

上部消化管エックス線健診判定マニュアル

緒 言

上部消化管X線検査は、50年以上に亘り胃がん検診の主流として多くの成果を挙げてきた。特に二次予防としてのがん検診では、死亡率減少効果を指標とする有効性と費用便益や投下資源対効果からみる効率に安全性や簡便性等、多くの面からの評価により、胃についてはX線検査による胃がん検診のみが対策型検診として推奨されている¹⁾。

日本消化器がん検診学会では、日本胃集団検診学会と称したころから胃X線検査法について、標準方式、撮影基準、撮影法、など名称は異なりながらも数次に渡り委員会や検討会を設けてその精度向上が追及され図られてきた。当初は間接X線法についてのみであったが、2005年には施設内胃がん検診の普及・拡大にも対応して、間接撮影だけでなく直接撮影についてもガイドラインが答申された²⁾。本学会の前回ガイドライン³⁾は、この日本消化器集団検診学会(当時)のガイドラインの直接法に基づいて策定されたものである。

その後、デジタル装置の急速な普及や対策型検診と任意型検診という概念の明確化等に対応し、2011年に日本消化器がん検診学会は直接・間接という区別ではなく、対策型・任意型とに分けた基準撮影法に改訂した⁴⁾。この基準撮影法の対策型は胃がんの早期発見を第一目的とするものであるが、任意型は人間ドック健診などの施設検診を想定したものである。

人間ドック健診は二次予防だけでなく一次予防をも目的としており、その意味からは人間ドック健診における上部消化管X線検査は、がん検診であると同時に、胃のみでなく食道から十二指腸下行脚までの上部消化管の健康診断でもある。

こうした撮影法の改善や、ピロリ菌感染性胃炎などの胃粘膜萎縮が胃がんのハイリスクであることが明確になってきた現状も踏まえ、本マニュアルは人間ドック健診としての上部消化管X線検査のあるべき姿を追及する視点で作成したものである。

上部消化管X線検査の実施

上部消化管X線検査の方式には種々のものが存在し得るが、人間ドック健診の目的や精度管理の観点から、撮影方法や操作手順は、NPO法人日本消化器がん検診精度管理評価機構から出された「胃がんX線検診 技術部門テキスト2011」⁵⁾に準ずることとする。

対象臓器

食道、胃、十二指腸（球部、下行脚）とする。

- ・ 咽喉頭部や十二指腸水平脚以深の画像が得られ異常所見が認められた場合は、それらについても読影・判定を行うことは当然である。
- ・ 消化管外の異常が認められた場合は、良悪性を問わず必要と判断される時は記録し、受診者本人にも通知する。
- ・ 高い精度のX線検査が行えるようになってはいるが、常に高精度の画像が得られるとは限らず、精度は100%ではないこと、また良い画像を撮るためには被験者と術者の協力が必要なことを事前に説明すること。

造影剤

陽性造影剤は200%W/V以上の高濃度低粘性硫酸バリウム懸濁液（以下造影剤と略す）150ml前後を使用する。陰性造影剤としては発泡剤5gを造影剤あるいは少量の水とともに投与する。造影剤濃度を低下させることや造影剤の胃粘膜への付着性が低下すること等から、多量の水による発泡剤の服用は注意を要する。

前処置

設備・スタッフが揃い医師の監督下で行える人間ドックでは胃集検のような制約はない。従って、造影剤流出軽減や胃の蠕動抑制のため等の鎮痙薬投与は可能である。しかし、軽微ではあっても鎮痙薬による事故や副作用は無視できない頻度で起こっている。健常人に対して行われる健診は、任意型であっても検査自体によるリスクは可能な限り低減させる必要がある。

以上のことから、鎮痙薬は安易には使用せず、使用する場合は最大限の準備・対策を講じておく必要がある。

撮影体位、枚数

日本消化器がん検診学会の2011年新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版⁴⁾における基準撮影法（任意型）に準ずるものとする。

