

(添付 3)

ピロリ菌 Q&A

1. Q: ピロリ菌はどんな菌ですか。またどこにいるのですか。

A: 右下の絵のように、「らせん型」で数本の「べん毛」が出ている菌です。感染しているヒトの胃にいます。いちど感染すると、治療を受けない限り、自然に消える事はほとんどありません。

2. Q: どんな病気を起こすのですか。

A: 胃炎や胃潰瘍（いかいよう）・十二指腸（じゅうにしちょう）潰瘍を起こすことがあります。いちばん問題なのは、胃がんの原因になることです。これまでの研究で、ピロリ菌がいる人は、感染したことがない人に比べて 20 倍以上胃がんになりやすいことがわかってきました。胃の病気以外では、血小板減少性紫斑病（出血を止めるために必要な血小板が減少する）や鉄欠乏性貧血の原因になることもわかっています。

ただし、感染したからといって必ずしも病気になるわけではありません。また、子どもの頃は症状がない場合がほとんどです。

3. Q: どのようにして感染するのですか。

A: どのようにして感染するかは、わかっていません。

これまでにわかっていることは、子供の頃、特に 5 歳までに感染しやすいということです。5 歳以上になると感染する事は少なくなります。

吐いたものや下痢便の中ではピロリ菌が生きていて、それが口からはいると、感染する事があると考えられています。

4. Q: 検査はどのようにするのですか。

A: 胃にピロリ菌がいると、便の中にピロリ菌が出てきますので便で検査をします（便中抗原検査）。菌がいると、抗体ができるので、これを調べる方法もあります（血清抗体検査、尿中抗体検査）。また、ピロリ菌は尿素という物質を分解して二酸化炭素とアンモニアを作りますので、この方法を利用する検査もあります（尿素呼気検査）。

5. Q: 治療はできますか。

A: 胃酸が出るのをおさえる薬と抗生物質 2 種類の計 3 種類の薬を 1 週間内服する治療法があります。耐性菌が多くなっているので、最初の治療で成功する率は 70% くらいです。失敗した場合は、一部の薬を変えて治療をやり直します。

6. Q: どのような病気の時に治療をしますか。また治療の副作用はどうですか。

A: 胃潰瘍や十二指腸潰瘍を繰り返す人、ピロリ菌がいて紫斑病にかかっている人などでは健康保険を使って治療ができます。鉄欠乏性貧血では健康保険はききませんが、よく相談して治療をすることがあります。

副作用として、下痢や味覚が変わることが多いようです。ペニシリンや治療に使う薬にアレルギーのある人は、アレルギー反応を起こすことがあります。

(添付 4)

(公 印 省 略)

〇 〇 第 〇 〇 号

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 〇〇 様

保 護 者 様

〇 〇市長 〇 〇 〇 〇

中学生ピロリ菌検診（尿検査）結果のお知らせ

判定結果 **ピロリ菌抗体 陰性（《数値》 U/ml）**

現在、ピロリ菌に感染している可能性は低いと考えられます。

これは、現時点でピロリ菌感染が認められないということであり、将来胃がんになる可能性は低いですが、全くないわけではありません。

検査結果にかかわらず、胃腸症状等がある場合は、一度医療機関を受診されることをお勧めします。

今後も、食生活や喫煙防止などの生活習慣に気を付けながら、20歳を過ぎたら、再度、胃がんリスク検診等を受診し、健康管理に努めましょう。

※平成〇〇年〇〇月〇〇日付でご案内しておりました標記の検査について、学校における秋季尿検査の尿を使って検査をいたしましたので、上記の通り結果報告いたします。

<ご注意ください>

この結果について、他者へ知られたくない方もあります。

結果の取り扱いには慎重にお願いします。

問い合わせ先：〇〇市〇〇 〇〇1番地 〇〇市保健福祉部健康課

TEL〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇〇-〇〇〇〇

(添付 5)

(公 印 省 略)

