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

◆ 胃がん検診対象の血清による
プレ・スクリーニング……1
◆ 海外駐在日本人を対象とする
胃ペプシノゲン検査の臨床的意義……4
◆ 平成21年度決算報告書（第2期）…7
◆ お知らせ・寄付者名簿……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

2010. 6.1
第11号

胃がん検診対象の血清による プレ・スクリーニング

はじめに

胃がんの年齢調整死亡率は年々減少しているとはいえ，本誌第9号で渡邊が指摘しているように，高齢化の進行により胃がん死亡数は依然横ばいである．胃がんを効率的に早期診断し，適切な治療を行う社会的な対策は今なお重要である．X線を用いた胃がん検診は1960年代に導入され，胃がんの死亡率を減少させることが疫学的にも証明されている．しかし，主要な原因とされるヘリコバクタ・ピロリ（*HP*）感染率が低下しつつある今日，一定の年齢に達した住民に胃X線検査を受けるよう勧奨する現在の胃がん検診は，制度疲労をきたしている．実際，対策型胃がん検診の受診率は近年

神戸薬科大学医療薬学研究室
水　野　成　人

第3回学術講演会開催のお知らせ

特別講演：『わが国からの胃癌撲滅を目指して』

北海道大学大学院消化器内科主任教授・病院長
日本ヘリコバクター学会理事長
浅香　正博 先生

日時：平成22年10月9日（土）15：00～18：00　　場所：京都国際ホテル

〒604-8502　京都市中京区堀川通二条城前　TEL (075) 222-1111
JR京都駅より車で15分　JR京都駅より市バス9・50系統にて二条城前下車すぐ　地下鉄東西線二条城前駅下車2番出口より徒歩2分

表１　対象者の性・年齢分布，*HP* 感染と萎縮性胃炎の頻度

年齢	男性 対象者数	HP感染（%）	萎縮性胃炎（%）	女性 対象者数	HP感染（%）	萎縮性胃炎（%）
35－54	162	74.7 %	27.2 %	492	68.7 %	28.3 %
55－74	633	82.5 %	45.0 %	1100	74.3 %	40.6 %
75+	216	78.7 %	44.4 %	256	70.3 %	43.8 %
計	1011	80.4 %	42.0 %	1848	72.2 %	37.8 %

（Mizuno S, et al : Dig Dis Sci 2010）

表２　*HP* 感染と萎縮性胃炎それぞれの胃がん発生数，性年齢訂正ハザード比と95% 信頼区間

リスク因子		人数	胃がん発生数	ハザード比	95%信頼区間	p値
HP 感染	陰性	711	5	1.00		
	陽性	2148	56	3.42	1.37 － 8.56	p=0.008
萎縮性胃炎	陰性	1736	17	1.00		
	陽性	1123	44	3.74	2.13 － 6.57	p<0.001

（Mizuno S, et al : Dig Dis Sci 2010）

表３　*HP* 感染と萎縮性胃炎の組み合わせによる胃がん発生数，性年齢訂正ハザード比と95% 信頼区間

リスク因子	人数	胃がん発生数	ハザード比	95%信頼区間	p値
HP 感染（－），萎縮（－）	642	2	1.00		
HP 感染（＋），萎縮（－）	1094	15	4.20	0.96 － 18.40	0.057
HP 感染（＋），萎縮（＋）	1054	41	11.23	2.71 － 46.51	0.001
HP 感染（－），萎縮（＋）	69	3	14.81	2.47 － 88.80	0.003
計	2859	61			

（Mizuno S, et al : Dig Dis Sci 2010）

表４　*HP* 感染と萎縮性胃炎の組み合わせによる経過観察において発見された胃がんの頻度

	HP 感染（－）	*HP* 感染（＋）
萎縮（－）	0.04 / 100人年	0.15 / 100人年
萎縮（＋）	0.56 / 100人年	0.46 / 100人年

