

**厚生労働科学研究費補助金  
第3次対がん総合戦略研究事業**

**ピロリ感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の  
検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究**

**平成22年度～24年度 総合研究報告書**

**研究代表者 後藤田 卓志**

**平成25(2013)年 3月**

目 次

I . 総合研究報告

ピロリ感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の検証に必要なプロトコル作成と実現可能性に関する研究

----- 1

後藤田 卓志

資料 1 ( 研究プロトコル )

資料 2 ( 研究説明書と同意書 )

資料 3 ( 研究登録適格性確認票 )

資料 4 ( 食事調査・生活習慣アンケート )

II . 研究成果の刊行に関する一覧表

-----

III . 研究成果の刊行物・別刷

-----

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）  
総合研究報告書

ピロリ感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究

研究代表者 後藤田 卓志（東京医科大学 消化器内科 准教授）

研究要旨

ピロリ菌感染と胃癌との関連性はよく知られているが、感染率は40歳代では20%、10歳代では5%と低頻度である。ほとんどの日本人がピロリ菌感染している時代に有効であったX線検査が将来も効率的に機能するか疑問がある。ピロリ菌感染率が劇的に減少する時代において、効率的な対策型胃癌検診システムの構築は急務である。

本研究「ピロリ感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究」は、対策型胃癌検診で用いられている「X線検査（バリウム検診）」群と、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定（血清胃癌リスク検診）」群に無作為比較試験を実施することで、ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システムの検証を目的としている。平成22年度より3年計画で本研究を開始し、初年度における研究プロトコールを完成させ、2年目の平成23年6月より症例集積を開始した（UMIN試験ID：UMIN000005962）。

症例登録は順調に行われ、最終年度の平成25年2月28日に集積を終了し、登録数2,962名、参加同意1,207名（同意率は41%）で目標症例数に到達した。集積した症例の最終登録後は、X線検査・精査内視鏡検査群（バリウム検診群）では毎年（少なくとも観察期間6年間で3回）ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群（胃癌リスク検診群）では亜群に従った内視鏡検査を行う追跡調査をプロトコールに従って行う予定である。今後の追跡調査において如何に脱落症例を少なくするかは研究の成否がかかっており、研究参加者と密接な連絡、検査時期の適切な周知など徹底して行く予定である。

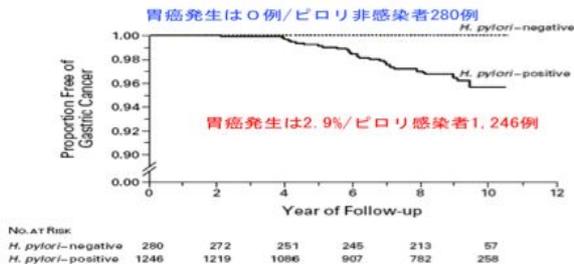
本研究はピロリ菌低感染率の時代、さらには胃癌が減少する将来にも備えられる効率的で持続可能な対策型胃癌検診体制構築のための第一歩になると確信する。

研究者名	所属施設および職名
後藤田卓志	東京医科大学消化器内科 准教授
石川秀樹	京都府立医科大学・大阪研究室・分子標的癌予防医学 特任教授
菅野健太郎	自治医科大学消化器内科 教授
大西洋英	秋田大学大学院医学系研究科・消化器内科学 教授
松山 裕	東京大学大学院医学系研究科・生物統計学 准教授
福田 敬	国立保健医療科学院・研究情報支援センター 上席主任研究官
稲葉 一人	中京大学法科大学院 教授
小西 宏	日本対がん協会・がん検診研究室 研究員
平澤俊明	がん研有明病院・消化器内科 副科長
鈴木晴久	国立がん研究センター中央病院・消化管内視鏡科 医員

## A. 研究目的

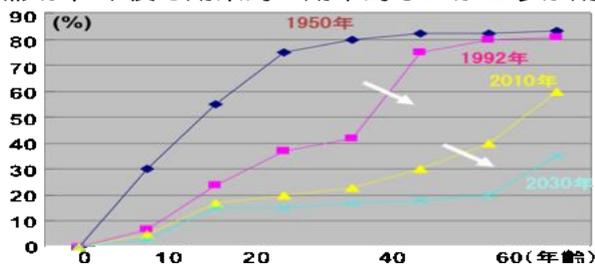
本研究の目的は、対策型胃癌検診で用いられている「X線検査・精査内視鏡検査群」と、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」の2群に無作為に振り分け比較することで、新しい胃癌検診システムの評価を行うことである。

X線検査を用いた対策型胃癌検診は、胃癌の死亡率減少に寄与したことが症例対照研究やコホート研究などで証明されているが、科学的な証拠能力が高い無作為化比較試験は実施されていない。一方で、ピロリ非感染群からの胃癌発生は認めないというデータから、ピロリ菌感染を血清学的に測定することで胃癌発症のリスクを加味した検診も一部で行われているが科学的な検証はされていない。



対策型がん検診は、死亡率減少を目的とするため、科学的に有効性が証明された検診を正しく行わなければならない。胃癌の検査法をめぐっては、X線検査と新たな方法との無作為比較化対照試験が必要だと指摘されながら、実施されてこなかった経緯がある。本研究はまさに有効性評価に基づく胃癌検診ガイドラインが「喫緊の課題」と指摘する「科学的評価に直結」する。

対策型胃癌検診は、胃癌の死亡率減少に寄与したことが症例対照研究やコホート研究などで証明されているが、科学的な証拠能力が高い無作為化比較試験は実施されていない。一方で、胃癌はピロリ菌感染との関連が示されているが、感染率が低い45歳以下の世代が胃癌の好発年齢（65歳）に達する20年後には、胃癌発生率の減少も確実視される。年々受診率が減少している既存の対策型胃癌検診が、今後も効果的・効率的なのかどうか疑問がある。



本研究に基づく前向き無作為比較化対照試験が実現すれば既存の検診との比較としては本邦初となり、限られた資源を集中的に投資するピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システムの提唱が可能となる。

## B. 研究方法

### 1. 目的

現在の一般に広く普及している対策型胃癌検診で用いられている手法である「X線検査・精査内視鏡検査群」(バリウム検診群)と、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」(胃癌リスク検診群)に無作為に振り分け比較することで、新しい胃癌検診システムの評価を行う。

### 2. 対象者条件

#### (1) 対象条件

(ア) 秋田県の本荘由利地域における対策型胃癌検診受診者(30歳以上、74歳以下)。

(イ) 通常の胃癌住民検診の申し込み者を対象にし、申込み時に本研究について説明し、同意を得られた者。

#### (2) 除外基準

(ア) 胃癌の既往歴のある者(上皮内がんを含む)。

(イ) 過去5年以内に胃癌以外の悪性腫瘍の既往のある者(同)。

- (ウ) 胃や十二指腸の切除既往者
- (エ) 5年以上の生存が期待できない重篤な全身疾患を有する者。
- (オ) 同意が困難な者。
- (カ) その他、医師が不適切と認めた者。

### 3. 説明と同意（インフォームド・コンセント）

#### (1) 説明

研究担当者が、個別に面談により対象者本人へ下記の内容を詳しく説明する。説明・同意文書は、説明するときに対象者本人に手渡す。

#### (2) 同意取得時期

同意の取得は登録の前とする。

#### (3) 同意書の保管・管理

同意書は説明文書と一体型で2部作成し、一部は事務局、一部は被験者が保管する。

### 4. 研究方法

資料の研究プロトコル参照。

### 5. 検査および評価項目

資料の研究プロトコル参照。

### 6. エンドポイント、予定症例数とその算定根拠、症例集積期間

資料の研究プロトコル参照。

### 7. データの集積と解析

資料の研究プロトコル参照。

### 8. 予想される有害反応

資料の研究プロトコル参照。

### 9. 倫理的事項

#### (1) 被験者の保護

本研究の社会的な重要性・意義を踏まえながら、被験者の生命・健康・安全・プライバシー及び尊厳を保護する。研究に参加するかどうかは被験者の自由意思による。参加しなくても、そのことによる不利益は生じない。研究に参加を表明した場合でも、いつでも撤回できるし、それによる不利益は生じない。

#### (2) 個人情報の保護

プライバシーに関しては、血液等の検体をはじめ研究に用いるデータは厳重に管理する。本研究はヘルシンキ宣言にのっとるとともに、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」を遵守して行う。

#### (3) 同意の取得

添付の説明書に基づいて説明を行い、被験者自身に、説明を受けて理解した旨を同意書に記入してもらい、署名・捺印を求める。

#### (4) 施設の倫理審査委員会の承認

東京医科大学の倫理委員会の審査を経るとともに、参加施設の倫理委員会の審査を経て実施する。参加施設に倫理委員会が存在しない場合は、東京医科大学の倫理委員会が一括審査を行うこともある。

### C. 研究結果

平成22年度より3年計画で本研究を開始し、初年度における研究プロトコルを完成させ、2年目の平成23年6月より症例集積を開始した（UMIN試験ID：UMIN000005962）。

症例登録は順調に行われ、最終年度の平成25年2月28日に集積を終了し、登録数2,962名、参加同意1,207名（同意率は41%）で目標症例数に到達した。

### D. 考察

集積した症例の最終登録後は、X線検査・精査内視鏡検査群（バリウム検診群）では毎年（少なくとも観察期間6年間で3回）、ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群（胃がんリスク検診群）では亜群に従った内視鏡検査を行う追跡調査をプロトコルに従って行う予定でいる。今後の研究の成否に拘る追跡調査において如何に脱落症例を少なくするかが課題である。研究参加者と密接な連絡、検査時期の適切な周知など徹底して行く予定でいる。

## E . 結論

本研究は、消化器内科、生物統計、法律、医療経済の各専門家、検診機関の担当者が参加する比較研究であり、実現すれば既存の検診との比較としては本邦初となる。限られた資源を集中的に投資するピロリ感染率減少時代における効率的な対策型胃癌検診システムの提唱が可能となる。また、胃癌頻度が高く、また胃癌研究のトップランナーである日本から新しい対策型胃癌検診システムすることは義務でもあると考える。