各体位の撮影順序と標的部位を以下に示す。

食道： 2曝射

- | | |
|---------------|-----------|
| 1) 立位第1斜位（上部） | 食道上部 |
| 2) 立位第1斜位（下部） | 食道下部～胃噴門部 |

胃： 14曝射

- | | |
|------------|---------------------|
| 3) 背臥位正面 | 体部～幽門前部の後壁 |
| 4) 背臥位第1斜位 | 体部大弯後壁寄り～幽門前部小弯後壁寄り |
| 5) 背臥位第2斜位 | 体部小弯寄り後壁～幽門前部大弯寄り後壁 |

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 6) 腹臥位正面 (頭低位) | 体中部～幽門前部前壁 |
| 7) 腹臥位第2斜位 (頭低位) | 体中部大弯寄り前壁～幽門前部小弯寄り前壁 |
| 8) 腹臥位第1斜位 | 噴門部～胃上部 (体上部と穹窿部) 前壁 |
| 9) 右側臥位 | 噴門部小弯を中心とする前後壁 |
| 10) 半臥位第2斜位 | 噴門部～体上部後壁 |
| 11) 背臥位第2斜位 (振分け) | 体上部後壁小弯寄り |
| 12) 立位第1斜位 | 体上部前後壁の大弯寄りと十二指腸球部 |

13～16) 立位圧迫：4曝射〔体部、胃角部、幽門前庭部、幽門部〕
 2005年の同学会ガイドラインでは、立位充盈像は間接X線基本体位8枚からは除かれていたが、直接X線における追加体位4枚中に食道や圧迫とともに含まれていた。しかし、2011年度改訂版では、全16曝射から立位充盈は除かれた。造影剤が少なければ診断価値のある充盈像は得られ難いことや、二重造影だけでも十分に診断可能であることから、施設内健診であっても価値の低い画像は限られた枚数からは省くという考えである。しかし、一部ではあるが胃全体の形状を判断できる立位充盈像は必要という考えも存在する。

撮影に当たっての留意点は、基本的に既報ガイドライン³⁾で述べられていることと同じである。できるだけ速やかに操作を行うことは、健診(検診)の効率化以上に良い画像を得るための必須条件であることを常に念頭に置くことが必要である。また、特に鎮痙薬を使用しない場合は、透視室に入った被験者の心理的緊張を解しリラックスして貰うような術者の対応が重要である。

各健診施設においては、上記16曝射を必須とした上で、施設独自の体位等を加えることは一向に差し支えない。また、16曝射だけでは診断に耐えうる所見の描出が不十分な場合に必要な体位を追加して撮影することは当然である。

読影の実施

集検は、がんの早期発見を目的とする二次予防であることから、その判定は基本的に「要精検」と「精検不要」の2区分である。しかし、総合健康診断である人間ドック健診の一環として行われる場合は、純粹のがん検診に加え健康診断の要素も加味する必要がある。

即ち、がん検診であると同時に上部消化管自体の健康状態までを判定する必要がある。所見を拾い上げて内視鏡検査に誘導するのみでは「読影」とは言えない。単に精検の要否を判定するのではなく、有意な所見に意味を付与しX線学的診断を下してこそ読影といえるものである。

本マニュアルでは、胃集検以上に質的診断まで踏み込んだ読影を行うべき、という前提に立った診断・判定区分とした。

なお、胃の萎縮状況など背景粘膜を診断してから局所診断を行うのが望ましいことから背景粘膜の判定も必要との考えもあるが、当分の間は各施設の判断にゆだねることとする。

部位と壁在性(表 1)

上部消化管の部位については、がん取り扱い規約や解剖学的部位名称、内視鏡検査上の名称など種々のものがある。夫々に意味のある名称であるが、X線検査上広く用いられてきた名称に準じて表のような区分とした。

