Gastro-Health Now

認定ＮＰＯ法人
日本胃がん予知・診断・治療研究機構
Certified Non Profitable Organization
Japan Research Foundation of Prediction,
Diagnosis and Therapy for Gastric Cancer (JRF PDT GC)

目　次

◆ 検診間隔の設定：
胃内視鏡検診の検診間隔は延長できるか……1
◆ あとがき・お知らせ……4

印刷　城南印刷工芸(株) 03-3752-3391

発行所　認定NPO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 609号室
電 話　03-3448-1077
FAX　03-3448-1078
E-mail : info@gastro-health-now.org
http://www.gastro-health-now.org

2021.3.30
第70号

検診間隔の設定：胃内視鏡検診の検診間隔は延長できるか

2015年に国立がん研究センターから公表された「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版」により胃内視鏡検診が推奨され[1)]、翌年には厚労省の指針改訂に至りました[2)]。ガイドラインでは、胃内視鏡検診は50歳以上を対象とし、検診間隔は2年となっています[1)]。

検診間隔の設定

がん検診の検診間隔を決めるには、有効性評価を行った無作為化比較対照試験や観察研究の成果に基づくことが標準的です。

韓国では大規模データベースを用いて、胃内視鏡検診の症例対照研究を行いました。国家データベースに基づく研究であり、54,418組が対象です[3)]。最後の受診からの検診間隔を11か月以内、12−23か月、24−35か月、36−47か月、48か月以上に分けて検討しています（図1）。検診間隔を2年に設定した場合でも、54%の死亡率減少効果が認められ（オッズ比0.46、95%CI : 0.66-0.75）、4年以上に延長した場合でもその効果は継続することがわかりました（オッズ比0.46、95%CI : 0.66-0.75）。

我が国で行われた症例対照研究でも、この結果、胃がん診断日から遡ること3年以内に1度でも胃内視鏡検診を受診した場合のオッズ比は0.695（95% CI : 0.489-0.986）となり、有意な胃がん死亡率減少効果を認めました[4)]。

