

心胸比 (%)		
<50	1	1
50-54.9	1.18 (0.71-1.75)	1.15 (0.77-1.70)
55-59.9	1.27 (0.86-1.86)	1.19 (0.81-1.75)
≥60	2.14 (1.51-3.02)	1.95 (1.37-2.77)
左室拡張期径 (mm)		
<50	1	1
50-59	0.84 (0.54-1.30)	0.75 (0.48-1.17)
60-69	1.08 (0.71-1.64)	0.96 (0.62-1.47)
≥70	1.61 (1.05-2.48)	1.52 (0.97-2.36)
左室径指数 (mm/m ²)		
<32	1	1
32-36.9	1.32 (0.84-2.08)	1.21 (0.76-1.90)
37-41.9	2.11 (1.37-3.25)	2.02 (1.31-3.12)
42-46.9	2.63 (1.68-4.14)	2.44 (1.54-3.87)
≥47	3.49 (2.22-5.49)	3.68 (2.32-5.88)
左室駆出率 (%)		
<20	1	1
20-29	1.45 (0.91-2.32)	1.38 (0.86-2.21)
30-39	1.62 (1.04-2.51)	1.52 (0.98-2.35)
40-49	2.60 (1.69-4.00)	2.46 (1.60-3.79)
≥50	2.79 (1.75-4.47)	3.11 (1.94-4.98)
医療機関の病床数		
<299	1	1
300-399	1.04 (0.65-1.66)	1.07 (0.67-1.71)
400-499	0.94 (0.56-1.57)	1.05 (0.63-1.76)
≥500	0.88 (0.59-1.31)	0.90 (0.60-1.34)
大学病院	0.77 (0.52-1.14)	0.88 (0.60-1.31)
診断後経過年数 (年)		
<1	1	1
1-1.9	0.74 (0.53-1.04)	0.75 (0.53-1.05)
2-2.9	0.89 (0.62-1.28)	0.88 (0.61-1.26)
3-3.9	0.93 (0.63-1.37)	0.90 (0.61-1.33)
4-4.9	1.07 (0.70-1.65)	1.06 (0.69-1.63)
5-9.9	1.35 (1.04-1.75)	1.30 (1.00-1.70)
≥10	1.25 (0.88-1.78)	1.18 (0.83-1.68)

表 3. わが国の拡張型心筋症患者における総死亡に関する多変量調整ハザード比 (Cox 比例ハザードモデルによる) (全国疫学調査成績)

	多変量調整ハザード比 * (95%信頼区間)	Wald 統計量	P 値
性			
男	1		
女	0.49 (0.32-0.74)	11.3	0.001
年齢			
1 歳上昇あたり	1.03 (1.02-1.04)	23.9	<0.001
家族歴			
あり	1.68 (1.02-2.76)	4.2	0.041
なし	1		
NYHA 分類			
I	1		
II	1.43 (0.80-2.56)	1.4	0.231
III	2.07 (1.15-3.74)	5.8	0.016
IV	1.80 (0.86-3.73)	2.5	0.116
心調律			
正常洞調律	1		
心房細動	0.90 (0.61-1.33)	0.3	0.596
心房粗動	0.85 (0.26-2.75)	0.1	0.792
左脚ブロック			
あり	1.06 (0.70-1.60)	0.1	0.786
なし	1		
心胸比 †			
1 標準偏差 (7.3%) 上昇	0.99 (0.82-1.18)	0.02	0.877
BMI †			
1 標準偏差 (3.9kg/m ²) 上昇	0.95 (0.77-1.16)	0.3	0.592
左室径指数 †			
1 標準偏差 (10.6mm/m ²) 上昇	1.33 (1.07-1.65)	6.6	0.010
左室駆出率 †			
1 標準偏差 (12.7%) 低下	1.26 (1.02-1.55)	4.7	0.030

* 全ての変数を同時に含むモデルにおけるハザード比

† 各変数の 1 標準偏差上昇または低下あたりのハザード比

厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)

分担研究報告書

ベーチェット病の QOL フォローアップ調査経過報告

分担研究者	黒沢美智子	順天堂大学医学部衛生学
共同研究者	稲葉 裕	順天堂大学医学部衛生学
	玉腰暁子	名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学 専攻社会生命科学講座/医学推計・判断学
	金子史男	福島医科大学医学部皮膚科
	西部明子	福島医科大学医学部皮膚科
	川村 孝	京都大学・保健管理センター
	松葉 剛	順天堂大学医学部衛生学

研究要旨

目的はベーチェット病患者の QOL の変化をフォローアップし、影響する因子を分析することである。本調査はベーチェット病研究班と共同で企画した。2003 年に実施した全国疫学調査一次調査で「対象患者有り」の回答のあった 1674 科に QOL 調査に参加する患者がいるかどうか問い合わせ、192 施設から参加の回答があった。2003 年 11 月に調査を開始し、2004 年 10 月まで回収した。QOL 調査票は SF-36v2 を用いた。対象者が記入した QOL 調査票と担当医記載の調査票は事務局において ID でリンクし、個人が同定できるデータを入力せずに分析することとした。ベーチェット病患者の QOL は国民標準値と比較し、更に重症度、年齢、薬剤投与後の症状の有無によって QOL が異なるかどうか分析した。対象者の QOL は 8 つの下記尺度の全てが国民標準値より低く、日常役割機能(身体)や全体的健康感が特に低かった。重症度、年齢の有無で QOL に差が認められたが、最も QOL と関連していたのは薬剤投与後の臨床症状で、薬剤投与後に進行・無反応者の QOL は顕著に低かった。

A. 研究目的

ベーチェット病患者の QOL の変化をフォローアップし、影響する因子(臨床症状の変化等)を分析することである。

B. 研究方法

本調査は 2003 年に実施した全国疫学調査二次調査対象施設担当医と対象患者に予後・QOL 調査参加を呼びかけ、同意の得られた対象者について実施するもので、ベーチェット病研究班(主任研究者:金子史男)と共同で企画した。調査の流れ図を次頁に示す。2003 年 1 月に全国疫学調査一次調査を開始し、2003 年 6 月に 1 次調査で「対象患者有り」の回答のあった 1674 科の担当医に QOL 調査に参加する患者がいるかどうか問い合わせ、192 施設から「参加」の回答があった。「参加」の回答施設は全国調査二次調査と QOL 調査の対象とし、「不参加」の場合は二次調査のみを対象とした。QOL 調査対象は二次調査対象者のうち同意の得られた患者とした。全国調査二次調査、予後・QOL 調査の実施計画は 2003 年 9-10 月に両班の主任研究者所属施設(福島医科大学及び順天堂大学)の倫理委員会より承認が得られ、2003 年 11 月に調査を開始した。当初 2004 年 3 月頃までに回収の予定であったが、ベーチェット病患者は毎月受診～数ヶ月に 1 度程度と幅があり、2004 年 10 月まで回収し続けた。回収された担当医記載の二次調査票と患者本人が記入した QOL 調査票は事務局において ID でリンクさせ、個人が同定できるデータを入力せず分析することとした。QOL 調査票は