- ・ 食道については、3分して上部・中部・下部とし、頸部食道は上部食道に、腹部食道は下部食道に含める。ただし、汎用性があり、遡及的にX線画像との対比・検討ができるものであれば、別の記載方法も可とする。
- ・ 噴門部とは本来組織学的には噴門腺分布領域であるが、X線上で組織学的噴門腺領域を描出することは極めて困難である。良く造影剤付着ができた画像では食道胃粘膜接合部が波状の線条陰影として描出されるが、標準的な撮影で描出することは容易ではない。

今回は、食道胃粘膜接合部あるいはHis角または大弯縦走襞の口側終末部から胃壁に沿った延長線の口側約2cm以内を食道側噴門部、肛側2cm以内を胃側噴門部とした。

- ・ 穹窿部は、解剖学的には胃底部とも呼称される。これは背臥位状態ではこの部分が最も低い位置(背臥位では背部側に)にあるための名称であるが、立位の胃角対側大弯付近とも紛らわしい名称であり、誤用のリスクがあることから「穹窿部」の名称を用いることとする。部位はX線上の名称として概ね噴門(噴門部ではなく)下端から大弯に引いた水平線より上部とする。(噴門部を除く)

一部で用いられている「第2の胃角」から上部としても差し支えない。

- ・ 体部は、小弯側は噴門部から胃角までで判然としているが、大弯についてどこまでが体部か、胃角部大弯との境界が判然としない場合が少なくないが、基本は襞の状況や粘膜(特に胃小区)の状況から体部と胃角部の境界を判定する。大・小弯ともに体部を3等分して上部・中部・体部に分ける。

- ・ 胃角部とは、胃角を含む大弯に向かい扇型に広がる部分である。胃角は体部から前庭部にかけて屈曲するその屈曲点を指す名称であり「胃角」と「胃角部」は異なることに注意が必要である。大弯側の胃角部は幽門前庭部の口側までとし、大弯の胃角対側点を中心として口側・肛側に扇型に広げた部分を胃角部とする。
- ・ 前庭部は幽門前部から胃角までの部分で、大弯側は、小弯側と等長の部分とする。
- ・ 大弯側において体部と胃角部の境界が判然としない場合は、穹窿部との境界から幽門前庭部との境界までを4等分し、体上部・体中部・体下部・胃角部としても良い。
- ・ 幽門前部は幽門とその口側約2 cmまでとする。組織学的には収縮輪から幽門までを幽門前部とすることが妥当と思われるが、X線上必ずしも収縮輪が明確に描出するとは限らないことから、噴門部と同様に、約2 cm以内とした。
- ・ 十二指腸については、球部、球後部の区別も必要との意見もある。しかし、十二指腸疾患の大半は球部であること、SDA（上十二指腸角）やLDA（下十二指腸角）が常に明確に描出されているとは限らないことなどから、今回は敢えて球後部の区別を設けなかったが、各施設において球後部を設定することは何ら差し支えない。
- ＊ 日本消化器がん検診学会および消化器がん検診精度管理評価機構や日本医学放射線学会などのX線検査関連の学会や団体等で統一的な見解が示された時には、その分類に準ずることを前提とする。

読影・判定記載(表 1-2, 3)

技師チェック欄

診療放射線技師（以下技師とする）の技量向上はより良い画像を得るために不可欠である。技師の読影参加を問題視する意見もあるが、撮影した技師は自身が有意とみた所見をチェックするのみであり、所見チェック自体は先述したように「読影」ではなく、技師の読影参加には当たらない。透視下での観察も含めた技師チェックは、技師の技量向上に有益であるだけでなく医師の読影上大いに参考になるものでもある。また、描出された所見をチェックする能力の向上は撮影技術向上に直結するものでもある。

