

消化器now^{ナウ}

No.37  2007

発行所:財団法人日本消化器病学会
〒104-0061
東京都中央区銀座8丁目9番13号
発行人:跡見 裕
編集責任:広報委員会
制作:株式会社協和企画

日本消化器病学会の健康ニュース 2007.No.37



ジェネリック医薬品

日本消化器病学会理事
昭和大学医学部第2内科教授

井廻 道夫

ジェネリック医薬品の使用促進がさまざまなキャンペーンされています。ジェネリック医薬品は、日本では、これまで後発医薬品と呼ばれていたものですが、海外の generic medicine (drug) に習い、最近ではこう呼ばれています。

先発の医薬品とジェネリック医薬品との違いは何でしょうか。医薬品の開発には膨大な開発費がかかります。そこで、新薬先発医薬品)に対しては20、25年の特許期間が与えられ、その間は他の会社はその薬を製造し、販売することはできません。この特許期間が過ぎますと、その薬にかかった開発費は十分回収されたものとして、同等な薬を他の会社が開発し、販売することが可能になります。

新薬の承認までにはいくつもの段階の臨床試験を行い、さまざまな審査を受ける必要があります。開発期間も長くなります。しかし、ジェネリック医薬品の場合は品質

の安定性と先発医薬品と同等の作用を持つことを証明すれば製造承認を受けることができるため、効果があることが保証された薬品を、短期間で安価に製造し、販売できます。日本では、ジェネリック医薬品は先発の医薬品に比べ価格が半分程度であり、医療費削減のためにジェネリック医薬品の使用が推奨されているわけです。

ところで、日本では本間に医薬品に使われる医療費が他の先進国よりも多いのでしょうか。最近の統計では、1人当たりの薬剤費はアメリカ、ドイツ、フランスよりも低く、国民1人当たりの医療費に占める薬剤費の割合は18%程度と、フランスよりも低くなっています。日本の医療費は、GDP(国内総生産)比では先進国の中で最低であることは周知のことです。過度の医療費削減政策が医療の荒廃、新薬開発に対する意欲の低下につながらないことを望みます。



ずばり
対談

医師弁護士と第一線外科医が語り合う医療訴訟の現状と対策

医療訴訟はなぜ増えるのか

弁護士・三宅総合法律事務所
東京大学大学院医学系研究科
医療安全管理学客員教授

児玉 安司 氏

日本消化器病学会広報委員会委員
大阪大学大学院消化器外科学教授

門田 守人 氏

患者が医療者側を提訴する民事の医療訴訟が急増しています。1970年に年間1000件程度だったものが、近年は10000件前後になっていきます。原因は何か、事態がこのまま推移すれば、医師は積極的な治療を行わない防御診療へ傾斜することになりはしないか、患者側は医療不信を募らせて、診療の遂行に支障をきたすことになりはしないか。不幸なことです。今回は誌面を3頁に増やし、医師でもある児玉安司先生と、民事医療訴訟に絞り、背景と問題解消の方策を徹底的に話し合います。(門田守人)

不幸な事故が重なって

門田 まず、医療訴訟急増の背景について話し合いたいと思います。

児玉 世界的な視点から申し上げます。ミレニアム前後、つまり1999年から2000年にかけて、世界中のメディアが、医療に対する不信感をいっせいに表明したことがあげられます。そして、1999年に米国学会議が有名なステートメント「Too Many Human」邦訳版人は誰でも間違える」の中で、米国の医療事故死者が年間、4万4000人から9

万8000人出ていることを公表し、これが大きなモニュメントになりました。国内では横浜と東京で2つの衝撃的な医療過誤が重なりました。

門田 1999年に起こった横浜市立大学の患者取り違い事件がきっかけになって、マスメディアは激しい医療事故報道を行うようになりました。肺がん患者に心臓の切除術を行い、一方の心臓病患者に肺の摘出術を行ったというものです。その直後には都立広尾病院で注射器の取り違いによる死亡事故が起こりました。ともに対策委員会が設立さ

