定した血清抗体価が9.2 U/mL以上の場合にはHP現感染である可能性が高いことが示唆された。

* OS8-7 年齢層別にみたスクリーニング発見胃癌症例の特徴と腫瘍切除実施率への影響

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学¹⁾, 群馬県健康づくり財団²⁾○保坂 浩子¹⁾, 茂木 文孝²⁾, 田中 寛人¹⁾, 浦岡 俊夫¹⁾

【背景】胃癌のスクリーニング発見が高齢者において治療介入や治療到達にどのように結びついているかについて検討した報告は限られている。本研究では、年齢層別にスクリーニング発見症例の臨床的特徴と腫瘍切除実施率および腫瘍の完全切除に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】群馬県がん登録情報を用いて2008年から2018年に登録された50歳以上の胃腺癌症例17,844例のうち発見契機が不明な症例を除いた11,661例 (男性72.8%, 平均年齢72.9歳) を後方視的に解析した。スクリーニング検査により発見された症例 (S群) と、それ以外で発見された症例 (非S群) に分類した。診断時年齢により、<70歳, 70-74歳, 75-79歳, 80-84歳, 85-89歳, 90歳以上の6群に層別化し、限局期 (局所または領域リンパ節まで) の割合、腫瘍切除実施率 (1.内視鏡切除, 2.内視鏡のもしくは外科的切除), さらに腫瘍切除実施例における腫瘍完全切除率を比較した。

【結果】S群の割合は年齢とともに低下し、<70歳では58.5%であったのに対し、90歳以上では11.3%であった。S群は非S群に比し、いずれの年齢層において限局期での発見が多く、1.内視鏡的切除の実施割合, 2.内視鏡切除もしくは外科的切除の実施割合はともに高かった。腫瘍切除例における完全切除率は、90歳以上を除くすべての年齢層で有意に高かった。一方で、S群の限局期症例における腫瘍切除の実施割合は、70-84歳で95%以上と高率であったが、85-89歳では87.4%, 90歳以上では68.4%に低下しており、高齢になるほど治療可能な病期であっても腫瘍切除に至らない症例が増加していた。

【結論】スクリーニング発見の胃癌症例は、年齢層を問わず早期病変の割合が高く、腫瘍切除実施率および腫瘍完全切除率に結びついていた。一方、85歳以上の高齢層では治療到達度の観点からスクリーニング検査の意義が限定的となる可能性が示唆された。

OS8-6 胃X線検診における胃炎診断とH. pylori抗体価およびペプシノーゲンとの関連についての検討

宮城県対がん協会¹⁾, 東北大学病院 医学系研究科 消化器病態学分野²⁾, 帝京大学 医療技術学部 看護学科 保健政策分野³⁾○河野 雄一^{1), 2)}, 小池 智幸^{1), 2)}, 浅沼 清孝¹⁾, 千葉 隆士¹⁾, 加藤 勝章¹⁾, 深尾 彰¹⁾, 正宗 淳²⁾, 濱島ちさと³⁾

【背景】胃がん検診においてH. pylori (HP) 抗体・ペプシノーゲン (PG) によるリスク層別化が検討されているが、HP抗体価は測定法によりばらつきがある。一方X線ではHP感染胃炎の診断が可能との報告がある。これまで胃X線検診における胃炎診断とHP抗体価 (ラテックス・EIA) 及びPGの関連について多数例で検討した報告はない。

【目的】胃X線による胃炎診断とHP抗体価・PGの関連について検討すること。

【対象】AMEDが主導する「個別リスクに基づく適切な胃がん検診提供体制構築に関する研究」に参加した50～69歳の宮城県のX線検診受診者13051例。

【方法】初回胃X線撮影時 (2017～18年度) に問診でHP除菌歴を確認、HP抗体価 (ラテックス・LZテスト・栄研 H.ピロリ抗体・EIA・Eプレート・栄研 H.ピロリ抗体II) 及びPGを測定し、HP未除菌例における胃X線による胃炎診断とHP抗体価及びPG判定 (陽性: PGI≤70 ng/mLかつPGI/II≤3.0) の関連を検討した。

【結果】未除菌例 11308例 (86.6%) の内5573例 (49.3%) にX線で胃炎を認めた。胃X線で胃炎を認めた割合はラテックス法・EIA法それぞれ、抗体価3 U/mL未満で15.7% (946/6014)・14.6% (934/6397), 3～9 U/mLで62.3% (993/1594)・76.2% (720/945), 10 U/mL以上で98.2% (3634/3700)・98.8% (3919/3966) であった。PG陽性例では97.9% (1795/1834) に胃X線で胃炎を認めた。PG陰性例において胃X線で胃炎を認めた割合は、ラテックス法・EIA法それぞれ抗体価3 U/mL未満で14.4% (847/5902)・13.6% (854/6302), 3～9 U/mLで57.2% (795/1389)・73.1% (609/833), 10 U/mL以上で97.8% (2136/2183)・99.0% (2315/2339) であった。

