

日本消化器病学会の健康ニュース

2014.秋号

消化器の ひろば



No.5

FOCUS
日本版NIH 2

ずばり対談

大腸がんの再発・転移体験を すべてお話しします

(ゲスト) 鳥越 俊太郎・武藤 徹一郎 3

気になる消化器病 [痔がん] 7

消化器病の薬 [C型ウイルス肝炎] 8

消化器の検査 [大腸カプセル内視鏡検査] 9

消化器Q&A 10

[ジェネリック / ABC検診 [胃がんリスク検診] / ノロウイルスの予防法]

No.5 2014



<http://www.jsge.or.jp>

日本版NIH

わが国が得意とする基礎研究の成果を
病気の予防や治療に迅速に結び付ける

昨年、安倍内閣から発表された「日本再興戦略」において、健康長寿産業が成長戦略の一つとして位置づけられていたのですが、この一環として2014年5月の国会において「健康・医療戦略推進法」と「独立行政法人日本医療研究開発機構法」が成立しました。後者の法案で設立が決定され、2015年4月から始動する予定となった『独立行政法人日本医療研究開発機構（以下、日本医療研究開発機構）』は、わが国の医学・医療分野の研究において司令塔の役割を果たす組織、すなわち、基礎研究から臨床応用までの研究開発予算を一元的に管理し、一括で配分する構想で設立されたもので、『日本版NIH』として期待されている構想です。

ノーベル賞を受賞された山中伸弥教授のiPS細胞研究が有名のように、日本の医学研究の特徴は、欧米と比べて基礎研究分野はめっぼう強いが臨床研究分野が弱いとされています。このため、基礎研究の成果を臨床応用に結びつけるための「橋渡し研究」を推進する努力が払われてきたのですが、医学・生命科学系研究費の予算が、文部科学省、厚生労働省、経済産業省に分散していることなどから、一元的な管理ができないことが大きな課題でした。そこで、研究の審査や研究費の予算などを一括して決定できる組織、すなわち米国のNIH（米国国立衛生研究所）のような組織を模索して構築されたのが『日本

版NIH』としての『日本医療研究開発機構』です。

米国のNIHは、国立心肺血液研究所など様々な専門的な研究所に加えて、医学図書館など総計27施設と事務部門を有する組織であり、職員18,000人以上、そのうち6,000人以上が医師や生命科学研究者などの科学者で構成されています。ところが、わが国に創設される『日本医療研究開発機構』の規模は、医療分野の研究開発を担当する人員約100人と製薬企業の研究者や大学教授ら約200人の合計300人が予定されているのみです。活動の開始までには、申請される多くの研究の中から有望な研究テーマを選び、進捗状況を管理する「プログラム・ディレクター」などが追加される予定ですが、その年間予算は米国NIHの約3兆円に比べて10～30分の1（約1,200億円）であり、あまりにもNIHとはかけ離れた小さな規模といえます。

以上、『日本版NIH』すなわち『日本医療研究開発機構』は、今後、健康医療分野の研究を統括し、複数省庁から成る研究予算請求を一元管理する司令塔の機能を有し、わが国が得意な基礎研究の成果を病気の予防や治療などに迅速に結び付ける「橋渡し研究」を推進するために設立される組織です。わが国の医学・生命科学分野の研究の将来に大きな影響を与える制度であることから、来年4月から始まる組織の活動とその成果に期待し、かつ注目したいものだと思います。



国立国際医療研究センター 国府台病院
病院長

上村直実

FOCUS

ずばり対談

3つのがんを生き抜くTVキャスターとがん治療の大御所が語り合う「がん本音対談」

大腸がんの再発・転移体験をすべてお話しします



ジャーナリスト・TVコメンテーター

鳥越 俊太郎

ゲスト

がん研有明病院
メディカルディレクター・名誉院長

武藤 徹一郎



今回は、鳥越俊太郎氏と武藤徹一郎先生をお迎えして、大腸がん、大腸がんからの「転移がん」についてお話しいたします。鳥越さんが体験された大腸がん、および大腸から転移したがん——転移肺がんと転移肝がんなどの併存は治療の難しい病状として知られています。そのため転移がんの発生イコール「死」と受け取られがちであり、一般の人に転移がんについて話すことはタブー視されてきました。この医学の世界の禁忌に挑む対談は、多くの大腸がんの患者さんに正しいがん情報を提供してくれるでしょう。

(2014年4月17日収録)

覚悟はできていました

武藤 鳥越さんとの顔合せは、これで3回目になります。がんの患者さんとしてよく勉強されているうえ、覚悟もできており、また、医療者への理解も十分に持っておられます。「大腸がんの再発と転移」という重いテーマを語っていただくのに最もふさわしい方ですね。まず、大腸がん発見の経緯から伺います。

鳥越 2005年夏に排便の際、水が赤黒く濁ったことが2度ありました。9月23日の朝、出張先のホテルで排便したら鮮血がドバッと出て「あ、痔なんだ」と安心しました。しかし、やはり赤黒い水の印象が強く、虎の門病院（東京都港区）の人間ドックを受診しました。

