

した¹⁾2)3)。今回は複数の薬物を服用している患者側からの薬物療法と生活の状況および保健医療福祉への希望を解析した。UCはCDよりも副作用経験ありの回答割合が高率であったのは、第一選択治療法がUCはステロイドとアミノサリチル酸製剤、CDは栄養療法であることの違いと考えられる。入院・手術の平均回数等から副作用経験ありの回答者（S群）は副作用経験なし（N群）よりも比較的重い症状を経験したグループと推察される。UCは症状の重さによって、不安・ふさぎ込み等に問題ありの回答割合が多くなったが、CDにおいては症状の軽重によらず不安・ふさぎ込みを抱えていて、人生の満足度にも影響しているのではないかと考えられるが、この点についてはさらに解析する予定である。

保健医療福祉に対してはS群とN群の間において希望回答割合が異なる事項があったことから、IBD患者の症状の重さ、あるいは生活状況との関連をさらに解明することが必要と考えられる。

回答者の構成は、平成7年度難病患者全国調査結果から見て、男女比はほぼ同じであったが、CDでは全国調査24.5%に比べて65.9%と多く、CDにおいては30代が多く、UCにおいては50代以上が少ない構成であった。したがって39歳以下の若年層の希望がより強く出された可能性が考えられる。

今後の計画は

- 1) 保健医療福祉に対して「希望あり」の回答割合が高い事項について、その理由を説明し、かつそれぞれについてその実現可能性を検討すること
- 2) 保健医療福祉に対して「希望あり」の

回答割合の異なる事項については、さらに年齢別・性別にも解析し、かつそれぞれについて実現可能性を検討すること

3) 薬物療法と副作用の調査を医療機関で行い今回の結果を検証すること

4) IBD患者の保健医療福祉ニーズを他の難病患者と比較検討すること
等である。

謝辞

調査に多大なご協力をいただいた関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

文献

- 1) 片平湧彦、渋谷優子、小松喜子、他：難病患者の実態と保健医療福祉ニーズ－炎症性腸疾患（IBD）の場合－（第1報）. 社会医学研究, 2001;19:57-63
- 2) 前川厚子、高添正和、小松喜子、他：クローン病患者の保健医療福祉ニーズに関する研究. 厚生科学特定疾患対策研究事業特定疾患の疫学に関する研究班平成12年度研究業績集. 2001年;63-70
- 3) 小松喜子、前川厚子、渋谷優子、他：難病患者の実態と保健医療福祉ニーズ－炎症性腸疾患（IBD）の場合（第4報）. 厚生科学特定疾患対策研究事業特定疾患の疫学に関する研究班平成13年度研究業績集. 2002年;109-117

Needs for Health, Medical Care and Welfare Services and QOL of Patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD) Who are Having Drug Therapy

Komatsu Yoshiko (Mito Pharmacy, Co. Ltd.), Maekawa Atsuko, Kamizato Midori (Department of Public and Home Health Nursing, Nagoya University), Shibuya Masako (Fujita Health University), Nishigori Masoko, Yamasaki Kyoko (Ibaraki Prefectural University of Health Sciences), Katahira Kiyohiko (Toyo University)

The aim of this study is to elucidate the needs for health, medical care and welfare services of patients with ulcerative colitis (UC) and with Crohn's disease (CD). Survey was conducted using a self-administered questionnaire. Six hundred eighty three cases were analyzed, in which UC was 229(33.5%, average age 37.5), CD 450(65.9%, average age 33.9) and unknown 4(0.6%).

The rate of side effects (moon face, stomach and intestinal pain, headache, diarrhea and so on) caused by drug therapy was significantly higher in UC (75%) than in CD (54%). In UC and CD, side effect experienced: S-group which had experienced side effects repeated significantly more often hospitalization and surgical operation than non side effect experienced: N-group. Self-evaluations of degree of satisfaction in daily life of S- and N-group were statistically higher than those of at onset of UC or CD. Some of them were distressed with psychological problems. S-group as well as N-group strongly demanded the complement of specialists or special hospitals for IBD therapy, the continuance of public financial aid for treatment, the information of IBD therapy or side effects and so on. On the other hand, the proportion of demands for a few items such as delivery of official handbook for disabled persons was different in S- and N-group.

It is considered to be necessary to offer IBD patients the adequate support from various fields in response to the actual conditions of IBD patients.