（Mizuno S, et al : Dig Dis Sci 2010）

低率にとどまっており，効率の低下が指摘されている．胃がんの高リスク群を適切に設定し，検診の資源を集中させることが必要である．

胃がんのリスク因子

胃がんのリスク因子としては，手術材料の検討から萎縮性胃炎（AG）の存在が古くから指摘されてきた．1983年 *HP* が発見されると，*HP* 感染は胃に炎症や潰

瘍を形成するだけでなく，がんの発生にも関与することが疫学的に証明された．とすれば，AGの存在や *HP* 感染を簡便な方法でスクリーニングし，胃がんの高リスク群を絞り込むことが可能となる．AGに関しては，本機構の理事長を務める三木らが開発したペプシノゲン法によるスクリーニングが普及している．*HP* 感染についても，血清中の抗体価を測定することで診断可能である．私たちは，ペプシノゲン法と抗 *HP* 抗体測定の組み合わせにより胃がんの高リスク群を設定できることを，地域住民健診を利用したコホート研究で示した．

京都府で行った コホート研究の概要

対象となったのは，京都府の2つの町で1987年に基本健康診査を受けた35歳以上の住民2,859名（男性1,011名，女性1,848名）で，これは対象となる住民の約45%にあたる．検診時に行った採血の血清を利用して，抗 *HP* 抗体とペプシノゲン値を測定した．その結果を表1に示す．抗 *HP* 抗体による *HP* 感染率は年齢が上昇するにつれて増加傾向にあったが，有意差はなかった．男性の感染率は女性より有意に高かった．ペプシノゲン法によるAGの頻度は，年齢が上昇するにつれて有意に増加したが，性差はなかった．

この2町のがん登録を利用して胃がん発生の追跡調査を行った．なお，この2町はそれぞれ中核となる公的病院を1つ持つ小さな町であり，がん登録は病院からの報告や保健師の調査活動，死亡個票などから成り立っている．住民の流動性も低く，DCO；Death Certificate Only（死亡票のみで登録された患者）率は8.2%と比較的精度の高い情報と考えられる．また，*HP* の除菌療法が保険適応となる以前のデータであり，除菌療法を受けている対象者は含まれていない．1996年末までの観察（平均観察期間9.3年）で，61名の胃がん患者（男性33名，女性28名）が確認された．*HP* 感染（血清抗 *HP* 抗体陽性）およびAG（血清ペプシノゲン法陽性）の性年齢訂正ハザード比（95%信頼区間，p値）を，Cox比例ハザードモデルを用いて解析した．

HP 感染およびAGそれぞれについてみた胃がん発生数と性年齢訂正ハザード比を表2に示す．*HP* 感染は非感染に比べてハザード比3.42（95%信頼区間1.37～8.56，p=0.008）と有意に胃がん発生率が高く，AGの存在はないものに比べてハザード比3.74（95%信頼区間2.13～6.57，p＜0.001）と、こちらも有意に胃がん発生率が高かった．*HP* 感染およびAGを組み合わせた胃がん発生数と性年齢訂正ハザード比を表3に示す．*HP* 感染者において，AGが存在しない場合のハザード比は4.20（95%信頼区間0.96～18.40，p＝0.057）であったが，AGが存在する場合のハザード比は11.23（95%信頼区間2.71～46.51，p＝0.001）と大きく上昇していた．また，AGが存在しながら *HP* 非感染（抗 *HP* 抗体陰性）の群では，ハザード比が14.81（95%信頼区間2.47～88.80，p＝0.003）と最も高いことが示された．参考までに，今回のデータから経過観察において発見された胃がんの頻度を100人年あたりで計算すると，表4のようになった．

血清ペプシノゲンと抗HP 抗体の組み合わせが有用

以上の結果から，血清ペプシノゲンと抗 *HP* 抗体を組み合わせて測定することによって胃がんの高リスク群を設定することができ，胃がん検診対象のプレ・スクリーニングとして有用であることが，地域住民のコホート研究において示された．なお，AGに伴う腸上皮化生の進展により，*HP* は胃粘膜に生息できずに自然除菌されることが知られている．それに伴って血清抗 *HP* 抗体価も低下することから，最も胃がん発生のハザード比が高かった群（AG陽性，*HP* 陰性群）の大部分は，萎縮性変化と腸上皮化生が高度に進行して *HP* が生息できなくなった状態と考えられる．

