

② 抗血栓薬（ワーファリン、アスピリン、チクロピジン等）を服用中の患者は原則として生検を行わない。必要な場合には数日間の服薬中止後に凝固能検査が正常化している事を確認のうえ行うが、検診には勧められない。

③ 肝障害があり、さらに抗生剤の服用中の受診者は凝固能低下の恐れがある。

④ 出血傾向が疑われる場合は生検を無理に行わず、出血時間や凝固能の測定後に実施する事が望ましい。

3. 内視鏡的に見られる次の所見に対して生検は実施しない。

① 静脈瘤およびそれが疑われるような柔らかな隆起病変。

② 露出血管が疑われるような病変に対して（血管が露出しているか、または血餅に覆われた潰瘍底など）。

③ 明らかな Vascular ectasia。

④ 活動期の消化性潰瘍（A 1 - A 2 stage）の潰瘍辺縁。

（たとえ、消化性潰瘍周囲に早期がんを合併していても、活動期の潰瘍においては潰瘍による浮腫・炎症細胞浸潤などの修飾が周囲に加わり、がんの存在診断が困難になることがあるため。このような例では、潰瘍が治癒するにつれて、潰瘍周囲のがんの存在診断は容易になる。）

生検時の噴出性出血への対応

生検時の Oozing は、出血性素因を持つ受診者以外は殆どが自然止血する。気になるような出血に対しては 2000～3000 倍希釈ボスミン液か トロンビン液の直接噴霧も有効であるが、生検後の噴出性出血に対して何らかの止血操作が必要である。

1. 止血操作として

①クリッピング、②純エタノールやエピネフリン加高張食塩水（HSE）の局注、③ヒータープロープ、レーザー、高周波、マイクロウエーブ等による凝固治療法等があるが、生検による噴出に対してはクリッピングが推奨される。

2. 止血が確認されても経過観察は必要である。止血剤の投与は、そのみでの止血効果は薄く補助的な効果しか期待できない。

第5 内視鏡機器の洗浄・消毒

内視鏡機器の洗浄・消毒法は原則として日本消化器内視鏡学会ガイドラインおよび世界消化器内視鏡学会（WOGUE=OMED）ガイドラインを遵守する。

内視鏡検診に必要な事項の抜粋は下記の通り。

A 内視鏡機器の洗浄・消毒・滅菌の実際

1. 洗浄・消毒・滅菌

清潔さの程度を示すもので、洗浄は血液や粘液など汚染物質を洗い落とすこと、消毒はある状態で感染性をなくすレベルで病原体を除去し、滅菌は芽胞を含むすべての病原体を殺滅・除去する。

2. 消毒剤の定義

消毒の程度は、Spauldingの基準に従い医療機器の受診者に対しての危険度により、高危険、やや危険、低危険の3群に分類される。

血液を介する操作を行う機器（鉗子やブラシ等）は危険群で滅菌が必要。内視鏡等の粘膜に接する機器は、やや危険群で高度作用消毒が必要である。

3. 使用消毒剤

内視鏡機器の消毒剤はSpauldingの基準に沿った高水準消毒剤を使用する。滅菌が必要なものは原則としてオートクレーブを使用する。

現在の適応消毒剤（高水準消毒剤）は、①グルタルアルデヒド、②フラタル製剤、③過酢酸の3剤である。（いずれも一般名）これらの消毒剤は取扱い説明書に沿って使用する。また、これらの消毒剤の特性を知り、毒性について十分な配慮を行う。

※ 強酸性電解水を使用する場合は、その特性を十分に理解し、ガイドラインに沿った使用を行うこと。さらにフタラル製剤はアナフラキシーショックや慢性毒性の問題が解決されていないため使用には慎重を期す必要がある