Key words: Inflammatory Bowel Disease, Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, side effect, health medical and welfare services

表 1. 今までに受けたことのある薬物療法・栄養療法

	UC 229 人	CD 450 人
	人 (%)	人 (%)
薬物療法		
5-アミノサリチル酸製剤	222 (96.9)	438 (97.3)
ステロイド剤	189 (82.5)	234 (52.0) **
免疫抑制剤	40 (17.5)	48 (10.7) *
下痢止め	72 (31.4)	252 (56.0) **
その他	44 (19.2)	106 (23.6)
無記入	3	3
栄養療法		
経腸栄養療法	48 (21.0)	362 (80.4) **
中心静脈栄養療法	70 (30.6)	260 (57.8) **

* p<0.05 ** p<0.01 (複数回答)

表 2. 薬物療法による副作用症状

	UC 170 人	CD 239 人
	人 (%)	人 (%)
ムーンフェイス	117 (68.8)	102 (42.7) **
発疹	102 (60.0)	131 (54.8)
骨・歯のむろさ	41 (24.1)	39 (16.3)
胃・腸の痛み	33 (19.4)	28 (11.7) **
頭痛	32 (18.8)	20 (8.4) **
吐き気	26 (15.3)	51 (21.3)
肝機能低下	18 (10.6)	39 (16.3)
下痢	10 (5.9)	33 (13.8) *
生理不順 ^{注1)}	29 (30.5)	19 (21.8)
その他	67 (39.4)	69 (28.9)

* p<0.05 ** p<0.01 (複数回答)

注 1 : (%) は女性回答者を対象

表 3. 医薬品による副作用経験と年齢・予後

	UC		CD	
	あり n=163	なし n=52	あり n=229	なし n=197
副作用経験				
回答時平均年齢	36.2	41.9**	34.8	32.8
発症時平均年齢	28.5	34.6**	22.8	23.8
平均再燃回数	3.9	3.2	4.6	2.9**
平均入院回数	2.9	1.1**	5.3	2.9**
平均手術回数	0.5	0.1**	1.8	1.1**

** p<0.01

表 4. 現在の状況

(1) 移動の程度

		n	歩き回るのに 問題なし	いくらか 問題あり	寝たきり	無記入
UC	副作用経験あり	163	146(89.6)	13(8.0)	1(0.6)	3(1.8)
	副作用経験なし	52	49(94.2)			3(5.8)
CD	副作用経験あり	229	209(91.3)	17(7.4)		3(1.3)
	副作用経験なし	197	189(95.9)	6(3.0)	1(0.5)	1(0.5)

括弧内は (%)

(2) 身の回りの管理

		n	問題なし	いくらか 問題あり	洗面・着替え ができない	無記入
UC	副作用経験あり	163	160(98.2)	1(0.6)		2(1.2)
	副作用経験なし	52	50(96.2)			2(3.8)
CD	副作用経験あり	229	223(97.4)	4(1.7)		2(0.9)
	副作用経験なし	197	196(99.5)	1(0.5)		

括弧内は (%)

(3) ふだんの活動 (仕事, 勉強, 家事など)

		n	問題なし	いくらか問 題あり	ふだんの活動 ができない	無記入	
UC	副作用経験あり	163	109(66.9)	48(29.4)	3(1.8)	3(1.8)	p<0.01
	副作用経験なし	52	46(88.5)	5(9.6)	1(1.9)		
CD	副作用経験あり	229	152(66.4)	72(31.4)	3(1.3)	2(0.9)	
	副作用経験なし	197	148(75.1)	48(24.4)	1(0.5)		

括弧内は (%)

(4) 痛み・不快感

		n	痛み・不快 感なし	中程度の痛 み・不快感	ひどい痛み・ 不快感	無記入
UC	副作用経験あり	163	96(58.9)	62(38.0)	2(1.2)	3(1.8)
	副作用経験なし	52	36(69.2)	14(26.9)	1(1.9)	1(1.9)
CD	副作用経験あり	229	99(43.2)	115(50.2)	13(5.7)	2(0.9)
	副作用経験なし	197	93(47.2)	93(47.2)	6(3.0)	5(2.5)

括弧内は (%)

(5) 不安・ふさぎ込み

		n	不安・ふさ ぎ込みなし	中程度不安・ ふさぎ込み	ひどく不安・ ふさぎ込み	無記入	
UC	副作用経験あり	163	101(62)	53(32.5)	4(2.5)	5(3.1)	p<0.05
	副作用経験なし	52	40(76.9)	9(17.3)	1(1.9)	2(3.8)	
CD	副作用経験あり	229	136(59.4)	81(35.4)	5(2.2)	7(3.1)	
	副作用経験なし	197	122(61.9)	66(33.5)	5(2.5)	4(2.0)	

括弧内は (%)

表. 5 保健・医療・福祉に対して求めること

「希望あり」回答割合が75%以上の事項

診断名	UC		CD	
	あり	なし	あり	なし
n	170	56	239	208
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
専門医・病院の充実	152(89.4)	48(85.7)	217(90.8)	190(91.4)
副作用・対処法の情報伝達・	151(88.8)	46(82.2)	216(90.4)	183(88.0)
医師との良い関係	151(88.8)	45(80.4)	214(89.5)	187(89.9)
特疾医療費受給存続	150(88.2)	42(75.0)	224(93.7)	182(87.5)
病気・治療法の情報	146(85.9)	45(80.4)	211(88.3)	188(90.4)
原因究明	145(85.6)	44(78.6)	209(87.4)	183(88.0)
新薬開発	144(84.7)	44(78.6)	213(89.1)	189(90.9)

