

第2回総会について

1) 演題発表について

- (1) スライドは、Power Point で作成し、USB フラッシュメモリディスクまたはCD-ROMに保存したものをお持ち込み下さい。(Windows, Macintosh どちらも対応可能ですが、御自分のPC以外の機器でも試写してからお持ち下さい。)
- (2) 発表 30 分前までに B1 会場スライド受付までご提出下さい。 その際、試写 (出力確認) も必ず行ってください。使用したメディアは、画面確認後その場でご返却いたします。
- (3) プロジェクト責任者によるプロジェクト計画・研究成果の発表・報告は7分、討論3分、各個研究発表は3分、討論2分をお願い致します。
- (4) 資料を配布される場合には、150部を2月12日必着でIBD班事務局までお送り下さい。

2) 発表データについて

厚生労働省への報告の必要上、発表スライドファイルを当日複製させていただきますことをご了承下さい。 不都合のある先生におかれましては、事前に事務局まで御連絡をお願いします。

3) 会場セキュリティについて

- (1) 一階玄関ホール総会受付にて芳名録へご署名後、セキュリティカードをお受け取りいただき、改札を通過して地下一階会場へお進みください。
- (2) 館内はセキュリティ制ですのでセキュリティカードを必ず常時携帯してください。 退出される際にはカードを ご返却ください。 カードの紛失があると全館内のセキュリティに支障を来いたしますので、くれぐれも紛失ならびにお持ち帰りにならないようご注意ください。

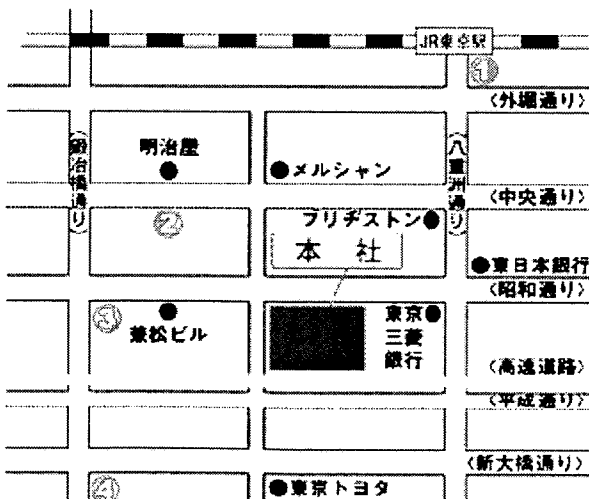
4) 懇親会について

2月14日会議終了後、12階カフェテリアにて懇親会を催します。

5) 駐車場について

駐車スペースはご用意しておりませんので、公共の交通機関をご利用ください。

6) 会場案内図 味の素(株)本社ビル 東京都中央区京橋1-15-1 / TEL 03-5250-8111



- ① JR「東京駅」八重洲中央口 (徒歩10分)
- ② 東京メトロ銀座線「京橋駅」6番出口 (徒歩5分)
- ③ 都営浅草線「宝町駅」A-2出口 (徒歩3分)
- ④ 東京メトロ日比谷線「八丁堀駅」北口 (徒歩10分)

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班
平成19年度第2回総会プログラム

(敬称略)

平成20年2月14日(木)

開会(9:00)

- I. 厚生労働省健康局疾病対策課挨拶 厚生労働省健康局疾病対策課: 林 修一郎
II. 主任研究者挨拶・研究の進め方 主任研究者: 渡辺 守
III. 研究報告

Ⅱ-A)啓発・広報・専門医育成プロジェクト

- (1)国民・患者・一般臨床医に対する啓発活動・広報活動・情報企画(渡辺 守、高後 裕)(9:20~9:40)

総括 渡辺 守 東京医科歯科大学消化器病態学

国民・患者・一般臨床医に対する啓発活動・広報活動(案)

渡辺 守¹、○高後 裕²、蘆田知史²、福永 健³、佐々木巖⁴、松井敏幸⁵、松本譽之⁶、岩男 泰⁷(東京医科歯科大学消化器病態学¹、旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野²、兵庫医科大学内科学下部消化管科³、東北大学紫病院消化器科⁴、福岡大学筑紫病院消化器科⁵、兵庫医科大学内科学下部消化管科⁶、慶應義塾大学包括先進医療センター⁷)

- (2)専門医育成プログラムの創成(松本譽之、高後 裕)(9:40~9:55)

総括 渡辺 守 東京医科歯科大学消化器病態学

市民公開講座や若手医師への教育プロジェクト

○松本譽之¹、高後 裕²(兵庫医大下部消化管科¹、旭川医科大学病院消化器内科²)

Ⅱ-B)総括的疫学解析プロジェクト

- (3)特定疾患研究30年の総括的疫学解析による疾患構造変化の追究(武林 亨、廣田良夫)(9:55~10:55)

総括 武林 亨 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学

記述疫学: 臨床調査個人票の解析結果ならびに予後調査研究のためのシステム構築

○朝倉敬子¹、武林 亨¹、井上 詠²、渡辺 守³(慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学¹、慶應義塾大学医学部消化器内科²、東京医科歯科大学消化器病態学³)

臨床調査個人票改訂ワーキンググループについて

○岩男 泰¹、松本主之²、小金井一隆³、樋田信幸⁴、久部高司⁵、朝倉敬子⁶、長堀正和⁷、渡辺 守⁷(慶應義塾大学包括先進医療センター¹、九州大学大学院病態機能内科学²、横浜市立市民病院外科³、兵庫医科大学消化器内科⁴、福岡大学筑紫病院消化器科⁵、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学⁶、東京医科歯科大学消化器病態学⁷)

潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する症例対照研究

○大藤さとこ、福島若葉、植村小夜子、廣田良夫(大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学)

炎症性腸疾患小児の成長障害に影響を与える因子 - 臨床調査個人票による検討 - (各個研究)

○石毛 崇、友政 剛、武林 亨、朝倉敬子³(群馬大学大学院医学系研究科小児生体防御学¹、パルこどもクリニック²、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学³)

Ⅱ-C)多施設間情報ネットワークプロジェクト

- (4)研究班を基盤とした多施設臨床研究ネットワーク整備(日比紀文、武林 亨)(10:55~11:20)

総括 日比紀文 慶應義塾大学医学部消化器内科

研究班で今後進めるべき臨床研究計画について

○日比紀文(慶應義塾大学医学部・消化器内科)

JIREAT 調査研究 中間解析第二報

松本譽之¹、○蘆田知史²、富田寿彦²、鈴木康夫³、伊藤裕章⁴、千葉俊美⁵、谷島麻利亜⁶、飯塚文瑛⁶、安藤貴文⁷、前田 修⁷、渡辺 修⁷、辻川知之⁸、中瀬裕志⁹、本谷 聡¹⁰、久保田大輔¹¹、長堀正和¹¹、渡辺 守¹¹、緒方晴彦¹²、長沼 誠¹²、市川仁志¹²、高田康裕¹²、佐々木誠人¹³、高後 裕¹³、日比紀文¹³(兵庫医科大学内科下部消化管科¹、旭川医科大学病院消化器内科²、東邦大学医療センター佐倉病院消化器センター³、財団法人田附興風会北野病院消化器センター⁴、岩手医科大学第一内科⁵、東京女子医科大学消化器病センター内科⁶、名古屋大学医学部消化器内科⁷、滋賀医科大学医学部消化器内科⁸、京都大学医学部消化器内科⁹、札幌厚生病院消化器内科¹⁰、東京医科歯科大学消化器内科¹¹、慶応義塾大学内科学講座¹²、名古屋市立大学臨床機能内科学¹³)

多施設臨床研究ネットワーク整備」による「インフリキシマブによる術後再発予防効果の検討

佐々木巖¹、○福島浩平¹、小川 仁¹、神山篤史¹、三浦 康¹、安藤敏典¹、小山 淳¹、岡部光規¹、山村明寛¹、佐瀬友彦¹、舟山裕士²、高橋賢一²(東北大学大学院医学系研究科生体調節外科分野¹、東北労災病院大腸肛門外科²)

