

京都消化器医学会会報

Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)

第40号 2024・6

も く じ

巻頭の辞	京都消化器医学会 会長 大塚 弘友	1
特別寄稿論文		
胃がん死撲滅を目指した一次予防、二次予防～内視鏡検診の役割～ ……淳風会健康管理センター倉敷(まへ五稜郭消化器・内視鏡クリニック)	間部 克裕	2
大腸がんの左右差を中心に……京都大学大学院医学研究科 消化器内科学	妹尾 浩	11
会報40号特別企画		
座談会「この10年を振り返って」		15
症例報告		
自己免疫性胃炎を背景とした胃神経内分泌腫瘍の1例 ……今井内科胃腸科医院	今井 昭人	29
コーヒープレイク		
胃がん内視鏡検診 よもやまばなし ……京都府医師会消化器がん検診担当理事	角水 正道	37
研究会報告		
第1回 GERD・LPRD 診療ネットワーク (Japan Foregut Society) 研究会 ……沖医院	沖 映希	39
会員の広場		
今年もアレが流行ります……京都第一赤十字病院消化器内科	戸祭 直也	42
令和5年4月～令和6年3月までの学術講演会抄録		46
令和5年度 京都消化器医学会会務報告		52
令和5年度 京都消化器医学会議事録要旨		57
新役員の名簿		77
令和6年度 事業計画		78
会報投稿規定		79
編集後記		80

巻頭の辞

京都消化器医会 会長 大塚 弘 友

約 138 億年前の宇宙誕生から約 38 万年後、原子が誕生したころの宇宙では「宇宙の晴れ上がり」状態だったようです。佐藤勝彦先生(宇宙物理学者)の著書では、それまで宇宙空間を飛び回る電子に進路を邪魔されていた光が直進できるようになり、これは、雲に覆われていた空が晴れ上がり、太陽の光が地上に降り注ぐようになった状態と同じなので「宇宙の晴れ上がり」と呼びますと記されています。

2019 年に新型コロナウイルスが出現してから約 4 年間、コロナウイルスに覆われていた世の中が徐々に晴れ上がり、閉じ込められていた私たちの生活に新鮮な空気がゆっくりと降り注いできているように私は思います。皆様もこれまでは感染対策に翻弄されて、息苦しい思いをされてきたのではないのでしょうか。

消化器医会の活動も、この「晴れ上がり」を迎えたいと考えて、学術講演会や勉強会ではハイブリッド開催を増やしています。やはり会員の皆様に直接お会いして意見交換やご挨拶をする機会があるという事は、非常に大切な事と改めて実感するところです。また、定例学術講演会では演者の先生の多くが遠方から京都まで足を運んでくださっています。5 類への移行と、京都の魅力もあるとは思いますが、医会としてはリアルに質疑応答ができる大変良い機会です。現在はハイブリッド開催での現地参加はまだ 10 名前後です。是非とも積極的な現地参加をお願いできればと思います。

一方、コロナ禍で WEB の良さも十分に経験してきたように思います。とりわけ、症例検討会での画像診断や外科手術でのビデオ閲覧、AI 診断の講演会などでは、非常に鮮明な画像や動画を画面で見ることができて新鮮な驚きでした。WEB の活用も終わりにすることはなく、まさしく「良いとこ取り」のハイブリッドで継続的に取り組んでいきます。その一つに、消化器系検査の技術向上のためのハンズオンの講演会があります。今までの WEB・ハイブリッド開催の経験を活かして、現地参加の対面での実技を撮影して WEB 配信することにより、WEB 参加との両面の良さが出るような企画ができないかと考えています。技術的、費用的な問題もあるかもしれませんが、今までの経験を洗練させてチャレンジしてみたいと思います。

診療報酬改定も厳しい昨今ですが、医会としては日常診療に安心・安全をもたらすことができるような情報提供を今後も進めていきます。会員の先生におかれましては、お知り合いに未入会・新規開業の先生方がおられましたら講演会・勉強会にお誘いいただくとともに、京都消化器医会への入会もお勧めいただければ幸いです。

5 類になって約 1 年、ウイルスは消えたわけではありませんので、私たち医療従事者の感染対策にはまだまだ個人差があると思います。しかし、コロナ禍で小さく閉じ込められて鬱積していた思いを解消するためにも、多くの方が対面・WEB で集い合う楽しい会を企画して、皆様の鬱憤晴らしの一助になればと思っています。「宇宙の晴れ上がり」ならぬ「コロナの晴れ上がり」を迎えられるよう期待を込めて、私的な雑感と共に今後の医会運営の方向性を述べさせていただきます。

特別寄稿論文

胃がん死撲滅を目指した一次予防、二次予防～内視鏡検診の役割～

淳風会健康管理センター倉敷

(まべ五稜郭消化器・内視鏡クリニック) 間 部 克 裕

抄 録

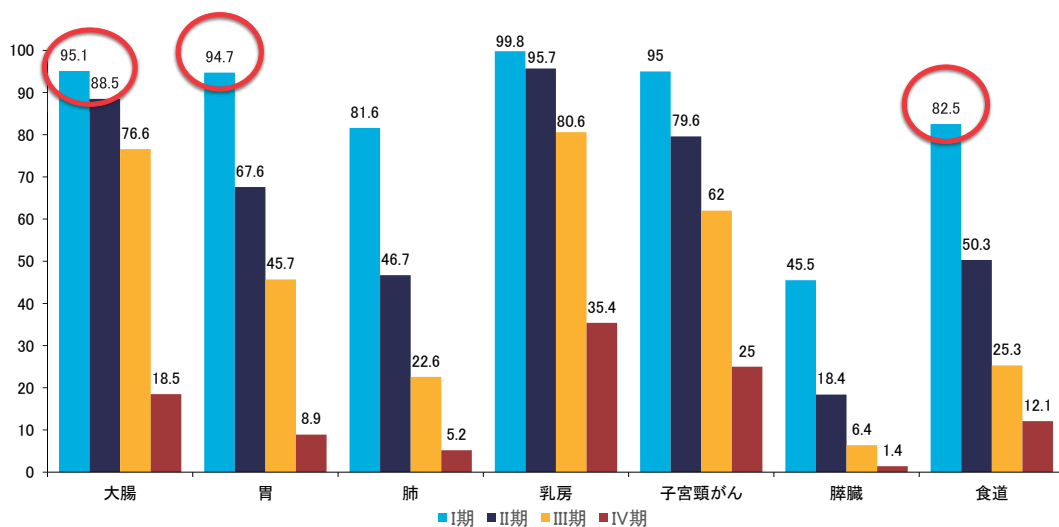
国民皆保険、消化器癌検診、内視鏡機器は日本が世界に誇るものであるが、予防可能な消化器がんで毎年多くが亡くなっている。胃がんの多くはピロリ感染胃炎に由来すること、除菌治療により胃がん発生が予防できることが明らかになり、一次予防が可能となった。またI期の胃がん5年相対生存率は94.7%と高く、胃がん検診による二次予防が可能である。胃がん死撲滅を目指した胃がん検診は、問診と内視鏡所見により胃がんのリスク層別化を行い、高精度で効率的な内視鏡検診を高い受診率で行うこと、無症状のピロリ感染胃炎を検診で発見し確実に除菌することが重要である。

キーワード：胃がん、内視鏡検診、リスク層別化、一次予防、二次予防

はじめに

日本は国民皆保険、胃X線による胃がん検診、便潜血検査による大腸がん検診、消化器内視鏡など世界に先んじて開発、導入してきた。I期の胃がん、大腸がんの5年相対生存率は95%前後と高い生存率を誇るが(図1)、一方で死亡数は胃がん4万人以上、大腸がん5万人以上と多く亡くなっている(図2)。平均年齢が世界一であり80歳以上の高齢者が死亡数の半数近くを占めることが原因の一つであるが、胃がんの75歳未満年齢調整死亡率は韓国より高く、5年生存率は韓国よりも低い。韓国の胃がん検診は40歳以上、隔年で実施され、住民検診と職域検診が同意取得の上で胃がん検診として一つのデータとなっており、

受診率は80%近く、その殆どが内視鏡検診である。一方、日本には胃がん検診のデータベースは無く、正確な受診率も不明であり、内視鏡検診の実施率、受診率共に低い。このような状況の中、胃がん死撲滅を目指した内視鏡検診について私見を含めて紹介したい。



消化管の癌は、早期発見で救命可能

がんの統計2021 がん研究振興財団

図1 がん診療連携拠点病院等における5年相対生存率(がんの統計2021 2010～2011年診断例)

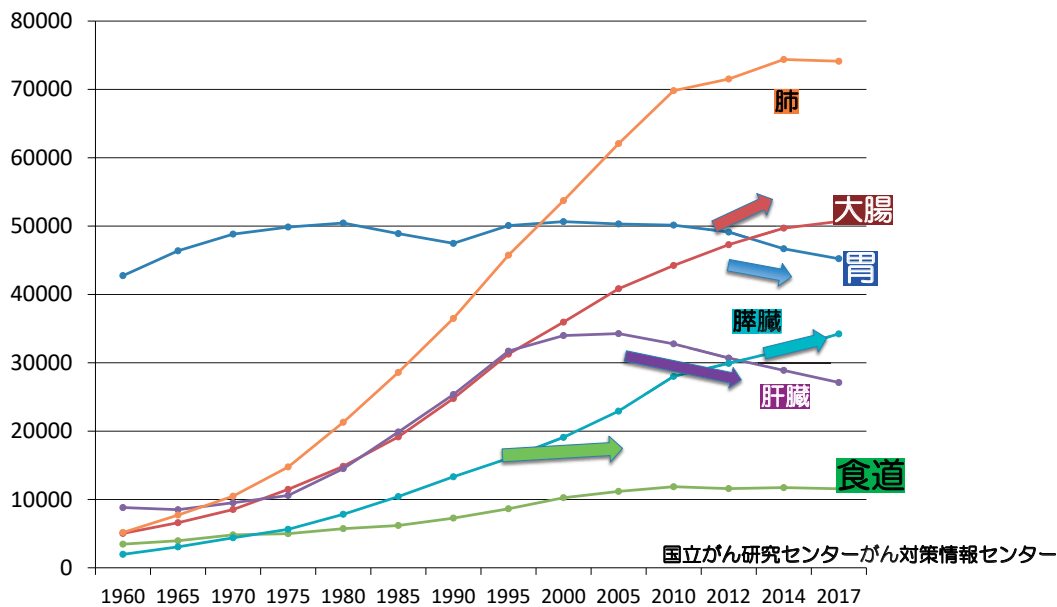


図2 がん粗死亡数の年次推移

胃がんの一次予防

ピロリ感染が胃がんの原因であることが明らかになり、日本では胃がんの殆どがピロリ関連であることが示された¹⁾²⁾。ピロリ感染による生涯胃がん罹患率は男性で17%、女性で7.7%と試算されており³⁾、除菌治療による胃がん予防効果は動物実験、胃がん内視鏡治療後のRCT、消化性潰瘍に対する前向きコホート研究、胃炎に対するRCTやメタ解析で示された。世界保健機構(WHO)国際がん研究機関(IARC)は1994年にピロリ菌を胃がんの確実な発がん因子に規定し、2014年にはピロリ除菌により胃がんの30~40%が予防可能であり、除菌による胃がん予防を推奨した。

本邦ではピロリ感染胃炎に対する除菌治療が2013年に保険適応となり、除菌がそれまでの2倍以上に増加しており⁴⁾、除菌治療の普及により胃がん一次予防と感染拡大

の予防が期待される。そこで、内視鏡検診におけるピロリ感染状況について検討した。内視鏡検診の対象者1,172例(平均52.6歳)に対しピロリ検査や除菌についての問診、便中抗原、血清抗体、血清ペプシノゲン値、胃炎の京都分類によりピロリ菌感染状況を判断した結果、現感染11.1%(平均年齢51.7歳)、既感染47.1%(55.5歳)、未感染41.8%(49.5歳)であった。既感染よりも現感染の年齢が低く、ピロリ感染胃炎が内視鏡検診で偶然に発見されていた。内視鏡検診は殆ど症状のないピロリ感染胃炎を発見できる貴重な機会である。また、除菌治療後の年間胃がん発見率は、胃がん内視鏡治療後、胃潰瘍、萎縮性胃炎、十二指腸潰瘍の順に、2.85%、0.64%、0.67%、0.07%であり(図3)、除菌時の背景粘膜によってリスクが異なり、除菌後も胃がんは完全に予防できない点が重要である。

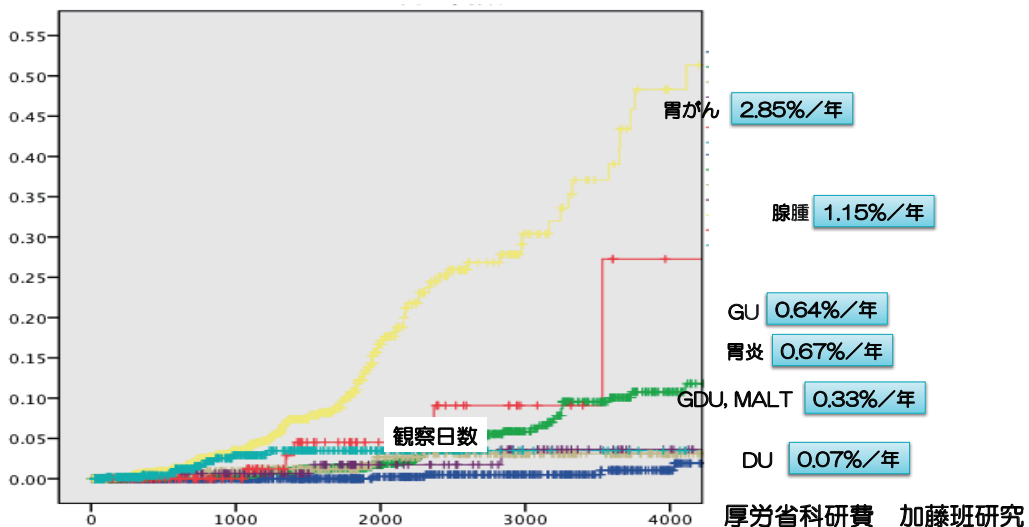


図3 除菌後の累積胃がん発見率(厚生労働省加藤班データ)

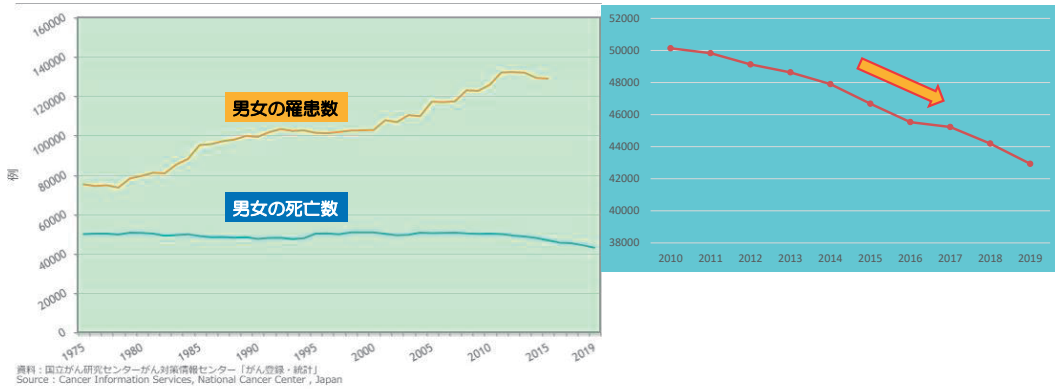
除菌で胃がんリスクは低下するが、除菌後も胃がんリスクは除菌前の疾患、背景胃粘膜によって決まる。

検診は無症状で医療機関を受診しないピロリ感染者を発見できる唯一の機会である。内視鏡検診において、問診や胃炎の京都分類により現感染疑いを発見し、確実に除菌治療に誘導すること、除菌治療後は内視鏡検診による胃がん二次予防を継続することが重要である。

胃がんの二次予防

胃がんの粗死亡数の推移と年代別の死亡数を見ると(図4)、2010年以降死亡数は減少傾向が続いており、42,319人の死亡のうち、半数以上の21,165人が80歳以上の高齢者で、98%は50歳以上の胃がん検診対象者である。胃がん検診を確実に行うことが二次予防に繋がるが、住民検診の受診率は10%以下と極めて低く、職域検診の受診率は不明である。2014年度版のガイドライン改訂で内視鏡検診が認められたが、同時に対象が40歳以上から50歳以上に、逐年から隔年に変更されている。受診率が低いことが最大の問題であるため、まずは基準に準じた対象者に絞り、高い受診率で検診を実施していくことが必要である。これまで胃がん検診を行っていた40代もピロリ感染者は以前同様の胃がんリスクであるため、ピロリ抗体検査や胃がんリスク層別化検診の機会を提供している自治体もある。胃がん内視鏡検診の導入割合について日本対がん協会のデータ(図5)をみると、実施している自治体は2015年の18.9%から2019年の42.2%と確実な増加傾向を示し、最近では過半数の自治体が導入している。一方で都道府県によるバラツキがあり、全ての地域の課題として、都市部と郡部で地域間格差、内視鏡検診の処理能不足や二次読影

体制構築の困難、導入後の極めて低い受診率がある。一方、韓国では40歳以上に2年毎の胃がん検診が行われているが受診率は80%近く、その殆どが内視鏡検診である(図6)。韓国の内視鏡検診はダブルチェックのない体制であるが50%の死亡率減少効果が示されており、中でも2年毎に検診を受けたものは80%以上の死亡率減少効果が示されており、75歳以上では有意差がないことが示されている(図7)。内視鏡機器や内視鏡医数が韓国よりも日本が極端に少ないことはないため、その原因を解析し、対策することで日本でも高い受診率が得られることが期待される。韓国では職域検診のデータも受診者の同意を得て国の胃がん検診データベースに登録される仕組みがある。似たような仕組みは日本でも特定健診で行われており、胃がん検診においても住民検診に加え、職域検診や任意型検診のデータをデータベースで管理することにより現時点での受診率が明らかになる。また、日本ではピロリ胃炎除菌後など、胃がん検診の対象者も医療として内視鏡検査が行われている実態がある。医療で行っている受診者を検診に誘導することで検診受診率は確実に上がるだろう。そのためにはいくつかの課題がある。一つは自治体の検診予算が十分でないこと、もう一つは医療機関や受診者にとって検診よりも診療で検査を行うメリットが大きいことである。検診は国として行うものであり、広域化と国の予算を確保する法令化を行うこと、検診の手続きを簡略化し、医療機関が保険診療と同等の手間で収益を得られる仕組み作り、受診者にとって診療よりも検診で受けることで不利益が生じない制度にすることが必要である。



	-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80~	All age
胃がん死亡数	2	29	171	569	1552	5676	13151	21165	42319

図4 胃がん粗罹患数、死亡数の年次推移と年代別死亡数

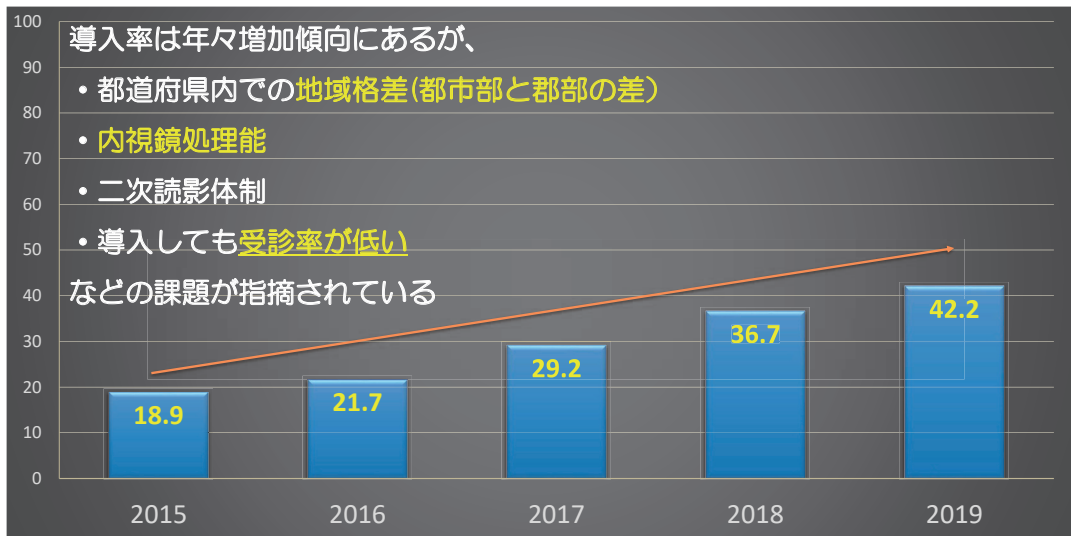
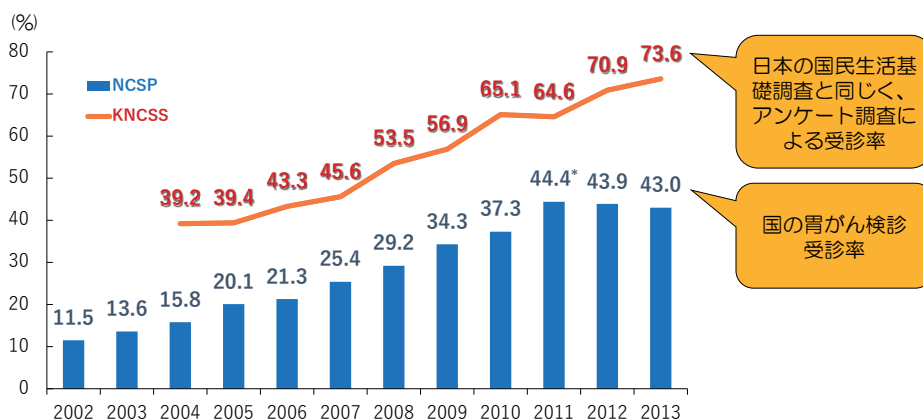


図5 全国の自治体における内視鏡検診導入割合
日本対がん協会、がん検診の指針に関するアンケート 集計報告書抜粋



- 韓国では内視鏡検診が80%以上
- 職域検診は同意取得→住民検診と同じデータベースに。同意しないと2回の検診。職場には検診を受けさせる義務

図6 韓国における胃がん検診受診率

	内視鏡		胃X線	
	OR	95%CI	OR	95%CI
全年齢	0.53	0.51-0.56	0.98	0.95-1.01
40-44	0.67	0.58-0.78	0.90	0.79-1.03
45-49	0.56	0.48-0.65	0.86	0.75-0.97
50-54	0.44	0.38-0.50	0.81	0.74-0.90
55-59	0.45	0.39-0.52	0.88	0.80-0.96
60-64	0.44	0.40-0.49	0.98	0.91-1.04
65-69	0.53	0.47-0.60	0.93	0.87-0.99
70-74	0.63	0.56-0.72	1.06	1.00-1.13
75-79	0.89	0.72-1.10	1.18	1.07-1.30
80-84	0.83	0.57-1.21	1.29	1.12-1.48
85歳以上	2.83	0.97-8.21	1.61	1.05-2.48

観察期間内の内視鏡回数で違い

1回：0.60(0.57-0.63)

2回：0.32(0.28-0.37)

3回以上：0.19(0.14-0.26)

1回：1.02(95% CI, 0.99-1.05)

2回：0.87(95% CI, 0.82-0.93)

3回以上：0.79(95% CI, 0.72-0.87)

図7 韓国における胃がん検診の胃がん死亡率減少効果

①40歳以上、2年毎の胃内視鏡検診。高い受診率。シングルチェック。

全体で50%の死亡率減少効果。2年毎に受けると80%の死亡率減少

②75歳以上では有意差なし。85歳以上はリスクが大きい傾向

③胃X線は全体で有意差なしも、2年毎に受けると20%の死亡率減少

JK Jun, KS Choi, HY Lee et al., Gastroenterology 2017; 152: 1319-1328.