SF-36v2 を用いた。本調査は 1-2 年に 1 回程度 Follow up し、約 5 年間追跡する予定で開始した。分析に先立ち、QOL 調査参加者(対象者)と 1997 年度を受給者¹⁾の性・年齢分布を比較した。ベーチェット病患者の QOL は SF-36v2 の国民標準値と比較し、更に重症度、年齢、薬剤投与後の症状によって QOL が異なるかどうか分析した。

C. D. 研究結果と考察

2004 年 10 月までに QOL 調査票と担当医記載の調査票を回収し、リンケージできた調査票 311 例を分析対象とした。QOL 調査対象者は男 132 例(42.4%)、女 179 例(57.6%)で、1997 年度を受給者の男女の割合(42.2%, 57.8%)とほぼ同じであった。QOL 調査対象者と 1977 年度受給者の性・年齢分布を図 1 と図 2 に示す。QOL 調査対象者は受給者と比べて 30 歳代の男性と 50 歳代の女性がやや多かった。また今回内科系を受診している人は 41%、眼科 24%、皮膚科 32%であったが、1997 年度のベーチェット病受給者¹⁾の上記受診科のみの内訳は内科系 54%、眼科 24%、皮膚科 22%で本調査対象者は内科系受診者が少なく、皮膚科受診者が多かった。QOL の分析結果を考察する際にはこれらを考慮する必要がある。

健康関連 QOL 尺度として用いられている SF-36v2²⁾には「身体機能」、「日常役割機能(身体)」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能(精神)」、「心の健康」の 8 つの下位尺度があり、各々日本人の国民標準値と比較できる。

国民標準値に基づくスコアリングでは、各下位尺度は同じ平均点(50点)と同じ標準偏差(10点)を持つように得点化されている²⁾。図3にSF-36の国民標準値に基づくスコアリングによるベーチェット病のQOLを示す。ベーチェット病の本調査対象者のQOLは8つの下記尺度全てが国民標準値より低かったが、日常役割機能(身体)37.7点や全体的健康感37.2点が特に低かった。

図4に重症度別にQOLを比較した結果を示す。重症者は対象者2例と少なかったため中等度と重症者を合わせて分析した。全ての尺度で「症状無し」のQOLが最も高かった。6つの尺度で軽症より中等度・重症でQOLが低下してした。特に「日常役割機能(身体)(精神)」、「全体的健康感」は重症であるほどQOLは低かった。しかし「身体の痛み」や「活力」は軽症よりも中等度・重症の方がQOLは高く、「身体機能」、「社会生活機能」、「心の健康」は重症度によるQOLの差はほとんど認められなかった。

図5に対象者の年齢別にQOLを比較した結果を示す。SF-36v2の国民標準値は性や年齢層によって異なり、男性よりも女性、若年者よりも高齢者、慢性疾患無しの人より有りの人の平均値が低い傾向がある²⁾。本調査対象者も年齢が高いほどQOLは低下していたが、高齢者ほど国民標準値の年齢層別平均値との差が顕著であり、高齢のベーチェット病患者のQOLはより低いと思われる。

図6に薬剤投与後の症状別にQOLを比較した結果を示す。薬剤投与後に治癒した人のQOLは高く、特に「身体機能」、「身体

の痛み」、「心の健康」は国民標準値の50点を越えるか50点に近い点数であった。しかし、軽快、進行、無反応の順にQOLは低く、重症度よりも薬剤投与後の症状とベーチェット病患者のQOLは強く関連していると思われる。特に薬剤投与後に無反応の対象者のQOLは「身体機能」、「日常役割機能(身体、精神)」が30点未満と顕著に低かった。無反応者の平均年齢は57.3歳で、治癒～進行の対象者の平均年齢(いずれも40歳後半)と比べると高いが、年齢の影響を考慮しても顕著に低かった。

本調査対象者は皮膚科受診者が多いと思われるので皮膚疾患患者のQOLがより多く反映された可能性がある。

今後の予定として今年度内に第一回Follow up調査を開始する予定である。

E. 結論

ベーチェット病患者のQOLフォローアップ調査を開始し、2004年10月まで回収した調査票311例を分析した。QOL調査票はSF-36v2を用い、ベーチェット病患者のQOLを国民標準値と比較した。また重症度、年齢、薬剤投与後の症状、主症状の有無別にQOLを分析した。本調査対象者のQOLは8つの下記尺度全てが国民標準値より低かったが、「日常役割機能(身体)」や「全体的健康感」が特に低かった。「日常役割機能(身体)(精神)」、「全体的健康感」は重症であるほどQOLは低かった。年齢は高いほど国民標準値の年齢層別平均値との差が顕著で、高齢のベーチェット病患者のQOLはより低いと思われる。

最も QOL と関連していたのは薬剤投与後の臨床症状で、進行・無反応対象者の QOL は顕著に低かった。ただし本調査対象者は皮膚科受診者が多いと思われるので皮膚疾患患者の QOL がより多く反映された可能性がある。

謝辞

本研究は高橋奈津子先生、福原俊一先生、鈴嶋よしみ先生(京都大学大学院医学研究科医療疫学分野)との共同研究であり、多くの助言を頂きました。また調査に参加協力下さった担当医の先生及び患者の皆様には深謝いたします。

文献

1) 編集 永井正規、瀧上博司、仁科基子、柴崎智美、川村孝、大野良之. 特定疾患治療研究医療受給者調査報告書(1997 年度分) その 2 受療動向に関する集計. 厚生科学研

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,2001.

2) 編著 福原俊一、鈴嶋よしみ. 健康関連 QOL 尺度 SF-36v2 日本語版マニュアル, 2004.