れ、原因究明と予防対策が検討され、厳格な報告書が公表されました。これらの不幸な事故や一連の報道を、多くの医療者は教訓ととらえ、事故の再発防止に努める機運になったと思います。医療訴訟の増加は、医療事故が増えているからでしょうか。


「医療不信」が根底に

児玉 そうではないと思います。

医療訴訟や民事紛争の経過を分析してみますと、医療の質の低下との相関関係を示す根拠は認められておりません。訴訟の増加は、報道されるような医療過誤・事故が増えたからではないということだと思います。最大の要因は増大する患者の「医療不信」だと思います。患者は長年、医師に「私の方を振り返ってくれない」という不満を抱き続けてきました。これが積もり積もって、20世紀末になって、ダムが決

児玉 安司
(こだま やすし)

昭和58年、東京大学法学部卒。平成3年、新潟大学医学部卒、在日米海軍横須賀病院勤務。同6年、最高裁判所司法研修所修習生終了。同8年、米国ニューヨーク州司法試験合格。弁護士の傍ら、日本医師会の「医療対策委員会」副委員長、横浜市の「患者の安全管理に関する評価委員会」委員など多くの公職につき、活躍している



壊するように噴出したのです。1999年を日本における「医療事故元年」と考えています。

門田 そうですか。少し安堵しました。近年の高度な医療技術の急速な進歩は患者に恩恵をもたらす一方で、医療事故を誘発する可能性も高めています。腹腔鏡下手術などは代表例の1つでしょう。開腹手術にくらべ患者の負担はきわめて少ない。その一方で、外科医がこの体に優しい手術を行うには熟練者から指導を受け、十分に手

技を習得する必要があります。2002年には泌尿器科医が前立腺がんの患者に腹腔鏡下手術を行って死亡させ、有罪判決を受けたことは記憶に新しいところです。

児玉 この事故は、連日、大きく報道されたため、この種の死亡事故が多発しているのではないかと受けとめられています。実際は、きわめて例外的な事例です。しか



し、日常診療では種々のトラブルが起こっています。優秀な医師でも腹腔鏡下手術で腸管を損傷して化膿性腹膜炎を起こすことがまれにあります。患者は、つらい思いをしたうえ、入院・療養期間が予定よりも大幅に長くなります。術前に腹腔鏡下手術の利益だけを聞かされた患者は、医療は進歩したが、結果は期待はずれだったとの思いを強く持ちます。この患者の「期待はずれ感」が医療訴訟の出発点になるケースが多くなっています。

「防御診療」を生む恐れ

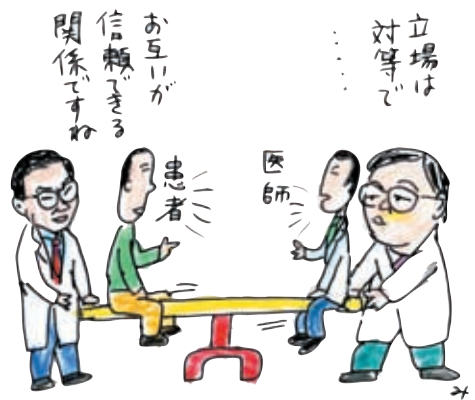
門田 通常の医療行為では回避できそうにないケースで訴えられては、医療全体が防衛的になるのではないかと心配です。

児玉 医療訴訟の根本には、医療技術の進展に対応して、患者との人間関係を適正に維持していく技術が進展してこなかったことにあるかと思われま。医師は術前に患者に新しい医療技術に伴う利益と損失をもう少し積極的に紹介すべきではないでしょうか。患者が十分納得できるように説明されていれば、ト

ラブルが起きても訴訟に発展するケースは減ると思われま。


門田 たしかに、そうですね。外科医は、必ずインフォームド・コンセント、つまり十分な説明を行い、患者の同意を得たうえで、外科的処置を行うことになっていま。この「十分な」ところが、医師と患者では認識に大きな相違があるということですね。先日、ある患者から、「先生は何十年も医学の勉強をしておられるが、それを医学知識のない私に1時間や2時間の説明で理解し、同意書に署名しろといわれても、ちよつと難しい」といわれました。私は、インフォームド・コンセントの際、患者に手術で起こり得る損失の種類や頻度も、過去のデータを基に説明しています。