P-D)臨床プロジェクト

(5)潰瘍性大腸炎の診断基準および重症度基準の改変 (松井敏幸) (11:20~11:40)

総括 松井敏幸 福岡大学筑紫病院消化器科

潰瘍性大腸炎の重症度判定と臨床指標に関するアンケート調査報告

○平井郁仁、松井敏幸 (福岡大学筑紫病院消化器科)

軽症潰瘍性大腸炎の自然史—文献的解析(各個研究)

○花井洋行、飯田貴之、竹内 健、渡辺文利 (浜松南病院消化器病 IBD センター)

(6)クローン病の診断基準の改変 (飯田三雄) (11:40~12:00)

総括 飯田三雄 九州大学大学院病態機能内科学

クローン病診断基準の改変

○飯田三雄 (九州大学大学院病態機能内科学)

クローン病肛門病変の画像診断

○東大二郎、二見喜太郎 (福岡大学筑紫病院外科)

<昼食・幹事会> (12:00~13:00)

P-D)臨床プロジェクト

(7)治療の標準化を目指した指針案改訂 (松本譽之) (13:00~13:45)

総括 松本譽之 兵庫医科大学内科下部消化管科

潰瘍性大腸炎治療指針(案)改訂について

○松本譽之¹、應田義雄¹、鈴木康夫²、松井敏幸³、岩男 泰⁴、伊藤裕章⁵、押谷伸英⁶、安藤 朗⁷、久保田大輔⁸(兵庫医科大学消化器内科¹、東邦大学佐倉病院消化器内科²、福岡大学筑紫病院消化器内科³、慶応義塾大学消化器内科⁴、北野病院消化器内科⁵、大阪市立大学消化器器官制御内科学⁶、滋賀医科大学消化器内科⁷、東京医科歯科大学消化器内科⁸)

クローン病治療指針(案)改訂について

○松本譽之¹、應田義雄¹、鈴木康夫²、松井敏幸³、岩男 泰⁴、伊藤裕章⁵、押谷伸英⁶、安藤 朗⁷、久保田大輔⁸(兵庫医科大学消化器内科¹、東邦大学佐倉病院消化器内科²、福岡大学筑紫病院消化器内科³、慶応義塾大学消化器内科⁴、北野病院消化器内科⁵、大阪市立大学消化器器官制御内科学⁶、滋賀医科大学消化器内科⁷、東京医科歯科大学消化器内科⁸)

LCAPの至適処理量の検討：前向き多施設非盲検試験(各個研究)

松本譽之¹、福永 健¹、○安藤 朗²、藤山佳秀²(兵庫医科大学消化器内科¹、滋賀医科大学消化器内科²)

(8)診療ガイドライン作成・改訂 (上野文昭) (13:45~14:20)

総括 上野文昭 大船中央病院消化器肝臓病センター

クローン病診療ガイドラインの開発状況と問題点

○上野文昭¹、松本譽之²、伊藤裕章³、井上 詠⁴、小林清典⁵、小林健二⁶、杉田 昭⁷、鈴木康夫⁸、野口善令⁹、渡邊聡明¹⁰、松井敏幸¹¹、渡辺 守¹²、正田良介¹³、樋渡信夫¹⁴、尾藤誠司¹⁵、中山健夫¹⁶、山口直比古¹⁷、日比紀文⁴ (大船中央病院消化器・肝臓病センター¹、兵庫医大下部消化管科²、北野病院炎症性腸疾患センター³、慶應義塾大消化器内科⁴、北里大東病院消化器内科⁵、東京ミッドタウンメディカルセンター⁶、横浜市民病院外科⁷、東邦大学医療センター佐倉病院・内科⁸、名古屋第2赤十字病院総合内科⁹、帝京大学外科¹⁰、福岡大筑紫病院消化器科¹¹、東京医科歯科大消化器内科¹²、国立国際医療センター総合外来部¹³、いわき市立総合磐城共立病院¹⁴、国立病院機構本部研究課臨床疫学推進室¹⁵、京都大健康情報学¹⁶、東邦大学医学メディアセンター¹⁷)

エビデンスとコンセンサスを統合した潰瘍性大腸炎の診療ガイドライン：小児部分の作成

○余田 篤¹、友政 剛²、小林昭夫³、虻川大樹⁴、牛島高介⁵、鍵本聖一⁶、今野武津子⁷、清水俊明⁸、田尻 仁⁹、永田 智¹⁰、藤澤卓爾¹¹、内田恵一¹²、根津理一郎¹³、井上 詠¹⁴、杉田 昭¹⁵、鈴木康夫¹⁶、上野文昭¹⁷、(大阪医科大学応用医学講座小児科¹、群馬大学小児科²、東京家政学院大学家政学部³、宮城県立こども病院総合診療科⁴、久留米大学医療センター小児科⁵、埼玉県立小児医療センター感染免疫アレルギー科⁶、札幌厚生病院小児科⁷、順天堂大学医学部小児科思春期科⁸、大阪府立急性期・総合医療センター小児科⁹、順天堂大学医学部小児科思春期科¹⁰、藤沢こどもクリニック¹¹、三重大学大学院消化管・小児外科学¹²、大阪労災病院外科¹³、慶應義塾大学包括先進医療センター¹⁴、横浜市立市民病院外科¹⁵、東邦大学医療センター佐倉病院内科¹⁶、大船中央病院・消化器肝臓病センター¹⁷)

診療ガイドラインをめぐる最近の話題

○野口善令¹、中山健夫²、上野文昭³(名古屋第二赤十字病院総合内科¹、京都大学大学院・健康情報分野²、大船中央病院・消化器肝臓病センター³)

(9) 内科的治療法の工夫-再発予防の観点から- (鈴木康夫) (14:20~14:40)

総括 鈴木康夫 東邦大学医療センター佐倉病院内科

潰瘍性大腸炎における細菌性スーパー抗原とTCR repertoire(各個研究)

○鈴木隆二¹、塩原教之¹、鈴木康夫²、青木 博²、長村愛作² (国立病院機構相模原病院臨床研究センター¹、東邦大学医療センター佐倉病院内科²)

クローン病に対するinfliximab計画的維持投与：病型ごとの適切な併用療法の検討(各個研究)

○本谷 聡¹、那須野正尚¹、西岡 均¹、萩原 武¹、前田 聡¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、中野渡正行¹、今村哲理¹、田中浩紀²、中垣 卓²、細川雅代²、有村佳昭²、今井浩三² (札幌厚生病院第一消化器科¹、札幌医大第一内科²)

炎症性腸疾患患者TMM遺伝子多型解析と血中6-TGN濃度(各個研究)

藤山佳秀¹、○伴 宏充¹、小川敦弘¹、辻川知之¹、安藤 朗¹、佐々木雅也²(滋賀医科大学消化器内科¹、滋賀医科大学附属病院栄養治療部²)

(10) 癌サーベイランス法の確立 (渡邊聡明) (14:40~15:20)

総括 渡邊聡明 帝京大学医学部外科

潰瘍性大腸炎に対する癌サーベイランス法の確立

○渡邊聡明¹、味岡洋一²、松本譽之³、上野文昭⁴、武林 亨⁵、日比紀文⁶ (帝京大学医学部外科¹、新潟大学大学院医学総合研究科分子・診断病理学分野²、兵庫医科大学消化器内科³、大船中央病院・消化器肝臓病センター⁴、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学⁵、慶應義塾大学医学部・消化器内科⁶)

潰瘍性大腸炎、Crohn病に合併した小腸、大腸癌の特徴と予後-本邦アンケート集計結果-

○杉田 昭¹、小金井一隆¹、木村英明¹、佐々木巖¹ (横浜市立市民病院外科¹、横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター²、東北大学大学院生体調節外科分野³)