【結論】HP未除菌例においてラテックス・EIAいずれの測定法でも抗体価3 U/mL未満, 10 U/mL以上ではX線の胃炎診断は相関したが、3～9 U/mLの群ではラテックスとEIAの結果にばらつきを認めた。X線の胃炎診断とPG陽性はほぼ一致した。

OS9-1 胃がん検診を契機に発見されたLSBEを背景とした Barrett's食道腺癌の1例

東邦大学医療センター大森病院消化器内科

○清水 良, 鳥羽 崇仁, 穴戸 泰紀, 佐藤 信雄, 石井 侃, 平岡 友美, 西川 雄祐, 藤本 愛, 松田 尚久

症例：57歳男性。胃がん検診で施行した上部消化管内視鏡検査（EGD）にてBarrett's食道腺癌を指摘され当院紹介となった。術前精査目的にEGDを施行したところ、食道胃接合部は切歯より40cmに位置し、背景粘膜はプラハ分類C8 M10相当のlong segment Barrett's esophagus（LSBE）であった。切歯より35cm左壁に約15mm大の発赤調平坦隆起性病変を認め、インジゴカルミン散布およびNBI拡大観察にて病変境界は明瞭であった。さらに酢酸インジゴカルミン散布を行ったところ、主病変近傍の後壁に、発赤が目立つ微小な平坦病変を新たに認めた。NBI拡大観察では、White Globe Appearance（WGA）を伴う異型血管を認め、生検にてtubular adenocarcinoma（tub 1）と診断された。2病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行し、いずれも粘膜内癌（pT1a）、脈管侵襲陰性、断端陰性であった。LSBEは発癌リスクが高く、通常白色光観察では認識が困難な微小病変が存在することがある。酢酸インジゴカルミン散布は微小なBarrett's食道腺癌の同定に有用である可能性が示唆される。一方で、対策型胃がん検診の現場においてroutineに実施することは現実的ではないが、LSBEを的確に認識することにより、精査および高次医療機関への適切な紹介につなげることが可能となり、対策型胃がん検診におけるBarrett's食道腺癌の早期発見に寄与することが期待される。

OS9-2 検診胃X線検査における適正空気量の再検討

野村病院 放射線科¹⁾, 同 診療部画像診断部門²⁾

○伊澤 知里¹⁾, 仲村 明恒²⁾

【背景】昨年、学会が刊行した胃X線検査マニュアル2025では、撮影時の発泡剤量は5gと規定されている。しかし、実際は5gでは空気量が不十分になるケースも少なくない。空気不十分は読影に支障を来し、発泡剤追加は受診者の負担となる。そこで今回は発泡剤6gで検査を行い、従来の5g撮影画像との比較を行った。

【目的】胃X線検査における発泡剤6g使用の有用性を検討する。

【対象】過去2年間に同一受診者で発泡剤量5gと6gで検査を行った372名。

【方法】背臥位正面、腹臥位正面、右側臥位、立位第1斜位の4体位の画像に対して、A：空気量が読影に十分、B：空気量が読影可能量、C：空気量が読影困難な量、の3段階で、読影医1名による視覚的評価を行った。

【結果】腹臥位正面像において、5g使用のA評価が17.7%に対して、6g使用は59.1%と明らかに増加した。立位第一斜位像においても、5g使用のA評価が17.2%に対して、6g使用は68.2%と明らかに増加した。また全体位においては、5g使用のA、B評価が合計85.9%に対して、6g使用は95.7%と増加し、逆にC評価は5g使用で14.1%に対して、6g使用では4.3%と明らかに減少した。背臥位正面像と右側臥位像では両者にほとんど差は見られなかった。

【結語】発泡剤6g使用は、腹臥位正面像、立位第一斜位像でA評価が明らかに増加しており、全体としてもAB評価が増加していることから、従来の5g使用より質の高い画像を得られ、有用であると考えられる。今後当院センターでは発泡剤6gを採用し、より質の高い胃X線検査を行っていきたい。

OS9-3 胃X線前壁撮影における圧迫フトン使用による描出能向上と胃形による撮影難度評価の検討

新東京病院 予防医学センター 保健事業部

○中山 一夫, 桎尾 寿, 志田 拓哉

【はじめに】当院では2025年6月より前壁撮影の際に圧迫フトンを使用して粘膜面の描出能向上を図っている。また前壁撮影は胃形により撮影難度が異なり、粘膜面描出が困難な症例も存在する。今回は巡回検診における経年受診者を対象にフトン不使用の前年画像と、使用した今回画像を比較し前壁の描出能評価を行ったので報告する。また胃形による描出能評価を行うことで、前壁撮影の難易度の評価と圧迫フトンの使用方法の選択が可能かも検討した。