児玉 米国では、インフォームド・コンセントは、80年代までは医師にとつて「厄介者」でした。法律家は、医師が患者に対して治療や検査に伴うリスクも徹底的に説明することを求めました。一方、医師は手術で死ぬこともあり得ると告げまうと、患者は必要な手術を受けなくなるのではないかと、思い、



また、「患者が嫌がるほど説明することで、良好な関係が成立するのか」との疑問を持ち続けていました。現実には、裁判所では自己決定権に基づく医師の説明義務の範囲は拡大の一途をたどりま。

門田 守人
(もんでん もりと)



昭和45年、大阪大学医学部卒。同54年、同学部第2外科助手。同54～56年、米国スローンケタリング記念がんセンター外科留学。平成6年、大阪大学医学部第2外科教授。同18年、日本外科学会会長に就任。現在、日本肝移植研究会会長、日本癌治療学会理事長、日本移植学会、日本肝胆膵外科学会などの理事を務めている

門田 いわゆる神学論争といわれるものですね。

児玉 患者の自己決定権をとるのか、患者の心情を配慮する医師の「パターナリズム(父権主義、温情主義)」をとるのか、これが80年代までの米国における議論の主流でした。その後、インフォームド・コンセントは患者のニーズを中心に行うべきであるとの考え方が出てきます。どういう方法で説明するのが望ましいのか、臨床の場での実証研究が進んでいきます。

米国民の医療への本音

門田 患者本位のインフォームド・コンセント時代の到来ですね。児玉 時代を転換させるきっかけになったのが、カール・シュナイダー教授(米ミシガン大学)が行った外来患者に対するランダム・アンケート調査の結果です。「情報希求度」という物差しで患者が自分の病状や予後などの情報をどの程度知りたいか尋ねたところ、きわめて高い数値を示しました。一方、検査法や治療法などを患者自身が決めたいか否かを問う「自己決定度」調査では、とても低い値が

出ました。この結果、米国民は情報に十分に得たいが、診療に関する決定は医師に任せ、自分の希望が少し反映されれば良い」という本音を明確に示したのです。

門田 その後、調査研究は、病気の進行度、年齢、男女差、教育水準、人種などさまざまな条件を設けて進められてきました。そこから、オーダーメイドのインフォームド・コンセントが必要との議論へ進展してきました。

児玉 いま日本での議論は、裁判所を意識した、リスクを詳細に告知するという考え方や患者本位の告知の2つに大別されます。米国にくらべ議論は裁判所を意識したものに偏っているのではないかと感じています。法律的には、たとえば、がん患者に手術を行うには本人の同意が必要ですが、がんの病名の告知・不告知の方法は、医師の合理的裁量に委ねられる部分が多々あります。

門田 議論は別にして、医療現場では、医師は患者にどのように説明するのが理想的なのか、これが緊急の課題になっています。医師と患者の信頼に基づく話し合い

が、良好な人間関係の構築、患者の医療内容の理解、円滑な診療の進行、事故発生時の両者の冷静な話し合いなどの力ギになります。

児玉 ここで医師に少し苦言を申し上げます。医療訴訟が100件程度だった1970年から現在までに医療技術は、飛躍的に進展し、医師はその進歩を診療に応用するために猛勉強を重ねてきました。しかし、その進歩が患者へもたらす利益と損失を、心のこもった言葉でやさしく語りかけることの大切さにあまり目を向けてこなかったのではないのでしょうか。一方、日本でもインターネットの普及はめざましく、最先端の医学文献を読むような人が増えていきます。

現在では、医療の主力商品は投薬から「情報提供」へと変わり、患者の医療サービスに対するニーズが大きく変化しているのです。大衆は権威者のいうことを信じ、黙ってついて来い、という考え方は過去のものになりつつあります。

