Gastro-Health Now

特定非営利活動法人
日本胃がん予知・診断・治療研究機構
Non Profitable Organization
Japan Research Foundation of Prediction,
Diagnosis and Therapy for Gastric Cancer (JRF PDT GC)

目　次

◆特集
「ABC分類、A群をめぐる問題」…1
◆TOPICS……7
◆最新文献紹介 ……7
◆あとがき・お知らせ ……8

印刷　城南印刷工芸(株) 03-3752-3391

発行所　特定非営利活動法人
日本胃がん予知・診断・治療研究機構
〒108-0072
東京都港区白金1丁目17番2号
白金タワーテラス棟 604号室
電話　03-3448-1077
FAX　03-3448-1078
E-mail：info@gastro-health-now.org
http://www.gastro-health-now.org

2012.10.1
第22号

特集「ABC分類、A群をめぐる問題」

胃がんリスク分類（ABC分類）のA群に、本来は有リスク群とすべきHp感染既往のある受診者が混在してしまうことが、胃がんリスク検診導入の不安材料であるという声が、地区医師会や検診施設等から多く寄せられています。今回は、この問題を解決する前段階として、「A群をめぐる問題」に対する有識者からの意見を集めてみました。

井上　和彦　（川崎医科大学総合臨床医学）

A群は理論的にはHp未感染の人が大部分を占め、胃癌や消化性潰瘍の低リスクと判断できる。胃がん検診の場で考えると、Hp未感染者からの胃癌発生は稀でその後の胃がん検診（画像検査）の対象から除外も可能と思われる。病院で治療した胃癌症例の検討では血液検査でA群を呈する症例があることも事実であるが、その中には噴門癌を中心とするHp未感染者からの胃癌とHp抗体偽陰性の胃癌、Hp既感染（除菌後、あるいは、自然消褪）の胃癌が含まれている。ABC分類を胃がん検診システムの中で有効活用するためには、A群の中にHp既感染者や感染持続者が混入することを極力避けなければならない。その最大の要因はHp除菌治療であり、その他にはHp抗体偽陰性、Hp自然消褪が考えられる。巷で「Hp除菌を行えば、A群となり、胃癌にならない」と誤った情報が一部で流布されており、「除菌により胃癌リスクは1/2～1/3に減じるが、Hp未感染の人とは異なる」という正しい知識の啓発が大切である。本NPO法人ワーキンググループから提唱しているように、除菌既往例はE群（eradication群）として定期的画像検査を行い、Hp抗体価やペプシノゲン（PG）値を測定してもABC分類判定は行わないことが原則である。問診だけでは除菌既往がはっきりしないことが少なからずみられる事実

胃がんリスク検診（ABC検診）病院・クリニック検索ナビができました。

http://abc-sg.org

実施医療機関登録受付中！（詳細は本紙最終面をご覧ください。）

もあるが、これに対しては、岡山県真庭市で作成している「胃の健康度手帳」（ABC 分類結果、画像検査結果、除菌治療施行の有無などを記載）なども有用と考えている。A 群に対しても全例一度は内視鏡あるいは胃 X 線の画像検査を行い、Hp 未感染を確認することは理想であるが、対策型検診では現実的ではないように思われる。画像検査をすべてに行うならば、その画像で Hp 感染の有無、萎縮の程度、炎症の程度を判定し、胃癌リスク分類でき、血液検査である ABC 分類は不要となろう。しかし、内視鏡や胃 X 線に携わっている医療関係者が同じレベルで胃粘膜状態を評価することは難しい現実も存在する。簡便で誰が判断しても同じ結果が得られる検体検査による基準を示すことが望まれ、Hp 抗体偽陰性対策としては PG 値が参考になろう。PG II ≧ 12ng/ml や I / II 比 <4.5 では Hp 感染の可能性が考えられ、A 群の中でもこれらを満たす症例に対して一度内視鏡をはじめとする画像検査を勧奨するのが現実的であろう。問診や胃の健康度手帳で明らかでない除菌後例や自然消褪例を鑑別するための PG 値、Hp 抗体価については、更なる検討が必要である。