## F . 健康危険情報

報告すべき事項はない。

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

- ・ 河合隆、後藤田卓志、森安史典. ペプシノゲンと萎縮性胃炎. 日本消化器病学会雑誌. 110:203-9,2013
- ・ 後藤田卓志、他. ピロリ胃炎の有無によるメリハリのある上部消化管内視鏡検査. 消化器内視鏡. 24:1615-21,2013
- ・ Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Soares JB, Santos C, Rolanda C, Bastos RP, Areia M, Afonso L, Bergman J, Sharma P, Gotoda T, et al. A multicenter validation of an endoscopic classification with narrow band imaging for gastric precancerous and cancerous lesions. *Endoscopy* 44:236-46,2012
- ・ Gotoda T. Optimal duration of proton pump inhibitor for healing artificial ulcers after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer. *Dig Dis Sci* 57:266-8,2012
- ・ Abe N, Gotoda T, et al. Multicenter study of the long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer in patients 80 years of age or older. *Gastric Cancer* 15:70-5,2012
- ・ Abe S, Oda I, Shimazu T, Kinjo T, Tada K, Sakamoto T, Kusano C, Gotoda T. Depth-predicting score for differentiated early gastric cancer. *Gastric Cancer* 14:35-40, 2011
- ・ Nonaka S, Oda I, Nakaya T, Kusano C, Suzuki H, Yoshinaga S, Fukagawa T, Katai H, Gotoda T. Clinical impact of a strategy involving endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: determining the optimal pathway. *Gastric Cancer* 14:56-62, 2011
- ・ Kusano C, Iwasaki M, Kaltenbach T, Conlin A, Oda I, Gotoda T. Should Elderly Patients Undergo Additional Surgery After Non-Curative Endoscopic Resection for Early Gastric Cancer? Long-Term Comparative Outcomes. *Am J Gastroenterol* 106:1064-1069,2011
- ・ 後藤田卓志、他. *Helicobacter pylori*感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築に向けての試み- GALAPAGOSS Study-. *Helicobacter Research* 15:439-447,2011
- ・ Tanaka N, Katai H, Taniguchi H, Saka M, Morita S, Fukagawa T, Gotoda T. Trends in characteristics of surgically treated early gastric cancer patients after the introduction of gastric cancer treatment guidelines in Japan. *Gastric Cancer* 13:74-77, 2010
- ・ Gotoda T, Iwasaki M, Kusano C, Seewald S, Oda I. Endoscopic resection of early gastric cancer treated by guideline and expanded National Cancer Centre criteria. *Br J Surg* 97:868-871, 2010

### 2 . 学会発表

後藤田卓志.「第3次対がん総合戦略研究事業」ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究 ( GALAPAGOSS研究 )」. シンポジウム: 胃癌検診の理想的な住み分け: 新しい検診方式を目指して、第54回日本消化器病学会大会 ( 第20回日本消化器関連学会週間、神戸、2012.10 )

## H . 知的財産権の出願・登録状況

報告すべき事項はない。

# 臨床研究プロトコール

【研究テーマ】

「ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の  
検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究  
(厚生労働省第3次対がん総合戦略研究事業、H22-3 次がん-一般-021)」

GAstric cancer screening LAbeled by serum examination in Place of  
Aged Gastric cancer Organized Screening System  
-GALAPAGOSS Study-

【代表研究者】

東京医科大学 消化器内科  
准教授 後藤田卓志

改定版

作成日:平成24年4月24日

## 1. 概要

胃がんのdefinite carcinogenであるピロリ菌感染率が劇的に減少する時代において、効率的な対策型胃がん検診システムの構築は急務である。現在のX線検査はピロリ菌感染がきわめて高く胃癌罹患が高率な時代には十分に機能してきた。しかし、発癌年齢においてもピロリ菌感染率が20%程度になる2015年後以降、将来に渡って持続可能な胃がん検診システムの開発が望まれる。

そこで、同意の得られた地域検診受診者を対象に、対策型胃がん検診で用いられている「X線検査・精査内視鏡検査群」(バリウム検診群)と、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」(胃がんリスク検診群)の2群へ無作為に割付、比較することで、ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システムの検証を行う。

胃がんによる死亡率の減少を最終的な目標として、「血清胃がんリスク検診によって胃がんハイリスク群のスクリーニングをしたうえで内視鏡検査をする方法」が、胃がん検診の現行の標準的な手法である「X線検査(一次検診)を行ったうえで要精密検査と判断された場合に二次検診として内視鏡で検査する方法」に比べて効果的・効率的なのかどうか、医療経済的な観点から両群を比較評価することを企画した。

さらに、大規模な無作為割付臨床試験の実施が可能か否かについての情報を収集する。

### (1) 対象条件

秋田県の本荘由利地域における対策型胃がん検診受診者(30歳以上、74歳以下)とする。

### (2) 主な評価項目

(ア) 検査費用(総額から検査1例あたりの平均値の比較、胃がん1例を発見するのに要した費用)

(イ) 初回登録時における両群間の胃がん検出率

(ウ) 観察期間内における両群の胃がん発見率とその進行度

(エ) 検査終了時(6年目)の内視鏡検査における胃がん発見率とその進行度

(オ) 両群におけるプロトコール以外の任意の胃検査の頻度と必要費用

### (3) 予定症例数

各群500人、総数1,000とする。

### (4) 研究期間

登録期間: 倫理審査委員会承認後～平成25年3月31日

実施期間: 最終受診者の登録後6年間

追跡期間: 由利組合総合病院保健福祉活動室にてデータ保存され追跡補足可能な全期間

## 2. 背景

胃がんは長らく、罹患数、死亡数とも、日本人のがんの中でトップを占めてきた。死亡数は1998年に肺がんが50,781人と、胃がんの50,680人を上回ったものの、罹患数は91年以来、ずっと10万人を超え続け、がんの罹患の中で依然としてもっとも多い。とくに男性での罹患が目立ち、男性罹患患者数は80年に5万人を、85年に6万人をそれぞれ突破。さらに01年には72267人と7万人を超えている。1947～49年に生まれた「団塊の世代」は約800万人、この世代に続く3年間も、出生数は年に200万人を超える。こうした世代の高齢化に引張られる形で著しい高齢化を迎える日本社会にあって胃がんの罹患数は今後しばらく大きく増えることが確実視される。

ピロリ菌感染との関係でみると、現在50歳以上の世代では感染者が半数以上を占めると考えられ、日本人に胃がんが多い要因になっている。当然ながら、団塊の世代も、このピロリ菌感染世代にあたっている。しかしながら、ピロリ菌感染は40歳以下では非常に少ない。この世代が胃がんの好発年齢に達する時代、すなわち20～30年後には、胃がんの罹患率が急減すると推測される。

X線検査(バリウム検診)を用いた胃がんの一次検診の取り組みは古く、東北大学の故黒川俊雄教授らが1960年に世界に先駆けて胃がん検診車による集団検診を始めた。これが、「40歳以上を対象に年に1回、X線検査」を行い、胃がんの疑いがあると判断された場合(要精密検査)に、内視鏡等で詳しい検査(生検を含む)を行う現在の対策型胃がん検診である。X線検査は、胃がんの死亡率減少に寄与したことが症例対照研究やコホート研究で証明されているが、科学的な証拠能力がより高い無作為化比較試験は実施されていない。つまり、X線検査による胃がん検診は、科学的な証拠能力が高い(エビデンスレベル 以上)と国際的に評価されている大規模な無作為化比較試験は実施されていないままに導入され継続されている。

平成16年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班による「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」は、「X線検査に死亡率減少効果」を認め、「対策型検診」「任意型検診」でX線検査を実施することを勧めている(推奨レベルB)。国際対がん連合(UICC)の勧告も、こうした日本での研究を評価し、X線検査による現行の検診実施を支持している。しかし、UICCが日本国内での実施を容認しながらも、日本以外の国での実施を推奨しているわけではないのは、胃がんの罹患の地域差に加え、こうした試験が行われたうえで評価されているわけではないことも影響していると考えられる。

一方、胃の内視鏡検査が人間ドックを中心に普及しているが、任意型検診である人間ドックでは個人の「発見率」が目的である。「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」が「対策型検診として実施することは勧められない」と結論づけているのも、「死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分」なことが理由であり、無作為化比較試験がないことが大きく影響している。

また、長期間のピロリ菌感染による持続する炎症に伴う萎縮性胃炎のある人は胃がん高危険群に属するとの考えがある。萎縮性胃炎との相関がある消化酵素ペプシンの前駆体である血清ペプシノーゲン値(PG)を測定し、胃がんの高危険群を明らかにしようという方法が考案された。さらに、ピロリ菌抗体を同時に測定し、危険度に応じて受診者をA群(ピロリ菌 -、PG -)、B群(ピロリ菌 +、

PG -)、C群(ピロリ菌 +、PG +)、D群(ピロリ菌 -、PG +)に分ける血清胃がんリスク検診が提唱された。しかし、科学的に効果を証明した大規模な前向き臨床研究は実施されていない。

また近年、従来のX線検査による胃がん検診の受診者が年々減少している。平成19年度の対策型胃がん検診の受診者は426万人で(対象は40歳以上の男女で約6,000万人)年々減少してきている(平成20年度地域保健・健康増進事業報告によると、平成20年度は10.2%)。しかし、ピロリ菌感染率が低い(20%~30%)45歳以下の世代が「胃がんの好発年齢(65歳)」に入る時代には、胃がんの発生率の減少も確実視される。このような中、現在の対策型胃がん検診が効果的・効率的なのかどうか、費用対効果の面からも疑問がある。さらに、「がんによる死亡率の20%減」を目指すがん対策推進基本計画が目標に掲げる「50%以上」の達成は胃がん検診に関する限り近付くどころか、逆行している。

がん検診は、がんの早期発見・早期治療によって個々の患者の予後を良くすることで、ひいては一定集団の死亡率を減らすことを目的に実施される。そのためには、科学的に有効性が証明された検診を正しく行わなければならない。一方で、科学技術の進展で新たな検査方法の開発が相次いでいる。そうした検査方法の有効性を科学的に評価することの重要性もかねて指摘されているところである。とりわけ、胃がんの検査方法をめぐっては、X線検査だけでなく、内視鏡検査が人間ドックなどに普及している現在、「有効性評価に直結した研究が喫緊の課題である」(「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」と指摘されている。

我が国では、死亡率減少効果の検証を目的とした大規模ながん検診法の前向き無作為比較化対照試験は非常に限られている。とくに胃がんの検査方法をめぐっては、有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン以外にも、多くの医師や研究者から、内視鏡検査とX線検査の無作為比較化対照試験が必要だと指摘されながら、実施されてこなかった。本研究はまさに有効性評価に基づく胃がん検診ガイドラインが「喫緊の課題」と指摘する「科学的評価に直結」する。

本研究に基づく前向き無作為比較化対照試験が実現すれば既存の検診との比較としては本邦初となり、限られた資源を集中的に投資するピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システムの提唱が可能となる。さらに、10%程度の対策型胃がん検診受診率を国のがん対策推進基本計画の目標である50%を達成するためにも、簡便な血清胃がんリスク検診の評価を行うことは必須であると判断し、本試験を企画した。