表. 6 保健・医療・福祉に対して求めること

「希望あり」回答割合の異なる事項

診断名	UC		CD	
	あり	なし	あり	なし
n	170	56	239	208
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
身障者手帳の交付	76(44.7)	15(26.8)*	136(56.9)	97(46.6)*
就業保障	120(70.6)	28(50.0)**	187(78.2)	160(76.9)
医療費・治療費の全額公費負担	134(78.8)	39(69.7)	206(88.2)	164(78.9)*
遺伝子治療法の研究推進	117(68.8)	29(51.8)*	173(72.4)	157(75.5)
カウンセリング・精神的ケア	109(64.1)	26(46.4)*	144(60.3)	127(61.1)
ストーマ・スキンケア外来充実	90(52.9)	17(30.4)**	127(53.1)	97(46.6)

* p<0.05 ** p<0.01

若年者の食事中 n-3・n-6 系多価不飽和脂肪酸摂取量と炎症性腸疾患発症の疫学的検討

中村 眞 (東京慈恵会医科大学附属柏病院・消化器・肝臓内科学)

白石 弘美 (東京慈恵会医科大学附属病院・栄養部)

内山 幹 (神奈川県立厚木病院・内科)

前川 厚子、神里 みどり (名古屋大学医学部・保健学科)

渋谷 優子 (藤田保健衛生大学衛生学部・衛生看護学科)

山崎 京子、錦織 正子 (茨城県立医療大学保健医療学部・看護学科)

佐々木 敏 (独立行政法人国立健康・栄養研究所)

小松 喜子 (株・水戸薬局)

片平 洸彦 (東洋大学社会学部・社会福祉学科)

要 約

炎症性腸疾患 (クローン病、潰瘍性大腸炎) は昭和 30 年以降に若年者を中心に急増している疾患である。発症の環境要因として食生活の欧米化 (肉食の増加と植物性脂質の過剰摂取) が推測される。炎症を引き起こす食事因子としてリノール酸 (n-6 系脂肪酸) の過剰摂取が考えられるが、この最大原因は一般植物油 (大豆油、コーン油、調合油、高リノール酸紅花油、米油、綿実油など) を多量に含有する食品 (スナック菓子、ポテトチップス、ナッツ系チョコレート、ファーストフード、揚げ物、和食以外の多くの洋食など) の摂取と考えられる。若年炎症性腸疾患患者の発症前の食事歴と若年健常者の現在の食事歴の調査を行い、n-3、n-6 系脂肪酸摂取量を中心に疫学的に検討を行う。

はじめに

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease 以下 IBD) の発症機序に関しては、未だ有力な学説はないが、多くの症例において、成分栄養療法や完全静脈栄養 (TPN) で症状が軽快することから、アレルギー説を含み何らかの形で IBD 発症と食事との関わりが予測されている。わが国では IBD の治療薬剤として steroid hormone, mesalazine, salazosulfapyridine などが中心的役割を担っている。steroid hormone は主にホスホリパーゼ A2 を、mesalazine, salazosulfapyridine

は cyclooxygenase や 5-lipoxygenase を抑制する事により抗炎症効果を発現し、いずれも食事に含まれるリノール酸 (n-6 系多価不飽和脂肪酸: n-6 polyunsaturated fatty acid 以下 n-6 PUFA) が体内で代謝される過程 (アラキドン酸カスケード) において、産生される炎症性物質 (LTB₄, TXB₂) の抑制に深く関与している。一方、食事の α-リノレン酸, EPA, DHA (n-3 系多価不飽和脂肪酸: n-3 polyunsaturated fatty acid 以下 n-3 PUFA) も酵素の競合的拮抗によりアラキドン酸カスケードにより産生される LTB₄, TXB₂ の抑制効果が知られている。n-6PUFA と n-3 PUFA はいずれも必須脂

脂肪酸であり食事から供給される。国民栄養調査によれば1日のn-6PUFA摂取量の約75%が植物性脂質からの供給であり、若年者では大豆油、コーン油、調合油を中心にリノール酸を多量に含有したスナック菓子、ポテトチップス、ナッツ系チョコレート、ファーストフードなどの過剰摂取により、n-3/n-6脂肪酸比は日本国民の平均値である0.24を大きく下回ることが予想され、IBDが若年に好発する原因の一端を担っている可能性が予測される。

目 的

IBDにおいて、炎症性物質産生の原料となるn-6PUFAの過剰摂取は、病状悪化に関与するだけでなく、その発症の原因としても関与している可能性が考えられている。IBD患者の発症前の食事歴および、若年者健常者ボランティアの現行食事内容を調査し、n-3・n-6PUFA摂取量を算出し、IBD発症とn-6PUFA摂取量とn-3/n-6脂肪酸比の関連を疫学的に検討する