潰瘍性大腸炎に合併したcolitic cancerに対するPET検査所見の検討(各個研究)

○池内浩基¹、中埜廣樹¹、内野 基¹、中村光宏¹、松岡宏樹¹、富田尚裕¹、福田能啓²、中村志郎³、松本譽之³ (兵庫医科大学外科学講座¹、兵庫医科大学臨床栄養部²、兵庫医科大学下部消化管科³)

UC関連重傷の拡大内視鏡所見について(各個研究)

○大塚和朗¹、工藤進英¹、水野研一¹、浜谷茂治¹、伊藤 治¹、樫田博史¹、飯塚文瑛¹、五十嵐正広³、岩男 泰¹、岡 志郎²、田中信治⁵、黒河 聖¹、今村哲理⁶、小林清典⁷、佐田美和⁸、高木 承⁸、田中正則⁹、樋田信幸¹⁰、松本譽之¹⁰、渡辺 真¹、

平田一郎¹、渡辺憲治²、渡邊聡明³ (昭和大横浜市北部病院、東京女子医大消化器病センター²、癌研有明病院³、慶応大包括先進医療センター⁴、広島大光学医療診療部⁵、札幌厚生病院、北里大学東病院消化器内科⁷、東北大学⁸、弘前市立病院⁹、兵庫医科大学下部消化管科¹⁰、藤田保健衛生大消化器内科¹¹、大阪市大消化器器官制御内科¹²、帝京大外科¹³)

<コーヒーブレイク>

(11)新しい診断デバイス利用による診療の工夫 (飯田三雄) (15:30~15:50)

総括 飯田三雄 九州大学大学院病態機能内科学

クローン病小腸狭窄に対する内視鏡的拡張療法

○飯田三雄(九州大学大学院病態機能内科学)

炎症性腸疾患におけるCT colonographyの有用性について(各個研究)

○竹内 健、飯田貴之、阿部仁郎、石丸 啓、渡辺文利、花井洋行(浜松南病院消化器病・IBDセンター)

炎症性腸疾患における炭酸ガス送気内視鏡の意義(各個研究)

○中島清一¹、西田俊朗¹、伊藤壽記¹、飯島英樹²、根津理一郎³ (大阪大学消化器外科¹、大阪大学消化器内科²、大阪労災病院外科³)

(12)外科的治療法の工夫 (佐々木巖) (15:50~16:30)

総括 佐々木巖 東北大学大学院生体調節外科分野

Pouchitisの実態調査と診断および治療指針の検証

佐々木巖¹、福島浩平¹、○小川 仁¹、神山篤史¹、三浦 康¹、安藤敏典¹、小山 淳¹、岡部光規¹、山村明寛¹、佐瀬友彦、舟山裕士²、高橋賢一² (東北大学大学院医学系研究科生体調節外科分野¹、東北労災病院大腸肛門外科²)

潰瘍性大腸炎における周術期感染症(各個研究)

○岩谷 昭、飯合恒夫、高橋 聡、島田能史、小林康雄、須田和敬、丸山 聡、谷 達夫、畠山勝義(新潟大学大学院消化器・一般外科)

潰瘍性大腸炎手術例における手術部位感染症 (SSI) の危険因子の検討 - 術前の各栄養指標との関係について - (各個研究)

舟山裕士¹、○高橋賢一¹、佐々木巖²、福島浩平²、小川 仁² (東北労災病院大腸肛門外科¹、東北大学大学院医学系研究科生体調節外科分野²)

IC術後感染性合併症の調査・研究(各個研究)

楠 正人、三木誓雄、内田恵一、○荒木俊光、吉山繁幸、井上幹大、大北喜基、大竹耕平 (国立大学法人三重大学大学院医学系研究科生命医学専攻病態修復医学講座消化管・小児外科学)

潰瘍性大腸炎手術適応例における直腸病変の管理(各個研究)

小山文一¹、○中川 正¹、内本和晃¹、大槻憲一¹、中村信治¹、中島祥介¹、吉川周作²、稲次直樹²、藤井久男³ (奈良県立医科大学消化器・総合外科¹、厚生会奈良大腸肛門病センター²、奈良県立医科大学奈良県立医科大学中央内視鏡・超音波部³)

クローン病に対する腹腔鏡手術(各個研究)

○小澤平太、渡邊昌彦(北里大学医学部外科)

潰瘍性大腸炎患者の周術期における免疫学的問題点と術直後白血球除去療法による外科的感染症予防効果の分子生物学的背景(各個研究)

楠 正人、三木誓雄、内田恵一、荒木俊光、○吉山繁幸、井上幹大、大北喜基、大竹耕平 (国立大学法人三重大学大学院医学系研究科生命医学専攻病態修復医学講座消化管・小児外科学)

(13)外科的治療の予後 (杉田 昭) (16:30~16:55)

総括 杉田 昭 横浜市立市民病院外科

Crohn病術後経腸栄養療法の再発予防効果の検討-RCTの進行状況

○杉田 昭¹、小金井一隆¹、木村英明² (横浜市立市民病院外科¹、横浜市大市民総合医療センター難病医療センター²)

Crohn病手術例の術後妊娠、出産例の検討-本邦アンケート調査進行状況-

○小金井一隆¹、杉田 昭¹、佐々木巖² (横浜市立市民病院外科¹、東北大学大学院生体調節外科分野²)

クローン病術後症例におけるInfliximabの治療効果(各個研究)

○岡本耕太郎¹、蘆田知史¹、前本篤男¹、藤谷幹浩¹、高後 裕¹、河野 透²(旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野¹、旭川医科大学外科学講座消化器外科学分野²)

事務局連絡

(17:00終了予定)

懇親会 (17:05ー)

平成20年2月15日(金)

III. 研究報告(続)

P-E) 病因解明および治療応用ための基礎研究プロジェクト

(14) 日本人特有の疾患関連遺伝子解析 (日比紀文) (9:00~9:15)

総括 日比紀文 慶應義塾大学医学部消化器内科

潰瘍性大腸炎における疾患感受性候補遺伝子の関連解析(各個研究)

○田中道寛¹、有村佳昭¹、後藤 啓¹、中垣 卓¹、田中浩紀¹、細川雅代¹、永石欽和¹、山本博幸¹、本谷 聡²、篠村恭久¹、今井浩三³(札幌医科大学第一内科¹、JA北海道厚生連札幌厚生病院第一消化器科²、札幌医科大学³)

Crohn病患者における infliximab の有効性と TNF α 受容体遺伝子多型(各個研究)

○村松正明、松倉 寛、池田仁子、佐藤憲子(東京医科歯科大学難治疾患研究所・分子疫学)

(15) 免疫異常機構の解析と治療応用 (千葉 勉) (9:15~10:25)

総括 千葉 勉 京都大学消化器内科

炎症性腸疾患における酸化修飾蛋白の同定(各個研究)

内藤裕二^{1,2}、○高木智久¹、伊藤友子¹、岡田ひとみ²、抜木弥生²、吉川敏一¹(京都府立医科大学免疫内科¹、同生体機能分析医学講座²)

炎症性腸疾患患者における血清IgG糖鎖のガラクトース欠損と疾患活動性との相関(各個研究)

○飯島英樹、新崎信一郎、中川孝俊、近藤昭宏、三善英知、辻井正彦、辻 晋吾、林 紀夫(大阪大学大学院医学系研究科・消化器内科学)

自然発症小腸炎マウスモデルにおける不飽和脂肪酸の効果(各個研究)

○松永久幸、穂苅量太、三浦総一郎(防衛医科大学校・内科学講座)

炎症性腸疾患における制御性T細胞の発現とその機能(各個研究)