G. 研究発表

1. 論文発表

黒沢美智子、稲葉裕: Bechet 病の最近の疫学像の動向. 医学のあゆみ, 215(1),5-8, 2005.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

ベーチェット病の予後・QOL調査流れ図

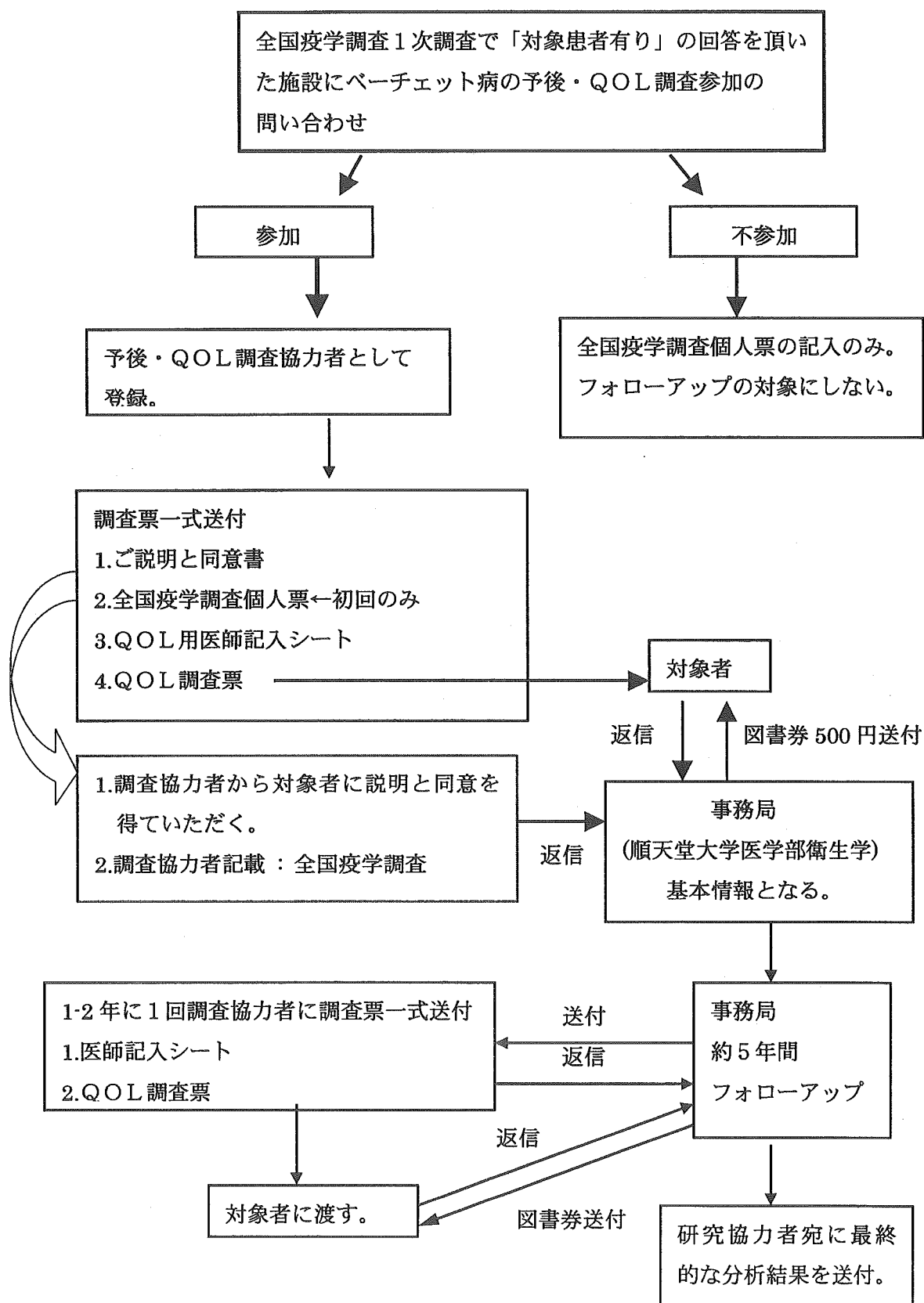


図1 QOL調査対象者の性・年齢分布

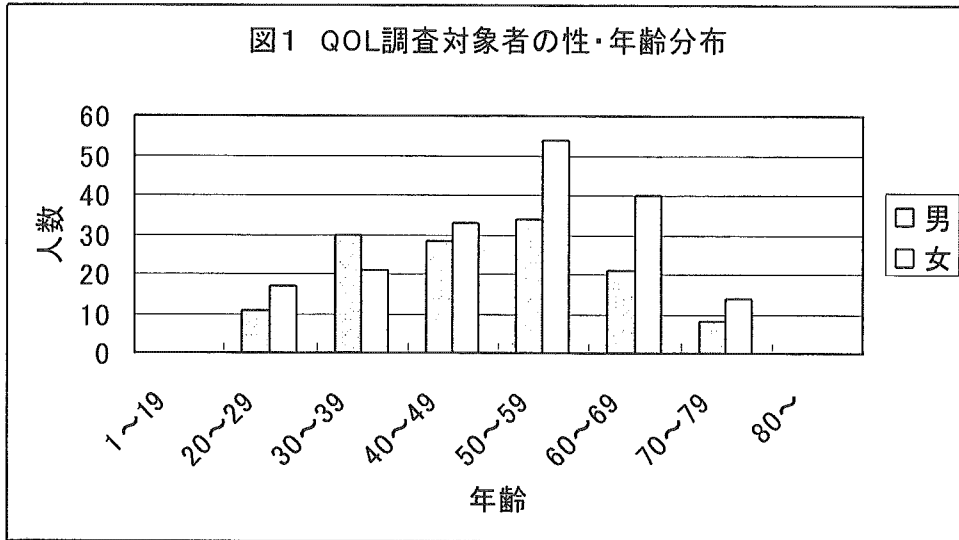


図2 ベーチェット病の1997年度受給者の性・年齢分布

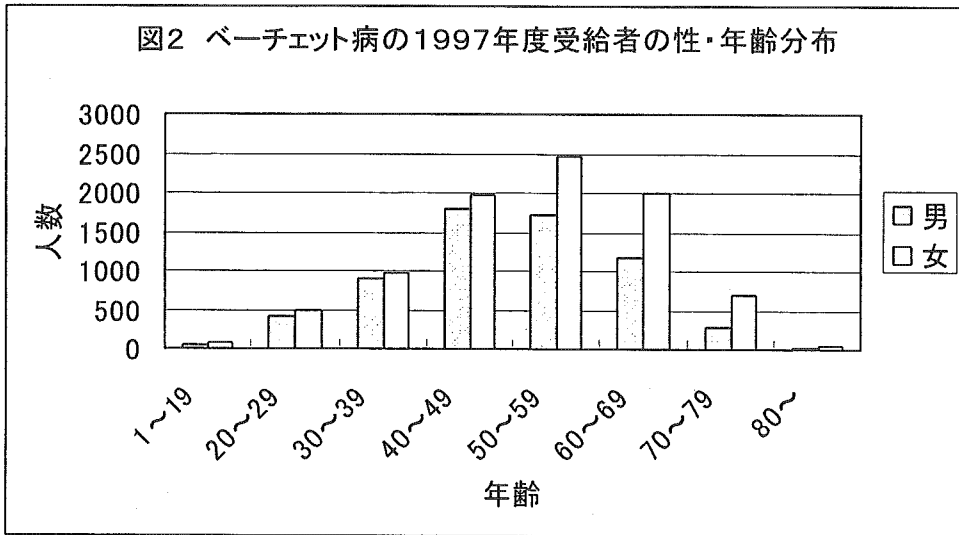


図3 SF-36の国民標準値に基づくスコアリングによる
ベーチェット病患者のQOL

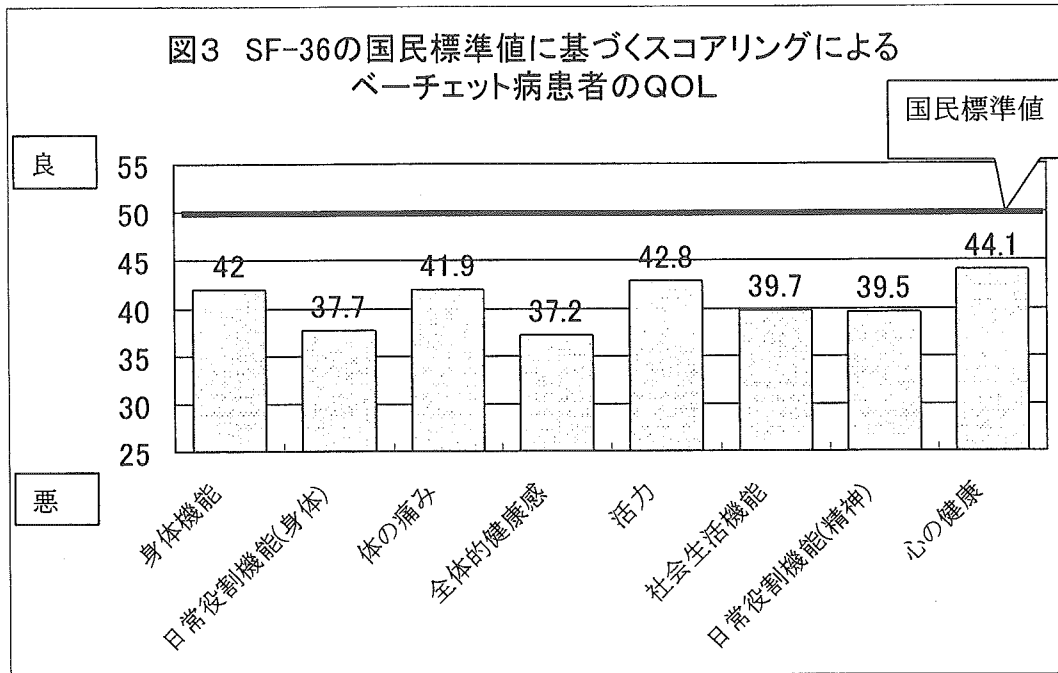


図4 SF-36の国民標準値に基づくスコアリングによる
ベーチェット病患者の重症度別QOL

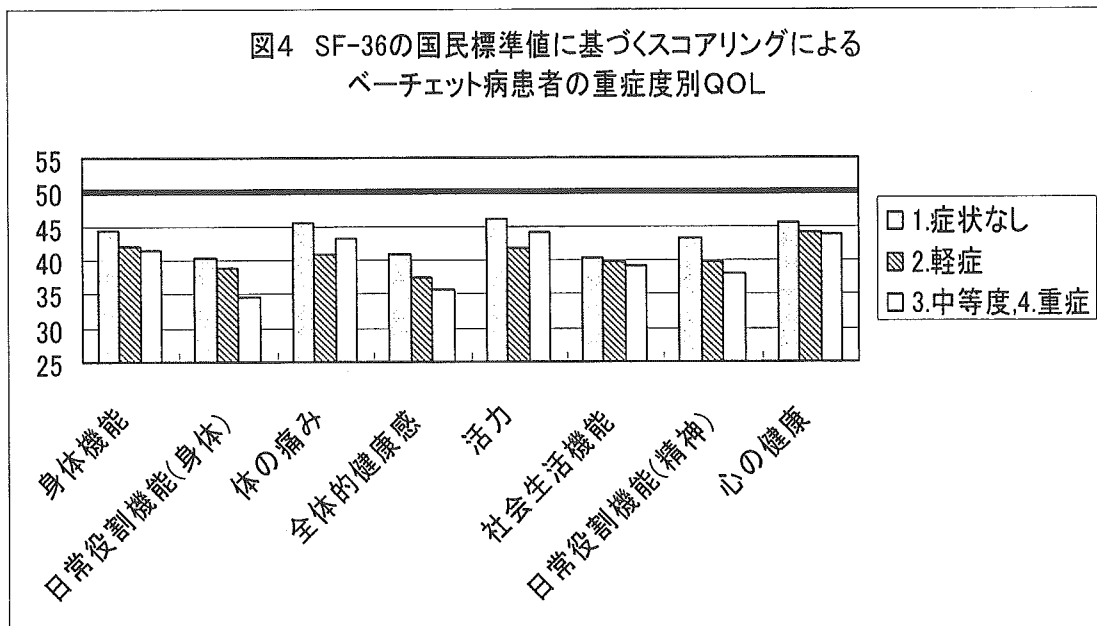


図5 SF-36の国民標準値に基づくスコアリングによる
ベーチェット病患者の年齢別QOL

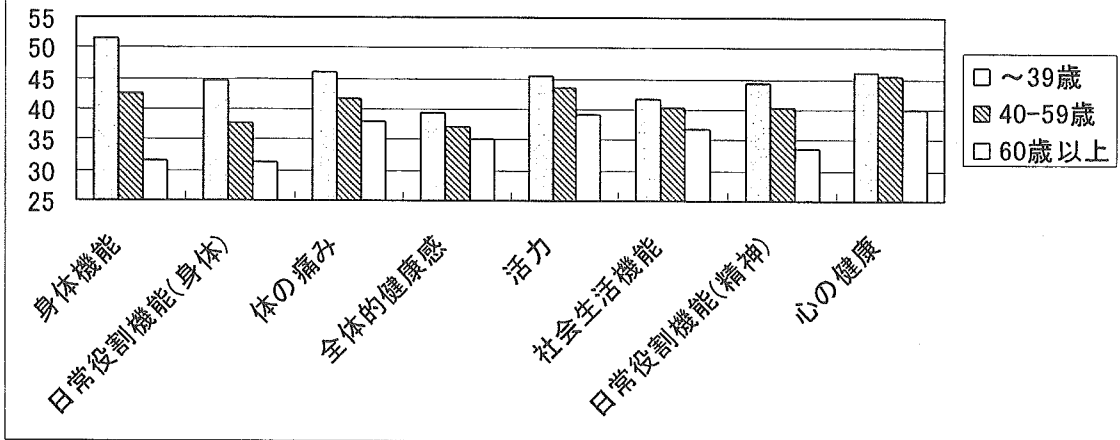
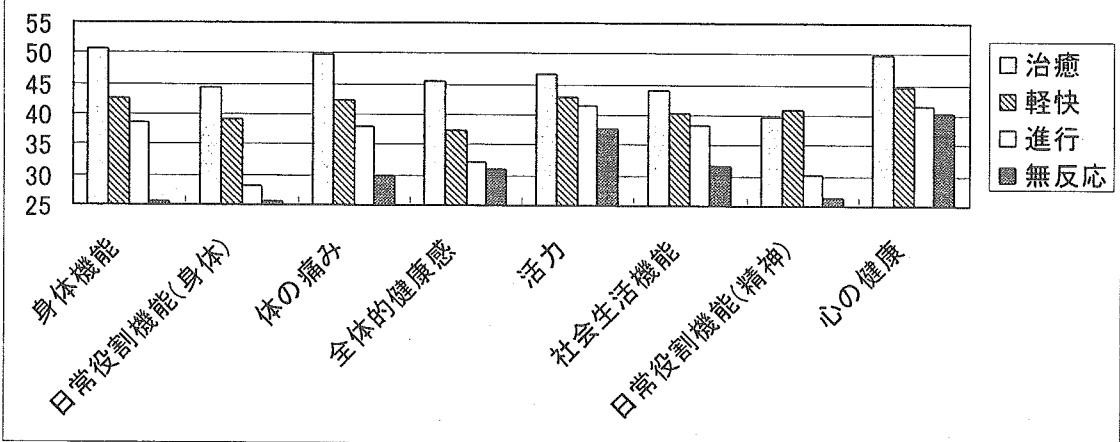


図6 SF-36の国民標準値に基づくスコアリングによる
ベーチェット病患者の薬剤投与後の症状別QOL



3. 臨床調査個人票データベース を利用した記述疫学

難治性の肝疾患の疫学的研究における臨床調査個人票の活用