対象と方法

IBD群は発症(診断)から1年以内のIBD(UC, CD)患者100例。control群はIBD患者平均年齢と有意差のない若年健常ボランティア200例とした。

発症ないし診断から1年以内のIBD患者は、発症ないし診断前1ヶ月の食事内容を、control群に関しては最近1ヶ月間の食事内容を自記式食事歴法質問票 (self-administered diet history questionnaire:DHQ) *およびその解析ソフトを用いて、食事中のn-3・n-6PUFA摂取量を分析し、若年者においてn-6PUFAの摂取の実態を明らかにし、さらに両群で比較検討することでIBD発症とn-3、n-6系PUFA摂取量とn-3/n-6比の関連を疫学的に検討する。

結 果

炎症性腸疾患(UC, CD)患者自身のDHQによる調査の記入は、2003年3月の時点で完了し、患者との個人面談により記入漏れ、記入ミスのチェックを施行中である。

今後の計画

2003年4月より若年健常ボランティア200例DHQによる調査を予定している。炎症性腸疾患(UC, CD)患者と健常者のDHQを分析し、その結果より疫学的解析を予定している。

(注) *佐々木により開発された自記式食事歴法質問票(self-administered diet history questionnaire:DHQ)は最近1ヶ月間における食行動(嗜好・調理など)、食物摂取頻度、主食の摂取頻度と量、アルコール飲料の摂取頻度と量、栄養補助食品などについて尋ねるもので、147食品、32栄養素と23食品群の摂取量を算出する。A4版16ページ、回答時間は平均45分である。DHQ systemの食事調査の感度は、食事指導介入前後の飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸およびコレステロールの摂取量の変化から算出されるkeys値(コレステロール予測指数)と血清総コレステロール値の変化との間に高い相関性が認められ、高い調査精度を有すると考えられる。しかし回答時間の長さや質問、記入の煩雑さにより、動機付けの乏しい若年者がミス無く完璧に回答するのは困難であり、栄養士によるチェックと補完作業が必要となる。DHQ回収時、ならびに回収後に内容不備が発見された場合、適時再調査を行うこととする。対象に対してDHQの実施を行い、回収時に各施設の研究統括責任者により、記入漏れ、記入ミスのチェックを行い、この時点でミスを発見した場合、記入者にfeedbackし補完する。各施設にて回収されたDHQは慈恵医大とDHQセンターにて一括してデータ入

力を行う。この時点で記入漏れ、記入ミスを発見した場合、各施設研究統括責任者を通して、適時再調査を行うこととする

文献

- 1) 中村 眞, 石井和巳, 白石弘美: 食事中の脂肪酸を既定する因子の解明 —炎症性腸疾患の食事療法の基礎的検討—, 栄養—評価と治療, 2001; 18 (1) 75-80.
- 2) 中村 眞: 炎症性腸疾患における栄養療法の研究 —n-3系多価不飽和脂肪酸食品交換表による食事療法—, 慈医大誌, 2000; 115 (2) 297-313.
- 3) 佐々木敏, 柳堀朗子: 自記式食事歴質問票を用いた簡単な個別栄養指導が栄養素等摂取量の改善に及ぼす効果—地域における軽症高コレステロール, 栄養学誌, 1998; 56 (6) 327-338.

炎症性腸疾患患者の食事中 n-3・n-6 系多価不飽和脂肪酸摂取量をコントロールし，細胞膜中 n-3/n-6 比を 1 に近づけることによる緩解維持効果の検討

中村 眞（東京慈恵会医科大学附属柏病院・消化器・肝臓内科学）

白石 弘美（東京慈恵会医科大学附属病院・栄養部）

内山 幹（神奈川県立厚木病院・内科）

前川 厚子、神里 みどり（名古屋大学医学部・保健学科）

渋谷 優子（藤田保健衛生大学衛生学部・衛生看護学科）

山崎 京子、錦織 正子（茨城県立医療大学保健医療学部・看護学科）

佐々木 敏（独立行政法人国立健康・栄養研究所）

小松 喜子（株・水戸薬局）

片平 洸彦（東洋大学社会学部・社会福祉学科）

要 約

炎症性腸疾患（クローン病、潰瘍性大腸炎）は昭和 30 年以降に若年者を中心に急増している疾患である。炎症性腸疾患の中心的治療剤（steroid hormone, mesalazine, salazosulfapyridine）の抗炎症効果は食事から供給されるリノール酸の代謝から産出される炎症性物質の抑制にあるとされている。薬物療法や成分栄養療法，総経静脈栄養療法により緩解導入された炎症性腸疾患患者の食事中と細胞膜中の n-3/ n-6 脂肪酸比を 1 に近づけることにより抗炎症効果を期待し，炎症性腸疾患患者の緩解維持効果を検討する。