2日分の検便の結果がともに陽性で、9月30日に大腸の内視鏡検査を受けました。「がんの目撃」を検査中にするという異例の展開になりました。

武藤 テレビモニターにがんが映し出されたのですね。

鳥越 そうです。肛門から入れて盲腸に達したカメラを引き抜きながら腸の中を見ていくわけですが、大腸の最終コーナーに近い、S状結腸から直腸にさしかかる辺りで馬蹄形に盛り上がった醜悪な肉塊が見えました。赤い血がいく筋か噴き出ている。思わず「先生、良性ではないですね。どうすればいいのですか」と言いましたら、検査中の先生から「はい、良性じゃありません。手術で切り取ればいいで



Shuntaro Torigoe

鳥越 俊太郎（とりごえ しゅんたろう） 1940年3月13日生まれ。福岡県出身。京都大学卒業後、毎日新聞社に入社。東京本社社会部、テヘラン特派員、「サンデー毎日」編集長などを歴任。89年にテレビ界に移り、行動派のキャスター、コメンテーターとして現在も幅広く活躍を続けている。愛称は「ニュースの職人」。本対談で氏のがんに対する「覚悟」が話題になっているが、少年期の一つの体験がその原点になっているようである。遊び場の寺の墓地で見かけた「白い人骨」が「無」への恐怖をもたらしたのだった。「死＝無であることの不気味さを実感した」と述べている。これが成長の過程で「こねあげられて」、後に「諦観」を中核にした死生観へと昇華していく。戦場取材などへ出かける時は、常に人間はどこにいても死に場所を見つけることができる、とのカラリとした心境であるという。『新訂方丈記』（岩波文庫版）はお守りであり、いつもカバンに入れて旅に出る。「ゆく河の流れは絶えずして、しかももとの水にあらず」で始まる鴨長明の随筆は心に安寧をもたらしてくれる。氏の長く続く人気の源泉は、この揺るぎのない死生観にあるようにも思われる。

〈補遺〉澤田壽仁（4頁）：元虎の門病院消化器外科部長。現横山病院（宮崎県都城市）大腸外科・内視鏡外科。河野匡（5頁）：現虎の門病院呼吸器センター外科部長。渡邊五郎（6頁）：現虎の門病院消化器外科（肝・胆・膵）部長兼副院長。井手康行（6頁）：TVディレクター。テレビ朝日「スーパーモーニング」ではイラク戦争の取材などで鳥越氏とたびたび行動をとりにしてきた。

しょう」と明快な返事が返ってきました。

武藤 動揺はありませんでしたか。がんを告げられ医師から説明を何度聞いても事態が理解できない患者さんにたくさん出会ってきました。

鳥越 血便が出た時にがんを予想して覚悟のようなものはできていました。妻も冷静に受け止めてくれました。10月6日に消化器外科の澤田壽仁先生としひとにより、大腸がんふくこうきょう か しゅは腹腔鏡下手術じゅつで切除されました。手術は3時間ほどでした。肉体的苦痛はほとんど経験していませんが、術後10日目から始まった重湯 — 五分がゆ — 三分がゆ — 全がゆ、と普通食へと戻していく時に経験した小腸せんだうつうの蠕動痛ぜんどうつうは実に耐え難いものでした。虎の門病院は大腸がんの腹腔鏡下手術を日本で最も多く手がけています。

武藤 腹腔鏡下手術は体の表面に3～4個の小さな穴を開け、高性能のCCDカメラを装着した光源管などの手術器具を体内に入れTVモニターを見ながら病巣を切り取る手術です。肺がんには胸腔鏡下手術きょうくうきょう か しゅじゅつが行われます。開腹手術かいふくしゅじゅつに比べ出血が少なく患者さんの負担が少ないなどの利点があります。世界で最初に胆石の摘出に使われ、日本では四半世紀の間に消化器から泌尿器領域などへ応用範囲は広がっています。

鳥越 実は手術後の説明では「ステージ（進行度）II」と言われました。がん細胞を顕微鏡で調べる病理検査の結果、リンパ節への転移は

なく腫瘍が腸管の外に突き出ているとのことでした。しかし後に肺への転移がんが見つかり、大腸がんは「ステージIV」だったと知らされました。

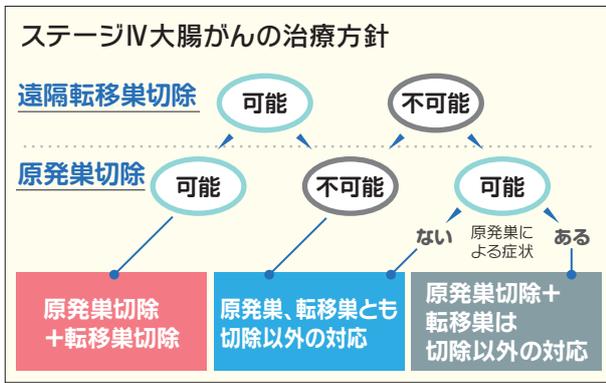
武藤 がんが難しい状態にある場合、医師は患者さんの心理を考慮して病状を軽めにお話しすることがあります。患者さんが冷静ですと治療がしやすいのです。ここで、大腸がん術後の治療と検査についてお話しください。