○猿田雅之¹、田尻久雄¹、Konstantinos A. Papadakis²、Stephan R Targan³(東京慈恵会医科大学消化器・肝臓内科¹、Department of Gastroenterology, University of Crete, Crete, Greece²、Inflammatory Bowel Disease Center, Cedars-Sinai Medical Center³)

腸管マクロファージの抑制性機能獲得におけるMCP-1の重要性(各個研究)

○高田康裕、久松理一、鎌田信彦、斎藤理子、高山哲朗、市川仁志、小林 拓、知念 寛、長沼 誠、矢島知治、高石官均、岡本 晋、井上 詠、緒方晴彦、岩男 泰、日比紀文(慶應義塾大学医学部消化器内科)

難治性急性期潰瘍性大腸炎患者の早期予後予測因子としての末梢血および粘膜免疫制御性T細胞(各個研究)

松本誉之¹、○上小鶴孝二¹、福永 健¹、戸澤勝之¹、横山陽子¹、吉田幸治¹、日下 剛¹、應田義雄¹、樋田信幸¹、大西国夫¹、中村志郎¹、池内浩基²(兵庫医科大学内科下部消化管科¹、兵庫医科大学外科²)

EPA由来生理活性物質を用いたクローン病に対する新規治療法の開発(各個研究)

○吉田 優、石田 司、久禮 泉、森田圭紀、久津見 弘、井口秀人、東 健(神戸大学医学部消化器内科)

(16) 組織再生修復の解析と治療応用 (今井浩三) (10:25~11:05)

総括 今井浩三 札幌医科大学

ラット実験腸炎に対する骨髄間葉系幹細胞治療の有効性機序の検討(各個研究)

○田中浩紀¹、有村佳昭¹、後藤 啓¹、中垣 卓¹、田中道寛¹、細川雅代¹、永石欽和¹、山本博幸¹、本谷 聡²、篠村恭久¹、今井浩三³(札幌医科大学第一内科¹、JA北海道厚生連札幌厚生病院第一消化器科²、札幌医科大学³)

上皮細胞形態形成蛋白epimorphinのradical scavenger機能に関する検討(各個研究)

○飯塚政弘、相良志穂、堀江泰夫(秋田大学医学部・第一内科)

炎症性腸疾患における上皮分化/増殖機構の解析と粘膜再生治療への応用(各個研究)

○岡本隆一、土屋輝一郎、秋山純子、井上和成、村山徹一、新垣美郁代、吉岡篤史、中村哲也、金井隆典、渡辺 守
(東京医科歯科大学消化器内科)

腸管上皮細胞におけるRIG-Iの発現調節(各個研究)

○川口章吾¹、石黒 陽^{1,2}、山形和史¹、櫻庭裕丈¹、島谷孝司¹、佐藤裕紀¹、福田真作¹(弘前大学消化器血液内科¹、弘前大学光学医療診療部²)

クローン病大腸組織におけるエンドセリン変換酵素とエンドセリン受容体の発現(各個研究)

○末包剛久¹、押谷伸英¹、有元純子²、伊倉義弘²、鎌田紀子¹、十河光栄¹、山上博一¹、渡辺憲治¹、前田 清³、平川弘聖³、上田真喜子²、荒川哲男¹(大阪市立大学大学院消化器危難制御内科学¹、同・病理病態学²、同・腫瘍外科学³)

(17) 宿主-微生物相互作用解析と治療応用 (藤山佳秀) (11:05~11:25)

総括 藤山佳秀 滋賀医科大学消化器内科

潰瘍性大腸炎患者のLCAP前後における腸内細菌叢のT-RFLP法による解析(各個研究)

○安藤 朗¹、辻川知之¹、佐々木雅也¹、藤山佳秀¹、光山慶一²、松本誉之³、鈴木康夫⁴(滋賀医科大学消化器内科¹、久留米大学消化器内科²、兵庫医科大学下部消化管科³、東邦大学医療センター佐倉病院内科⁴)

NODs蛋白関連サイトカインIL-32 α の炎症性腸疾患患病変粘膜における発現(各個研究)

○安藤 朗、塩谷淳、西田淳史、小川敦弘、辻川知之、藤山佳秀(滋賀医科大学消化器内科)

腸管炎症と自然免疫応答の負の制御機構(各個研究)

○石原俊治、大嶋直樹、角田 力、三島義之、MM Aziz、森山一郎、木下芳一(島根大学医学部第二内科)

(18) 炎症による発癌メカニズム解析 (味岡洋一) (11:25~11:40)

総括 味岡洋一 新潟大学大学院医歯学総合研究科分子診断病理学分野

潰瘍性大腸炎におけるSmadリン酸化シグナル伝達の解析(各個研究)

岡崎和一、○川股聖二、内田一茂、松下光伸、松崎恒一(関西医科大学内科学第三講座(消化器肝臓内科))

Colitic cancer発症における遺伝子変異導入機構の解明-Acivation induced cytidine deaminaseの役割(各個研究)

○遠藤容子、丸澤宏之、千葉 勉(京都大学大学院医学研究科消化器内科学)

事務局連絡

閉会挨拶

(11:50 終了予定)

厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業
「難治性炎症性腸疾患障害に関する調査研究」
平成 19 年度第 2 回総会議事録

期日 平成 20 年 2 月 14 日 (木) 9:00~17:00

2 月 15 日 (金) 9:00~12:00

場所 味の素(株)本社ビル (東京都中央区京橋 1-15-1)

主任研究者 渡辺 守

(東京医科歯科大学消化器病態学)

事務局 東京医科歯科大学消化器病態学

担当 金井 隆典・中村 哲也・長堀 正和

TEL : 03-5803-5877 FAX : 03-5803-0268

E-mail : ibd.gast@tmd.ac.jp

第2回総会について

1) 演題発表について

- (1) スライドは、Power Point で作成し、USB フラッシュメモリディスクまたはCD-ROMに保存したものをお持ち込み下さい。(Windows, Macintosh どちらも対応可能ですが、御自分のPC以外の機器でも試写してからお持ち下さい。)
- (2) 発表 30 分前までに B1 会場スライド受付までご提出下さい。 その際、試写 (出力確認) も必ず行ってください。使用したメディアは、画面確認後その場でご返却いたします。
- (3) プロジェクト責任者によるプロジェクト計画・研究成果の発表・報告は7分、討論3分、各個研究発表は3分、討論2分をお願い致します。
- (4) 資料を配布される場合には、150部を2月12日必着でIBD班事務局までお送り下さい。

2) 発表データについて

厚生労働省への報告の必要上、発表スライドファイルを当日複製させていただきますことをご了承下さい。 不都合のある先生におかれましては、事前に事務局まで御連絡をお願いします。

3) 会場セキュリティについて

- (1) 一階玄関ホール総会受付にて芳名録へご署名後、セキュリティカードをお受け取りいただき、改札を通過して地下一階会場へお進みください。
- (2) 館内はセキュリティ制ですのでセキュリティカードを必ず常時携帯してください。 退出される際にはカードをご返却ください。 カードの紛失があると全館内のセキュリティに支障を来いたしますので、くれぐれも紛失ならびにお持ち帰りにならないようご注意ください。

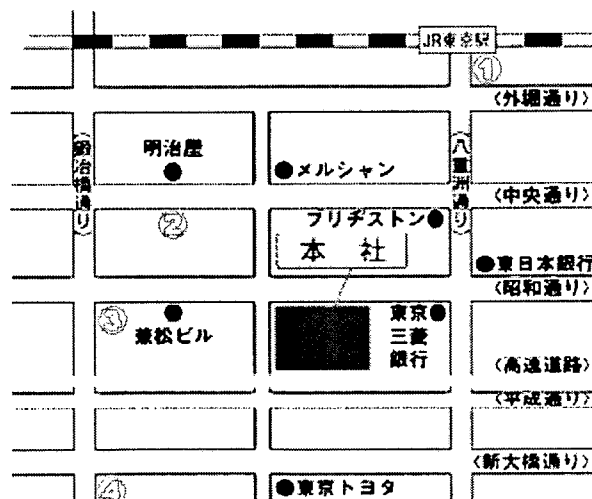
4) 懇親会について

2月14日会議終了後、12階カフェテリアにて懇親会を催します。

5) 駐車場について

駐車スペースはご用意しておりませんので、公共の交通機関をご利用ください。

6) 会場案内図 味の素株式会社ビル 東京都中央区京橋 1-15-1 / Tel. 03-5250-8111



- ① JR「東京駅」八重洲中央口 (徒歩10分)
- ② 東京メトロ銀座線「京橋駅」6番出口 (徒歩5分)
- ③ 都営浅草線「宝町駅」A-2出口 (徒歩3分)
- ④ 東京メトロ日比谷線「八丁堀駅」北口 (徒歩10分)