はじめに

炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease 以下 IBD）の病状には食事との関連が強く，わが国ではクローン病を中心に栄養療法が広く行われている。

クローン病（Crohn's disease 以下 CD）では緩解期でも成分栄養療法，低脂肪・低残

渣食，選別食事療法が中心とされ，その食事制限は著しい。さらに患者の大多数は若年者が占めていることから，その食事療法を一生継続していくことは極めて困難である。一方の潰瘍性大腸炎（Ulcerative colitis 以下 UC）の食事療法は，緩解期には特に制限の必要はないとされている。

CD は緩解期に普通の食事に戻ると，しばし

ば再燃する。しかしながら、これまで CD では薬物療法、成分栄養療法、総経静脈栄養療法で緩解状態に改善した腸管の再燃に、いかなる食事中成分が関与するかといった科学的根拠のある食事因子はほとんど判明していない。また UC は緩解後、治療薬の steroid hormone 剤などの減量中に再燃増悪する症例を経験する。UC では緩解期には治療薬は減量し、中止されるが、治療薬と同様な炎症抑制効果を食事に期待する考え方は、これまで存在しなかった。

目 的

わが国では炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease 以下 IBD) の治療薬剤として steroid hormone, mesalazine, salazosulfapyridine などを中心役割を担っている。steroid hormone は主にホスホリパーゼ A2 を, mesalazine, salazosulfapyridine は cyclooxygenase や 5-lipoxygenase を抑制する事により抗炎症効果を発現し、いずれも食事に含まれるリノール酸 (n-6 系多価不飽和脂肪酸: n-6 polyunsaturated fatty acid 以下 n-6PUFA) が体内で代謝される過程(アラキドン酸カスケード)において産生される炎症性物質 (LTB₄, TXB₂) の抑制に深く関与している。一方、食事中の α -リノレン酸, EPA, DHA (n-3 系多価不飽和脂肪酸: n-3 polyunsaturated fatty acid 以下 n-3PUFA) は酵素の競合的拮抗によりアラキドン酸カスケードにより産生される LTB₄, TXB₂ の抑制効果が知られており、IBD と食事、特に脂肪酸との関わりが知られていたが、これまで食事中の各種脂肪酸量と n-3/n-6 比 (または n-6/n-3 比) をコントロールする具体案が

存在しなかった。

1997 年に中村は、食事中の各種脂肪酸量と n-3/n-6 比 (または n-6/n-3 比) をコントロールする「n-3 系多価不飽和脂肪酸食品交換表による食事療法」を考案した。本療法の特徴は食事の質を落とすことなく、コンプライアンスが保て、簡便に食事中 n-3/n-6 比を目標治療域の 0.35~0.90 (平均日本人 n-3/n-6 比: 0.21) にし、さらには細胞膜中の n-3・n-6 比をも 1 に近似させることを可能にした点である。

薬物療法、成分栄養療法、総経静脈栄養療法などにより緩解導入された炎症性腸疾患患者 (CD, UC) に対し、この食事療法を用いる事により、炎症性腸疾患患者の自然再燃率の抑制効果・緩解維持効果を検討する。

対 象

1) 薬物療法(5-ASA, SASP, steroid, CYA, 抗 TNF α 抗体など), 成分栄養療法, 総経静脈栄養療法により緩解導入された CD 患者。2) 薬物療法(5-ASA, SASP, steroid, AZA, CYA, FK506 など), 総経静脈栄養療法により緩解導入された UC 患者 (注: 本療法がこれまで施行されていない患者)

CD 群は 1) 本療法施行緩解期 CD 群 30 例。

2) 在宅成分栄養療法施行 CD 群 (対照群) 10 例。(緩解判定: $0 \leq IOIBD \text{ score}^* \leq 1$, 内視鏡・造影所見で活動性なし)

UC 群は 1) 本療法施行緩解期 UC 群 30 例。

2) 特に食事制限のない UC 群 (対照群) 30 例。(緩解判定: $0 \leq$ 内視鏡的活動指数(CSAI score)** ≤ 2 かつ粘血便なし, あるいは $0 \leq$ DAI score*** ≤ 2)