① ABC 分類は胃癌リスク診断であり、胃癌の診断はできないこと。
② A 群は胃癌低危険群であるが、胃癌発生が皆無ではないこと。
③ 除菌既往のある人は E 群として ABC 分類判定は行わないこと。
④ A 群の中でも PG II ≧ 12ng/ml や I / II 比 <4.5 の場合は、画像検査（できれば内視鏡）を勧める。

以上について、検診従事関係者に対する啓発活動を地道に継続しなければならず、また、受診者に対して明示する必要もあろう。

乾　純和（高崎市医師会・乾内科クリニック）
萩原　聡（しらかわ診療所）

まず①検診（mass screening）と②健診（health check）および診療を厳密に分けて考える。①では除菌歴や PPI 服用歴など問診をきちんととる。更に PG I ／ II 比、HP 抗体価の基準値の見直しで血清 ABC 分類は充分な精度が得られる。我々の最近のデータでは胃癌 149 例（早期 136 例、進行 13 例）のうち、血清 A 群は 20 例あったが、除外クライテリア（除菌後や PPI 内服者）を外すと 3 例しか残らず、そのうち 2 例は PG I ／ II 比 4 以下を陽性とすれば D 群に分類される例であり、血清 A 群として漏れる可能性のある胃がん患者は 1 例（0.7 %）のみであった。またその 3 例ともすべて内視鏡的 C 群であった（しらかわ診療所）。
②では上記に加え一度は内視鏡的 ABC と対比して両者とも A 群であれば胃がんを発症するリスクは極めて低く、毎年内視鏡を行う必要は無いと考える。

間部　克裕（北海道大学）

増加する偽 A 群とその対策

血清 *H.pylori* 抗体ペプシノーゲン検査を組み合わせた ABC 分類は、検診対象者における *H.pylori* 感染率が低下した現在、非常に有用な胃がんリスク分類であり、本来胃がん検診の必要がない、A 群（*H.pylori* 未感染者）を検診対象から除くことが可能である。しかし、A 群の中には萎縮進行による自然排菌、抗生剤投与による偶然の除菌、除菌治療による *H.pylori* 既感染者が含まれてしまう。これら偽 A 群は、消化性潰瘍に対する除菌治療に加えて、*H.pylori* 胃炎に対する除菌療法の保険適用も遠くない将来に実現する見込みとなり、益々増加することが予想されている。

この現実に対して、ABC 分類を有効な検査として存続させるには以下の対策が必要と考えられる。

1. *H.pylori* 未感染者は胃がんリスクが殆どないが、除菌治療などによって A 群に分類された場合は、胃がんリスクのある E 群として胃がん検診を継続する必要があることを広く啓蒙する。
2. 除菌既往の確認方法の確立と検査結果への反映方法の確立。自記式の問診に加え、保健師等による確認を行う。除菌既往があれば、血液検査の判定に反映されるようシステムを構築する。
3. 現状では、ABC 分類で A 群となっても、一度は画像検査を受け、血液検査と画像検査の結果を合わせて A 群と判定された場合にのみ、A 群と判定する。
4. *H.pylori* 抗体価と PG 値の cut off 値を、偽 A 群を防ぐための cut off 値として再検討し、変更していく
5. 除菌治療前には必ず ABC 分類検査または内視鏡検査を行い、胃がんリスク評価をしてから除菌し、以後の胃がん検診や経過観察の方法、間隔を決める体制を確立する。