### 3. 目的

現在の一般に広く普及している対策型胃がん検診で用いられている手法である「X線検査・精査内視鏡検査群」(バリウム検診群)と、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」(胃がんリスク検診群)に無作為に振り分け比較することで、新しい胃がん検診システムの評価を行う。

### 4. 対象者条件

#### (1) 対象条件

- (ア) 秋田県の本荘由利地域における対策型胃がん検診受診者(30歳以上、74歳以下)。
- (イ) 通常の胃がん住民検診の申し込み者を対象にし、申込み時に本研究について説明し、同意を得られた者。

(2)除外基準

- (ア) 胃がんの既往歴のある者(上皮内がんを含む)。
- (イ) 過去5年以内に胃がん以外の悪性腫瘍の既往のある者(同)。
- (ウ) 胃や十二指腸の切除既往者
- (エ) 5年以上の生存が期待できない重篤な全身疾患を有する者。
- (オ) 同意が困難な者。
- (カ) その他、医師が不適切と認めた者。

(3)参加者に対する中止基準

次の状況において、担当医師は参加者に対する研究を中止する。ただし、いかなる事態においても、参加者の安全を最優先する。

- (ア) 重篤な有害事象が発現し、研究の参加継続が安全性に著しく影響を及ぼす場合。
- (イ) 参加者から同意の撤回があった場合。
- (ウ) 患者の適格性に問題があったことが、登録後判明した場合。
- (エ) その他、担当医師が投与を中止すべきと判断した場合。

言葉の定義

「対象者」上記対象条件に合致する者。

「参加者」上記対象条件に合致して、インフォームド・コンセントを得て、研究に参加した者。

5.説明と同意(インフォームド・コンセント)

(1) 説明

研究担当者が、個別に面談により対象者本人へ下記の内容を詳しく説明する。説明・同意文書は、説明するときに対象者本人に手渡す。

- (ア)この研究の目的。
- (イ) どちらの群になるかは、無作為(ランダムに決める方法)で決められること。
- (ウ) この臨床試験への参加は自由で、参加しなくても不利益を受けないこと。
- (エ) この臨床試験への参加に同意した場合でも随時これを撤回できること。
- (オ) より有効な治療法が判明した場合について。

(カ) 個人情報 は エントリー 施設 で 保管、管理 され 厳重 に 保管 され、プライバシー や 医療 記録 は 守秘 される。試験 データ は 個人情報 (生年月日、性別 を 除く) を 削除 して 匿名 化 され、大阪 市内 に 設置 された 京都 府 立 医科 大学 大阪 研究 室内 の 事務局 で 管理 される。

(2) 同意の取得

説明 を 行い、対象 者 が これら の 研究 の 内容 を よく 理解 した こと を 確認 した 上 で、研究 へ の 参加 を 依頼 する。対象 者 が 研究 参加 に 同意 した 場合 は、説明 文書 に 自署 による 署名 を 得る。

(2) 同意取得時期

同意 の 取得 は 登録 の 前 と する。

(3) 同意書の保管・管理

同意 書 は 説明 文書 と 一体 型 で 2 部 作成 し、一部 は 事務局 に 保管 し、一部 は 被験 者 に 交付 する。

## 6. 研究方法

(1) 研究の手順

(ア) 研究 担当 者 は、対策 型 胃がん 検診 受診 者 に対して 「登録 適格 性 確認 票」の チェック リスト を 用い て、適格 か 否 か を 判断 する。

(イ) 適格 条件 を 満た した 場合、対象 者 に 本試験 の 存在 を 説明 し、参加 同意 を 得る。

(ウ) データ センター に インター ネット で アクセス して、最小 化 法 により (層別 化 因子 : 性別 と 年齢 ; 30-59 歳 と 60-74 歳) 割り 付け を 行い、X 線 検査 ・精査 内視鏡 検査 群 (バリウム 検診 群) また は ピロリ 菌 抗体 + ペプシ ノゲン 測定 ・内視鏡 検査 群 (胃がん リスク 検診 群) の 2 群 に 分け、それぞれ の 検査 を 行う。

(エ) 研究 の 適格 性 確認 票 に 必要 事項 を 記入 して (個人情報 匿名 化 登録 番号 で の 運用)、データ センター に FAX する。

(オ) X 線 検査 ・精査 内視鏡 検査 群 (バリウム 検診 群) では 毎年 また は 隔年 の 検診 (少なく とも 観察 期間 6 年間 で 3 回)、ピロリ 菌 抗体 + ペプシ ノゲン 測定 ・内視鏡 検査 群 (胃がん リスク 検診 群) では 亜群 に 従った 内視鏡 検査 結果 を ケース シート に 記入 して データ センター に FAX する。

(カ) 観察 最終 6 年 目 の 両群 の 内視鏡 検査 結果 を 同様に ケース シート に 記入 して データ センター に FAX する。

(キ) 研究 参加 者 へ の 検査 結果 の 通知 は、JA 秋田 厚生 連 由利 組合 総合 病院 保健 福祉 活動 室 より 行う (参考 資料)。

- (ク) 経過観察の検診時に上記検診スケジュール以外で上部消化管内視鏡または上部消化管二重造影レントゲン検査を行ったか否かを把握しデータセンターに報告する。

#### 匿名化個人情報の管理について

試験参加者の匿名化個人情報(生年月日、性別、研究開始日時、個人連絡用登録番号)は、試験精度維持のため、京都府立医科大学分子標的癌予防医学大阪研究室内に設置されたデータセンターで管理し、事務局と連絡を取り合う。

データセンターの作業は、有限会社メディカル・リサーチ・サポートのスタッフがデータセンター内に出向して行う。個人情報保護のため、参加者の個人情報にアクセスできる担当者を限定し、立ち入りが限定される部屋の鍵のかかるキャビネットに資料は保管され、データはインターネットとつながらないコンピューターのみに保存する。担当者とは秘密保持の契約を結ぶ。

参加同意取得後、匿名化個人情報は個人連絡用登録番号で運用されデータセンターにて厳重に管理される。名前などを含む個人情報の保存期間は通常の胃がん住民検診の情報と同様に秋田県総合保健事業団にて厳重に保存する。

名前などの個人情報を含む文書等は、必ず封書による郵便を用い、FAX、E-mail は用いない。

#### 個人情報管理に関わる組織構成

責任医師・事務局: 後藤田卓志(東京医科大学消化器内科)

責任医師協力者: 安保まり子(JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室)

#### 匿名化個人情報管理に関わる組織構成

研究班班員: 石川秀樹(京都府立医科大学 分子標的癌予防医学 大阪研究室)

データセンター(メディカル・リサーチ・サポート): 大黒奈津子、対馬身知子

#### (2) 登録場所

登録は JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室にて行う。登録情報は JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室およびデータセンターで管理する。

#### (3) 割り付け方法

割付方法は、性別と年齢(30-59歳と60-74歳)を割付因子とした最小化法を用いて、無作為に「X線検査・精査内視鏡検査群」(バリウム検診群)と「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」(胃がんリスク検診群)に分ける。

#### (4) 有害事象

有害事象が発生した場合、その都度、研究責任者または班長協力者は「有害事象報告書」に必要事項を記入し、データセンターに FAX する。

## 7. 検査および評価項目

### (1) X線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群)

- (ア) 研究参加同意後に「X線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群)」に割り付けられた場合、胃X線検査を行う。
- (イ) 所見の読影は、日本消化器がん検診学会の「新・胃X線撮影法ガイドライン」に沿って、秋田県由利本荘市の通常のダブルチェック評価方法で行う。
- (ウ) X線検査読影結果にて要精査となった場合はその理由を記録し、秋田県由利本荘市の通常の二次検診手続きに従って上部消化管内視鏡検査受診を勧告する。なお、上部消化管内視鏡検査および必要と判断した場合の生検検査は保険診療として二次検診提供施設にて実施する。
- (エ) 二次検診結果は、JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室を通して追跡調査する。なお、胃がん(上皮内がんを含む)を認めた場合は、その部位、大きさ、進行度、組織型など胃癌取扱い規約第14版に従って記載表記する。
- (オ) 2年目以降のX線検査は逐年受診を原則とするが、研究観察期間内に最低3回のX線検査を受診することとする。検診期間は、少なくとも2年以上開けないこととする。

### (2) ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)

- (ア) 研究参加同意後にピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)に割り付けられた場合、採血を行った後にJA秋田厚生連由利組合総合病院にて上部消化管内視鏡検査を行う。
- (イ) 上部消化管内視鏡検査にて異常を認めた場合は生検検査を保険診療として実施する。なお、胃がん(上皮内がんを含む)を認めた場合は、その部位、大きさ、進行度、組織型など胃癌取扱い規約第14版に従って記載表記する。
- (ウ) 2年目以降の胃がん検診は、A群(ピロリ菌-、PG-)は研究終了時の6年目のみ、B群(ピロリ菌+、PG-)は3年おき、C群(ピロリ菌+、PG+)は2年おき、D群(ピロリ菌-、PG+)は逐年(研究観察期間内に最低3回の受診)、のスケジュールで実施する。
- (エ) ピロリ菌除菌既往のある者は、除菌成功・不成功に関わらず、ピロリ菌抗体価に関わらず、ピロリ菌感染陽性としてA~D群に割り付ける。

### (3) 研究最終年(6年目)の上部消化管内視鏡検査

- (ア) 研究参加者全員に対して、JA秋田厚生連由利組合総合病院にて上部消化管内視鏡を実施する。
- (イ) 上部消化管内視鏡検査にて異常を認めた場合は生検検査を保険診療として実施する。なお、胃がん(上皮内がんを含む)を認めた場合は、その部位、大きさ、進行度、組織

型など胃癌取扱い規約第 14 版に従って記載表記する。

(ウ) その後、状況の許す限り長期間にわたり、本試験の参加者は追跡調査を実施する。

#### (4) 血液検査

(ア) 研究参加同意後に X 線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群)に割付られた場合でも、ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定を行い登録する。

(イ) 由利本荘市のがん検診にて通常実施されている血液検査項目(末梢血球数、肝機能、脂質、血糖など)を登録する。

(ウ) なお、血清サンプルは凍結保存するが、遺伝子検索には用いない。

#### (5) 食事調査、生活習慣アンケートなど

(ア) 研究参加時に自記式食事摂取頻度票(FFQ)にて食事内容を把握し記録する。

(イ) 生活習慣に関するアンケートは、由利本荘市のがん検診にて通常実施されている健康調査票を用いて把握し記録する。

(ウ) ピロリ菌除菌の有無と結果は、研究参加時および毎回の検査時に確認して登録を行う。

#### (6) 胃がん検診費用計算

(ア) 本研究のプロトコールにて必要とした全ての検査費用を登録する、

(イ) 計画以外の任意の全ての胃がん検診の有無と検査項目、費用を把握し登録する。

### 8. エンドポイント、予定症例数とその算定根拠、症例集積期間

#### (1) エンドポイント

主エンドポイントは、研究期間内の検査費用総額から検査 1 例あたりの平均値の比較を各群で比較すること。また、各群において胃がん 1 例を発見するのに要した費用も評価する。