方 法

「n-3系多価不飽和脂肪酸食品交換表による食事療法」では炎症性物質である LTB₄ の原料であるリノール酸 (n-6 PUFA) の摂取量を従来の食事の 1/2 倍に減らし、n-6PUFA 代謝過程の酵素と競合的拮抗する α -リノレン酸、EPA、DHA (n-3 PUFA) の摂取量を 2 倍に増やすことにより、摂取 n-3/n-6 比をおよそ 1 近づける事を可能とした。具体的には n-6PUFA のリノール酸を多く含む食事を避け、調理油もオリーブ油 10 g 以内に変更し n-6PUFA の絶対量を減らし、n-3PUFA は魚から 1700mg、しそ油から 3400mg(大さじ 2/3 杯)を摂取することにより、食事中的脂肪酸をコントロールした。この食事療法を行なった UC ならびに CD 患者、在宅成分栄養療法を施行している CD 患者、特に食事制限のない UC 患者それぞれに採血検査を行った。検査は SRL による外注委託で検査をする。採血検体から赤血球を取り出し、その細胞膜中の脂肪酸分画を測定し n-3/n-6 比 (n-6/n-3 比) を算出する。CD の活動性の評価は IOIBD assessment score, CDAI (CDAI > 150 : 活動期, 450 以上 : 極めて重症, 150 以下 : 非活動期), 内視鏡評価は colonoscopic activity index:CSAI (樋渡による) を用いる。UC の活動性評価には臨床重症度分類, DAI score, 内視鏡的評価には CSAI score (飯塚による) を用いて行う。観察期間は自覚症状, 内視鏡的に緩解導入してから 6 ヶ月~1 年とする。細胞膜中 n-3/n-6 比と IBD の活動指数を各群で比較することで、本食事療法の累積緩解率を検討する。

(注) *IOIBD score 1986 年に Myren らによってまとめられた Crohn 病の活動度評価法

であり、内視鏡所見等に捉われず、主に自覚症状から病気の活動度を評価している。以下の 10 項目の合計スコアが 1 または 0 で、赤沈値、CRP が正常化した状態を緩解期とし、スコアが 2 以上で赤沈値、CRP が異常な状態を再燃としている。1)腹痛 2)1 日 6 回以上の下痢または粘血便 3)肛門部病変 4)瘻孔 5)その他の合併症 6)腹部腫瘤 7)体重減少 8)38°C 以上の発熱 9)腹部圧痛 10)10g/dl 以下の血色素。

**CSAI score 飯塚らにより潰瘍性大腸炎の内視鏡的活動指数 (colonoscopic activity index)。内視鏡的に潰瘍、出血、血管透見性の 3 項目をそれぞれ 0 から 3 まででスコアリングし、1-3 を軽度、4-6 を中等度、7-9 を高度活動性と評価し、0 を非活動性としている。尚、これは観察範囲のうち最重症部位で評価する。潰瘍性大腸炎では Crohn 病の IOIBD のように自覚症状から緩解を評価するスコアが一般的ではなく、また臨床の場では自覚症状、血液検査で全く異常を認めずに内視鏡では軽度炎症所見を認めることが珍しくない。このことから今回、CSAI にて 0-2 までを緩解として扱うこととした。

***DAI score Disease activity index score の略。潰瘍性大腸炎の自覚症状に内視鏡所見を含めた活動度評価法。排便回数、血便、下部消化管内視鏡所見、医師の全般的評価の 4 項目を程度により 0 から 3 の 4 段階評価をする。[排便回数]0:通常 1:通常より 1-2 回/日多い、2:通常より 3-4 回/日多い、3:通常より 5 回/日多い。[血便]0:なし、1:微量の出血あり、2:明らかな出血あり、3:血液のみ。[下部消化管内視鏡]0:正常または異常所見なし、1:軽症(発赤、血管透見減少、易出血性(軽度))、2:中等症(顕著な発赤、血管透見消失、易出血性、

びらん)、3:重症(著名な自然出血、広範な潰瘍)。【医師の全般的評価】0:正常(結腸炎の症状を有さない。患者の状態が良好、下部消化管内視鏡所見が0)、1:軽症(軽度の症状、排便回数、血便および下部消化管内視鏡所見で軽度の異常所見)、2:中等症(軽症より重度の異常、排便回数、血便および下部消化管内視鏡所見で1-2)、3:重症(排便回数、血便および下部消化管内視鏡所見で2-3、ステロイド剤治療および入院治療が必要とされる程度)。

文 献

- 1) 中村 眞, 石井和巳, 白石弘美: 食事中的脂肪酸を既定する因子の解明 —炎症性腸疾患の食事療法の基礎的検討—, 栄養—評価と治療, 2001; 18 (1) 75-80.
- 2) 中村 眞: 炎症性腸疾患における栄養療法の研究 —n-3系多価不飽和脂肪酸食品交換表による食事療法—, 慈医大誌, 2000; 115 (2) 297-313.
- 3) Shoda, R., Matsueda, K., Umeda, N., : Epidemiological analysis of Crohn disease in Japan: increased dietary intake of n-6 polyunsaturated fatty acids and animal protein relates to the increased incidence of Crohn disease in Japan. *Am. J. Clin. Nutr.* 1996;63, 741-5
- 4) Okuyama H., Kobayashi T., Watanabe S.: Dietary fatty acid; the n-6/ n-3 balance and chronic elderly disease: excess linoleic acid and relative n-3 deficiency syndrome seen in Japan. *Prog Lipid Res* 1997; 35, 409-57