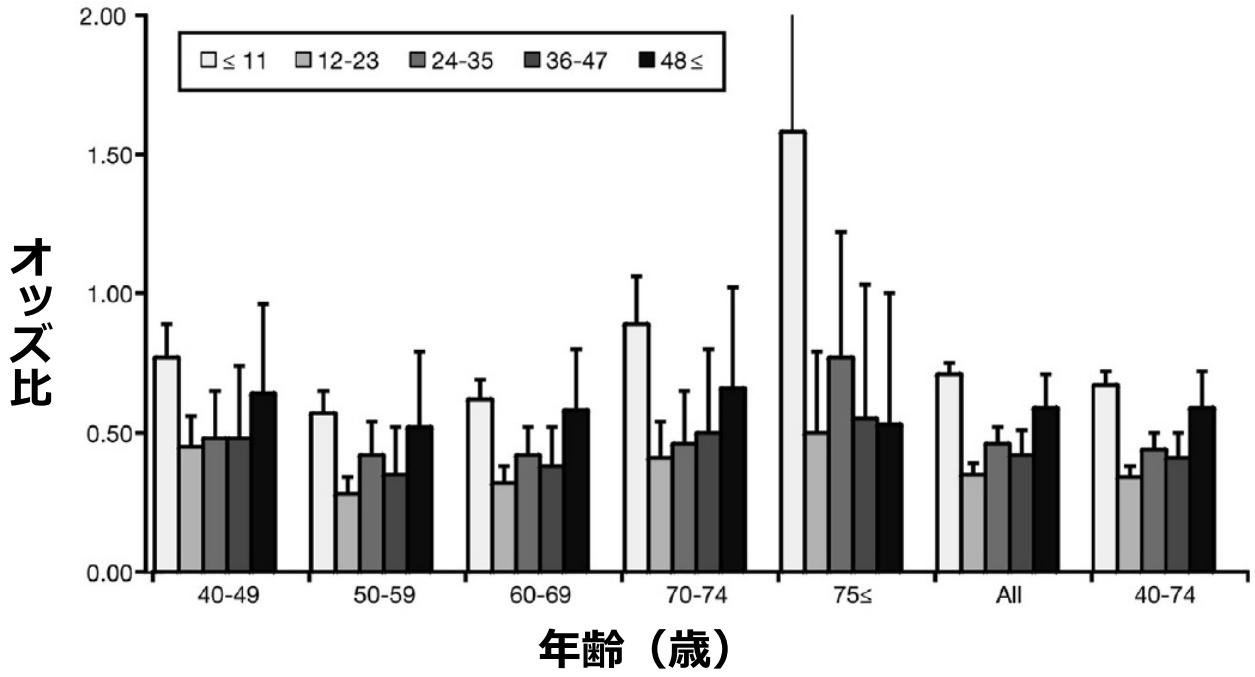
帝京大学　医療技術学部
看護学科
濱　島　ちさと

これらの結果から、胃内視鏡検診は2年に1度の受診で死亡率減少効果が期待できると判断されました[4)]。

リスク層別化と胃内視鏡検診

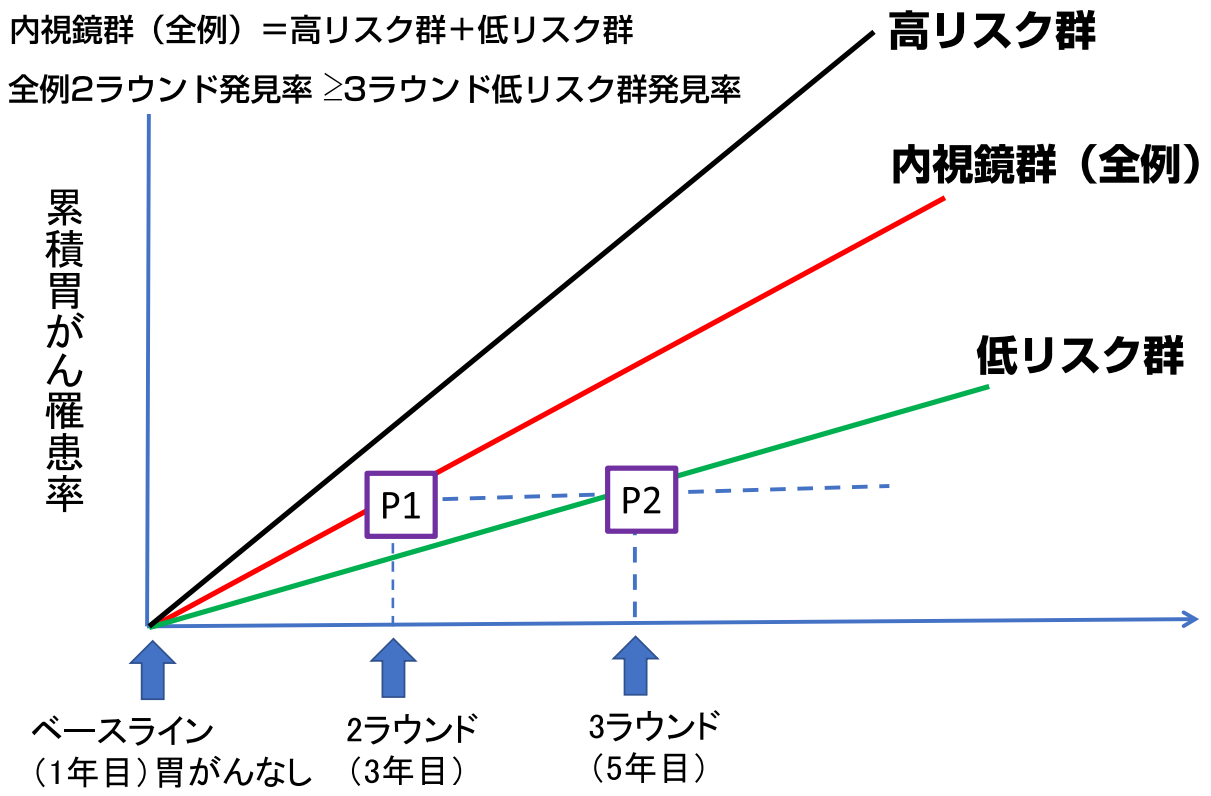
胃がん発症リスクについては、国内研究のメタ・アナリシスが行われています[5)]。ヘリコバクターピロリ抗体陰性、ペプシノゲン法陰性であるいわゆるA群に比べ、いずれかが陽性であるBCD群では胃がんリスク

図１　胃がん検診韓国症例対照研究



(Jun JK, et al. Gastroenterology. 2017)