以上のような対策を行う必要がある。直ぐにでも行うことが出来る対策として 1 － 3 について具体的な対処方法を作り、NPO や学会として普及させていくこと

が重要である。また、4，5の対策について数年で結論が出せるよう具体的な臨床試験や胃がん検診モデルの構築を行う。

大泉　晴史　（大泉胃腸科内科クリニック）

胃がんリスク評価を行なうABC分類は、検診対象者集約として対策型胃がん検診に導入すべきと考えます。また広島大学医学部、伊藤らの詳細な検討でHp陰性胃がんは1%未満であり、Hp未感染のA群は胃がん検診の対象者からはずして良いと考えます。ただし今後除菌治療の普及により、A群の中にHp既感染者（偽A群）の割合が増加することは明らかです。Hp自然排菌例も少なからず混入してきます。Hp感染胃炎に対する除菌治療の保険適用が近いことも考慮して、Hp除菌例のE群のリスクについての正しい理解と認知度を高めるとともに、A群の中の真の未感染者と既感染者を識別する方法の確立が急務と考えます。そのためにはHp抗体価、PG値のcut off値の見直しによる真のA群を抽出する基準値の設定も必要と思いますが、現時点ではまず、胃背景粘膜診断が客観的に行なえる胃X線検査との組み合わせでA群と偽A群（除菌例、自然排菌群）を同定する方法が最良と考えます。真のA群はこれまで検討されてきたように、節目検診として5年間隔で胃X線検査を勧奨するのがよいと思います。

齋藤　洋子（(財)茨城県メデイカルセンター）

過去30年以上、40歳以上を対象としてX線法による胃がん検診が実施されてきましたが、最近の研究成果により、Hp未感染正常胃粘膜からの胃がん発生のリスクは極めて低いことがわかってきました。また、Hp感染率が低下している現在、Hp未感染正常胃の占める割合は増加しています。当施設の人間ドックで胃の健康度チェックとしてABC検査を受けた除菌歴のない受診者では39歳以下75%、40歳台60%、50歳台40%、60歳以上30%が画像と共に所謂A群に分類されました。このことは、20‐30年前は検診対象者の多くが胃がんになり易い粘膜だったので対象者の集約をしないでも問題がなかった、と言えます。しかし、新規40歳では4人に1人しか胃がん発生リスクがないことになります。そのため今直ぐすべきことは、低リスク群を画像検査から除くことであると考えています。当施設の検討からは、現行の三木の基準は低リスク群をA群と判定して画像検査対象外とする観点から問題がありませんでした。問診を徹底し除菌群はE群としてABC検査からは除外し、医療機関管理群としていくことが条件です。

河合　　隆（東京医科大学病院内視鏡センター）

上村らの報告（Uemura, N. et al.:N. Engl. J. Med., 345(11), 784-789, 2001）のおいて *H.pylori* 感染している患者さんからのみ胃癌が発生し、さらに胃粘膜の萎縮が強いほど胃癌になりやすいことが明らかにされました。逆を言うと *H.pylori* 感染陰性の患者さんから胃癌は発生しない事になります。ただしこの *H.pylori* 感染陰性とは、2つ以上の *H.pylori* 検査をするもすべて陰性であること、即ち一度も *H.pylori* に感染したことがない患者さんです。従って除菌後に陰性となった患者さんはこれにあてはまりません。一方ABC法のA群とは *H.pylori* 抗体陰性、かつpepsinogen法陰性を示します。従ってA群は *H.pylori* 感染陰性で胃粘膜萎縮ない患者さんなので胃癌にならないため、胃癌健診を無理に行なう必要はないと思われます。しかし実際にはA群には除菌後の患者さん、さらには *H.pylori* 偽陰性の患者さんも含まれています。この問題点を解決できれば今後A群は健診から外すことが可能と思われます。

伊藤　慎芳（四谷メディカルキューブ　消化器内科）

検査の偽陰性、偽陽性の問題は避けられないので、参考までにコメントします。

1）　Ｈｐ抗体の偽陰性について

抗体濃度が低値の場合は、判定保留として慎重な感染診断をすることが望ましい。特にペプシノーゲン（ＰＧ）でⅠ/Ⅱ比が3に近い場合やＰＧⅡが15以上あるような場合は、慢性胃炎の存在やＨｐ感染の可能性について疑うべきである。

