

第 29 回

「臨床を語る会」

日 時：令和7年11月6日（木）午後7時～

場 所：弘前市医師会館 4階 視聴覚室（ハイブリッド開催）

弘前市医師会報 61（2）：19—25, 2026

講演 1

胃透視検診の現状

千葉胃腸科内科医院

千葉 裕 樹

【はじめに】

弘前市の胃がんに対する検診業務は1) 胃透視検診 2) 胃がん内視鏡検診の二種類に分けられる。しかしながら筆者が医師になった四半世紀前より胃の検査は既に内視鏡が主体であり、内視鏡検査については筆者自身十分に研鑽を積んだつもりだが、胃透視について検査法、読影法も含め十分な研鑽を積んだとは言えない状態で現在に至る。そういった中、現在も胃透視検診が胃がんに対する検診業務の二本柱の一つに鎮座しており、その読影業務を行っているうちの一人が他ならぬ筆者自身である。本来であれば自分自身の胃透視検診の読影結果と実際の二次精査での結果を検証し、自身の読影力について検証したうえで反省するべきではあるが、今回は自院でのデータで可能な限り弘前市における胃透視検診の現状について検証を行った。

【方 法】

2024年に千葉胃腸科内科を受診した胃透視検

診二次精査受験者168例につき検討した（1症例に病名重複あり）。胃透視二次精査の診断名は「胃炎疑い：72例」「胃潰瘍疑い：48例」「胃ポリープ疑い：41例」「胃がん疑い：5例」「胃粘膜下腫瘍疑い：5例」「十二指腸潰瘍疑い：1例」「精査要件不明：7例」で当院にて施行された上部消化管内視鏡検査の結果より診断精度につき検討した（図1）。

二次精査案件：168例

胃炎疑い：72例

胃潰瘍疑い：48例

胃ポリープ疑い：41例

胃癌疑い：5例

胃粘膜下腫瘍疑い：5例

十二指腸潰瘍疑い：1例

不明：7例

図1：2024年当院受診した胃がん検診二次精査案件：168例（病名重複あり）

【結果】

胃炎疑い72例のうち慢性萎縮性胃炎64例(88.9%)であった。胃潰瘍疑い48例のうち胃潰瘍6例(12.5%)であった。胃ポリープ疑い41例のうち胃ポリープ6例(14.6%)であった。胃癌疑い5例のうち胃癌0例(0%)であった。胃粘膜下腫瘍疑い5例のうち胃粘膜下腫瘍0例(0%)であった。十二指腸潰瘍疑い1例のうち十二指腸潰瘍0例(0%)であった。精査要件不明7例のうち胃癌指摘0例(0%)であった(図2)。胃癌疑いの陽性的中度は0%であったが、胃潰瘍疑い48例のうち2例に胃癌

が指摘された。胃癌検診読影にありがちな手法で、読影者が実際に胃癌を疑った場合にもあえて「胃癌疑い」と表記せず「胃潰瘍疑い」とされる事は珍しくない。胃潰瘍疑いから胃癌と診断された2例につき胃透視と内視鏡の整合性を検討した。症例1は90歳代女性。胃透視検診で胃体部を中心とした全周性壁肥厚像が認められており(図3)、当院で施行された上部消化管内視鏡検査にて胃噴門部から前庭部にかけて送気による進展不良、壁硬化像が認められ生検にてsig, porのadenocarcinomaと診断された(図4)。本症例は胃体部を中心としたスキルス胃癌であり、胃透視と内視鏡所見の整合性が認められた。症例2は60歳代男性。胃透視読影結果の病変部位等、詳細な記載がないため筆者が改めて評価したところ、胃前庭部後壁に陰影欠損像が認められる事から同部位を「胃潰瘍疑い」と仮定した(図5)。当院で施行された上部消化管内視鏡検査では胃角部小弯後壁に10mm 0-IIc病変が指摘された事から胃透視との整