【対象】2026年1月に検診車にて胃X線を受けた427名。（うち2025年1月にも受けた経年受診者は291名）

【方法】圧迫フтонは市販の柔らかいクッションを使用。（胃前壁描出能評価）小彎線の描出（0-2点）、バリウム付着（0-2点）、発泡効果（0-2点）、粘膜面描出（胃体中部、胃体下部、胃角部、前庭部各0-1点）でスコアリングを行った。（胃形による描出能評価）背臥位正面位または第一斜位像で胃角部から前庭部の画像上の高さを計測した（1）。また右側臥位による穹窿部撮影で胃体部の中心軸に線を引き、穹窿部の前後部径を計測し、後部突出倍率を算出し（2）、（1）（2）が前壁の描出能スコアに与える影響について検討した。

【結果】胃前壁描出スコア平均は、前年 6.7 ± 2.4 、当年 8.6 ± 1.7 、1症例毎のスコア変化平均は 1.9 ± 1.9 と描出能は大きく向上した。胃形による評価（1）の胃角部から幽門前庭部の高さとスコアは、60mm以上9.5、40-59mm9.3、20-39mm9.0、0-19mm8.1、-20-0mm7.8、-40mm以下7.1となり、幽門前庭部の高さが高いほどスコアが高かった。評価（2）の穹窿部の突出倍率200%未満9.6、199-299%9.3、300-399%9.0、400-499%7.8、500%以上7.2となり、穹窿部が後方に突出しているほど前壁のスコアが低かった。

【考察】圧迫フトン使用により胃前壁撮影の描出能は大きく向上した。また胃形による撮影難度も明らかとなり、撮影時の胃形評価により圧迫フトンの挿入法選択は可能と考えられた。

OS9-4 山形県の胃がん検診の現状と課題－住民・職域検診－

やまがた健康推進機構 山形検診センター

○安彦 卓史, 金原 博紀, 福田 紋子, 安食 伸祥, 近藤 智文, 五十嵐 隼一, 浅利 悠太, 永岡 春香, 板垣 梓, 佐藤 麗夢, 武田 弘明

【目的】山形県では職域検診のデータも集積されている。そこで山形県における胃がん検診の現状について受診状況と胃がん発見状況から分析し、今後の課題について検討した。

【方法】山形県における胃がん検診について、住民検診および職域検診それぞれの受診者数と胃がん発見数を年齢階級別に集計し、検診実績データを基に検討した。

【結果】令和5年度の住民検診の胃がん検診受診者数は60歳以上が81.3%と大部分を占めており、70～74歳が最も多かった。胃がんの件数は60歳未満ではほとんど見つからず70歳以上から多く、86%が70歳以上から見つかっている。一方で職域検診は65歳未満が全体の90.4%と大部分を占めており、胃がんについてはどの世代からも満遍なく見つかった。また精検受診率は住民検診が82.8%に対し職域検診は66.7%と低く検診団体間で格差が認められた。またバリウムによる腸穿孔や高齢者における誤嚥等も報告されている。

【考察】住民検診の高齢層で胃がん発見数が多いため高齢者に対する受診勧奨もしくは胃がんに対する啓蒙の必要性が示された。この場合は偶発症に対する安全管理体制の整備も併せて必要である。一方、職域検診では幅広い年齢層で胃がんが発見されており、若年～中年層における検診の重要性も再確認された。また、精検受診率が低く、検診団体の格差が認められたことから、精検受診率向上に向けたフォロー体制の強化および検診団体間の質の均てん化が今後の課題である。