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班
平成19年度第2回総会議事録

(敬称略)

平成20年2月14日(木)

開会(9:00)

I. 厚生労働省健康局疾病対策課挨拶 厚生労働省健康局疾病対策課: 林 修一郎

- ・ 難治性疾患克服研究事業は患者さんのQOL・予後の向上に役立つ研究を進めるための事業
- ・ 難治性疾患克服研究事業の研究費は内閣府総合科学技術室会議で評価を受けている
- ・ 潰瘍性大腸炎では30年間で死亡率が8割以上減少、臨床研究への取り組みなどIBD研究班の成果を積極的に紹介
- ・ 今後重症例・生活困難例が1日も早く生活が改善する研究に新たな知見が見出せることを期待する
- ・ 特定疾患研究事業の見直しに関して、平成20年度282億円予算を確保し、潰瘍性大腸炎も軽症者見直しも延期となった
- ・ 患者数増加や重症度が変わってきていることなどから、今後も制度のあり方を検討していく
- ・ 臨床調査個人票が研究や審査、更新に活用しやすいように検討いただきたい

II. 主任研究者挨拶・研究の進め方 主任研究者: 渡辺 守

- ・ 当研究班は30年継続している研究班で、専門家(医師)が集束して研究事業を行っている
- ・ 特に潰瘍性大腸炎は研究事業46疾患のうち最も患者数の多い疾患で責任も重い

1. 研究班の必要性

疫学的側面(急激な患者数の増加+難治例の増加)

疾患的側面(原因不明+若年期の発症+慢性の経過)

社会的側面(日常生活や学業・就労に大きな制限 医療費が高額)

難治例に関してその難病としての位置づけは変わらない(患者のQOL・社会的、医療経済的問題解決が必要)

2. 新研究班の目標

日比班の研究成果を受けて、

- 1) 国民・患者・一般臨床医に対する啓発・広報活動の強化
- 2) 特定疾患研究30年の総括疫学解析による疾病構造の変化の研究
- 3) 研究班を基盤とした多施設臨床研究ネットワーク整備
- 4) 多因子疾患としての病因解明と治療応用のための研究
- 5) 診断基準、治療体系の改訂—診療の標準化 重症度基準の見直し

これらによって患者のQOL・社会的、医療経済的貢献を目指す。

3. 新研究班の重点5プロジェクト ⇒連携 画期的治療に関する臨床研究(岡崎班)

p-A) 啓発・広報活動・専門医育成プロジェクト

A1) 患者・国民・一般臨床医に対する啓発、広報活動、情報企画

研究班による情報提供活動

市民公開講座・支援制度パンフレット作成など

A2) 専門医育成プログラムの創成

一般医家に対する啓発活動(一般医に対する講座)

→治療レベルの向上と画一化 「どこで誰に診てもらっても、同じ治療が受けられる」

p-B) 総括的疫学解析プロジェクト

B1) 特定疾患研究30年の総括疫学解析を行い、「病気の内容が変化してきたか」を追究

難病としての科学的疫学統計の必要性

→30年間における本邦における疾病構造の変化は？
死亡率（予後）、重症度別の患者数、日常生活の障害度、手術率 etc.
本邦にて難病化・重症化を示しているか否かを解析
食事を含めた環境因子の影響

p-C) 多施設間情報ネットワークプロジェクト

- C1) 研究班を基盤とした多施設臨床研究ネットワーク整備
研究班による日本発の臨床研究の海外発信
→小規模な臨床研究の見直し
→疫学専門家の意見による臨床研修の立案
→研究班全施設の参加と各研究分担者への割り当て（分担研究者1人が1つの臨床研究）
→できるだけ患者数を集めて、海外発信(論文)「Japan IBD Study Group(仮称)」
(日韓中/東アジア共同臨床研究へ展開)

p-D) 臨床プロジェクト

- D1) 診断基準および重症度基準の改変 現行の診断基準、特に重症度の判定基準の明確化
D2) 治療の標準化を目指した治療指針案改定
D3) 診療ガイドライン作成改訂
D4) 再発予防のための治療法の工夫
D5) 癌サーベイランス法の確立
D6) 新しい治療デバイス利用による治療の工夫
D7) 外科治療の工夫・予後

p-E) 病因解明および治療応用のための基礎研究プロジェクト

- E1) 日本人特有の疾患関連遺伝子解析
E2) 免疫異常機構の解析と治療応用 日本で開発されたUCに対するFK506、CDに対する抗IL-6R抗体の実用化
E3) 組織再生修復の解析と治療応用 日本にて発見されたHGF分子の上皮再生修復の可能性
E4) 宿主-微生物相互作用解析と治療応用 日本特有の腸内細菌調節薬の検証
E5) 炎症による発癌メカニズム解析

4. 新研究班の期待される効果

- ・難治性疾患克服対策事業のモデルケース＝「治った」の考え方
- ・希少疾病から患者数の急増 →難治例以外は再発防止可能
- ・国民・患者・一般臨床医に対する難治性疾患の理解
→患者 QOL 向上
→医療経済的・社会経済的問題解決
- ・多施設共同による日本オリジナル新治療法の海外発信
→国際臨床試験への参加
→新治療法の早期導入・共通化
- ・早期の診断・治療により炎症性腸疾患の自然史を変える
→患者 QOL の向上+医療費の抑制

Ⅲ. 研究報告

p-A) 啓発・広報・専門医育成プロジェクト

(1) 国民・患者・一般臨床医に対する啓発活動・広報活動・情報企画 (渡辺 守、高後 裕) (9:20~9:40)

総括 渡辺 守 東京医科歯科大学消化器病態学

■国民・患者・一般臨床医に対する啓発活動・広報活動 (案)

渡辺 守¹、○高後 裕²、蘆田知史²、福永 健³、佐々木巖⁴、松井敏幸⁵、松本譽之⁶、岩男 泰⁷ (東京医科歯科大学消化器病態学¹、旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野²、兵庫医科大学内科学下部消化管科³、東北大学紫病院消化器科⁴、福岡大学筑紫病院消化器科⁵、兵庫医科大学内科学下部消化管科⁶、慶應義塾大学包括先進医療センター⁷)

■渡辺守先生による総括

p-A) 啓発・広報活動・専門医育成プロジェクト

A1) 患者・国民・一般臨床医に対する啓発、広報活動、情報企画

・研究班による患者・国民に対する情報提供活動

1) 班会議主催の市民公開シンポジウムを開催(札幌・2008年1月19日)

炎症性腸疾患 診療の進歩と近未来像 - 治る時代へ

2) 支援制度パンフレット作成

潰瘍性大腸炎とクローン病の皆さんへ 皆さんを支える社会制度とその他の支援(2008年2月)

3) 一般臨床医に対する啓発活動

日比班におけるアトラス・診療ガイドラインの有効活用

→治療レベルの向上と画一化 「どこで誰に診てもらっても、同じ治療が受けられる」

炎症性腸疾患内視鏡アトラス作成(2008年2月)