B. 内視鏡機器の洗浄・消毒の実際（手順）

内視鏡機器の消毒は洗浄が不十分な場合には、消毒効果が著しく低下する。従って、洗浄は内視鏡機器による感染防止には最重要であることを理解する。

1. 洗浄・消毒

(1) ベッドサイドの洗浄

内視鏡検査終了直後、内視鏡を光源に繋いだまま内視鏡の外表面に付着した血液や粘液を、湿ったガーゼ等で十分に拭き取る。続いて、送気・送水チャンネルに水と空気を交互に送り清掃する。引き続き、吸引・鉗子チャンネル内に十分に水を吸引する。

(2) 洗い場での洗浄

内視鏡をベッドサイドで大まかな洗浄を行った後、洗い場での洗浄に移る。その際、内視鏡全体を水に浸けるため、防水キャップ装着後、スコープの水漏れテストを前もって行う。水漏れテストはメーカーの取扱い説明書どおりに行う。

水漏れテスト終了後は、吸引・生検チャンネル内をブラッシングして汚れを落とす。このブラッシングは、1回毎にブラシの先端の汚れを落としながら3往復行う。ブラッシングの方向はスコープの機種により異なることがあり、それぞれの取扱い説明書を参照しながら行うこととする。この3往復でチャンネル内の付着粘液等がほぼ落ちることが確かめられており、この工程が全洗浄・消毒の中でも極めて重要で、手抜きや省略は絶対に行わない。

次に、防水キャップを付けたまま送気・送水ボタン、吸引ボタン、鉗子栓、副送水キャップ、吸引切り換えレバー、逆流防止弁等を取り外し、これらは別途洗浄と消毒を行う。

続いて、必要な機種には全管路洗浄具を取り付け、スコープの表面および各管路（チャンネル）を洗浄水（中性洗剤等を含むことあり）で十分に送液して洗浄する。

洗浄が終了したら、洗浄水を送液した時と同じ方法で水による濯ぎを十分に行う。なお、表面洗浄も同じ。

(3) スコープの消毒

スコープの洗浄・濯ぎが終了したらA-3で述べた高水準消毒液を使用し消毒を行う。その際、消毒液の使用回数、有効日時、濃度および必要に応じ温度管理などに十分配慮が必要である。それらの条件は各消毒薬の使用説明書どおりに行う。

消毒の過程は濯ぎの終了したスコープを消毒液に浸し、全管路の送液を行い規定の時間浸漬する。

浸漬の規定時間はそれぞれの消毒液の使用説明書どおりに行う。

消毒液の浸漬が終了したら、洗浄時の濯ぎと同じ方法で洗浄水で十分な濯ぎを行い、別途洗浄・消毒を行った鉗子栓などを装着し消毒を終了する。

2. その他

(1) 乾燥・保管

消毒が終了したスコープは、各管路内に消毒用エタノールを注入後、乾燥させる事が推奨される。これは乾燥効果と同時にグルタルアルデヒド耐性好酸菌に対しても消毒効果を持つ。

保管は、通常水切りを考慮して保管庫に吊り下げ保管する。この際、保管庫内に雑菌が繁殖しないように注意が必要である。

(2) 自動洗浄機の使用

自動洗浄機は、手洗浄に比べ幾つかの長所と欠点を持っている。一番大きな長所は洗浄・消毒にむらがなく一律に行えることである。欠点は、前洗浄やブラッシング等の手洗浄を省くと自動洗浄機での効果が減少すること、さらに洗浄機内が消毒剤による耐性菌に汚染されることが稀に生じることなどである。

C. 処置具の洗浄・消毒

(1) デスポーザブル処置具と再生利用処置具

内視鏡処置具のうち、局所注射針など汚物の除去が困難で再生利用を行った場合、感染の危険を持つ処置具と、洗浄・消毒でなんとか再生利用可能な処置具がある。

1998年ウィーンでの世界内視鏡学会で発表された基準では①局所注射針②テフロンコーティングのガイドワイヤー③バスケット鉗子④パピロトームなどの再生使用は禁じられている。その他の処置具でもデスポーザブル用に作成されたものは再生利用は危険である。