副エンドポイントは、まず初回登録時における両群の胃がん検出率を評価する。さらに、観察期間内における両群の胃がん発見率とその進行度、検査終了時(6 年目)の内視鏡検査における胃がん発見率とその進行度、両群におけるプロトコール以外の任意の胃検査の頻度と必要費用、両群間の死亡率減少効果の比較、各群における偶発症、である。

#### (2) 予定参加者

各群 500 人、総数 1,000 を目標とする。

登録期間内に予定参加者数に達しても、経過観察中の脱落等を考慮して、募集は継続することとする。

#### (3) 参加者数算定の根拠

必要症例数については、エラーを0.05、パワーを0.8にして、各人にかかった費用の平均値から計算した。必要経費は、対策型胃がん検診コストは4,500円/回/人、上部消化管内視鏡検査費用は保険診療点数(D308)より11,140円/回/人、内視鏡下生検法(D414)が3,100円/回、病理診断料(N006)は5,000円/回、ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定の測定費用として2,000円/回で計算した。

ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)では、平均27,800円、SDは14,838円となるので、X線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群)の平均31,500円との比較にこのSDを用いると、必要症例数は各群254人、全体で508人となる。なお、X線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群)の要精査率を15%とした。

なお、両群ともに、今回の研究における検査以外に上部消化管内視鏡検査やレントゲン造影検査を受ける可能性がある。特にピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)のA群(ピロリ菌-、PG-)の胃がん検診が研究参加時と研究終了6年目の2回の上部消化管内視鏡検診のみ、通常に対策型胃がんX線検診を受ける人が多くなれば有意差が出づらくなる可能性があるため各群500人、総数1,000人と考えた。

#### (4) 参加者登録期間

倫理審査委員会承認後～平成25年3月31日

#### (5) 研究実施期間

最終参加登録後から6年間

#### (6) 追跡調査期間

JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室にてデータ保存され追跡補足可能な全期間

### 9. データの集積と解析

#### (1) 患者及びデータの取り扱い

対象者条件を満たした全ての参加登録者を本研究の対象とし、研究期間内の検査費用総額から検査1例あたりの平均値を主エンドポイントとする。

さらに、各群において胃がん1例を発見するのに要した費用の評価を副エンドポイントとする。また、初回登録時における両群の胃がん検出率、観察期間内における両群の胃がん発見率とその進行度、検査終了時(6年目)の内視鏡検査における胃がん発見率とその進行度、両群におけるプロトコル以外の任意の胃検査の頻度と必要費用、両群間の死亡率減少効果の比較、各群における偶発症も副エンドポイントとする。

研究および追跡期間中に他病死、及び事故などの例外的な他因死については、死亡の時

点で打ちきりとして扱う。

追跡不能例は、脱落時点で打ち切りとして扱う。

## (2)登録状況の集計

定期的に、データセンターにて登録状況の集計を行い、データセンター便りとして事務局および JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室に通知する。

## (3)有害事象への対応

有害事象が発生し、本研究において重大であると考えられたとき、対策型胃がん検診に関する新たな情報が得られた場合は直ちに東京医科大学学長に報告し、研究班員にて協議を行う。

## 10. 予想される有害反応

本研究にて実施する検査方法は、問診のほか、通常の胃がん検診で実施しているX線検査、要精検と判断された場合や人間ドック等で用いられている上部消化管内視鏡検査、日常の診療の中で頻繁に行われている採血以外の方法は用いないため、それらの検査方法に通常伴う合併症以外、特段の危険は生じないものとする。

### (1)有害事象

X線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群)ではまず、X線への被曝が考えられる。しかし、半世紀にわたって実施されてきた胃がん検診でX線による発がん等、被曝に関するリスクを証明した疫学研究はない。バリウムを飲む際の誤嚥(特に高齢者)が考えられる。胃の集団検診受診者26万人を調査し、0.04%に起きていた、という報告もある。また、頻度は不明ながら、バリウムが原因で腸閉塞が起きることもあり、死亡事故も報告されている。

次いで、検診台からの転落の危険性がある。検診台に横たわったまま回転する等により、高齢者、とくに腕の力が衰えた女性の場合には転落して骨折したケースも報告されている。

上部消化管内視鏡検査においては、検査前に行う喉の麻酔、鎮静剤にアレルギー反応が起きたり、薬剤が効きすぎたりする可能性があるほか、検査中には、咽頭、喉頭、食道、胃などを傷つける場合も考えられる。また、生検検査に伴う出血も考えられる。日本消化器内視鏡学会による偶発症に関する全国調査(1998年～2002年)では、偶発症の頻度は0.012%と報告されている。

### (2)補償

この研究に参加した人に、参加したことによる直接の健康被害が生じた場合、当該施設は治療など適切な対応をとる。ただ特段の新たな検査方法は用いないことから、保険診療の範囲内で対応することとし、研究費等による特別な補償措置はとらない。

本試験に参加する内視鏡医は全員、内視鏡検査事故に対する医療保険に加入することとする。

## 11. 倫理的事項

### (1) 被験者の保護

本研究の社会的な重要性・意義を踏まえながら、被験者の生命・健康・安全・プライバシー及び尊厳を保護する。研究に参加するかどうかは被験者の自由意思による。参加しなくても、そのことによる不利益は生じない。研究に参加を表明した場合でも、いつでも撤回できるし、それによる不利益は生じない。

### (2) 個人情報の保護

プライバシーに関しては、血液等の検体をはじめ研究に用いるデータは厳重に管理する。本研究はヘルシンキ宣言にのっとるとともに、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」を遵守して行う。

### (3) 同意の取得

添付の説明書に基づいて説明を行い、被験者自身に、説明を受けて理解した旨を同意書に記入してもらい、署名・捺印を求める。

### (4) 施設の倫理審査委員会の承認

東京医科大学の倫理委員会の審査を経るとともに、参加施設の倫理委員会の審査を経て実施する。参加施設に倫理委員会が存在しない場合は、東京医科大学の倫理委員会が一括審査を行うこともある。

## 12. 研究費用

実行可能性調査は、由利本荘市の協力を得て、同市の住民検診をベースに行う。同市では胃がん検診の対象を30歳以上とし、住民の自己負担は30歳から69歳が1,300円で、70歳以上が600円となっている。

本研究におけるX線検査はこの住民検診において賄う。ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)に割り付けられた人については、両群でコスト面での差をつけないようにするため、住民の方々には上記のX線検査を受けた場合と同様の金額を負担してもらい、市側にもX線検査にかかる分の負担をお願いする。上部消化管内視鏡検査との差額、ならびに、全員を対象としたピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定費用に関しては厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)で賄う。

## 13. 研究成果の発表

本研究計画に基づいて実施された研究成績は後述の共同研究者全員のものとし、本研究に参加した研究者の合意のもとに公表する。

#### 14. 研究組織

< 研究事務局責任者、プロトコール作成者 >

後藤田卓志(東京医科大学消化器内科)

< 研究事務局補助 >

森川恵子(東京医科大学消化器内科)

< 責任医師協力者 >

安保まり子(JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室)

< 研究班班員、プロトコール作成者、データ解析、データセンター匿名化個人情報管理 >

石川秀樹(京都府立医科大学分子標的癌予防医学)

< データ解析、データセンター匿名化個人情報管理 >

大黒奈津子(メディカル・リサーチ・サポート)

対馬身知子(メディカル・リサーチ・サポート)

< 研究班班員 >

大西洋英(秋田大学大学院医学系研究科 内科学講座 消化器内科学分野)

菅野健太郎(自治医科大学 消化器内科)

平澤俊明(癌研有明病院 消化器内科)

小西 宏(日本対がん協会・がん検診研究室)

松山 裕(東京大学大学院医学系研究科・生物統計学)

福田 敬(東京大学大学院医学系研究科・臨床疫学・経済学分野)

稲葉一人(中京大学法科大学院)

< 研究協力者 >

福澤誠克(東京医科大学消化器内科)

八木健二(東京医科大学消化器内科)

野中雅也(東京医科大学消化器内科)

草野 央(東京医科大学消化器内科)

辻 雄一郎(東京医科大学消化器内科)

竹内眞美(東京医科大学消化器内科)

#### 15. 参考文献

(1)厚生労働省第3次対がん総合戦略研究事業「がん罹患・死亡動向の実態把握に関する研究」班(研究代表者:祖父江友孝 国立がんセンター(現国立がん研究センター)がん対策情報センターがん情報・統計部長)による全国がん罹患モニタリング集計(MCIJ)

(2)厚生労働省人口動態統計

- (3) World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition and prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research, Washington DC, 1997
- (4) IARC Working Group on the evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Helicobacter pylori IARC, 177 ~ 240, 1994
- (5) Helicobacter and Cancer Collaborative Group. Gastric cancer and Helicobacter pylori. Gut, 51(3): 457 - 8, 2002
- (6) 平成17年度 厚生労働省がん研究助成金(15 - 3)「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班・報告
- (7) がん検診の適正化に関する調査研究事業 ~ 新たながん検診手法の有効性の評価報告書、2001
- (8) 厚生労働省の国民健康・栄養調査、2007
- (9) 財団法人日本対がん協会50年史
- (10) Report on a Workshop of the UICC Project on Evaluation of Screening for Cancer. Int J Cancer, 46(5): 761 - 9, 1990
- (11) 西沢ら、早期胃癌診断におけるルーチン検査の確かさ 内視鏡検査からみて、胃と腸、20(9): 949 - 54, 1985
- (12) Imai T et al: Chronic gastritis in Japan with reference to high incidence of gastric carcinoma. J Natl Cancer Inst, 47: 179, 1971
- (13) Watabe H, et al: Predicting the development of gastric cancer from combining Helicobacter pylori antibodies and serum pepsinogen status: a prospective endoscopic cohort study. Gut, 54: 764-768, 2005
- (14) 国内分離株から作成された血清ヘリコバクターピロリ抗体を用いた、ペプシノゲン法併用による胃の「健康度」評価 日本がん検診・診断学会誌 12: 138 ~ 143, 2005
- (15) 厚生労働省、地域保健・健康増進事業報告、2008
- (16) 大熊ら、The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine、2002
- (17) 日本胃癌学会、胃癌取扱い規約第14版、金原出版、2010
- (18) 後藤田卓志、他. Helicobacter pylori感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築に向けての試み-GALAPAGOSS Study-. Helicobacter Research 15: 439-447, 2011