【目的】

U、Dを含む難治性炎症性腸管障害に関する啓発活動・広報活動を推進し、その診断・治療・管理知識などの普及を図る。

1) 広く市民・患者・その家族等に対して啓発活動を推進する

2) 地域の一般臨床医・医療従事者へ教育活動を行う

【組織づくり】

・本プロジェクト内に推進委員会を設置

・推進委員会は班長と地区責任者により構成 (高後裕・佐々木巖・松井敏幸・松本譽之・岩男泰・渡辺守)

・委員会は各地区の活動概要を立案する(開催経費、実施計画の掌握、パンフレット等の資料を用意)

【事業の概要・開催要項(案)】

・全国を5地区(北海道、東北、関東甲信越、中部近畿中四国、九州)に分け事業推進

・各地区1回/年以上、市民公開講座/医療相談会などを開催

・患者団体・自治体から講師派遣の要請があれば応じる

・一般臨床医・栄養士・コメディカルを含めた医療従事者を対象とした講演会開催

・行事を行う際には患者団体に連絡する

・パンフレットは研究班で用意する

・自治体・保健所・都道府県・医師会・看護協会・栄養師会などとの連携

・企業の後援は利益相反に留意

・患者団体との連携は不公平がないようにする

第1回班会議主催・市民公開シンポジウムを開催(札幌・2008年1月19日)

一般市民157名が参加、参加者からの質問30のほとんどにお答えした

どのように患者・家族に周知するか、患者会と密接に協力するかが重要
知りたいことに対して的確に情報提供を行う必要性を実感

【質疑応答】

- ・ 一般の患者は市民公開講座があるということを知らない方がほとんどである。広報活動の徹底をお願いしたい。(藤井先生)
→北海道では北海道新聞に掲載することで盛況に終わった。しかし厚労省の事業で特定の新聞に掲載することはなじまない。
- ・ 大まかな情報は周知されているので、保健所への問い合わせに対して援助するのはどうか(高添先生)
→地区により状況が違うので、考慮する。
- ・ 各先生経験を基にアイデアがあれば高後先生へ出していただきたい。
一番の目的は研究が進んでいることを理解してもらい患者へ安心してもらうことである。(班長)

(2) 専門医育成プログラムの創成 (松本譽之、高後 裕) (9:40~9:55)

総括 渡辺 守 東京医科歯科大学・消化器病態学

■市民公開講座や若手医師への教育プロジェクト

○松本譽之¹、高後 裕² (兵庫医大下部消化管科、旭川医科大学病院消化器内科³)

- ・ 第2回班会議主催・市民公開講座を予定(兵庫・2008年5月31日)
- ・ IBD 臨床に直結する具体的教育プログラム

【検討事項】

- ・ 若手医師教育
- ・ 地域医師会と連携した IBD の講演会
- ・ 如何に宣伝していくのか

1) IBD Seminar (IBDゼミ)紹介 (若手医師のための試み)

[背景]IBDを診療する専門医師は恒久的に不足し十分な医療が提供できない。一方IBD専門医を志望する若手医師は多くない。

[目的]大学や関連施設の枠を超え相乗的な診療レベルの向上や継続的にIBDを診療するモチベーションの維持を図る。

[組織]運営委員がスタッフとして全般の準備に積極的に係わることが特徴。

[内容]土日開催で宿泊を伴うセミナー形式の若手勉強会。

診療経験豊富な先生方には発言を極力控えていただき、自由な雰囲気でのディスカッションを行う。

専門医や同年代の先生方との交流

【質疑応答】

- ・ 研究班主催となると難しいが、このような試みは大切である。今のところ参加費は？ (班長)
→交通費は自己負担。参加費7千円。懇親会費用や機材の準備は共催メーカー負担の現状。(松本先生)
- ・ 関東でも同様のセミナー形式の「第1回IBD若手勉強会」準備中であり、2008年3月8日・9日実施予定。(板橋先生)
- ・ 指定病院で治療を経験できる「IBD実践治療道場」を構想中。(北野先生)
- ・ 学会主導と組織を明確化し、研究班も協力して専門家育成を行っていくべき(福島先生)

▫B) 総括的疫学解析プロジェクト

(3) 特定疾患研究30年の総括的疫学解析による疾患構造変化の追究 (武林 亨、廣田良夫) (9:55~10:55)

総括 武林 亨 慶應義塾大学医学部・衛生学公衆衛生学

■記述疫学：臨床調査個人票の解析結果ならびに予後調査研究のためのシステム構築

○朝倉敬子¹、武林 亨¹、井上 詠²、渡辺 守³ (慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学¹、慶應義塾大学医学部消化器内科²、東京医科歯科大学消化器病態学³)

【目標・計画】

記述疫学・分析疫学を実施し、IBDの予防ならびに予後の要因の同定、インパクトの大きさを定量化する

1. 臨床個人調査票電子化データによる記述疫学研究の継続
2. 研究班によるIBD患者コホート設定による登録・予後追跡研究の枠組み構築と実施
3. 予防を目的としたリスク要因に関する分析疫学研究の実施

記述疫学(2005年臨床調査個人票) ※配布資料参照

県別年齢調整有病率 10万人当たり 2005年LC 37.6～79.9人 CD 11.5～32.1人
(臨床個人調査票電子化データ電子化率が高い都道府県を抽出して算出したデータ)

【今後の予定】

1) 臨床調査個人票の活用について

(問題点)・調査目的と項目のバランス

- ・都道府県からのデータ回収率が低い
- ・電子化時の入力ミス

2) 新しい研究フレームワークの検討

- ・研究班によるIBD患者コホート設定による登録・追跡研究
- ・予防を目的としたリスク要因に関する分析疫学研究
- ・多施設臨床疫学研究の実施へ向けた、研究班としての支援システムの構築

3) 患者情報登録システムの概要・目的

- ・研究班施設を中心としたIBD患者コホート設定
- ・IBD患者のnatural historyや予後の記述、予後を規定する因子の評価
(付帯機能)・各施設におけるIBD患者データベースの作成支援
- ・臨床調査個人票の作成支援
- ・研究班あるいは各施設で実施される臨床研究の支援

患者情報登録システムに関するアンケート結果より、個人票作成支援機能への期待を持つ施設が多い ※配布資料参照

検討中の症例登録システム web経由で個人情報以外の患者情報をデータセンターに蓄積

データの一括インポート機能を検討

臨床調査個人票に関するアンケート結果より、現在の臨床調査個人票をどう改善していくかという問いに対して

- ・新規症例は詳細に、更新症例は簡便に
- ・外科手術後症例の記載が困難という意見が多数であった。 ※配布資料参照

【検討課題】

- ・参加施設の検討
- ・症例登録フォームの作成→基本的には臨床個人調査票に準拠+予後調査
- ・個人情報保護の確立→システム上+各施設における患者リストの管理
- ・システム運営方法・管理コスト
- ・中央での情報の集計方法、公表方法
- ・データ使用に関する規定の作成

【予定】

・平成19年度

- ① ニーズの調査
- ② システムの基本機能の検討
- ③ 参加施設の募集
- ④ 本システムを活用した研究計画の立案

・平成20年・21年度

- ① システム構築

② 第一次運用開始

③ 参加施設拡大

・施設ごとの登録率が上がれば研究班だけでも一定の評価ができる

■臨床調査個人票改訂ワーキンググループについて

○岩男 泰¹、松本主之²、小金井一隆³、樋田信幸⁴、久部高司⁵、朝倉敬子⁶、長堀正和⁷、渡辺 守⁷ (慶應義塾大学包括先進医療センター¹、九州大学大学院病態機能内科学²、横浜市立市民病院外科³、兵庫医科大学消化器内科⁴、福岡大学筑紫病院消化器科⁵、慶應義塾大学医学部衛生公衆衛生学⁶、東京医科歯科大学消化器病態学⁷)

【目的と予定】

臨床調査個人票の改訂にむけて

1. 臨床調査個人票に関するアンケート調査 (前述)