鳥越 術後の再発・転移を防ぐため、術後補助化学療法じゅつこほが行われ、抗がん剤のUFT（ユー・エフ・ティ）やユーゼル（抗がん剤の効果増強剤）などを、4週間連続して服用し1週間休みました。これを3年間続けましたが、脱毛などの副作用はほとんどありませんでした。効果について別の医師により「副作用がないのは効果がない証拠」、あるいは「肺がんへの転移がゆるやかだったのは抗がん剤の効果」と意見はまちまちでした。免疫力の強化のため、東洋医学の権威・谷美智士先生に漢方薬を処方していただきました。

再発・転移の早期発見

武藤 現在、大腸がんの術後の化学療法には一般に抗がん剤5-FU（ファイブ・エフ・ユー）＋ロイコボリン（ユーゼルと同成分）療法、UFT＋ロイコボリン療法、カペシタピン療法が行われています。

鳥越 抗がん剤は分子標的薬の時代になりま



出典：大腸癌治療ガイドライン 医師用2014年版（大腸癌研究会編）一部改変

したね。がん細胞のDNAを含む核に狙いを定めて攻撃・破壊する強い薬です。日本では多くの分子標的薬が多様な固形がん（血液がん以外のがん）の治療に使われています。強力な薬だけに副作用もあります。また日本でも優れた抗がん剤が創薬されました。

武藤 切除不能、あるいは再発大腸がんの治療に日本で開発されたオキサリプラチンが既存の抗がん剤と組み合わせられて使われ、高い効果を上げています。また分子標的薬も使われるようになり、患者さんの生存期間中央値（患者の半数が死亡するまでの期間）が2年間延長し、がんが縮小して手術が可能になる例も出ています。

鳥越 次に大腸がんの再発・転移を早期発見するために行われた術後の検査についてお話しします。術後1年2ヵ月に左肺で、その半年後に右肺で、それから1年3ヵ月後に肝臓で、それぞれ転移がんらしいものが認められました。大腸がんの術直後に行われた核医学検査とコンピュータ断層撮影を組み合わせたPET/CT検査では他臓器への転移を思わせる画像

は認められませんでした。それが約1年後に左肺上部に7ミリほどのかげが認められました。

武藤 どれくらいの頻度で検査しましたか。

鳥越 3ヵ月に1回くらいでした。肺にはCT検査、肝臓には超音波（エコー）検査が繰り返し行われました。

武藤 細かく検査した結果、転移がんが早期に発見できたのですね。早く見つけると、病状に応じた治療を適切に行うことができます。

鳥越 ここで発言しておきたいのは、再発・転移がんの診療では、患者が決断しなければならない場面が出てくることです。万能視されているPET/CT検査を2回受けましたが、1センチ未満のかげを「がん」と確定診断するのは難しい。そこで、未確定の7ミリの段階で切るか、1センチまで待つか、最終的には患者の選択がカギになります。私は7ミリの左肺のかげを切除しましたが、結果は悪性、右肺は良性でした。

武藤 そうした場合、患者さんから、「がんでもないのに手術した」と苦情が出る、時に治療費を払わないという人もいます。医学は科学の一分野ですが、不確定要素の少ない領域であることをご理解いただければと思います。

鳥越 最初の左肺の転移がんは、胸部外科の河野 匡先生と病院診断部の「転移を否定できず」という判断で胸腔鏡下手術を行いました。

武藤 徹一郎（むとう てついちろう） 1963年、東京大学医学部卒業。64年、同大学医学部附属病院インターン修了。68年、同大学大学院第三臨床医学課程修了、医学博士。71～72年、WHO 奨学生としてロンドン St. Mark 病院に留学。81～82年、大森赤十字病院外科部長。82年、東京大学医学部第一外科助教授、91年より教授。93年、同大学医学部附属病院院長。96年、同大学医科学研究所教授・臓器移植生理学研究室部長併任。99年、財団法人癌研究会附属病院副院長、東京大学医学部名誉教授。2002年、財団法人癌研究会附属病院院長、08年よりメディカルディレクター、名誉院長。10年、財団法人癌研究会常務理事。12～13年、公益財団法人がん研究会上席常務理事。13年より公益財団法人がん研究会有明病院理事・メディカルディレクター・名誉院長（現任）。《主な著書》『大腸ポリープその病理と臨床』（南江堂、1979年）、『炎症性大腸疾患のスペクトル』（医学書院、1986年）、『大腸肛門疾患の診療指針』（編著、中外医学社、1986年）、『大腸ポリープ・ポリポシス—臨床と病理』（医学書院、1993年）、『大腸肛門疾患の診療』（編著、中外医学社、1994年）、『大腸がん』（ちくま新書、2000年）、『心配しないでいいですよ 再発・転移大腸がん』（編著、真興交易（株）医書出版部、2004年）《趣味》ゴルフ、テニス、オペラ鑑賞