< 参考資料: 参加者への結果通知; 「バリウム検診群」用 >

「胃がん検診」受診者 \_\_\_\_\_ 様

この度は、厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)の『ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究』にご参加いただきありがとうございました。

**あなたは、「X線検査群」(バリウム検診群)です。**

X線検査の日に採血しました結果をお知らせいたします。

**胃がんリスク検診結果            A            B            C            D**

< 検査結果の説明 >

- A: ピロリ菌(-)で、胃炎の程度も軽く、胃がん発生リスクが低いグループです。
- B: ピロリ菌(+)ですが、胃炎の程度がまだ軽いグループです。
- C: ピロリ菌(+)で、胃炎の程度も強く、一定間隔で胃の検査が必要なグループです。
- D: 胃炎の程度が極めて強く、毎年の胃の検査が必要なグループです。

< ピロリ菌の除菌療法について >

ピロリ菌除菌治療が胃炎の進行を抑える可能性があります。胃がんの抑制効果については議論の分かれるところです。実際の診療においても、国民健康保険による除菌療法の対象は胃潰瘍や十二指腸潰瘍など僅かの疾患に限られています。よって、除菌治療を希望される方は自費でのご負担となります。最寄りの医療機関か由利組合総合病院にご相談ください。

< 次回の検査について >

**来年度のX線検査(バリウム検診)を必ず受けて下さい。**

< 検査結果に関する問い合わせ先 >

由利組合総合病院保健活動室(電話0184-27-1200、担当: 安保)で受け付けます。

< 参考資料: 参加者への結果通知; 「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」A群用 >

「胃がん検診」受診者 \_\_\_\_\_ 様

この度は、厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)の『ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究』にご参加いただきありがとうございました。

**あなたは、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」です。**

内視鏡検査の日に採血しました結果をお知らせいたします。

**胃がんリスク検診結果            A**

< 検査結果の説明 >

A:ピロリ菌(-)で、胃がん発生リスクが軽いグループです。

< ピロリ菌の除菌療法について >

ピロリ菌は認めませんので、除菌療法の必要はありません。

< 内視鏡検査結果(内視鏡検査群の方) >

**胃生検の有無;            有            無            悪性所見;            あり            なし**

**医療機関への受診の必要性;            あり            なし**

< 次回の検査について >

**6年後の上部消化管内視鏡検査を必ず受けて下さい。**

< 検査結果に関する問い合わせ先 >

由利組合総合病院保健活動室(電話0184-27-1200、担当:安保)で受け付けます。

< 参考資料: 参加者への結果通知; 「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」B群用 >  
「胃がん検診」受診者 \_\_\_\_\_ 様

この度は、厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)の『ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究』にご参加いただきありがとうございました。

## あなたは、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」です。

内視鏡検査の日に採血しました結果をお知らせいたします。

### 胃がんリスク検診結果 B

< 検査結果の説明 >

B:ピロリ菌(+ )ですが、胃炎の程度がまだ軽いグループです。

ピロリ菌を除菌して、除菌が成功した方へ:

除菌してピロリ菌がいなくなっても、しばらくの間は胃癌のリスクが高いため、ピロリ菌の除菌を成功した人も、今回の採血結果に関わらず、念のためにピロリ菌がいる人と同じスケジュールで内視鏡検査をお勧めします。

< ピロリ菌の除菌療法について >

ピロリ菌除菌治療が胃炎の進行を抑える可能性があります。胃がんの抑制効果については議論の分かれるところです。実際の診療においても、国民健康保険による除菌療法の対象は胃潰瘍や十二指腸潰瘍など僅かの疾患に限られています。よって、除菌治療を希望される方は健康保険が使えず、全額自費でのご負担となります。最寄りの医療機関か由利組合総合病院にご相談ください。

< 内視鏡検査結果(内視鏡検査群の方) >

胃生検の有無;        有        無        悪性所見;        あり        なし

医療機関への受診の必要性;        あり        なし

< 次回の検査について >

### 3年後の上部消化管内視鏡検査を必ず受けて下さい。

< 検査結果に関する問い合わせ先 >

由利組合総合病院保健活動室(電話0184-27-1200、担当:安保)で受け付けます。

< 参考資料: 参加者への結果通知; 「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」C群用 >  
「胃がん検診」受診者 \_\_\_\_\_ 様

この度は、厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)の『ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコル作成と実現可能性に関する研究』にご参加いただきありがとうございました。

## あなたは、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」です。

内視鏡検査の日に採血しました結果をお知らせいたします。

### 胃がんリスク検診結果 C

< 検査結果の説明 >

C: ピロリ菌(+)で、胃炎の程度が強く、一定間隔で胃がん検診が必要なグループです。

ピロリ菌を除菌して、除菌が成功した方へ:

除菌してピロリ菌がいなくなっても、しばらくの間は胃癌のリスクが高いため、ピロリ菌の除菌を成功した人も、今回の採血結果に関わらず、念のためにピロリ菌がいる人と同じスケジュールで内視鏡検査をお勧めします。

< ピロリ菌の除菌療法について >

ピロリ菌除菌治療が胃炎の進行を抑える可能性があります。胃がんの抑制効果については議論の分かれるところです。実際の診療においても、国民健康保険による除菌療法の対象は胃潰瘍や十二指腸潰瘍など僅かの疾患に限られています。よって、除菌治療を希望される方は健康保険が使えず、全額自費でのご負担となります。最寄りの医療機関か由利組合総合病院にご相談ください。

< 内視鏡検査結果(内視鏡検査群の方) >

胃生検の有無;        有        無        悪性所見;        あり        なし

医療機関への受診の必要性;        あり        なし

< 次回の検査について >

## 2年後の上部消化管内視鏡検査を必ず受けて下さい。

< 検査結果に関する問い合わせ先 >

由利組合総合病院保健活動室(電話0184-27-1200、担当: 安保)で受け付けます。

<参考資料:参加者への結果通知;「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」D群用>  
「胃がん検診」受診者 \_\_\_\_\_ 様

この度は、厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)の『ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究』にご参加いただきありがとうございました。

**あなたは、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」です。**

内視鏡検査の日に採血しました結果をお知らせいたします。

**胃がんリスク検診結果 D**

<検査結果の説明>

D:胃炎の程度が極めて強く、毎年胃がん検診が必要なグループです。

胃炎の程度が極めて強いため、ピロリ菌はいなくなっています。

ピロリ菌を除菌して、除菌が成功した方へ:

除菌してピロリ菌がいなくなっても、しばらくの間は胃癌のリスクが高いため、ピロリ菌の除菌を成功した人も、今回の採血結果に関わらず、念のためにピロリ菌がいる人と同じスケジュールで内視鏡検査をお勧めします。

<内視鏡検査結果(内視鏡検査群の方)>

**胃生検の有無;            有            無            悪性所見;            あり            なし**

**医療機関への受診の必要性;            あり            なし**

<次回の検査について>

**来年度の上部消化管内視鏡検査を必ず受けて下さい。**

<検査結果に関する問い合わせ先>

由利組合総合病院保健活動室(電話0184-27-1200、担当:安保)で受け付けます。

第1版(作成日:平成24年4月25日)

# 患者様・ご家族様へ

臨床研究に参加していただくにあたって

## 臨床試験:研究課題名

『ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の  
検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究』  
の説明と研究への参加のお願い  
(厚生労働省 第3次対がん総合戦略研究事業)

研究責任者:東京医科大学消化器内科 後藤田卓志

## 1 臨床研究について

新しく開発された医薬品や新しく考案された検査法や治療法が国民にとって有効であるかどうか、また安全でかつ有効に使用できる方法かどうかをみるためには、実際に受診者に協力していただいて、効果や不具合をいろいろな観点から検討することが必要です。このような、受診者を対象とした研究を臨床研究と呼びます。

## 2 今回の臨床研究の目的

対策型胃がん検診(いわゆる市町村の提供する胃がんバリウム検診)は、一般的に、X線検査で行われています。国の指針でも、この方法が標準的なものと考えられています。一次検診であるX線検査の結果、「詳しい検査(精密検査)をしなければいけない」と判断された場合(要精検)には、二次検診として内視鏡検査で調べるのが一般的です。

今回の臨床研究は、厚生労働省第3次対がん総合戦略研究事業の一つとして、一般に広く普及している「X線検査・精査内視鏡検査」(バリウム検診)と、新しく考案された「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査」(胃がんリスク検診)の効率と有効性を評価することを目的としています。

今、ご参加をお願いしている臨床研究は、これを証明するために欠かせないものです。

今回の研究は、日本の将来の胃がん対策に必要不可欠な研究です。ぜひともご参加をお願いします。

## 3 臨床研究の責任医師の氏名・職名および研究分担者・研究協力者の名前

この研究は厚生労働省の研究班が行います。研究班のメンバーは次のとおりです。

- ・ 責任医師・事務局：  
後藤田卓志(東京医科大学・消化器内科)
- ・ 責任医師協力者：  
安保まり子(JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室)
- ・ 責任医師協力医師：  
福澤誠克、八木健二、野中雅也、草野 央、辻 雄一郎、竹内眞美(東京医科大学・消化器内科)
- ・ データセンター・データ解析医師：  
石川秀樹(京都府立医科大学分子標的癌予防医学、メディカル・リサーチ・サポート)

- ・ データセンター協力者:  
大黒奈津子、対馬身知子(メディカル・リサーチ・サポート)
- ・ 研究分担者:  
菅野健太郎(自治医科大学・消化器内科)  
大西洋英(秋田大学大学院医学系研究科。消化器内科学分野)  
石川秀樹(京都府立医科大学分子標的癌予防医学)  
稲葉一人(中京大学法科大学院)  
松山 裕(東京大学大学院医学系研究科・生物統計学)  
福田 敬(国立保健医療科学院・研究情報支援センター)  
小西 宏(日本対がん協会・がん検診研究室)  
平澤俊明(がん研有明病院・消化器内科)  
鈴木晴久(国立がん研究センター中央病院・消化管腫瘍科)

研究の実施にあたっては由利本荘市・にかほ市・JA 秋田しんせいの協力を得ています。研究を実施する医療機関としてJA 秋田厚生連由利組合総合病院が協力します。また、今回の研究にあたっては、JA 秋田厚生連由利組合総合病院の日常診療に差しさわりが出ないように、上部消化管内視鏡を検査行う複数の消化器内科医師を東京医科大学消化器内科から交代で派遣します。その医師には一部、同病院の日常診療のお手伝いもさせていただいていますので、疑問点などありましたら遠慮なく聞いてください。