より著者作図

全国で高い受診率の内視鏡検診を実現するための具体的な対策を列記する。

- ①実施主体を市町村から都道府県などへ変更する広域化、クラウドシステムの導入など医療機関の少ない地域でも内視鏡検診が受診できる体制の構築
- ②国の予算化を伴う法令化
- ③住民検診と職域検診をあわせたデータベースの構築による検診受診率の把握
- ④ピロリ胃炎除菌後など保険診療から検診にシフトすることができる現場に即した内視鏡検診の体制の構築により、内視鏡処理能を確保
- ⑤ピロリ菌未感染かつ喫煙、多量飲酒、フラッシュャーなどリスク因子がない低リスク者の検診間隔の延長

また、診療や検診も受けていない方に内視鏡検診を受けて頂くには、診療以上に垣根を低くし、苦痛なく安全、高精度な内視鏡検診が求められる。十分な前処置による経鼻内視鏡の普及、鎮静のオプション化、検査時間の標準化など検討が必要である。

日本消化器内視鏡学会では、日本消化器がん検診学会、人間ドック学会とも連携し、内視鏡検診などスクリーニング検査に特化した認定医制度、消化管内視鏡スクリーニング認定医を2022年度より開始した。日本消化器内視鏡学会に入会し、e-learningを受講することで誰でも認定を受けることが可能である。内視鏡検診の質を担保していくために、内視鏡検査を担当する医師には内視鏡学会の専門医の有無に関わらず認定をとって頂きたい。

リスク層別化による効率的、高精度な内視鏡検査

リスク層別化は内視鏡学会の早期胃がん診断ガイドラインにも取り上げられており、内視鏡検査前の胃がんリスク層別化は可能で、リスクとしてピロリ感染、胃粘膜萎縮、遺伝性疾患。喫煙などがあり、内視鏡検査では未感染所見と萎縮による2項目でリスク層別化が可能としている。リスクのある内視鏡所見としては萎縮、腸上皮化生、鳥肌、皺襞腫大、黄色腫があげられている。

具体的には、内視鏡検査前にはピロリ菌検査歴、除菌歴と結果、フラッシュャーの有無、血液検査による抗体検査や胃がんリスク層別化検査の結果、胃X線検査でカテゴリー2にあたる胃炎の有無などを把握しておくことで、リスクに応じた内視鏡検査が可能である。

内視鏡検査が始まると、速やかに胃炎の京都分類によるピロリ感染状態の判断を行うが、表を暗記するよりも理解すると判断が容易になる(図8)。実際の内視鏡検査では挿入後早期に感染状態を判断している。EGJと体上部大弯にRACを認めた場合、未感染か既感染と判断でき、次いで胃角小弯から体部小弯の見上げ、前庭部の観察で萎縮や腸上皮化生などがあれば既感染、RACがあれば未感染と判断出来る。現感染ではEGJでびまん性発赤(RACが見えない)や鳥肌を認め、体部ではヒダの腫大、蛇行や白濁粘液、びまん性発赤などを認める。胃がんリスクに関わる所見として、高度萎縮、腸上皮化生、鳥肌、皺襞腫大、黄色腫があり、これらの所見を認めた場合は何処かに胃癌があると考え、白色光に加えてNBIなどのIEEを用いた詳細な観察が必要である(図9)。


	<p>現感染</p> <p>粘膜腫脹 白濁粘液 びまん性発赤 (RAC消失、白濁pit)</p>	<p>潰瘍性大腸炎の活動期と同じく、活動性胃炎（好中球浸潤）がある →赤く、浮腫、白濁した粘液、pit白濁、血管（RAC）見えない</p>
	<p>感染既往 (除菌後、自然排菌)</p> <p>地図状発赤(色調逆転象) 感染所見 +現感染所見なし</p>	<p>非活動性胃炎、好中球消えて単球のみ 浮腫、白濁粘液、pit白濁、発赤の消失 活動の跡が残る。萎縮、腸上皮化生、黄色腫、RACは見えない（血管は見えてくるが整列してない）</p>
	<p>未感染</p> <p>RAC (体下部～胃角小弯)</p>	<p>一度も胃炎なし →綺麗な胃粘膜でRACが透けて見える</p>  <p>Pin-hall pit: 未感染</p>

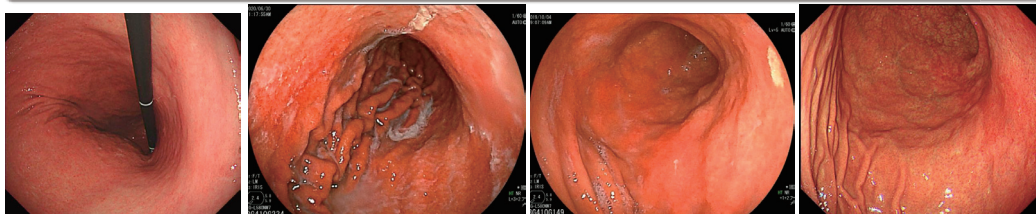
図8 胃炎の京都分類を理解する
胃炎の京都分類の表を暗記するのではなく、理解することで判断が容易になる

***早期胃癌の内視鏡診断ガイドライン 5-1**

萎縮、腸上皮化生、鳥肌、皺襞腫大、胃黄色腫が胃癌のリスクと関連する内視鏡所見である。

萎縮化生粘膜→分化型胃癌

非萎縮粘膜→未分化型胃癌



高度萎縮

皺襞腫大

黄色腫

地図状発赤: 腸上皮化生

これらの所見を認めたら、何処かに胃癌があると丁寧に観察する
インゴ散布、NEI, BL, LOIなどIEEでの観察も重要

図9 胃がんリスクの所見と組織型

リスク層別化による効率的、高精度な内視鏡検査は、以下のように行う。

1. ピロリ菌未感染か否かを胃炎の京都分類で判断。未感染であれば、接合部、噴門部を全周性に近接して観察。ついで胃角から前庭部の腺境界部に白色調のIIbがないかを確認する。いずれも白色光に加えてIEEでも観察する。未感染以外では胃癌リスクに応じて詳細に観察する。また、現感染が疑われる時にはピロリ菌の検査を行い、現感染であれば除菌治療に誘導することも重要である。
2. 中等度以上の萎縮、皺襞腫大、地図状発赤、黄色腫、烏肌などの所見があれば、現感染、既感染に関わらず胃癌ハイリスクであり、白色光だけではなくIEEやインジゴカルミンなどを使用して詳細に観察する。空気量の調節や体部大彎が膨らまない時は体位変換するなど見逃しのない観察を行う。
3. ピロリ未感染であっても、多量飲酒、喫煙、フラッシュャーは咽喉頭がん、食道がんのリスクである。咽喉頭・口腔、食道はそれぞれ約3万人の理解、1万人前後の死亡数で、合わせると胃癌の約半数であり無視出来ない。問診でリスクを確認すること、NBIなどのIEEを用いた観察をする。

おわりに

胃癌死撲滅を目指した一次、二次予防について、その課題と対策を概説した。内視鏡検診が全国で実施される体制を構築し、検診で発見されたピロリ感染胃炎の除菌治療を進め、リスク層別化による高い精度の内視鏡検診を高い受診率で実施されるよう、具体的な対策が望まれる。

文 献

- 1) Ono S, Kato M, Suzuki M, et al. Frequency of Helicobacter pylori-negative gastric cancer and gastric mucosal atrophy in a Japanese endoscopic submucosal dissection series including histological, endoscopic and serological atrophy. *Digestion* 86: 59-65, 2012.
- 2) Matsuo T, Ito M, Takata S, et al. Low prevalence of Helicobacter pylori-negative gastric cancer among Japanese. *Helicobacter* 16: 415-419, 2011.
- 3) Kawai S, Wang C, Lin Y, et al. Lifetime incidence risk for gastric cancer in the Helicobacter pylori-infected and uninfected population in Japan: A Monte Carlo simulation study. *Int J Cancer*. 150: 18-27, 2022.
- 4) Tsuda M, Asaka M, Kato M, et al. Effect on Helicobacter pylori eradication therapy against gastric cancer in Japan. *Helicobacter*. 22: e12415, 2017.

特別寄稿論文

大腸がんの左右差を中心に

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 妹尾 浩

抄 録

大腸がんは本邦で最も多い消化器がんとされています。多段階発がんの過程を取るものが多いことと相俟って、その予防のためには大腸内視鏡の果たす役割は重要です。post-colonoscopy colorectal cancer の一因となる sessile serrated lesion は、変化に乏しい期間が長いものの、いったん dysplastic な部分が生じると、比較的急速に高頻度マイクロサテライト不安定性の大腸がんへ進行していくと考えられています。高齢女性の右側結腸に比較的多く、大腸がんの左右差に一役買っているとされています。今後、発生学的な大腸の左右差、腸内細菌叢の違いなど、色々な視点から大腸がんのバイオロジーが明らかになることで、その予防、治療の進歩を期待したいところです。

キーワード：post-colonoscopy colorectal cancer, sessile serrated lesion (SSL), micro-satellite instability-high (MSI-H)

はじめに

京都消化器医会の先生方には、平素より大変お世話になりまして、有難うございます。2023年7月29日にウェブを中心として、京都府医師会館から標題の内容について発表させていただきました。その中味を纏めた拙文を会報に掲載いただけることに、改めて感謝を申し上げます。消化器の診療に従事する医師にとって、消化器がんは避けて通れない疾病のひとつであり、消化器がんのなかでは大腸がんは本邦で最も罹患者数、死亡者数の多いがんとされています。以下、大腸がんの左右差を中心とした取り留めの無い話題、釈迦に説法をご容赦いただければ幸いです。

本 文

国立がん研究センターの予測によると、2022年の本邦の大腸がん罹患者数はおよそ158,200人、死亡者数はおよそ54,000人とされています¹⁾。人口構成の高齢化、生活習慣の欧米化など、本邦に生じている様々な変化が大腸がんの絶対数の増加に大きく影響していることは間違いなさそうです。大腸がんの予防に向けた取り組みも一層クローズアップされてきますが、そのためには大腸がん特有の発育進展形式を考慮に入れた戦略が必要で、大腸がんは生活習慣の改善などによる一次予防が、やや難しいがんのひとつです。しか

し大腸がんは、*APC*、*KRAS*、*SMAD4*、*TP53* といった代表的ながん関連遺伝子の変異が蓄積して、良性の腺腫(ポリープ)からある程度段階的にがんに進展していく「多段階発がん」の発育過程を取るものが多いことも知られています。つまり、良性の腺腫の段階で内視鏡的にポリペクトミーを積み重ねることによって、大腸がんの罹患率、死亡率が大きく減少することが、欧米でも本邦でもコンセンサスを得ているところです。本邦の治療ガイドラインでも、例えばポリペクトミーの結果 advanced neoplasia 以外の腺腫が2個以内であった場合、3～5年後にはサーベイランス大腸内視鏡を推奨するなど、大腸がんの予防に向けて、エビデンスに基づいた対応が細やかに記載されています²⁾。

その一方、多くの研究や調査により、サーベイランス大腸内視鏡のインターバルに大腸がんの罹患、死亡が生じていることも明らかになり、post-colonoscopy colorectal cancer として問題になっています。いわゆる「見落とし」による場合も勿論含まれてはいますが、側方発育型大腸腫瘍 (laterally-spreading tumor; LST) などの見つけにくい病変や sessile serrated lesion (SSL) なども、原因になっていると考えられています。

例えば SSL は、かなり以前は過形成性ポリープと一緒にされてきましたが、21世紀に入ってから異なる病変として整理、分類されるようになってきました。病理学的には、腺管を構成する陰窩の拡張、不規則分枝、陰窩底部の水平方向への変形(逆T字、L字型陰窩)などを特徴とします。その多くが右半結腸(盲腸、上行結腸、横

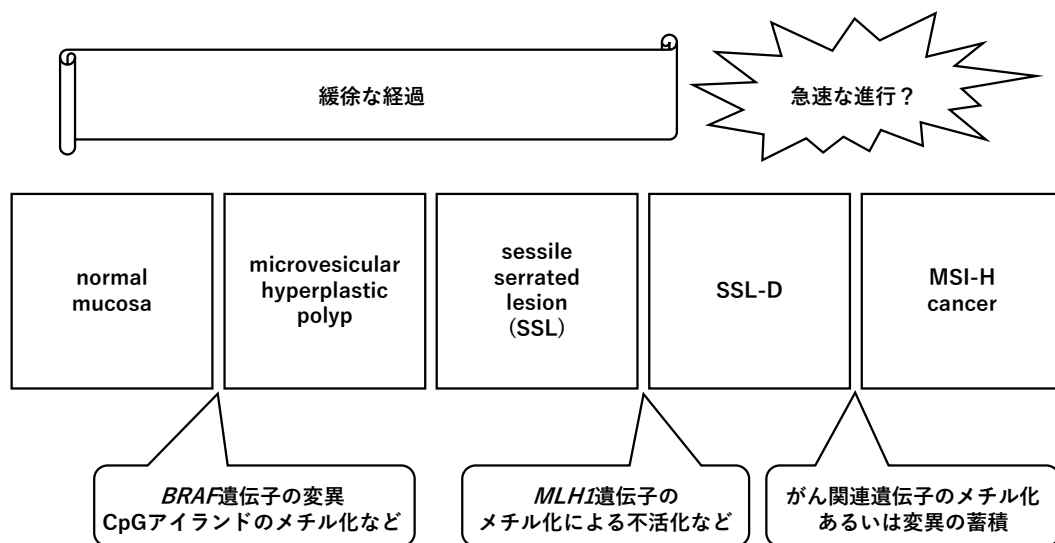
行結腸)に発生し、比較的扁平な病変であることも多く、色調が周辺粘膜と同色調で表面に粘液が付着していることが多いために、見落とししやすい病変とされています。遺伝子異常も特徴的で、その多くに *BRAF* 遺伝子の変異が認められます。さらに様々な遺伝子にメチル化が生じやすいことが知られており、ミスマッチ修復遺伝子 *MLH1* のプロモーター領域にメチル化が生じるなどの機序により、SSLの一部に dysplastic な部分が出現します (sessile serrated lesion with dysplasia; SSL-D)。一般に、SSL の状態では変化に乏しい期間が長いものの、SSL-D の dysplastic な部分から比較的急速にがんへ進行していく、それも多くが高頻度マイクロサテライト不安定性 (microsatellite instability-high; MSI-H) のがんへ進行していくと考えられています(図)。あくまでも多い少ないという話ではありますが、こうした“serrated pathway” から生じる大腸がんには、右側結腸に多い、高齢女性に多い、MSI-H の例が多い、といった特徴があります。

これらの特徴を進行がんの方から見てみます。進行がんをゲノムに生じる変化によって分類する試みがしばしば行われていますが、大腸がんについては consensus molecular subtypes (CMS) 分類がよく用いられてきました³⁾。4つに分類されるサブタイプのうち CMS1 サブタイプは、高齢女性の右側結腸に多い、*BRAF* 遺伝子の変異、MSI-H 症例が多い、免疫応答が活性化しているなどの特徴をもち、「serrated pathway」から生じる大腸がんと共通のキャラクターを持っています。また上述

の post-colonoscopy colorectal cancer の 2/3 程度が右側結腸に発生し、一般的な大腸がんの分布と対照的であること、そして post-colonoscopy colorectal cancer に MSI-H がんの割合が有意に多いという報告も見受けられます⁴⁾。このように、臨床的な蓄積からも分子生物学的な解析からも、大腸がんの左右差が存在することが判ります。

こういった理屈もさることながら、大腸がんの左右差は、切除不能進行例に対する一次治療の方針決定プロセスにも登場します。例えば本邦の治療ガイドラインでは、化学療法の適応があり、MSI-H が否定され、*RAS/BRAF* 遺伝子が野生型であった

場合は、原発腫瘍の占拠部位が左半結腸か右半結腸かで推奨される分子標的薬に違いがあります²⁾。この状況は欧米でも基本的に変わらず、実臨床の治療法決定の過程で、大腸がんの左右差は重要な役割を占めています。大腸がんの左右差をもたらしている要因には、まだ判っていないものが多く残されているはずですが。たとえば、発生の過程では大腸は中腸由来と後腸由来に分けられること、腸内細菌叢の差異、糞便の形状や暴露時間の違いなど、色々な視点から検討が進められています。今後、そういったメカニズムが徐々に明らかにされ、「右か左か」で2パターンに分けられている分子標的薬の推奨なども変わっていくのかも知れません。



sessile serrated lesion (SSL) を経由して microsatellite instability-high (MSI-H) 大腸がんに至る “serrated pathway” の例

おわりに

大腸がんの罹患率、死亡率を今後低下させていくためには、医療従事者が果たす二次予防の努力は欠かせないはずです。日々の内視鏡検査やポリペクトミーを地道に積み重ねていくことの重要性を改めて認識し、京都消化器医会の先生方に引き続きのご指導とご厚情をお願いして、拙文を閉じさせていただきます。

文 献

- 1) 国立がん研究センター：がん情報サービス がん統計予測：
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html
- 2) 大腸癌研究会：大腸癌治療ガイドライン 医師用 2022年版：
https://www.jscrr.jp/guideline/2022/index_guide.html
- 3) Guinney J, Dienstmann R, Wang X, et al. The consensus molecular subtypes of colorectal cancer. *Nat Med.* 21(11): 1350-6, 2015. doi: 10. 1038/nm. 3967.
- 4) Bogie RMM, le Clercq CMC, Voorham QJM, et al. Molecular pathways in post-colonoscopy versus detected colorectal cancers: results from a nested case-control study. *Br J Cancer.* 126(6): 865-873, 2022. doi: 10. 1038/s41416-021-01619-z.

会報 40 号特別企画

座談会 「この 10 年を振り返って」

出席者：大塚弘友 先生、古家敬三 先生、粉川隆文 先生、今井昭人 先生、落合 淳先生
小畑寛純 先生、葛西恭一 先生、勝島慎二 先生、菊岡範一 先生、黒田雅昭先生
竹村俊樹 先生、十倉佳史 先生、藤田祝子 先生、朴 義男 先生、前川高天先生
余みんてつ 先生、吉田憲正 先生（発言順）

司 会：沖 映希

会報 40 号の特別企画として座談会を開催しました。令和 6 年 1 月 11 日に理事の先生方に Web 上でお集まり頂き、「この 10 年を振り返って」というテーマでコメントを頂きました。会長経験のある 3 名の先生（大塚先生、古家先生、粉川先生）、続いてお名前の 50 音順に理事の先生方からご自由にお話頂きました。

（司会）本日はお忙しいところを会報 40 号特別企画の座談会にお集まり頂きましてありがとうございます。「この 10 年を振り返って」。まず現会長の大塚先生からコメントをお願いします。

（大塚）「この 10 年」というのは、粉川先生が会長をされた 6 年間、古家先生が会長をされた 2 年間、そして私が会長の 2 年間という 10 年間でした。私は 10 年以上前から会報編集に携わってきましたので、会報への思い入れを個人的にも強く持っています。会報の長い歴史の中では、医中誌に取り上げられ、竹村先生のご尽力をいただいて英文の名前をつけてと、大きな節目に出会った時期で、嬉しく楽しい 10 年間だったなと思いつながりながら会報の目次を見ていました。会報編集の仕事の中では、特別寄稿論文の原稿のやり取りで、多くの大学病院や基幹病院の先生方とメール

でやり取りをして原稿をいただいたり、色々な話をさせて頂いたりしたのですが、そういうことができるということ自体が非常に勉強にもなりました。医会活動を通じてでなければ自分個人では絶対に経験できないことですので、とても良かったと思っています。昔には原稿はすべて郵送での受け渡しの時代がありました。締切りに間に合わなかったりしたら本当に大変で、京都市内の先生のところには原稿を受け取りに行ったり、校正原稿がまだ郵送で戻ってこないで大学病院に催促の電話をかけたり、印刷会社の担当者とは何回も打ち合わせをしたりとか、そんなことをしていたのを思い出しながら非常に懐かしく 10 年を振り返りました。そして会報が立派なものになったのも、多くの会員の皆様にご理解とご協力をいただいているおかげであると実感して

おります。この場を借りて会員の皆様に改めて感謝を申し上げます。

(司会) 医会活動を通じて自分自身が成長していくことができた、ということですね。大塚先生を見習ってやっていきたいと思います。ありがとうございます。続きまして古家先生、平成31年から令和元年にかけて、コロナが始まった混乱期で会長を務められました。古家先生、コメントをお願いします。

(古家) 私は2年間会長をしましたが、その前に副会長を結構長いことさせていただきました。その間、消化器領域では2013年にヘリコバクターピロリ胃炎に対して除菌治療が保険適用されたことは非常には大きな出来事だったかなと思います。これによって専門医、非専門医に関わらず、適切な留意事項に則って保険で除菌が行われるようになりました。ところが除菌治療後のフォローアップが漏れることによって、不幸にも胃がんを見落とすというようなことも起こるということで、当初はやはりその辺りをきっちり会員の皆さんに、保険請求上の留意事項とフォローアップの重要性について啓発するということができるだけ力を注いできたつもりです。それが京都府医師会との連携にも繋がって、私はその後京都府医師会の理事も6年間やらせていただきました。主に消化器がん検診委員会で、いろんな先生方との情報交換をしました。その間に内視鏡検査が対策型胃がん検診の正式な検査方法になり、胃がんリスク層別化検査も京都市で実現することができました。京都市の胃がん

検診のあり方について、京都消化器医会がリーダーシップをとって、いろんな政策に反映することができたかなというふうに思っています。それからもう一つ大きな出来事としてはコロナ禍ですね。私が会長の在任期間中に起こってしまい、一旦全ての医会活動を停止せざるを得ないという状況になりました。これも皆さんのご協力のもと、いち早くWebを使った形で医会の事業を早期に再開することができました。本当にこの10年間振り返ってみますと、京都消化器医会のメンバーの非常な熱意と医会活動に対する思い入れの強さを実感しました。本当に皆さんのおかげだと思っており、感謝の念に堪えません。以上です。

(司会) 古家先生が中心になって実施された、伏見医師会での胃がんのリスク検診ではピロリ菌感染者をその後、継続的に経過観察していくと胃がんがポロポロ出てきましたね。現在の京都市胃がん検診においてもピロリ菌感染を診断したあとはほったらかしにするのではなく、きちんとフォローアップすべきだと古家先生も思っておられるのではないのでしょうか。

(古家) これはかかりつけ医として、行政任せにするのではなくて、やはり診断した先生が患者さんとの信頼関係を築いて頂いてフォローアップするということになってくるんだと思います。日常の診療の中で保険を使ってフォローするというのが本来かなというふうに思いますが、幸い京都市から京都府下に胃がん内視鏡検診が広がりを見

せてきていますので、そういう行政の対策型で、医療機関がフォローできなかった部分を埋めることができれば、もっと胃がんの見逃しが減るんじゃないかと思っています。ピロリ菌の除菌と感染率の低下で胃がんの罹患率・罹患患者数は減っており、死亡者数も年々減少に転じています。さらに胃がんの減少を加速させてゆく、そのあたりは、我々1人1人の消化器専門医がやるべき使命じゃないかなというふうに思います。

(司会) ありがとうございます。続きまして粉川先生。平成25年から会長を6年間勤められた先生です。コメントをよろしくお願いします。

(粉川) まず医会活動ではコロナ禍のためオンラインの活動が強制的になってしまったのが一番大きかったんじゃないかと思います。診断の方ではやはり消化管の造影レントゲン診断が完全に衰退して、消化器医でレントゲンを撮る人、読影できる人がこれからますます少なくなっていくんだろうなという感じです。次に最近10年間の診療に関して個人的な事ですが、例えば内視鏡検査で小さな胃がんを見つけて自分で内視鏡治療すると外科手術にならない治療っていうのは患者さんからすると、命の恩人みたいに思われて、信頼してずっと外来通院してくれます。この10年間は、内視鏡治療後の長期観察例で高齢者の中から第2第3のがんが出てくるんですね。それが自分の守備範囲の消化器系なら早い段階で何とか自分で見つけるんですけど、他臓器