【結語】住民検診と職域検診ではその受診者の年齢層が異なり対応すべき問題が異なっていた。

OS9-5 対策型胃がん検診としてのABC分類、内視鏡およびX線検査の比較検討

宮崎市郡医師会病院健診センター
○尾上 耕治, 山田 浩己

【はじめに】対策型胃癌検診受診率は7%未満と低迷している。我々は受診率向上を目指し、対象集約し効果的に内視鏡検診を行うために胃癌リスク層別化検査（ABC分類）を2013年より対策型検診として始めた。2022年度までの10年間のABC分類、内視鏡及びX線検査の結果を比較し、各検査の諸問題を検討することを目的とした。【対象及び方法】2013～2022年度の宮崎市対策型胃癌検診受診者を対象とした。ABC分類、内視鏡及びX線検査のプロセス指標と胃癌1例発見費用を比較した。【結果】1）受診率はABC分類25.7%、内視鏡2.0%及びX線4.2%、2）要精検率は各々、32.9%、8.1%及び5.7%、3）精検受診率は各々、71.5%、80.6%及び84.1%、4）胃癌発見率は各々、0.24%、0.32%及び0.07%、5）早期胃癌割合は各々、80.2%、70.6%及び48.3%、6）陽性反応の中率は各々、0.74%、3.7%及び1.31%、7）胃癌1例発見費用は各々、422万円、511万円及び1,577万円であった。【考察】3者を総合的に評価すると、受診率、胃癌発見率及び早期癌割合が高く胃癌1例発見費用の安いABC分類が良かった。ABC分類の問題点は、要精検率が高く精検受診率及び陽性反応の中度が低いことであった。内視鏡の問題点は受診率が低いことであった。X線検査の問題点は受診率、胃癌発見率及び早期癌割合が共に低く胃がん1例発見費用が高かったが、逐年より隔年検診に変更後さらに悪くなった。なお、ABC分類は国の推奨された検診ではないため2025年度をもって廃止となった。しかし、内視鏡とX線検査のみでは受診率は低すぎるので、受診率の高い検査が今後は必要になると思われた。

OS9-7 胃内視鏡検診における生検結果の取り扱いと精検受診率向上にむけての試み

総合病院岡山協立病院 消化器内科
○若槻 俊之

【目的と方法】胃内視鏡検診で施行される生検病理診断結果の取り扱い、受診者への受診勧奨には課題が残っている。今回、我々は2015年5月から2025年12月に当院で胃内視鏡検診を受けた22366名のうち、生検が施行された1887名を対象とし、生検結果とその後の経過を後方視的に検討し、適切な結果の取り扱いおよび受診者のフォロー方法について考察した。【結果】生検率は8.4%であった。対象の内訳は男性896名（47.5%）、女性991名（52.5%）、年齢の中央値は62歳（23-88）であった。生検部位は食道が4例、胃が1878例、十二指腸が5例であった。胃の生検結果においてgroup 1は1793例、group 2は25例、group 3は19例、group 4は3例、group 5は38例であり、group 2以上は85例（4.5%）であった。85例全例が再診精査・治療に繋がっており、フォロー率は100%であった。group 5は全例治療介入されており、group 4の3例は治療結果で癌が確認されていた。group 3の19例のうち6例は治療で癌と診断され、13例は経過観察中であった。group 2の25例は再精査で癌と診断されたのが6例、腺腫が1例、再精査の生検でgroup 1が9例、経過観察中が9例であった。最終的に癌と診断された症例は57例（癌発見率3.0%）であった。【考察と結論】当院では生検病理結果を医師3名で確認後、必要に応じて健診センターもしくは医師から受診勧奨の連絡を取っている。そのため、生検結果がgroup 2以上のフォロー率が100%であったと推察された。またgroup 2の取扱いは以前より問題となっているが、今回の検討でも25例中7例（28%）が腫瘍性病変と最終的に診断されている。健診結果を個別に対応するには限界があるが、要精検者を漏らさずフォローする工夫が今後も必要と考えられた。

OS9-6 茨城県における胃内視鏡検診普及の現状と課題—県主導体制構築に向けた検討—

東京医科大学茨城医療センター消化器内科¹⁾、茨城県メディカルセンター²⁾、茨城県生活習慣病検診管理指導協議会 胃がん部会³⁾
○岩本 淳一^{1), 3)}、齋藤 洋子^{2), 3)}

【目的】胃がん検診は50歳以上を対象にX線検診と内視鏡検診が選択可能であるが、茨城県では内視鏡検診の導入が十分に進んでいない。本研究では県内における胃内視鏡検診の実施状況を把握し、導入・普及を妨げている要因を明らかにするとともに、安定した検診体制構築の方向性を検討することを目的とした。【方法】茨城県ホームページで公開されている年度別胃がん検診実績データを解析するとともに、県内44市町村を対象に胃内視鏡検診導入状況および未導入理由に関するアンケート調査を実施した。【成績】内視鏡検診を実施している市町村は44中9市町村（21%）にとどまり、内視鏡検診受診者数は年々増加したものの、胃がん検診全体に占める割合は低値であった。実施市町村間では受診者割合にばらつきが認められ、実施体制が整備されていても受診者数が伸び悩む市町村が存在し、検診実施の有無のみでは実効性を評価できないことが明らかとなった。登録内視鏡検査医療機関数と内視鏡検診実施の有無、ならびに人口規模との間に明確な関連は認められなかった。未実施35市町村のうち、導入検討中は6市町村、導入予定なしは29市町村であり、アンケートでは読影管理委員会の設置困難、人員確保や予算面の制約、地域医師会との調整負担などが主な導入困難理由として挙げられた。また、導入済み市町村においても、精度管理要件を満たせないため、実施されていても検診実績として算定されない事例が認められた。【結論】胃内視鏡検診が導入・運用できない主因は、読影管理委員会の設置や精度管理体制の構築といった、市町村単独では対応が困難な実務的課題であることが示された。これらは人的・施設の体制の有無とは必ずしも一致せず、検診導入や継続の障壁となっている。県が主体となって精度管理機能を広域的に集約し、運用面を支援する体制を整備することが、検診実施の安定化と自治体間格差の是正につながると考えられた。