医師読影時には技師のチェックした所見や透視下での情報も加味して読影するが、緊急を要する症例等はこの限りでないことは当然である。

技師チェック欄は各施設独自に作成して良いが、技師が自由に記載でき

る様式が望ましい。敢えて表として技師チェックの記録を行う際の例をマニュアルに示したが、これも各施設独自のもので差し支えない。

医師の読影結果記載

読影結果の記録は、判定に至った根拠を明確にするものである。従って例として挙げてある読影結果記載表だけでは、極めて不十分といえる。結果記載表だけでなく、図示（スケッチまたは画像マーキング）併記を原則とする。特に判定「C」以上となる例については将来的な経時的変化を診るためにも不可欠である。表では十分に表現できない異常所見について、その詳細な形状や大きさ等の記録を図示することは読影力向上を図る上でも大いに有用である。

精検等の依頼書（紹介状）作成時には、どういう疾患をどの程度疑って紹介したのか明確に分かる所見が必要であるが、それらの情報は言葉だけで十分に伝達することは不可能である。

読影結果記載表の例は示してあるが、これは一例であり、本マニュアルで示した所見や疾患名以上の読影結果が分かるものであれば、各施設において独自ものを作成することは差し支えない。

また、読影医育成の意味も含めて所見記載シェーマを予め設定し、リストアップしてある所見記号等をマーキングする方法も可である。

所見(表 2)

上部消化管 X線検査で得られる所見の名称については、特に詳細な所見や微細な所見については未だ統一されているとは言い難い。また、同一の所見に対しても異なる表現が行われることが少なくない。こうした状況を受けて、本マニュアルでは諸家による異同の少ない表現や、これまでの歴史の中である程度確立され広く用いられていると考えられる名称を採用した。

また、一部に見られる所見名の誤用を防ぐ意味からも、緩やかなカテゴリーとして辺縁所見と粘膜襞皺所見を区別し、さらにニッシェ（壁龕）や陰影欠損などの直接所見を区別した。表現はなるべく日本語表記としたが、壁龕という語は殆ど使用されていないことからニッシェとラテン語のカタカナ書きを採用した。ヘルニアも同様である。

50年を超す胃 X線診断学の中で、その基本的なことは確立してはいるが、詳細な所見（細かな粘膜の凹凸の表現や辺縁稜線の乱れ等）の表現方法や診断学は未だ完成していない。従って、今回は上記所見よりも詳細な所見については、敢えて提示しなかった。

読影、診断と判定(表 3)

判定表について

判定名および判定区分については、A表とB表の2種類で示した。X線診断学の過去からの発展の経緯やX線診断学の普及や健診の精度向上という視点からは、B表の使用が望ましい。しかし、「がん」や「悪性」などの用語を人間ドックの現場で安易に用いることは受診者に過度の不安を与えたり、無用の混乱を惹起したりしかねないこと等から、A表を設定したものである。

A表は、受診者に不用意に「悪性」や「悪性疑い」の病名を告げないためのものである。しかし、実際の読影時にどのような判断をしたのかが曖昧となるため、A表のみでは精度管理上極めて不十分となる。

A表を用いる場合は、B表相当以上のX線診断を何らかの形で記録保存することが必要である。

B表を用いる場合は、受診者通知用の結果表等を記録用とは別個に作成して用いる、あるいは結果説明時や通知時に受診者の心理的負担を軽減する工夫を行うなどの、注意深い配慮が不可欠となる。

二重読影（ダブルチェック）について

読影は二重読影（ダブルチェック）を行うこととする。なお、二重読影（ダブルチェック）とは異時読影であり、複数医による同時読影は二重読影（ダブルチェック）ではないことに留意すること。複数医同時読影は読影力習得には有用であるが、二重読影（ダブルチェック）の目的である、「見逃し」や「見落とし」の防止には繋がらない。二重読影（ダブルチェック）は、“ヒューマンエラーはゼロにはできない”ということから始まった読影精度向上策である。エラーやミス（失敗＝見落とし等）をアクシデントやハザード（事故＝見逃し）にまでしないための方策であることから、画像を用いる健診（検診）では必須のシステムである。