〇 〇 第 〇 〇 号

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 〇〇 様
保 護 者 様

〇 〇市長 〇 〇 〇 〇

中学生ピロリ菌検診（尿検査）結果のお知らせ

判定結果 ピロリ菌抗体 陽性（ 1.2 U/ml）

現在、ピロリ菌に感染している可能性がありますので、精密検査を受けていただくことをおすすめします。

精密検査は、別紙「実施医療機関一覧表」に記載の医療機関で受診できます。受診方法を裏面にてご確認いただき、平成〇〇年〇月末までのできるだけ早い時期に受診ください。（やむを得ず期間を過ぎても受診は可能です。）精密検査にかかる費用は無料です。

※平成〇〇年〇〇月〇〇日付でご案内しておりました標記の検査について、学校における秋季尿検査の尿を使って検査をいたしましたので、上記の通り結果報告いたします。

<ご注意ください>

この結果について、他者へ知られたくない方もあります。

結果の取り扱いには慎重にお願いします。

裏面を必ずご確認ください。

精密検査の受診方法

【精密検査の申し込み～検査の流れ】

- ① 別紙市内実施医療機関に電話もしくは窓口で受診予約をします。
予約後に、その医療機関の窓口で検使用の検査キットを受け取ります。
- ② 予約日に受診します。その際に検体（検便）と本結果通知及び同封の受診票（兼結果票）、健康保険証等を持参してください。
医師の問診を受け、検体（検便）を提出します。後日検査結果を聞きに再来院していただきますので、再来院日を確認してください。
- ③ 再来院日に再度受診します。医師から結果を聞いていただきます。結果票を受け取ってください。

以上が、精密検査の流れになります。

【検査方法】

検査は、検便検査となります。（便中のピロリ菌抗原の有無を確認します）

【費用について】

精密検査の費用については〇〇市が負担しますので、自己負担はありません。

※ただし、症状がある場合など、健康保険適用で検査や治療になる場合がありますので、その場合は一部費用負担が発生することがありますのでご了承ください。

【除菌治療について】

精密検査の結果をお聞きになられ、ピロリ菌の除菌を希望される場合は、受診された医療機関にご相談ください。精密検査実施医療機関より、専門医療機関（市内では、〇〇医療センター小児科を指定）へ紹介していただきます。

除菌の費用については自己負担が発生することがありますのでご確認ください。

【精密検査結果等の市健康課への通知について】

今後の胃がん（ピロリ菌）対策や検査の精度管理等のため、医療機関及び専門医療機関から市健康課へ検査結果及び治療状況等が通知されますことをご了承ください。

問い合わせ先：〇〇市〇〇 〇〇1番地 〇〇市保健福祉部健康課
TEL〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇〇-〇〇〇〇

(添付6)

(公 印 省 略)

〇 〇 第 〇 〇 号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇市 医 師 会
会長 〇〇 〇〇 様

〇〇市保健福祉部長
〇 〇 〇 〇

中学生ピロリ菌検診における精密検査の受け入れについて（ご依頼）

春暖の候、貴職におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

平素は、〇〇市保健事業の推進につきまして、格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件についてこの度、市教育委員会と協働し市内の中学1年生全員を対象に尿検査によるピロリ菌抗体検査を実施することとなりました。

つきましては、本検診において「要精密検査」となった生徒の精密検査受け入れ実施について、貴医師会を通じて市内医療機関へ別紙の通り確認させていただきたく、お願い申し上げます。

また、返送方法については、下記の要領でお願い申し上げます。

なお、この度の確認で「精密検査受け入れ実施可能」と回答いただいた医療機関については、保護者への通知文等へ一覧表として掲載させていただきますので、ご了承ください。

ご多忙の時期に大変お手数をおかけしますが、ご協力の程よろしくお願いいたします。

記

1. 返送方法：期日までに健康課へFAXにて送付してください
2. 返送先：〇〇市健康課 FAX 〇〇〇-〇〇〇〇
3. 返送期日：平成〇〇年〇月〇日（水）

〇〇市保健福祉部健康課 担当：〇〇 〇〇 〇〇市〇〇 001 〇〇健康福祉センター内 電話〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市健康課行 FAX〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市中学生ピロリ菌検査における
精密検査（便中抗原測定検査）実施確認書

医療機関名.....