(2) 再生可能な処置具の洗浄

使用後の処置具は、洗浄液とブラシで十分に汚物を落とす。一般的に処置具は、らせん状や複雑な構造であるため、用手洗浄での汚物除去は不十分である。そのために用手洗浄後は超音波洗浄を行う。

(3) 再生可能な処置具の消毒

超音波洗浄後、潤滑剤を塗布した処置具は滅菌消毒を行う。処置具の滅菌は、原則としてオートクレープで行う。現在市販されている処置具の大部分はオートクレープで滅菌可能である。処置具の素材によりオートクレープによる加熱に耐えないものは、エチレンオキシドガス（EOガス）等で消毒を行うことになる。その際、処置具の乾燥等に十分注意し、満遍なくガスが充填することが必要である。

D. 内視鏡室等の環境汚染対策

内視鏡室は常に清潔にして、消毒を行った機器の再汚染を起こさないようにすべきである。特に内視鏡保管室は内視鏡機器と同様、常に清潔を保つ必要がある。

その他、一般的に清潔に対しての注意が必要なものとして①内視鏡トレイ②内視鏡ベッド③流し台等がある。これらに対しては、低～中レベル消毒薬（アルコール、中性洗剤等）による消毒を必要に応じ行う。

E. 内視鏡機器に対するクオリティー・コントロール

近年は医療の品質保証（クオリティー・アッシュアランス）が求められるようになってきている。消毒を十分に行っても、どこかの過程で不十分な部分が生じた場合、全過程の消毒が無意味となる。そのため、消毒が十分に行われているかどうかを各施設で独自に検証することが重要である。

表1. 消毒レベルと消毒剤

分類	消毒剤（方法）	効果	適応
滅菌	オートクレーブ、EOガス	芽胞の殺滅	血液に触れるもの （内視鏡処置具） 注射器、手術器具
高レベル	GA、OFA、過酢酸	芽胞以外滅菌	粘膜に触れるもの （スコープ類） 舌圧子、レビン管など
中レベル	アルコール、ヨード剤、塩素系	感染しない程度	皮膚に触れるもの （内視鏡環境）
低レベル	オスバン、ハイアミンなど	同上	同上 （汚染の少ないもの）

GA：グルタルアルデヒド OFA：オルトフタルアルデヒド

同 意 書

新潟市の胃がん施設検診（内視鏡検査）を受けられる方へ

1. 新潟市の胃がん検診について

新潟市では、胃がん施設検診に内視鏡検査（胃カメラ）を取入れています。

内視鏡検査は、胃・十二指腸までの上部消化管を、医師の目で直接いねいに観察しながら検査を行うことが出来ます。出来るだけ早くがんを見つけ、早く治療出来るように導入されました。明らかな病変があり、医師より定期的な内視鏡検査が必要と言われている方は検診の対象にはなりませんので、担当医師にご相談ください。

注意：咽頭（のど）・呼吸器・心臓・高血圧・肝障害で治療中の方、明らかに出血傾向のある方、アレルギー体質の方は医師にご相談ください。

2. 検査の内容

口から内視鏡を挿入し、診断します。検査中病変が見つかったり、疑わしい場合は、必要に応じ以下の処置を追加する場合があります。

- (1) 病変の一部をつまみ（生検）組織を採って、詳しく検査します。ただし、生検が行われる場合は、保険診療として別途請求があります。当日は必ず健康保険証をご持参ください。
- (2) 病変に色素を散布し、診断の助けとする場合があります。

3. 偶発症について

- (1) 内視鏡による粘膜障害、裂傷、穿孔（穴があくこと）
- (2) 生検による出血、穿孔
- (3) 薬剤によるアレルギー
- (4) 検査前からあった疾患の悪化（症状のでていなかった疾患も含む）等が起きうる可能性があります。

偶発症の発生する頻度は、全国調査によると、上部消化管内視鏡検査では0.007%（14000回に1回）で、そのうち死亡については0.00045%（20万人に1人以下）と報告されています。また、各検診施設では偶発症防止の十分な注意と万一の偶発症については精一杯の対応をいたします。