編集委員

(五十音別)

委員長 廣岡 芳樹

藤田医科大学岡崎医療センター

副委員長 安田 宏

聖マリアンナ医科大学病院健康診断センター

委員 阿部 靖彦

山形大学医学部附属病院光学医療診療部

大洞 昭博

朝日大学病院消化器内科

清水 雅仁

岐阜大学大学院消化器内科学

永田 浩一

永田胃腸・消化器医院

服部 昌志

医療法人山下病院消化器内科

引地 拓人

福島県立医科大学附属病院内視鏡診療部

肱岡 範

国立がんセンター中央病院肝胆膵内科

松原 浩

豊橋市民病院消化器内科

松本 啓志

川崎医科大学消化器内科

宮原 良二

藤田医科大学消化器内科

盛一健太郎

旭川医科大学内科学講座消化器内科学分野

吉田 直久

京都府立医科大学消化器内科

日本消化器がん検診学会雑誌 第64巻Supplement(総会)号

2026年6月10日印刷 2026年6月15日発行

編集人 廣岡 芳樹

発行人 松田 尚久

発行所 一般社団法人日本消化器がん検診学会

(〒112-0014)東京都文京区関口1-19-2 第2弥助ビル3F

TEL03(3235)6754 FAX03(3235)7647

URL: <http://www.jsgcs.or.jp/>

E-MAIL: info@jsgcs.or.jp

ゆうちょ銀行 〇一九店(ゼロイチキユウ店)

当座 0046750

胃癌と集団検診 No1(1963年)～No56(1982年)

消化器集団検診 No57(1982年)～No97(1992年)

第31巻1号(1993年)

～第37巻6号(1999年)

日本消化器集団検診学会雑誌

第38巻1号(2000年)

～第44巻2号(2006年)

日本消化器がん検診学会雑誌

第44巻3号(2006年)～

通 巻

制作・印刷 大村印刷株式会社

山口県防府市西仁井令1丁目21番55号

TEL0835(22)2555

本書の一部または全部を著作権法上での例外を除き、無断で複写・複製・転載は禁じます。

協賛御芳名

第 65 回日本消化器がん検診学会総会を開催するにあたり、多大なるご支援を賜りました。
ここに甚深の謝意を表します。

第 65 回日本消化器がん検診学会総会
会長 松田 尚久

<共催セミナー>

EA ファーマ株式会社
栄研化学株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
カイゲンファーマ株式会社
東レ株式会社
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
伏見製薬株式会社
株式会社ミズホメディー
ミヤリサン製薬株式会社
ムンディファーマ株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

<プログラム広告掲載>

あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アッヴィ合同会社
株式会社アムコ
株式会社一条工務店
株式会社 LSI メディエンス
太田内科クリニック
尾田胃腸内科・内科
オリンパスマーケティング株式会社
株式会社カネカメディックス
キヤノンメディカルダイアグノスティックス株式会社
医療法人社団 存誠堂 神津クリニック
興和株式会社
株式会社スリー・ディー・マトリックス
ゼリア新薬工業株式会社
武田薬品工業株式会社
一般財団法人 日本健康増進財団
医療法人はらだクリニック
医療法人 廣仁会 廣瀬医院
ファイザー株式会社
藤井隆広クリニック
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社

<寄附>

朝日インテックJセールズ株式会社
日本ケミファ株式会社
日本製薬団体連合会
医療法人城見会 アムスランドマーククリニック
公益財団法人神奈川県結核予防会
医療法人財団湖聖会 銀座医院
さくまファミリークリニック
一般財団法人 日本健康管理協会 新宿検診プラザ
医療法人社団 和光会 総合川崎臨港病院
医療法人社団新青会 新橋青木クリニック
医療法人社団明竹会 竹内基クリニック
医療法人社団平晴会 晴海 3 丁目クリニック
医療法人社団 邦清会
馬目整形外科・内科クリニック
医療法人社団愛友会 三郷中央総合病院
社会医療法人社団 森山医会