医 師 名.....

本年度より、市事業として、内中学1年生全員を対象に、別紙の要領でピロリ菌検査（尿中抗体検査）を実施します。

この検診において、ピロリ菌陽性若しくは疑陽性の判定となった生徒に対して、精密検査受診勧奨を行います。

つきましては、この精密検査（便中抗原測定検査）実施受け入れについて下記のとおり確認させていただきます。

貴医療機関においての実施受け入れ可否及び一覧表等への記載可否についてお答えいただき、期日までにFAXにて健康課へ返送いただきますようお願い申し上げます。

<確認事項>

①中学生ピロリ菌検診の精密検査（便中抗原測定検査）の実施について

可 ・ 不可（理由 ）

②①で「可」と回答された医療機関にお尋ねします。

本市が作成する保護者向けの文書等に施設等名（施設名称・住所・電話・受診時間）を掲載し、市民へ情報を提供することは可能ですか。

可 ・ 不可（理由 ）

③全ての医療機関にお尋ねします。

中学生ピロリ菌検診やその精密検査・除菌等について質問等がございましたらご記入ください。

[]

ご協力ありがとうございました。

F A X 送付締切日 平成〇〇年〇〇月〇〇日(〇)

(添付 7)

(公 印 省 略)

〇 〇 第 〇 〇 号

平成〇〇年〇〇月〇〇日

各医療機関院長 様

〇〇市長 〇〇 〇

平成〇〇年度〇〇市中学生ピロリ菌検診精密検査実施について（ご依頼）

平素は、本市保健事業の推進につきまして、格別のご協力とご指導を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、中学生ピロリ菌検診精密検査を別紙実施要領に基づき実施いただきますようご依頼申し上げます。

記

1. 問い合わせ先
- 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市保健福祉部 健康課
〇〇市〇〇 〇〇1 〇〇センター内
担当：〇〇、〇〇
TEL〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市中学生ピロリ菌検診精密検査の概要について

精密検査の流れ



中学生ピロリ菌検診精密検査実施

本市は胃がんの死亡数が県平均に比べて多くより早い段階での予防を重要な対策として取り組むことが必要と考え、市独自の胃がん予防対策として本年度より市内の中学 1 年生全員を対象にピロリ菌の感染の有無を調べる検診を行い、陽性及び擬陽性者となった対象者に下記要領に基づき精密検査を実施します。

1) 目的	将来に向けて中学生本人の胃がんを予防する。 検診をきっかけに自分自身の健康やがん予防の意識を高める。
2) 対象者	市に居住しており、「〇〇市中学生ピロリ菌検査」を受診した中学 1 年生で、その結果が陽性もしくは擬陽性であった者
3) 実施期間	平成〇〇年 1 2 月 1 日～平成〇〇年 3 月 3 1 日
4) 実施主体	〇〇市
5) 実施方法	健康課から対象者に結果、受診票兼結果票（3 枚複写）、精密検査実施医療機関一覧表を郵送します。
① 申込み	対象者より直接医療機関窓口にて予約、その際に検便容器を渡してください。
② 受診	予約日に対象者が来院、受診票兼結果票と検体を持参します。 ※後日、対象者に結果を聞きに再来院してもらうため再来日を伝えてください。
③ 検査機関	検体を医療機関から各検査機関へ提出。その後検査機関から結果が届く
④ 結果	対象者が再来院、結果を説明し受診票兼結果票の本人用（3 枚目）を渡す。 ※要精検者で除菌治療を希望された場合は、専門医療機関（市内においては 〇〇医療センター）の受診をすすめてください。 ※本年度中の除菌治療費用については保護者負担となります。（注）
6) 実施報告	各医療機関は受診票兼結果票（市控え）を請求書に添付のうえ、月末締め、翌月 5 日までに健康課へご報告ください。
7) 委託料支払	市より〇〇〇〇円を実施報告のあった月末にお支払いいたします。