平成 年 月 日 説明医師

上記の事柄について、説明を受け、十分理解しましたので、その実施に
同意いたします。

平成 年 月 日

受診者署名

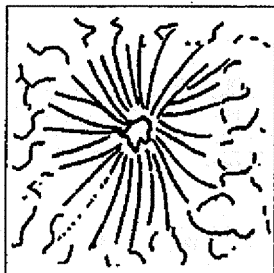
受診者代理署名

（続柄 ）

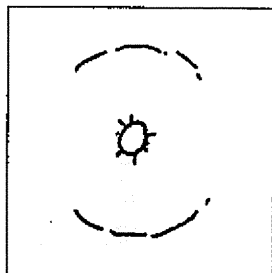
※受診者の署名がある場合は不要

標準撮影方法

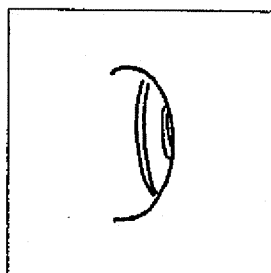
1. 食道・胃接合部



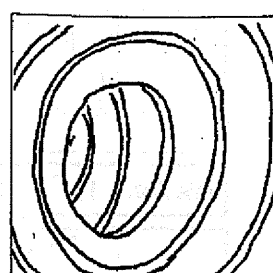
2. 幽門輪



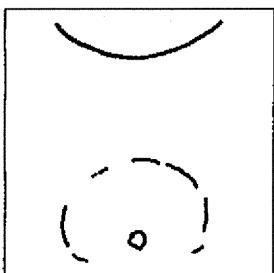
3. 十二指腸球部



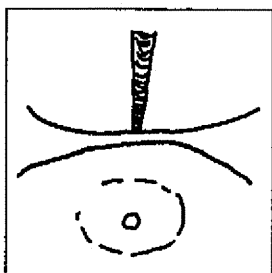
(4. 十二指腸下行脚)