森 満、坂内 文男（札幌医科大学医学部公衆衛生学講座）
永井 正規（埼玉医科大学公衆衛生学）
大西 三朗（高知大学医学部消化器病態学）

研究要旨

原発性胆汁性肝硬変（PBC）の平成 16 年度の臨床調査個人票のデータ（電子化されたファイル）を集計、解析して、PBC の臨床疫学像を明らかにすることを目的とする。さらに、平成 11 年度の PBC 臨床調査個人票のデータとの比較を行い、年次的変化を検討する。また、平成 16 年の PBC の全国疫学調査のデータとの比較を行い、差異の有無などを検討する。PBC の臨床疫学像の年次的変化などを明らかにすることは、その臨床研究のみならず、診断や治療にも役立つことが期待される。

A. 研究目的

難治性の肝・胆道疾患に関する研究班（大西三朗・主任研究者）との研究協力のもとに、平成 16 年度における難治性の肝疾患の中の原因性胆汁性肝硬変（PBC）の臨床調査個人票のデータ（電子化されたファイル）を集計、解析して、PBC の臨床疫学像を明らかにすることを目的とする。その際、平成 11 年度の PBC の臨床調査個人票のデータとの比較を行い、年次的変化を検討する。また、平成 16 年の PBC の全国疫学調査のデータとの比較を行い、差異の有無などを検討する。特に比較検討する必要性が高い項目としては、性比、年齢分布、家族歴、自他覚症状の割合、合併症の割合、抗ミトコンドリア抗体や抗核抗体などを含む血液検査値、慢性非化膿性破壊性胆管炎の有無などである。

B. 研究方法