のがんもどんどん増えてきて、消化器専門でやっていると発見がワントempo遅れるっていうのかな、例えば自分が胃がん見つけてずっと来てる人が年に1回胸の写真撮って見つけた肺癌が1年前の小さな変化を指摘できていなかった。そういう第2第3のがんが、さあこれから自分でどのようにしてチェックしていったらいいのか。自分のところに信頼してきてる患者さんで、例えば肺癌リスクの高い人には年1回は胸のCT撮ってあげた方がいいのかななど、検査法の選択で個人的に悩んでるのが僕の現状です。以上です。

(司会) ありがとうございます。がんは高齢者の病気ですが他臓器のがんも併発しやすいということですよ。全身を診ていけないといけないというのは非常に示唆に富んだコメントだと思います。続きまして今井先生。今井先生は会報編集、総合画像の企画、消化器何でも相談室の企画と運営で非常にご活躍であります。また会報への投稿を何度もしていただいて本当にありがとうございます。コメントをよろしくお願いします。

(今井) 医会を通じて基金の審査委員もさせて頂きまして、私自身にとって非常に勉強になっています。大塚会長から「消化器何でも相談室」を立ち上げなさいというご指示がありまして、IEE(画像強調内視鏡)の活用法や胃がん内視鏡検診画像の撮影法についてまとめている最中です。総合画像診断症例検討会でも発表させて頂いたりして非常に感謝しております。

(司会) 今井先生は「京都市胃がん内視鏡検診－基準静止画像 55－」の富士フィルム版を作成して頂きました。非常に綺麗な写真、本当にありがとうございます。胃内視鏡検診従事者のお手本になろうかと思っております。今後ともよろしくお願ひします。続きまして落合先生、平成 27 年から理事で活躍していただいております。総合画像の企画、講演会の司会で、非常にお世話になっております。講演内容の総括・まとめが非常にわかりやすく、座長をされた講演会には非常に爽やかな印象が残ります。コメントをよろしくお願ひします。

(落合) 私の消化器医会との関わりのきっかけは、1 本の電話からでした。勤務医でありました頃、仕事場の病院に電話がかかってまいりました。電話交換台の方に「誰先生から電話？」って聞いたら、「福本先生からお電話です」。僕、何かやらしたかなと思ひながら恐る恐る電話に出ますと、「京都消化器医会っていうのがあるんやけど落合先生、入会してくれ」って仰って、用件はそれだけだったんですけど、研究室の大先輩からの電話でしたので、ついつい反射的に「はい、わかりました！」と答えて電話を切ったのがつい昨日のことのように思ひ出されます。数日後に早速入会手続きの書類と会費の振り込み用紙が送られてきまして、こういうのは早くお返事した方がいいんだろうなと思ひながらその日のうちに入金も済ませました。医局の制度が昨今かなり希薄になってきておりますので、1

本釣り系の勧誘というのはなかなか難しくなっていると思うんですね。消化器医会にとって新しい若い先生の力が必ず必要になってくると思いますので、何かそういった勧誘のシステムというか、アイデアっていうか、そういったものを今後考えていかなければならないなと思ひます。私も今年還暦を迎えますが、理事の先生方もかなり皆さん高齢になってきておられます。組織は若返りも必要だと私は思ひますので執行部の先生方、アイデアをよろしくお願ひいたします。

(司会) ありがとうございます。続きまして小畑先生、府医の学術・生涯教育委員会、国保の審査員で活躍されています、中心的な働きをされている京滋 IBD コンセンサスミーティングがちょうど 10 年ですね。

(小畑) 消化器科医会の理事を拝命したのは粉川先生からのお誘いでした。下部消化管をやっている人があまりいないのでお願ひしますということだったので、お引き受けしたのですがそのときに、京滋 IBD コンセンサスミーティングの構想をお話したらぜひやろうということで、今現在に至っているわけです。また生涯教育委員を拝命していますが、委員会に参加しますと、府医の学術講演会はスポンサーがつかないという理由でなかなか開けなくなっているんですね。内科医会なんかでもそうです。消化器医会はそういうことがなくて、まだ余裕がある。考えますとこの 5 年間で IBD の領域はもう、どんな薬を使っていいのかわからないぐらい

たくさん新薬が出てきていますが、ここ10年を振り返ると、糖尿病だとか生活習慣病の薬が花ざかりの時代があってそちらの方ばかりの講演会が目立っていて、消化器領域の講演会は目立たなかったのですけども、様変わりした感を実感しています。京滋IBDコンセンサスミーティングでは、開業医の先生たちに広くIBDの患者さんを診てもらおうということがそもそもの発想のスタートですけども、当初は良かったのですがそれを実行して頂ける先生がなかなか増えないというのが悩みの種です。これからその辺のところをちょっと考えていかなければいかなと思っています。

(司会) ありがとうございます。確かに講演会にスポンサーがつくかどうかは、新薬が直近で出たかどうかでだいぶ変わってくるようですね。今のところは大塚先生のご尽力もあって何とか講演会が開けていけますが、将来的に本当に困るときが来るかもしれません。由々しき問題だと思っています。ありがとうございます。続きまして葛西先生。西陣病院の院長をされていてお忙しい中、会報論文の査読、会報への投稿、総合画像の読影、本当にいろいろ無理なお願いを聞いて頂いております。先生コメントをよろしくお願いします。

(葛西) 若い頃、伊谷先生が理事されていた頃には症例提示をさせて頂いて非常に勉強させて頂いたことが思い出されます。平成29年に私が理事にならせて頂いてからはいろいろな講演会の座長をさせて頂いたり、論文の査読をさせ

て頂き、本当にいろいろと勉強になる仕事をさせてもらっていると思います。病院にいる者としては、もっと貢献しないといけないなと思っていながらも、ちょっとコロナもいろいろ落ち着いてきたのでと思ってるとなかなか今度はコロナが終わると、終わったら終わったで、なかなか医療機関も厳しいものがある大変なんですけども、せっかくのこういう集まりなので、引き続き貢献していきたいと思っておりますので、よろしくお祈りします。

(司会) 先生のお人柄にいつも甘えてしまって無理なことばかりお願いして申し訳ありません。今後ともよろしくお祈りします。続きまして勝島先生です。医仁会武田総合病院消化器内科顧問でお忙しい中、いつもありがとうございます。肝臓のみならず消化器全般の領域で幅広く深い知識をお持ちの先生で、会報論文の査読ではいつもきめの細かい作業を迅速にこなして頂き、感謝しております。コメントをお願い致します。

(勝島) 中島(第8代)会長からお誘いを受けて、20年近く前に理事にならせて頂いたと思うんですが10年の振り返りとなりますと、10年前は実はC型肝炎の治療はまだインターフェロンベースの治療だったんですね。そういう時代では肝疾患は肝臓専門医が治療する時代だったと思うんですけど、その後副作用が非常に少ない飲み薬が出て、C型肝炎はほとんどの患者さんが治るようになった。2014年の9月から飲み薬が始まったんですけど2015年16年

にはもう治療が完成してしまい今日に至っています。C型肝炎が忘れられた病気になってしまいつつあるなという心配をしております。NASHは概念が提唱されて40年経つんですが、NASHからMAFLDさらには去年ぐらいからMASLD、MASHという概念に変わってきています。糖尿病・代謝異常と関連した脂肪肝という概念になってきましたので、割と均一な集団に集約されるようになってきて、ガイドラインで治療がうたわれる時代になってくるんじゃないかと思えます。肥満症関連の治療薬がMASLD、MASHの患者さんに使われるようになってくると思えますし、様々な代謝異常と関連した肝疾患という概念になってきますので、肝臓専門医が診るというより消化器内科医、あるいは糖尿病、循環器、腎疾患そういういろんな部門の内科の先生に脂肪肝を診て頂かないといけない時代になってくる。そうなる消化器医会から幅広く府の医師会の内科の先生方に情報発信していけるような方向性ができたらいいなと思えます。

(司会) 脂肪肝でもトランスアミラーゼの上昇もないからいいやとか言うてたんですけれどもNASHから名前が変わっていくたびに、どんどん話が大きくなって行って、私にはついていけなくなってきました。C型肝炎の内服治療については39号で勝島先生に原稿を書いていたのでまた後で読み直してみようかと思っております。ありがとうございます。続きまして菊岡先生ですね。菊岡先生は令和2年から理事

をお願いしております。総合画像の企画司会で活躍して頂いている外科系の先生であります。先生コメントをよろしく申し上げます。

(菊岡) こんにちは菊岡です。私も今年還暦を迎えまして、皆様と同じような年齢になってきました。3年前でしたかね。古家先生からお電話をいただきまして、このときはおそらく大辻教授と粉川先生の差し金というか一本釣りで西陣病院関係で釣られた私なんですが、約束からすると、大辻教授が退任されたらお前も辞めさせたるわということだったのですが、その約束は果たして守られるのでしょうか？会長、よろしく申し上げます。私も開業して20年になり内視鏡を捨ててもう20年経つわけで、内視鏡でこんなところまで見えるんだとかここまで可能性を考えて治療するんだっていうようなことが非常に驚きで新鮮な印象を受けています。先ほど粉川先生が早期のもんやったら食道・胃・大腸全部治せるよっていうふうにおっしゃったんですけども、逆に言うと私は元外科医として手術でしか治せない病気があり、ほとんどの手術が腹腔鏡で行われるようになりましたが実際この手技が何をどんなふうにしてやっているのか、何を目的にしてこういう手技をやっているのかっていうことを説明できたらなとそういう立場でしかご協力はできないと思うんですけども、この会にお招きいただいたのを機に日々研修医に立ち戻った感覚で勉強させていただいてる次第であります。

(司会) ありがとうございます。先生が理

事でいて頂いていることがすごくありがたく、会員の先生方からも非常に人気の高い先生であります。末永く理事を続けて頂けるようお願いしたいと思います。今後ともよろしくお願ひします。続きまして黒田先生。令和4年から理事をお願いしております。府医のがん登録事業委員会、定例学術講演会の司会で活躍して頂いております。講演の要点をまとめるのがとても上手ですね。わかりやすく綺麗な質問をされる先生であります。黒田先生、コメントをよろしくお願ひします。

(黒田) 黒田です。実は同じような形で1本釣りされた人間の1人です。10年前って言いますと京都府最南端の木津川市に住んでおるんですけども、京都山城総合医療センターにずっと勤めさせていただいて、7年前に開院させてもらいました。開院当初はできるだけ京都から離れて離れて静かに静かに生きていきたいと思っておりましたが、コロナ禍でWeb会議が充実したことが利点になりました。勉強会や会議で京都市まで行くのがいやだったんですが、Web会議になってから勉強させていただく機会が増えたのが事実なんです。診療が終わってから消化器科だけではなく、いろんな分野の学術情報をWeb会議で見れるようになりまして、本当に勤務医をさせてもらったときよりも今の方がよく勉強になってるなっていうのがあります。こういう機会をいただき、末席に加えていただいたこと本当に感謝しております。僕は医会に対してこれから微力ながらで

きることをさせていただきたいなと思いますので、よろしくお願ひいたします。

(司会) ありがとうございます。Web会議になって良かった面も多分にあるかと思われま。黒田先生、ますます今後ともご活躍をしていただくようによろしくお願ひします。続きまして竹村先生、会報の編集長としても活躍されています。先生、コメントをよろしくお願ひします。

(竹村) 私が消化器医会に入会した時は、やはり勤務医でした。府南部にある学研都市病院で細々と消化器内科をやっておりました。黒田先生と同様、京都市内で開催される理事会に出て行くということはなかなか大変で、土曜午後も勤務でしたので総合画像勉強会や定例学術講演会にも行く時は有給休暇をとって出席するというような状況で、Web開催になったことは大変便利でした。最近ではリアルな勉強会も増えてきましたので、両者のいいところ取りをしていきたいと思っています。会報の中で歴代会長の巻頭の辞をずっと見させてもらいましたが、どの時代の会長も学術的な企画に注力されるのは勿論ですが、どうやって医会の資金を減らさないようにしていくか非常に気を揉んでおられることを改めて感じました。最近では、会員の減少問題に対して危機感を持っておられて、特に大塚会長になってからは色々なルートで勧誘を行っておられます。放っておくと自然減になっていく会員数をどう保つか、若い先生の参加をどう取り付けるか、

これらが今後の課題だと思っています。この10年の中で私が一番嬉しかったのは、福本先生がERCP所見による膵癌の診断で崎田賞を受賞されたことです。さらに福本先生は開業されてからもヘリコバクター・ピロリの膨大な自験例を解析し、血清抗体価の基準値を塗り替えるぐらいの大きな仕事をされています。私が消化器内科に入った時から、内視鏡の挿入法やERCPの手技など全て福本先生からの直伝です。私にとって本当の恩師ですので大変嬉しく思っています。私もかなりの年齢になってきましたが、もうちょっと皆さんの力を借りながら頑張らせていただきたいと思っています。

(司会) ありがとうございます。歴代会長の先生方は僕らからはちょっと考えられないぐらい気苦労が多いんだろうと思います。福本先生のピロリ菌の血清抗体価についての研究は、開業医でもあそこまで研究をしていけるんやという、僕らにとってものすごく勇気づけられるお話であります。続きまして十倉先生ですね。十倉先生は平成31年から理事をお願いしております亀岡地区の地区代表もして頂いております。総合画像では企画・司会・読影で、獅子奮迅の活躍をしていただいております。先生コメントよろしくお願ひします。

(十倉) 十倉です。私は2008年に愛知医大を非常勤になり京都に戻ってきてまして、父から京都に帰ってきて消化器をするならば絶対に消化器医会に入らなあかんぞと言われまして、一番最初に消化

器医会の講演会に父親に連れられて行ったのを今でも覚えています。当日は粉川先生が胃角付近にできた早期がんの内視鏡治療について、講演をされていたのを今でも鮮明に覚えております。以降ですね本当に皆さんのレベルの高さに感服いたしまして、猛省しながら今も勉強してるところですが、理事の各先生にお世話なり本当に感謝しております。また大学時代にはあまり興味のなかった保険診療ですね。減点されてもしかあないか、ぐらいだったのが開業してみるとやはりそうはいかないですね。審査会だよりも大変勉強になり、日々感謝しております。今私が今後のことで課題としているのは令和7年、来年あたりに亀岡市の胃がん検診が始まると思いますので、どのようにしていくのかまた、内容をやはり充実させたものにしていかないといけませんので、皆様のお知恵をお借りして勉強させていただければというふうに思っております。今後ともよろしくお願ひいたします。

(司会) 技術も知識も確かな先生ですが、いつも謙虚でおられるので本当に感銘を受けております。続きまして藤田祝子先生ですね、平成26年から理事をして頂きまして、現在は庶務を担当されています。細やかな心遣いにもいつも助けていただいております。先生コメントをよろしくお願ひします。

(藤田) 皆様の協力のおかげで理事会の司会が進めやすく助かっています。私はWebの講演会が増えて内視鏡画像がすごく見えやすくなったので、会場で

はスライドを遠くで見るとよくわからないけれども、ウェブなら家で画面を見ながらちょっと本を出してきて見比べたりとかもできるので、コロナ禍でこんな風が変わったことは歓迎であります。あとはもうちょっと若い女性の理事が増えたらいいな、なんていうふうに思っておりますが、そのような方がおられたらぜひ推薦していただけたらなと思います。本当に勉強になっております。従事者研修会とか何度か見直したりしております。今後ともよろしく願いいたします。

(司会) はい、先生がご司会をされるおかげで理事会の進行もうまくいくんだといつも感謝しております。続きまして朴先生ですね。朴先生は平成31年から理事に入らせていただいております画像の運営では中心的な役割をされていて京都市の胃がん内視鏡検診従事者研修会の企画運営と大活躍をされています。先生、コメントをよろしく願いします。

(朴) 僕はもう超個人的な話なんですけども、消化器医会の思い出はですね、総合画像に出るのが嫌で(笑)、たまに出席すると必ずあてていただくような形になって、必死で読もうとして前の方に行くと、影で見えないから引っ込めとかいうようなご指摘も頂いて…いろいろあって総合画像がほんまに嫌で嫌で…ということやったんですけども、まさか私が理事になってそれのお手伝いをするようなことは夢にも思わなくて、非常に驚いているところです。あともう一つはコロナ禍で総合画像を

Webでやろうということで、パイロット的に大塚先生を中心にいろいろ作業をしたのを非常に思い出深く思い出される場所です。あとは、そうですね、総合画像は今ほとんど固定されたメンバーで読影していますが、若い先生にぜひとも新しい目線でですね、読影して頂くっていうのも面白いんじゃないかなと思っております。

(司会) 朴先生に総合画像の運営の中心になっていただいたおかげで、本当にスムーズに進行できていて、非常にありがたく思っております。今後ともよろしく願いします。続きまして前川先生ですね。前川先生は京都市胃がん内視鏡検診の生みの親です。今後も内視鏡検診にはなくてはならない方だと思っております。先生コメントをよろしく願いします。

(前川) 10年前といいますと、2014年ですからちょうど私が京都医療センター健診センターを退官した年になります。その1年後に当時会長の粉川隆文先生から“府医消化器がん検診委員会の委員にならないか”とのお話がありまして、先生のお力添えもあり委員長を拝命したのが2015年の8月のことでした。そのわずか1ヶ月後の9月頃に、厚労省のがん検診のあり方に関する検討会の中間報告で、対策型胃がん検診に内視鏡検査が認められました。翌年2016年2月12日の第4回消化器がん検診委員会のときに、システムの構築を目指して京都市胃がん内視鏡検診の準備検討小委員会の開催が決定されました。そのわずか3日後の2月15日に

日本消化器がん検診学会から対策型の胃がん内視鏡検診マニュアル2015年版が発刊されることとなります。私は以前から健診センターにおりましたので、内視鏡検診には少々こだわりを持っていました。最初から2番煎じではない全国に誇れるシステムを作りたいと考えていました。定年後で時間はありましたので、秋頃に向け理想的と考えられるシステムを私なりに考えました。基本理念から事業の概要、施設ならびに施行医の認定基準、実施方法、問診票、検診票、精密検査のお知らせ、精査依頼票など多岐にわたる“胃がん内視鏡検診の手引き”の叩き台を作成し、第4回の準備検討小委員会に何とか間に合わせました。

システムの基本構想の中で特に私が実現したいと考えていたことが3つありました。1番目は対外的にも恥ずかしくない確かな認定基準を作ること、2番目は地域の枠を超えた二次読影が可能なオンラインシステムを導入すること、3番目は内視鏡診断にピロリ菌感染状況と萎縮度の判定を入れることでした。その後検討を重ねて2017年6月から施設内二次読影方式で、2018年の11月からクラウド型のオンラインシステムを採用した一般二次読影方式での検診が始まりました。府医担当理事、副委員長、各委員の先生方そして関係者の皆様方のご協力で、ほぼ思惑通りのシステムが立ち上がって非常に感謝しています。胃がん内視鏡検診は京都府下全域への広域化も進んでおりますが、基本的に京都市のシステムを採用

して頂きまして非常に嬉しく思っています。京都システムの最大のメリットは、好きな時間に好きな場所で二次読影が可能になったことです。連続性・網羅性のある十分な枚数の静止画像を撮影することによって、二次読影をより有意義に且つより容易に行うことが可能になりました。

しかし現実を見てみますと、画像が十分に撮影されていないために二次読影がしにくいという問題が起きました。そこで卓上版の基準静止画像のご要望があり、京都医療センター健診センターにおいて撮影しておりました経鼻内視鏡画像を若干スケールダウンして「基準静止画像55(卓上版)」を作りました。既存のマニュアルに比べより適切な画像、より詳しい内容となっていると思っています。その第二版が2022年の11月に京都府医師会のHPにアップロードされていますのでご参照頂けたら幸いです。2番目の問題は二次読影医に単独で二次読影していただいておりますので、読影基準の均てん化が難しいということです。これに対しては既に「二次読影医懇談会」を開催していますので、“読影基準の均てん化”や“スキルアップのための意識改革”を進めなければならないと考えていますので、今後もし是非定期的に開催をしていただきたいと思っています。3番目の問題は二次読影困難例の対応に二次読影医が非常に苦慮されることがあります。これに対しては相談窓口としての「三次読影システム」を作らなければいけないのかなと思っ

ていますが、今後検討していただけたら幸いかなと思っています。

内視鏡操作技術が十分にあって、ことスクリーニング内視鏡となると十分な静止画像を撮って頂けないということが多々と思います。内視鏡施行医も二次読影医も理想的なスクリーニング内視鏡とはどのようなものであるのかということを理解していただきまして、日々それを実行する努力をすることによって、徐々に解決されていくことを期待しています。二次読影で再検査を求める場合にコメントを記載することができます。もちろん撮影画像が不十分で読影できないという場合には、それなりのコメントが必要ですが、再検査まで必要のない症例におきましても是非“理想的なスクリーニング EGD という目標”を念頭においたコメントを記載して頂きたいと思っています。二次読影医や専門医でも間違えることがありますので、実施医と二次読影医が、お互いの意見に耳を傾けて話し合うことがスキルアップのために有意義であると思っています。“お互いに学ぶ場”を多中心的に広げていこうではありませんか。対策型胃がん内視鏡検診が胃がん死亡者数の減少という本来の目的の他に、スクリーニング EGD の効率的なスキルアップにつながれば嬉しいと思っています。ミレニアムの年 2000 年の 7 月に故沖啓一先生が 2 次検診医療機関の質に問題があるのではないかと考えられまして、精度向上のための認定基準を提唱され医報に書かれておられますけれども、草葉の陰から“少

しは御満足頂ければありがたい”と思っている今日この頃です。

(司会) 前川先生ありがとうございます。今後とも胃がん内視鏡検診の中心で、より良い検診システムの構築にご指導ご鞭撻を賜りたいと思います。引き続きよろしく願います。続きまして余先生です。府医の医療安全対策委員会、府医事故調査委員会に参加して頂き、定例学術講演会でも司会でご活躍をいただいております。先生が司会される講演会はとても爽やかな印象で気持ちがいいです。余先生、コメントをよろしく願います。

(余) 父の後を継いだのが 12 年前で、毎年お正月に干支の置物を買い揃えるんですけど、最初買ったのが辰で、ちょうど今年一回りしたなと思っておりました。10 年前はおそらく僕まだ消化器医会の理事にはなっていないかと思っています。粉川先生にお声がけ頂いてこの会に入れて頂いたんですけども、10 年前はまだ兵庫県の方で、週に 2 回ほど手術をしてまして木曜日がちょうど手術日にかかってましたので理事会にもなかなか参加できなくてってところで、コロナになって Web になったおかげと言いますか、あちらで当直室にパソコンを持ち込んで Web で参加させて頂いた思い出があります。この 10 年で言いますと手術の内視鏡も医療機器の発展が目覚ましく、ロボット手術が主流になってどんどんどんどん拡大していってますし僕なんかロボットのコンソールに、学会の会場でちょっと入らせてもらって遊んだ程度ですが映

像を見るたびに「ほう」と思ってびっくりしてるんですけども、本当に画像が綺麗になったりとかですね、ESTのあれが拡大してこんなとこまで取れるんやっていうのをずっとびっくりしながら見てたりするんですけども、本当にそういう医療機器の発展が目覚ましい10年だったかなと思います。医会の仕事としては医療安全委員会、これもなかなか参加ができたりできなかったりなんですけども基金の審査員もさせて頂いて、元々内科領域のそういう保険診療をあんまり自分がしてなかったので、自分の勉強にもなって本当に役立ってると思います。これからもなかなか不真面目な会員ですけども、今後ともよろしくお願ひします。

(司会) 確かに医療機器の進歩は本当に目覚ましく、アップデートしていかないと本当に取り残されてしまいそうな気がしますね。今後ともよろしくお願ひします。最後に吉田先生。京都済生会病院の院長で消化器医会の副会長もして頂いて、本当に多忙な中いつもありがとうございます。コメントをよろしくお願ひします。