日本の医療は崩壊状態

門田 最後に外科医の立場から少しお話しします。この4月の日本

外科学会の会長として、「日本の医療の現状は崩壊状態にある」と発言しました。

「手術の高度化による多忙で過酷な生活を嫌って外科医の希望者が減り、医師不足が深刻化している。この危機を脱するには診療報酬体系の見直し、技術の適正評価が必要」と述べ、医療事故については、「原因の究明は専門性の高い中立的組織に任せ、刑事司法が介入すべきではない」との提言をしました。外科医を取り巻く環境が非常に劣悪であることをご理解いただきたいのです。

児玉 医師はなかなか受け入れにくいと思いますが、医療訴訟は、権利意識の高まってきた患者とのコミュニケーションの1つの形態であるという考え方があります。日本の医療は幾度か危機に直面しながら、国民の知恵と努力で解決し、世界に誇れるレベルを保っています。現在の状況も医師と患者が叡智を結集すれば、うまく乗り越えられるものと考えています。

門田 有難うございました。

構成 高山美治

知っておきたい治療薬



膵がんの化学療法

産業医科大学消化器・代謝内科教授 大槻 眞

膵がん(膵臓がん)は早期発見が難しく、ほとんどの患者さんが手術できない状態で発見されています。こうした患者さんに化学療法(抗がん剤療法)が行われます。最近では抗がん剤の併用療法も研究され、治療成績の向上が期待されています。



膵がん治療の問題

膵がんによる死亡数は年々増加し、がん別の死因順位は第5位です。厚生労働省の調査によると、2004年の膵がんの年間死亡数は2万2260人です。

膵がんは最も治療が困難ながんの1つです。膵がん患者全体の5年生生存率は2〜3%と推定され、死亡数は発症数とほぼ同数と考えられています。膵がんが予後不良であるのは、初期には無症状のことが多く、ほとんどの患者さんが切除できない進行がんで発見されるためです。治療切除が行われた

場合でも、約9割が再発し死亡しています。膵がんの予後を改善するためには、膵がんの早期発見が最も重要な課題といえます。

膵がんの治療法

膵がんの治療法には、手術、放射線治療、化学療法があります。治療が見込める治療法は手術による切除のみで、治療切除が可能であれば手術が第一に選択されます。治療法は、がんの進行度(病期)と全身状態を考慮して選択され、いくつかの治療法を併用する集学的治療も行われます。膵臓とその近辺にだけある場合に

は、手術か、手術を中心に据えた集学的治療が行われます。進行膵がんでは、一般に抗がん剤の投与と放射線を同時に行う化学放射線療法が選択されます。この療法が難しい場合には、抗がん剤を注射または内服する化学療法が行われます。以下に、現在、本邦で使用されている治療薬を紹介します。

塩酸ゲムシタピン(ジェムザール)

かつてはフルオロウラシル(以下、商品名5-FU)が進行膵がんに対する標準治療薬と考えられていましたが、1997年に北米で行

われた5-FUと塩酸ゲムシタピン(以下、商品名ジェムザール)の比較試験で、ジェムザールに、より高い効果が証明されました。症状の緩和は、5-FU投与群は4・8%であったのに対し、ジェムザール投与群では23・8%と有意に高率であり、50%生存期間、生存期間の中央値)も5-FU投与群の4・41ヵ月に対しジェムザール投与群では5・65ヵ月と有意に長いという結果でした。この報告から、ジェムザールが進行膵がん化学療法の標準薬と位置づけられました。

日本でも、遠隔転移がある膵がん症例を対象に臨床試験が行われました。症状緩和効果は29%、50

%生存期間6・3カ月、奏効率腫瘍がある程度小さくなる確率)18%と、優れた効果が認められ、01年から膀胱がんに対してジェムザールの使用が認められました。

ジェムザールは、腫瘍細胞内に取り込まれ、DNAの合成を阻害します。成人への投与は、通常、週1回、1000mg/体表面積 m^2 を30分かけて点滴で静脈注射をし、これを3週間続けて、4週目は休薬します。これを1コースとして繰り返ししますが、年齢や症状、副作用に応じてジェムザールの投与量を減らします。