事務局記録

事務局の活動記録および会議開催状況

(平成14年 3月20日現在)

平成14年 4月20日	第1回分担者会議（東京）
11月18日	第2回分担者会議
	及び 第1回総会（東京）
7月25日	平成14年度国庫補助金内示
平成15年 3月 3日	厚生省より補助金交付

厚生労働科学研究特定疾患対策研究事業
特定疾患の疫学に関する研究班

平成14年度第1回総会プログラム

日 時：平成14年11月18日(月) 13:00～16:30
場 所：順天堂大学医学部10号館1階
第1カンファレンスルーム (105)

主任研究者 稲葉 裕

厚生労働科学研究特定疾患対策研究事業
特定疾患の疫学に関する研究班事務局
〒113-8421
東京都文京区本郷2-1-1
順天堂大学医学部衛生学教室
TEL:03-5802-1047 (直通)
FAX:03-3812-1026 (直通)

主任研究者挨拶

13:00～13:10

厚生労働省挨拶

13:10～13:20

今年度の研究成果の発表

13:20～16:20(発表は質疑を入れて10分)

司 会：中村 好一

1. 強皮症に関する臨床調査個人票の有用性の検討

坂内文男、森 満（札幌医科大学医学部・公衆衛生学）、
石川 治（群馬大学医学部・皮膚科学）、
遠藤秀治、新海 滋（千葉大学医学部・皮膚科学）

2. 全身性エリテマトーデスの症例対照研究

鷺尾昌一（札幌医科大学・公衆衛生学）、
清原千香子（九州大学大学院医学研究院・予防医学）、
堀内孝彦、原田実根（九州大学大学院医学研究院・病態修復内科学）、
浅見豊子（佐賀医科大学附属病院・リハビリテーション部）、
佛淵孝夫（佐賀医科大学・整形外科）、
井出三郎（聖マリア学院短期大学）、
岡本和士（愛知県立看護大学・公衆衛生学）、
小橋 元（北海道大学大学院医学研究科・予防医学）、
阪本尚正（兵庫医科大学・衛生学）、
佐々木 敏（国立健康・栄養研究所）、
三宅吉博（福岡大学医学部・公衆衛生学）、
横山徹爾（国立保健医療科学院・技術評価部）、
稲葉 裕（順天堂大学医学部・衛生学）

3. 発生関連要因・予防要因の解明

岡本和士（愛知県立看護大学・公衆衛生学）、
小橋 元（北海道大学大学院医学研究科予防医学・老年保健医学）、
阪本尚正（兵庫医科大学・衛生学）、
佐々木 敏（独立行政法人国立健康・栄養研究所・
栄養所要量策定企画・運営担当）、
三宅吉博（福岡大学医学部・公衆衛生学）、
横山徹爾（国立保健医療科学院・技術評価部）、
鷺尾昌一（札幌医科大学・公衆衛生学）、
稲葉 裕（順天堂大学医学部・衛生学）

4. サルコイドーシスの症例対照研究・レビュー

横山徹爾（国立保健医療科学院・技術評価部）、
三宅吉博（福岡大学医学部・公衆衛生学）、
佐々木 敏（独立行政法人国立健康・栄養研究所）、
岡本和士（愛知県立看護大学・公衆衛生学）、
小橋 元（北海道大学大学院医学研究科・老年保健医学）、
阪本尚正（兵庫医科大学・衛生学）、
鷺尾昌一（札幌医科大学・公衆衛生学）、
田中平三（独立行政法人国立健康・栄養研究所）

5. 後縦靭帯骨化症の発症関連要因・予防要因の解明；生活習慣と遺伝子多型に関する症例・対照研究

小橋 元（北海道大学大学院医学研究科・老年保健医学）、
岡本和士（愛知県立看護大学・公衆衛生学）、
鷺尾昌一（札幌医科大学・公衆衛生学）、
阪本尚正（兵庫医科大学・衛生学）、
佐々木 敏（独立行政法人国立健康・栄養研究所）、
三宅吉博（福岡大学医学部・公衆衛生学）、
横山徹爾（国立保健医療科学院・技術評価部）、
田中平三（独立行政法人国立健康・栄養研究所）、
日本後縦靭帯骨化症(OPLL)疫学研究グループ