陽性的中度	
胃炎：88.9%	十二指腸潰瘍：0%
胃潰瘍：12.5%	
胃ポリープ：12.5%	
胃癌：0%	
胃粘膜下腫瘍：0%	

図2：胃癌検診の陽性的中度

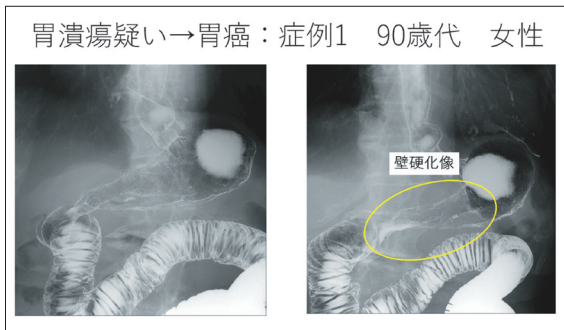


図3：症例1の胃透視所見

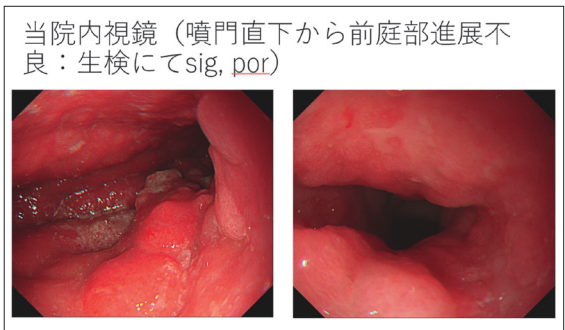


図4：症例1の内視鏡所見

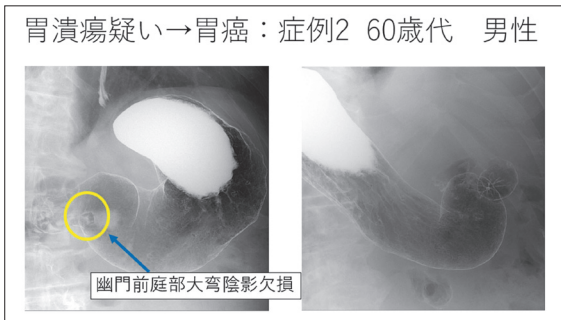


図5：症例2の胃透視所見

当院内視鏡 (胃体下部小弯後壁10mm 0-IIc)

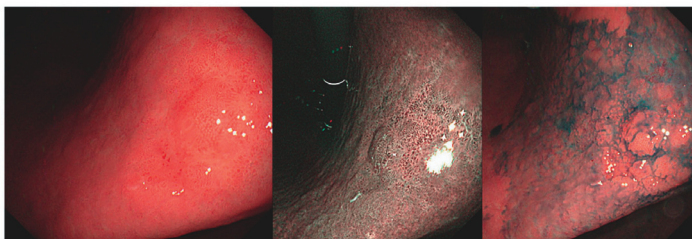


図6：症例2の内視鏡所見

2年前の胃透視

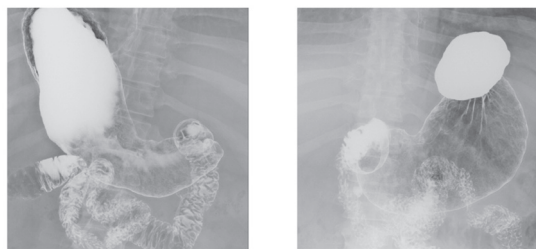


図7：症例3の2年前の胃透視所見

今回の胃透視 (ポリープの増大?)

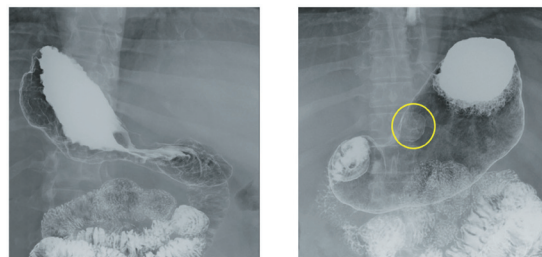


図8：症例3今回の胃透視所見

当院内視鏡 (胃体下部前壁20mm 1型)

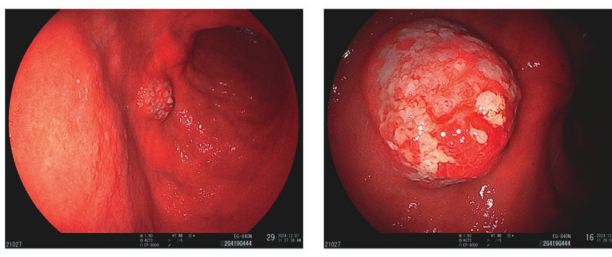


図9：症例3の内視鏡所見

合性は得られなかった (図6)。よって本症例は結果、偶然発見された胃癌であり、胃透視では陰性癌と判断された。また胃ポリープ疑い精査でも胃癌1例が指摘された。症例3は他施設にて2年連続で施行された胃透視検診の比較により「胃ポリープ増大」を指摘されて要精査となった (図7, 図8)。当院にて施行された上部消化管内視鏡検査で胃体下部前壁に20mm大の1型腫瘍を指摘された。この事から同病変は胃