#### 4 臨床研究の方法及び期間

秋田県の本荘由利地域において胃がん検診を受けられる方々に、従来と同じ「X線検査・精査内視鏡検査(バリウム検診)」をする人たちと、「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査(胃がんリスク検診)」のために採血する人たちの2つのグループに分かれていただきます。ただし、その分け方は、ご自身で選ぶのではなく、別のところでコンピューターで選ぶことになっています。この方法は「無作為割り付け」と言われます。できる限り公平な分け方にするには、そうする以外にないのです。あなたがどちらになるか、担当する医師や看護師や技師にもわかりません。

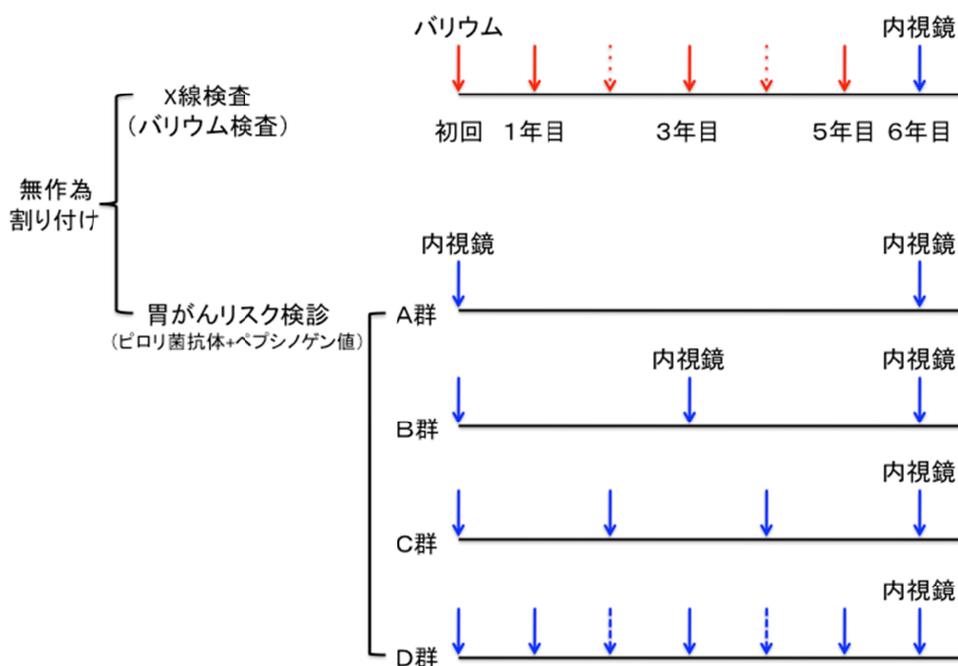
なお、胃がんの既往歴のある方、過去5年以内に胃がん以外の悪性腫瘍の既往のある方、胃や十二指腸の切除の既往のある方、医師が不適切と認めた方の参加はで

きません。

「X線検査・精査内視鏡検査群」(バリウム検診群)の人たちには従来と同じくバリウム検診を受診していただきます。その後、研究への参加登録から5年間は毎年通常の胃がん検診に従ってX線検査を受けて頂きます。

「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群」(胃がんリスク検診群)に振り分けられた人たちは採血の後に、上部消化管内視鏡検査を受けて頂きます。その後の検査スケジュールは、ピロリ菌抗体とペプシノゲン値(PG)の結果によってA群(ピロリ菌 -、PG -)、B群(ピロリ菌 +、PG -)、C群(ピロリ菌 +、PG +)、D群(ピロリ菌 -、PG +)の4つに分かれていただき、研究への参加登録から5年間は下記のスケジュールで上部消化管内視鏡検査を受けて頂きます。

なお、毎回の全ての検査結果は後日、通常の検診結果の通知と一緒にご本人に郵送にてお知らせします。



研究実施期間の最終年の6年目は、研究参加いただいた全員に上部消化管内視鏡検査を受けて頂きます。

なお今回の研究では、「X線検査・精査内視鏡検査群」(バリウム検診群)に割り付けられた人たちにも「ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)」と比較するためにピロリ菌抗体およびペプシノゲン値の測定のための採血をお願いします。この検査結果や生検を含めた全ての臨床情報は速やかに参加者ご本人に郵送にてお知らせします。

また、食事調査、生活習慣の調査のためにアンケートもお願いしています。

研究に参加していただく方は参加登録期間の平成23年6月1日～平成25年3月31日で1,000名を予定しています。その後、最後の参加登録から6年間の研究実施としています。研究実施期間が終了した後も、JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室からの健康管理および追跡調査にご協力ください。

## 5 研究にともなう検査結果について

この研究に伴う検査結果は、通常の検診結果だけではなくピロリ菌感染の有無や食事アンケート結果など研究によって判明した臨床情報の全てを速やかに研究に参加いただいたご本人にお知らせします。

## 6 研究への参加は任意であり、参加の同意をしなくても不利益を受けないこと

この研究に参加するかどうかは任意です。あなたの自由意思で決めてください。もちろん、参加に同意されなくても、不利益を受けるようなことは一切ありません。通常通りに、検診に最善を尽くします。

## 7 参加に同意した後も、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること

いったん参加に同意された場合も、いつでも同意を撤回し参加をやめることができます。参加をとりやめた場合でも、やめたことで不利益を受けることは絶対にありません。すでに提供いただいた試料や検査結果も、「やめます」とお伝えいただいた以降も、胃がん住民検診の一環で得られた結果につきましては通常の検診業務と同様にJA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室にて厳重に管理させていただきます。

## 8 追跡調査について

研究実施期間が終了した後の健康管理や追跡調査は、JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室から通常行われているお知らせや検査勧告の一環の範囲内

のもので、しかし、追跡調査への協力は辞退したい場合はその旨をJA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室にお伝えください。

## 9 予想される研究の結果、研究に参加することにより期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な点、研究終了後の対応

### (ア) 予想される研究の結果

今回の研究は、胃がん検診で、広がっている上部消化管内視鏡検査を効率的に行うために、広がりつつある血液検査で慢性萎縮性胃炎・ピロリ菌の感染の有無を調べる方法で胃がん検診をリスク分けすることの効果を科学的に調べることを目的にしています。今回の研究の過程、結果を分析することはその重要なステップです。こうした段階を踏んだ研究こそ、倫理にかなったものであり、かつ科学的な検証につながるものなのです。

### (イ) 研究に参加することにより期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な点

X線検査には従来と同様の利益、すなわち胃がんの早期発見のメリットがあります。その方法に伴う危険性も便秘やレントゲン検査台での転倒など従来と変わりはありません。

上部消化管内視鏡検査に関しては、検査前に行う喉の麻酔、鎮静剤にアレルギー反応が起きたり、薬剤が効きすぎたりする可能性があるほか、検査中には、咽頭、喉頭、食道、胃などを傷つける場合も考えられますが、生検検査に伴う出血も含めて偶発症の頻度は0.012%と報告されています。なお、上部消化管内視鏡検査に関しては十分に経験を積んだ医師が慎重に実施します。

また、参加をしていただくみなさんに血液検査をしますので、採血時の痛み、不快感があります。

### (ウ) 補償

安全性に関しては十分に配慮して研究を進めます。しかし、研究に参加した方々に、参加したことによる直接の健康被害が生じた場合、直ちに治療など適切な対応を行います。ただ特段の新たな検査方法は用いないことから、保険診療の範囲内で対応することとし、研究費等による特別な補償はいたしません。外

科的措置を伴うようなケースが生じた場合も含めて、通常の保険診療として治療にあたります。

#### (エ) 研究終了後の対応

X線検査、上部消化管内視鏡検査、ピロリ菌抗体+ペプシノゲン値の結果につきましては、ご本人に郵送にてお知らせします。

### 10 研究計画の閲覧

ご希望があれば、個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、この研究計画の資料を閲覧または入手することができますので、お申し出ください。

### 11 個人情報の保護

研究の実施にあたって、あなたの匿名化個人情報(生年月日、性別、研究開始日時、個人連絡用登録番号)は、京都府立医科大学分子標的癌予防医学大阪研究室内に設置されたデータセンターで徹底した管理をすることをお約束します。

名前などを含む個人情報の保存期間は通常の胃がん住民検診の情報と同様に JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室にて個人情報が漏洩しないように厳重に管理します。

#### 個人情報管理に関わる組織構成

責任医師・事務局:後藤田卓志(東京医科大学・消化器内科)

責任医師協力者:安保まり子(JA 秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室)

#### 匿名化個人情報管理に関わる組織構成

研究班班員:石川秀樹(京都府立医科大学 分子標的癌予防医学 大阪研究室)

データセンター(メディカル・リサーチ・サポート):大黒奈津子、対馬身知子

### 12 研究結果の公表

この研究の結果は関連する学会で報告し、関連する分野の学術雑誌に論文として公表する予定です。また、データベース上で公表することもあります。いずれの場合も公表する結果は統計的な処理を行ったものだけとし、個人情報は一切公表しません。

### 13 研究に伴う知的財産権の帰属について

この研究には新たに特許権等が伴うことはなく、研究参加者に知的財産権が生じることはありません。

### 14 研究の資金源

本研究は住民検診をベースに行います。ですので、自己負担にかかる部分をご負担していただくこととなります。X線検査、上部消化管内視鏡検査ともに、この自己負担分は負担していただきます。双方のグループで自己負担分に差をつけないために、今回の研究ではこのように対応させていただきます。ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定の血液検査は厚生労働省科学研究費等で賄われます。

### 15 研究に関する問い合わせ先

本試験に関しての何かの説明を求めると、心配事がありましたらご遠慮なく問い合わせ下さい。

連絡先1: 東京医科大学病院 電話: 03-3342-6111

消化器内科 准教授 後藤田卓志

連絡先2: JA秋田厚生連由利組合総合病院 電話: 0184-27-1200

保健福祉活動室 師長 安保まり子

## 同意書（本人保管用）

東京医科大学病院院長 殿

私は「ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究」に参加するにあたり、本説明文書により十分説明を受け、理解しましたので、自らの自由意思によりこの臨床研究に参加することに同意いたします。

同意日 平成 年 月 日

本人氏名: \_\_\_\_\_ (署名)

住所: \_\_\_\_\_

説明日 平成 年 月 日

説明担当者の氏名: 後藤田卓志、安保まり子

(説明を受け理解した項目の の中にご自分でチェックの印をつけてください。)