全受診者にX線診断を下す

X線診断学の基本は既に確立していること、現在の施設内におけるX線検査は十分に診断に耐えられる精度の画像を得られるまで向上していることから、読影精度向上を図るためにも、診断を下すことは当然である。安易に「異常なし」あるいは「精検不要」と判断できないから「要精査」という判定作業は「読影」とは言えない。画像上で認められた有意な所見を総合して診断を下して初めて「読影」である。

所見ごとの判定区分の廃止

既報ガイドライン³⁾では、所見ごとにも判定区分欄を設けていたが、読影

に際しては単一の所見での判定ではなく、多くの場合は複数の所見を総合して判定を行うことと全受診者に診断を下すことから、表 2 の所見表での判定区分を削除した。

実際の判定に際して

「要精検」及び「要治療」の場合を除き、生活習慣が関与すると判断した時は判定「C」として積極的に生活習慣改善指導に誘導する。

人間ドック健診は純粹のがん検診とは異なり一次予防をも目的とする健診であることを考慮すると、生活行動変容により健康状態改善が望めることを放置することは許されない。

比較読影

デジタル化の進行により過去画像との比較は容易になっている。過去画像が参照できる時は比較読影が必須である。比較読影により微細な変化を見逃さないで済むだけでなく、無用の精検を省くことも可能となり、検査精度だけでなく人間ドック健診システムの効率化も達成できる。

精度管理

検査及び読影・判定に関しては、既報ガイドライン³⁾でも述べられたように、対策型検診用の精度管理チェックリストが作成されているが、人間ドック健診ではこのチェックリストを遵守するのみでなく、胃集検以上の精度管理を目指す必要がある。

そのためには、医師や技師だけでなく健診に従事する全てのスタッフが共同して健診システム全体の精度向上を目指す必要がある。

精度指標の収集管理

がん発見率、要精検率、精検受診率の正確な把握は健診機関として必須のことである。そのためにも、精検機関と緊密な連携を構築し、互いにフィードバックできるシステムも重要である。追跡調査は多大な人材・時間等を必要とする困難な作業であるが、偽陰性例や偽陽性例を把握・検討することなしには精度向上は望めない。

これらの活動を通じて初めて感度、特異度等の精度指標が得られるものであり、医師も含めた全健診スタッフが主体的に共同して取り組まねばならない。

また、人間ドック健診の目的は、がんの早期発見のみではないことも考慮し、がん以外の疾患の把握にも十分に配慮する必要がある。

予後調査の確実な実施

予後調査は、有効性をみるために不可欠である。がん検診の目的は当該がんによる死亡率を低下せしめることであるから、如何に早期がんを多く発見しても死亡率減少効果が証明されない限り有効ながん検診とはいえない。先述したように現在までのところ、胃がん死亡率減少効果があると認知されているのは、X線による検診のみである。

一方、人間ドック健診は、対象を集団全体としてよりも受診者個々人として、その健康阻害要因の除去・低減と死亡リスクを低下させることが主たる目的である。

然しながら、個人の死亡リスクを低減できたかどうかは予後調査なしでは判断できない。がん発見率、要精検率、精検受診率のみの収集・管理で終わっては、人間ドック健診の目的である受診者の死亡リスク低減も健康阻害要因の除去も確実には行えないこととなる。

追跡調査や予後調査なしの健診は健診とはいえず、そのような健診は行うべきではないと強く認識する必要がある。

おわりに

人間ドック健診等の施設内健診での上部消化管検査は、内視鏡検査の比重が急速に増しつつあるが、X線検査は未だその主流の座にあるといえる。

一般にがん検診は「有効性が認められた方法を高い精度（検査のみでなくシステムも含めて）で行わなければ所期の目的を達成することはできない」とされており、胃がん検診として有効性が確認されているスクリーニング法は未だX線のみであるが、それも一定程度以上の精度で行われる必要がある。