司 会：永井 正規

6. 難病30年のまとめ

永井正規、柴崎智美（埼玉医科大学・公衆衛生学）

7. 地域保健事業報告（現地域保健・老人保健事業報告）を利用した特定疾患医療受給者の実態把握（解析計画）

太田晶子、仁科基子、柴崎智美、瀧上博司、
永井正規（埼玉医科大学・公衆衛生学）

8. 医療受給者の経年変化－性比の推移に関する検討－

瀧上博司、仁科基子、太田晶子、柴崎智美、
永井正規（埼玉医科大学・公衆衛生学）

9. 医療受給者数の将来推計

瀧上博司、仁科基子、太田晶子、柴崎智美、
永井正規（埼玉医科大学・公衆衛生学）

10. 地域ベースのコホート研究の実施

簗輪眞澄、川南勝彦（国立保健医療科学院）

11. 行政資料による難病の頻度調査

簗輪眞澄、川南勝彦（国立保健医療科学院）

----- 休憩 15分 -----

司 会：縣 俊彦

12. NF1(neurofibromatosis 1)の1985-2000年での臨床疫学的傾向の研究

縣 俊彦、清水英佑（東京慈恵会医科大学・環境保健医学）、
高木廣文（新潟大学医学部）、
河 正子（東京大学医学部・ターミナルケア学）、
早川東作（東京農工大学・保健管理センター）、
柳 修平（川崎医療福祉大学）、
金城芳秀（沖縄県立看護大学）、
稲葉 裕、黒沢美智子（順天堂大学医学部・衛生学）、
大塚藤男（筑波大学臨床医学系・皮膚科）、
新村眞人（東京慈恵会医科大学・皮膚科）

13. 特発性大腿骨頭壊死症の記述疫学・分析疫学
 —今年度及び3年間の研究計画—
 田中 隆、廣田良夫(大阪市立大学大学院医学研究科・公衆衛生学)、
 竹下節子(東海大学福岡短期大学・情報処理学科)
14. 炎症性腸疾患患者の保健医療福祉ニーズとQOL
 小松喜子((株)水戸薬局)、
 前川厚子、神里みどり(名古屋大学医学部・保健学科)、
 渋谷優子(藤田保健衛生大学)、
 山崎京子、錦織正子(茨城県立医療大学)、
 片平洌彦(東洋大学社会学部・社会福祉学科)
15. 北海道、関東、東海地区におけるIBD患者の生活ニーズの現況
 前川厚子、神里みどり(名古屋大学大学院医学系研究科・看護学専攻)、
 楠神和男、伊奈研次(名古屋大学大学院医学研究科・病態内科学講座)、
 伊藤美智子、高添正和(社会保険中央総合病院)、
 小松喜子((株)水戸薬局)、
 渋谷優子(藤田保健衛生大学衛生学部・衛生看護学科)、
 山崎京子(茨城県立医療大学・看護学科)
 片平洌彦(東洋大学社会学部・社会福祉学科)、
16. 若年者の食事中n-3・n-6系多価不飽和脂肪酸摂取量と炎症性腸疾患発症の疫学的検討
 中村 眞(東京慈恵会医科大学附属柏病院・消化器・肝臓内科)、
 白石弘美(東京慈恵会医科大学附属柏病院・栄養部)、
 内山 幹(神奈川県立厚木病院・内科)
17. 潰瘍性大腸炎患者の食事中n-3・n-6系多価不飽和脂肪酸摂取量をコントロールし、細胞膜中n-3/n-6比を1に近づけることによる緩解維持効果の検討
 中村 眞(東京慈恵会医科大学附属柏病院・消化器・肝臓内科)、
 白石弘美(東京慈恵会医科大学附属柏病院・栄養部)、
 内山 幹(神奈川県立厚木病院・内科)

主任研究者のまとめ

16:20~16:30

添 付 資 料

添付資料一覧表

添付資料Ⅰ	稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班との共同研究による稀少難治性皮膚疾患の全国疫学調査様式
様式Ⅰ-1	一次調査依頼状
様式Ⅰ-2	水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症診断基準
様式Ⅰ-3	有病者数全国一次調査用紙
様式Ⅰ-4	一次調査督促状及び返信用はがき
様式Ⅰ-5	礼状
添付資料Ⅱ	ベーチェット病に関する調査研究班との共同研究によるベーチェット病の全国疫学調査様式
様式Ⅱ-1	一次調査依頼状
様式Ⅱ-2	ベーチェット病臨床診断基準（1987年改訂）
様式Ⅱ-3	有病者数全国一次調査用紙
様式Ⅱ-4	一次調査督促状及び返信用はがき
様式Ⅱ-5	礼状
添付資料Ⅲ	急性高度難聴調査研究班との共同研究による突発性難聴及びムンプス難聴の全国疫学調査様式
様式Ⅲ-1	一次調査依頼状
様式Ⅲ-2	有病者数全国一次調査用紙
様式Ⅲ-3	一次・二次共通 突発性難聴診断基準
様式Ⅲ-4	一次・二次共通 ムンプス診断基準
様式Ⅲ-5	一次調査督促状及び返信用はがき
様式Ⅲ-6	二次調査依頼状
様式Ⅲ-7	二次調査 突発性難聴患者の抽出法
様式Ⅲ-8	二次調査 突発性難聴・抽出状況調査票
様式Ⅲ-9	二次調査個人調査票
様式Ⅲ-10	一次・二次共通 礼状