臨床研究について

臨床研究の目的

研究者の所属、職名及び氏名

研究の方法及び期間

研究への参加は任意であり、参加の同意をしなくても不利益を受けないこと

研究への参加に同意した後でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること

追跡調査について

予想される研究の結果、研究に参加することにより期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な点、研究終了後の対応

研究計画の閲覧

個人情報保護

研究結果の公表

研究の資金源

研究に伴う補償

研究に関する問い合わせ先

東京医科大学消化器内科・JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室

## 同意書（病院保管用）

東京医科大学病院院長 殿

私は「ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究」に参加するにあたり、本説明文書により十分説明を受け、理解しましたので、自らの自由意思によりこの臨床研究に参加することに同意いたします。

同意日 平成 年 月 日

本人氏名: \_\_\_\_\_ (署名)

住所: \_\_\_\_\_

説明日 平成 年 月 日

説明担当者の氏名: 後藤田卓志、安保まり子

(説明を受け理解した項目の の中にご自分でチェックの印をつけてください。)

臨床研究について

臨床研究の目的

研究者の所属、職名及び氏名

研究の方法及び期間

研究への参加は任意であり、参加の同意をしなくても不利益を受けないこと

研究への参加に同意した後でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること

追跡調査について

予想される研究の結果、研究に参加することにより期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な点、研究終了後の対応

研究計画の閲覧

個人情報保護

研究結果の公表

研究の資金源

研究に伴う補償

研究に関する問い合わせ先

東京医科大学消化器内科・JA秋田厚生連由利組合総合病院保健福祉活動室

**「ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の検証に必要な  
プロトコール作成と実現可能性に関する研究」  
同意撤回書**

この書面をもって先般同意された「ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究」の参加同意を撤回することができます。同意撤回はご本人の自由な意思により可能です。

私は本研究について参加を同意しましたが、これを撤回し、次のように希望します。  
次の内、希望される項目に をつけてください。

1. 研究に参加したすべての情報を廃棄してください。
2. これまでの情報について保管することは了解し、今後の研究を中止致します。
3. 研究実施期間後の追跡調査対象を辞退いたします。
4. その他( )

研究課題名:ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築の  
検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究

参加者住所 (〒 - )

参加者 TEL: - -  
同意撤回者氏名(自署)  
記載年月日 平成 年 月 日  
(以下は研究担当者が記載します)

---

同意撤回書への対応

本同意撤回書に対し、以下のように対応した。

同意撤回の意思通りに対応した。

その他特記事項:

研究担当者 氏名 印  
記載年月日 平成 年 月 日

# 登録適格性確認票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

施設	由利組合総合病院		
記入者	登録適格性確認日	20	年 月 日

## 対象条件チェックリスト(✓)

### 1. 選択基準

1. 秋田県本荘由利地域における対策型胃がん検診受診者、30歳以上、75歳未満の男女	はい	いいえ
2. 通常の胃がん住民検診の申し込み者を対象にし、申込み時に本研究について説明し、同意を得られた者	はい	いいえ

### 2. 除外基準

1. 胃がんの既往歴がある人(上皮内がんを含む)	はい	いいえ
2. 過去5年以内に胃がん以外の悪性腫瘍の既往のある人(同)	はい	いいえ
3. 胃や十二指腸の切除既往者	はい	いいえ
4. 5年以上の生存が期待できない重篤な全身疾患を有する人	はい	いいえ
5. 同意が困難な人	はい	いいえ
6. その他、医師が不適切と認めた人	はい	いいえ

1. 選択基準全てに「はい」、2. 除外基準全てに「いいえ」で、割付ホームページへ

### 割付項目

生年月日	(西暦)19	年	月	日	性別	男 女
------	--------	---	---	---	----	--------

### 割付結果(画面に出た結果を記入して下さい)

登録番号	割付結果
	線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群) ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)

データセンターへ FAX : 06 6202 5445

データセンター確認欄 : 受信日 年 月 日 受信者

# 登録拒否例報告票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

試験参加呼び掛け日 西暦 201 年 月 日

F A X 送 信 日 西暦 201 年 月 日

記入者 (自署) \_\_\_\_\_

	性別	年令	拒否理由、特記事項
1	男 女	歳	
2	男 女	歳	
3	男 女	歳	
4	男 女	歳	
5	男 女	歳	
6	男 女	歳	
7	男 女	歳	
8	男 女	歳	
9	男 女	歳	
10	男 女	歳	

.....  
データセンターへ FAX : 06 6202 5445

データセンター確認欄 : 受信日 年 月 日 受信者 \_\_\_\_\_

# 定期検査結果報告票【レントゲン造影検査】

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検診型

バリウム検診群

性別

男 女

生年月日

西暦 19 年 月 日

FAX 送信日

西暦 201 年 月 日

検査実施日

西暦 201 年 月 日 ( )年目

記入者

(自署)

## 1、所見

異常なし

バリウム班

ニッシェ(潰瘍)

ポリープ(透亮像)

癒痕(ひだ集中)

隆起性病変

その他( )

部位 1 :	弓隆部	噴門部	体上部	体中部	体下部	胃角部	前庭部
部位 2 :	前壁	後壁	大彎	小彎			

## 2、精密検査

不要

要

# 定期検査結果報告票【上部消化管内視鏡検査】

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検査型

バリウム検診群

胃がんリスク検診群

性別

男 女

生年月日

西暦 19 年 月 日

FAX 送信日

西暦 201 年 月 日

検査実施日

西暦 201 年 月 日 ( )年目

記入者

(自署)

## 1、生検

要 生検結果： G1 G2 G3 G4 G5  
不要

## 2、胃がん（上皮内がんを含む） 有の場合は『最終胃がん報告票』を記入して下さい。

無  
疑

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部  
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

## 3、萎縮

無  
有 程度： C1 C2 C3  
01 02 03

## 4、胃潰瘍

無  
有

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部  
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

## 5、胃潰瘍癒痕

無  
有

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部  
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

## 6、十二指腸潰瘍（癒痕）の有無

無  
有

## 7、胃ポリープ

無  
有

過形成、 胃底腺  
部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部  
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

## 8、逆流性食道炎

無  
有

# 予定外検査結果報告票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検診型 バリウム検診群 胃がんリスク検診群

性別 男 女  
生年月日 西暦 19 年 月 日

FAX 送信日 西暦 201 年 月 日

記入者 (自署) \_\_\_\_\_

## 検査方法

レントゲン造影検査 (受診日: 年 月 日)  
レントゲン造影検査 (受診日: 年 月 日)  
レントゲン造影検査 (受診日: 年 月 日)  
上部消化管内視鏡検査 (受診日: 年 月 日)  
上部消化管内視鏡検査 (受診日: 年 月 日)  
上部消化管内視鏡検査 (受診日: 年 月 日)

## 検査施設

由利組合総合病院  
その他 ( )

## 受診理由

ドック検診  
有症状  
その他 (詳細: )

## 検査結果、所見

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部  
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎  
大きさ : ( )mm

受信確認欄 (データセンターにて記入)

受信日 201 年 月 日

受信者 \_\_\_\_\_





# 有害事象報告票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検診型                   バリウム検診群                   胃がんリスク検診群

性別                   男                   女

生年月日           西暦 19           年           月           日

FAX 送信日       西暦 201           年           月           日

検査実施日       西暦 201           年           月           日

有害事象発生日   西暦 201           年           月           日

記入者           (自署) \_\_\_\_\_

## ・有害事象内容

- バリウムを飲む際の誤嚥
- バリウムが原因で起きた腸閉塞
- 検診台からの転落事故
- 内視鏡検査前に行う喉の麻酔、鎮静剤によるアレルギー反応
- 内視鏡検査の薬剤が効き過ぎる
- 検査中における咽頭、喉頭、食道、胃などの損傷

## ・備考 (追記および特記事項があれば以下に記載をお願いします)

受信確認欄       (データセンターにて記入)

受信日 201           年           月           日

受信者 \_\_\_\_\_

# 問 診 記 録 票

登 録 番 号

検 診 型

バリウム検診群

胃がんリスク検診群

性 別

男

女

生 年 月 日

西暦 19 年 月 日

現在の身長

\_\_\_\_\_ cm

現在の体重

\_\_\_\_\_ kg

## 食事と生活調査票

### Q1. 最近1年間についてお答えください。

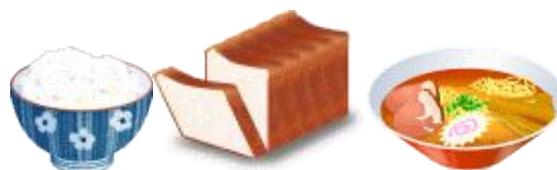
生活習慣などについて、あてはまる番号に 印をして下さい。

また、「その他」の場合は( )内にご回答下さい。

Q1-1 医師から食生活指導・制限を受けていますか？			
1	はい	指導・制限内容： ( )	
2	いいえ		
Q1-2 平均的な生活活動は？			
1	座っていることが多い	3	立ったり歩く事が多く、1時間程度の運動もする
2	立ったり、歩くことが多い	4	その他( )
Q1-3 ビール コップ一杯程度で顔が赤くなりますか？			
1	はい	2	いいえ
Q1-4 うどん、そば、ラーメンを食べるときは、めん類のつゆ・スープを飲みますか？			
1	ほとんど全部飲む	4	1/3 くらいは飲む
2	2/3 くらい飲む	5	ほとんど飲まない
3	半分くらいは飲む		
Q1-5 女性の方へお尋ねします。 現在、生理はありますか？			
1	ある		
2	ない ( a. 閉経した b. 妊娠中 c. その他 )		
3	答えたくない		

最近1年間の食生活を思い出し、あてはまるところに 印をつけ、一回に食べる量を回答欄に記入して下さい。

食 品 名		食べる回数					毎日	回答欄
		ほとんど食べない	月に1〜3回	週 に				
				1〜2回	3〜4回	5〜6回		
朝食	Q1-6 ごはん	a	b	c	d	e	f	杯
	Q1-7 パン類(食パン、菓子パン、など)	a	b	c	d	e	f	枚/個
	Q1-8 めん類(うどん、ラーメン、そば)	a	b	c	d	e	f	杯
昼食	Q1-9 ごはん	a	b	c	d	e	f	杯
	Q1-10 パン類(食パン、菓子パン、など)	a	b	c	d	e	f	枚/個
	Q1-11 めん類(うどん、ラーメン、そば)	a	b	c	d	e	f	杯
夕食	Q1-12 ごはん	a	b	c	d	e	f	杯
	Q1-13 パン類(食パン、菓子パン、など)	a	b	c	d	e	f	枚/個
	Q1-14 めん類(うどん、ラーメン、そば)	a	b	c	d	e	f	杯