(吉田) 理事をさせてもらってから何年経ったか忘れるぐらい(笑)。いろんな勉強会を引き継いで世話人とか代表世話人をさせてもらってるんですけど、必ずそういう会では消化器医会を共催にして頂いて消化器医会のメンバーの先生に盛り立ててもらおうような…そんな感じでずっといろんなことをさせてもらってました。以前からPPIとか酸関連疾患をやってたんで、十数年前には

よく講演で循環器内科や整形外科の先生に「PPIはそんなに怖い薬じゃない。どんどん潰瘍の再発予防に使ってください」と、しょっちゅうお願ひしていた記憶があるんですね。それでもまだ過剰だと判断され、主に防御系の薬剤中心に使ってられたんですけど、最近はずいぶんですね、循環器内科でも若い先生から、ある程度中堅どころの先生も自らの処方でもんもんPPIを使い出して、PCABまで処方されるわけですね。院内の薬を変えようとしても消化器からクレームが出るんじゃなく循環器の方から、いやいや15ミリを変えてもらったら困りますなどの提案をされるDrがおられるんで、やっぱりこれは変わったなと思います。見方を変えるとPPIが一般薬になり、広く皆さんが使えるようになってきたということで、そこはこの10年来ものすごく変わったなと思います。

また10数年来京都府の難病審査委員をさせてもらってるんですけど、10年前と比べて最近増えてきたのが好酸球性の消化管疾患ですね。アレルギー性鼻炎がある人が胃が痛いと言うので内視鏡を行いバイオプシーしたら多数の好酸球浸潤がみられ、そうやって好酸球性胃腸炎や食道炎の診断がついたのがつい最近も2例ほどあったんですけど、思わぬ「隠れ好酸球性消化管疾患」がいるのかなというような印象を持っています。これもやっぱり10年前では日常診療であまり考えなかった疾患でしたから、自己免疫性胃炎の増加とともにその辺が10年来変わってきたかなと

思うところがあります。これはあくまで個人的な考えですが。

(司会) PPIは一般の認識も変われば消化器医としての認識も変わってきているみたいですね。善玉と言い切れない部分もいろいろあろうかというふうに思います。疾患概念も変わり、また疾患に対する考え方も変わって、本当にちょっと目を離すと、遅れていってしまいそうな、常にブラッシュアップしていけないといけないというふうに思っております。今後ともご指導をよろしくお願い致します。

皆様お忙しい中、長時間お付き合いいただきましてありがとうございました。本日の座談会、会報掲載時には理事の皆様による寄せ書きみたいな感じになると思います。この10年間の振り返りのコメントとともに、皆様のお人柄も会員の先生方にお伝えすることができたら幸いです。ありがとうございました。

司会から

会報40号という節目にあたり、10年間の思いを理事の先生に自由にお話頂きました。理事の先生方の生の声をお届けすることで、医会での活動内容や各理事のひとりとなりが少しでもお伝えできれば幸甚です。「十年一昔」と言いますが、私達消化器医のおかれた環境はこの10年で本当に大きく様変わりしました。普段は小さな変化を特に意識せず過ごしていますが、理事の先生からお話を伺いながら「そう言えば、10年前はそうやった」「あれから10年も経ったのか」というような気づきや驚きが私の中に生じました。さて、次の10年はどんな出来事が待ち受けているのでしょうか。今から楽しみです。

症 例 報 告

自己免疫性胃炎を背景とした胃神経内分泌腫瘍の 1 例

今井内科胃腸科医院 今 井 昭 人

抄 録

症例は 40 歳代、男性。上部消化管内視鏡検査では、前庭部の幽門周囲には萎縮性変化は認められなかった。見上げ像では、胃角～胃体部～穹窿部に樹枝状の血管が透見され胃粘膜萎縮を認め、胃体上部に島状の残存胃底腺粘膜(remnant oxyntic mucosa; ROM)を認めた。見下ろし像では胃体部大彎の萎縮領域に縦走する ROM を認めた。胃体下部前壁に頂部に血管の拡張が目立つ 5mm 大のやや黄色調の隆起性病変を認めた。NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡では、胃体下部前壁の隆起性病変の表面微細構造は病変全体に窩間部の開大を認めた。微小血管構築像はシアン調で樹枝状の拡張した血管が目立ち、個々の微小血管は開放性ループ状の形態を呈していた。以上の所見より自己免疫性胃炎を背景とした上皮腫瘍、中でも胃神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor: NET)が疑われた。内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal dissection; ESD)を施行し胃 NET G1 と診断された。

キーワード：自己免疫性胃炎、胃神経内分泌腫瘍、拡大内視鏡

はじめに

胃神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor: NET)は自己免疫性胃炎 autoimmune gastritis: AIG)を背景に発生することが知られている。今回、AIG を背景とした胃 NET の 1 例を経験したので文献的考察を含め、報告する。

症 例

患 者：40 歳代、男性。

主 訴：上部消化管内視鏡検査の希望

既往歴：20 歳時 左大腿骨肉腫手術 25

歳時 *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 除

菌治療 26 歳時 バセドウ病

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：202X 年 10 月、萎縮性胃炎の経過観察を希望され、当院外来を受診された。

初診時現症：体温 36.2℃、脈拍 66/min、

血圧 118/71mmHg、意識清明で眼瞼結膜

に貧血なし。腹部は平坦、軟で圧痛なし。

血液生化学検査所見：貧血、炎症所見は認め

なかった。ガストリン 2,285pg/ml と高

ガストリン血症を示し、抗胃壁細胞抗体は

640 倍と陽性であった(Table.1)。

Table.1

白血球	5930	/ μ L	BUN	20.0	mg/dL
赤血球	497万	/ μ L	Cr	0.99	mg/dL
Hb	15.7	g/dl	Na	140	mg/dL
Ht	40.9	%	K	4.2	mg/dL
血小板	28.6万	/ μ L	Cl	105	mg/dL
			Ca	9.3	mg/dL
TP	8.0	g/L	CRP	0.09	mg/dL
Alb	4.2	g/L	CEA	4.0	ng/mL
			CA19-9	3.1	U/mL
AST	33	IU/L	TSH	2.36	μ IU/m
ALT	25	IU/L	FT3	3.77	pg/mL
LDH	182	IU/L	FT4	1.27	ng/dL
ALP	78	IU/L			
Glu	90	mg/dL			
			ガストリン	2285	pg/mL
			抗胃壁細胞抗体	640	倍
			抗 <i>Helicobacter pylori</i>	IgG抗体	3.0未満

上部消化管内視鏡検査：前庭部の幽門周囲には萎縮性変化は認められなかった。見上げ像では、胃角～胃体部～穹窿部に樹枝状の血管が透見され胃粘膜萎縮を認め、胃体上部に島状の残存胃底腺粘膜(remnant oxyntic mucosa; ROM)を認めた。見下ろし像では胃体部大彎の萎縮領域に縦走するROMを認めた。BLI(blue laser imaging)ではROMは強調されたが、画像は暗く、LCI(linked color imaging)のほう

がROMの視認性は良好であった(Fig.1a, b, c, d, e, f)。胃体下部前壁に頂部に血管の拡張が目立つ5mm大のやや黄色調の隆起性病変を認めた(Fig.2a)。病変は、LCIではやや発赤調に強調され(Fig.2b)、BLIでは茶色調に観察された(Fig.2c)。

NBI(narrow band imaging)拡大内視鏡所見：胃体下部前壁の隆起性病変の表面微細構造は病変全体に窩間部の開大を認めた。微小血管構築像はシアン調で樹枝状の拡張した血管が目立ち、個々の微小血管は開放性ループ状の形態を呈していた(Fig.3)。

以上の所見より自己免疫性胃炎を背景とした上皮腫瘍、中でも胃NETが疑われた。202X+1年2月3日、京都府立医科大学消化器内科にて内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal dissection; ESD)が行われた。

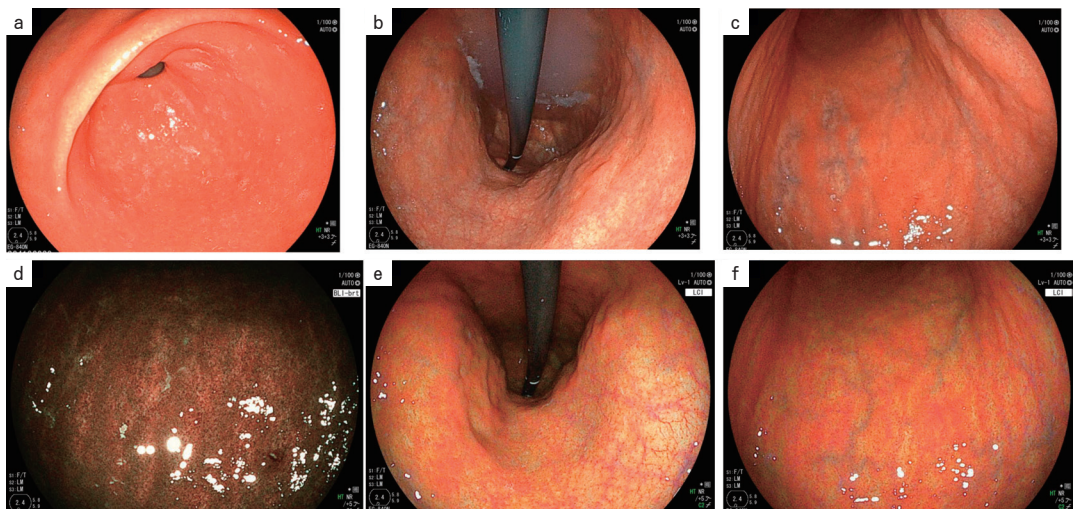


Fig.1 a 白色光 b 白色光 c 白色光 d BLI e LCI f LCI

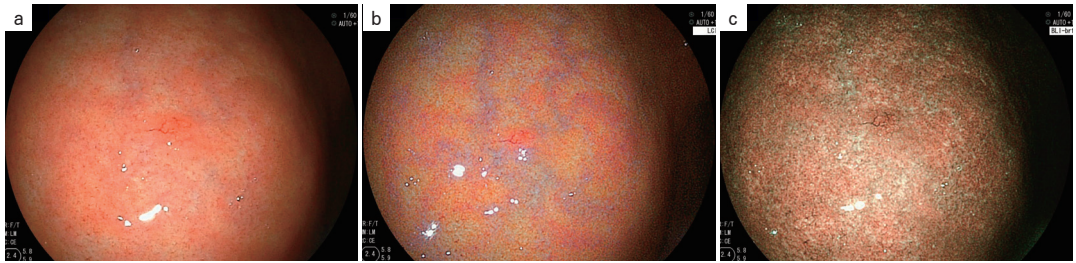


Fig.2 a 白色光 b LCI c BLI

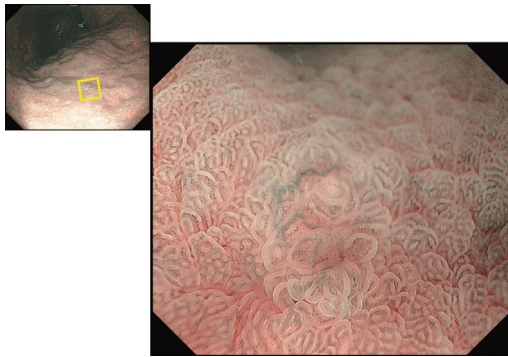


Fig.3

病理組織学的所見：粘膜固有層で類円性の核が偏在傾向を示す小型異型細胞が胞巣形成性に増殖していた。免疫組織化学で異型細胞は CD56 (+)、synaptophysin (+)、chromogranin A (+) を示し、MIB-1 標識率は 2 % 未満であった。腫瘍は粘膜固有層から粘膜筋板を主体に分布し、一部で粘膜下層に及んでいた(粘膜筋板下端より 250 μ m)。以上の所見より胃 NET G1 と診断された(Fig.4a, b, c, d)。

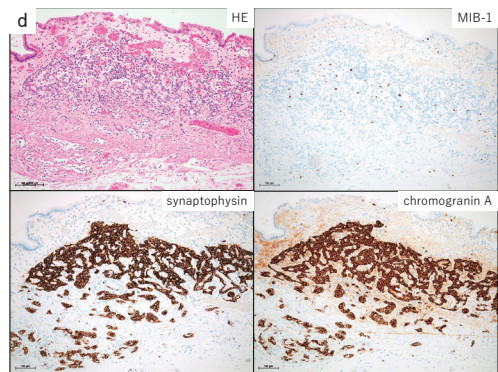
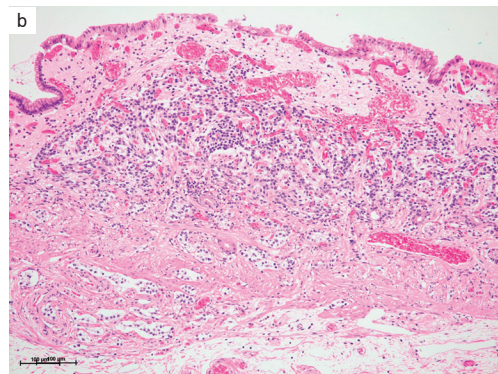
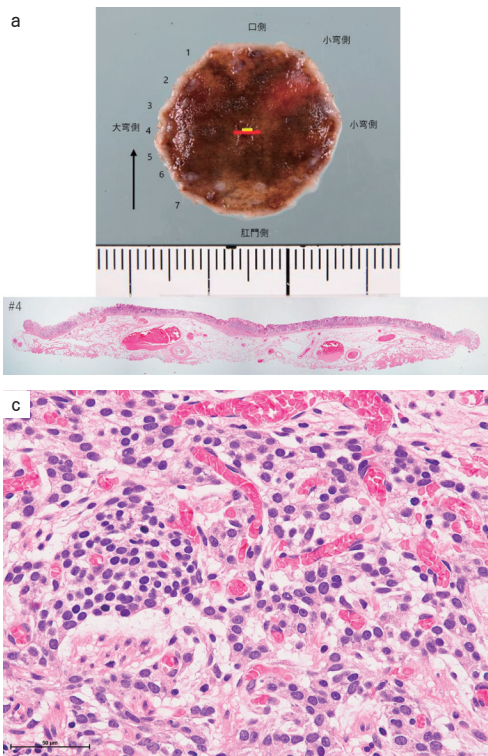


Fig.4

考 察

Strickland と Mackay が報告した A 型胃炎の定義¹⁾に当てはまらない病態が最近次々と報告されるようになり、成因に基づいて幅広くこの疾患を表現できる AIG の名称が好まれるようになってきた。AIG の診断基準は長らく定まっていなかったが、日本消化器内視鏡学会「A 型胃炎の診断基準確立に関する研究会」で診断基準が検討された結果、2022 年 5 月の日本内視鏡学会総会で診断基準が発表された²⁾ (Table.2)。胃自己抗体に関しては、抗胃壁細胞抗体(parietal cell antibody; PCA) は一般的に AIG 患者の 85～90% 程度が陽性となるが、早期から次第にその陽性率・抗体値ともに次第に上昇し、中期(活動期)にピークに達した後、進行期 AIG で減少し始め³⁾、終末期に至ると約 20% が陰性になると報告されている⁴⁾。一方、抗内因子抗体(anti-intrinsic factor antibody; IFA)の陽性率は本邦の他施設共同研究の

集計では 50.7%⁵⁾、悪性貧血発症例に限定した集計でも約 60%とされている⁶⁾。IFA は早期～中期(活動期)では陽性率が低く、進行期・終末期 AIG では高くなる⁷⁾。このような両者の特性から PCA と IFA の両者を組み合わせることで相補的に AIG に対する陽性率が向上すると考えられている⁴⁾。

AIG の頻度は検診での報告では 0.49%⁸⁾、0.89%⁹⁾とされている。健常人を 100～200 人検査すると 1 人はいる計算となり、多くの AIG 症例が見落とされている可能性がある。

AIG の内視鏡的所見は固着粘液、WGA (white globe appearance)、ROM、過形成性ポリープが認められるとされ、類似した内視鏡像を呈する open 型萎縮性胃炎との鑑別は胃体部萎縮粘膜部分の平滑さ、微細アレア、点状発赤が少ないことが参考になるといわれてきた¹⁰⁾。一方、AIG の萎縮パターンの特徴として木村・竹本分類に

Table.2

自己免疫性胃炎の診断基準

(確信例)

A)内視鏡的所見、組織所見のいずれか、もしくは両者が自己免疫性胃炎としての要件を満たす。

B)胃自己抗体陽性(抗壁細胞抗体あるいは抗内因子抗体のいずれか、もしくは両者が陽性)

A)とB)の両者を満たすもの。ただし早期は組織所見と胃自己抗体陽性を満たすこと。

(疑診例)

A)のみを満たすもの。ただし早期は組織所見のみ満たすこと。

内視鏡所見〈進行期〉

(主所見)

胃体部～胃底部優位の高度萎縮を認める。(胃体部で均一な血管透見像を呈する)。

(副所見)

胃体部～胃底部では固着粘液、残存胃底腺粘膜、過形成性ポリープが見られることがある。

前庭部では必ずしも正色調とは限らない。斑状発赤、稜線状発赤輪状模様、輪状模様が参考となる場合もある。

上記項目のうち、主所見を必須とする。

組織所見

早期(early stage)、進行最盛期(advanced florid stage)、および進行終末期(advanced end stage)の3期に分けて診断する。

抗壁細胞抗体

10倍以上を陽性とするが、偽陽性を考慮し今後変更される可能性がある。

みられるような一定の特徴がないことが指摘されている。ROMはAIGの特徴的内視鏡所見であり、通常内視鏡観察では橙色の滑らかな粘膜として、NBI、BLIでは茶色の領域として観察され、AIGの進行とともに縮小し終末期には消失する¹¹⁾。本症例ではLCI観察も行ったが、BLI観察より視認性はよく、ROMはやや発赤調の橙色として強調された。AIG全体に占めるROMの陽性率は当初、31.5%と報告されていた⁵⁾が、ROMを意識して観察するようになると80%近くに観察される¹¹⁾。

丸山らはAIGの内視鏡的萎縮度評価としてAIG-AS(AIG-atrophic stage)を提案している¹²⁾。ROMの面積割合が胃底腺領域の100～51%、50～11%、10%以下のいずれを占めるかで分類し、それぞれAIG-AS1期(早期)、2期(中期)、3期(終末期)と定義している。これに当てはめると本症例はROMが胃底腺領域の50～11%を占め、AIG-2期(中期)にあたりと考えられた。さらに丸山らは、NETは主に中期から終末期の比較的進行したAIGに多いと報告している¹²⁾。本症例で胃体部に認められた“縦走萎縮”、もしくは“縦走ROM”の所見は初期から中期のAIGで時々見られるとされている¹²⁾。

AIGは自己免疫の機序により壁細胞が破壊されることで無酸症となり、negative feedbackにより高ガストリン血症を呈する。それに伴い胃NETが発生する¹³⁾。胃NETはその発生の背景の相違によりI型：萎縮性胃炎に合併する胃NET、II型：多発性内分泌腫瘍症1型(multiple endocrine neoplasia Type1/Zollinger-Ellison症候群)に合併する胃NET、III型：散発性

胃NETの3種類に分類される¹⁴⁾。臨床的特徴として、I型、II型はECL細胞由来の腫瘍で、高ガストリン血症を伴い、小型で多発性であり、予後が良いのに対し、III型は高ガストリン血症がなく、単発で大きく、予後が悪い。また、3つのタイプの中ではI型胃NETが最も頻度が高いとされ¹⁵⁾、I型胃NETの87.1%はAIGに合併している¹⁶⁾。2010年のWHO分類では核分裂数とKi-67indexによる病理組織学的gradingが導入され、NETをNET G1(carcinoid)、NET G2、NEC(neuroendocrine carcinoma, large cell or small cell type, NET G3に相当)、MANEC(mixed adeno-neuroendocrine carcinoma)、hyperplastic and preneoplastic lesionに分類するようになった。I型胃NETの多くはG1であることが知られている。本症例も胃NET G1であった。I型胃NETの場合、腫瘍径・個数・浸潤度・リンパ節転移の有無により治療を選択するが、ESDは粘膜下層への浸潤があっても腫瘍境界の確保が可能のため完全切除率が高く、その有用性が示唆されている¹⁷⁾。本邦ではAIGにおける胃NETの合併頻度は11.4%と報告され、胃体部に黄白色調の粘膜下腫瘍として観察され、AIGでは多発することが特徴だといわれている¹⁵⁾。

一般的に病変の主座が胃壁の浅層にある場合は、通常の粘膜下腫瘍より隆起の立ち上がり急峻となり、胃壁の深層にある場合はなだらかな立ち上がりになるといわれている^{18)–20)}。胃NETは病変の主座が胃壁の浅層にある場合が多く、通常の粘膜下腫瘍より立ち上がり急峻であることが多い。また、胃NETでは、病変径の増大に伴っ

て、陥凹を有する形態となることが報告されているが²¹⁾、本症例では病変径が小さいため、立ち上がりの急峻さは目立たず、陥凹も伴っていなかった。NBI 拡大内視鏡所見における表面微細構造は胃 NET のような上皮腫瘍においては、窩間部の開大が重要な所見であると報告されており²¹⁾、本症例でも窩間部の開大が認められた。NBI 拡大内視鏡所見における微小血管構築像は病変の局在が粘膜固有層深部から表層へ近づくにつれ、集合細静脈が押し上げられた結果、樹枝状血管の拡張として視認され、さらに閉鎖性の上皮下毛細血管が引き延ばされ開放性の MV pattern を呈すると報告されている²¹⁾。本症例でも樹枝状血管の拡張とその周囲の開放性の MV pattern を呈していた。このような形態を示す鑑別疾患として、胃底腺型胃癌などもあるが²²⁾、本症例では背景粘膜も考慮に入れて胃 NET を第一に考えるべきであろう。

1975年に Whittingham らにより、「橋本病に高率に PCA を認め、無酸症を呈する A 型胃炎を合併する」ことが明らかにされ、同一の自己免疫病因を有する thyrogastric autoimmune disease という概念を提唱した²³⁾。貝瀬らは thyrogastric autoimmune disease は橋本病だけでなくバセドウ病も含めた自己免疫性甲状腺疾患と自己免疫性胃炎が合併する症候群であると報告した²⁴⁾。その後、同一個人に複数の自己免疫疾患が発現することから、1980年に Neufeld らは多腺性自己免疫症候群 auto-immune polyendocrine syndrome: APS) という病態を提唱し、合併する自己免疫疾患の種類により APS1 型から 4 型に分類し

た²⁵⁾。AIG は APS3B に分類され、自己免疫性甲状腺疾患や 1 型糖尿病を高率に合併することが知られている。本症例はバセドウ病に合併した AIG であった。

当院での AIG の症例 15 例の臨床像を示す (Table.3)。AIG の拾い上げには、逆萎縮 (胃体部の高度萎縮)、偽ポリポージス、固着粘液、過形成性ポリープ、胃前庭部の輪状模様、WGA などの特徴的所見に注視して内視鏡を行うことが必要とされ⁹⁾、当院でも高度萎縮の症例が多く、AIG-AS1 期の早期 AIG の症例はない。小寺らは偽ポリープの縦走配列、胃小区の発赤腫大が初期・早期 AIG に特徴的な内視鏡所見である可能性について述べている²⁶⁾。当院の症例では、偽ポリポージスが 3 例、固着粘液が 6 例、過形成性ポリープが 2 例、WGA が 1 例であった。今後前述の ROM も含め、このような所見に気を付けることにより、より多くの AIG を発見できると考えているが、早期 AIG の診断には病理医とのコミュニケーションも重要であり、当院における今後の課題である。

Table.3

平均年齢	72.0歳
性別 (男:女)	7:8
血清ガストリン(pg/ml)	1689
悪性貧血合併	2 (13%)
胃癌合併	2 (13%)
NET合併	1 (6%)
HP感染	6 (感染未確認1)
甲状腺疾患	3 (13%)
AIG-AS	2期8 3期7

おわりに

AIGを背景とした胃NETの1例を経験したので報告した。今後ROM、偽ポリープの縦走配列、胃小区の発赤腫大などの所見に注意することにより、より多くのAIGを発見できると考える。