五十嵐 良典
岩崎 将
篠原 正夫
住野 泰清

<展示・書籍>

株式会社 AI メディカルサービス
栄研化学株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
カイゲンファーマ株式会社
株式会社ガリバー
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
株式会社 GC リンフォテック
株式会社ドクターズプライム
富士製薬工業株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
Boston Medical Sciences 株式会社
株式会社ミズホメディー



新発売

潰瘍性大腸炎治療剤

スフィンゴシン1-リン酸(S1P)受容体調節剤

薬価基準収載



ゼポジア® カプセル
スターターパック/0.92mg

一般名: オザニモド塩酸塩
劇薬、処方箋医薬品^{注)}

ZEPOSIA® capsules

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等の詳細は、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

 **ブリistol・マイヤーズ スクイブ 株式会社**

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-1

文献請求先及び問い合わせ先 メディカル情報グループ TEL:0120-093-507

販売情報提供活動に関するご意見や苦情受付 ホームページURL: <https://www.bms.com/jp>

TOPページから「お問い合わせ」をご覧ください。

2025年2月作成
2084-JP-250003330



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、
輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、
革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781 年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、
社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



Good Health Creator, MEDlcal+sciENCE

Medical Scienceによる健康で安心な社会の創造に向けて貢献します

LSIメディエンス

臨床検査 / 食の安全サポート / ドーピング検査

株式会社LSIメディエンス

〒174-8555 東京都板橋区志村三丁目30番1号

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



PHC
GROUP

カネカ胆管用メタリックステント

YABUSAME Neo

Biliary Metallic Stent



医療機器承認番号: 30200BZX00185000 / 販売名: カネカ胆管用メタリックステント

チップ形状変更と2層目シースに編組を搭載することで、
挿入性の向上と、スムーズなステントリリースを実現 ※自社従来品(YABUSAME)との比較

販売元

株式会社 カネカメディックス

<https://www.kaneka-med.jp/>

東京事業所 〒107-6028 東京都港区赤坂1-12-32(アーク森ビル)

TEL.050-3181-4100

大阪事業所 〒530-8288 大阪市北区中之島2-3-18(中之島フェスティバルタワー) TEL.050-3181-4060

第65回日本消化器がん検診学会総会 開催おめでとうございます。

家族を「守る」。
日常が「続く」。



国の最高等級を超える
2倍耐震



もらい火に60分以上耐える
高防火外壁



水の勝手を許さない
耐水害住宅



快適な室内環境を維持する
超気密・超断熱



強化ガラス採用、一般的なガラスの7倍以上の強さ
トリプル樹脂サッシ



工場一括均一な処理精度
防菌防蟻処理



大容量太陽光発電 & 蓄電池
電力革命



断水時、貯水タンクになる
エコキュート



一条は、あらゆる“災害”に「性能」で応える。

日本の住まいは「防災」から「免災」へ 「総合免災住宅」

詳しくは ≡



気候変動によって災害が多様化、激甚化、頻発化し、深刻な被害を受けることが増えています。こうした暮らしの危機に、私たちは、新たな住まいで備えたい。襲いくる脅威にただ耐えるだけでなく、その後も“災害を免れたかのように暮らせる”こと。「免災」には、そんな想いが込められています。



第16回キッズデザイン賞を受賞

災害後も、“災害を免れたかのように”いつもの暮らしが維持できる「総合免災住宅」は、あらゆる災害リスクから子どもを守ることができる高い住宅性能が評価され、キッズデザイン賞を受賞しました。
(子どもたちの安全・安心に貢献するデザイン部門)



カタログ・リーフレットのご請求



おかげさまで多くの医療関係者の方に選ばれております。

家は、性能。

一条工務店



お問い合わせ:業務推進グループ(法人)

0120-447-812

Mail:houjin@ichijo.co.jp/FAX:053(485)3740

展示場の検索
ご来場予約



一条工務店の
分譲地検索



一緒に
建築地をお探し
いたします。

Life with
ASKA

先端の創薬を通じて、
人々の健康と明日の医療に貢献する。



〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号
TEL:03-5484-8361 (代)

<http://www.aska-pharma.co.jp/>

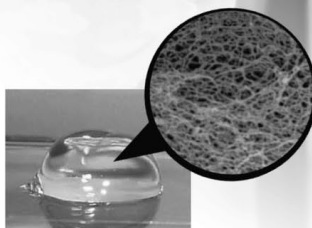
吸収性局所止血材

ピュアスタット

保険適用

特長

- プレフィルドシリンジを使用しているため、使用前の調整不要。
- 止血だけでなく、出血部位が不明瞭の場合でも出血点の同定に寄与。
- 澄明なペプチド溶液のため、適用部位の視野を妨げない。
- 使用後は洗い流さずに、剥離等の手技が可能。
- 適用部から容易に取り除けるので、繰り返しの適用、術後洗浄、他の止血法への移行が容易。