投与当日に高度な骨髄抑制(白血球数が2000/ μ l未満、または血小板数が7万/ μ l未満)があったり、間質性肺炎、肺線維症や、重症感染症を合併している患者さんには投与できません。

この薬は5-FUよりも症状を緩和し、生存期間を延ばす効果はありませんでしたが、奏効率は10~20%程度で、がんを完全に消滅させることはできません。投与の継続が困難な有害事象が起これなければ、病態が明らかに進行するまで投与を継続することになります。

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(ティーエスワン)

日本で開発されたテガフルとギメラシル、オテラシルを配合した経口フツ化ピリミジン系代謝拮抗薬(以下、商品名ティーエスワン)の膀胱がんに対する効能・効果が、06年8月10日、厚生労働省より認可されました。成分のテガフルは肝臓で5-FUに変換されてからピリミジンの合成を阻害する効果を発揮し、ギメラシルは、5-FUの分解を抑制し、その抗がん作用を増強します。また、オテラシルは、5-FUによる胃腸の副作用を軽減します。

遠隔転移している膀胱がんでのティーエスワン単独投与の臨床試験が行われました。前期臨床第相試験では、奏効率21・1%、50%生存期間5・6カ月で、後期臨床第相試験では、奏効率37・5%、50%生存期間8・8カ月と、進行膀胱がんに対して優れた効果を示し、膀胱がんに対する新しい治療薬として期待されています。

ティーエスワンの1日投与量は80mg/体表面積 m^2 を基準投与量とし、体表面積1・25 m^2 未満では40mg、1・25 m^2 ~1・5 m^2 未満では50mg、1・5 m^2 以上では60mgを、それぞれ1日2回、朝食後と夕食後に経口投与します。4週間連日投与を行った後に2週間休薬して1コースとします。その後、病態の進行が認められず、骨髄抑制、重篤な肝障害や下痢、腸炎など投与継続が困難な有害事象が起これない限り治療を続けます。

ジェムザールとティーエスワンとの併用療法

ジェムザールは、進行膀胱がんに対して全世界で用いられています。さらに治療成績を高めるために、他の抗がん剤との併用療法の開発が進められています。しかし、比較試験で生存期間がジェムザール単独療法を有意に凌駕したのは enlothib と capecitabine の2種類の薬との併用のみでした。日本では、ジェムザールとティーエスワンとの併用療法の臨床試験が千葉大学と国立がんセン

ターを中心に行われています。

千葉大学では、ティーエスワンを第1日の夕食後から第15日の朝食後まで1日2回、2週間連続投与し、ジェムザールは第8日と第15日に点滴静注し、その後、第21日まで両薬とも休み、これを1コースとしています。ジェムザールは800~1000mg/ m^2 を、ティーエスワンは30~40mg/ m^2 を用いています。この方法では、遠隔転移を伴う膀胱がんの奏効率が48%(33例中16例)と非常に高い抗腫瘍効果が認められ、50%生存期間が9・3カ月、1年生存率が33%にも達しています。国立がんセンターでは、ジェムザールの投与を第1日と第8日に行っています。このティーエスワンとジェムザールの併用療法は膀胱がんに対する新しい治療として期待されています。



おおつき・まこと
診療科:消化器・代謝内科

情報のひろば

大腸の 検査

バーチャル内視鏡

CTが、内視鏡のように描画

バーチャル内視鏡は「仮想内視鏡」ともいいます。体の横断像を撮影するCTを用いて、内視鏡を覗いて見たような画像を作ります。

その画像を見ると、自分があたかも体内に入ったような感じがします。今から40年ほど前に公開された『ミクロの決死圏』という映画を覚えておられるでしょうか。その映画では脳に重症を負った患者の治療のために医療チームのメンバーの体を細胞よりも小さくさせて、患者の体内に送り込み、白血球やたん白質などのさまざまな障害を乗り越えて患部に近づき治療するという話です。その映画のシーンのように、自分が大腸の中に入ったように感じられます。