謝 辞

写真提供をいただいた京都府立医科大学消化器内科 土肥統先生、病理学的考察についてご指導をいただき写真提供をいただいた京都府立医科大学病理診断科 森永友紀子先生に深謝いたします。

文 献

- 1) Strickland RG, Mackay IR. A reappraisal of the nature and significance of chronic atrophic gastritis. *Am J Dig Dis* 18: 426-440, 1973.
- 2) 鎌田智有, 渡辺英伸, 古田隆久 他. 自己免疫性胃炎の診断基準に関する附置研究会からの新提案. *Gastroenterol Endosc* 65: 173-182, 2023.
- 3) Tozzoli R, Kodermaz G, Perosa AR, et al. Autoantibodies to parietal cells as predictors of atrophic body gastritis: a five-year 閲覧情報: 今井昭人 2024/01/11 22:51:47 *Stomach and Intestine (Tokyo)* Vol. 59 No. 1 2024 2 1 prospective study in patients with autoimmune thyroid diseases. *Autoimmun Rev* 10: 80-83, 2010.
- 4) Conti L, Lenti MV, Di Sabatino A, et al. Seronegative autoimmune atrophic gastritis is more common in elderly patients. *Dig Liver Dis* 52: 1310-1314, 2020.
- 5) Terao S, Suzuki S, Yaita H, et al. Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. *Dig Endosc* 32: 364-372, 2020.
- 6) Bizzaro N, Antico A. Diagnosis and classification of pernicious anemia. *Autoimmun Rev* 13: 565-568, 2014.
- 7) Miceli E, Vanoli A, Lenti MV, et al. Natural history of autoimmune atrophic gastritis: a prospective, single centre, long-term experience. *Aliment Pharmacol Ther* 50: 1172-1180, 2019.
- 8) Notsu T, Adachi K, Mishiro T, et al : Prevalence of autoimmune gastritis in individuals undergoing medical checkups in Japan. *Intern Med* 58: 1817-1823: 2019.
- 9) 青木利佳, 安田 貢, 春藤譲治 他 : 内視鏡検診におけるA型胃炎. *胃と腸* 54: 1046-1052: 2019.
- 10) 丸山保彦, 吉井重人, 景岡正信 他. A型胃炎の画像所見. *胃と腸* 54: 98-1009 2019.
- 11) 寺尾秀一, 鈴木志保, 今井幸弘. 残存胃底腺はAIGの進展様式と病気を示す主要内視鏡所見である. *Gastroenterol Endosc* 64 (Suppl2): 2006, 2022.
- 12) 丸山保彦, 安田和世, 馬場 聡 他. 自己免疫性胃炎の内視鏡診断－早期、中期、終末期の内視鏡所見. *胃と腸* 59: 34-46 2024.
- 13) 八板弘樹, 蔵原晃一, 大城由美 他. A型胃炎およびA型胃炎に生じる胃腫

- 瘍性病変. 消化器内視鏡 32: 129-133, 2020.
- 14) Rindi G, Arnold R, Bosman FT, et al. Nomenclature and classification of neuroendocrine neoplasms of the digestive system. In Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, et al (eds). WHO Classification of Tumours of the Digestive System. IARC, Lyon, pp 13-14, 2010.
 - 15) 佐藤祐一, 今村祐志, 海崎泰治 他. 胃カルチノイドの長期経過. 胃と腸 52: 431-440, 2017.
 - 16) Ito T, Sasano H, Tanaka M, et al. Epidemiological study of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors in Japan. J Gastroenterol 45: 234-243, 2010.
 - 17) Sato Y, Takeuchi M, Hashimoto S, et al. Usefulness of endoscopic submucosal dissection for type I gastric carcinoid tumors compared with endoscopic mucosal resection. Hepatogastroenterology 60: 1524-1529, 2013.
 - 18) 二村 聡. 胃粘膜下腫瘍の病理診断. 胃と腸 52: 1261-1269, 2017.
 - 19) 岩上裕吉, 上堂文也, 松浦倫子 他. 胃腫瘍性病変の内視鏡診断—上皮下発育悪性腫瘍の診断(NET, GIST, 転移性胃癌). 胃と腸 55: 584-592, 2020.
 - 20) 丸山保彦, 吉井重人, 景岡正信 他. 胃粘膜下腫瘍の X線診断. 胃と腸 52: 1270-1282, 2017.
 - 21) Sato Y, Hashimoto S, Mizuno K, et al. Management of gastric and duodenal neuroendocrine tumors. Wo13rld J Gastroenterol 22: 6817-6828, 2016.
 - 22) Ueyama H, Yao T, Akazawa Y, et al. Gastric epithelial neoplasm of fundic-gland mucosa lineage: proposal for a new classification in association with gastric adenocarcinoma of fundic-gland type. J Gastroenterol 56: 814-828, 2021.
 - 23) Whittingham S, Youngchaiyud U, Mackay IR et al. Thyrogastric autoimmune disease. Clin exp Immunol 1975; 19: 289-99.
 - 24) 貝瀬 満, 住友秀孝, 橋本国男 他. バセドウ病における高ガストリン血症およびA型胃炎の検討. 日消誌 1992; 89: 1990-5.
 - 25) Neufeld M, Blizzard RM. Polyglandular autoimmune diseases. In: Symposium on Autoimmune Aspects of Endocrine Disorders. Pinchera A, Doniach D, Fenzi GF, Baschieri L, (Eds), Academic Press, New York, 1980; 357.
 - 26) Kotera T, Takemoto T, Kushima R, et al. A case of autoimmune gastritis with fundic gland polyp-like pseudopolyps presenting with nodular enterochromaffin-like cell hyperplasia. Clin J Gastroenterol 14: 98-102, 2021.

コーヒーブレイク

胃がん内視鏡検診 よもやまばなし

京都府医師会消化器がん検診担当理事 角 水 正 道

令和5年11月25日に開催された「胃がん内視鏡検診従事者研修会」は多くの方からお褒めの言葉を頂きました。特に沖映希先生・朴義男先生が担当され、十倉佳史先生・今井昭人先生がコメント下さった「症例検討」は症例検討の域を超えていると絶賛され、自分のことのように誇らしくなりました。

クラウド型二次読影システム ASSISTA と管外受診制度を結びつけた京都方式の胃がん内視鏡検診は全国的にもユニークなもので、各地で講演するたびに多くの質問を受けます。しかし、種明かしをすれば、ASSISTA 導入は全く偶然の賜だったので。

対策型検診である胃がん内視鏡検診はダブルチェックが必須とされ、読影委員会の運営方法がまずは課題でした。内視鏡画像や内視鏡所見の収集方法など何度も話し合いましたが合意には至らず頓挫してしまい途方に暮れていました。しばらくして古家敬三先生が提案されたのがクラウド型二次読影システムだったので。ほかに対案がなく ASSISTA にかけるしかない、fuji 担当者を委員会にオブザーバー参加してもらい ASSISTA に対する様々な要望を取り入れてもらいました。

内視鏡検診の仕組みづくりは、認定基準・更新基準・検診に必要な書式・委託費用な

どすべて一から始まりました。前川高天委員長は正しい内視鏡検査の撮影法やピロリ感染の内視鏡所見に造詣が深く、先手先手に内視鏡検診の課題に対する対応を委員会でご提案されました。マニュアルの撮影法では不十分と自ら基準静止画像 55 を作成されたときはその発想自体に内心驚きました。前川先生の画像が olympus だったので今井先生は fuji の内視鏡で撮影した基準静止画像 55 を心血注いで作成されました。検診の最終判定は従来読影委員会の合議で決定されていましたが、ASSISTA を用いた京都式では読影委員会が開かれず、前川先生・小林正夫先生の鶴の一声で（と記憶しています）二次読影医よりも情報量が圧倒的に多い検査医が判定することに決まりました。小林先生は幅広く学会でご活躍しておられ、先生から提供された他府県での検診に関する情報が委員会での議論に大変参考となりましたし、著名な講師達を研修会へお招きくださいました。「精度管理」の重要性を一貫してお示しになったので、私はひそかに「ミスター精度管理」と呼んでおりました。下山恵司先生は長年肺がん検診の指導的立場でおられ、データ処理に詳しく、ほかの委員とは違った視点から貴重な意見をいただきました。丸山恭平先生は消化器がん検診委員会の生き字引のような方で、消化器内科の現場の立場か

ら積極的にご指導くださいました。沖先生・朴先生・十倉先生・今井先生は消化器医会のアカデミーそのもののような先生方で、委員会・検診が学術的により高みを目指せるよう、また間違った方向に向かぬようしっかり脇をしめてくださいました。岩瀬豪先生は検診にかかわる一つ一つのことを本当に丁寧にござなりにせず真剣に考えていただきました。辻秀治先生はクリニックの気持ちに寄り添った貴重な意見を出されました。伊谷賢次先生は荒波にさらされた私に元気とエールをいただきました。名前のあげきれなかった先生方を含めチーム一丸となって本当に熱く、暖かく委員会を盛り立ててくださいました。そして、ばたばた危なっかしい担当理事を、古家先生・粉川隆文先生・大塚弘友先生の3代の会長、吉田憲正副会長が、京都府からは渡邊能行先生を中心に多くの担当者が暖かく見守って下さいました。

こうしてふりかえると、京都に消化器医会がなかったら、また内視鏡検診に好意的に仲間になっていただけなかったら、胃がん内視鏡検診は相当違った形でしか運営で

きなかったことは間違いありません。特にASSISTAという実績のないシステム活用でも何とか検診として成立できたのは京都消化器医会あってのものだと確信できます。

現在、ASSISTAを活用した管外受診制度を盛り込んだ日本消化器がん検診学会誌の総説投稿に挑んでいます。今までお世話になった消化器がん検診委員会・消化器医会の皆さんへのお礼の気持ちであり、胃がん内視鏡検診が京都府内で開催できる体制となった一区切りでもあり、これからは、「走りながら考える」ではなく、じっくり足を止めて、検診のクオリティそのものを向上する時期に入ったと思ったからです。そしてできるだけ多くの内視鏡医が検診に参加され、お互いが仲良く切磋琢磨してスキルアップしてクオリティ高い検診が叶い、京都府全体の内視鏡レベルが高く整ったとき、京都式胃がん内視鏡検診は間違っていなかった、「偶然の賜物」であるクラウド型二次読影でもしっかり精度管理ができると評価されるでしょう。

研究会報告

第1回 GERD・LPRD 診療ネットワーク
(Japan Foregut Society) 研究会

沖 映 希

PPI や P-CAB を十分量処方しているのに GERD 症状が改善しない、しきりに前胸部のつかえ感を訴える患者さんにどう対応してよいかわからない…このような悩みを持っていた私は、令和4年7月に発行された「GERD(胃食道逆流症)・LPRD(咽喉頭逆流症)の診かた」(金芳堂)の内容に強い衝撃を受けました。私の悩みに対する実にシンプルな解答がそこに書かれてあったからです。著者の主宰する GERD・LPRD 診療ネットワーク(Japan Foregut Society)研究会の催しが東京で開催されたので、私は休みをとって参加してみました。

この研究会は胃食道逆流およびその関連疾患に罹患した患者さんの病態を把握し、薬物治療・内視鏡治療・外科的治療を含む集学的なアプローチを模索するために発足しました。患者さんの QOL を改善するための治療法について各科の垣根を取り払って自由にディスカッションを行うことが最大の特徴です。診療科・職種を問わず、遠慮せずに質問や議論ができる全国的な研究会…こんな研究会が今まであったでしょうか？今回は第1回の研究会で、各専門科の医療従事者が全国から多数参集し、(あまり広くない)会場はライブハウスのような熱気に包まれていました。

研究会の冒頭は「PPI 抵抗性 GERD の病態生理と治療戦略 “Where Are We ?”」というタイトルで行われたパネルディスカッションでした。藤原靖弘先生(大阪公立大学消化器内科学)、北方敏敬先生(現在 Rutgers Robert Wood Johnson Medical School 外科)、渡邊雄介先生(国際医療福祉大学 東京ボイスセンター)がそれぞれ内科・外科・耳鼻科の立場から基調講演を行い、質問やディスカッションが交わされました。

中でも北方先生の講演内容が内科医の私にとってはとても新鮮で興味深かったです。下部食道括約筋と横隔膜脚が協調運動することが胃食道逆流防止に極めて重要であり、さらに食道胃接合部周囲の支持組織が逆流防止に複雑に関与している。これらの解剖学的な異常が生じることによって逆流防止機能の破綻をきたすことが GERD の本態であり、最も重要な働きをするのは横隔膜脚である。内視鏡治療は下部食道括約筋の形成を行うことが可能であるが横隔膜脚の機能修復には無力である。PPI を含む薬物療法は下部食道括約筋にも横隔膜脚にも作用せず、食道への逆流内容を変化させることで症状をコントロールする治療であって病態自体は改善しない。外科治療を行う場合、下部食道括約筋の再建(Nissen

に代表される噴門形成術)と横隔膜脚の縫縮はいずれか一方だけでは不十分で、両方を同時に行う必要がある。噴門形成術の治療成績が施設間で大きく異なることが指摘されており、これに対して必要なことは術前に(食道インピーダンス検査や高解像度食道内圧検査のような)食道機能検査を行うことで手術適応を見極めることと、手術手技の標準化を行うことである。患者さんのQOL改善を長期にわたって達成するための治療法(薬物治療・内視鏡治療・外科治療)を選択するためには食道機能検査を十分に行って病態を把握することが重要である、というものでした。「GERDに最も大きく関わるのは横隔膜脚であり、GERDは外科疾患である」という言葉で講演は締めくくられました。非常に衝撃的で印象に残る、素晴らしい講演でした。

パネルディスカッションを通して私に生じた疑問点は、「下部食道括約筋機能が低下していても横隔膜脚機能の比較的保たれている症例もたくさんあるだろう。そしてそれは内視鏡治療の良い適応と思われる。しかし、下部食道括約筋と横隔膜脚の働きを区別して評価することが現在の食道機能検査で可能なのだろうか?」ということでした。おそらくは第2回以降の研究会でこの点を含めた議論が行われるのではないかと期待がふくらみました。

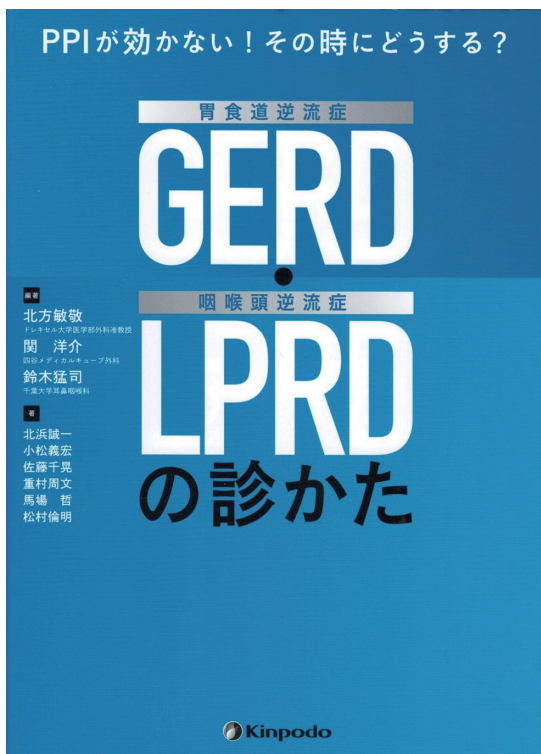
研究会はハイブリッド形式で開催されました。4年前に発足した American Foregut Society と2年前に発足した European Foregut Society とのジョイントセッションも生まれ、米国からは American

Foregut Society 初代会長の Dr. John Lipham が現地参加されたのに加え、スイスとオーストリアの先生が web を介して講演されました。また研究会では減量・代謝改善のための外科手術の話題もとりあげられました。肥満によって GERD が発症することはよく知られている。ところが現在日本で保険適用になっている肥満手術(スリーブ状胃切除術)によって肥満が改善したにもかかわらず新たに GERD が発症するというパラドックスが存在する、という話題でした。会の終盤では症例検討会が行われ、レントゲン画像や食道機能検査の結果をふまえて活発な議論が繰り広げられました。

研究会は 9:00 ~ 16:30 までの長丁場でしたが、あっという間に過ぎてしまいました。白内障や変形性膝関節症の手術のように、機能回復や QOL 改善のための消化管手術は今後私達の身近で急速に普及してゆくのでしょうか? 全体のおよそ半分が慣れない英語セッションであったためか、帰宅後は疲れて泥のように眠ってしまいました。

GERD・LPRD 診療ネットワーク(Japan Foregut Society)研究会に入会することで当日の様子を動画で体験することができますので興味のある先生は HP (<https://www.japan-fs.org/>) にアクセスしてみてください。第2回研究会は令和6年10月5日(土)に東京の公益財団法人全国市長会館で開催予定と伺っています。奮ってご参加ください。

令和5年11月11日(土)



会員の広場

今年もアレが流行ります

京都第一赤十字病院消化器内科 戸 祭 直 也

今年もアレへ向けての春になりました。私と同じく虎党の消化器医会会員なら真っ先に『優勝!』という言葉の思い浮かべられたことでしょう。しかし、残念なことに、今年の虎さんはスタートダッシュに失敗してしまって、アレ、いやいや、アレンパできるか不安いっぱいですね。でも、28年待った末に日本一を昨年成し遂げましたから、しばらくはその余韻に浸れる我ら虎党は、怒ってはいませんよ、岡田さん。6球団しかないセ・リーグ ARE でも18年、12球団での ARE にも28年もかかっているのですから待つことには慣れていきますので。と、言いながらゴールドenウィーク過ぎたら、じわじわと貯金増やしているのではと密かに期待しております。

さて、消化器疾患におけるアレは、AREでも ABEでもありません。好酸球性消化管疾患(EGID)と呼ばれるアレルギー疾患が、目立つようになってきていると感じるのは、私だけでしょうか。特に好酸球性食道炎(EOE)は、胃カメラしていると、近年、遭遇する機会が増えています。教科書に載っているような白斑、縦走溝、気管様狭窄があれば、診断基準には参考となる内視鏡所見とされていますが、必ずしもこれらが勢揃いするような典型例ばかりではありません。私がまとめ、昨年日本消化器病学会総会シンポジウムで発表したデータに

よると、下部限局型と名付けた、逆流性食道炎とオーバーラップするようなタイプも隠れており、多様化しています。びまん型と名付けた古典的とも言える典型例は、全発見数のおおむね半分でした。症状がほとんどないものや、局所に斑状にごく限られた部位にだけ所見が出現し、食道癌と鑑別が必要なものもあり、これら非典型例が古典的なアレ疾患にあたるのか、まだまだわかっていないことだらけです。何かの理由、例えば薬剤服用といったことがきっかけで好酸球が粘膜に浸潤しているだけで、それをたまたま見つけて EOE と名付けているかもしれない、つまり別の病態かもしれないと感じています。

また、既報通り、EOE については、花粉症とのオーバーラップも自験例では多く見られました。食物アレルギーと違って、口からアレルギーが侵入して食道に接触して…といった機序を想像しますが、問診しても、意外にも花粉症はありませんとおっしゃる方もあります。問診では陰性でも、MAST36 陽性、こんなケースはアレなのかどうなのか…わからなくなります。そもそも診断基準には、詰まりなどの自覚症状があることとされますが、困っている人はさほど多くなく、そう言われてみたら、慌てて食べたら詰まるような…などと、誘導されてしまうのか、普段から実は心当たり

あるのか、いい加減な答えです。私だって慌てて頬張ると、詰まるような気がする時ありますよ。テレビの健康番組で、食べた時、詰まる場合は、EOE かもしれませんと放映されたら、翌日、偽 EOE 患者がたくさん受診されるかもしれません。それくらい、よくある症状との違いは曖昧です。

一方、好酸球性胃腸炎(EGE)は、EOE より罹患率が少ないのですが、末梢血で明らかに好酸球増多があって、腹痛を強く訴えたりする患者さんを診察したことはないでしょうか。EGE を疑って上部、下部消化管内視鏡して生検してみても明らかな好酸球浸潤ありとは言えない、と病理医から、けんもほろろに返答されて困ったことはありませんか？こういう時は、腹水がないか確認してみてください。少量で採れないことが多いかもしれませんが、見事採取できたら、好酸球増多が証明できることがあります。

最近、EGID に対して喘息や炎症性腸疾患治療のように炎症性サイトカインをターゲットにしたバイオ製剤の治験が進んでいます。EOE でどうしても必要な患者は、

多くないかもしれませんが、全身性ステロイド投与が必要になることが多い EGE 患者などでは、恩恵をこうむる方がおられることかと思われれます。医療費がまた上がることにはなりますが、炎症性腸疾患市場に比べれば、かわいいものです。

私にとって、この5年にわたるコロナ禍マスク生活の唯一といえる恩恵は、花粉症が楽だったことです。コロナ第10波が収束しつつあるこの3月から今日現在まで、外出時にもマスクは必需品です。外国人からは、この期に及んでマスクする不思議な日本人として見られていると思いますが、違うんですよねぇ。怖いのは花粉なんですよ。コロナが終息し、脱マスクとなれば、これからは ARE とアレの時代到来だと確信します。アレの EOE の大家であられる O 大学の某教授がおっしゃいました。花粉症の時期が終わる5～6月に EOE はよく見つかるよと。この会報が発刊される時期ではありませんか。先生方、明日からの内視鏡観察で、アレを探して見てください！

令和5年4月から令和6年3月までの学術講演会

令和5年4月15日(土)

『AUDITによるアルコール依存症のリスク分類から 考えるナルメフェンを使用した飲酒量低減の実際』

国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター

ゲノム医科学プロジェクト 上級研究員(副プロジェクト長) 魚嶋晴紀先生

【目的】慢性肝障害を合併するアルコール依存症患者に対し行われた飲酒量低減に対し、治療前の AUDIT によるリスク分類が治療効果に与える影響について検討する。

【方法】デザイン：前向き観察研究。対象：断酒を進めるも希望されず、飲酒量低減が必要なアルコール依存症を背景とするアルコール性肝障害患者。方法：対象患者に対し、飲酒量低減を目的に心理的社会的治療及び薬物療法を12週間導入する。主要評価項目は、AUDITによるリスク分類毎の、多量飲酒日数、総飲酒量測、血液検査における飲酒量低減後の変化とした。なお、AUDIT リスクは score 15-19 と score 20 以上の2群比較とした。薬物療法は飲酒の1～2時間前にナルメフェン塩酸塩水和物錠を1日1回10mg 経口投与した。心理的社会的治療は、認知行動療法、集団精神療法、動機付け面接法または家族療法を行った。

【結果】全48例。平均年齢56.4 ± 9.6歳。男性45例(93.8%)。平均体重62.9 ± 8.9kg。BMI 23.0 ± 2.4。就労状況：就労中35例(72.9%)。肝硬変29例(60.4%)。多量飲酒日数21.5 ± 3.4日。総飲酒量90.3 ± 10.5g/日、多量飲酒日数変化：AUDIT 15群6.2 ± 1.5日、AUDIT 20群3.2 ± 1.5日(p = 0.032)、総飲酒量変化：AUDIT 15群16.3 ± 10.5g/日、AUDIT 20群10.5 ± 8.9g/日(p = 0.003)、γGTP：治療前236.7 ± 215.3IU/L、治療12週後139.9 ± 206.8IU/L(p = 0.018)、AST：治療前45.9 ± 26.8IU/L、治療12週後30.3 ± 13.2IU/L(p = 0.071)、有害事象は、致死的な副作用は認められなかったが、治療2週間以内に副作用で13例が薬剤投与中止された。Grade1-2嘔気10例、ふらつき8例、頭痛4例、めまい2例、便秘3例が認められた。なお、副作用の発生率に2群間差は認められなかった。

【結論】AUDITによるアルコール依存症のリスク分類からナルメフェンの使用した減酒療法の有用性について検討を行なった。AUDIT score 20以上の高リスク群では減酒療法の治療効果不良であった。

令和5年5月13日(土)