血液等に触れると粘性のあるゲルになり、
ナノファイバーを形成

製造販売元
株式会社スリー・ディー・マトリックス
〒102-0083 東京都千代田区麹町3-2-4 麹町HFビル7F
<https://www.3d-matrix.co.jp>

医療機器承認番号:30200BZX00236000
医療用品④ 整形用品
高度管理医療機器
償還価格が設定された保険適用製品 (特定保険医療材料)

3D MATRIX
MEDICAL TECHNOLOGY

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。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

治療用電気手術器

erbe エルベVIO3/APC3 高周波手術装置



VIOシリーズ最上位モデル

VIO3の各モードは25,000,000回/秒の組織抵抗計測により、切開・凝固の再現性がさらに向上しました。進化したドライカット、フォースド凝固に加え、新たなモードとしてプレサイズセクトが搭載されました。また、ウー징ングに対し、アルゴンプラズマ凝固(APC)による迅速な止血が有効です。

特徴

- 毎秒25,000,000回転の組織抵抗フィードバックにより、切開、凝固の再現性が向上
- 最大6個までのリモートプログラム設定可能
- 設定はエフェクトのみの調整でシンプルに

一般的名称：治療用電気手術器（物質併用電気手術器）
販売名：エルベVIO3/APC3高周波手術装置
承認番号：22000BZX00335000

物質併用処置用能動器具

erbe FiAPC プローブ



Advantages: (消化管/気管支のAPC治療)

- 広範囲な組織に対して、効果的、かつ迅速な凝固が可能
- 最小限の組織の失活で、効果的な治療効果が得られます。
- 蒸散させないので、穿孔の危険性を最小限に抑えます。
- サージカルスモークの減少により、より明瞭な視野が得られます。
- プローブが組織に接触しない非接触的な治療が可能です。
- メタルステントへのダメージリスクを最小限にします。
- 手技の習得も簡単です。

バラエティに富んだ
ビームの形状

一般的名称：物質併用処置用能動器具
販売名：FiAPCプローブ
承認番号：22300BZX00279000

アムコ ライブラリー Q検索 会員登録頂くと、製品に関するケースレポート、講演会やセミナー動画、学会・セミナー記録集などの情報がご覧頂けます。医療関係者の方を対象としております。



株式会社
アムコ

www.amco.co.jp

本社/〒102-0072 東京都千代田区飯田橋4-8-7 TEL: 03(3265)4263 FAX: 03(3265)2796



“からだ”の声に 耳を傾ける

ゼリア新薬工業株式会社は、
11月26日を鉄分の日と制定し、
鉄分不足の啓発に取り組んでいます。

TAKE**IRON**SERIOUSLY


ゼリア新薬工業株式会社
ZERIA



100mL
新発売

健康にアイデアを **meiji** 健康にアイデアを **kmb**

効能・効果、用法・用量、禁忌を
含む注意事項等情報等について
は電子添文を参照ください。

製造販売元
KMバイオロジクス株式会社
熊本市北区大窪一丁目6番1号

販売元
Meiji Seika ファルマ株式会社
東京都中央区京橋2-4-16

<文献請求先及び問い合わせ先>
Meiji Seika ファルマ株式会社 くすり相談室
〒104-8002 東京都中央区京橋2-4-16
フリーダイヤル(0120)093-396
電話(03)3273-3539、FAX(03)3272-2438



血漿分画製剤 生物学的製剤基準 人血清アルブミン 献 血

献血アルブミン20% 静注10g/50mL「KMB」
Kenketsu Albumin 20% I.V. Injection 10g/50mL “KMB”

献血アルブミン25% 静注 12.5g/50mL 25g/100mL 「KMB」
Kenketsu Albumin 25% I.V. Injection 12.5g/50mL, 25g/100mL “KMB”

特定生物由来製品、処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること) 薬価基準収載

2025年4月作成

OLYMPUS

通常保険診療から対策型検診まで、
内視鏡業務を安全にサポート



AIを搭載した内視鏡画像・レポート管理ソフトウェア
クラウド上に画像とレポートを安全にストレージします。

クリニック向け 内視鏡画像・レポート管理ソフトウェア

Vivoly+

オリンパスマーケティング株式会社

www.olympus.co.jp

F752U

「健康」と「幸せ」を すべての人に届けたい

こころからの笑顔と幸せな未来。
確かな安心を健康というカタチにして
世界へ届けたい。



H A P P I N E S S F O R L I F E



興和株式会社

東京都中央区日本橋本町三丁目4番14号

新発売



スフィンゴシン 1-リン酸受容体 (S1P_{1,4,5}) 調節薬

薬価基準収載

ベルスピティ錠 2mg

Velsipity® Tablets 2mg エトラシモド L-アルギニン錠

創薬、処方箋医薬品^①

注）注意—医師等の処方箋により使用すること

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先:
Pfizer Connect / メディカル・インフォメーション 0120-664-467
<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見:
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