今回報告した結果は，渡部らの任意検診受診者を対象とした研究，大畑らの職域健診受診者を対象とした研究とも一致している．今後の胃がん検診政策には，高リスク群の設定による効率化が必要である．

原稿募集　会員の皆様からの機関紙Gastro-Health Nowへのご寄稿を歓迎致します。（原稿をE-mailにて事務局迄1200字程度、図表2－3枚でご送付下さい。）編集委員会・事務局で採否を検討の上、2週間以内にご返事致します。

投稿

海外駐在日本人を対象とする胃ペプシノゲン検査の臨床的意義

東京スキンクリニック院長

岡　部　夕　里

当院では，数年来メディカルサービス部門六本木通りクリニックとして国内の健診事業に深く関わってきた。当院は，アムステルダム大学出身でオランダと日本両国の医師免許を有する2名の医師で運営される。オランダの医学教育の柱が家庭医養成であったことが専門領域を越えた医療に私達の目を向けさせたからである。

オランダに数千人いる日本人のうち半分以上がアムステルダム郊外のアムステルフェーン市に居住する。私達は同市や現地日本商工会議所との協議を重ね，地域医療を担う同市の公立病院アムステルラント病院と連携して，2003年1月第1回在蘭日本人健康診断™を開催するに至った。現在では年3回オランダに出張し，5日間に渡って，現地日本人駐在員及びその家族の定期健康診断を行っている。

企業健康診断が法律化されている日本と対照的に，オランダでは予防医学的観点で行う健康診断が未発達である。中でも胃バリウム検査は，疫学的な相違も手伝って，間接撮影による多人数の検査が不可能なことはもとより，「スクリーニングとして行うには精度が不十分なので，内視鏡検査をすべき」との理由で，胃腸専門医が健診目的での実施を断ってきた。それが2002年の冬で，当時一部の企業健診で胃ペプシノゲン（以下PG）検査が既に導入されていたので，本健診における胃検診は胃PG検査とするとのことで，急遽参加申し込みをしていた各企業の了解を得たとの経緯がある。

医療事情の異なる国で日本的健診を行うのは容易ではなく，いくつかの妥協を強いられる。大きな問題は二次検診で，オランダでは「病気の除外」または「異常がないことの確認」の検査を拒否する医師や医療機関が多い。そこで，本健診では抗ヘリコバクターピロリIgG検査を胃ペプシノゲン検査結果+1以上における自動追加項目とし，+1かつ抗体陰性で再検査指示，その他すべての組み合わせで胃内視鏡検査による精密検査指示としている。

胃PG測定はオランダではできないため，日本国内の測定会社に依頼している。検体は採取後1週間以内の冷蔵保存血清を用いている。

以下に在蘭日本人健康診断における検査データから得られた若干の知見を述べたい。

表1に2003年5月から2010年1月までの年ごとの検査状況および結果をまとめた。2003年1月実施分を載せていないのは，同年5月より判定基準と検査方法に変更があったためである[注]。2007年1月以降，検査機器・試薬としてルミパルスPrestoIIとルミパルスプレスト®ペプシノゲンI・IIが使用されている。

本健診のデータと国内の検診データとの大きな違いは低い陽性率である。年齢要因によるところが大きいと考えられる。PG1・2の平均値が測定試薬の参考基準値（各49.1ng/mL，10.5ng/mL）を下回ったが，陽性率を低下させる影響は考えにくい。50歳未満・以下でPG1・PG2・PG1/2比についてMann-Whitney検定で0.001未満の有意差が得られ，50歳以上の77人（平均年齢53.4歳）については各平均値がそれぞれ52.0ng/mL，13.7ng/mL，4.4，陽性判定率が21%となる。つまり，平均年齢・検査結果共に文献中の被験者に近づくも，本健診の受診者でPG1とPG比が相対的に高く，陽性判定率が低く，胃粘膜の健康度が高いことが示唆される。