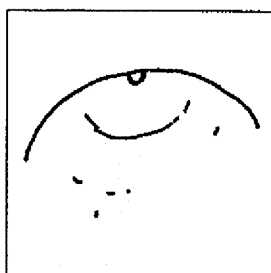
5. 前庭部・見上げ



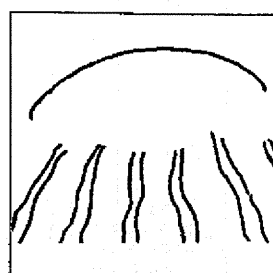
6. 胃角・正面視



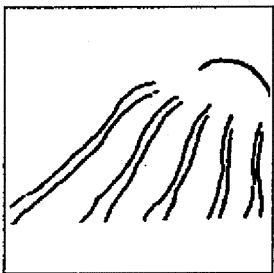
7. 前庭部・見下ろし



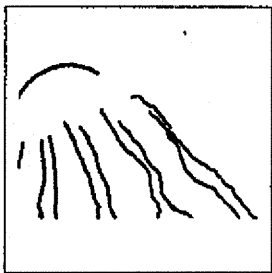
8. 胃角・見下ろし



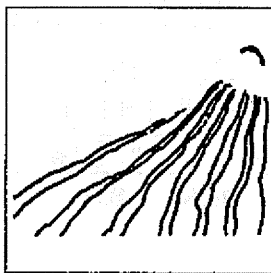
9. 体下部・前壁中心



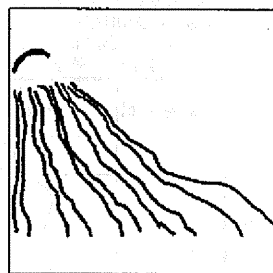
10. 体下部・後壁中心



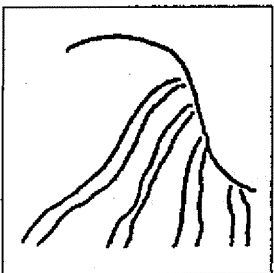
11. 体中部・前壁中心



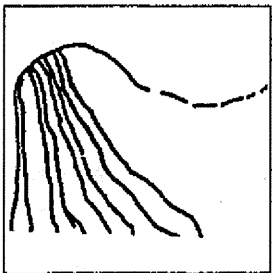
12. 体中部・後壁中心



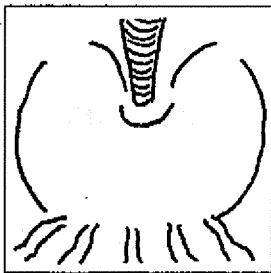
13. 体上部・前壁中心



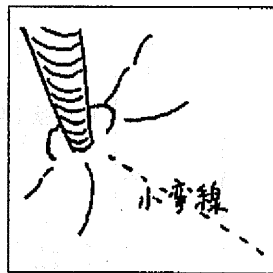
14. 体上部・後壁中心



15. 穹隆部・U反転



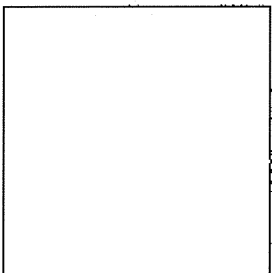
16. 噴門部・J反転



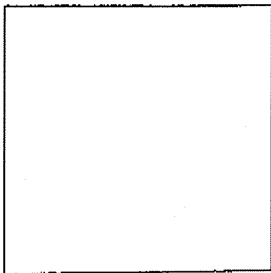
17. 胃角～体部小弯



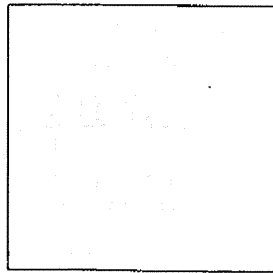
18. 病変部撮影用



19. 病変部撮影用



20. 病変部撮影用



新潟市 胃がん施設検診個人記録票		整理番号													
フリガナ				男	生年	明		大	昭	(歳)					
氏 名				女	年			月			日	No.			
電 話											(左づめ)				
住 所	〒 新潟市 区														
										一部負担金		☐ 1. 一部負担あり 新潟市国保 ☐ 3. 一部負担なし 60歳以上 ☐ 2. 一部負担あり 市国保以外 ☐ 4. 一部負担なし 60歳未満			
										検診歴		過去3年間に検診を受けたことがありますか。 ☐ ない ☐ ある			

④ 実施医療機関→市医師会 (結果連絡用)

検査方法	1. ☐ X線直接撮影		2. ☐ 内視鏡検査	
既往歴	・今までにお腹の病気にかかったことがありますか？ 0. ない 1. 胃がん 2. 胃潰瘍 3. 十二指腸潰瘍 4. 胃ポリープ 5. 胃炎 6. 胆石・腎結石 7. 腸閉塞 8. その他 いつ頃： 年 月 (歳) ・上の病気です手術を受けたことがありますか？ 1. ない 2. ある (病名：) いつ頃： 年 月 (歳)			
自覚症状	該当するものがありますか？ 0. ない 1. 腹痛 (a 空腹時 b 食後 2. もたれ 3. はきけ 4. 胸やけ 5. 食欲不振 6. 体重減少 c 食事と無関係			
家族歴	・家族(血族)でがんになった方がおられますか？ 1. いない 2. いる			

※内視鏡を受けられる方はご記入ください。

○過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。			
☐ はい (年頃)	☐ いいえ	☐ わからない	
→ 結果はどうでしたか。 陽性 (☐ B型 ☐ C型)		☐ 陰性 ☐ 不明	

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果(精密検査結果を含む)について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承諾の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

(右の欄は医療機関がご記入ください)