ワーキンググループにて集約予定

2. ワーキンググループによる改訂実務

(臨床調査個人票の問題点)

1. 臨床個人調査票の位置づけ

(1) 調査研究データベースとしての側面

(2) 医療助成申請書類としての側面

2. 現行の臨床調査個人票の問題点

(1) 記入事項の問題

・記入事項が必ずしも適切でない

・記入方法のあいまいさ、煩雑さ

(2) 他の疾病との整合性の問題

・客観的データの提出が無い

・重症度基準が無い

【予定】

3-4月 アンケート内容の検討

・項目の選定

・方法

・たたき台の作成

5月 第1回会合 福岡(消化器病学会)

6-7月 第2回会合 東京

7月24・25日 改訂第1案の提示

【質疑応答】

・軽快者は更新を行わないが、取り扱いはどうなるか(荒木先生)

→軽快者として書類を出していただきたい。今後臨床調査個人票と患者登録システムを2元で活用。

・厚労省と電子データのやりとりも可能になるとよい(班長)

■潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する症例対照研究

○大藤さとこ、福島若葉、植村小夜子、廣田良夫(大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学)

【研究の意義と目的】

・UCの有病率、罹患率は上昇傾向

・UC患者大幅増加

・リスク因子の報告もあるが限られており一貫していない

・衛生仮説の結論は得られていない

・UCの発生に対するリスク因子を検討

【方法】

・班員および研究協力者の所属施設で症例対照研究の実施

- ・症例設定 倫理委員会通過し、前向き試験
- ・採用基準 UC新発症(80歳未満)
- ・除外基準 悪性新生物を有するもの、下痢腹痛が継続しているもの、UCの既往のあるもの
- ・症例対照比は1:2(性、年齢が一致する患者 1例は消化器内科、1例は他科より選定)
- ・各施設より症例1人、対照2人を2セット募る
- ・生活習慣・食生活に関する質問票と臨床調査個人票を使用
- ・各施設の先生方には3月中の調査協力をお願いする

【質疑応答】

- ・何施設にご協力いただき、何年間継続実施するのか？(武林先生)
→ 研究班50施設中6割の施設にご協力いただきたい。200例で3年継続予定。
- ・他科の患者さんにメリットはあるのか？(班長)
→ 食生活に関する質問票を使用するが、栄養素の詳細な情報をお渡しする。
- ・症例数は1施設2組でよいのか？(班長)
→ 協力してくれるにこしたことはない。新規症例なので症例数が限られると思われる。
- ・他科の協力は必ず必要なのか。消化器内科だけでも試験は成り立つのか。(武林先生)
→ 消化器内科症例だけだと生活習慣が以通ってしまうので、理想的には他科からもお願いしたい。
- ・他科症例は病気である必要があるのか。研修医ではだめか(班長)
→ 症例対照の比較制御を保つために同一のホスピタルユーザーであることがポイントである。他科から症例を抽出する方法をパーキンソン病で実施しているが、可能であると考えている。(廣田先生)
- ・九大の先生が(パーキンソン病のスタディを)実施された際コントロールは整形外科の症例が中心であった(日比先生)
→ 対照を整形外科・眼科・耳鼻科から選定することは行われている様子で、問題ない。
- ・経験として、外来で他科の患者さんをエントリーすることは難しい。病棟症例で可能であった。(岩男先生)
- ・コントロールが整形外科症例に偏った場合、特性を一般の日本人に比べ偏りがなければ解析し、研究を行う(廣田先生)

■炎症性腸疾患小児の成長障害に影響を与える因子 —臨床調査個人票による検討—(各個研究)

○石毛 崇、友政 剛、武林 亨³、朝倉敬子³(群馬大学大学院医学系研究科小児生体防御学¹、パルこどもクリニック²、慶応義塾大学医学部衛生学公衆衛生学³)

【検討事項】※配布資料参照

1. 基礎疫学データにおける成人との相違

- ・男女比 UC:成人・小児ともほぼ1:1 (男:女)
CD:成人2.4:1、小児1.7:1 (男:女) 小児期発症者でより女児が多い
- ・発症年齢分布 UC・CD:10歳以降で発症率増加
- ・家族歴 UC・CD:小児例は家族歴を有する頻度が高い
(兄弟・両親・子供に同一疾患を有するものについて検討)
- ・重症度 UC:小児例で重症例が多い
CD:有意差なし

2. 成長障害に関する疫学的検討

- 1) 小児期発症者の身長に関する健常人とのデータ比較
 - ・発症時身長:UC・CDとも健常人と同等
 - ・成長率:発症後1年は低下する傾向
 - ・最終身長:発症年齢により低下する傾向

2) 最終身長に与える影響についての解析

小児期発症者の最終身長について以下の項目との相関を解析

性別、発症年齢、罹患期間、日常生活、罹患範囲、重症度、腸管合併症の有無、家族歴の有無、内科治療の内容、手術歴の有無

【U】

単変量解析 低年齢発症、腸管合併症あり、U家族歴あり、回腸疾患あり について

多変量解析 First step : 低年齢発症 Second step : 腸管合併症有り について有意差あり

【O】

単変量解析 低年齢発症、就労・就学していない、空腸罹患、日常生活の制限 について

多変量解析 First step : 低年齢発症 Second step : 就労・就学していない について有意差あり

【個人票利用における問題】

- ・ 記載漏れ、入力ミス
- ・ 重症度・罹患部位がいつの時点かが分からない

【質疑応答】

・ 小児期発症者の最終身長について、年齢を多変量解析に考慮しなかった理由は、

→今後追加して検討を行う

- ・ データ解析の方法論はよいのか(班長)

→足りないものはデータベースで班独自で解析していく

- ・ 手術率が少ないという印象だが、日本の全体を網羅していると言ってよいのか(杉田先生)

→提出されている数や電子化されている数が都道府県によって偏りがあるということを理解してもらいたい

PC)多施設間情報ネットワークプロジェクト

(4)研究班を基盤とした多施設臨床研究ネットワーク整備 (日比紀文、武林 亨) (10:55~11:20)

総括 日比紀文 慶應義塾大学医学部・消化器内科

■研究班で今後進めるべき臨床研究計画について

- 日比紀文(慶應義塾大学医学部・消化器内科)

【目的】 日本発の臨床研究の海外発信ができていない

日本発の臨床エビデンスの必要性

研究班にて多施設の情報収集が可能 ⇒日本の報告として海外発信

【多施設臨床研究案(全17案)】

- ・ 術後に関する報告(佐々木先生・松井先生・藤井先生)
- ・ 潰瘍性大腸炎のサーベイランス(渡邊先生)

【今後の展開】

白血球除去療法

- ・ Double Blind RCTが行われておらず、日本の治療法として捉えられている。
- ・ インテンシブ療法で早期の緩解導入が可能であった
- ・ Pouchitisに対する有効性の検討
- ・ 緩解維持効果(維持療法比較検討)
術後の緩解維持
内視鏡所見と治療
- ・ 治療法の選択
- ・ 予後の予測

3月に選定予定。モチベーションを高めるためにインセンティブを設けられるかの問題。

【質疑応答】

・ 統計の武林先生、廣田先生にみていただき適切なスタディを組み、アウトカムが期待できるものを考える(班長)

・ 米国では臨床研究のアイディアはコンペティションの形で出版し、資金面の援助がある。プロトコルを審査しメーカーや公的資金

の援助で進めるのはどうか(蘆田先生)