（注）除菌治療にかかる費用の助成について、ただいま検討中です。

もし、除菌治療を希望される方がおられましたら、できれば平成〇〇年 4 月以降で治療を受けられるようにご案内いただけるとありがたいです。（費用助成については、市内専門医療機関で治療した場合のみの対応となる予定です。）

請求書

円

【内訳】

ピロリ菌検診精密検査 @〇〇〇〇〇円× 件 = 円

上記のとおり、ピロリ菌検診精密検査委託料を請求いたします。

平成 年 月 日

〇〇市長 様

医療機関名 _____

医療機関長名 _____ 印

金融機関の名 称	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店	預金	1 普通
		出張所	種目	2 当座
(フリガナ) 口座名義人				
口座番号				

【振込先】

(添付 8)

中学生ピロリ菌検診精密検査実施医療機関一覧表

希望される市内の医療機関に直接予約をしてください。

予約後は、その医療機関で検査キットの受け取りが必要です。

医療機関名	住所	電話番号	受付日及び時間
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	診療時間内
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月・火・水・金 13:30~19:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~金 9:00~17:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	診療時間内に電話申込
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	火・金 13:30~16:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~金 8:30~18:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~土 9:00~12:00 月・火・水・金 16:30~18:30
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~土 9:00~12:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	診療時間内
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~土 9:00~12:00 月・火・水・金 18:00~20:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~金 8:45~19:30 但し、土曜日は8:45~17:00
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月~土 9:00~11:30 月・火・水・金 16:30~18:30
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	診療時間内
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	月・水・金 9:00~11:50
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇	診療時間内

申込時の注意事項

1. 上記の医療機関で検査できます。
2. お申し込みは、直接医療機関へ電話もしくは来院にて予約してください。
 ※予約の受付は必ず診療時間内をお願いします。
 各医療機関とも休診時間等がありますのでご注意ください。
 ※検診実施日については、各医療機関で異なりますので、予約の際にご相談ください。
3. 予約日に都合等で行けない場合は、必ず医療機関にご連絡ください。

4. 受診時は、同封の尿検査結果通知及び受診票（兼結果票）、健康保険証等を必ず持ちください。

お問合せ先
〇〇市 保健福祉部 健康課
TEL.〇〇〇-〇〇〇〇

厚生労働省研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・青年（18歳以下）におけるピロリ菌除菌治療の副作用に関する調査
～重篤な副作用を中心に～

研究分担者 奥田真珠美 兵庫医科大学ささやま医療センター小児科
兵庫医科大学地域総合医療学 教授

研究要旨

Helicobacter pylori (*H. pylori*) は小児で除菌治療が行なわれているが本邦では小児に対する治療はオフラベルである。我々は平成25年度に、全国の小児科専門医研修施設を中心とし、後ろ向き症例調査を行ない、安全性と有効性について検証を行なった。除菌治療を行なった343症例のうち14.7%に下痢や発疹などの副作用を認めた。今回、重篤な副作用に関する調査を行った。対象は平成25年度調査と同じく全国の小児科専門医研修施設、小児栄養消化器肝臓学会学会員の合計1,155件で448件から回答を得た。平成26年度に追加された96症例、平成26年度に初めて報告をいただいた139症例に平成25年度に報告を受けた343症例を加えると合計578症例ではいずれも重篤なものはなかった。

A. 研究目的

Helicobacter pylori (*H. pylori*) は小児においても病原性があり、慢性胃炎、胃・十二指腸潰瘍、鉄欠乏性貧血、血小板減少性紫斑病などの原因となる。除菌治療に関連する薬剤の添付文書では、成人の用法・用量が明記されているが、「小児等への投与：小児等に対する安全性は確立されていない（使用経験が少ない）」と記載され、オフラベルである。しかし、上記の疾患などにより、治療が必要となることがあり、“小児期ヘリコバクター・ピロリ感染症の診断、治療、および管理指針”(日本小児科学会雑誌 109：1297-1300,2005)に基づいて除菌治療が行なわれている。我々は平成25年度に“小児・青年（18歳以下）におけるピロリ菌除