『消化器症状に用いる漢方～食欲不振・腹痛を中心に～』

熊本赤十字病院 総合内科部長 加 島 雅 之 先生

六君子湯・大建中湯だけでなく、しかも、六君子湯・大建中湯ももっと効果的にきかせるには、どうしたらよいだろうか。

漢方では、その最重要古典である『素問』の中で「胃者五藏之本也」とあるほど、消化機能を重視してきた。輸液が無かった時代において、経口摂取が出来ないということは、予後に直結する問題であり、当然、消化器症状のコントロールは最優先課題であったためである。

このため、漢方には実に多彩な消化器症状をコントロールするための方法論が開発されてきた。現在、消化器症状に対する漢方薬にもエビデンスが構築されつつあり、それを知ることは言うまでもないが、やはり漢方薬は漢方的診断に対する治療薬であり、その本来の役割を考慮して使用することがより効果的な使用方法である。

今回は、代表的な消化器症状の漢方薬のより効果的な使用方法を概説したい。

令和5年6月10日(土)

『潰瘍性大腸炎の内科治療の実際 ～カロテグラストメチルをどう使う？～』

北里大学医学部 消化器内科学 講師 横 山 薫 先生

炎症性腸疾患(inflammatory bowel disease: IBD)である潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis: UC)とクローン病(Crohn's disease: CD)の患者数の増加とともに専門施設以外でもIBDの診断、治療を行う機会が増えている。また、IBDの内科治療は新規薬剤が次々と登場し、2022年はUCに対し新規に3剤が保険適用となった。「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(久松班)の令和4年度改訂版の治療指針と日本消化器病学会の炎症性腸疾患(IBD)診療ガイドライン2020に沿って外来診療で診ることが多い軽症～中等症UCの内科治療について解説を行う。中等症に対し保険適用となった経口 α 4インテグリン阻害剤であるカロテグラストメチル(カログラ®錠)についても解説を行う。

令和5年7月8日(土)

『消化管腫瘍に対する内視鏡診断・治療の実際 ～内視鏡画像診断支援システム(AI)と新型スコープの使用経験も含めて～』

神戸大学医学部附属病院 国際がん医療・研究センター 消化器内科 森田圭紀先生

演題に関する補足説明：近年消化管腫瘍に対する内視鏡診断と治療は医療機器の進歩により目覚ましい発展を遂げた。画像強調観察や拡大観察により病変を早期に発見、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の普及により低侵襲な治療が可能となった。一方、内視鏡分野における人工知能(AI)の参入も盛んになりつつある。本講演では、最新の内視鏡機器を使用した診断と治療の最前線について紹介する。

令和5年7月29日(土)

『胃癌のリスクを考える～酸分泌抑制薬との関連を含めて～』

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 助教 清水孝洋先生

ヘリコバクター・ピロリ菌の感染率低下、除菌療法の普及により、胃癌は減少傾向にあるものの、いまだ患者数は多い。ヘリコバクター・ピロリ菌感染が胃癌のリスクであることは周知の事実であるが、その他のリスク因子について知ることは、胃癌のサーベイランスの面でも重要である。胃癌のリスクについて、近年行われてきた胃癌や胃粘膜の網羅的なゲノム解析の結果から分かってきたこと、PPI/P-CABとの関係等、自験例のデータも含めて発表する。

『大腸がんの左右差～症例と最近の話題をまじえて～』

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授 妹尾浩先生

京都消化器医会の先生方には、日頃から大変お世話になっております。改めて感謝申し上げます。私は平成世代の消化器内科医ですが、大腸がんの頻度や予後に左右差があることを教えられ、外科の先生からは処理する血管が全く違う左右の大腸を同じに考えてはならないと叱られて育って参りました。21世紀に入って、新しい視点から両者の臨床的差異が明らかになるにつれ、大腸がんの左右差が改めてクローズアップされているのはご承知の通りです。7月の定例学術講演会では、鋸歯状病変に関する最近の話題、その背景に存在するメカニズム、自院で経験した症例など、雑駁な内容でお時間を頂戴します。釈迦に説法で恐縮ですが、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

令和5年9月9日(土)

『肝疾患の最新の話題－慢性肝炎から肝臓まで－』

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 助教 高井 淳 先生

去る2023年6月に行われた日本肝臓学会総会において、「奈良宣言2023」が発出された。その中心的な内容は、「ALT > 30である場合、適切な検査を受け、肝疾患の早期発見・治療につなげる」というものである。従来慢性肝疾患の中で最も頻度の高かったB型肝炎やC型肝炎に対する治療が急速に進歩した一方で、最近では生活習慣病を基盤とする脂肪性肝疾患症例の増加が問題となっている。また、慢性肝疾患症例の中には、肝酵素の上昇がごく軽度にとどまるにもかかわらず、肝線維化の進行が顕著な症例も少なからず認められる。肝線維化症例では肝発癌率が高いことが知られており、肝硬変や肝臓の早期発見や予防のために、ハイリスク群の囲い込みは極めて重要な課題であると考えられる。本講演では、慢性肝疾患・肝線維化の簡便な診断方法や、ウイルス型肝炎や脂肪性肝疾患、肝臓の診断・治療に関する最新の話題について、ご紹介させていただく予定である。

令和5年10月14日(土)

『便秘と下痢の対処法 －便通異常症診療ガイドライン2023に沿って－』

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 院長 木下 芳一 先生

日本消化管学会が作成した便通異常症診療ガイドライン2023が出版された。慢性便秘症に加えて慢性下痢症に関しても診療に参考となるステートメントが記載されている。慢性便秘症も慢性下痢症もその原因は多様であり、原因を理解することが治療を行う上で重要となる。本講演では便通異常症診療ガイドラインに沿って慢性便秘症と慢性下痢症の診療に関して、注意すべき点を考えてみたい。

令和5年11月11日(土)

『京丹後長寿コホート研究から見えてきた 酪酸産生菌と健康長寿との関わり』

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 教授 内藤 裕二 先生

ヒトの老化は必ずしも個々が同じスピードで起こるものではなく、老化の進行の程度を判定するには暦年齢とは別の老化指標が必要とされ、加齢に伴う種々の臓器の機能の低下を反映し、身体機能低下から推定される生物学的年齢(biological age)が報

告されている。そのなかでも DNA メチル化をベースにしたエピジェネティクス年齢指標が注目され、研究が進められ、すでに食を中心にしたライフスタイル介入により DNAmAge が減少する若返り (Rejuvenation) 研究も報告されている。さらに、腸管の老化を制御することが生活習慣病の予防、健康長寿の延伸につながる可能性を示され、腸内細菌叢・代謝物の変容→慢性炎症→エピジェネティクス→生活習慣病・老化といったセントラルドグマが存在する可能性がある。さらに、メタゲノム解析、代謝物、食、臨床要因などを含めたオミックス研究により、腸内細菌叢、腸内環境に最も大きな影響を与える外的要因が食・栄養・環境要因(エクスポソーム)であることが明らかにされつつある。2017 年から開始している京丹後長寿コホート研究からみえてきた成果、日本人腸内細菌分類であるエンテロタイプ 5 型分類も提示し、酪酸産生菌などの最新研究情報を紹介し、人生 100 年時代の健康長寿戦略を考えてみたい。

令和 5 年 12 月 9 日(土)

『潰瘍性大腸炎の治療戦略 ～多様化する生物学的製剤時代における TNF 阻害薬の役割～』

千葉大学医学部附属病院 診療教授 内視鏡センター長 加藤 順先生

本邦における潰瘍性大腸炎の患者数は増加の一途をたどり、一般医家の先生方の診療機会も増えていることと思う。一方で、近年、生物学的製剤をはじめとする新規治療薬も多数上市されてきており、その使い分けについて頭を悩ませることも多いかと推察する。本講演では、潰瘍性大腸炎の基本的な診療の行いかた、5-ASA 製剤やステロイドなどの基本薬剤の使い方もふまえて、新規薬剤の特徴についての解説を行う。そのなかで、ゴリムマブをはじめとした抗 TNF α 抗体の位置づけを明らかにし、実臨床におけるより有効な使い方について再考したいと思う。

令和 6 年 1 月 13 日(土)

『消化管機能を調節、改善するさまざまな漢方薬たち －科学的根拠に基づく作用機序の解明により明らかになってきたこと－』

東京慈恵会医科大学 疼痛制御研究講座

国立がん研究センター東病院支持・緩和研究開発支援室 上園 保仁先生

口腔から胃、腸、肛門に至る消化管全体について、それらの機能改善効果を示す多くの漢方薬がある。人は日々の生活の中で消化器症状を訴え、またさまざまなタイプの消化器不快感に悩み、その結果多くの漢方薬が生み出され活用されてきたものと考えられる。近年、消化管の生理、病理的作用が科学的に明らかになるにつれ、漢方薬もその効果について科学的に解析されることが多くなった。本講演では、科学的エビデンスが明らかになってきた半夏瀉心湯ならびに大建中湯の消化管への作用について、その作用機序と方剤の効果の相関を基礎研究の面から紹介する。

令和6年2月10日(土)

『頭頸部・食道表在癌の診断・治療・予防』

京都大学医学部附属病院 腫瘍内科 堅田親利先生

頭頸部・食道癌の発がん様式は扁平上皮癌や異型上皮が多発する「Field cancerization 現象」として報告されている。食道粘膜のヨード不染帯は頭頸部・食道癌の発生を予測するバイオマーカーであり、禁酒・禁煙には予防効果がある。食道表在癌の治療方針は壁深達度に基づいて決定するため、日本食道学会は拡大内視鏡所見に基づいた深達度診断基準を作成した。食道表在癌に対する内視鏡的切除は、切除標本の病理組織学的所見に基づいて根治性を評価し、追加治療を検討する治療戦略が確立された。当日は頭頸部・食道表在癌の診断・治療・予防に関するエビデンスを系統的に紹介する。

『大腸鋸歯状病変を見逃すな：疾患概念と検出・診断のコツ』

近畿大学 消化器内科 教授 榎田博史先生

大腸癌前駆病変のひとつとして鋸歯状病変の重要性が叫ばれており、検診などで見逃しなく診断する必要があるが、実際には必ずしも容易ではない。まずは画像を多く見て頭の中に叩き込むのがよい。目が慣れてくると意外に多く見つかることに気が付かれるであろう。本講演では大腸鋸歯状病変の概念と臨床的意義(発癌における位置づけ)を整理し、検出・診断のコツを概説する。さらに、異型腺管や癌を伴った症例も紹介したい。

令和6年3月9日(土)

『代謝異常関連脂肪肝(MAFLD)の日常診療で気をつけるべきこと』

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 病態検査学講座 教授 本多政夫先生

最近、新しい脂肪肝疾患の定義が提唱され、代謝性機能障害に伴う脂肪肝(Metabolic dysfunction associated fatty liver disease: MAFLD)と言い、心血管イベントリスクであるメタボリックな因子を伴う脂肪肝を全て拾い上げ、身体全体の予後を意識した疾患定義へと変わった。糖尿病や脂肪肝、高血圧といった生活習慣病がどのように肝臓を悪くするのか。それらを治療することによってどうして肝臓が良くなるのかについて「代謝異常関連脂肪肝(MAFLD)の日常診療で気をつけるべきこと」を中心に講演する。

令和5年度 京都消化器医会会務報告

1. 庶務報告

令和5年3月31日現在	会員数	316名(別に顧問5名)
	入会	5名
	退会	10名
	物故会員	5名
令和6年3月31日現在	会員数	306名(別に顧問4名)
	対前年比増減	-10名

物故会員	柴田族光 先生(福知山)(令和5年6月19日)
竹内一実 先生(下西)(令和5年6月23日)	
辻 雅哉 先生(伏見)(令和5年9月3日)	
和 田 泰二 先生(左京)(令和5年9月4日)	
植 松 寿 樹 先生(西京)(令和6年2月20日)	

2. 事業報告

令和5年度 消化器医会学術講演

[定例学術講演会]

開催日	演 題 名	演 者	共 済	出席者
5年 4.15(土)	〈特別講演〉 AUDITによるアルコール 依存症のリスク分類から考 えるナルメフェンを使用し た飲酒量低減の実際	国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター ゲノム医科学プロジェクト 上級研究員(副プロジェクト長) 魚嶋 晴紀 先生	大塚製薬(株)	80名
5.13(土)	〈特別講演〉 消化器症状に用いる漢方 ～食欲不振・腹痛を中心に～	熊本赤十字病院 総合内科 部長 加島 雅之 先生	クラシエ薬品(株)	72名
6.10(土)	〈特別講演〉 潰瘍性大腸炎の内科治療の 実際～カロテグラストメチ ルをどう使う?～	北里大学 消化器内科学 講師 横山 薫 先生	キッセイ薬品(株) EA ファーマ(株)	68名
7.8(土)	〈特別講演〉 消化管腫瘍に対する内視鏡 診断・治療の実際～内視鏡診 断支援システム(AI)と新型ス コープの使用経験も含めて～	神戸大学医学部附属病院 国際がん医療・研究センター 消化器内科 森田 圭紀 先生	富士フィルム メディカル(株)	97名

開催日	演 題 名	演 者	共 済	出席者
7.29(土)	<基調講演> 胃癌のリスクを考える ～酸分泌抑制薬との関連を 含めて～ <特別講演> 大腸がんの左右差 ～症例と最近の話題をまじ えて～	京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 助教 清水 孝洋 先生 京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授 妹尾 浩 先生	武田薬品工業(株) 大塚製薬(株)	137名
9.9(土)	<特別講演> 肝疾患の最新の話 ～慢性肝炎から肝癌まで～	京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 助教 高井 淳 先生	ギリアド・サイ エンシズ(株)	60名
10.14(土)	<特別講演> 便秘と下痢の対処法 ～便通異常症診療ガイドラ イン 2023 に沿って～	兵庫県立はりま姫路総合医療 センター 院長 木下 芳一 先生	ヴィアトリス製薬(株)	44名
11.11(土)	<特別講演> 京丹後長寿コホート研究か ら見えてきた酪酸産生菌と 健康長寿との関わり	京都府立医科大学大学院医学 研究科 生体免疫栄養学 教授 内藤 裕二 先生	ミヤリサン製薬(株)	100名
12.9(土)	<特別講演> 潰瘍性大腸炎の治療戦略 ～多様化する生物学的製剤 時代における TNF 阻害薬 の役割～	千葉大学医学部附属病院 診療教授 内視鏡センター長 加藤 順 先生	田辺三菱製薬(株)	31名
6年 1.13(土)	<特別講演> 消化管機能を調節、改善す るさまざまな漢方薬たち ～科学的根拠に基づく作用 機序の解明により明らかにな ってきたこと～	東京慈恵会医科大学 疼痛制御 研究講座 特任教授 国立がん研究センター東病院 支持・緩和研究開発支援室 特任研究員 上園 保仁 先生	(株)ツムラ	74名
2.10(土)	(兼：消化器がん検診委員会 指定講習会) <特別講演1> 頭頸部・食道表在癌の診断・ 治療・予防 <特別講演2> 大腸锯齿状病変を見逃すな： 疾患概念と検出・診断のコツ	京都大学医学部附属病院 腫瘍内科 特定准教授 堅田 親利 先生 近畿大学 消化器内科 教授 檜田 博史 先生	オリンパスマー ケティング(株)	194名
3.9(土)	<特別講演> 代謝異常関連脂肪肝(MA- FLD)の日常診療で気をつ けるべきこと	金沢大学大学院医薬保健学総合 研究科 病態検査学講座 教授 本田 政夫 先生	興和(株)	83名

〔総合画像診断症例検討会〕

回数	開催日	症 例 検 討	Special Lecture	演 題 名	人数
173	5.6.3(土)	1. 症例提示 愛知医科大学 消化器内科 田村 泰弘 先生(胃、大腸) 2. 審査会日より	愛知医科大学 消化器内科 特任教授 小笠原 尚高 先生	「インターネット調査から みえてきた GERD と便秘 の現状～便秘患者の治 療ポイントも含めて～」	57名
174	5.8.5(土)	1. 症例提示 三菱京都病院 消化器外科 戸田 怜 先生(大腸) 京都第一赤十字病院 肝胆膵外科副部長 下村 克己 先生(十二指腸)	独立行政法人国立病院 機構 京都医療センター 消化器内科 村田 雅樹 先生	「炎症性腸疾患の医診 連携；診療所と我々 の架け橋」	43名
175	5.10.7(土)	1. 症例提示 今井内科胃腸科医院 今井 昭人 先生(食道、胃、大腸) 2. 審査会日より	京都府立医科大学 附属病院 内視鏡・ 超音波診療部 講師 吉田 直久 先生	「適切な内視鏡治療法選 択のための大腸病変の内 視鏡診断の工夫～拡大 観察やAI診断を交えて」	61名
176	5.12.2(土)	1. 症例提示 京都鞍馬口医療センター 消化器内科 東 瑛人 先生(大腸SMT) 京都鞍馬口医療センター 消化器内科 堀江 隆介 先生(十二指腸SMT)	京都鞍馬口医療センター 消化器内科 千藤 麗 先生	「当院における肝炎ア ラートシステムにつ いて～制度設計から 実際の運用～」	45名
177	6.2.17(土)	1. 症例提示 洛和会丸太町病院 消化器内科 太田 崇之 先生(胃、膵臓)	洛和会丸太町病院 消化器内科 診療部長 尾藤 展克 先生	「こんなときどうしま すか？消化管異物の 現実」	60名

〔その他の京都消化器医会関連の研究會〕

1) 京都消化器医会共催研究会

第20回京滋IBDコンセンサスミーティング…………… 5月20日(土) WEB

第21回京滋IBDコンセンサスミーティング…………… 10月14日(土) WEB

第33回京都消化器病態フォーラム…………… 11月16日(木) WEB
《臨時共催》

第2回京都胃癌予防研究会講演会…………… 6月15日(木)

京都肝疾患研究フォーラム…………… 6月29日(木) WEB

京都消化器医会共催炎症性疾患セミナー…………… 3月21日(木) WEB

2) 京都消化器医会後援研究会

3) 京都消化器医会関連研究会

2023年度京都府胃がん内視鏡検診従事者研修会…………… 11月25日(土) WEB

4) 会員限定企画

①消化器なんでも相談室(WEB開催)

5月13日(土)「内視鏡観察の困難部位 その1」

10月14日(土)「内視鏡観察の困難部位 その2」

②審査会だより(WEB開催)

10月7日(土)「毎月の保険診療について～審査員の裁量って何だ?～」

2月17日(土)「PPI・P-CAB処方時の留意点～査定されないコツ～」

京都消化器医会理事会(隔月、奇数月の第二木曜日に開催)

5月11日、7月13日、9月14日、11月9日、1月11日、3月14日

〔京都消化器医会主催委員会〕

審査委員合同委員会

5月11日(木)

11月9日(木)

令和5年度 京都消化器医会決算 (3/31現在)

令和5.4.1～令和6.3.31

収入総額 9,052,833
 支出総額 2,493,527
 差引残高 6,559,296

(収入の部)

科目	5年度予算	5年度実績	摘要
会費	1,443,000	1,396,000	5年度分 1,362,000(292名)、過年度分 15,000(2名) 新入会 19,000(5名)
交付金	300,000	300,000	京都府医師会助成金 300,000
協賛金	1,040,000	1,010,000	会報広告掲載料(16社) 800,000 会員名簿広告掲載料(11社) 210,000
雑収入	82,060	72,202	預金利息 62、宛名シール作成費 69,060 許諾抄録利用料金 3,080
小計	2,865,060	2,778,202	
前年度繰越金	6,274,631	6,274,631	4年度より繰越
合計	9,139,691	9,052,833	

(支出の部)

科目	5年度予算	5年度実績	摘要
事業費	1,900,000	1,679,550	会報39号(380部)、別冊 970,750 会報執筆料(10名) 275,000 長3封筒(1000枚) 11,550 会員名簿(2023.10版、380部) 368,500 174総合画像謝金(2名) 40,000 角2封筒(500枚) 13,750
会議費	296,000	238,000	理事会費用弁償(6回) 2,000×115人日 会計監査費用弁償 8,000
負担金及び利用料	266,000	265,900	消化器医会負担金(府医)
事務費	248,000	293,457	通信費(会報・理事会・会費など発送) 88,663 印刷・コピー代 18,690、職員残業代 161,160 会費口座振替事務処理費用 23,760 切手・はがき・速達代 1,184
雑費	55,000	16,630	会費振込手数料 16,630 供花料
予備費	100,000	0	
小計	2,865,000	2,493,537	
次年度繰越金	6,274,691	6,559,296	次年度へ繰越
合計	9,139,691	9,052,833	

令和6年4月4日

監事

杉 町 隆 文



監事

古 家 敬 三



《令和5年度 京都消化器医学会議事録要旨》

第1回 京都消化器医学会理事会議事録 令和5年5月11日（木）

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第11回消化器がん検診委員会(令和5年4月21日)

前川理事

【報告事項】

1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況(令和5年3月31日現在)

①大腸がん検診(単位：数は人、率は%) 予測値0.25%

	受診者数	要精検数	要精検率	精検受診者数	精検受診率	癌発見数	早期	進行	不明	癌発見率
平成29年度	17,343	1,319	7.61	942	71.42	49	31	18	0	0.28
平成30年度	20,170	1,546	7.66	986	63.78	69	46	22	1	0.34
令和1年度	20,170	1,806	8.95	1,253	69.38	67	47	18	2	0.33
令和2年度	14,903	1,301	8.73	911	70.02	52	30	16	6	0.35
令和3年度	16,529	1,210	7.32	773	63.88	36	30	6	0	0.22
令和4年度	17,263	1,206	6.99	629	52.16	28	21	7	0	0.16

②胃がんX線検診 予測値0.21%

	受診者数	要精検数	要精検率	精検受診者数	精検受診率	癌発見数	早期	進行	不明	癌発見率
平成29年度	2,210	411	18.6	357	86.86	4	3	1	0	0.18
平成30年度	1,562	291	18.6	247	84.88	0	0	0	0	0.00
令和1年度	1,539	273	17.7	226	82.78	3	3	0	0	0.19
令和2年度	1,014	193	19.0	159	82.38	3	2	1	0	0.30
令和3年度	1,098	174	15.9	129	74.14	4	3	1	0	0.36
令和4年度	919	139	15.1	90	64.75	1	1	0	0	0.11

③胃がん内視鏡検診 予測値0.21%

施設内	受診者数	要精検数	要精検率	精検受診者数	精検受診率	癌発見数	早期	進行	不明	癌発見率
平成29年度	1,028	64	6.2	23	35.94	6	5	1	0	0.58
平成30年度	1,159	57	4.9	18	31.58	4	4	0	0	0.35
令和1年度	1,349	43	3.2	10	23.26	5	5	0	0	0.37
令和2年度	706	86	12.2	85	98.84	3	3	0	0	0.42
令和3年度	1,183	142	12.0	141	99.30	2	2	0	0	0.17
令和4年度	1,036	110	10.6	107	97.27	7	5	2	0	0.68
一般	受診者数	要精検数	要精検率	精検受診者数	精検受診率	癌発見数	早期	進行	不明	癌発見率
令和1年度	517	103	19.9	NR	NR	0	0	0	0	0
令和2年度	295	66	22.4	NR	NR	0	0	0	0	0
令和3年度	426	83	19.5	82	98.80	0	0	0	0	0
令和4年度	383	65	17.0	63	96.92	0	0	0	0	0

④胃がんリスク検診

H.pylori 除菌への誘導率未把握

	受診者数	要精検数B+C	要精検率	精検受診者数	精検受診率	癌発見数	早期	進行	不明	癌発見率
平成29年度	890	131+38=169	19.0	96	56.8	1	1	0	0	0.11
平成30年度	581	109+20=129	22.2	67	51.9	0	0	0	0	0
令和1年度	812	120+46=166	18.8	90	54.2	1	0	1	0	0.12
令和2年度	385	66+24=90	23.4	47	52.2	0	0	0	0	0
令和3年度	419	55+31=86	20.5	44	51.2	0	0	0	0	0
令和4年度	376	57+11=68	18.1	32	47.1	0	0	0	0	0