検診年月日	平成		年		月		日	読影年月日	平成		年		月		日
1. ☐ 異常なし 2. ☐ 有所見								1. ☐ 異常なし 2. ☐ 有所見							
所 見 (部位)	内視鏡 1. 経口 2. 経鼻 							所 見 (部位)							
日本語で記入								日本語で記入							
指示事項	1. 精検不要 2. 要精検 A. 内視鏡 B. 生検 イ. 施行済 (グループ： 月 日 組織診断：) ロ. 施行予定 (紹介先： 病/医院) 3. 要観察 (ヶ月後) 4. 要治療 5. その他 ()							指示事項	1. 精検不要 2. 要精検 A. 内視鏡 B. 生 検 C. 再検査 (指示事項：) 3. 要観察 (ヶ月後) 4. 要治療 5. その他 ()						
医療機関コード								新潟市医師会胃X線フィルム読影委員会							
医療機関名								新潟市医師会胃内視鏡画像読影委員会							
担当医師名								委員名：							
								内 視 鏡 読影基準							

※最終指示事項は医療機関がご記入ください。

最 終 指示事項	1. ☐ 異常なし 2. ☐ 要観察 3. ☐ 要治療 4. ☐ 要手術 5. ☐ その他					[内視鏡 (1. ☐ 不要 2. ☐ 要) ・生検 (1. ☐ 不要 2. ☐ 要)]				

胃がん検診結果のお知らせ

新潟市 胃がん施設検診個人記録票										
フリガナ					男	生	明	大	昭 (歳)	No.
氏 名					女	年	月	日		
電 話										(左づめ)
住 所	新潟市 区				一部負担金		☐ 1. 一部負担あり 新潟市国保 ☐ 3. 一部負担なし 60歳以上 ☐ 2. 一部負担あり 市国保以外 ☐ 4. 一部負担なし 60歳未満			
					検診歴		過去3年間に検診を受けたことがありますか。 ☐ ない ☐ ある			

① 実施医療機関 ↓ 受診者 (結果通知用)

年 月 日に実施いたしました検診 (☐ X線直接撮影 ☐ 内視鏡検査) の
結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。

(○印で囲んだところをお読みください。)

記

1. 今回の検診では、異常所見が認められませんでした。

症状がなくても、毎年検診を受けることをおすすめします。
また、なんらかの異常を感じたら、もよりの医療機関にご相談ください。

2. 今回の検診では、異常所見が認められました。

所見名： _____

(1) 経過観察が必要です (_____ ケ月後)

(2) 治療が必要です

1. 要通院 (服薬) 2. その他 (_____)

(3) 精密検査が必要です

診断を確定させるために、さらに詳しい検査を行わなければなりません。

1. A. 胃内視鏡検査 B. 病理組織検査 (生検) C. その他
2. 他の医療機関を紹介 (封書を持参のうえ、紹介の医療機関で必ず受診してください。)

医療機関名

医 師 名

健康手帳をお持ちの方は「胃がん検診の記録」に
上記結果を記入してください。

胃精密検査依頼書兼結果通知書

病院御中

平成 年 月 日

新潟市長

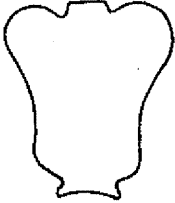
依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、胃がん施設検診の結果、精密検査が必要と指示致しました。
ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

④ 精検医療機関↓新潟市医師会

(太枠の欄は主治医がご記入ください。)

フリガナ		性別		明大昭
氏名		男 女	生年月日	年 月 日 ()
住所	新潟市 区		電話番号	—
検診区分	1. X線直接検診 2. 内視鏡検診			
検診年月日	年 月 日	整理番号		R・Z
				

内視鏡検査・生検	精検年月日	年 月 日
	診 断	
		
組織診断分類 Group (I , II , III , IV , V)		
指 示	1. 異常なし 2. 要観察(ヶ月後) 3. 要治療 4. 要手術 5. その他 ()	
実施機関名 担当医師名		
紹介先病医院名	病・医院	

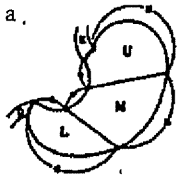
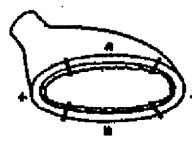
連絡先 新潟市医師会メジカルセンター 〒950-0914/新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号/電話240-4134