Tetsuichiro Muto



ずばり対談

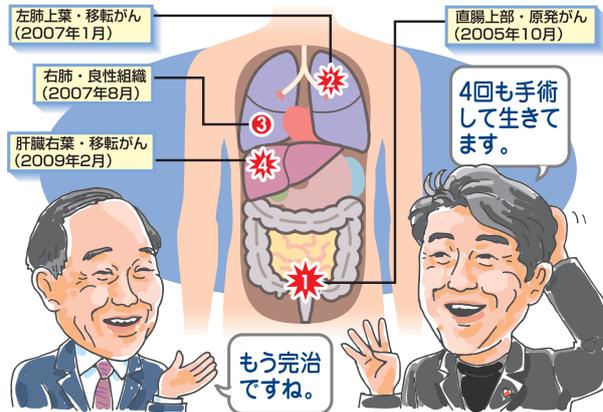
左脇腹に3ヵ所穴を開け手術器具を入れて患部を切除しました。手術自体は30分ほどで、肺の手術は負担が軽くて済みました。

武藤 肝臓の手術は大変だったでしょう。

鳥越 がんになったら本を書きたいと考えていたので、戦場カメラマンでもある井手康行君にビデオ撮影を頼み、私は取材者に徹しました。彼は最初の大腸内視鏡検査後からずうっとビデオ撮影してくれましたが、肝臓がんの開腹手術では壮絶な情景が続くのでオペ室から逃げ出したくなったそうです。術後に見たビデオには次のような画像が記録されていました。執刀医の渡邊五朗先生が井手君に解説しながらメスを執っている。電気メスが煙を上げながらおなかを切り開いていく。肝臓が姿を現すと表面に超音波（エコー）検査器を直接当てて腫瘍部を探す。渡邊先生が先の尖ったマイクロウェーブの針を肝臓にズブズブと刺していく。肝臓が焼けて煙が立ち上る。渡邊先生が「はい、取れました」と井手君に石灰化したがん病巣を示す――。

武藤 マイクロウェーブを使う肝切除には高い技術が必要ですね。

鳥越 今、がん体験を通して放射能被ばくのことを考えています。大腸がんの原因として、15年前にウクライナでチェルノブイリ型と同



じ原発の上に立っての取材が関係しているのではないかということ。そして、X線を使うCT検査について「CT検査の放射線ががんをつくる」と著名な医師が発言されていますが、首をかしげたくくなりますね。私は国の安全基準の年間被ばく量1ミリシーベルトをはるかに超える20ミリシーベルト以上被ばくしていますが、健康障害は出ていません。再発・転移がんでもきちんと検査を受け現代医学の可能性にかけるのが自然な生き方ではないでしょうか。私は今年（2014年）の2月10日に3つのがんすべてで「5年生存」を達成しました。運のよい少数派のがん患者だと思いますが、運だけにまかせていたら、とっくに鬼籍に入っていたでしょうね。

武藤 医師からは運がよかったから命が助かったとは言い難いのですが、鳥越さんの腹のすわった覚悟が治療につながったように思います。

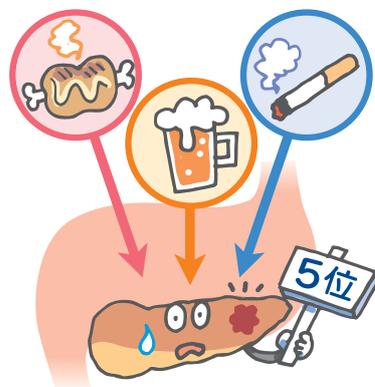
構成・高山美治



気になる 消化器病

膵がん

膵がんは厚生労働省から発表されたがんによる死亡の第5位で、非常に増えてきたがんです。動物性脂肪のとり過ぎなど、欧米型の食事やタバコ・アルコールがその原因と考えられています。いまだ難治がんですが、近年、外科手術の成績は向上し、新薬も登場してきており、膵がんの治療に明るい光が見えてきました。膵がんについての最新的话题を提供したいと思います。



和歌山県立医科大学
外科学第2講座 教授
山上 裕機

病院を訪れる膵がんの患者さんは、すでに進行していることが多いです。その理由として、まず、膵臓の位置があげられます。膵臓は胃の背中側にあるので、腹痛などのおなかのがんによくある症状が少なく、背中が痛むなどの整形外科的な症状の出ることが原因の1つです。膵臓の十二指腸に近い膵頭部にできた膵がんでは、胆汁の流れ道が閉ざされるので黄疸おうだんが出ます。黄疸が出た患者さんでは、胆道にステントという器具を挿入して胆汁の流れをよくします。

膵がんの診断は、基本的には日本膵臓学会が発行している『科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン』にしたがって行います。CTやエコーといった手軽な検査を経て、超音波内視鏡およびそれを用いた穿刺吸引細胞診（内視鏡の先に付いたエコーを見ながら、膵がんを細い針で刺して細胞を採取します）で診断を確定します。

膵がんの治療には、①手術、②抗がん剤による化学療法、③放射線療法があります。

現在、膵がんで根治が期待できる唯一の治療法は手術です。しかし、手術ができる率は低く40%程度とされています。したがって、手術に加えて化学療法や放射線療法を組み合わせた治療が必要です。図に示すように、十二指腸に近い膵がんでは、膵頭十二指腸切除術が行われます。膵体部と膵尾部のがんでは、膵体尾部切除術が行われます。