バーチャル内視鏡は10年ほど前に開発され、CTの機械や解析装置に改良が加えられ、今では良好な画像が得られるようになりました。

現在、主として大腸の検査に用いられています。大腸内視鏡検査と同じ前処置を行い、空気を入れて大腸を膨らませてCTで撮影します。内視鏡を挿入しなくとも良く、苦痛や偶発症の心配もほとんどないという長所があります。しかし、内視鏡画像のように色が着かないため、病変が小さいと識別が困難になり、小さな病変を見つけるのには適しません。また、CTはX線を用いるため検査時に放射線被曝します。内視鏡検査を受けたくない患者さんや体を動かすことが困難な患者さんに主として用いられています。

日本消化器病学会広報委員会委員

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院内科 芳野 純治

市民公開講座の お知らせ

日本消化器病学会の各支部において市民公開講座を開催致します。健康相談、質疑応答もありますので、ぜひご参加ください。参加費はすべて無料です。

(詳細はホームページをご覧ください。http://www.jsge.or.jp)

開催	日時	場所	テーマ	お問合せ
東北支部	9月14日(金) 13:30～ 16:00	ららら 楽楽楽ホール (仙台市)	消化器がんの予防、検査と最新の治療 「膵臓のがん」「胃がん」「がん検診について」 「肝臓がん」「大腸がん」	宮城県立がんセンター 消化器科・小野寺 博義 TEL.022-384-3151
関東支部	6月24日(日) 13:00～ 16:00	浦和コルソフF ホール (さいたま市)	最近話題の消化器の病気 「胸やけ、胃もたれ、ピロリ菌」「身近な肝臓病、こ わい肝臓病」「こわくなくなった大腸がん」	埼玉社会保険病院 副院長・吉田 武史 TEL.048-832-4951
	9月8日(土) 13:00～ 16:00	とちぎ健康の森 生きがいづくり センター講堂	生活習慣病としてのがんの予防と治療の最前線 「生活習慣病を予防する食生活」「上手な健康診断の 利用法」「早期に発見した消化管がんの治療法」	獨協医科大学 第一外科・砂川 正勝 TEL.0282-87-2157
東海支部	9月2日(日) 14:00～ 17:00	松阪コミュニテ ィーセンター (松阪市)	よくわかるおなかの病気、最新の診断と治療 「胃・大腸疾患の内科的治療」「胃がん・大腸がんの 外科的治療」「がん末期の人が求めるもの」他	松阪市民病院 院長・小倉 嘉文 TEL.0598-23-1515
北陸支部	9月8日(土) 14:00～ 16:00	福井商会議所 ビルB1コンベン ションホール	おなかのがんは、もう怖くない からだに負担の少ない治療と予防 「大腸がんは、内視鏡、腹腔鏡で治療する」他	福井県済生会病院 内科・野ツ俣 和夫 TEL.0776-23-1111
中国支部	6月24日(日) 14:00～ 17:00	広島国際会議場 B2Fヒマワリ (広島市)	21世紀がん治療の最前線(1) 「食道がん」「胃がん」「大腸がん」	広島大学大学院先進医療開発 科学講座外科学・浅原 利正 TEL.082-257-5222
	7月22日(日) 14:00～ 17:00	広島国際会議場 B2Fヒマワリ (広島市)	21世紀がん治療の最前線(2) 「肝臓がん」「胆のうがん」「膵臓がん」	広島大学大学院先進医療開発 科学講座外科学・浅原 利正 TEL.082-257-5222
四国支部	8月25日(土) 13:00～ 16:00	サンポートホ ール高松 (高松市)	急に症状が出てくる病気 胆石症から膵がんで 「胆道と膵：疾患と最近の治療法」「胆石症の治療」 「膵がんの治療」	社会保険栗林病院 外科・前場 隆志 TEL.087-862-3171
	9月9日(日) 13:00～ 17:00	西条市総合文化 会館 (西条市)	聞いて安心 おなかの病気 「おなか痛くなる病気」「ピロリ菌と胃腸の病気」 「内視鏡による治療」「沈黙の臓器 肝臓の病気」	西条市立周桑病院 副院長・伊藤 嘉信 TEL.0898-64-2630
九州支部	6月24日(日) 14:00～ 17:00	熊本市国際交流 会館7階ホール (熊本市)	消化器の病気と生活習慣「食生活で変わるおなか の健康」「生活習慣からおこる胆道と膵臓の病気」 「健康な肝臓は食事とライフスタイルから」	熊本大学大学院医学薬学研究 部消化器内科学・佐々木 裕 TEL.096-373-5150