2）　ＰＧ法の偽陰性について

稀ではあるが、プロトンポンプ阻害剤内服や腎障害でペプシノーゲンが上昇すると、ＰＧ法陽性とすべ

き例が陰性となることがある。ＰＧⅠ、ＰＧⅡが異常に高い場合、内服薬や病歴を確認することが望まれる。

3） Ｈｐ抗体やＰＧ法の偽陽性について

画像検査が推奨されることになるが、胃粘膜の所見に異常がない場合には、ＨｐやＰＧの偽陽性を疑う必要もあり、総合的に判断ののち受検者には正しく指示を伝えることが重要となる。

山道　信毅　（東京大学）

ＨＰ保菌率が急速に低下している昨今、Ａ群の比率は年々高まっており、その対応は重要性を増している。除菌治療の普及に伴い急激に増加しているＥ群を除外することがまず必要であるが、現時点ではＥ群の認知度は低く、Ａ群と混同して扱われる恐れが高いのが実情である。これに加え、ＨＰ自然除菌による「Ｅ相当群」や、測定エラーにより誤判定された「偽Ａ群」の頻度は分かっておらず、今後のデータの蓄積が必要である。「Ａ群を胃癌低リスクと見なし、その後の検診対象から外す」ことは大きな医療費削減に繋がることが期待されるが、より精度の高いＡ群判定が必要と思われ、採血検査のみの限界も指摘されている。我が国では消化管造影と内視鏡という非常に優れた画像診断が普及しており、Ｘ線被曝・医療資源の効率化を考慮しながら、適切な組み合わせにより「真Ａ群」の厳密な判定基準を確立してゆくことが今後の課題と考えられる。また、Ａ群が低リスクという概念は概ね確立してはいるものの、二十年を越える長期成績は乏しく、今後も前向きな検証の継続が必要であろう。

中島　滋美（社会保険滋賀病院　総合診療科）

ABC 分類でＡ群は胃癌低危険群なのでＡ群の人を胃がん検診の対象から除外するという意見があります。しかしＡ群の人を全員対象者から除外してよいのでしょうか。というのはＡ群の中に 10～20％過去のピロリ菌感染者と少数の現感染者、すなわち胃癌危険群が含まれるからです。つまり mass で見るとＡ群の胃癌リスクは低いですが、個々の症例では必ずしも低いとは限りません。したがって理想的にはＡ群の人を未感染者、現在または過去の感染者の３群に分け対応を決めるべきです。この３群の鑑別に画像検査が利用可能です。しかしこの目的で内視鏡検査をする場合、慢性胃炎などの保険病名をつけて検査するのは問題です。また内視鏡での上記３群の鑑別は難しく内視鏡医のレベルもまちまちで主観的要素が強くなってしまいます。一方、胃Ｘ線検査による胃がん検診は保険診療ではないので慢性胃炎のない人でも検査可能です。またＸ線フィルムをもとに判定するので客観的評価が可能です。医師だけでなく放射線技師でも判定可能なほど汎用性があるので読影者によるばらつきが少ないです。したがってＡ群の人に一度は胃Ｘ線検査による胃がん検診を受けていただき上記３群を鑑別し、未感染者（または慢性胃炎の所見の全くない人）では胃がん検診の間隔を延ばす、または胃がん検診の対象者からはずす、そして現在または過去の感染の疑われる人（慢性胃炎の所見が少しでもある人）は胃癌危険群として囲い込むというシステムを作るべきと思います。

