

1	投稿者	中川良 先生（医療法人大宮シテクリニック）
	コメント	<p>成人のピロリ菌除菌において、ピロリ菌保持者の除菌がその家族（特に子供）の感染予防および発癌予防に役立つと言えるのでしょうか？青年層の除菌を行う場合に子供へのピロリ菌感染を気にする方が多いので、本人の除菌が子供の感染を予防できる可能性を示せると良いと考えています。</p> <p>また、これから子を持つ予定の人へのピロリ菌検査の動機づけにもなると考えています。</p> <p>未成年のピロリ菌判定について、子供の心を与える影響を検討している報告は無いでしょうか？陽性と言われた子供が自身や家庭環境などを不潔と感じてしまうということや、その友人などから不潔として扱われいじめ等に発展する可能性を危惧しています。検査時に子供にピロリ菌についての正しい理解を促す冊子など渡すなど対策があると良いと思っています。</p>
	回答	<p>貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。</p> <p>子供の出生前に除菌することが感染予防を通じて胃がん予防につながる事が総論の中で述べられています。全国の自治体に調査した結果では、危惧されていたいじめの事例は確認されておりません。小冊子もすでに作成して配布しています。</p>
2	投稿者	匿名
	コメント	<p>未成年、特に中学生以下の胃がん予防のための除菌に際して、日本の成績では12歳前後でも低頻度ながら新規感染が生じる可能性がある。したがって小児期（中学生1-2年頃まで？）除菌では除菌後の再感染による胃がん予防効果の無効化も言及した方が良いのでは？</p>
	回答	<p>貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。未成年領域担当委員の協議の後、ガイドライン作成委員会を開催して、先生からのご意見に対するガイドラインの修正と回答について審議しました。</p> <p>ご指摘いただいた中学生での除菌後の再感染の可能性については、成人の再感染率と違いがないことから、文章の変更は行わないこととしました。小児栄養消化器肝臓学会の代議員の先生方から同学会の事務局から本ガイドラインのパブリックコメント募集を通知してもらいましたが、再感染の可能性も含めて、同学会からは診断と治療についてのコメントはありませんでした。</p>
3	投稿者	匿名
	コメント	<p><i>H. pylori</i> 感染の診断と治療のガイドライン2016改訂版に対する意見募集の際に、“<i>H. pylori</i> との関連が報告されている疾患”として “骨粗鬆症” との関連性につきまして私見を述べさせて頂き、その際に貴学会より『<i>H. pylori</i> と骨粗鬆症との関連性について、ですが、先生のご指摘の通り報告が増えていることもあり、ガイドライン委員会でも当初、記載する方向で検討しており、先生の論文も引用しつつ作成しておりました。しかし、他の <i>H. pylori</i> 関連疾患に比べて明らかなエビデンスが十分に集積されていない、また、エビデンスレベルの高い研究が数多くなされているわけではないことより、今回の改訂では掲載しないことになりました。先生のご意見は、今回のガイドライン改訂時にも再度検討し、その時点でのエビデンスの集積に応じて記載を検討したいと存じます』との御回答を頂いておりました。</p> <p>その後も多数のエビデンスが集積され、最新のシステマティックレビュー/メタアナリシスでは、『ヘリコバクター・ピロリ、特にCagA陽性株への感染は、骨粗鬆症のリスク増加と関連している。ヘリコバクター・ピロリ陽性患者の骨の健康はもっと注目されるべきものである。』と結論づけられております。Xiong C, J Bone Miner Metab. 41:74-87, 2023.</p> <p>萎縮性胃炎や癌を引き起こすCagA(+)の東ア ジア<i>H.pylori</i>株を有する地域である日本は、世界有数の長寿国であり、寝たきり・要介護の重要なリスク課題である骨粗鬆症(ロコモティブシンドローム)は、平成25年に厚労省もメタボリックシンドローム・認知症とならび、健康寿命・介護予防を阻害する3大要因として制定され、高齢者医療に携わる消化器内科医ではありますが、非常に興味深く重要な関連性と考えております。宜しくお願ひ申し上げます。</p>