本マニュアルは全ての施設において最低限有効性を担保できる方法を示す目的で作成したものである。

一部の優良施設のみでなく全施設においてX線検査が高精度で行われることを願って本マニュアルを作成したものであり、全ての人間ドック健診実施施設が本マニュアルを活用することを願っている。

文 献

- 1) 厚生労働省がん研究助成金による「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班 有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン 2006
- 2) 新・胃 X 撮影法 (直接・間接) ガイドライン、日本消化器集団検診学会 2005
- 3) 渋谷大助：上部消化管 X 線検査. 後藤由夫・奈良昌治監，山門實・阿部眞秀編，健診判定基準ガイドライン 改訂新版，文光堂，東京，2008，164-168.
- 4) 新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版 (2011 年)，日本消化器がん検診学会 胃がん検診精度管理委員会編，医学書院，東京，2011.
- 5) NPO 法人 日本消化器がん検診精度管理評価機構：胃がん X 線検診、技術部門テキスト 2011 年度版

上部消化管エックス線健診結果

表 1 結果記載

表 1-1 所見の部位

食道			胃		
1. 上部食道			4. 噴門部	(食道胃接合部から概ね 2 cm 以内)	
2. 中部食道			5. 胃穹窿部	(概ね噴門の高さから頭側の部分)	
3. 下部食道			6. 胃体上部		
			7. 胃体中部		
			8. 胃体下部		
			9. 胃角部		
			10. 幽門前庭部		
			11. 幽門前部	(幽門輪とその口側概ね 2 cm 以内)	
十二指腸			14. 管腔外 (X線上、消化管に所見を認めるものは除外)		
12. 十二指腸球部					
13. 十二指腸球後部以深					
21. 食道全般	22. 胃全般	23. 十二指腸全般			
壁在性	a. 前壁	b. 後壁	c. 大弯	d. 小弯	e. 全周

表 1-2 判定区分の定義

A : 異常なし
B : 軽度異常
C : 要経過観察・要生活指導、要再検査
D : 要医療 (D1 : 要治療、 D2 : 要精密検査)
E : 治療中

註記

- * 頸部食道は上部食道に、腹部食道は下部食道に含める
- * 部位や壁在性が 2 区分以上に及ぶ場合は、複数記入する。
(例 : 体下部から胃角の後壁から小弯まで拡がる場合 = 10. 11, b. d.)
- * 病変が 3 区分以上の広範囲に及ぶ場合は、食道は 21、胃は 22、十二指腸は 23、を用いる。

表 1-3 読影・判定記載

技師チェック

医師による読影の前に、技師チェックを行うことが望ましい。

技師チェックはフリーハンドのスケッチが望まれるが、技師チェック記入欄を設けることも可とする。

* 技師チェック記入欄を設ける場合の例を下記に示す。

技師チェック記入欄（例）

部位	所見	疑った疾患名	備考（医師へのコメント）

- * 撮影者として可能な限り、疑った病名まで記入する。
- * 上記のようなチェック欄を設けた場合でも、できるだけ所見のスケッチを行うにすること。
- * チェック記入は、技師が認知した所見のみで可。

読影・判定の記入

医師読影は複数の読影医による二重読影（ダブルチェック）を原則とする。

読影医は、原則として技師チェックや過去データ等を参照して、読影結果の正確かつ詳細な記録を行う必要がある。その観点からは以下に示す記載表は最低限のものであり、特に病変存在が確診できる場合や悪性を疑った場合は、下記の記載表では極めて不十分である。

白紙への手書きスケッチや撮影体位に応じて用意されたシエーマへの書き込み、または取り込んだ画像へのマーキングなどによって表 2 で示した所見分類以上に詳細な所見の記録を行うこと。