令和4年度の一般二次読影方式の胃がん内視鏡検診において、判定結果の未記入例が、生検“あり”群で6件、“なし”群で45件あり、後者の45件のうち、施行医と読影医の判定が異なる症例が3件(施行医“胃がんなし”／読影医“胃がん疑い”1件、施行医“胃がんあり”／読影医“胃がんなし”1件、施行医“胃がん疑い”／読影医“胃がんなし”1件)あり、早急に調査・検討すべきであろう。

- 2) 京都市胃がん検診(内視鏡検査)二次読影医懇談会報告がなされた。
- 3) 胃がん内視鏡検診の京都府下への広域化に関する広報が報告された。

【協議事項】

- 1) 胃がん内視鏡検診の広域化に向けての手引案が提出された。現在、新規参入にあたり、従事者研修会への参加は要件に含まれていない。京都においては、システムの構築当初から、二次読影をより確実により容易に行うため、またスクリーニングEGDのスキルアップに役立てるために、連続性・網羅性を重視して静止画像を撮影して頂くことを推奨してきた。その旨を理解していただくための文言を手引きに追加していただくことが必要であると考え、継続審議となる。
- 2) 昨年12月に大腸がん検診システムの精密検査結果連絡票の新様式が承認された。委員会における報告様式も新しいものに変更することが承認された。
- 3) 地区担当理事連絡協議会は令和5年7月21日(金)午後2時30分から決定。
- 4) 現在、研修会申込時に名簿に記載された医療機関に出席証明シールを郵送している。医師が複数の医療機関に勤務する場合には、すべてに出席証明シールを郵送して良いと承認されたが、所属する医療機関の把握方法については検討が必要である。
- 5) 二次精密検査更新対象医療機関155施設のうち、9施設が選定基準のポイント不足であった。記載されている製品名から、電子スコープの本数をファイバースコープの本数として記載していると考えられる医療機関がある。対象医療機関にスコープについて確認し、ポイントを再計算することとした。更に、過去3年間の年間平均件数により獲得できるポイントが異なってくるが、症例数でポイントが不足している場合は、コロナ禍の影響も鑑み、更新継続の意向も確認して救済措置を講じるか否かを判断することとした。
- 6) 次回の従事者研修会は令和5年11月25日(土)に開催予定。開催内容については

次回の委員会で協議予定。

- 7) 京都市胃がん(X線)二次精密検査医療機関の選定基準の見直しについて「二次精密検査医療機関」の選定基準と「胃内視鏡検診実施医療機関認定・更新基準」の一本化の案について説明した。現基準では、消化器医会会員でポイントが付与されている。消化器医会への入会を促すための方策をどのように盛り込むか、或いは自動洗浄器を導入していない施設への対応なども含め、一本化に向けて継続審議とする。

次回委員会は令和5年6月16日(金)午後2時10分

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事
 今後、講演会の参加証は発行しない(4月から暫定的に開始されている)
3. がん登録事業委員会 大塚会長
 休会
4. 医療安全対策委員会(3月) 余理事
 ・胸部医会平岡委員より、「著明な浮腫・胸水を認めた超高齢者」症例よりポリファーマシー、処方カスケードの検討
 ・医療安全講演会報告(採血時の事故について)
5. 審査会(国保・基金)
 国保(小畑理事): 特になし 基金(藤田理事他): 特になし

II. 協議事項

1. 今期の医会運営について
- 1) 今後の集会の開催方法について: アンケート結果の報告より
- ・学術講演会: WEBとハイブリッドの希望が多いので共催メーカーに依頼してみる。
 - ・懇親会: 少し集まる方向で進めるが、希望されない方も3割おられる。
 - ・理事会: 5割以上がWEB開催希望。ハイブリッド開催は実務的に困難。
- 2) 会員を増やすための対策(会員数300名以上を維持が目標)
- ・新規開業医に対し「入会お誘い」文章の送付継続。昨年度は13名の新規入会あり。
 - ・功労会員: 役員の定年制を引くのであれば、功労会員とする案。役員の定年制は70歳(案)。→功労会員と定年制は継続審議
 - ・名誉会員: 医会に貢献度の大きかった会長経験者等の方で、医業を引退された場合に理事会審議で決定する。会費無料。
 - ・入会のメリット:
 - ①新規で企画している会員限定のコーナー(審査会日より、消化器なんでも相談室)
 - ②胃内視鏡検診の実施医と二次読影医の認定のために、「消化器医会会員であること」をポイントにしてもらいたい。
- 3) 定例学術講演会の運営
- ・共催メーカー獲得のため消化器領域に特化した会と他分野とコラボした会の構成。
 - ・臨時共催の応諾は会長判断として次回り次回で報告する。共催の場合は案内状送

付目的の「会員の住所と名前のシール」の提供は有償で可とする。

4) 総合画像

- ・共催メーカーの決定(EA フェーマ 3 回、武田薬品とオリンパスと富士フィルムはそれぞれ 1 回ずつ)。
- ・引き続き、朴理事、沖副会長を中心としたチームで運営。肝臓月間は角水副会長が担当。外科系は菊岡理事が担当。
- ・1.5～2年に約1回程度はIBD月間を開催(EA フェーマの枠)。

5) 会報編集

引き続き同様のスタイルで進める。コスト面は他分野で調整する(現在広告は14社から集まっている)。

6) 役員理事役割分担(別紙)京都府医師会の委員会での役割分担は(仮)の状態です。

7) 名簿作成(3年に一度で今年度は作成年度にあたる)

メーカー共催が得られない場合、前年度黒字分で費用を補填する。

2. 役員紹介と役割分担について(別紙)

京都桂病院消化器内科、日下利広先生→藤井茂彦先生(承認)の理事交代を承認。新規理事について適任者を、現理事の皆さんより推薦してもらう。

3. 会報編集の進捗状況：前回報告通り

4. その他：特になし

本日の理事会終了後に「合同審査委員会」を開催した。報告内容は別紙の通り。

第2回 京都消化器医会理事会議事録 令和5年7月13日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第12回消化器がん検診委員会(6月16日)

前川理事

【報告事項】

1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況について

実施状況は必要時あるいは半年に1回程度報告する予定。

アシスタの判定入力の際、最終判定の入力忘れが多く(約270/1,800件)正確な統計処理ができていない。最終判定未入力でも報告終了しても警告がでないシステムに問題がある。システムの改修が必須であるが、とりあえず従事者研修会で最終判定を入力し、確定の“クリック”をしていただく様周知徹底し、手引き配付時にその旨の説明を同封できるよう、富士フィルムメディカルは京都市しか使用していないシステムなので直すつもりはないとの回答であるが、引き続きシステムの修正を依頼する。

2) 胃がん内視鏡検診の広域化について

京都医報4/15号にて広域化について広報と公募を開始した。乙訓地区と京田辺市で説明会を実施し、乙訓地区は9月から開始される。

【協議事項】

- 1) 胃がん内視鏡検診の手引きについて
 検診実施内容は京都市と京都府で共通であることから、“京都府・京都市胃がん内視鏡検診の手引き”として、一般二次読影方式と施設内二次読影方式を一つにまとめた形式の手引きの案が提出された。主な改変点は“6. 胃内視鏡検査実施方法”に、“☆一口メモ☆消化器がん検診委員会より～”と題して、“・二次読影をより確実により容易にするためにコマ数制限より連続性・網羅性を重視して静止画像撮影に当たって下さい”という文言が追加され、更に京都府医師会ホームページに掲載されている、“京都市対策型胃がん検診基準静止画像 55 第 2 版”の閲覧方法が追加された。
- 2) 地区消化器がん検診担当理事連絡協議会(令和 5 年 7 月 21 日(金))の次第(案)が提示され WEB 併用で開催される。
 昨年 12 月に大腸がん検診システムの精密検査結果連絡票の新様式が承認された。委員会における報告様式も新しいものに変更することが承認された。
- 3) 二次精密検査医療機関の更新書類未提出の医療機関が 1 施設あり、今後の対応について協議した。提出期限より 4 ヶ月経過しているが、更新の意向は確認できていることから、担当理事より再度提出依頼をすることとした。
- 4) 胃がん内視鏡検診従事者研修会(令和 5 年 11 月 25 日(土))について
 第一回二次読影医懇談会(令和 5 年 3 月)が好評であった。本研修会に懇談会を設ければ、一次読影医或いは二次読影医の双方に必要な情報を共有することが可能となる。症例検討において検診内視鏡画像を使用することについては継続審議となった。
- 5) 京都市胃がん(X線)二次精密検査医療機関の選定基準の見直しについて
 本来二次精密検査は設備の整った施設でなされることが望ましい。また胃がん X 線検診、胃がんリスク検診の受診者は減少傾向に有り、大腸がんは増加が予想されるため、精査医療機関の選定基準を、上部と下部で分離し、上部は内視鏡検診の認定基準との整合性を図り、下部を独立した精査医療機関の選定基準に改変すれば、認定や更新に当たっての煩雑さが解消されるものと考えている。京都消化器医会への入会を促すための方策や、選定基準の詳細についても継続審議となる。
- 6) 消化器がん検診委員会指定の定例学術講演会(令和 6 年 2 月 10 日)について
 共催のオリンパスとの協議の結果、上部消化管は京都大学の堅田親利先生に依頼し承諾をいただいたが、下部消化管は近畿大学の榎田博史先生に依頼しているが学会と重なるため調整中。

次回委員会は令和 5 年 8 月 18 日の予定

2. 学術・生涯教育委員会
 休会

小畑理事

3. がん登録事業委員会

大塚会長

休会

4. 医療安全対策委員会(5月)

余理事

休会

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事): 特になし 基金(藤田理事他): 特になし

II. 協議事項

1. 総合画像の運営について

主に8月に開催する武田薬品との共催についてであるが、症例検討会の費用弁償は医会で行う(1症例に対し2万円)。同時に、他の共催メーカーも探す。

2. 会報編集の進捗状況

第39号の報告

第40号の特別寄稿論文の執筆依頼の予定は間部克裕先生「胃がん死撲滅一次予防、二次予防」と根本大樹先生「AIによる大腸ポリープ診療」

3. 役割分担について

京都府医師会からの依頼分

- 医療安全対策委員会…余理事
- 消化器がん検診委員会…前川理事、朴理事、沖副会長
- がん登録事業委員会…府医から大塚会長への依頼があった。黒田理事へ交代の調整中

4. その他

- 地区代表…地区代表は会則に載っているのでなくすことはできない。乙訓の猪谷孟雄先生が退会され、福知山の柴田族光先生がご逝去されたので、新たに選出が必要である。地区の会員の意見を聞く必要がある。9月の理事会で決定したい(継続審議)。
- 功労会員…継続審議
- 会員名簿作成…名誉会員の新設など編集委員会とも相談して進める。

第3回 京都消化器医会理事会議事録 令和5年9月14日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第1回消化器がん検診委員会(8月18日)

委員長: 丸山恭平先生 副委員長: 沖副会長、朴理事

【報告事項】

- 1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況について
検診実施状況について予防医学センター、府医事務局より報告。
- 2) 地区消化器がん検診担当理事連絡協議会の状況について
日時: 令和5年7月21日(金)14時30分～15時30分
場所: 府医会館601(WEB併用)

京都市内の地区からは、消化器がん検診全般について広報が不足しており、受診率が低いという意見が多く、京都市以外の地区からは、内視鏡検診を開始するにあたり、地区における実施医療機関の不足を懸念する意見が多く寄せられた。

【協議事項】

1) 京都消化器医会定例学術講演会(消化器がん検診委員会指定講習会)について

日時：令和6年2月10日(土)

提案趣旨：講演会の開催および未確定事項である第一部の座長と閉会の挨拶の担当者について協議。

結論：講演会の開催について承認。

開会挨拶は大塚会長、閉会挨拶は丸山委員長が担当する。

第一部(上部)の座長は朴理事、第二部(下部)は藤井理事。

2) 胃がん内視鏡検診従事者研修会について

日時：令和5年11月25日(土)

場所：京都府医師会館 310

提案趣旨：症例検討会の内容を中心に、最終の協議を行った。

主な意見：

- ・内視鏡検診の施行医に症例を提供してもらい、1件について15分ほどの解説をお願いしたい。
- ・検診での実際の症例を使用することが望ましいが、医療機関に対し事前に確認を取る必要がある。

結論：

- ・症例検討会の司会は朴副委員長と沖副委員長の2人に決定。
- ・症例検討会の症例については司会の先生が3、4例を選出することとした。
- ・候補症例の精密検査結果の収集については、事務局と調整する。

3) 胃がん内視鏡、京都市胃がん(X線)、大腸がん検診二次精密検査医療機関の選定・更新基準の見直しについて

提案趣旨：

- ・胃がん内視鏡、京都市胃がん(X線)、大腸がん検診二次精密検査医療機関の選定・更新基準について協議した。
- ・担当理事の案として、胃がん(X線)、大腸がん検診二次精密検査医療機関の選定・更新基準を、内視鏡検診の選定・更新基準と統合し一本化する方針が示された。また、内視鏡検診の認定・更新基準については、消化器医会会員や二次読影医の在籍を条件に、指定講習会と従事者研修会の参加回数を緩和する案も提示された。

主な意見：

- ・消化器医会に加入していることへのインセンティブを設けることに賛成する。また医療機関の選定・更新基準の統合についても賛成。

- ・内視鏡検診の認定基準の一つである「スコープ自動洗浄消毒装置を有する」について、実施件数が少ない医療機関にとっては自動洗浄装置の維持コストが大きい。
結論：選定・更新基準の見直しについては各自で持ち帰り、次回委員会で検討する。

4) その他

- ・前期委員会の未解決課題について、前川前委員長より資料が提供されたため報告。
- ・胃がん内視鏡検診の二次読影医の担当制について報告。胃がん内視鏡検診の広域化に伴う件数増加に備え、10月より1週間の担当医の人数を2、3人から4人に変更する。

次回委員会は令和5年10月20日の予定

- *丸山新委員長が、消化器医会理事会に参加をしてもらえないかを大塚会長から打診されることになった。

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事
休会

3. がん登録事業委員会(9月開催あり) 大塚会長
委員長、副委員長の選出

4. 医療安全対策委員会(7月) 余理事
休会

5. 審査会(国保・基金)
国保(小畑理事): 特になし
基金(吉田副会長より):

- ・IBDで新しく適応のとれた生物学的製剤(ステラーラやエンタイビオなど)であるが、投与間隔や投与量を添付文書の記載通りでない場合がある。それも病院から維持療法を開業医に間違った用量で依頼し、開業医は間違ったまま投与していることがある。高額だが査定せざるを得ないので困っている。
- ・タクロリムスはIBDの場合クローン病では保険適応がなく、UCしか通っていない。

6. 新しい取り組み(消化器医会会員のみ参加可能)

- 1) 消化器なんでも相談室(今井理事): 第2回は10月14日の定例学術講演会後
- 2) 審査会だより(沖副会長): 第1回は10月7日の総合画像診断研究会後

II. 協議事項

1. 総合画像症例検討会の運営について

共催の担当月は以下の通り

EA ファーマ: 2月、6月、10月 富士フィルム: 4月 武田薬品: 8月
オリンパス: 12月

2. 会報・名簿編集の進捗状況

- ・第40号会報
特別寄稿論文に京大の妹尾教授に依頼する。

症例報告：検討中

特別企画：次回(11/9)理事会後に「10年間を振り返って」というテーマで座談会を開催する。

- ・名簿については「顧問」の下のスペースに「名誉会員」を記載する。

3. 地区代表選定について

乙訓地区：猪谷孟雄先生が閉院され、後任として、菅田医院 菅田信之先生依頼(内諾済み)。

福知山地区：柴田族光先生がご逝去されたので、後任に京都ルネス病院 中村先生に依頼する。

第4回 京都消化器医会理事会議事録 令和5年11月9日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第2回消化器がん検診委員会(10月20日) 丸山恭平委員長

【報告事項】

- 1) 京都市胃がん検診大腸がん検診実施状況について
- 2) 京都市胃がんリスク層別化検診 結果通知書の変更について

【協議事項】

- 1) 市町村への大腸がん検診二次精密検査医療機関名簿の提供について

宇治市の国保加入者向け人間ドックで、要精査と判定された受診者に、大腸がん検診二次精密検査医療機関名簿を配布したいという相談が宇治市から京都府に寄せられた。問題ないと回答。

- 2) 11月25日の胃がん内視鏡検診従事者研修会について

角水理事より講演「胃がん内視鏡検診の現状と課題」

茨城県メディカルセンター 斎藤陽子先生の講演

「内視鏡検診 スクリーニング内視鏡検査はどうあるべきか」

「内視鏡検診精度向上のための症例検討」(司会：沖副会長、朴理事)

実際の内視鏡検診での発見胃がんの症例より議論する

- 3) 胃がん内視鏡検診 京都市胃がん(X線)大腸がん検診二次精密検査医療機関の選定・更新基準の見直しについて

角水京都府医師会理事からの提案

- ・胃がん内視鏡検診更新基準(5年毎)で胃がん検診従事者研修会は5年に2回以上参加となっているのを二次読影医在籍医療機関は1回減らす。
- ・消化器がん検診指定講習会は5年に3回以上参加となっているのを消化器医会会員は1回減らす。
- ・胃がん検診二次精密検査医療機関の選定基準に胃がん内視鏡検診実施医療機関はそのまま認定する。

- ・更新基準で5年毎に消化器がん検診指定講習会は3回以上参加を消化器医会員は1回減らす。
- ・大腸がん検診二次精密医療機関と胃がん検診二次精密医療機関の選定基準は重複する部分が多いので整理した。すなわち胃がん検診二次精密医療機関の条件をパスしている施設は大腸がん二次精密医療機関の施設基準を満たしているとする。ただし、日本消化器内視鏡学会の専門医あるいは日本消化器がん検診学会の認定医で下部消化管内視鏡検査の実施医が在籍しているなどの条件を求めた。
- ・新基準で指定講習会を5年に3回以上を消化器医会員は1回減らす。
→消化器医会員は例会で症例検討などに参加されていることから講習会参加必須回数を1回減にすることと胃がん内視鏡検診実施医療機関は大腸内視鏡についても熱心にされている先生がおられることが多いことから選定基準の加えることを提案された。次回までの検討課題となった。

4) 各地区でおこなわれている胃がんX線検診の読影について実施困難な地区が出た場合どうするかという問題提起があった。X線検診を今後も続けるのかという問題もある。また、できないといわれる地区が出た場合に対応を考える必要がある。

(本日の理事会から出た意見)

- ・以前に消化器医会に「読影チーム」を作り実際に読影に行った実績がある。
- ・今後は予防医学センターに読影を外注するという案がある。外注をしていないのは京都市だけで先人の医会の先生方の努力で制度化されたものだが、若い世代は胃透視をされないので見直しが必要である。
- ・丸山委員長「内視鏡検診が実績をあげてきており、内視鏡の時代なので、もうそろそろX線検診を中止すると京都市に提案しようかと考えるが、医会の意見を聞きたいとのことだった。X線検診を中止するとレントゲン技師の仕事がなくなってしまうなどの問題があるのは事実である。内視鏡検診は乙訓でスタートされ、宇治市、城陽市でも来年から開始の予定である。内視鏡検診の偶発症については委員会で今後の検討課題とする。」

2. 学術・生涯教育委員会

小畑理事

第49回京都医学会(ハイブリッド開催)の状況についての総括

「医療DX」をテーマに特別講演では原祐一先生に、シンポジウムでは白石裕一先生を総括として3名の先生にご講演いただいた。一般演題は50題、初期研修医セッションは7題、Re-1グランプリの発表者は7名、臨床研究道場は7名の相談者であった。当日の参加は444名(会場参加160名、WEB参加284名)であった。

- ・一般演題の時間のずれがあった。時間の余裕をもったスケジュール設定が必要。
- ・同一施設からの発表が多く施設の偏りを感じた。演題応募の少ない領域がある。
- ・一般演題等の施設の偏りを解決するためにポスター発表を取り入れるのはどうか。
- ・初期研修医の発表を独立したセッションではなく一般演題の各領域の発表の最初

に割り振りしたほうが交流しやすい。

- ・アーカイブ配信では、フロアからの質問(音声)が拾えていないところがあった。
- ・Re-1 グランプリは興味深い企画であった。もう少し時間を取れると学術的な点からも深みが増すのではないか。
- ・午後のプログラムの前に帰宅した参加者が多くみられた。昼食の時間を加味してプログラムを設定するのはどうか。
- ・表彰者が特別講演前に退席するのが目立った。全プログラム終了後に表彰の時間をとるのはどうか。
- ・研修医優秀発表の選定について得票の多い2題は質疑応答の回答も優秀だった。

【1位】ヒト咬傷を契機に発症した *Eikenella corrodens* と *Streptococcus constellatus* による化膿性腱鞘炎及び急性骨髄炎の1例 洛和会音羽病院 鄭 美栄氏

【2位】胃癌腹膜播種に対して Nivolumab 使用後、irAE による劇症1型糖尿病を発症した1例 京都府立医科大学附属病院 宇都山 遥氏

【参加賞】応募者全員(1位、2位を除く)

※副賞は1位：5万円、2位：3万円、参加賞：図書カード5,000円

第50回京都医学会の開催について

開催日は令和6年9月29日(日)とする。

- ・テーマについては委員の意見をもとに正・副委員長が次回委員会までに検討する。

3. がん登録事業委員会 大塚会長
休会

4. 医療安全対策委員会(9月) 余理事
今期のテーマの決定「カルテの記載方法について」

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事):

- ・PPI投与に際し、胃潰瘍の病名では8週間しか算定を認めない。またその際、新規投与であっても病名開始日が古い場合は査定の対象なる。
- ・AIによる優秀なスクリーンソフトというのが入っており、全国で統一した審査がされるようになっているが、国保はまだそこまでできていない。

基金(藤田理事ほか):

6. 新しい取り組み(消化器医会会員のみ参加可能)

1) 第2回消化器なんでも相談室(10月14日) 今井理事
前回に引き続き、上部消化管内視鏡検査の盲点について話し合いました。前回の胃体部大彎、噴門部小彎に引き続き、胃角・胃体下部後壁、前庭部小彎(角裏)を取り上げ、動画を交えました。「レンズ面の水切れをよくするには」との質問があり、クリアッシュを送水タンクに入れることを検討しました。

第1回審査会だよりWEB(10月7日の総合画像診断研究会後) 沖副会長

総合画像診断症例検討会での討議と審査会だよりでの情報交換を充実させるために、審査会だよりは総合画像診断症例検討会から独立し、WEB番組としてスタートしました。総合画像診断症例検討会の後番組として4ヶ月に1回、年3回の開催を予定しています。「損しないためのレセプト作成法」について会員で情報共有してゆく予定です。今回WEB版の第1回を10/7に開催しました。審査機関についての総論的な話をしてゲスト(今回は今井昭人先生)から保険審査についての情報提供を頂き、会員からの質問に答えました。次回開催は2月第3週土曜日(2/17)の予定です。

II. 協議事項

1. 今期の医会運営について

2. 会報編集の進捗状況

- ・特別寄稿論文：間部克裕先生、根本大樹先生、妹尾浩先生、加島雅之先生に依頼しており、間部先生のみ応諾
- ・症例報告：今井理事「A型胃炎のNET G1」、もう一題(総合画像)
- ・会員の広場：角水副会長「来年から広域化される胃内視鏡検診について」
- ・コーヒープレイク：戸祭理事「好酸球性食道炎」
- ・40号の特別企画：この10年間の会長経験者の苦労話、各理事からも各分野で10年間の話→臨時理事会(メール)で内容を再検討して決議をとることにする

3. 総合画像症例検討会の運営について

4. 会員名簿と会則について

名誉会員の記載場所は役員の最終ページとなった。

会則の追加について：会則第6条に「8. 理事会は会に功労のあった会員を名誉会員に推薦することができる」の文言を加えることを検討しており、臨時理事会(メール)で決議をとることになった。来年1月の理事会で最終的に了承を得て総会に提出する。

