

胃 集 団 検 診 （ 職 域 ）

動 向

平成20年度の職域における胃間接X線撮影検査の受診者数は、49,865名(対前年比90.6%)であった。昨年度より5,147名減少した。

今年度は、従来の間接7枚撮影法から、日本消化器がん検診学会の推奨する新撮影法（8枚法）の導入を始めた。新撮影法により、1枚の画像でより広範囲、より鮮明な二重造影像を得ることができ、従来法で弱点とされていた、上部・体部前壁・前庭部の撮影が補強され、胃全域の示現能が向上した。

受診者に対しては、受診不可項目（高血圧、バリウムアレルギー、現在胃や腸の病気で通院中）等を記載した注意書を受診票に同封し、胃X線検査の安全性の確保に努めている。

50年以上にわたって続けられてきた検診により、胃がんの死亡率は年々低下してきたとはいえ、胃がん罹患率はがんの中でもまだ第一位であり、早期発見・早期治療の重要性は変わっていない。

方法・結果

2007年7月1日「NPO法人日本消化器がん検診精度管理機構」が発足し、日本消化器がん検診学会より2005年に発行された新・胃X線撮影法について改訂したものが、現在の新撮影法である。「手技が明確で、診断に必要な最低限の画質が得られる精度管理の基盤となり、成果を期待できる」とのコンセプトのもとに、集団検診としての胃X線検査撮影技術の標準化による有効性評価の発展を目標としている。この新撮影法は対策型検診（間接撮影による一次検診）を対象とした「基準撮影法1」と、任意型検診（直接撮影による精密検診）を対象とした「基準撮影法2」からなり、どちらも高濃度バリウム使用による二重造影像主体の撮影法である。基準撮影法1は8枚撮影による1時間当たり約15名程度（一検査約4分）を目安とし、基準撮影法2は16枚撮影による1時間約5～6名程度（一検査約10分）が推奨されている。撮影方法の特徴として、撮影体位や標的部位及び撮影手技の明確化が挙げられる。特に早期がんの発見が困難とされてきた前壁部位における撮

影手技として、寝台前傾状態での受診者肩当て使用及び腹部への圧迫布団使用の義務付けなど、細部にわたる指定事項が記載されている。NPO精度管理機構としては、胃がん検診に従事する医師・技師を対象とした指導員を選出し普及活動や教育研修を行うとともに、今後の動向として読影基準の検討や専門医師・技師認定制度の改定などを予定している。協会としても本年度より一次検診にて基準撮影法1を導入し、さらに人間ドックや精密検診での基準撮影法2の導入検討を進めていく方針である。また消化器一次検診協議会の活動などにおいて県内での新撮影法導入状況の調査や各施設での技術的相互評価を計画している。

また、H20年5月施設人間ドックフロアにおいて胃部アナログ装置3台をデジタル装置2台に更新した。従来のI.I-DR方式からFPD（フラットパネル）方式を採用したため、1）輝度劣化がない、2）有効視野における画像歪みや分解能のムラがない、3）パルス透視の採用により、従来の連続透視に比べ被ばく線量が約3分の2に低減などの利点が挙げられる。これにより全ての施設胃検診におけるモニター診断が可能となり、読影精度の向上や現像処理削減による成績納期の短縮などが期待できる。今後は協会医用画像全般のサーバー管理及びネットワーク化の導入により、健診における新たな情報活用の可能性を追求していく方針である。

関係の集計表は78頁に掲載