透視との整合性が得られた進行胃癌と判断された (図9)。以上の事から「胃潰瘍疑い」「胃ポリープ疑い」を読影者が胃癌を疑って要精査と判断したと仮定すると、胃潰瘍疑い48例中2例に胃癌指摘。ただし1例は偶然癌であったため実質的中1例、胃ポリープ疑い41例中1例に胃癌指摘、胃癌疑い5例中胃癌的中なしであったためこれらを合算すると陽性的中度は2.12%であった (図10)。胃炎疑い72例中にも偶然胃

胃潰瘍、胃ポリープ = 胃癌疑いと仮定

胃潰瘍疑い：48件 胃癌：1/48

胃ポリープ疑い：41件 胃癌：1/41

胃癌疑い：5件 胃癌：0/5

陽性的中度 = $(1+1+0)/(48+41+5) = 2/94 = 2.12\%$

図10：胃癌の陽性的中度

癌が1例指摘された。症例4は40歳代男性。胃炎疑い要精査となり当院にて施行された上部消化管内視鏡検査で胃体中部大弯後壁に20mm大0-IIc病変を指摘され、生検結果はsig, porのadenocarcinomaであった(図11)。形態学的には早期胃癌であるが、病理組織および腫瘍径より内視鏡治療適応外病変と判断された事から外科手術適応と判断された。術前検査に際して胃透視が必要であり、前回の胃透視検診では胃

癌は指摘されていないようだが、今回は内視鏡検査で病変が特定されているため筆者の拙い胃透視技術でも病変の描出は可能だろうと検査に臨んだ結果、病変描出は不可能であった(図12)(もちろんバリウム濃度を調整し、経鼻胃管を挿入して空気量を適宜調整するといった「こだわりの」胃透視を行えば病変を描出できた可能性もあるが、外科手術のためにそこまでの胃透視が必要なのか筆者には疑問でありタイムパフォーマンスや患者負担を考慮すれば現実的ではない方策である)。以上より症例4については胃透視と内視鏡の整合性が得られず、上部内視鏡検査のみで早期胃癌が指摘される結果となった。胃透視検診の現状をまとめると慢性萎縮性胃炎の陽性的中度は極めて高いが、胃癌の陽性的中度は低く、尚且つ早期胃癌の描出は困難であった。一方で慢性萎縮性胃炎の精査で偶然胃癌が見つかる場合もある事から慢性萎縮性胃炎についてはやはり上部消化管内視鏡検査

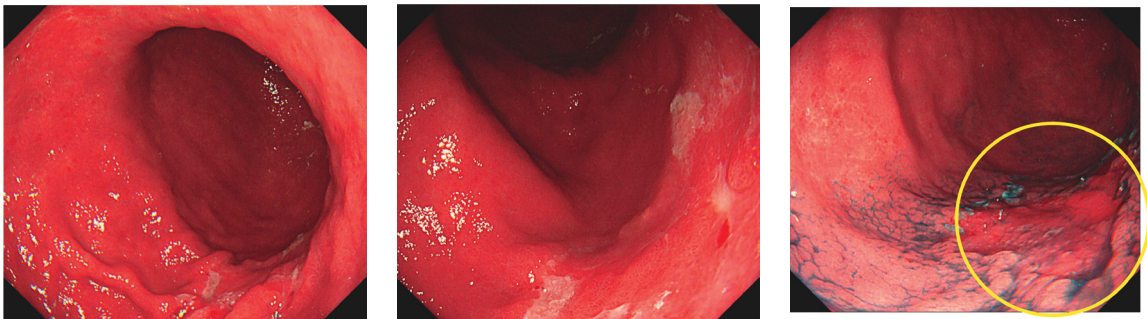


図11：症例4の内視鏡所見

外科術前胃透視(病変描出できず・・・)