図２　低リスク群における検診間隔延長の概念図



(Hamashima C, et al. Ann Transl Med. 2020 より改変)

が増加することが示されています。しかし、2013年から、ピロリ菌の除菌が保険適用となり、日常診療では広く行われています。そのため、これまで行われてきた血清診断ではリスク層別化が難しくなっています。

一方、内視鏡検診はがんや潰瘍などの診断だけではなく、ピロリ菌感染、萎縮の診断も普及しています。すでに内視鏡検診を導入している地域の医師会では、感染・萎縮診断を行っているところもあります。たとえば、金沢市医師会の報告では、木村・竹本分類により萎縮の進んだ状態(O-3)では年率0.31％で胃がん発症を認め、内視鏡診断で胃がんリスクの層別化を可能としています[6]。

検診間隔の延長は可能か

内視鏡検診は従来のX線検診よりも感度が高く、より早期のがんを発見することができます。このため、毎年行われてきたＸ線検診よりも検診間隔を延長しても、死亡率減少効果が得られることが知られています[3) 4)]。さらに、胃がんの自然史を考慮すれば、内視鏡検診では胃がんリスクを識別することが可能です。しかし、X線に比べると侵襲もあり、また精度管理や人的資源の確保が難しいことからなかなか全国に普及するのが困難な状況です。

そこで、リスク層別化を内視鏡検診に応用することが考えられています。背景リスク別の検診間隔を設定し、リスク別に検診間隔を延長できるかを検証する、AMED「個別リスクに基づく適切な胃がん検診提供体制構築に関する研究(研究代表者 深尾彰)」が全国規模で行われています[7]。子宮頸がん検診では、HPV検査によりリスクを層別化し、検診間隔を延長する方法が行われています[8]。この考え方を内視鏡検診に応用したのが、この研究です。

最初に内視鏡検診を受けた際に胃がんがなかった場合に、高リスク群と低リスク群を識別し、低リスク群については検診間隔を長くできないかを検証します。初回に内視鏡検診で異常がなかった人を追跡し、累積胃がん罹患率を比較します（図2）。内視鏡群全体の2ラウンド目の累積罹患率(P1)に比べ、3ラウンド目の低リスク群の累積罹患率(P2)が同等以下であれば、低リスク群の検診間隔はこれまでの2年から4年に延長することが可能になります。リスクの層別化はこれまでの血清診断だけではなく、内視鏡診断、ピロリ菌除菌歴、個人の背景要因（年齢、家族歴、喫煙など）を考慮し、内視鏡検診に応用可能な新たなリスク層別化を検討しています。

この研究は、対策型内視鏡検診を行っている市町村にご協力いただいています。すでに、盛岡市、由利本荘市（秋田県）、仙台市、前橋市、新潟市、金沢市、世田谷区、鳥取市、米子市（鳥取県）、八頭町（鳥取県）にご協力を頂いております。まだまだ多くの方々の参加が必要となりますので、ご興味のある方はぜひご一報ください。

文　献

1. 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター：有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版．国立がん研究センター，東京．2015.
2. 厚生労働省：がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針．平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添．2016.
3. Jun J.K., Choi K.S., Lee H-Y., et al.: Effectiveness of the Korean National Cancer Screening Program in reducing gastric cancer mortality. Gastroenterol 152; 1319-1328, e7, 2017.
4. Hamashima C., Ogoshi K., Okamoto M., et al.: A community-based, case-control study evaluating mortality reduction from gastric cancer by endoscopic screening in Japan. PLoS One 8; e79088, 2013.
5. Terasawa T., Nishida H., Kato K., et.al.: Prediction of gastric cancer development by serum pepsinogen test and Helicobacter pylori seropositivity in Eastern Asians: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 9: e109783. 2014.
6. Kaji K., Hashiba A., Uotani C., et al.: Grading of atrophic gastritis is useful for risk stratification in endoscopic screening for gastric cancer. Am J Gastroenterol 114; 71-79, 2019.
7. Hamashima C., Yoshimura K., Fukao A.: A study protocol for expanding the screening interval of endoscopic screening for gastric cancer based on individual risks: prospective cohort study of gastric cancer screening. Ann Transl Med 8; 1604, 2020.
8. Katki H.A., Kinney W.K., Fetterman B., et al.: Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. Lancet Oncol 12; 663-672, 2011.