平成 18 年度当初に、PBC に関して、平成 16 年度の全国の臨床調査個人票の使用を申請する。使用する期間は、承認された日から平成 19 年 3 月末までとする。使用する項目は、新規・更新の区別、性別、満年齢、家族歴、受診状況、発症と経過、臨床症状（最近 6 か月以内と診断時）、合併症、検査年月、血液検査値（AST、ALT、 γ GTP、ALP、総ビリルビン、総コレステロール、アルブミン、IgM、抗ミトコンドリア抗体、抗核抗体）、慢性非化膿性破壊性胆管炎（CNSDC）、組織学的病期 Scheuer 分類、診断年月である。

資料としてすでに連結不可能匿名化されている情報を用いるため、倫理上の問題は生じない。

C. 考察

われわれはこれまでに、難治性の肝疾患の 1996 年の

全国疫学調査と平成 11 年度の臨床調査個人票のデータを活用して、難治性の肝疾患の臨床疫学像などを報告してきた^{1~7)}。また、2005 年 1 月から 9 月までの間に、難治性の肝・胆道疾患に関する研究班と特定疾患の疫学に関する研究班（永井正規・主任研究者）とが共同で、2004 年 1 月から 12 月までに医療機関を受診した原発性胆汁性肝硬変、自己免疫性肝炎、および、劇症肝炎に関して、全国患者数の推定と臨床疫学像の解明のために全国疫学調査を行った⁸⁾。

PBC の臨床疫学像の年次的変化を明らかにすることは、その研究、診断、治療に役立つことが期待される。また、同じ年の PBC に関する全国疫学調査のデータとの比較は、今後の全国疫学調査の計画設計に役立つことが期待される。

E. 結論

PBC の臨床疫学像を明らかにすることを目的として、平成 16 年度の臨床調査個人票の活用を行い、今後の臨床研究の一助とする。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

- なし
- 2. 実用新案登録
なし
- 3. その他
なし

(文献)