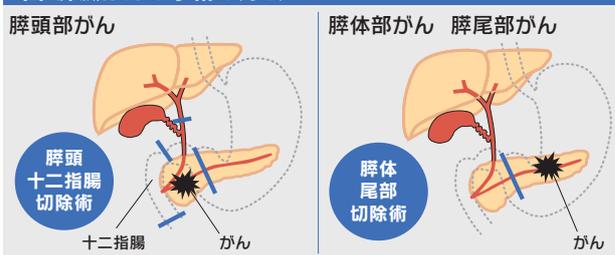
膵がんに対する標準的な抗がん剤はゲムシタビン

です。米国で開発された分子標的薬であるエルロチニブ（タルセバ）とゲムシタビンの併用療法が日本でも2011年7月に承認となりましたが、副作用として間質性肺炎などが知られており、日本人における安全性を確認しながら慎重に投与されているのが現状です。また、TS-1（ティーエスワン）も内服薬として膵がんに対して使用される抗がん剤です。TS-1単剤で投与する場合とゲムシタビンと併用して投与する場合があります。さらに、2013年12月にはFOLFIRINOXという数種類の抗がん剤を組み合わせる新しい治療法が始まりました。副作用は強いのですが、生存期間が約2倍に伸びることが確認されています。

放射線療法はゲムシタビンなどの化学療法と併用して行われるのが標準的です。また、進行した膵がんでは膵臓のまわりの神経に病気がおよぶため、腹痛や背中の痛みなどを伴うことが多いのですが、放射線治療により痛みが和らぐ効果が期待できます。

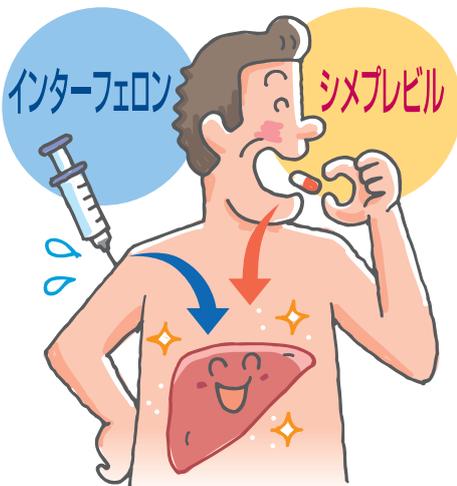
以上のように、近年の膵がん治療の発達は目覚ましく、怖い病気ではなくなる日も近いと思います。

図 膵臓がんの手術の方法



消化器病の薬

武蔵野赤十字病院副院長
消化器科部長
泉 並木



C型ウイルス肝炎

C型肝炎ウイルスは他の人の血液から感染し、肝硬変や肝がんを引き起こします。インターフェロン注射と、シメプレビルという新薬を1日1回あわせて飲むことで、9割の人が治癒できるようになりました。飲み薬だけでウイルスが排除できる日も近づいていますが、適切な薬を選ぶことが大切です。

◆ 飲み薬での治療が可能に ◆

C型肝炎ウイルスは他の人の血液から感染し、症状が出ずに30年くらいの経過で肝硬変や肝がんに行進します。1型と2型の2種類があり、1型の方が治癒しにくいウイルスです。インターフェロンの注射でウイルスを排除するのが基本で、リバビリン内服を一緒に行うと効果が高くなります。

最近、直接ウイルスを抑える飲み薬シメプレビルが使えるようになりました。1日1回飲むとプロテアーゼというウイルスの酵素が抑えられて、インターフェロン注射との併用を24週間行うことによって、9割の人でウイルスが排除できるようになりました。少しビリルビンという黄疸指数おうたんが上がる以外には副作用がほとんどないのが特徴です。これまでインターフェロンで治癒しなかった人でも、一度ウイルスが消えたことがある人では9割の人で治癒します。

◆ それぞれの人に合った治療薬を ◆

今後インターフェロンを使わずに飲み薬だけでウイルスが排除できる日が近づいてきました。飲み薬にはプロテアーゼ以外にポリメラーゼやNS5Aというウイルスの蛋白質の働きを抑えるものがあります。この3つから2つを組み合わせると、3ヵ月から6ヵ月の内服で治療が行われ、約8割から9割の人がウイル

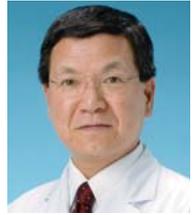
スの排除ができるようになります。次々にこの3種類からいろいろな飲み薬が使えるようになると考えられますが、どの薬で治療すればよいかは、それぞれの人々のウイルスに効果があるかどうかポイントになります。薬が効かない耐性変異を持ったウイルスに感染している人がいるので、各人どの薬が効きやすいのかを調べた上で治療する方がよいでしょう。

インターフェロンが効きやすい人では、どんなウイルスが相手でも効果が出るため、耐性ウイルスに感染している人ではインターフェロン注射による治療がよいと思われます。C型肝炎の人は年齢とともに肝がんになりやすくなるため、治療を急ぐ人では飲み薬だけの治療を待っているのではなく、なるべく早くウイルスを排除した方がよいでしょう。