あとがき

本70号は、帝京大学医療技術学部看護学科教授　濱島ちさと先生の「検診間隔の設定：胃内視鏡検診の検診間隔は延長できるか」のご寄稿です。現時点でのエビデンス（科学的証拠）に基づいたご報告であります。ご多忙中にも関わらず、われわれ認定NPO法人の機関紙であるGastro-Health Now購読会員にとっても大変有意義なご報告を賜りましたことに、編集部一同、心より深謝し篤く御礼申し上げます。先生は厚生労働省健康局がん・疾病対策課主催の「がん検診のあり方に関する検討会（座長：大内憲明東北大学名誉教授／登米市病院事業特別顧問）における、各種がん検診（胃がん、子宮がん、大腸がん、等）の検診分野での班員および参考人としても、永らくご活躍中でしたが、現在は、「遺伝性がんサーベイランスの利益不利益バランス評価と社会的・財政的負担に関する研究」の研究代表者であり、AMED（日本医療研究開発機構）の核心的がん医療実用化研究事業　対策型検診の最適化に資する大規模臨床研究「個別リスクに基づく適切な胃がん検診提供体制構築に関する研究」（研究開発代表者：深尾　彰）の研究開発分担者としてもご活躍中です。本稿は、その研究成果の一部である要旨をご寄稿くださったものです。また、先生は、本年2021年11月4日～7日、神戸にて開催予定の「JDDW 2021 KOBE　第59回日本消化器がん検診学会大会」にて会長を務められるご予定です。濱島先生の今後益々の御活躍を心より祈念申し上げますとともに、学会の御盛会をお祈り申し上げます。　(M)

胃がんリスク層別化検診（ABC検診）

群分類		A群	B群	C群	D群	E群（除菌群）
ABC法(5)	ピロリ菌抗体価(6)	－	＋	＋	－	胃がんリスク層別化の対象外　(4)
	ペプシノゲン値	－	－	＋	＋	
胃粘膜状態の予測		胃粘膜萎縮はない	胃粘膜萎縮は軽度	胃粘膜萎縮が進んでいる	胃粘膜萎縮が高度	長期経過で胃粘膜萎縮が改善傾向
胃がんの危険度		低 →			高	除菌で胃がん発生リスクが34%低下　(3)
1年間の胃がん発生頻度予測		ほぼゼロ　(1)	1000人に1人　(1)	500人に1人　(1)	80人に1人　(1)	500人に1人　(2)
胃内視鏡検査		原則勧奨せず(7)	定期的胃内視鏡検診、および専門医受診を勧奨			
ピロリ菌除菌		不要	他のピロリ菌検査陽性なら必要			除菌不成功例は必要

（1）GHN（Gastro-Health Now）1号. 2008.1.1　（2）Kamada T et al, *Aliment Pharmacol Ther* 21: 1121, 2005　（3）日本ヘリコバクター学会ガイドライン2016改訂版　（4）GHN増刊号. 2016.9.15　（5）Miki K. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci* 87: 405, 2011　（6）ラテックスキット（GHN58号. 2019.5.1）（7）自覚症状のある人、過去に画像診断を受けたことがない人は医師と相談（GHN 22号: 2012.10.1）

認定NPO法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構（2019年6月）

事務局より　お知らせ

■ **令和３年度　ご支援のお願い**

令和３年度も引き続き胃がん撲滅に向けて活動して参ります。みなさまのご支援をよろしくお願いいたします。

【寄附および賛助会費】令和３年度（令和３年４月１日～令和４年３月31日）

賛助会費（個人）1口 3,000円　　賛助会費（法人）1口 30,000円

当機構は平成25年5月29日に認定NPO法人になり、ご寄附に対し税制上の優遇措置がございます。平成30年度東京都より、当法人の賛助会費には任意性があり対価性がなく寄附金として差し支えないとの判断をいただき、本年度も賛助会費も寄附金同様の税制上の優遇措置を受けられます。賛助会費・寄附金を納入いただいた方には順次証明書類を発行いたします。

■ **お振込み先**

＊三菱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全員のお名前をご記入下さい。

■ 転居・所属変更・退会希望等は、お早めにFAX・メールにて事務局までお知らせ下さい。

認定NPO法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構
電話　03-3448-1077　FAX　03-3448-1078　E-mail：info@gastro-health-now.org