菌治療の安全性と有効性に関する症例調査”を行なった。全国の小児科専門医研修施設の小児科、小児栄養消化器肝臓学会学会員の合計1,097件を対象に調査を行ったが、402施設(36.6%)から回答を得た。症例なしは304施設、症例ありは100施設で273症例の情報を得た。しかし、重篤な副作用を調査するには回収率は低く、症例数は少ないため充分ではないと判断した。前回の調査内容(アンケート内容)が詳細であったため、多忙な医師には回答が困難であったのではないかと考え、今回、簡単に回答できるものとし、より多く症例の副作用、特に重篤な副作用を調査することを目的とした。

B. 研究方法

対象は全国の小児科専門医研修施設の小児科、小児栄養消化器肝臓学会学会員の合計 1,155 件で、平成 25 年度調査とほぼ同じである。アンケート（郵送）による後ろ向き副作用調査で調査期間は平成 26 年 12 月～2 月である。

調査内容は以下である。

- (1) 記載者の所属、氏名
- (2) 平成 25 年度調査での回答 済・未
- (3) 済を選択した場合、症例数、副作用に変更なし、または追加症例ありを選択
- (4) 追加症例がある場合は除菌治療症例数、副作用の有無、重篤な副作用の有無
- (5) 平成 25 年度調査が未の場合は除菌治療症例の有無と副作用の有無、重篤な副作用の有無

なお、重篤とは、①死に至るもの ②生命を脅かすもの ③入院治療が必要となるもの ④永続的または顕著な障害・機能不全に陥るもの とした。重篤な副作用がある場合は二次調査を行うこととした。

二次調査は、除菌治療を行うに至った疾患名、除菌治療法、重篤な副作用の詳細、転帰である。

（倫理面への配慮）

兵庫医科大学倫理委員会の承認を得た。“疫学研究に関する倫理指針”に基づき、本調査の内容と実施について、兵庫医科大学 ささやま医療センターのホームページで公開を行なった。

C. 研究結果

448 施設（38.8%）から回答を得た。このうち 5 件は該当施設ではない、医師ではない、診療をしていないなどの理由で除外し、443 件を調査対象とした。前回（平成 25 年度）回答あり 180 件（図 1）、今回（平

成 26 年度）のみ回答ありは 263 件（図 2）であった。

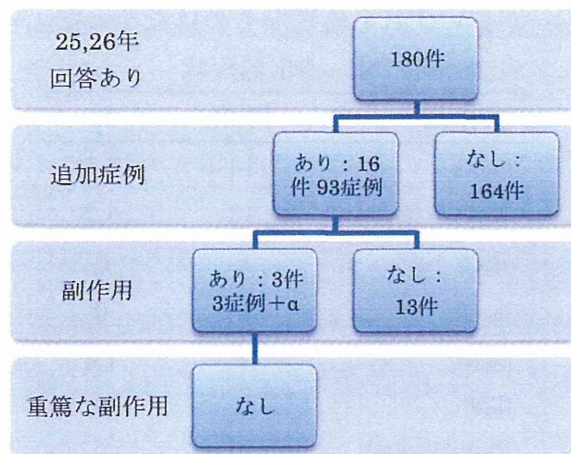


図 1. 平成 25, 26 年ともに回答あり

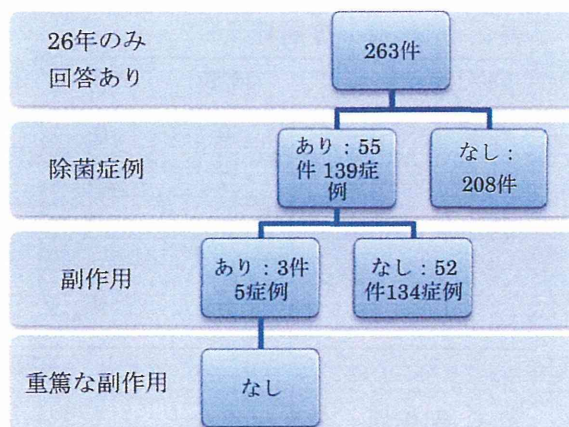


図 2. 平成 26 年のみ回答あり

D. 考察

我々は平成 25 年度に本研究と同じ、厚生労働省研究費補助金（がん臨床研究事業）分担研究として『小児・青年（18 歳以下）におけるピロリ菌除菌治療の安全性と有効性に関する症例調査』として安全性と有効性の調査を行ない、報告した。前回の調査では、1,097 施設中 409 施設（37.3%）から回答を得て 345 症例の報告を受けた。このうち、副作用の有無に関する記載がない 2 症例を除いて 343 症例の副作用を検討したところ、副作用あ