表2では同じデータを性別・年齢層により8区分した。性差と加齢の影響について，本健診のデータは文献中の記述と同傾向を示すものの，完全な一致ではない。PG比は全年齢層で性差がみられず，PG1・PG2も50歳以上ではみられなかったが，他の年齢層では女性で低めで，3-40歳代で有意差が得られた。加齢による変化としてPG2の上昇，PG比の低下，女性と40歳以上の男性でPG1の増加が推測された。

本健診のように，比較的若年で健康な受診者に対して行われるPG検診は，陽性率が低いために臨

表１　胃ペプシノゲン検診結果年次統計（2003年7月～2010年1月）

年次統計	実施件数*	陽性数計	陽性率 %	PG1平均±SD ng/mL	PG2平均±SD ng/mL	PG1/2比平均±SD	年齢平均±SD
2003	30	2	6.7	45.80±15.90	10.02±4.89	4.93±1.36	39.0±6.3
2004	114	9	7.9	46.42±14.85	10.99±7.72	5.03±1.63	40.4±6.3
2005	166	10	6.0	46.38±18.43	10.57±8.40	5.11±1.47	39.4±7.5
2006	187	8	4.3	43.97±19.07	9.78±7.73	5.17±1.48	40.0±7.0
2007	227	13	5.7	44.82±14.64	9.38±5.79	5.39±1.45	39.5±8.0
2008	200	10	5.0	45.14±19.50	9.18±6.01	5.45±1.46	39.2±7.7
2009	221	23	10.4	42.57±17.80	10.10±6.50	4.76±1.32	40.3±7.8
2010	87	8	9.2	42.60±11.96	9.65±6.42	4.99±1.34	41.1±9.7
計	1232	83	6.7	＊同年内の再検を除く			

表２　性・年齢層8区分別胃PG検診初回検査結果

		度数	平均値	標準偏差
PG1 (ng/mL)	男 ～ 29 歳	22	46.36	11.74
	男 30 ～ 39 歳	199	45.37	16.38
	男 40 ～ 49 歳	169	46.53	14.18
	男 50 歳 ～	57	52.20	22.19
	女 ～ 29 歳	23	39.25	12.95
	女 30 ～ 39 歳	187	40.37	14.72
	女 40 ～ 49 歳	95	44.16	20.34
	女 50 歳 ～	20	51.57	24.45
	合計	772	44.77	16.92
PG2 (ng/mL)	男 ～ 29 歳	22	8.00	3.01
	男 30 ～ 39 歳	199	9.27	5.46
	男 40 ～ 49 歳	169	10.44	6.24
	男 50 歳 ～	57	13.27	7.66
	女 ～ 29 歳	23	6.77	2.72
	女 30 ～ 39 歳	187	8.98	7.19
	女 40 ～ 49 歳	95	10.72	8.62
	女 50 歳 ～	20	15.04	11.22
	合計	772	9.97	6.92
PG1/2比	男 ～ 29 歳	22	6.05	0.99
	男 30 ～ 39 歳	199	5.35	1.30
	男 40 ～ 49 歳	169	5.10	1.55
	男 50 歳 ～	57	4.49	1.85
	女 ～ 29 歳	23	6.07	1.55
	女 30 ～ 39 歳	187	5.17	1.33
	女 40 ～ 49 歳	95	4.86	1.37
	女 50 歳 ～	20	4.27	1.67
	合計	772	5.14	1.47

床的意義が限られることが危惧される。また，*H. pylori* 感染の発癌への関与は一部の活動性胃炎が萎縮性胃炎に進行という図式を想定させる。この観点から，活動性胃炎の早期発見・治療を今後の胃癌予防対策の視野に入れてもよいと思われる。そこで，PG1/2比判定による萎縮性胃炎の発見に加えて，活動性胃炎の指標としてのPG値評価を本健診で行うPG検診の判定基準の一部とすることを考えている。吉原正治らは内視鏡検査所見に基づき，PG1値85以上またはPG2値15以上を活動性胃炎としている（「ペプシノゲンと*H. pylori* 感染胃癌」（2004年医学書院発行「*H. pylori* 発癌のエビデンス」p. 20-29）。PG判定陰性の716人を同基準で2分して比較したところ，「活動性胃炎群」と「健常群」でPG比がそれぞれ3.6と5.5で，Mann-Whitney検定で0.001未満の有意差が得られた。このことは萎縮性胃炎への移行に伴うPG1/2比の軽度低下を反映しているのかもしれない。

