

編集後記

小澤 俊文 総合犬山中央病院消化器内科

1950～70年代、本邦において国民病とまで言われた胃癌に関して、研究者たちの絶え間ない努力によって画像診断学、内視鏡治療や外科手術、病理診断学など世界に冠たる診療技術が築かれてきた。しかし、今なお年間約13万人が胃癌に罹患し約4万3,000人が死亡している。これは、胃癌を効率的に早期発見し、適切かつ高精度の治療に結びつけていく胃癌スクリーニング体制が不十分であり、受診率・精検受診率・治療後経過観察などの追跡調査が十分にできておらず、“組織型検診”としての精度管理体制が整っていないことによる。近年では、超高齢化や医療費削減への対策として、厚生労働省からPHR (personal health record) システムや人工知能 (artificial intelligence ; AI) を用いたデジタル管理が考案されている。予防医療の推進においても同様に積極的なデジタル管理が必要であるが、一方で個人情報管理など諸問題も存在する。

また、胃癌発生の主たる原因である *H. pylori* (*Helicobacter pylori*) 感染率の低下や除菌治療の普及により、背景胃粘膜が変化することで、若年層での胃癌罹患率の低下も予測されている。加えて、食生活を中心とした生活習慣の変化や胃酸分泌抑制薬の使用頻度増加などにより日本人の胃粘膜は大きく変化しており、それゆえに胃癌スクリーニングを取り巻く環境も大きく変化しているのは当然と言える。まずは、これらを歴史経過も踏まえて俯瞰的に記された春間論文を熟読されたい。また、病理組織学的に背景胃粘膜に迫った和田論文も読み込むことで理解が深まるであろう。

さて、対策型の胃がん検診における上部消化管内視鏡検査 (esophagogastroduodenoscopy ; EGD) の位置付けは精度維持の点からも極めて重要である。河合論文にもあるように、高画素経鼻内視鏡の導入により内視鏡検査そのものの受容性も高まっている。一方で、検査施行医数や検査施設でのマンパワーには限界もあり、検診におけるEGDの取り扱いが容易に解決できる課題ではない。また、X線検診

においては認定専門放射線技師による読影補助制度があり、読影体制の維持に有用とされている。

また、胃がん検診の精度管理においても進歩がみられる。安保、加藤両氏の論文に述べられているが、胃がんX線検診においては判定区分 (カテゴリー分類) が導入され、良性疾患の取り扱いが容易となり、不確定所見からの拾い上げを区別することが主な特徴である。加えて、遠隔読影は精度管理の実態把握も含めて有用と考えられるが、現場の実態に即した利用に関する指針の作成が急務であろう。内視鏡検診の場においても精度管理が極めて重要なことは論をまたない。今後、AI診断が導入されることで拾い上げや質的診断における“均てん化”という観点からもさらなる向上が期待され、その要旨は平澤論文に明る。

さらには、2020年初頭から国内においてもまん延したSARS-CoV-2により健診の場でも検査のあり方が問題となっている。EGDは患者の咳嗽や嘔気 (俗に言うゲップ) を誘発しやすく、エアロゾル感染/飛沫感染/接触感染などのリスクが極めて高い現場である。したがって、感染症からスタッフを守るための具体的方策が急務とされ、個人用防護具 (personal protective equipment ; PPE) やシールド、処置具の扱い、検査室内の換気、動線の見直しなど、現場において物心ともに大きな負担となっているのも事実である。その対策となるスコープの選択 (高画素の経鼻/細径内視鏡) や鎮静剤使用などに関する詳細は中島論文を通読し参考にされたい。無症候性感染者を念頭に置いた検査前の抗原あるいはPCR (polymerase chain reaction) 検査などをルーチンで施行している施設も多く、検査開始時間が後ろ倒しとなる課題も見逃せない。

本特集号を精読いただき、前述した諸課題を包含する胃癌スクリーニングの現状と将来への取り組みについて、諸氏も一緒になって考えていただければ本特集号を企画した末席者として幸甚である。