消化器の検査

獨協医科大学
医療情報センター長・教授
中村 哲也



大腸カプセル内視鏡検査

カプセル内視鏡とは、飲み込むだけで消化管の写真が撮影できるカプセル型の内視鏡で、これまでは小腸が主な検査対象でした。しかし、2014年1月に大腸カプセル内視鏡が保険適用になりました(図1)。

検査の目的

薬事承認された際には、「大腸内視鏡検査を必要とするが、当該検査が施行困難な場合に大腸疾患の診断を行うために大腸粘膜の撮像を行い、画像を提供すること」を目的とし、その適用対象は「大腸疾患が既知または疑われる患者」でした。日本では、大腸がんの1次検診である便潜血検査が陽性であっても、2次検診である大腸内視鏡検査を受診する人の割合が米国や韓国に比べると極めて低く、大腸がんの罹患率や死亡率が特に女性において著明な増加を示しているという問題があります。そこで大腸カプセル内視鏡検査が、今までの2次検診と同様の役割を担うことが期待されました。しかし、保険が適用されるのは以下のいずれかに限定されています。①大腸内視鏡検査が必要であり、検査を実施したが腹腔内の癒着などにより全大腸が観察できなかった患者に用いた場合。②大腸内視鏡検査が必要であるが、腹部手術歴があり癒着が想定される場合など、器質的異常により検査が実施困難であると判断された患者に用いた場合。

検査の方法

検査前日には腸に食物のかすが残りにくい食事をしていただき、当日には大腸内視鏡検査と同様に下剤を飲みます(前処置の方法は病院によって若干異なります)。アンテナの役目をするセンサアレイを取り付ける(図2)などの準備をしてから、大腸カプセル内視鏡を飲み込んで検査が始まります。その後、カプ

セルを大腸まで押し流す目的でさらに追加の下剤を飲み、検査開始後10時間以内にカプセルが排泄されれば検査終了となります。撮影された画像は腰につけた記録装置に保存され、それを専用のワークステーションに転送し、医師が読影して診断します(図3)。

メリットとデメリット

大腸カプセル内視鏡検査によって、大腸のポリープやがんが早期に発見できる可能性があります。その最大のメリットは、大腸内視鏡検査が困難な患者さんにとっても比較的楽に検査を受けることができる点です。デメリットは、保険が適用される患者さんが少ないため、積極的に検査を行う病院が現時点では数少ないことと、ポリープが見つかった場合には大腸内視鏡による精査や治療を行う必要がある点です。

大腸カプセル内視鏡検査の保険適用範囲が広がれば、大腸がんの早期発見・早期治療が可能となり、大腸がんによる死亡率が低下するものと期待されます。

図1
手に持った
大腸カプセル
内視鏡(サンプル)



長さ31mm、幅11mm
前後両方にカメラが
ついている

図2 センサアレイ(アンテナ)の取り付け位置

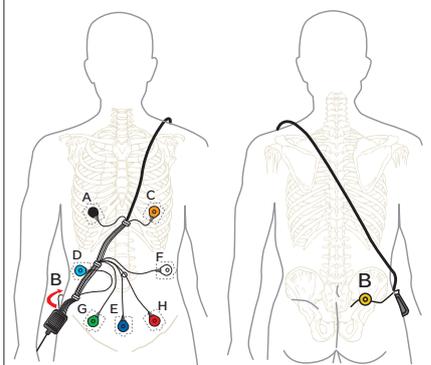
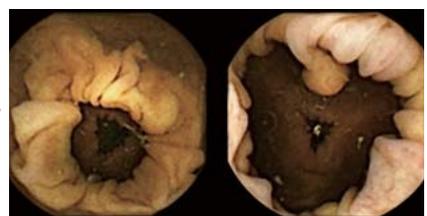


図3
専用ワーク
ステーションの
画面で確認された
大腸ポリープ(右)



消化器

どうしました？



Q

ジェネリックとは
なんですか？



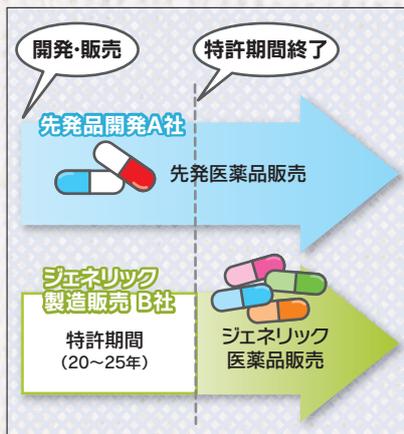
A

新しい医療用医薬品が市場に出るまでには、創薬・開発の過程で壮大なコスト、労力と時間がかかるため、新薬では有効成分に対する物質特許、製造方法に対する製法特許などを取得しています。これらの特許の期限(20~25年)が切れた医薬品を他の製薬会社などが製造、供給する医薬品のことを「ジェネリック医薬品(後発医薬品)」と呼んでいます。特許が切れれば先発医薬品と同じ有効成分を含む医薬品を安価に製造できることになり、厚生労働大臣が、先発品と品質・有効性・安全性が同等として製造販売の承認を行っています。