本健康診断のPG検診受診者772名中271名が1年以上の間隔で計2～6回受検している。表3は複数回受検者が1年間隔で受けた最初の2回の判定の内訳である。18名の受診者が1回以上陽性の判定で，その中には陽性化1名，陰性化7名が含まれる。陽性化した1名は1回目・2回目のPG比がそれぞれ3.3と2.5，PG2値は15.3と14.5で，PG値を判定基準に導入したとすれば1回目に活動性胃炎を疑うことのできた一例である。また，記録は不完全だが，陰性化例の大半は除菌治療後の陰性化であることがわかっており，7名を1群として1回目・2回目の検査値を比較すると，PG2の減少とPG1/2比の上昇が統計的に有意であった（対応のあるt検定ではそれぞれ$p<0.05$と$p<0.01$で有意，Wilcoxonの符号付き順位検定で両方とも$p<0.05$で有意）。PG1とPG2は平均値でそれぞれ16%と54%の減少を示し，少数例ながら，除菌の成功によりPG2が相対的に大きく減少するという文献中の報告を裏付けるものであった。これに対し，PG1/2比判定が悪化した4名については，やはりPG1とPG2が減少しているものの，それぞれ28%と20%でPG2は有意差が認められず，PG比改善例とはPG値変化のパターンの点で異なることは興味深い。

最後に，PG測定は検査値が安定しているため逐年検査不要と言われているが，少数でも上述のごとき判定変化例が認められること，また，PG値の僅かな変化がPG1/2比に影響し偽陰性となった思われる例がときに見受けられることを考えると，医療費等実際的な問題を別として，年1回の検査が望ましいというのが著者の意見である。

注：厚生省がん研究助成金による「血清ペプシノゲン値による胃がんスクリーニングに関する研究」班総合研究報告（平成9年～平成12年度）に準じた判定基準に変更。併せてRIA固相法からCLEIAに変更。

謝辞：本原稿を書くに当たりご協力・ご指導いただいた当院医師・メディカルサービス六本木通りクリニック事業所長ルネ・デュ・クロー先生，東京医科歯科大学難治疾患研究所生命情報学教授田中博先生に心から謝意を申し上げます。

表３　1年間隔で2回受診した225例における胃PG検診判定の内訳

１回目判定	２回目判定	人数	%
陰性	陰性	207	92
陰性	２＋	1	0.4
１＋	陰性	1	0.4
１＋	１＋	1	0.4
２＋	陰性	5	2.2
２＋	２＋	4	1.8
２＋	３＋	3	1.3
３＋	陰性	1	0.4
３＋	１＋	1	0.4
３＋	２＋	1	0.4
	合計	225	100

*最初の2回のみ含まれる

決算報告書（第２期） 自　平成21年4月1日　至　平成22年3月31日

NPO日本胃がん予知・診断・治療研究機構

【貸借対照表】

平成 22 年 3 月 31 日現在（決算）

科　　目	当年度	前年度
Ⅰ資産の部		
流動資産		
現金預金	1,383,727	2,059,073
現金	8,841	
三菱東京UFJ銀行	1,314,986	1,851,173
ゆうちょ銀行	59,900	207,900
前払金	150,000	
流動資産合計	1,533,727	2,059,073
固定資産		
その他固定資産		
器具備品	826,288	287,385
敷金	300,000	300,000
その他固定資産合計	1,126,288	587,385
固定資産合計	1,126,288	587,385
資産合計	2,660,015	2,646,458
Ⅱ負債の部		
流動負債		
未払金	1,488,241	
預り金	68,300	50,000
仮受金	36,544	1,851,226
前受金	58,000	36,000
流動負債合計	1,651,085	1,937,226
固定負債		
減価償却累計額	588,278	19,973
固定負債合計	588,278	19,973
負債合計	2,239,363	1,957,199
Ⅲ正味財産の部		
一般正味財産	420,652	689,259
正味財産合計	420,652	689,259
負債及び正味財産合計	2,660,015	2,646,458