柳岡　公彦（和歌山県立医科大学第２内科、国保野上厚生総合病院）

胃がん検診における効率化をめぐり、ABCD 分類が提唱されてから数年になり、かなりのデータの蓄積が存在するにもかかわらず、普及が遅くなっている。その要因に未だ現状のカットオフ値で分類されたＡ群からのがん発生のリスクが存在することによる。理論上、噴門部がんを除けば、真のＡ群からは胃がん発生はないと考えられ、検診対象から除外しうる。だとすれば、真のＡ群を抽出するために、やはり HP 除菌の既往の問診を徹底すること、年齢も考慮すること、さらに我々が解析したＡ群の heterogeneity に関して、除菌例を除き PG 値で判別することも考慮すべきかと考える。つまり PG Ⅰ≦30 or PGII＞30 or PGI/II≦2.0 でＡ群の約３％に高リスク群が含まれることが判明し、この群はいわゆるＤ群（extensive metaplastic gastritis）と同じと考えるべきである。除菌後の見かけ上Ａ群に対する検診必要性の啓蒙も課題である。

安田　　貢　（香川県立がん検診センター）

最近 ABC 分類のＤ群の病態が多様だという報告がありましたが，Ａ群でも *H.pylori* 未感染者の他，薬剤除菌，自然排菌を含む既感染者，または偽陰性者等が

含まれ多様であります。既感染と言っても除菌時点における萎縮の程度で胃癌リスクは著しく異なり，しかもあらゆる程度のリスク集団が未感染群や偽陰性群と連続的にオーバーラップして分布していますので，これを細分類するには実測値による思い切った線引きが必要になります。その考え方は２通りで，すなわち未感染者と(既)感染者を各々最大限含む２群に分けるか，あるいは明らかな未感染者を除外するように分けるかです。対策型検診下での単なるリスク分類ならＰＧⅠ低値群(30ng/ml以下)を含むと思われる前者で十分ですが，除菌治療にリンクさせるとなると後者の方法が望まれます。また，ABC分類で未感染のＡ群とされた人は画像検査を受けなくていいようにしないといけません。それは血清リスク分類の一つの目的なのです。

吉原　正治　(広島大学)

現在のがん検診対象年齢におけるＡ群の問題は、偽Ａ群(Hp既感染)の存在です。本来Ａ群はHp未感染者として定義されますが、Hp抗体とペプシノゲンの血液検査だけの判定では、偽Ａ群が存在することは、多くの先生も指摘される通りです。偽Ａ群には、除菌後例（除菌を意識していない、または、忘れている場合なども）があり、除菌後に数値だけＡ群の範囲になっても、フォローアップ、胃がん検診も必要です。今後Hp除菌が保険適用されれば、さらにこのような例は増えると思われます。また、検体検査ではカットオフ値付近の値をとる例は常に存在し、数値だけでHp未感染の判断は難しく、健康チェックの目的にも、一度は形態学的検査を行うべきと考えます。ABC分類は概念的に誰にもわかりやすい分類ですので、詳細な検討が必要と思います。

三原　修一　（みはらライフケアクリニック）

１）真のＡ群からどのくらい胃癌が出るのか、症例を集積して、もう少し検討する必要がある。全く出ない(?)、ほとんど出ないといわれているが、HP(-)・PG(-)の胃癌を時々経験するのも事実である。

２）HP偽陰性例を、真陰性と厳格に区別することができるのか。どの検査も100％でない以上、ある程度妥協せざるを得ないのではないか。

３）他疾患での治療（抗生剤投与）によって、本人が気付かない間に除菌されている例や、自然除菌例もあると思われるが、これも妥協せざるを得ないのではないか。

４）Ｅ群（HP除菌例）をきちんと区別して管理する必要がある。しかし、呼気テストで除菌成功を確認した症例でも、実際には不成功であった症例を時々経験する。

５）ABC検診を導入する場合、振り分けや経年的な管理が必要になる。この煩雑な作業を誰がするのか。ABC検診は、新しい胃がん検診システムを確立するうえで、大変有用であると考える。先駆的な地域での実績と詳細な分析結果をもとにして、将来普及していくことを期待したい。