5. その他として以下の要望あり

- ・理事は理事会前に準備をして発表して欲しい
- ・理事会での議案の決め方が曖昧である。了承されたのか、否決されたのか、継続審議になったのかが不明瞭なので改善を求める。

* 本日理事会終了後に「審査委員合同委員会」の開催

第5回 京都消化器医会理事会議事録 令和6年1月11日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第3回消化器がん検診委員会(12月15日)

丸山恭平委員長

【報告事項】

- 1) 京都府・京都市胃がん検診大腸がん検診実施状況について

検診実施状況について予防医学センター、事務局より報告。

胃がん内視鏡検診広域化について、令和6年度から実施予定しているのは、現時点で11市町村(宇治市、城陽市、久御山町、京田辺市、八幡市、井手町、宇治田原町、亀岡市、綾部市、舞鶴市、精華町)であることを京都府より報告。

→広域化の問題点として、内視鏡洗浄機を持っていない医療機関があることで、行政からの補助は予定されていない。

2) 京都府胃がん内視鏡検診従事者研修会の状況について

出席 = 154名(医師 = 133名、行政関係者 = 21名)

→行政関係者が多数参加されたことから、角水理事からは毎年報告をしてほしいと考える。アンケートから沖先生、朴先生の症例検討が好評であった。

*主な意見：参加医師のうち対策型検診と任意型検診の割合はわかるか。当日の資料希望者への資料の配布はどうするか。

*結論：参加医師の詳細が把握できるよう申込時の項目追加を検討する。当日の資料は、参加者全員に出席証明シールと共に郵送する。

3) 京都府医師会消化器がん検診委員会指定講習会の開催について

日時：令和6年2月10日(土)

場所：京都府医師会館310(WEB配信)

実施医療機関への開催案内は、プログラムが確定次第送付する。

これまで通り、講習会の企画立案は消化器医会、広報は府医という役割で今後も共催として開催する。

【協議事項】

1) 令和6年度京都府胃がん内視鏡検診従事者研修会の日程について

開催予定：令和6年11月16日(土)

場所：京都府医師会館

2) 令和5年度地区消化器がん担当理事連絡協議会の開催について

開催予定：令和6年3月22日(金)

場所：京都府医師会館211(予定)ハイブリッド開催

事前アンケートは昨年と同じ内容で実施する。

3) 胃がん内視鏡、京都市胃がん(X線)、大腸がん検診二次精密検査医療機関の選定・更新基準の見直しについて

提案主旨：胃がん検診(胃透視)二次精密検査医療機関(以下「胃透視精検」と胃がん内視鏡検診実施医療機関(以下「内視鏡検診」)の選定・更新基準が別々にあり混乱が生じていたため、選定・更新基準について前回委員会に引き続き協議した。

結論：「内視鏡検診」の認定・更新を受ければ「胃透視精検」認定・更新は不要とする、など統一基準(角水理事案：資料あり)が提出され、令和6年度から採用する

ことについて承認された。

4) 胃がん(X線)検診の読影体制について

提案主旨：現在各地区で実施しているが、実施が困難な地区があった場合の来年度以降の対応について、京都市からの報告を踏まえ協議した。

主な意見：読影医の高齢化などの課題はこれまでもあり、地区医師会としては京都市からの方針を待っている状態で、今回の資料は有益な情報である。

結論：令和6年度からも現状の体制で運用するが、読影体制が困難となる可能性は課題として認識しており、読影体制や実施時期の見直しによる効率的な実施について、京都市と予防医学センターと府医である程度のシミュレーションを行い引き続き検討する。また、本資料を地区医師会内で配付することについて承認された。

→地区医師会からは読影の件数が少ないので医師へ読影料を支払うと赤字になるので、読影料を値下げする必要がある、との意見が出た。

5) 市町村の内視鏡検診における鎮痛剤・鎮静剤の使用、および抗血栓薬服用者への対応について

提案主旨：

(ア)鎮痛剤・鎮静剤の使用の制限を緩和してほしいという意見

(イ)抗血栓薬服用者は対象外となる状況

これらの今後の運用や手引きの変更について協議した。

主な意見：

- ・使用を認める場合は、消化器がん検診学会のガイドラインを遵守される施設では許可することや、リカバリールームが必須となるため使用可能な施設を公表してはどうか。
- ・鎮静剤使用を容認するような文言になることが懸念される。
- ・鎮静剤ばかりが問題になるが、ブスコパンなど鎮痙薬やキシロカインも安全な薬ではなく一定数が偶発症の原因になっているため注意喚起は必要ではないか。
- ・医師でない行政担当者が判断するのは困難なため、判断のラインを明確に答えられる窓口があればいいのではないか。
- ・「検診は可能だが、生検はできない」という条件で抗血栓薬内服者の胃内視鏡検診受診を容認してもよいのではないか。
- ・ガイドラインでは抗血栓薬内服者の生検が制限される条件は限られている。抗血栓薬内服者だから「生検不可」とすることは腑に落ちない。

結論：胃がん内視鏡検診の手引きに明記できるよう、簡潔な文章を作成し、次回委員会で検討する。

(消化器医会委員より)

「行政からの抗血栓薬服用者が対象外になることに対しきちんと啓蒙してほしい

し、今後は対象外となっていることに対し緩和して欲しい」という意見が出た。

6) 内視鏡検診中の偶発症の報告基準について

提案主旨：検診中の偶発症の報告基準について協議した。

主な意見：経鼻内視鏡時の鼻出血の偶発症としての報告については、報告基準を統一するための説明文書を従事者に配付してはどうか。

結論：手引きに記載するための内容について、前川委員に作成いただいた資料を元に次回委員会で検討する。

7) その他

①令和6年度からの大腸がん検診について

京都市より報告。大腸がん検診の受診勧奨や受診率向上を目的とし、集団検診の申込者全員に大腸がん検診キットを同封することがほぼ決定している。

実施することによる懸念事項があれば事務局に連絡をいただく。

②胃がん内視鏡検診症例画像の供覧

「画像点検に問題あり」と判定された ASSISTA 上の内視鏡画像を供覧。

主な意見：二次読影医が意見交換できる機会として、昨年度開催した二次読影医の懇談会を、今後も開催できるといいのではないかと。評価だけでなく改善点のコメントも重要である。

結論：広域化に伴い勉強会が必要となることも考えられることから、二次読影医の懇談会の開催について検討する。

2. 学術・生涯教育委員会

小畑理事

1) 第49回京都医学会の参加者数について

9月24日に開催された第49回の京都医学会のアーカイブ配信が10月22日(日)に終了し、参加者数総数は534名でした(現地参加：160名、WEB参加：284名、録画配信視聴者：90名)。

2) 日本医師会生涯教育講座開催申請の仕様変更について

<https://www.kyoto.med.or.jp/education/index.html> を参照

3) 第50回京都医学会の開催について

とき：令和6年9月29日(日)

ところ：京都府医師会館

特別講演：「人生100年時代 ～京丹後長寿コホート研究から(仮)」をテーマに、京都府立医科大学 的場聖明先生に講師依頼を行う。

シンポジウム：「高齢者医療～健康寿命延伸を目指して(仮)」をテーマに企画を進めシンポジストには、京都大学 高齢者医療ユニット 近藤祥司先生を総括とする。アンチエイジング、初期認知症患者の対応(レカネマブ登場を含む)、骨粗鬆症患者の骨粗鬆多職種連携(ドミノ骨折)をサブテーマで講演いただける講師を検討する。

新企画：「専門医会レクチャー(仮)」継続審議

4) 第26回府医生涯教育セミナーの開催について

とき：令和6年7月27日(土)または8月31日(土)午後2時30分

ところ：京都府医師会館

テーマ：「かかりつけ医として知っておきたいメンタルヘルスの基礎知識」

3. がん登録事業委員会 11月10日(金) 大塚会長

【報告事項】

令和5年度届出状況について(2023年4月～2023年10月末受付分)

届出数…27,555件

前年同月届出数…28,035件(前年同月比98.3%)

4. 医療安全対策委員会(11月) 余理事

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事)：

1) 骨粗鬆症治療薬は基本的に単剤しか認めないので注意が必要(資料あり)。

2) 文書注意：令和5年8月審査 内科診療所

貴院には昨年10月に文書による注意を申しあげているところですが、その後(2022年11月審査分から2023年8月審査分)、施行されたEF胃・十二指腸197例中185例に生検されています。また同じ期間内に施行された大腸内視鏡検査79例すべてに生検が行われ、そのうち3臓器生検が59例施行されています。通常では考えられない高い生検率です。また提出いただいた上部、下部内視鏡所見や病理所見用紙を拝見しましたが明らかに不必要と思われる生検が見受けられます。適正に必要な検査を行うように努めてください。

基金(吉田副会長ほか)：

1) PPIは「胃潰瘍」の病名では8週の投与制限があるが、5年や10年も前の「胃潰瘍」の病名に対し8週間の投与は査定の方針である。

2) PPIで「胃潰瘍」の病名で病名を付け替えての連続投与についても査定の方針である。

3) クリニックでのプロポフォールの投与は査定の方針。

6. 新しい取り組み(消化器医会会員のみ参加可能)

1) 消化器なんでも相談室

今井理事

次の開催についてはメーカーと審議中。

2) 審査会だよりWEB

沖副会長

2月17日(土)総合画像診断症例検討会に引き続いて開催。

今回のテーマは「損しないためのPPIの保険請求」です。年3回開催予定。

II. 協議事項

1. 講演会の企画と予定について

2. 会報編集の進捗状況と40号企画について

(2023/12/17 臨時メール理事会にて、回答者14名全員賛成で承認された)

- ・特別寄稿論文：間部克裕先生、根本大樹先生、妹尾浩先生、加島雅之先生より応諾済み
- ・第40号の記念企画：この10年間の会長経験者の苦労話、各理事からも各分野で10年間の話
- ・症例報告：今井理事「A型胃炎のNET G1」
- ・症例クイズ：なし
- ・沖副会長、GERD・LPRD(咽喉頭逆流症)に関する研究会でのトピックス
- ・会員の広場：角水副会長「来年度から広域化される胃内視鏡検診について」
- ・コーヒープレイク：戸祭理事「好酸球性食道炎」

3. 会則の追加について

2023/12/17 臨時メール理事会にて、下記の(案)が、回答者14名全員賛成で、承認された。

会則に掲載する名誉会員の規定内容の文章(案)

「理事会は会に功労のあった会員を名誉会員に推薦することができる。」

上記の文章を「京都消化器会会則 第6条8.」として追加する。

第6回 京都消化器医会理事会議事録 令和6年3月14日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第4回消化器がん検診委員会(2月16日)

丸山恭平委員長

【報告事項】

- 1) 京都府・京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況について
- 2) 胃がん内視鏡検診実施医療機関のステッカーが作成され、配布予定

【協議事項】

- 1) 胃がん内視鏡検診における質問・回答フォームについて
検診医と二次読影医との意思疎通を匿名で行うためのツールを作成してはどうかとの提案がなされ、承認された。今後細部を協議してゆく予定
- 2) 市町村の内視鏡検診における鎮痛剤・鎮静剤の使用、および抗血栓薬服用
受診条件を緩和し、検診実施要項を改変することが協議された。
 - i) 鎮痛剤・鎮静剤の使用 →引き続き認めないこととなった
 - ii) 抗血栓薬内服者について

それぞれのガイドラインに準じて対応することで合意した。実施要項を改変するためには実施する自治体や医療機関に説明する必要がある、3月に開催される胃がん検診ワーキンググループで出された意見をふまえて次回委員会で引き続き協議を行う予定

3) 内視鏡検診中の偶発症の報告基準について

胃がん内視鏡検診における偶発症の定義が曖昧であったため協議した。

JCHOの安全管理指針に記載されている影響度分類をもとにした案が前回委員会で提示されていたが、今回承認された。例えば経鼻内視鏡の鼻出血を偶発症として報告する基準は「止血に難渋し、止血までに相当の時間を要した」または「止血のために耳鼻科受診を要した」ものとした。

4) 精密検査結果連絡票および治療結果連絡票について

検診発見胃がんの治療結果を報告する書式を追加することが提案され、承認された。

5) 宇治市の胃がんリスク層別化検診(ABC検診)実施開始と精密検査医療機関リストの提供について

令和6年度から宇治市で胃がんリスク層別化検診(ABC検診)がスタートする。宇治市から京都市で使用している胃がん検診精密検査医療機関の名簿を受診者に渡してもよいかどうかの問い合わせがあった。これの可否が協議され、可とした。

6) 胃がん内視鏡検診二次読影医懇談会の日程について

令和6年5月17日(金)、場所：京都府医師会館(WEB併用)で承認された(日程については変更の可能性あり)。

7) その他

①胃がん内視鏡検診画像の供覧胃がん内視鏡検診において、画像点検で「改善の余地あり」と判定された症例と、最終判定が「胃がんあり」となった症例の画像を供覧した。

②胃がん内視鏡検診クラウドシステム「ASSISTA」の入力漏れについて

最終判定が未入力である症例のデータが100件以上存在することを報告。最終判定を入力していなければ報告を完了できないようなシステムにできないか、申し入れ中。

③胃がん内視鏡検診における「胃がん以外の悪性疾患」について

現在運用中のシステムは胃がん検診に特化しており、最終判定は胃がんに関する「異常なし」「がん疑い」「判定不能」によってなされている。胃がん以外のがん(例：食道がん)が発見されても「異常なし」と表示されてしまい、受診者に誤解を与えてしまう恐れがある。受診者に判定結果を通知する際に注意喚起を行うなど、対策が必要であることを確認した。

④胃がん内視鏡検診広域化の進行状況の報告

(亀岡)令和6年7月から実施予定。市内の検診のキャパシティが小さいため、市としては他の市町村での受診を勧奨する模様である。

(綴喜)京田辺市が先行して実施予定。検診の実施体制については今後協議を行い決定していく。

(宇治久世)来年度から実施予定。検診のキャパシティが小さい地域もあるが、地

区全体としては実施可能であると考えている。

(乙訓)今年度から実施しているが、現状は特にトラブルはない。

次回委員会の開催日時：4月19日(金)午後2時10分～

2. 学術・生涯教育委員会(休会) 小畑理事
3. 第2回がん登録事業委員会 大塚会長

【報告事項】

令和5年度届出状況について

届出数…33,077件

前年同月届出数…33,227件(前年同月比99.5%)

4. 医療安全対策委員会(1月) 余理事
 - ・透析患者のポリファーマシーに関して
 - ・若年者の市販薬のオーバードーズに関して
 - ・コロナウイルス薬の妊婦への投与に関する産婦人科医学会からの声明に関して

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事):

基金(吉田副会長ほか):

6. 新しい取り組み(消化器医会会員のみ参加可能な企画)

- 1) 消化器なんでも相談室 今井理事
 テーマは画像強調内視鏡や胃がん内視鏡検診の撮影方法などについて引き続き取り上げる予定。

次回以降の開催については年3回のEAファーマがスポンサーの定例学術講演会のあとに、審査会だよりと交互で行う予定となった。

- 2) 審査会だよりWEB 沖副会長

第2回審査会だよりWEB 令和6年2月17日(35名参加)

テーマ「PPI・P-CAB 攻略法」

次回開催は6月15日(土) テーマ「H. pylori 関連の話題(仮)」

II. 協議事項

1. 講演会の企画と予定について(上記の通り)
2. 会報編集の進捗状況と第40号企画の進捗状況について

第40号:

- ・「特別寄稿論文」は5題中4題が未入稿
- ・「会報40号特別企画」の座談会は文字おこしされた文章を該当者にメールで配信されるので訂正などをして返信後、編集される

第41号:

- ・「特別寄稿論文」は約4題を予定しており、堅田親利先生、檜田博史先生への依頼を委員会で検討中である

3. 総会の準備について

総会案内葉書の文面の確認

総会資料(第4号議案として「医会会則の一部改正に関し承認を求める件」がある)の確認、特に意見は出なかった。予算書、決算書は例年通り監事にお願ひする。

4. その他

2年以上の会費未納者(2名)については、連絡をつけられそうな理事から依頼することになった。

〔令和6年度 京都消化器医学会役員〕

令和6年4月現在

会 長	大塚 弘友(留任)		
副 会 長	沖 映希(留任)	角水 正道(留任)	吉田 憲正(留任)
相 談 役	小川 欽治(留任)(理事兼任)		
	中島 悦郎(留任)(理事兼任)		
監 事	粉川 隆文(留任)	古家 敬三(留任)	
理 事	今井 昭人(留任)	宇野 耕治(留任)	落合 淳(留任)
	小畑 寛純(留任)	葛西 恭一(留任)	勝島 慎二(留任)
	菊岡 範一(留任)	黒田 雅昭(留任)	竹村 俊樹(留任)
	十倉 佳史(留任)	戸祭 直也(留任)	藤井 茂彦(留任)
	藤田 祝子(留任)	朴 義男(留任)	前川 高天(留任)
	余みんてつ(留任)		

(以上 24 名)

地区代表	(乙 訓)菅田 信之(新任)	(宇治久世)丸山 恭平
	(綴 喜)下野 道廣	(亀 岡)十倉 佳史(理事兼任)
	(福 知 山)中村 圭也(新任)	(舞 鶴)堀澤 昌弘
	(与 謝)中川 長雄	(京 大)妹尾 浩
	(府立医大)	(第一日赤)佐藤 秀樹
	(第二日赤)宇野 耕治(理事兼任)	(医療センター)宮本 心一
	(市 立)山下 靖英	

(以上 12 名)

顧 問	伊藤 義人(京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)
	小濱 和貴(京都大学大学院医学研究科 消化管外科学 教授)
	妹尾 浩(京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)
	波多野悦朗(京都大学大学院医学研究科 肝胆膵・移植外科学 教授)

(以上 4 名)

《令和6年度事業計画》

〔学術講演会予定〕

- 1) 定例学術講演会(各月の第二土曜日に開催予定とする。)
 - 4月13日(土) <特別講演>『糖尿病だからこそ取り組みたい便秘治療～生活習慣と消化管疾患のエビデンスも含めて～』
古川 慎哉 先生(愛媛大学総合健康センター 教授)
 - 5月11日(土) <特別講演>『上部消化管機能疾患の治療戦略～NERD/FDいっしょに考える～』
本郷 仁志 先生(藤田胃腸科病院 理事長/院長)
 - 6月8日(土) <特別講演>『潰瘍性大腸炎内科治療における経口 α 4インテグリン阻害薬の意義～基本情報と実診療におけるポジショニングを中心に～』
中村 志郎 先生(大阪医科薬科大学 第二内科 専門教授)
- 2) 臨時学術講演会：講演が決まり次第、適時開催する。
- 3) 総合画像診断症例検討会：偶数月の第一土曜日に開催。
- 4) 共催、後援研究会の開催
その他の各種研究会への積極的アプローチ
- 5) 府医各種委員会への参加
がん登録事業委員会、消化器がん検診委員会、医療安全対策委員会、学術・生涯教育委員会
- 6) 関係方面各種委員会への参加
京都府社会福祉審議会専門委員、京都市社会福祉審議会委員
- 7) 基金、国保審査委員合同委員会の開催(5月、11月定期開催)
- 8) 会報(No. 40)の発刊
- 9) 臨床研究に関する調査、立案
- 10) その他

京都消化器医学会 会報投稿規定

京都消化器医学会は年1回京都消化器医学会会報(Journal of Kyoto Society of Gastroenterology, KSG)を発行しています。本誌への投稿は会員に限るものではありません。消化器病学の進歩と会員の臨床、研究に寄与しう内容の投稿を受け付けています。

投稿論文の種類

「特別寄稿論文」、「臨床研究」、「症例報告」以外、症例クイズ、コーヒーブレイク、座談会、審査会日より、会員の自由投稿などを掲載していますが、「前3者」以外の形式は自由です。

論文の形式

論文タイトル、著者名、所属、抄録(300字以内)、キーワード(5個以下)、本文、図表およびその説明、文献の順に記載して下さい。

特別寄稿論文は総説に準じ「はじめに、本文、おわりに」の順、臨床研究は原著形式で「はじめに、対象と方法、結果、考察、結語」の順、症例報告は「はじめに、症例、考察、結語」の順でお願いします。

論文の書き方

原稿枚数の制限はありません。但し、編集の都合で訂正をお願いする場合があります。

患者のプライバシー保護のため、患者個人のデータ(患者の氏名、イニシャル、臨床経過が特定できるような日付、特定可能な顔写真等)は原稿に含めないようにして下さい。

人名は原語、薬品名は一般名(希望する場合は商標名を括弧内に記載も可)で表記し、慣用となっている以外の略語を用いる場合は初出時に full spell を記載して下さい。年号は西暦を用い、度量衡は原則 CGS 単位に準じて下さい。

図表は白黒、カラーどちらでも可能です。図表の説明は和文として下さい。

文献の記載法は引用順に番号を付し、本文中に背番号(例：¹⁾)を付して下さい。

文献の書き方

雑誌は著者名(著者数は最初の3名までとし、それ以外は「他」「et al」として省略)、論文タイトル、誌名、巻、頁一頁、西暦の順に記載し、著者のイニシャルの後にはピリオドを付けないで下さい。和文誌には略語を用いず、欧文誌名は Index Medicus に準拠した略名を用いて下さい。単行本、書籍は著者名、論文タイトル、書籍名、版数、編集名、発行所、発行都市、頁一頁、西暦の順です。

(例) Sato Y, Itoh F, Hinoda Y, et al: Expression of CD10/neutral endopeptide in normal and malignant tissues of the human stomach and colon. J Gastroenterol 32; 12-17: 1996

(例) 供 和彦, 前田 豊, 水林竜一, 他: E型急性肝炎の一例, 日本消化器病学会雑誌 94; 434-439: 1997

(例) O' Mahony S, Rose SL, Chilvers AJ, et al: Finding an optimal method for imaging lymphatic vessels of the upper limb. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2004 doi: 10. 1007/s00259-003-1399-3

(例) 上村朝輝: 原発性硬化性胆管炎. 最新内科学体系, 51巻, 井村裕夫, 他編, 中山書店, 東京, 216-224: 1992

留意事項

他紙に投稿(予定)のない論文をお願いします。又、図表、文章の引用は了承を得ているか、出典の明記がなされているか、患者のプライバシー保護に十分配慮されているか、投稿に際し共著者間の同意が得られているかにつき確認をお願いします。

投稿論文は著者ならびにその所属施設の倫理委員会や治験審査委員会の規則に則って下さい。開示すべき利益相反(COI)がある場合は原稿末尾に記載して下さい。投稿原稿は当会編集委員会の承認(修正等が必要な場合は著者と協議させていただきます)を得たうえで、著者校正1回を経て掲載させていただきます。本誌投稿論文の著作権は京都消化器医学会に帰属しますが、決して著者の権利を拘束するものではありません。再利用等につきましては事前にご連絡下さい。投稿論文の媒体の種類は問いません。投稿依頼時に指示頂ければ対応致します。掲載料は無料ですが著者には掲載誌1部および別刷30部を贈呈致します。それ以上の別刷希望には実費が必要となります。

論文送付先 〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会館内
京都消化器医学会 TEL: 075-354-6105 FAX: 075-354-6097

編 集 後 記

新年早々から能登半島地震や日航機衝突事故が発生し、不穏な雰囲気ではじめた令和6年も早くも半分が過ぎました。世間では既にコロナ収束感の漂う中、コロナとインフルエンザの同時流行に見舞われ、医療現場では相変わらず感染症対策に追われておられることと思います。消化器医会では、新たな企画を開始するなど例年に劣らず活発で地道な学術活動を続けています。2023年も素晴らしい講演や症例報告があり、会員から好評を博したものを各先生に論文化してもらい会報を作成しました。時間のある時に読み返していただき、実臨床にお役立て頂ければ幸いです。

(竹村 俊樹)

京都消化器医会会報 No.40

医学中央雑誌刊行会 取載誌コード：J06771

発行日 令和6年6月30日
発行所 京都消化器医会
京都市中京区西ノ京東栞尾町6
京都府医師会館内
TEL 354-6105
発行人 大塚弘友

印刷所 (株)こだま印刷所 ☎841-0052