最近1年間の食生活を思い出し、あてはまるところに 印をつけて下さい。

朝・昼・夕食の摂取回数を合計して回答してください。

食 品 名	食 べ る 回 数							
	食 べ ない ほ と ん ど	月 に 1 〜 3 回	週 に			毎 日		
			1 〜 2 回	3 〜 4 回	5 〜 6 回	1 回	2 回	3 回 以上
Q1-15 パンにぬるマーガリン	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-16 パンにぬるバター	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-17 牛 乳	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-18 ヨーグルト	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-19 みそ汁	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-20 冷や奴，湯豆腐	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-21 納豆，大豆（煮豆 など）	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-22 がんもどき，生揚げ，厚揚げ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-23 魚 （刺身，煮魚，焼き魚 など）	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-24 骨ごと食べる小魚 （しらすぼし，ししゃも など）	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-25 シーチキン	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-26 いか，えび，かに，たこ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-27 貝類（あさり，カキ など）	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-28 たらこ，いくら	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-29 ちくわ，かまぼこ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-30 卵	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-31 とり肉	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-32 牛肉，豚肉	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-32 レバー	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-34 ハム，ソーセージ， サラミ，ベーコン	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-35 マヨネーズ （ポテトサラダ など含む）	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-36 揚げ物（フライ，てんぷら， 唐揚げ など）	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-37 炒め物	a	b	c	d	e	f	g	h

食 品 名	食 べ る 回 数							
	食 べ ない ほ と ど じ	月 に 1 〜 3 回	週 に			毎 日		
			1 〜 2 回	3 〜 4 回	5 〜 6 回	1 回	2 回	3 回 以 上
Q1-38 ジャガイモ, 里芋, さつまいも	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-39 かぼちゃ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-40 にんじん	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-41 ブロccoli	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-42 緑の葉の野菜 (ほうれん草, 小松菜, 春菊 など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-43 その他の緑黄色野菜 (ピーマン, さやいんげん など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-44 キャベツ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-45 大根 (煮物や大根おろし)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-46 切干大根	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-47 ごぼう, たけのこ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-48 その他の淡色野菜 (きゅうり, 玉ねぎ, もやし, 白菜, レタス など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-49 きのこと (椎茸, えのき, しめじ など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-50 海そう (ひじき, 昆布 など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-51 みかん, オレンジ, グレープフルーツ	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-52 その他の果物 (いちご, キウイ, りんご, すいか など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-53 ピーナツ, アーモンド	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-54 洋菓子 (ケーキ, シュークリーム など)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-55 和菓子 (まんじゅうなど)	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-56 緑茶	a	b	c	d	e	f	g	h
Q1-57 コーヒー	a	b	c	d	e	f	g	h

**Q2 . 最近3ヶ月間の食生活についてお答えください。**

該当する番号を で囲み、( )内に適当な文字を記入してください。

<b>Q2-1 刺激の強い食品はどの位の頻度で食べますか。(とうがらし・キムチ)</b>	
1	毎食
2	毎日2回以上
3	毎日1回以上
4	2日に1回以上
5	週に1・2回以上
6	月1回以上
7	ほとんど食べない

**次の飲み物を、どの位の頻度で飲みますか。**

<b>Q2-2 コーヒー</b>	
1	毎日10杯以上
2	毎日5杯以上
3	毎日2杯以上
4	毎日1杯以上
5	2日に1回以上
6	週に1回以上
7	月1回以上
8	ほとんど飲まない

<b>Q2-3 紅茶</b>	
1	毎日10杯以上
2	毎日5杯以上
3	毎日2杯以上
4	毎日1杯以上
5	2日に1回以上
6	週に1回以上
7	月1回以上
8	ほとんど飲まない

<b>Q2-4 緑茶</b>	
1	毎日10杯以上
2	毎日5杯以上
3	毎日2杯以上
4	毎日1杯以上
5	2日に1回以上
6	週に1回以上
7	月1回以上
8	ほとんど飲まない

**Q2-5 最近3ヶ月間の健康食品・強化食品・市販薬についてお伺いします。**  
 これまで利用されていた方は、その商品名と、どのくらいの回数、どのくらいの量を利用されているか記入してください（特になければ空白で結構です）  
 （例）キッチンキトサン・プロポリス・AHCC・アガリクス・アロエ・ビタミン剤・クマ笹エキス・オロナミンC・リボピタンD・鉄骨飲料・カルシウム製剤など。

商 品 名	頻 度 (例：一週間に5回・一回2錠など)

**Q2-6 最近、3ヶ月間の非ステロイド系抗炎症剤（アスピリン・パフファリン・セデス・ボルタレン・インドメサシンなど）の服用状況をお伺いします。**  
 これらの薬は風邪の時の解熱剤として、または頭痛、生理痛の痛み止めとして服用する薬です。

1	1週間に3回以上は飲む	3	1ヶ月に1回程度は飲む
2	1週間に1回以上は飲む	4	ほとんど飲まない

**Q2-7 現在ストレスが多いと感じていますか。**

1	多いと思う	3	少ないと思う
2	普通と思う		

**Q2-8 下痢をよくしますか。**

1	よく下痢をする	3	ほとんど下痢はない
2	たまに下痢をする		

**Q2-9 下剤は飲みますか。**

1	ほとんど毎日飲む	3	月に2~4回は飲む
2	週に2~4回は飲む	4	ほとんど飲まない

Q3. 運動についてお答えください。

<b>Q3-1 最近3ヶ月間、定期的に運動をおこなっていますか。</b>	
1	はい(月に____回)
2	いいえ
<b>Q3-2 「はい」と答えた方へ、該当する項目に をつけてください。 それは、どのような運動ですか。</b>	
1	ジョギング
2	テニス
3	ゴルフ
4	野球
5	サッカー
6	水泳
7	バレーボール
8	その他( )
<b>Q3-3 それは、何年間続けていますか。</b>	
1	1年未満
2	1年以上2年未満
3	1年以上5年未満
4	5年以上
<b>Q3-4 それは、1回にどのくらいおこないますか。</b>	
1	_____時間_____分間

Q4. タバコ・お酒について

<b>Q4 タバコについてお伺いします。</b>	
<b>Q4-1 タバコを吸っている(いた)方にお伺いします。 タバコを吸うとき、健康のことを考えて注意していますか。(いましたか。) (低タールのタバコを吸う、根元まですわないなど)</b>	
1	注意している
2	特に注意をしていない

<b>Q4-2 お酒は好きですか。</b>	
1	好き
2	嫌い
3	どちらでもない

Q4-3 お酒は強いですか。			
1	強くて、たくさん飲む	3	弱い、たくさん飲む
2	強いが、あまり飲まない	4	弱いし、あまり飲まない
Q4-4 お酒を飲んだ後は下痢をしますか。			
1	いつも下痢をする	3	まれに下痢をする
2	ときどき下痢をする	4	下痢をしたことはない

最後に

### ピロリ菌検査について

ピロリ菌検査 (したことがない・したことがある 陽性だった・陰性だった・わからない)

ピロリ菌が陽性だった人へ：

除菌薬の服用をしましたか (していない・(平成\_\_\_\_\_年頃)に除菌した)

除菌した人へ：

除菌は成功しましたか (成功した・失敗した・わからない)

**ご協力ありがとうございました。**

【 このページは記入しないで下さい。病院記入欄です。】

## 採血結果記録票

検診型

バリウム検診群

胃がんリスク検診群

( ) 群

ピロリ菌除菌  
既往者は陽性  
とする。

項目名	を付けて下さい	検査値	単位
ピロリ抗体	( + - )		U/ml
ペプシノゲン			μg/L
ペプシノゲン			μg/L
/ 比			
ペプシノゲン判定	( + - )		

項目名	結果	単位	項目名	結果	単位
白血球		/ μ l	赤血球		万 / μ l
血色素		g/dl	ヘマトクリット		%
血小板		万 / μ l	G O T		U / l
G P T		U / l	- G T P		U / l
Z T T		U	T T T		U
L D H		U / l	総コレステロール		mg/dl
中性脂肪		mg/dl	H D L コレステロール		mg/dl
L D L コレステロール		mg/dl	クレアチニン		mg/dl
尿素窒素		mg/dl	尿酸		mg/dl
総蛋白		g/dl	アルブミン		g/dl
血清アミラーゼ		U / l	C P K		U / l

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
河合隆、後藤田卓志、森安史典	ペプシノゲンと萎縮性胃炎	日本消化器病学会雑誌	110	203-9	2013
後藤田卓志、他.	ピロリ胃炎の有無によるメリハリのある上部消化管内視鏡検査	消化器内視鏡	24	1615-21	2013
Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Soares JB, Santos C, P, <u>Gotoda T</u> , et al.	A multicenter validation of an endoscopic classification with narrow band imaging for gastric precancerous and cancerous lesions	Endoscopy	44	236-46	2012
<u>Gotoda T</u>	Optimal duration of proton pump inhibitor for healing artificial ulcers after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer	Dig Dis Sci	57	266-8	2012
Abe N, <u>Gotoda T</u> , et al	Multicenter study of the long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer in patients 80 years of age or older	Gastric Cancer	15	70-5	2012
Abe S, Oda I, Shimazu T, Kinjo T, Kusano C, <u>Gotoda T</u>	Depth-predicting score for differentiated early gastric cancer.	Gastric Cancer	14	35-40	2011
Nonaka S, Oda I, Nakaya T, Kusano C, Suzuki H, Yoshinaga S, Fukagawa T, Katai H, <u>Gotoda T</u>	Clinical impact of a strategy involving endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: determining the optimal pathway.	Gastric Cancer	14	56-62	2011
Kusano C, Iwasaki M, Kaltenbach T, Conlin A, Oda I, <u>Gotoda T</u> .	Should Elderly Patients Undergo Additional Surgery After Non-Curative Endoscopic Resection for Early Gastric Cancer? Long-Term Comparative Outcomes.	Am J Gastroenterol	106	1064-1069	2011
後藤田卓志、他.	Helicobacter pylori 感染率減少時代における新しい対策型胃癌検診システム構築に向けての試み -GALAPAGOSS Study-	Helicobacter Research	15	439-447	2011
Tanaka N, Katai H, Taniguchi H, Saka M, Morita S, Fukagawa T, <u>Gotoda T</u> .	Trends in characteristics of surgically treated early gastric cancer patients after the introduction of gastric cancer treatment guidelines in Japan.	Gastric Cancer	13	74-77	2010
<u>Gotoda T</u> , Iwasaki M, Kusano C, Seewald S, Oda I	Endoscopic resection of early gastric cancer treated by guideline and expanded National Cancer Centre criteria.	Br J Surg	97	868-871	2010