ジェネリック医薬品の薬価は、先発品の70%(銘柄数が10を超える内服薬は60%)でしたが、2014年度から60%(50%)となりました。慢性的な病気で薬を長期間服用する場合などでは、ジェネリックの使用により薬代の大幅な削減につなが

り、健康保険組合の負担や国の財政負担の削減に貢献することになります。しかしながら日本での普及は遅れており、ジェネリックの占める割合は、米国で90%以上、欧州でも60~80%ですが、日本では2011年で40%程度でした。政府は2018年までに60%以上にする目標を立てています。普及の遅れには、ジェネリック医薬品メーカーでは安定供給が難しい、材料や製造法が先発品と完全一致でなく、効果や安全面などで不安とする医師・薬剤師らの意見があることが挙げられます。

ジェネリック医薬品を希望する場合、病院・診療所・保険薬局で医師・薬剤師にそのことを伝えてください。医師に直接言いにくければ、受付などで相談するのもよいでしょう。



回答者



慶應義塾大学 教授
消化器内科薬物治療学
齋藤 英胤

Q

ABC検診で引っかかり
ましたが、どうしたら
よいでしょうか？



A

ABC検診(胃がんリスク検診)とは、ピロリ菌感染の有無(血清ピロリ菌IgG抗体)と血清ペプシノーゲン値を測定することによって、胃がんのリスクを分類する検診法です。ピロリ菌感染が長期にわたると胃の粘膜が萎縮し、胃がんのリスクが上がります。ペプシノーゲン値はその萎縮を調べる検査として用いられ、最近では自治体の検診などでも行われるようになってきました。この検査は胃がんを直接見つける検査ではなく、胃がんになりやすい人を絞り込む検査です。胃がんになるリスクが極めて低い、ピロリ菌の感染がなく胃粘膜萎縮のない人(A群)は精密検査を行いません。一方で異常が指摘された人(B-D群)は内視鏡検査などが勧められます。ピロリ菌の感染があり萎縮のないB群の発がん率は年率1,000人に1人程度ですが、ピロリ菌の感染があり萎縮のあるC群では500人に1人、萎縮が高度で

Q&A

このコーナーでは、消化器の病気や健康に関する疑問や悩みについて、専門医がわかりやすくお答えします。



ピロリ菌が自然に排除された（または極めて減少した）血清ピロリ菌抗体陰性のD群ではさらに発がん率が上昇すると報告されています（表）。

内視鏡検査で胃がんは発見されなくても、異常が指摘された場合（B-D群）は定期的な内視鏡検査が望ましいと考えられています。また、ピロリ菌感染に対しては発がんリスクを減らす目的で除菌治療を行うことが勧められます。なお、ピロリ菌の除菌前と除菌後ではこの検診法の判定は異なるため、注意が必要です。胃がんには分化型と、より悪性の高い未分化型があり、ABC検診は分化型胃がんのリスク検診に特に適した方法で、未分化型胃がんのリスク判定には適応できないこともありますので、バリウム検査などでの胃がん検診も並行して受けることが望ましいと考えられています。

		ピロリ菌	
		感染なし	感染あり
ヘプシノーゲン	陰性(萎縮なし)	A群	B群
	陽性(萎縮あり)	D群	C群
		胃がんリスク	内視鏡検査
A群:ピロリ菌感染なし、萎縮なし		ほとんどなし	不要
B群:ピロリ菌感染し、炎症を起こしている		低	要
C群:ピロリ菌による胃炎により萎縮を起こしている		高	要
D群:萎縮が進行しピロリ菌がすめなくなる		超高	要

回答者



横浜市立大学
消化器内科 教授
前田 慎

Q ノロウイルスの予防法を教えてください。



A ノロウイルスは口を介してヒトへ感染します。最も重要な感染予防は、適切な手洗いです。指輪、時計などを手指から外し、手についている脂肪分などを取り除きウイルスを落ちやすくするため、石鹸を用い、指先、手指間を十分な時間をかけて（30秒以上）ウイルスを洗い流します。

食べ物からのノロウイルス感染予防も重要です。カキ、アサリなどの二枚貝は、ノロウイルスを含んだ海水を取り込んでウイルスを濃縮します。調理の際、貝の中心まで完全に加熱し（中心が85～90℃、90秒以上）、ウイルスを失活させる必要があります。その他、調理者から食べ物へのノロウイルスの汚染を防ぐことも重要です。ノロウイルスに感染しても症状が出ない場合もあるので、特に流行時は調理の際の十分な注意が必要です。調理者はマスクを着用し、調理前に石鹸で手洗いをきちんと行いましょう。

ノロウイルスは、汚染された嘔吐物、糞便から拡散し、ヒトへ感染することがあるため、嘔吐物、糞便の適切な処理が必要です。処理する人は、自分の予防のため、手袋、マスク、メガネなどをつける必要があります。雑巾、ペーパーなどで、汚染された嘔吐物、糞便をぬぐい取りビニール袋に入れ廃棄します。その際、飛沫が発生しないように注意してください。その後、ウイルスを失活させるために、0.1%次亜塩素酸ナトリウムにより汚物が付着していた場所とその周囲を雑巾、ペーパーなどでふき取ります。