- 1) 森 満: (26)難治性の肝疾患. 87. 自己免疫性肝炎. 中谷比呂樹, 大野良之編. 難病の最新情報—疫学から臨床・ケアまで. 南山堂, 東京, 2000, 296.
- 2) 森 満: (26)難治性の肝疾患. 89. 劇症肝炎. 中谷比呂樹, 大野良之編. 難病の最新情報—疫学から臨床・ケアまで. 南山堂, 東京, 2000, 307-308.
- 3) 森 満, 他: 原発性胆汁性肝硬変, 自己免疫性肝炎, および劇症肝炎に関する2回の全国疫学調査の比較研究. 肝胆膵 1999, 38: 735-739.
- 4) 坂内文男, 森 満: 自己免疫性肝疾患の疫学. Modern Physician 2003, 23: 456-459.
- 5) 坂内文男, 森 満: 肝疾患の疫学. 肝疾患の疑問に答える—研修医と内科医のために. 総括的な疑問に答える. Medicina 2004; 41(10): 1597-1599.
- 6) Sakauchi F, et al.: A cross-sectional study of primary biliary cirrhosis in Japan: utilization of clinical data when patients applied to receive public financial aid. J. Epidemiol. 2005, 15(1): 24-28.
- 7) Sakauchi F, et al.: Antimitochondrial antibody negative primary biliary cirrhosis in Japan: Utilization of clinical data when patients applied to receive public financial aid. J. Epidemiol. 2006; 16(1): 30-34.
- 8) 森 満, 他: 難治性の肝疾患の全国疫学調査に基づく全国患者数の推計. 平成17年度特定疾患の疫学に関する研究班報告書, 2006, in press.

厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)

分担研究報告書

ベーチェット病、稀少難治性皮膚疾患(3疾患)、難治性血管炎(5疾患)
の臨床調査個人票分析経過報告

分担研究者	黒沢美智子	順天堂大学医学部衛生学
共同研究者	稲葉 裕	順天堂大学医学部衛生学
	池田志孝	順天堂大学医学部皮膚科
	小林茂人	順天堂大学医学部膠原病内科
	永井正規	埼玉医科大学公衆衛生学

研究要旨

ベーチェット病、稀少難治性皮膚疾患(天疱瘡、膿疱性乾癬、表皮水疱症)、難治性血管炎(結節性動脈周囲炎、ウェゲナー肉芽腫症、高安病、悪性関節リウマチ、ピュルガー病)の臨床調査個人票データベースの利用申請行い、各疾患の受給者の疫学的特性、臨床医学的特性を分析すること、患者の予後を把握するための累積データの利用について検討することを目的とする。今年度上記9疾患のH13~16年度全国分の利用申請を行い、電子化データを入力した。データの入力率はH13年度約3%であったが、H15年度は50%程度となっていた。入力状況は全く入力されていない県からほぼ全数入力されていると思われる県まで都道府県で異なっていた。データには各年の連結データが匿名化された上で含まれていたが、ベーチェット病の連結データH15年度分約8,500件をH16年度の更新データに連結させたところ約半数が連結できなかった。これはH16年度に未入力のデータがあることが理由と思われる。今後入力状況が良好な県の連結データを用いて、連結データの精度及び更新しなかった人の理由を確認する必要がある。各疾患に共通した問題点は本データの入力率が50%程度である点である。今後データが累積されることによって可能となる予後の分析も現在の入力率に依存するところが多い。

A. 研究目的

現在厚労省が進めている臨床調査個人票データベースの利用許可を共同研究を行っている臨床班から申請し、疫学班で分析す

る受給者の疫学的特性の他、臨床班で各疾患の臨床医学的特性(病型・重症度・症状・所見等)を分析する。患者の予後(症状変化、治癒、軽快、悪化、死亡等)を把握す

るための累積データの利用について検討する。

B. 研究方法

ベーチェット病と稀少難治性皮膚疾患については各研究班の今年度第一回班会議(H17.7.22-23)(H17.8.12)で「電子化された臨床調査個人票に基づく特定疾患治療研究医療受給者調査報告書」(H17.3月発行)の中から各班の対象疾患の結果を示し、今年度疫学班との共同研究計画として、臨床調査個人票を分析することを確認し、ベーチェット病に関する研究班(主任研究者 金子史男 福島医科大学医学部皮膚科)、稀少難治性皮膚疾患に関する研究班(主任研究者 北島康雄 岐阜大学医学部皮膚科)より、データ利用申請を厚生労働省に提出することとした。9月初旬にベーチェット病、稀少難治性皮膚疾患(天疱瘡、膿疱性乾癬、表皮水疱症)の平成13年度～平成16年度全国分の利用申請を臨床班分担研究者らと行い、9月29日に4疾患の電子化データを入手した。同様に難治性血管炎に関する調査研究班(主任研究者 尾崎承一 聖マリアンナ医科大学内科学)より、5疾患(結節性動脈周囲炎、ウェゲナー肉芽腫症、高安病、悪性関節リウマチ、ピュルガー病)の利用申請を10月に行い、10月29日に電子化データを入手した。電子化データはExcelファイルであった。

9疾患の集計結果については今年度各臨床班第2回班会議で示し、今後の分析内容等について意見交換した。

ベーチェット病班会議(於福島:2005.12.10)、難治性血管炎班会議(於東京:2006.1.13)、稀少難治性皮膚疾患班会議(於東京:

2006.3.10)。

(倫理面への配慮)

電子化データは全て匿名で、個人を特定することはできない。

C. D. 研究結果と考察

ここではベーチェット病を中心に報告する。

「電子化データの入力状況」

表1にベーチェット病の臨床調査個人票H13-16年度分の電子化データ数と入力率を示す。平成13年度の受給者数¹⁾は17,578であったが、入力数は578件、入力率は3.3%であった。平成14年度の受給者数²⁾は16,834で入力数2,534件、入力率15.1%であった。平成15年度は受給者数³⁾16,632、入力数8,610、入力率51.8%で前年に比べて入力率は飛躍的に上昇していた。電子化データは新規316件、更新8,226件で、平成15年度に臨床調査個人票の改訂が行われたため旧式の臨床調査個人票が65件含まれていた。平成16年度は入力数8,424件(新規368、更新8,060)と、前年よりやや少なかった。