伊藤　史子　（労働衛生コンサルタント、元目黒区保健所長）

Ａ群は検査値のみで判断するので、発がんリスクがある事例も含まれていることが考えられるが極めて稀であるといわれています。したがってＡ群に稀に発生するがんを見つけるために一律に何らかの介入をする条件は成立していません。また、検査対象から除菌者を除外してもなお除菌を受けた（ていた）いわゆる隠れＡ群が紛れ込んでくる可能性がありますが、この群の検査値には一定の特徴があるのであろうか。今後は全国的に症例を集めカットオフ値などの研究が必要です。有益な知見が出た場合、対策型検診等の判定基準に取込み何らかの介入を行うことは可能です。しかし、「Ａ群の問題」があることでＡＢＣ胃がん検診の有効性はいささかも損なわれるものではありません。ＡＢＣ胃がん検診は、従来のＸ線法の3~4倍の胃がん発見率があり、早期がんの比率が高く、また除菌により胃がんの一次予防を可能としたばかりか、多くの人が受けやすい検査であり検診受診率が格段と高まります。Ａ群の人には、インフォームドコンセントとして、Ａ群（隠れＡ含）からの胃がん発症は０ではないが極めて少ないと思われること、その理由を伝えておくことは必要と思います。

参考

胃がんリスク検診（ABC 検診）とは？

胃がんにはピロリ菌感染が深くかかわっています。ピロリ菌感染のない人から胃がんが発生することはごくまれです。また、ピロリ菌感染によって胃粘膜の萎縮が進むほど、胃がんが発生しやすくなります。胃粘膜の萎縮の程度は、胃から分泌されて消化酵素ペプシンのもとになるペプシノゲンという物質の血液中の濃度を測定することでわかり、基準値以下の人は、6～9倍胃がんになりやすいことがわかっています。

胃がんリスク検診（ABC 検診）とは、ピロリ菌感染の有無（血清ピロリ菌 IgG 抗体）と胃粘膜萎縮の有無およびその程度（血清ペプシノゲン値）を測定し、被験者が胃がんになりやすい状態かどうかをＡ～Ｄの４群に分類する（ABC 分類）新しい検診法です（表１）。血液による簡便な検体検査であり、特定検診（メタボ健診）などと同時に行なうこともできます。

胃がんリスク検診（ABC 検診）はがんそのものを見つける検査ではありません。胃がんになる危険度がきわめて低い、ピロリ菌の感染がなく胃粘膜が健康な人たち（A 群）を精密検査の対象から除外し、ピロリ菌に感染（またはかつて感染）して胃粘膜に萎縮のある人たち（B～D 群）には、胃がんの存在を確かめる精密検査（内視鏡検査等）を受けていただくものです。近年、ピロリ菌に感染していないＡ群の割合が増えており、多くのＡ群の人たちが内視鏡による精密検診を受けないで済む点が大きなメリットです。ただし、自覚症状のある人、また過去５年以内に精密画像検査を受けていない人は、精密画像検査が必要です。

（NPO 法人　日本胃がん予知・診断・治療研究機構ホームページより）

胃がんリスク検診（ABC検診）

ABC分類	A群	B群	C群	D群
ピロリ菌	－	＋	＋	－
ペプシノゲン値	－	－	＋	＋
胃がんの危険度	低	→	→	高
胃の健康度	健康な胃粘膜。胃粘膜萎縮の可能性は非常に低い。	胃潰瘍に注意。少数ながら胃がんの可能性も。胃粘膜の萎縮がない、または軽い。	慢性萎縮性胃炎。胃粘膜萎縮が進んでいる。	胃がんの可能性。胃粘膜萎縮が進み過ぎ、ピロリ菌が胃に住めずに退却。
その後の管理・対処法	管理対象から除外。	必ずピロリ菌除菌。除菌前後に画像検査。	ピロリ菌除菌の徹底。定期的に内視鏡検査。	毎年の内視鏡検査。
年間の胃がん発生頻度	ほぼゼロ	1000人に1人	500人に1人	80人に1人
判定後2次精密画像検査（間隔）	不要※	必要（3年以内）	必要（2年以内）	必要（毎年）
ピロリ菌除菌	不要	必要	必要	必要