医師読影結果記載表（例）

	部位	所見	コメント（詳細所見など）	診断	判定区分
病変 1					
病変 2					
病変 3					

【記入例】

胃体下部から胃角部小弯～後壁にひだ集中像あり、ひだは中断し中心部に境界明瞭な顆粒状粘膜を認め、II c を疑った場合

	部位	所見	判定名	判定区分
病変 1	10、11、 b.	2、13、15 FC 中心部に境界明瞭な顆粒状粘膜	g.4 or 胃癌疑い（II c ?）	D2

註記

- * 特に判定「D」とする場合は、必ずスケッチなり画像マーキングを行い、大きさや詳細な形状まで記録すること。（結果記載表コメント欄には、大きさや細かな所見記載は困難である）
- * 記載表やスケッチ欄のレイアウトは各施設独自のものでも構わないが、上記要件を全て満たすことが必要である。

表 2 所見

0.	異常所見なし
1.	ニッシェ
2.	ひだ集中
3.	陰影欠損（辺縁が断裂している場合、充盈像でなくても表現可）
4.	腫瘤陰影
5.	透亮像（いわゆる”抜け像”のみでなく、付着すべき造影剤が弾かれている場合も含む）
6.	弯入
7.	変形（弯入を除く：小弯短縮、伸展不良、狭窄、拡張も含む）
8.	圧排像
9.	辺縁の不整（二重輪郭、壁硬化、壁不整など、滑かな辺縁曲線の連続性が失われた所見全て含む）
10.	陰影斑
11.	ひだ集中様
12.	ひだ粗大
13.	ひだの中断
14.	ひだの乱れ（11、12、13、以外のもの）
15.	粘膜不整（造影剤付着不良、顆粒状、結節状、アレアの乱れ、等を含む）
16.	食道裂孔ヘルニア
17.	消化管内異物様陰影（食物残渣も含む）
18.	消化管術後
19.	消化管外腫瘤様陰影
20.	結石
21.	石灰化像
22.	その他（ ）

註記

- * 上記所見のみでは質的診断は困難であることから、コメント欄またはスケッチ欄には詳細な所見を記載すること。（特に悪性を疑った場合や要精検とする場合は、判断根拠となった異常所見の位置・形状・大きさ等の詳細な記載が必須）
- * 詳細な所見（細かな粘膜の凹凸の表現や辺縁稜線の乱れ等）の表現方法や診断学は未だ完成していない。上記所見よりも詳細な所見を記載する場合は、今回は敢えて統一所見としての提示は行わないが、日本消化器がん検診学会やNPO法人日本消化器がん検診精度管理評価機構から答申・報告がなされた場合は、上記所見分類も含めて検討する。

表3 読影判定と判定区分

A表

診断名	判定区分
a. 異常なし	A
e1 食道隆起性病変	D
e2 食道隆起性病変疑い	D2
e3 食道陥凹性病変	D2
e4 食道陥凹性病変疑い	D2
e5 食道ポリープ	C or D
e6 食道憩室	D or B
e7 食道静脈瘤	D2
e8 食道炎	D2 or C
e9 アカラシア	D2
e10 食道その他 ()	
g1 胃隆起性病変 (ポリープを除く)	D
g2 胃隆起性病変疑い (ポリープを除く)	D2
g3 胃陥凹性病変 (胃潰瘍を除く)	D
g4 胃陥凹性病変疑い (胃潰瘍を除く)	D2
g5 胃粘膜下腫瘍	C or D
g6 胃潰瘍	D1
g7 胃潰瘍疑い	C
g8 胃潰瘍瘢痕	B or C
g9 胃底腺ポリープ	B
g10 胃ポリープ (底腺ポリープ以外のポリープ)	C or D
g11 胃憩室	B
g12 急性胃 (粘膜) 病変	C or D1
g13 胃びらん (表層性胃炎を除く)	B or C
g14 慢性胃炎 (萎縮性、過形成、肥厚性など)	B or C
g15 胃その他 ()	
d1 十二指腸潰瘍	D1
d2 十二指腸潰瘍瘢痕	B or C
d3 十二指腸憩室	B or C
d4 十二指腸その他 ()	
o1 胆石	D2 or C
o2 内臓逆位	B
o3 その他 ()	