さらに詳しい予防対策については厚生労働省のホームページに掲載されています。

適切な手洗いが大切です。



食べ物からのウイルスの感染を防ぐことが必要です。



適切な汚物処理が重要です。



回答者



金沢大学
医薬保健研究域医学系 准教授
酒井 佳夫



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。

開催	日時	場所	テーマ	お問合せ
第56回大会	11月23日(日) 13:30~16:00	大宮ソニックシティ・国際会議室	腸の病気についての教室	(株)ダブルエーイーインタナショナル TEL:03-5767-0311
北海道支部	11月1日(土) 15:00~17:30	釧路市観光国際交流センター	胃がん・肝がんの撲滅を目指して	釧路労災病院 宮城島 拓人 TEL:0154-22-7191
東北支部	9月27日(土) 13:00~15:00	サンマリン気仙沼ホテル 観洋	アルコールとおなかの病気	気仙沼市立病院 安海 清 TEL:0226-22-7100
関東支部	10月18日(土) 13:00~16:00	那須野が原ハーモニーホール・小ホール	消化器がんの予防と治療「最近の話題」	那須赤十字病院 佐藤 隆 TEL:0487-23-1122
	11月15日(土) 13:00~16:00	横浜市栄公会堂・講堂	胃カメラ検診(内視鏡検診)が始まります。	横浜栄共済病院 細川 治 TEL:045-891-2171
	11月29日(土) 14:00~17:00	東京大学内伊藤国際学術センター・伊藤謝恩ホール	最前線の専門家が語る消化器病 — 診断から終末医療まで	東京大学医学部附属病院 大腸・肛門外科 須並 英二 TEL:03-3815-5411
甲信越支部	10月18日(土) 13:30~16:10	峡南医療センター富士川病院・2階大会議室	知っておきたい消化器がんの治療 — 内視鏡治療から抗がん剤治療まで	峡南医療センター企業団 富士川病院外科 河野 哲夫 TEL:0556-22-3150
東海支部	11月1日(土) 13:00~16:10	ライフポートとよはし・中ホール	もう怖くないおなかの病気 今でも怖いおなかの病気	豊橋市民病院 岡村 正造 TEL:0532-33-6111
	11月30日(日) 14:00~16:00	名古屋文理大学文化フォーラム・中ホール	大腸のいろいろ — うんち から がんまで	稲沢市民病院 消化器内科 坂田 豊博 TEL:0587-32-2111
	12月14日(日) 13:00~16:00	愛知県医師会館・9階大講堂	おなかの病気の最新情報	名古屋大学 消化器外科学 小寺 泰弘 TEL:052-744-2233
北陸支部	10月4日(土) 13:30~16:30	富山国際会議場	おなかの「がん」 — 診断と治療の最先端	富山県立中央病院 外科 清水 康一 TEL:076-424-1531
近畿支部	10月5日(日) 13:00~16:00	あべのハルカス・25階	最新の検査・治療で消化器病に立ち向かおう!	大阪市立大学大学院 肝胆膵内科 秘書 齋藤 TEL:06-6645-3811
中国支部	11月30日(日) 13:30~16:30	広島国際会議場	おなかの健康と菌のかかわり	広島大学病院 総合内科・総合診療科 田妻 進 TEL:082-257-5461
四国支部	9月21日(日) 13:00~16:00	かがわ国際会議場	ならない方がいいけど、 なったらどう診断・治療するの消化器がん	香川県立中央病院 消化器内科 稲葉 知己 TEL:087-835-2208
	9月27日(土) 13:00~16:30	小松島市ミリカホール	おなかのがんの予防と治療 — 今できること	徳島赤十字病院 消化器科 佐藤 幸一 TEL:0885-32-2555
九州支部	10月4日(土) 14:00~17:00	サンエールかごしま	消化器がん — 早くみつけてやさしくなおそう	鹿児島市立病院 消化器科 美園 俊明 TEL:099-224-2101

寄附のお願いについて

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、平成25年に一般財団法人(非営利型)へ移行致しました。

公益事業を積極的に推進し、その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器のひろば』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、詳細等のお問い合わせは下記にお願いします。

一般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

編集担当 坂本 直哉 北海道大学内科学講座消化器内科学分野教授
塩谷 昭子 川崎医科大学消化管内科学准教授

本誌へのご感想や今後取り上げてほしいテーマなどを、ぜひ事務局までお寄せください。ただし、個人的なご相談やご質問には応じかねますのでご了承ください。

本誌既刊号の記事や市民公開講座の開催案内は本学会ホームページ <http://www.jsge.or.jp>の「一般のみなさまへ」で公開しています。

スマートフォンをお使いの方はこちらから



Web

2014年9月20日発行

発行所 一般財団法人

日本消化器病学会

発行人 下瀬川 徹

編集責任 広報委員会

制作 株式会社協和企画

次号は2015年3月20日発行の予定です。
本誌の無断転載・複製は禁じます。