【収支計算書】

平成21年4月1日から平成22年3月31日（決算）まで

科　　目	予算額	決算額
Ⅰ事業活動収支の部		
経常収入		
会費収入	7,300,000	5,761,000
正会員会費収入	7,300,000	5,761,000
事業収入	2,700,000	4,761,860
出版物等発行事業収入	2,700,000	4,761,860
寄付金収入	2,000,000	2,280,000
寄付金収入	2,000,000	2,280,000
その他収入	1,000	381,004
受取利息	1,000	1,004
現物出資受入		380,000
経常収入計	12,001,000	13,183,864
経常支出		
事業費支出	5,700,000	6,035,382
シンポジウム・講演会開催事業費	100,000	
教育研修事業費	500,000	485,451
広報、啓蒙事業費	500,000	407,827
調査研究事業費	100,000	120,000
学際団体との連絡及び連携事業費	500,000	487,387
機関紙及び研究報告書発行事業費	2,000,000	899,510
出版物等発行事業費	2,000,000	3,635,207
管理費支出	6,151,000	6,848,784
給料手当	1,850,000	647,200
福利厚生費	50,000	29,163
会議費	50,000	69,850
旅費交通費	150,000	317,613
通信運搬費	200,000	509,206
器具備品費	200,000	270,703
消耗品費	11,000	81,000
修繕費	100,000	186,626
印刷製本費	100,000	399,940
事務用品費	500,000	515,676
高熱水料費	120,000	104,299
地代家賃	1,500,000	1,504,728
保険料	20,000	
租税公課	100,000	3,500
支払手数料	500,000	704,146
管理諸費	700,000	1,567,403
経常支出計	11,851,000	12,884,166
事業活動収支差額	150,000	299,698
Ⅱ資産活動収支の部		
資産収入		
敷金・保証金戻り収入	0	300,000
敷金戻り収入		300,000
資産収入計	0	300,000
資産活動支出		
固定資産取得支出	0	538,903
器具備品購入支出		538,903
敷金・保証金支出	0	300,000
敷金支出		300,000
資産活動支出計	0	838,903
資産活動収支差額	0	△ 538,903
Ⅲ財務活動収支の部		
財務活動収支差額	0	0
Ⅳ予備費支出		
予備費	150,000	
当期収支差額	0	△ 239,205
前期繰越収支差額	0	121,847
次期繰越収支差額	0	△ 117,358

監　査　報　告

私は、第２期収支計算書、貸借対照表及び財産目録から構成される決算報告書を監査した結果、正確であることを認めます。

平成22年5月15日

監事　竹内靖二

平成22年度 NPO日本胃がん予知・診断・治療研究機構 役員等名簿 （五十音順）

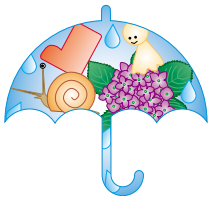
顧　　問　織田　敏次、高橋　健治、松島泰次郎、和田　　攻

理　　事　三木　一正（理事長）、乾　　純和（副理事長）、降旗　俊明（副理事長）、伊藤　史子、稲葉　　裕、神保　勝一、多田　正大、藤田　安幸、茗荷　昭男

監　　事　竹内　靖二

社　　員　安部　　純、家冨　克之、石井千恵子、石濱　　智、一瀬　雅夫、伊東　　進、井上　和彦、上村　直実、鵜浦　雅志、瓜田　純久、大滝　秀穂、大和田　進、沖　　啓一、勝山　　努、菊地　正悟、後藤田卓志、斉藤　大三、齋藤　洋子、榊　　信廣、櫻井　幸弘、佐竹　儀治、渋谷　大助、鈴木　　剛、瀬尾　研一、高橋　　寛、春間　　賢、降旗　千恵、古田　隆久、細川　　治、間部　克裕、丸山　保彦、矢作　直久、由良　明彦、吉川　守也、吉田　茂昭、芳野　純治、吉原　正治、渡邊　能行