	回答	<p>貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。</p> <p><i>H. pylori</i> 感染と骨粗鬆症の関連については、ご指摘のようなシステマティックレビュー、メタ解析が発表されていますが、日本人におけるエビデンスはあまり増えていないと考えます。また、本学会の診療ガイドラインでは、<i>H. pylori</i> 感染と個別の疾患については「除菌が勧められる」と「関連が推測される疾患」として掲載しています。現状では、日本人における<i>H. pylori</i> 除菌の骨粗鬆症に対する有効性を示すRCTが行われていないため、「除菌が勧められる疾患」に骨粗鬆症を分類することはできません。前回のガイドラインに続き、「<i>H. pylori</i> 感染との関連が推測される疾患」の一つとして示します。</p>
4	投稿者	上村直実 先生（国立国際医療研究センター国府台病院）
	コメント	<p><i>H. pylori</i> 除菌による胃がん予防に関する記述の中で、P23から記述されている異時性胃がんに対する <i>H. pylori</i> 除菌に関してお願いがあります。世界で初めて、1996年のAGAで報告され、翌年に出版された論文：Uemura N, et al. Effect of <i>Helicobacter pylori</i> eradication on subsequent development of cancer after endoscopic resection of early gastric cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers &amp; Prevention. 639-642,1997 に関する記述を入れて欲しいと思います。この研究はRCTではなかったのですが、わが国から世界で初めて異時性胃がんに対する除菌の影響を報告した意義は大きい論文であり、2008年に報告されたLancet論文の全国多施設のRCTは本研究のプロトコルに従ったものでした。</p> <p>以上の事情を踏まえて、日本ヘリコバクター学会のガイドラインに上記論文を記述していただきたいと思います。手前味噌で申し訳ないのですが、ご高配のほど、よろしくお願ひ申し上げます。</p>
	回答	<p>貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。作成委員会チーフ会議で対応を協議した後、ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。</p> <p>先生にお示しいただいた論文については、RCTではないためCQのシステマティックレビューのエビデンスとしては採用されません。しかしながら、これまでの臨床研究に果たした役割が大きく、総論4の中で新たに引用することになりました。</p>

5	投稿者	木村 修 先生（社会医療法人同愛会博愛病院ドック健診センター）
	コメント	夫婦間のHp感染の状況を検討致しましたが、年齢層に関係なく約50%に認められ、成人においても夫婦間のHp感染の危険性はあると考えられました。今回、学会発表予定。
	回答	ご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。 診療ガイドラインのエビデンスとして採用されるには、ランダム化比較試験として行われ、論文として公表されていなければなりません。先生の学会発表の内容をPubMedあるいは医中誌に掲載されている学術誌で論文として公表していただければ、次回のガイドライン改訂の際に、感染経路のB QあるいはC Qでエビデンスとして採用される可能性があります。
6	投稿者	匿名
	コメント	CQ4-3にてtest&treatの時期に関して言及されていますが、中学生でピロリ菌除菌が保険収載されていない点は、treatの時期を検討する上で非常に重要な点だと考えられます。解説に保険診療に関して記載する検討はないのでしょうか。
	回答	貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。 ご提案いただいたように、CQ4-3の解説に、現状において「小児の除菌療法が保険収載されていないこと」が中学生でのtreat実施を躊躇させている可能性と、test時期も含めた議論に混乱を招く一因となっている可能性についての記述を追加しました。
7	投稿者	匿名