胃手術結果票

フリガナ			男・女
氏名			
生年月日	明治	年 月 日生 (歳)	
住所	新潟市 区		

病院患者番号

記

治療開始日	年 月 日 (治療なしの場合は診断日: 年 月 日)	
治療内容	① なし ② 外科的手術 [ア) 腹腔鏡 イ) 開腹 ウ) 開胸・開腹 エ) その他] ③ 内視鏡的粘膜切除 ④ 放射線療法 ⑤ 化学療法 ⑥ 免疫療法 ⑦ その他の治療 ()	
手術年月日	年 月 日	
術式	① 胃局所切除術 ② 胃分節切除術 ③ 噴門側胃切除術 ④ 幽門保存胃切除術 ⑤ 幽門側胃切除術 ⑥ 胃全摘術 ⑦ その他の切除術 ⑧ 吻合術 ⑨ 単開腹術 ⑩ 胃瘻・腸瘻増設術 ⑪ その他の姑息手術	
リンパ節郭清度	① D0 ② D1 ③ D2 ④ D3 ⑤ 郭清なし (内視鏡的治療) ⑥ 不明	
肉眼的	肉眼判定時期	① 臨床所見で ② 手術所見で ③ 総合所見で
	肉眼分類	0型 ① I ② IIa ③ IIa+IIc, IIc+IIa ④ IIb ⑤ IIc ⑥ IIc+III ⑦ III+IIc ⑧ III ⑨ その他 () ⑩ 不明 1~5型 ① 1型 ② 2型 ③ 3型 ④ 4型 ⑤ 5型 ⑥ 不明
	占居部位	a. 
		b. 
		a. ① U ② UM ③ MU ④ M ⑤ ML ⑥ LM ⑦ L ⑧ 全体 ⑨ +E ⑩ +D ⑪ 不明 b. ① 前壁 ② 後壁 ③ 大弯 ④ 小弯 ⑤ 全周 ⑥ 不明
最大径	① () mm × () mm ② 不明	
がん病巣数	① 1個 ② 多発 () 個	
壁深達度	① T1 (M, SM) ② T2 (MP, SS) ③ T3 (SE) ④ T4 (SI) ⑤ TX ⑥ 未確認	
リンパ節転移	① N0 ② N1 ③ N2 ④ N3 ⑤ NX ⑥ 未確認	
肝転移	① H0 ② H1 ③ HX ④ 未確認	
腹膜転移	① P0 ② P1 ③ PX ④ 未確認	
腹腔細胞診	① CY0 ② CY1 ③ CYX ④ 未確認	
遠隔転移	① M0 ② M1 ③ MX ④ 未確認	
口側断端	① PM (-) ② PM (+) ③ PMX ④ 未確認	
肛門側断端	① DM (-) ② DM (+) ③ DMX ④ 未確認	
進行度	① IA ② IB ③ II ④ IIIA ⑤ IIIB ⑥ IV ⑦ 不明	
根治度	① 根治度A ② 根治度B ③ 根治度C ④ 非切除 ⑤ 非手術 ⑥ 不明	
病理組織学的所見	深達度	① M ② SM [ア) SM1 イ) SM2] ③ MP ④ SS ⑤ SE ⑥ SI ⑦ 不明
	リンパ節転移	① N0 ② N1 ③ N2 ④ N3 ⑤ 不明
	進行度	① IA ② IB ③ II ④ IIIA ⑤ IIIB ⑥ IV ⑦ 不明
	根治度(外科的手術)	① 根治度A ② 根治度B ③ 根治度C ④ 非切除 ⑤ 非手術 ⑥ 不明
	根治度(内視鏡的粘膜切除)	① 粘膜切除EA ② 粘膜切除EB ③ 粘膜切除EC ④ 不明
組織型	① pap ② tub1 ③ tub2 ④ por1 ⑤ por2 ⑥ sig ⑦ muc ⑧ 特殊型 ⑨ 不明	
最終診断		
医療機関名(医師名)		
備考		