※自覚症状のある人、また過去５年以内に精密画像検査を受けていない人は必要。　(2012)

最新文献紹介

1 M Leja, *et al.*: Makers for gastric cancer premalignant lesions: Where do we go? Dig Dis 2012; 30: 268-276

2 K Iijima, *et al.*: Gastric cancers emerging after H. pylori eradication arise exclusively from non-acid-secreting areas. Tohoku J Exp Med 2012; 226: 45-53

3 S Ono, *et al.*: Evaluation of safety of endoscopic biopsy without cessation of antithrombotic agents in Japan. J Gastroenterol 2012; 47:770-774

4 S Ono, *et al.*: Frequency of *Helicobacter pylori*-negative gastric cancer and gastric mucosal atrophy in a Japanese endoscopic submucosal dissection series including histological, endoscopic and serological atrophy. Digestion 2012; 86: 59-65

5 Y Yang, *et al.*: Probiotics-containing yogurts suppress *Helicobacter pylori* load and modify immune response and intestinal microbiota in the *Helicobacter pylori*-infected children. Helicobacter 2012; 17: 297-304

6 T Shimoyama, *et al.*: ABC screening for gastric cancer is not applicable in a Japanese population with high prevalence of atrophic gastritis. Gastric Cancer 2012; 15: 331-334

7 K Shikata, *et al.*: Optimal cutoff value of the serum pepsinogen level for prediction of gastric cancer incidence: the Hisayama Study. Scand J Gastroenterol 2012; 47: 669-675

8 T Senmaru, *et al.*: Atrophic gastritis is associated with coronary artery disease. J Clin Biochem Nutr 2012; 51: 39-41

9 H Yamada, *et al.*: Germline alterations in the CDH1 gene in familial gastric cancer in the Japanese population. Cancer Sci 2012; 102: 1782-1788

10 笹月　静、他：消化管癌の一次予防．日消誌 2012; 109: 1133-1138

11 井上　和彦：胃がん二次予防―胃がん検診の今までとこれから―．日消誌 2012; 109: 1148-1145

12 河合　隆、他：経鼻内視鏡の前処置法と前投薬．臨牀消化器内科 2012; 27: 1305-1312

13 渡邉　実香、他：ハイリスク群同定を目指して．臨牀消化器内科 2012; 27: 1223-1230

14 鯵坂　秀之、他：ペプシノゲン法による胃がん職域健診の成果と課題．日消がん検診誌 2012; 50: 421-428

15 古家　敬三：胃がん撲滅に向けた取り組み．伏見医報 2012; 624: 2-3

16 井上　和彦：胃の病気になりやすい人、なりにくい人―血液検査で胃の'健康度'がわかります―．伏見医報 2012; 624: 3

17 古家　敬三：伏見における胃がん検診の現状と課題．伏見医報 2012; 624: 8

TOPICS

各種メディアでも、胃がんのリスク別 A,B,C,D 胃炎検診（ABC 検診）、ピロリ菌除菌が取り上げられています

1 第 53 回日本人間ドック学会学術大会ランチョンセミナー（2012 年 9 月 1 日）
胃がん検診における ABC 検診の必要性

2 Nikkei Medical（2012 年 9 月）30-31 頁
抗血栓薬の休薬基準が緩和―内視鏡下生検やバルーン内視鏡も休薬せず可能に―

3 都医ニュース（2012 年 8 月 15 日）Vol. 558 ： 10 頁
地区医師会長からの一言　新しい地区医師会の在り方

4 Animus（2011）Vol. 67 ： 30-37 頁
胃の”健康度”― ABC 分類の基本的な考え方と注意点―

あとがき

近隣国との領土問題をみていると、問題の共通認識がいかに大切かを感じます。どちらにも言い分があり、模範解答はおそらくないし、双方が納得できる答えもない、ただ間違いなく言えることは、噛み合わない主張をし続けることで、お互いの不利益が大きくなっていく、ということです。今すべきことは、力ずくで問題を解決しようとすることではなく、「お互いに問題の存在を認識し、解決しがたい問題を抱えながらも、今を生きる者にとっての利益をもたらすように、現実的に前に進んでいくこと」だと思います。