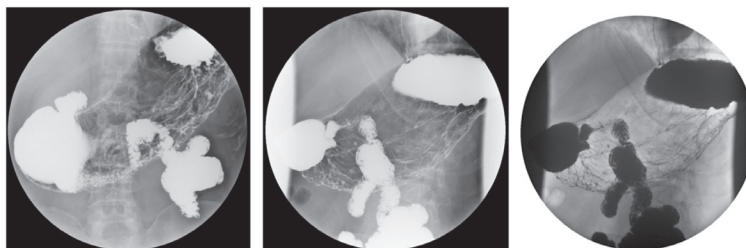


図12：症例4の胃透視

での経過観察が望ましいと思われた。

【考 察】

胃については H. pylori 感染既往の「ある・なし」で大別できる。感染既往が「ある」胃については 1) 現行感染している胃 2) 過去に除菌歴のある胃 3) 偶然除菌、自然除菌後の胃に分けられる。1) 2) については診療時に診断できるし、3) については検査で H. pylori 陰性であっても内視鏡観察で萎縮粘膜を確認できれば診断する事が可能である。当院では感染既往のない方には 99% 胃癌が発症しない事、胃透視検診は不要である事、1% の胃癌発症リスクについては任意内視鏡検診を受ける事を全員にご説明している。一方で感染既往のある方には除菌後も胃癌発症リスクが残る事、除菌後胃癌の発見は胃透視検診では難しい事、そのため胃透視検診ではなく定期内視鏡検査を受ける事を被検者全員に説明している。今回の発表に際して得られたデータを踏まえ最近の被検者への説明は「我々が発見したいのは早期胃癌であるが、胃透視検診で早期胃癌を発見することは難しい。結果的に進行胃癌になるまで気づかれない事になりかねないため、くれぐれも胃透視検診ではなく内視鏡検査を受けてほしい」と更に踏み込んだ説明ができるようになった。患者に説明をするうえでも非常に具体的で説得力があるため、それだけでも今回の発表が有意義なものであったと思うが、それにつけても胃癌陽性

的中度の程度が気になった。胃癌陽性的中度 2.12% という数値の妥当性が筆者には判断できないため Chat GPT に質問したところ 3% 程度が妥当との事なので胃癌検診としての機能は果たされていると考えられた。一方で過去に上部内視鏡検査既往のある被検者の多くが再度胃透視検診を受けている事には疑問が残る結果となった。胃透視検診二次精査で上部消化管内視鏡検査を受けた事で H. pylori 感染の有無が明白となり、感染既往の「ない」方は 99% 胃癌にならないため、胃癌検診を積極的に受けるべき対象ではなく、仮に受けるとしても胃透視ではなく任意内視鏡検診を選択するべきである。また感染既往の「ある」方については胃癌発症リスクを配慮し定期上部消化管内視鏡検査を受けるべきである。今回当院で二次精査を受けられた方の受診経緯をみると 168 例のうち、80 例は初回の上部内視鏡検査であったが、一方で残り 88 例は H. pylori 除菌後胃透視「出戻り」要精査、5 例は未感染確認例であった（図 14）。つまり約半数が内視鏡検査から胃透視への「出戻り」症例であり不適切な検診であったと判断される。胃透視検診という診断確実性の低い検診に対して読影経験の浅い筆者のような人間が毎回大量に胃透視読影を行う事自体精神的プレッシャーであり、更にその中には本来受診すべきでない胃透視被検者が存在する事も胃透視読影の疲弊の原因となっている。今後

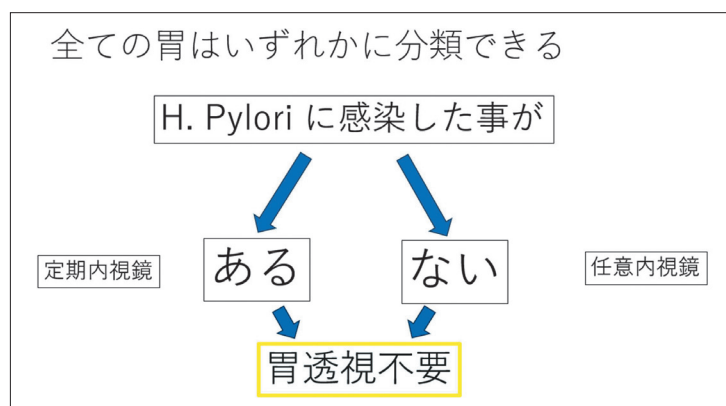


図13：内視鏡検査施行後は H. pylori 感染の有無に関わらず胃透視不要



図14：二次精査のうち約半数が内視鏡での経過観察案件

胃X線検診のための読影判定区分

カテゴリー	カテゴリーの説明	管理区分
1	胃炎・萎縮の無い胃	精検不要
2	慢性胃炎を含む良性病変	
3 a	存在が確実でほぼ良性だが、精検が必要な所見	精検該当
3 b	存在または質的診断が困難な所見	
4	存在が確実で悪性を疑う所見	
5	ほぼ悪性と断定できる所見	

図15：従来の慢性胃炎：「要精査」が「精検不要」となってしまう

H. pylori 感染者が減っていく中、国の政策としていつまで胃透視検診が続けられるのかは不明であるが、読影者の高齢化も考慮すればこのまま被検者の絶対数を減らさないまま胃透視検診を続ける事は胃透視経験の少ない若手医師への負担増となりまさしく負の遺産となってしまう。そのため上部消化管内視鏡検査を行った各施設で厳密にトリアージを行い、患者ひとりひとりにしっかり今後の方針（胃透視は不要である事）について説明をする事が必要である（図13）。事業所によっては胃透視検診を必須としているケースもあるため不適切な検診全てをなくす事は難しいかもしれないが、現状よりは改善できると思われる。胃透視検診は慢性萎縮性胃炎（＝H. pylori 感染者）の検出に優れてい