本データは今回初めて入手したものであるため、平成15年度のデータを用いて都道府県の入力状況を確認してみた。すると、全く入力されていない県が8県、僅かな件数しか入力されていない県が7県あることがわかった。一方、ほぼ全数入力されていると思われる県は14県、残り18県は50-80%入力されていた。平成15年度に入力状況が良好でなかった15県について平成16年度の入力状況を確認したところ、8県は著しく改善されていた。しかし平成15年度は入力されていたものの平成16年度は入

力されていない県もあり、これらの県は現在入力中と思われる。平成 15 年、16 年度共に入力状況良好な県は 11 県であった。

「各年の連結データについて」

本電子化データにはこれまで懸案であった各年の連結データセットが含まれていた。連結データは Excel の各年のシートの同行データが同一患者のものとなっており、匿名化された上でリンケージが可能な構成であり、期待以上に整備されていた。本連結データの平成 15 年度分（更新 8,226 件、新規 319 件）を平成 16 年度分の更新データ 8,060 件に連結させてみたところ 4,211 件は連結されたが、4,334 件は連結できなかった。連結できなかったということは 4,334 件が治癒、死亡、転居、その他の理由で更新しなかったということになるが、半分以上が更新しなかったとは考え難い。前述したように都道府県のデータに平成 15 年度入力されていて平成 16 年度に未入力の県が数県あった。連結できなかった 4,334 件は未入力と思われる。両年とも入力されていたが連結できなかったデータがないかどうかを確認する必要がある。そこで、両年共入力されていたある県のデータの連結状況を確認したところ、H15 年度データ 178 件の内、8 割強の 149 件が連結できたが、29 件が連結できなかった。29 件が平成 16 年度に更新されていたのであれば連結がうまくできなかったことになる。また 29 件が平成 16 年度に更新しなかったのであればその理由が確認できるかどうかを厚労省から県に照会を依頼したい。

「電子化データの問題点」

各疾患に共通した問題点として本データの回収率が全体でまだ 50%程度であることである。今後データが累積されることによって可能となる予後の分析も現在の回収率に依存するところが多い。

「今後の予定」

今後、引き続き臨床班と共同で臨床医学特性について、必要かつ詳細な分析を行う。入手した電子化の問題点をどのように解決していくか検討する。

臨床調査個人票データは各年のデータを個人単位でリンクさせ累積することによって、これまで明らかにされなかった患者の予後（症状変化、治癒、軽快、悪化、死亡等）の変化を把握することが可能となる。今回分析可能となった連結データの精度を確認した上で、例えば入力状況が良好な県のデータを用いて予後（症状変化、治癒、軽快、悪化、死亡等）の変化を把握することが可能かどうか試行したい。また、将来的にどのようなデータ集積が望まれるのか検討する。

E. 結論

ベーチェット病、稀少難治性皮膚疾患（天疱瘡、膿疱性乾癬、表皮水疱症）、難治性血管炎（結節性動脈周囲炎、ウェゲナー肉芽腫症、高安病、悪性関節リウマチ、ピュルガー病）の臨床調査個人票電子化データ平成 13 年度～平成 16 年度全国分の利用申請を厚労省に行い、データを入手した。入力率はどの疾患も 50%程度であった。入力状況は都道府県で異なっていた。今回匿名化された各年連結データが含まれていた。入力状況が良好な県の連結データを用いて、連

結データの精度と更新しなかった人の理由を確認する必要がある。

文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向. 厚生指標, 2003; 50(9): 148.
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向. 厚生指標, 2004; 51(9): 153.
- 3) 厚生統計協会：国民衛生の動向. 厚生指標, 2005; 52(9): 150.

G. 研究発表

1. 論文発表

黒沢美智子、稲葉裕：Bechet 病の最近の疫学像の動向. 医学のあゆみ, 215(1), 5-8, 2005.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

表1 ベーチェット病の臨床調査個人票 H13-16 年度分の電子化データ数と入力率

年度	電子化データ数(旧式、新規、更新)	入力率	受給者数
H13	578	3.3 %	17578
H14	2534	15.1 %	16834
H15	8610 (旧 65, 新 319, 更 8226)	51.8 %	16632
H16	8424 (新 368, 更 8060)	—	—

サルコイドーシスの2峰性年齢分布の性差に関する検討

太田 晶子、仁科 基子、柴崎 智美、石島 英樹、泉田 美知子、
永井 正規（埼玉医科大学・公衆衛生学）

研究要旨

サルコイドーシスは男女とも2峰性の年齢分布（20～30歳代と50～60歳代が高い）を示す。男は、20歳代の山の方が高く、女は50歳代の山が高い。このように年齢分布が男女で異なる理由を明らかにすることを目的として、臨床調査個人票の項目を性・年齢別に解析した。発見動機、自覚症状や臨床所見を持つ者の割合は、性・年齢により異なっていた。男で特に若年者で、発見動機が健康診断の者、胸部X線撮影で把握される肺門リンパ節腫脹のある者が多く、自覚症状を持つ者、眼所見、皮膚所見など自覚症状に結びつく所見を持つ者が少なかった。これは発見動機が男で特に若年では自覚症状がないうちに健康診断によって発見される者が多いことを示唆していると考えられた。サルコイドーシスの2峰性の年齢分布における男の若年者の山は、健康診断の頻度（受診者割合）が男、特に若年に高いことの反映であるかもしれない。しかし、発見動機が健康診断である者を除いた者のみで、性・年齢分布をみると、なお2峰性の分布は残ることから、2峰性の分布は健診による発見のせいだけではないとも考えられる。今後、発見動機が健康診断でない者に限って臨床所見を検討し、健康診断で発見された群のそれと比較したい。

はじめに

サルコイドーシスは男女とも2峰性の年齢分布（20～30歳代と50～60歳代が高い）を示す。男は、20歳代の山の方が高く、女は50歳代の山が高い。過去4回（1984、1988、1992、1997年度）の受給者全国調査における性・年齢分布の年次推移を見ると、男は20～30歳代で女は50～60歳代で受給者数の増加が目立つ（図1）。このように年齢分布が男女で異なる理由を明らかにすることを目的として、臨床調査個人票（以下、個人票と略す）の項目を性・年齢別に解析する。

方法

2003年度の個人票（2004年12月7日現在電子入力済みのもの）のうち、新様式の個人票が用いられた新規受給者を解析対象とした。新規受給者では発見動機や自覚症状な

ど性・年齢分布に関わる重要な情報が得られることや比較的新しい症例であるためである。個人票に記載された項目のうち、発見動機、自覚症状、胸部所見、眼所見、心臓所見、皮膚所見、検査所見などを利用した。各項目を、性・年齢別に解析した。