B表

診断名	判定区分
a. 異常なし	A
e.1 食道がん	D
e.2 食道がん疑い	D2
e.3 食道腫瘍 (ポリープ含む)	D2
e.4 食道腫瘍疑い	D2
e.5 食道潰瘍	B or D2
e.6 食道潰瘍疑い	D2
e.7 食道憩室	D or B
e.8 食道静脈瘤	D2
e.9 食道炎	D or C
e.10 アカラシア	D2
e.11 食道その他 ()	
g.1 胃癌	D
g.2 胃癌疑い	D2
g.3 胃粘膜下腫瘍	D2 or B
g.4 胃潰瘍	D1
g.5 胃潰瘍疑い	D2
g.6 胃潰瘍瘢痕	C
g.7 胃底腺ポリープ	B
g.8 胃ポリープ (底腺ポリープ以外のポリープ)	C or D
g.9 胃憩室	B
g.10 急性胃 (粘膜) 病変	B or C
g.11 胃びらん (表層性胃炎を除く)	C or D1
g.12 慢性胃炎 (萎縮性、過形成、肥厚性など)	B or C
g.13 胃その他 ()	
d.1 十二指腸潰瘍	D1
d.2 十二指腸潰瘍瘢痕	B or C
d.3 十二指腸憩室	B
d.4 十二指腸その他 ()	
o.1 胆石	D2 or C
o.2 内臓逆位	B
o.3 その他 ()	

註記

- * A表、B表のいずれを用いるかは各施設の状況判断による。
- * 良性疾患は一律の判定区分ではなく、その異常の程度や既往・現病歴、過去からの経緯、生活状況等を勘

案して判定を行う。

- * D1、D2の区別が判断できない場合は、判定区分「D：要医療」とする。
- * 主治医等で非治療にて経過観察中の例や術後経過観察中の例等は判定「C」とする。
- * 胃食道逆流症は、X線上食道下部にびらんを認め症状等がある場合のみ、食道炎とする。
- * 従来、楕状発赤や斑状発赤が多発する場合に表層性胃炎としてきたが、「びらん」と認められる斑状発赤のみの場合は「良性びらん」とし、「表層性胃炎」の病名は削除する。なお、いわゆる「たこいぼびらん」も「胃びらん」に含める。
- * 萎縮の強い例や過形成性変化、化生性変化、肥厚性変化の認められた場合を「慢性胃炎」とする。
- * 慢性胃炎と診断した場合は、萎縮程度や年齢を加味して判定すること。
- * ピロリ菌感染が疑われるような胃炎等の場合、安易に「B」と判定することは「放置可」を意味することになり、注意を要する。むしろ、「C」と判定し、除菌を検討する、あるいは定期的な管理検診等の対策を立てるなどが必要である。
- * 前回データが参照できる場合は、必ず参照して今回判定に反映させる。また、必要に応じて他検査データも参照すること。
- * 胃癌リスク分類ABC法やHP（ヘリコバクター・ピロリ菌）検査を行った場合は、誤解を生じないようなメッセージを提供する。
- * HP除菌群についても注意事項を記載する。
- * 術後の場合や胃内異物・食物残渣などは、その他の項を選択し、（ ）内に記入する。

日本人間ドック学会 人間ドック画像検査判定ガイドライン作成委員会

上部消化管X線検査 部門

主席委員	草野 健	公益社団法人 鹿児島県消化器がん検診推進機構
委員	笹森 斉	牧田総合病院人間ドック健診センター
	佐藤 竜吾	大分県厚生連健康管理センター
	杉野 吉則	慶應義塾大学病院予防医療センター
	中尾 治彦	医療法人白十字会 佐世保中央病院 健康増進センター
	野口 正人	福井赤十字病院
外部評価委員	渋谷 大助	宮城県対がん協会がん検診センター 日本消化器がん検診学会

平成26年4月