	コメント	ヘリコバクターピロリ感染胃炎に対する除菌治療を行う場合、内視鏡での確認が必要であるが、その時期について言及してほしい。1年以上前の内視鏡画像をもって除菌治療を希望されるケースがあるが、判断の基準がなく臨床において悩むケースがある。 ※個人的には半年ないし1年以上内視鏡検査から経過している場合には、患者に対して再検査を推奨している。
	回答	貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。 ご意見いただいた点については、除菌治療の保険適用が全感染者に拡大された時期に、日本消化器病学会ホームページのQ&Aに、「内視鏡検査は治療開始の半年前までに行われていること」と書かれていました。現在は消えておりますが、本ガイドラインにおいても半年前までと想定しております。この点について学会ホームページでの掲載など検討したいと思います。
8	投稿者	平名浩史 先生（真生会富山病院消化器センター）
	コメント	過去に除菌成功したと診断された人で、Hp現感染の内視鏡所見を認める人に遭遇します。UBTで陽性であり、過去の除菌判定が偽陰性であった可能性が示唆されます。その原因の一つにLG21などの機能性ヨーグルトの影響があると考えられます。腸活が日常生活の一つになっている現在において、LG21などの摂取にも留意した除菌判定を啓発する時期になっているのではないかと考えますが、いかがでしょうか。（抗生剤やPPIなどの徹底が、まだまだ不十分である影響もあるのかもしれませんが）
	回答	貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。 ヨーグルトの各診断法への影響はエビデンスが乏しく、診療ガイドラインのステートメントを出すことはできません。CQの解説でも除菌効果の上乗せとしては推奨しておらず、現行のガイドラインではヨーグルトについては抗菌活性はないという立場をとっております。今後の改定時にエビデンスが増えた場合には、CQを設定してシステムティックレビューを行う可能性があります。
9	投稿者	藤田直孝 先生（みやぎ健診プラザ）
	コメント	関係各位のご尽力に感謝します。実地医家の立場で拝見した際に気になる点、お願いしたい点がありましたので以下に記載します。ご一考いただければ幸いです。時間の関係で診断と治療の項だけ。 BQ1-1：解説1-1）3行目 腸上皮化生→化生 BQ1-4：図1, 2は治療の項と同様この解説中に示していただけるとありがたいです。 BQ1-8.： 「1つ目の検査で陽性・陰性の判断に関わらず複数の検査で行われる必要があるか？」というBQの文章自体に問題はないでしょうか。主語を明記していただき（おそらく感染診断と効果判定は？）、「1つ目の検査で陽性・陰性の判断に関わらず」も「1つ目の検査の結果に関わらず」など、もう少し検討していただけますでしょうか。 CQ2-3：冒頭の「感受性試験に応じた個別化」は不要では。 治療の項ではステートメントに提示される使用薬剤（の組み合わせ）に関して保険適応、適応外を明示してあるとガイドラインとして利用しやすくなると考えられます。
	回答	貴重なご意見をたくさん頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。 BQ1-4の誤字は修正し、図を挿入しました。BQ1-8については、「タイトル」の変更は手順が多いため、現行のままとします。次回以降の改訂に申し送ります。CQ2-3については、ご指摘通りに削除しました。治療薬剤の保険適用の有無については、フローチャートの方に記載しております。

	投稿者	匿名
10	コメント	<p>エビデンスに基づいた非常にわかりやすいガイドラインの改訂を頂きありがとうございます。</p> <p>除菌判定に関して 除菌治療中止後4-6週以降に行うとあるが、4週で問題があることがあるのであれば、6週後以降行うとしたほうが非専門医にはわかりやすいのではないのでしょうか？</p> <p>診断の項目 P3 表1の感染診断で抗<i>H.pylori</i>抗体（尿）がなぜ補助診断に分類されるのか解説は必要ではないのでしょうか？</p> <p>診断の項目 P3 表1の感染診断で便中<i>H.pylori</i>抗原測定法が胃粘膜の感染状態を評価できる検査に分類されていますが、P10の解説では、<i>H.pylori</i>感染診断の補助的検査 と記載しており、矛盾しているのではないのでしょうか？</p> <p>診断の項目 P30-31 除菌治療に関しては抗体法以外の検査法（UBT、便中抗原、迅速ウレアーゼ試験、～）のいずれか、または複数の結果や内視鏡所見を総合的に評価することが推奨される と抗体法と内視鏡所見の組み合わせでも除菌治療を開始してよいように読み取れます。