消化器 検査

拡大内視鏡検査

どんな検査ですか？

胃や大腸の検査には内視鏡が使われていますが、これにデジタルカメラのズームのような機能を加えたものが拡大内視鏡です。ボタン1つで80倍から100倍の拡大画像が得られますが、もっと見やすくするために、観察部位に色をつけます。

従来の内視鏡検査と比べた長所は？

これまでの内視鏡検査では、病気を発見したらその一部を採取(生検)し、それを顕微鏡で調べて病理診断し、治療が必要かどうか、どんな方法で治療するかを決めていました。

拡大内視鏡では病変の表面を拡大して見ることができるため、生検したりその結果を待ったりせず、腫瘍が否か、悪性が良性か、内視鏡治療ができるか否かなどを判断することが可能です。良性腫瘍・早期がんは内視鏡治療で根治できる場合が多いので、拡大内視鏡でそれと診断できれば、その場で治療も行えるというメリットがあります。

腫瘍でないかと判断されれば、通常は生検も治療も行いません。逆に進行がんの場合は内視鏡で治療できないので、手術の計画を立てます。



陥凹型早期大腸がん 通常倍率 弱拡大 染色後強拡大

なお、拡大内視鏡は、病気をたくさん見つけるために使うのではなく、通常の倍率で見つけた「怪しい」部位を拡大して診断をつけるために使うのです。また、拡大内視鏡を使っても診断が難しい場合や、逆に、拡大しなくても明らかな診断が下せる場合もあります。

検査の負担は大きいですか？

この検査は拡大機能がある以外は通常の内視鏡検査と同じで、苦痛や危険が増すことはありません。余分な検査費用もかかりません。生検を省略し、その場で治療ができれば内視鏡の再検査も不要になり、むしろ安価になることもあります。病変を注意深く観察するため検査時間は多少延びる場合もありますが、生検や再度の内視鏡検査の時間を考えれば、むしろ短いといえるでしょう。

昭和大学横浜市北部病院消化器センター准教授 榎田博史

本紙へのご意見、ご要望等は左記まで。
〒105 0004
東京都港区新橋2-20 新橋駅前ビル
1号館2階(株)協和企画内
「消化器now」制作事務局
TEL 03(3569)9531
FAX 03(3569)9532

次号は、9月20日発行です。
本紙の無断転載・複製は禁じます。

日本消化器病学会広報委員会委員
国立国際医療センター内視鏡部長
上村 直美

編集後記

本号の巻頭では、ジェネリック医薬品の詳細と日本の医療費に関する話題を解説いただきました。門田守人教授と医師弁護士の児玉安司先生による対談は、「医療訴訟」の問題ですが、医療事故を通じて医師と患者の人間関係を考えさせられます。薬の話題は膵がんに対する最新の化学療法です。情報のひろばでは、CTを用いたバーチャル内視鏡の実際と今後の方向性が紹介され、最後に、臨床の現場で有用性を発揮している拡大内視鏡を詳しく説明していただきました。読者の皆様には、現在の医療情勢や、検査および治療の多様性に理解を深めていただければ幸いと存じます。

寄附のお願い について

財団法人日本消化器病学会は、昭和29年に医学会においては数少ない財団法人の認可を受け、公益事業を積極的に推進しています。その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器now』の発行を行っております。

篤志家、各種団体からの寄附を受け付けておりますので、詳細等お問い合わせは下記にお願いします。

【お問い合わせ先】財団法人日本消化器病学会 事務局
〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13
TEL 03-3573-4297 FAX 03-3289-2359 E-mail info@jsge.or.jp
URL <http://www.jsge.or.jp>