りは 50 症例（14.7%）であった。以下に平成 25 年度に行った副作用の詳細であるが、いずれも重篤なものはなかった。

表 1. 副作用 消化器症状

副作用	例数	%
軟便	14	4.1
軽度下痢	18	5.2
重度下痢	0	0
血便	0	0
嘔気	5	1.4
嘔吐	0	0
腹部膨満感	0	0
食欲不振	0	0

表 2. 副作用 皮膚症状

副作用	例数	%
蕁麻疹	0	0
投与中の発疹	7	2.1
終了後の発疹	1	0.3
アナフィラキシー	0	0

表 3. 副作用 全身症状など

副作用	例数	%
全身倦怠感	1	0.3
発熱	1	0.3
喘息発作	0	0
掻痒感	1	0.3
めまい	0	0
その他	7	2.1

平成 25 年、26 年度の調査を合わせると、672 件（専門医施設または日本小児栄養消化器肝臓学会会員）の報告を得た。これは調査対象全体の約 58% である。平成 25 年度に報告を受けた 343 症例と、平成 26 年度に追加された 96 症例、平成 26 年度

に初めて報告をいただいた 139 症例、合計 578 症例ではいずれも重篤なものはなかった。

E. 結論

小児・青年（18 歳以下）におけるピロリ菌除菌治療の重篤な副作用の有無について平成 25 年度に引き続き、後方視的に調査を行なった。今回の副作用でも重篤な副作用症例はなかった。

厚生労働省研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

中高生に対するピロリ菌検診と除菌治療：
実施状況と方法に関する自治体へのアンケート調査

研究分担者 奥田真珠美 兵庫医科大学ささやま医療センター小児科
兵庫医科大学地域総合医療学 教授

研究要旨

胃がん予防対策として中高生にピロリ菌検診と除菌治療の取り組みが行われるようになってきているが、方法や時期、陽性者への対応は様々である。全国自治体に対して、実施状況の調査を行った。中高生に対してピロリ菌検診（除菌治療）を行なっているのは17自治体、実施予定で詳細が明らかになっている7自治体を含めた24自治体で詳細を検討した。対象は中学2年生同意を得て検診を行う。方法は尿中抗体を用いたピロリ菌検診を行い、結果は個人に郵送をする。二次検診を行い、最終的にピロリ菌感染ありと診断された場合には希望者に対して除菌治療を行なう、検診・治療ともに費用助成を行なうであった。本結果をふまえて、安全かつ有効な方法の検討と標準化が望まれる。

A. 研究目的

研究分担者

加藤 元嗣（北海道大学・准教授）

菊地 正悟（愛知医科大学・教授）

間部 克裕（北海道大学・特任講師）

Helicobacter pylori (*H. pylori*) 感染は胃がんの主たる原因であることが明らかになり、早期の除菌により胃がん予防が可能である事、若年者の感染率が低下している事から、中学・高校生に対してピロリ菌検診と除菌治療が自治体や医師会で独自に実施されることが多くなってきた。しかし、検診方法や時期、検診陽性者への対応などは様々である。我々は全国の自治体宛に中高生に対するピロリ菌検診と除菌治療の実施状況と方法を調査し、