実際そのように対応している施設も多いと思われこの記載は非常にありがたいです。従いまして、2021年5月3日に 胃癌リスク評価に資する抗体法適正化委員会から出されている血清抗体法を用いたヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）感染診断に関する注意喚起 除菌治療に際しては抗体法以外の5つの検査法のいずれか、または複数を用い現感染を確認してください（多くの施設で安定した結果が得られる検査法は尿素呼気試験、便中抗原法、迅速ウレアーゼ試験です）というところに内視鏡所見を追記するのがよいのではないのでしょうか？</p> <p>今回のガイドラインの改訂にあわせてこの注意喚起の文章の修正を御検討頂ければ幸いです。</p> <p>治療の項目 CQ3-2 <i>H.pylori</i>が斜体になっていないところが散見されます。</p> <p>治療の項目 CQ3-4 <i>H.pylori</i>除菌治療は年齢が早い段階で行うことを推奨する とありますが、小学生以下でも除菌行うことも推奨するというような記載になっていないのでしょうか？ 少なくとも解説を加得て頂くか、若年者胃癌予防の項目の解説に誘導するのがよいと思われました。いかがでしょうか？ 御検討頂ければ幸いです。</p>
	回答	<p>貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。</p> <p>除菌判定の時期は作成委員会でも意見が分かれたところですが、今回は欧州をはじめ世界のガイドラインの多くで採用されている4-6週を採用しました。尿中抗体は特異度が低く、新しい検査キットも開発が進んでいません。ピロリ感染胃炎の診断が不安な非専門医が自分の内視鏡と尿の結果のみで除菌治療することがないように、成人では診断の補助としました。診断の3ページ目の便中抗原の説明は、ご指摘通り誤りですので修正しました。CQ3-2をはじめ、斜体になっていない<i>H.pylori</i>はゲラの校正段階で修正しています。CQ3-4は成人の胃癌予防の章ですので、18歳以上が対象です。小学生でもよいということにはなりません。学会の注意喚起文書の改訂については当該委員会に提案いたしました。</p>
	投稿者	蔵原晃一 先生（松山赤十字病院 胃腸センター）
11	コメント	<p>若年者胃癌予防のCQ4-3「未成年者のtest and treatのスクリーニング検査としてどの時期に行うことが推奨されるか」に関して</p> <p>意見①：ステートメントに異論はないが、解説文中にあるように「testに関しては「中学生で実施」が推奨される」としたほうが明確でわかりやすいと思います。あくまでのtestの時期であり、treatの時期を言及したものではないはずですが。</p> <p>意見②：解説文中の「testに関しては「中学生で実施」が推奨される。一方で高校生はtreatが15歳以上で行いやすい点からtestとtreatの連続性が担保されやすいメリットがある」と記載され、この部分に大きな異論はありませんが、小児にピロリ菌除菌療法が保険収載されていないことが中学生にtreatを考慮する際に問題となることを明記すべきではないのでしょうか。全く問題がないとは言えないはずですが。「小児にピロリ菌除菌療法が保険収載されていないこと」の記載がないと「都合の悪いことを伏せている」ような印象、フェアではないような印象を持ちます。学会のガイドラインとして、現状において「小児にピロリ菌除菌療法が保険収載されていないこと」が中学生（15歳未満）でのtreat実施の障害となりうる可能性を加筆しておくべきではないのでしょうか。</p>
	回答	<p>貴重なご意見を頂戴し、ありがとうございます。ガイドライン作成委員会を開催して、頂戴したご意見に対するガイドラインの修正と先生への回答について審議しました。</p> <p>ステートメントについてのご意見ですが、ステートメントの変更のための委員会を行うとガイドラインの発行が遅れてしまう可能性がありますので、今回のガイドラインでは現行のステートメントを使用します。次回以降のガイドライン改定の際に、testとtreatの時期について分けた議論も必要ではないかと申し送ります。</p> <p>ご提案いただいたように、CQ4-3の解説に「小児の除菌療法が保険収載されていないこと」が中学生でのtreat実施を躊躇させ得る可能性を加筆しました。</p>