結果

2003年度個人票が入力されたサルコイドーシスの受給者数は8,572（男2,461、女6,111）であった。そのうち新様式個人票の受給者数は8,447（男2,418、女6,029）、うち新規受給者数584（男215、女369）であった。新規受給者584人の年齢分布は、男女とも2峰性を示し、男は20歳代、女は50歳代の山が高かった（表1、図2）。そこで、45歳を境にして、45歳未満、45歳以上に年齢を分けて、性・年齢別に、発見動機や臨床所見を解析した。

発見動機は、男は自覚症状40.5%、健康

診断40.0%であり、女は自覚症状58.3%、健康診断22.0%であった。男の45歳未満では、健康診断が48.0%と多かった(図3)。自覚症状のある者は男は女より少なく、男の45歳未満で特に少なかった(図4)。自覚症状の内容は男女とも視力障害が最も多く、次いで咳などの呼吸器症状が多かった。視力障害は45歳未満、45歳以上のいずれでも女より男で少なく、特に45歳未満の男で少なかった(図5)。眼所見は、ぶどう膜炎、網膜所見、虹彩、隅角所見、硝子体所見、視力障害ありの者の割合が多く見られるが、これら眼所見は、女で多く男で少なかった。特に45歳未満の男でぶどう膜炎、網膜所見、視力障害などが少なかった(図6)。胸部所見は、肺門リンパ節腫脹ありの者が約80%、肺野びまん性陰影ありの者は約40%を示したが、これらの所見は男女とも45歳未満の者に多く、45歳未満、45歳以上いずれも女より男に多く、45歳未満の男で最も多かった(図7)。心電図異常所見ありの者は男女とも45歳以上で多く、45歳未満で少なかった。45歳未満、45歳以上いずれも男が女より多かった(図8)。皮膚所見は、結節や結節性紅斑は45歳未満、45歳以上いずれでも男が女より少なかった(図9)。サルコイド肉芽腫所見ありの者は、45歳未満、45歳以上いずれも女より男に多く、特に45歳未満の男に多かった(図10)。血清ACE上昇所見は、

男女とも45歳以上で多く、45歳未満女でやや少なかった。その他、ツベルクリン反陰性所見、Ga集積陽性像や気管支肺胞洗浄液異常などは、45歳未満の男で多かった(図11)。

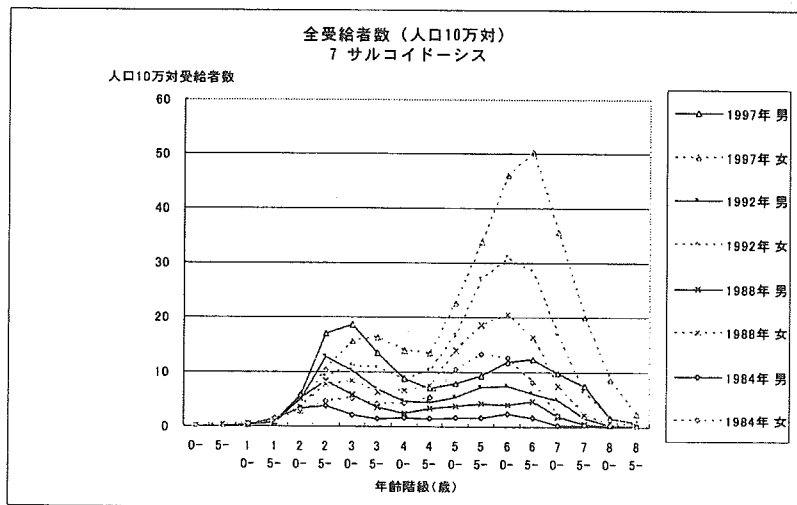
発見動機が健康診断である者を除いた者(非健診発見群)のみで、性・年齢分布をみると、なお2峰性の分布がみられた(図12)。

考察

性・年齢により、発見動機、自覚症状や臨床所見を持つ者の割合が異なっていた。男で特に若年者で、発見動機が健康診断の者、胸部X線撮影で把握される肺門リンパ節腫脹のある者が多く、自覚症状を持つ者、眼所見、皮膚所見など自覚症状に結びつく所見を持つ者が少なかったが、これは発見動機が男で特に若年では自覚症状がないうちに健康診断によって発見される者が多いことを示唆していると考えられる。

サルコイドーシスの2峰性の年齢分布における男の若年者の山は、健康診断の頻度(受診者割合)が男、特に若年に高いことの反映であるかもしれない。しかし、発見動機が健康診断である者を除いた者のみで、性・年齢分布をみると、なお2峰性の分布は残ることから、2峰性の分布は健診による発見のせいだけではないとも考えられる。今後、発見動機が健康診断でない者に限って臨床所見を検討し、健康診断で発見された群のそれと比較したい。

図1 サルコイドーシスの性、年齢別受給者数の推移(1984, 1988, 1992, 1997年度)



資料:1984, 1988, 1992, 1997年度受給者全国調査、特定疾患の疫学に関する研究班

表1 2003年度新規受給者の性・年齢

年齢	男	女	総数
45歳未満	123	90	213
45歳以上	92	279	371
計	215	369	584

図2 2003年度新規受給者の性・年齢分布

受給者数(人)

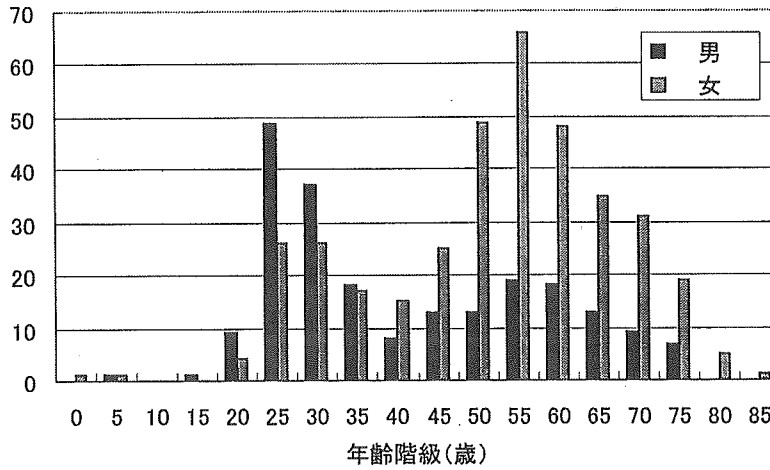


図3 発見動機の構成割合、性別、年齢別