ABC分類をテーマにした学会発表や講演では、フロアから「A群から100％胃がんが出ないとは言い切れないのに、A群を胃がん検診の対象からはずしてしまうことは問題である」という意見が必ず出ます。確かにそれは正しいけれど「その点をもって、ABC分類を否定するのはもっと問題」と思います。やはりこの議論にも正解はなく、A群から100％胃がんが出なくなる時は、わが国から胃がんがなくなる時であり、この議論そのものがなくなる時です。今号では、ABC分類が抱える一番大きな問題を再認識するために、有識者の方々に率直なご意見を伺いました。お読みいただき、ご質問ご感想ご意見等がございましたら、どうぞNPO事務局までお寄せください。今後の本紙企画の参考にさせていただきます。　Mail：info@gastro-health-now.org　（三木）

事務局より　お知らせ

■ 平成24年度会費納入のお願い

平成24年度（平成24年4月～平成25年3月）も皆様のご支援をお願い申し上げます。

【会費】個人会員　1口3,000円1口以上　　法人会員　1口30,000円1口以上

お振込み先　＊三菱東京ＵＦＪ銀行 目黒駅前支店　普通預金 No. 0008527
特定非営利活動法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事長 三木 一正
＊郵便振替　00130-9-429200 日本胃がん予知・診断・治療研究機構

☆お振込の際、ご親族・職場等、複数の会員様でまとめる場合は、お手数ですが払込取扱票の通信欄に会員全員のお名前をご記入下さい。

■ 転居・所属変更・会員種別変更希望・退会希望等は、お早めに電話・FAX・メールにて事務局までお知らせ下さい。TEL：03-3448-1077　FAX：03-3448-1078　E-mail：info@gastro-health-now.org

■ 本誌バックナンバーは、インターネット上でご覧いただくことができます。http://www.gastro-health-now.org

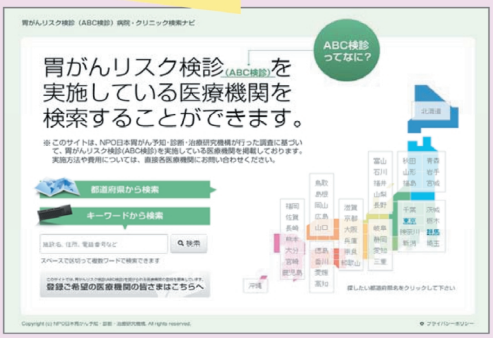
寄付者名簿

（自2012年7月～至2012年9月）（敬称略・五十音順）

荒井　泰道、飯塚　佳央、栄研化学株式会社、川崎　鉄雄、河村　奨、健幸会 藤田医院、株式会社江東微生物研究所、斉藤　直、佐々木　靖忠、澁谷　貴、城南印刷工芸株式会社、杉本　元信、武田薬品工業株式会社、橋本　直明、長谷部　邦義、ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社、本田　健一、株式会社ヤクルト本社中央研究所、柳町　幸

胃がんリスク検診（ABC検診）を住民検診や職域検診に採用する自治体や健保組合が増えるにつれて、一般の方からも、ABC検診が受けられる病院、クリニックを教えてほしいという問い合わせが増えております。

胃がんリスク検診（ABC検診）を実施している医療機関が検索できます



医療機関の方へ
胃がんリスク検診（ABC検診）実施医療機関登録受付中

胃がんリスク検診（ABC検診）病院・クリニック検索ナビ
http://abc-sg.org

胃がんリスク検診（ABC検診）
実施医療機関のご登録はこちら

http://abc-sg.org/form
「登録は無料です！」