VEL72P005A
2025年10月作成

「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、
電子添文をご参照ください。

内科・内視鏡クリニック

**内視鏡に変わらぬ
情熱と真心を込めて**

患者さんとともに駆け抜ける喜びを！！

- ✓ 初診の方も安心してお越しください
- ✓ 検査後はそのままお仕事に戻れます
- ✓ 胃と腸、まとめて一日で終わります



医療法人廣仁会

廣瀬医院 廣瀬 元彦

神奈川県横浜市中区若葉町2丁目24
045-251-7468

胃と大腸の内視鏡検査専門クリニック

TF
clinic

医療法人社団 隆風会

藤井隆広クリニック



〒104-0061

東京都中央区銀座4-13-11 銀座M&Sビル 7F

TEL 03-3544-6266 FAX 03-3544-6267

GIRAFFE
Gastro-
Intestinal Endoscopy (消化器内視鏡)
Relax (リラックス)
Accurate (正確)
Fast (迅速)
Fine (高品質)

医療法人社団 存誠堂
豊洲キュービックガーデン
神津クリニック
内視鏡内科・消化器内科・内科

Kozu + Clinic



ODA CLINIC

尾田胃腸内科・内科

院長 尾田 恭

<http://www.oda-gi-clinic.com>

熊本県熊本市中央区南熊本 1 丁目 9 番 25 号 MRR くまもと 2 F

Tel 096-375-0028

Fax 096-375-0029

予防医療と 早期発見の その先へ

一般財団法人日本健康増進財団は、
皆様の健康を守るため、精度の高い検査にこだわり
疾患の早期発見に努めます。



施設健診・人間ドック

恵比寿健診センター

東京都渋谷区恵比寿一丁目 24 番 4 号
恵比寿ハートビル
JR 恵比寿駅東口より徒歩 6 分

大阪健診センター

大阪市中央区瓦町四丁目 2 番 14 号
京阪神 瓦町ビル 2 階
OsakaMetro 本町駅 2 番出口より徒歩 1 分

巡回健診サービス

全国対応で事業所や指定会場に伺い健診を行います。専門医療スタッフによる均質な健診を全国的に提供し、統一したフォーマットで結果報告しています。



一般財団法人
日本健康増進財団

詳しくは HP へ

<https://www.e-kenkou21.or.jp>



自動分析装置 HM-CODIAM

届出番号:13B3X10263236001
特定保守管理医療機器・一般医療機器

HM-CODIAM

Automated Immunoassay Analyzer

ディスポセルの機能を継承した
便潜血を測定できる
自動分析装置が誕生

様々な機能で検査をサポート

処理能力200テスト/時間

試薬恒温機能

試薬バーコード自動読み取り機能

反応テーブル温調機能



【製造販売元】

Canon キヤノンメディカルダイアグノスティックス株式会社

<https://mdc.medical.canon>

詳しい情報はWebで
ご案内しています



ヒト化抗ヒトIL-23p19モノクローナル抗体製剤

スキリージ®

点滴静注 600mg

点滴静注用リサンキズマブ
(遺伝子組換え) 製剤

皮下注 180mg

オートドーズ®

皮下投与用リサンキズマブ
(遺伝子組換え) 製剤

皮下注 360mg

オートドーズ®

皮下投与用リサンキズマブ
(遺伝子組換え) 製剤

Skyrizi®

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子化された添付文書(電子添文)を参照してください。

製造販売元

アッヴィ合同会社

東京都港区芝浦3-1-21

〔文献請求先及び問い合わせ先〕
くすり相談室
フリーダイヤル 0120-587-874

薬価基準収載

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

2024年11月作成
JP-SKZG-240130-2.0

abbvie



太田内科クリニック

院長
医学博士

太田 昭彦

〒173-0001 東京都板橋区本町37-12

TEL.03-3961-0413 FAX.03-3961-0414

E-mail:ohta_med@qq7.so-net.ne.jp <https://www.ohta-naika-clinic.com/>

胃・大腸検診



外科 ・ 内科 ・ 内視鏡内科

- はらだクリニック
- はらクリ訪問看護ステーション
- 居宅介護支援事業所 咲の里
- サービス付き高齢者向け住宅 ケアホーム福の里
- ヘルパーステーション福の里

青森県三戸郡南部町大字苫米地字白山堂 13-2