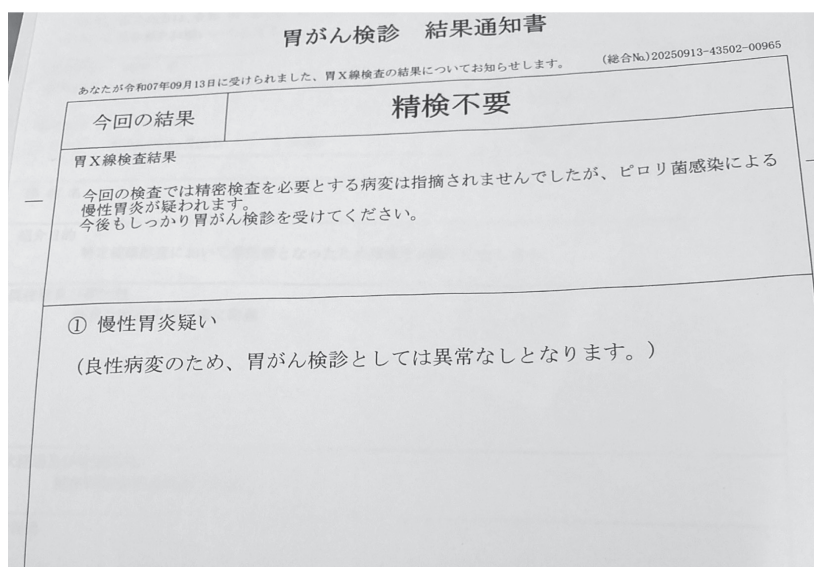
るため、見つかった慢性萎縮性胃炎を全例「要精査」とする事でH. pylori 関連胃癌を見逃すリスクを大幅に減らす事になる。更に除菌療法呼び水にもなり、胃透視検診の絶対数を減らす機会にもなる。胃透視検診での慢性萎縮性胃炎「要精査」は、まさに「良い事づくめ」であるが、実はこの「慢性胃炎→要精査」が今後大幅に減ってしまう可能性がある。2026年5月現在弘前市医師会では依然導入されていない「胃X線検診による読影判定区分」が今後導入されると、カテゴリー2の慢性胃炎を含む良性病変は管理区分として「精検不要」と判定されて被検者に結果が送られる。従来であれば「慢性胃炎→要精査」であったものが、「精検不要」となってしまう、現在までの上部消化管内視鏡検査へ

の呼び水が断たれる可能性がある（図15）。青森検診センターでは既に読影判定区分が導入されている。精検不要には注釈程度に H. pylori 感染の事について触れられるが、その事実（胃癌発症リスク）に気づいて二次精査を受診する被検者が果たしてどのくらいいるのだろうか（図16）。今後カテゴリー分類が弘前市医師会の胃透視検診に導入される場合には精検不要に加えもっと上部消化管内視鏡検査の呼び水となりうる強力なパワーワードを注釈に加えるべきであると筆者は願っている。

【終わりに】

「胃透視検診の現状」と題した発表を今回改めて論文化した。論文化により自分自身漠然と

考えていた事が理路整然とするため、発表時に既に論文化を終えていればもっと説得力のあるプレゼンテーションができたのではないかと毎回論文作成をしながら歯がゆい思いをしている。時間的制約もありなかなか発表スライド作成と論文作成の並行作業が難しいところではあるが、次回こそリベンジを果たしたい。そして自分自身の思考を洗い出す事ができて自身のキャリアについて改めて学び直す機会にもなるため、老若男女問わず多くの先生方に「臨床を語る会」で大いに臨床を語って頂きたい。これは学術委員会委員長であり本会の座長でもある筆者の切なる願いである。



胃がん検診 結果通知書
あなたが令和7年09月13日に受けられました、胃X線検査の結果についてお知らせします。 (総合№)20250913-43502-00965

今回の結果	精検不要
胃X線検査結果	
今回の検査では精密検査を必要とする病変は指摘されませんでしたが、ピロリ菌感染による慢性胃炎が疑われます。今後もしっかり胃がん検診を受けてください。	
① 慢性胃炎疑い (良性病変のため、胃がん検診としては異常なしとなります。)	

図16：青森検診センターでは既に読影判定区分が導入されている。「精検不要」と以下の文言