→できればやっていきたい。今後可能な方法について検討を行う。

■JIREAT 調査研究 中間解析第二報

松本譽之¹、○蘆田知史²、富田寿彦²、鈴木康夫³、伊藤裕章⁴、千葉俊美⁵、谷島麻利⁶、飯塚文瑛⁶、安藤貴文⁷、前田 修⁷、渡辺 修⁷、辻川知之⁸、中瀬裕志⁹、本谷 聡¹⁰、久保田大輔¹¹、長堀正和¹¹、渡辺 守¹¹、緒方晴彦¹²、長沼 誠¹²、市川仁志¹²、高田康裕¹²、佐々木誠人¹³、高後 裕¹⁴、日比紀文¹⁵(兵庫医科大学内科下部消化管科¹、旭川医科大学病院消化器内科²、東邦大学医療センター佐倉病院消化器センター³、財団法人田附興風会北野病院消化器センター⁴、岩手医科大学第一内科⁵、東京女子医科大学消化器病センター内科⁶、名古屋大学医学部消化器内科⁷、滋賀医科大学医学部消化器内科⁸、京都大学医学部消化器内科⁹、札幌厚生病院消化器内科¹⁰、東京医科歯科大学消化器内科¹¹、慶応義塾大学内科学講座¹²、名古屋市立大学臨床機能内科学¹³)

【状況】

- ・2008年2月登録状況(177例・18施設)
- ・生物学的製剤の臨床的、医療経済学的小および症例のQOLに関する実態を明らかにすることが一つの目的

【緩解導入治療別データ】2月27日時点

IFX症例102/168、他の治療の組み合わせ66/168

背景因子の病型、年齢、罹病期間に差なし

ドクター調査では喫煙率10%程度

【登録時点の治療内容】

→AZA/6-MP40%(MTXを含めると約60%)、5-ASA70%

最も異なったのはIFXの使用。AZA使用群の中に既往症例あり。

SHの使用はほとんどなかった

栄養療法半数弱で使用

排便回数(○緩解導入治療後の平均排便回数は約3回/日)、体重の実測値、IBDQ(平均175)に差なし

健康状態の印象：体調に印象が悪くない75% 不良25%

栄養療法の施行 在宅経腸栄養療法900kcal-1800kcal 20% 半数で栄養療法を行っていない。

IFXの投与に関しては調査票で判断

併用療法：episodic投与群、非投与群でAZA/6-MP併用率が高い。scheduled投与群では47%併用

ED、5-ASA含むその他の因子に差なし

【6ヵ月後結果】

再燃の定義：再入院、もしくは最初のIFX投与

全体の傾向としてscheduled投与群で再燃が少なく、episodic投与群で比較的早く再入院が起こる

排便回数、体重、IBDQについては6ヶ月では有意差なし

喫煙率45%→33%に減少。ドクター調査との乖離がある

就労率75% 平均年収35%が186万円以下、40%が186万円～420万円

フルタイム労働者の半数が420万円以下(日本人平均給与所得は約400万)

パートタイムの90%、働いていない方の過半数は186万円以下

仕事をしていない方のIBDQスコアが低い

クローン病が就職・進学のリライフイベントに大きく影響を与えている

【質疑応答】

- ・当初の計画では2年間の予定だが、調査期間を延長する予定は(本谷先生)
→QOLなどの解析はもっと長期のスパンでも良い。医療経済学的小な解析は済んでいない。目的によって必要となるスパンが違っているので、検討していきたい。

■「多施設臨床研究ネットワーク整備」による「インフリキシマブによる術後再発予防効果の検討」

佐々木巖¹、○福島浩平¹、小川 仁¹、神山篤史¹、三浦 康¹、安藤敏典¹、小山 淳¹、岡部光規¹、山村明寛¹、佐瀬友彦¹、舟山裕士²、高橋賢一² (東北大学大学院医学系研究科生体調節外科分野¹、東北労災病院大腸肛門外科²)

【研究コンセプト】

IBD 臨床試験の迅速化と効率化

班会議の枠組みを超えた「多施設臨床研究ネットワーク整備」モデル事業としての性格

【方法】

- ・症例数調査
- ・参加可能施設の拾い上げとアンケート調査実施(1月末)
- ・ゴール(実行可能な課題)設定
- ・Study design 決定
- ・研究開始

【アンケート結果】

56/95 施設より回答(消化器内科 40%、内科 28%、外科 24%、肛門科 6%、その他)

参加可能 52 施設、術後症例数/投与総数：574/1801 例

小腸大腸型が最も多く、大腸型が少数。

術式は腸切除短縮が最も多く、次いで腸切除+狭窄形成、肛門手術の例もあり。

主にスケジュール投与が行われている。

投与回数は3-6回が最も多かった(16 施設)

併用薬：IB、ペンタサ、イムラン(70%)が多数

【スタディに関する意見】

- ・開腹手術と肛門手術は分けて考える
- ・術後症例全てに投与するのは問題ないか
- ・主病変切除後の Top down 治療として
- ・データの共有を行う
- ・術後いつ開始すべきか

【アンケートまとめ】

- ・症例数の確保可能(開腹/肛門手術)
- ・参加施設の確保→可能な範囲で協力願いたい
- ・緩解維持目的も含めて相当数の経験

【予定】

4月

- ・ゴール(実行可能な課題)設定
- ・研究デザインの検討

消化器病学会(福岡)

- ・倫理委員会準備
- ・研究デザインの決定

7月総会

- ・研究開始

【質疑応答】

・「多施設臨床研究ネットワーク整備」モデル事業としての性格を持つと考えているので、日比先生のご指導をお願いしたい
(佐々木先生)

→デザインをシンプルにすることと、オープンではなく RCT でやるかどうかである。(日比先生)

- 4or5月にプロジェクトチームでどの程度の規模のRCTで出来るかどうか検討し、できればRCTで行いたい。(佐々木先生)
- プロスペクティブであればRCTで行うべき。実際に臨床をされている先生はどのようにお考えか。
- 術後再発を目的にしたRCTだと5-10年かかるので難しい。術後早期の内視鏡再発であれば、100例ほどでRCTは可能。(蘆田先生)

p-D)臨床プロジェクト

(5)潰瘍性大腸炎の診断基準および重症度基準の改変 (松井敏幸) (11:20~11:40)

総括 松井敏幸 (福岡大学筑紫病院消化器科)

【潰瘍性大腸炎の診断基準】

- ・UCの初診時の診断
 - 診断後の治療選択は重症度に基づく
- ・UCでは定まった臨床指標と内視鏡指標が存在しない
 - 治療前後の推移評価に用いる臨床指標と内視鏡指標の標準化
- ・上部消化管病変の定義と診断基準

【重症度基準の改変】

- ・「軽快者」の定義一条件の該当者は少なく、客観的に評価できる方法が必要。
- ・「軽症者」の定義—Truelove - Witts (班研究基準)が用いられているが、デジタルな指標が必要。

①文献的考察

②術後症例の取り扱い

③行政的背景

→アンケート調査の実施

【UC軽症者の比率と推移】

「特定疾患の疫学に関する研究班」の分析

軽症51%、中等症39%、重症10% —平成12年度

軽症66%、中等症28%、重症4%、不明2% —平成17年度WISH(厚生労働行政総合情報システム)

重症度の推移:

- ・軽症 68%→軽症90%、中等症10%、重症0%
- ・中等症 29%→軽症35%、中等症62%、重症3%
- ・重症 4%→軽症33%、中等症34%、重症31%

■潰瘍性大腸炎の重症度判定と臨床指標に関するアンケート調査報告

○平井郁仁、松井敏幸 (福岡大学筑紫病院消化器科)

【目的】

- ・治療指針に用いられている現在の厚生省分類の改訂が必要か
- ・重症度基準に活動指数や内視鏡スコアを用いるか
- ・その統一は必要か?可能か?
- ・軽快者、緩解者(医療給付除外者)の基準は

【アンケート結果】

35/42施設(83%)より回答

1. UCの重症度判定の際に重視する項目

①自覚症状(34%)、②内視鏡所見(29%)、③検査所見(24%)

現行の厚生労働省分類を診療に用いているか

①よく用いている(15%)、②用いている(58%) →計73%

2-2 『よく用いている』、『用いている』理由について