最適な方法への標準化に向け検討を行なった。

B. 研究方法

対象は全国の自治体1,912である。調査の目的を記載した依頼文書とアンケート用紙を郵送した。各自治体で調査項目に回答後郵便にて収集した。

（倫理面への配慮）

自治体における中高生へのピロリ菌検診と除菌治療に関する現状を調査するのみで個人情報に関する調査は一切含めなかった。

C. 研究結果

自治体では1,170件（61%）から回答を得た。以下、主な回答について集計結果を示す。

（1）中高生に対するピロリ菌検診と除菌治療について以下の回答を得た。

問い	回答	数	%
中高生にピロリ菌検診と	いない	1,141	97.5
除菌治療を行っている？	いる	17	1.5
または、行う予定？	行なう予定	12	1.0

行っていない理由として、中高生に対するピロリ菌検診について(1)よくわからない50% (2)必要と思わない10% (3)検討されたが却下された0.7% (4)実現が困難で思考できていない12% (5)その他28%であった。行っていると回答したのは17自治体であり、都道府県別では北海道7（松前町、長万部町、八雲町、北斗市、鹿部町、由仁町、森町）、秋田県（にかほ市、由利本荘市）、山形県（村山市）、長野県（飯島町）、岐阜県（岐南町）、愛知県（知多市）、大阪府（高槻市）、兵庫県（篠山市）、鳥取県（北栄町）、島根県（出雲市）であった。行なう予定であるは12自治体で北海道11、佐賀県1であった。実施している17と実施する予定のうち、詳細未定を除いた7自治体、合計24自治体において検診と除菌治療に関するアンケート結果を検討した。

（2）ピロリ菌検診対象者と同意（表1）検診対象学年は中学2年生が最も多く58%、中学2、3年生を含めると80%近くになった。検診に際して同意書を取る83%、その他の1件は申し出がない場合は同意とみなすであった。検診実施場所は学校が83%、病院や医院は8.3%であった。

（3）検診方法

一次検診として尿中抗体測定法が最も多く87.5%、残りは血清抗体であった。尿中

抗体検査キットの記載は6件でELISA法（ウリネリザH.ピロリ抗体）5、イムノクロマト法（ラピランH.ピロリ抗体スティック）1であった。一次検診が陽性の場合、二次検診をするのは70.8%、二次検診法は尿素呼気試験が80%であった。

二次検診を実施するのは70.8%であった。

表1. 検診対象学年と同意書

問い	回答	数	%
検診対象学年	中学1年	2	8.3
	中学2年	14	58.3
	中学3年	3	12.5
	中学2、3年	5	20.8
	高校生	0	0
検診のための同意書	取っている	20	83.3
	取っていない	3	12.5
	その他	1	4.2
検診の実施場所	学校	20	83.3
	病院や医院	2	8.3
	その他	2	8.3

（4）除菌治療実施の有無、検診や除菌治療の費用

ピロリ菌感染と診断された場合、希望者に除菌治療を行なうは54.2%であった。検診費用は無料が最も多く91.7%、一部個人負担は（二次検診で500円）、その他は上限6,000円として補助するというものであった。除菌治療費用は無料が8自治体で36.4%、一部個人負担（1,000円）、その他上限20,000円として助成するであった。

（4）治療に伴う副作用への対応など除菌治療法は医療機関に任せているが多く、53.8%であった。副作用が発生場合は保険診療で治療を行い、重篤な副作用が発生した場合は病院が加入している損害賠償保険で対応が最多であった。

D. まとめ

全国自治体に対して、中高生に対するピロリ菌検診と除菌治療に関する実施状況の調査を行った。実施していない自治体からの回答として、「ピロリ菌検診についてよくわからない」が最多であった。中高生に対してピロリ菌検診（除菌治療）を行なっているのは17自治体、実施予定で詳細が明らかになっている7自治体を含めた24自治体で回答数の多いものをまとめると以下となった。中学2年生で同意を取った上で尿を用いたピロリ菌検診を行い、結果は個人に郵送をする。二次検診を行い、最終的にピロリ菌感染ありと診断された場合には希望者に対して除菌治療を行なう、検診・治療ともに費用助成を行なうであった。

E. 結論

胃がん予防対策としての中高生ピロリ菌検診と除菌治療について安全かつ有効な方法の検討と標準化が必要である。