あとがき



水野成人先生のご報告（Dig Dis Sci 2010）は、京都府立医科大学・渡邊能行教授の指導により、厚労省科学研究費補助金「胃がんスクリーニングのハイリスクストラテジーに関する研究」（三木班）の助成で行なわれた地域健診受診者を対象とした研究で、渡部らの任意健診受診者を対象とした既報（Gut 2005）、大畑らの職域健診受診者を対象とした既報（Int J Cancer 2004）と一致する結論です。「今後の胃がん検診政策には、高リスク群設定による効率化が必要である」という我々の主張を裏付ける報告が増え、意を強くしております。

在外日本人の胃検診という点で、岡部夕里先生のご投稿は示唆に富んだ内容であり、採用いたしました。更なる検討を加えての続報を期待しております。

5月15日に当事務所ラウンジにて理事会・社員総会を開催いたしました。本年度事業計画として、すでに除菌療法を受けた方が胃がん検診に多く参入している現状に合わせ、*Hp* 除菌群のリスク別A,B,C,D胃炎分類（ABC分類）の表記法を統一するため、ABC検診の提唱者である井上和彦先生（川崎医科大学総合臨床医学准教授）を班長に研究班を立ち上げ、本年度中に一定の結論を得ること、新しい勉強会の立ち上げ、一般向けの広報活動を充実させることなどが合意されました。会員の皆様からのご意見ご提案をお待ち申し上げております。

（三木）

「日本胃がん予知・診断・治療研究機構は、胃がん克服をもって人類の福祉に貢献する。」

この理念達成のため、私たちは、胃がんのリスク別A,B,C,D胃炎検診（ABC検診）による、

1）胃がんのリスクに応じた内視鏡検診
2）ピロリ菌感染の早期診断と適切な除菌療法
3）早期発見された胃がんに対する侵襲の少ない内視鏡治療

を普及させることで、日本の胃がん対策を根本から改革することを目指します。

事務局より　お知らせ

■ 本年度（平成22年4月～平成23年3月）も皆様のご支援をお願い申し上げます。（会費1口3,000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

■ 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・メールにてお知らせ下さい。

寄付者名簿

（自2010年3月～至5月）（敬称略・五十音順）

赤塚　尹巳、石濱　智、石丸　悟正、伊藤　都、乾　純和、井上　和彦、インバネス・メディカル・ジャパン㈱、鵜浦雅志、瓜田　純久、遠藤　剛、遠藤　高夫、大和田　進、岡本　健志、オリンパスメディカルシステムズ㈱、垣添　忠生、勝山　努、狩野　敦、医療法人唐沢病院、菅家　裕、菅家　三雄、釘宮　清郎、熊谷　一秀、近藤　恒司、後藤田　卓志、小林　純二郎、小宮山　忠雄、小山　博、斉藤　直、斎藤　征史、齋藤　洋子、佐藤　薫隆、渋谷　大助、㈱JIMRO、神保　勝一、杉本　元信、鈴木　剛、瀬尾　研一、(社)高崎市医師会、竹内　啓子、竹内　基、竹内　靖二、竹田　禎久、多田　正大、豊川　副子、鳥居　明、中川　和彦、西尾　めぐみ、西尾　泰信、西川　邦寿、萩澤　良美、長谷部　邦義、春間　賢、福田　健三、降旗　俊明、降旗　千恵、堀口　実、牧野　博、松沢　良和、間部　克裕、三木　一徳、三木　一正、三木　トク子、三木　寛子、三木　美智子、宮本　繁方、茗荷　昭男、明治乳業㈱、森田　志保、矢作　直久、矢花　剛、山本　頼正、由良　明彦、吉川　守也、吉原　正治、渡邊　能行、匿名（１名）

多くの方々からご寄付をいただきまして誠にありがとうございました。厚く御礼申し上げます。
今後とも宜しくお願いいたします。