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
濱島ちさと	がん検診にかかわるかかりつけ医が知っておくべき事柄	治療（4月増刊号） 患者・家族の相談に 応えるがん診療サ ポートガイド	93	755-759	2011
濱島ちさと	がん検診における腫瘍マーカーの応用と可能性	成人病と生活習慣病	41(6)	738-740	2011
濱島ちさと	特集：がん予防のための健診と生活習慣②、第41回健康フォーラムin 新橋・講演4 がん検診の有効性について	健康管理	58(11)	2-15	2011
佐川元保、斎藤博、町井涼子、中山富雄、祖父江友孝、濱島ちさと、垣添忠生、薄田勝男、相川広一、上野正克、町田雄一郎、田中良、佐久間勉	「がん検診のためのチェックリスト」を用いた精度管理の方法ー検診の精度管理を行う側への精度管理の一手法の提示の試みー	日本がん検診・診断学会誌	19(2)	145-155	2011
岡本幹三、黒沢洋一、尾崎米厚、岸本拓治	鳥取県における多重がん増加に関する疫学的研究ー登録方法と進展度からー	JACR Monograph	17	55-57	2011
岸本拓治、尾崎米厚、岡本幹三、謝花典子、濱島ちさと	地域がん登録データによる胃内視鏡検診と胃X線検診の生存率比較	日本がん検診・診断学会誌	19(1)	92	2011
岡本幹三、黒沢洋一、尾崎米厚、岸本拓治	鳥取県における多重がん増加に関する疫学的研究ー登録方法と進展度からー	JACR Monograph	17	55-57	2011

安藤圭, 岸本拓治, 尾崎米厚, 田原文	動脈硬化症予防プログラムにおける環境・遺伝要因の介入効果およびリバウンドへの影響に関する研究	米子医学雑誌	62(3・4)	128-137	2011
岡本幹三, 黒沢洋一, 尾崎米厚, 岸本拓治	鳥取県における多重がん増加に関する疫学的研究－登録方法と進展度から－	JACR Monograph	17	55-57	2011
Ohkura T, Taniguchi S, Osaki Y, Yamamoto N, Sumi K, Fujioka Y, Matsuzawa K, Izawa S, Shiochi H, Kinoshita H, Inoue K, Takeuchi M, Kishimoto T, Shigemasa C	Lower fasting plasma glucose criteria and high triglycerides are effective for screening diabetes mellitus in the rural Japanese population: the Tottori-Kofu Study.	Rural Remote Health	11(3)	1697	2011
Tahara A, Osaki Y, Kishimoto T	Influence of beta 3-adrenergic receptor Trp64Arg polymorphism on the improvement of metabolic syndrome by exercise-based intervention in Japanese middle-aged males.	Obesity Research & Clinical Practice	5	e109-e117	2011
Osaki Y, Taniguchi S, Tahara A, Okamoto M, Kishimoto T	Metabolic syndrome and incidence of liver and breast cancers in Japan.	Cancer Epidemiology	36	141-147	2012
小越和栄	安全で苦痛のない内視鏡胃がん検診を目指して No. 1.	新潟市医師会報	483	35-36	2011
小越和栄	安全で苦痛のない内視鏡胃がん検診を目指して No. 2.	新潟市医師会報	484	27-28	2011
小越和栄	安全で苦痛のない内視鏡胃がん検診を目指して No. 3.	新潟市医師会報	485	30-31	2011
小越和栄	安全で苦痛のない内視鏡胃がん検診を目指して No. 4.	新潟市医師会報	486	27-28	2011
小越和栄	安全で苦痛のない内視鏡胃がん検診を目指して No. 5.	新潟市医師会報	487	34-37	2011
小越和栄	安全で苦痛のない内視鏡胃がん検診を目指して No. 6.	新潟市医師会報	488	26-28	2011

