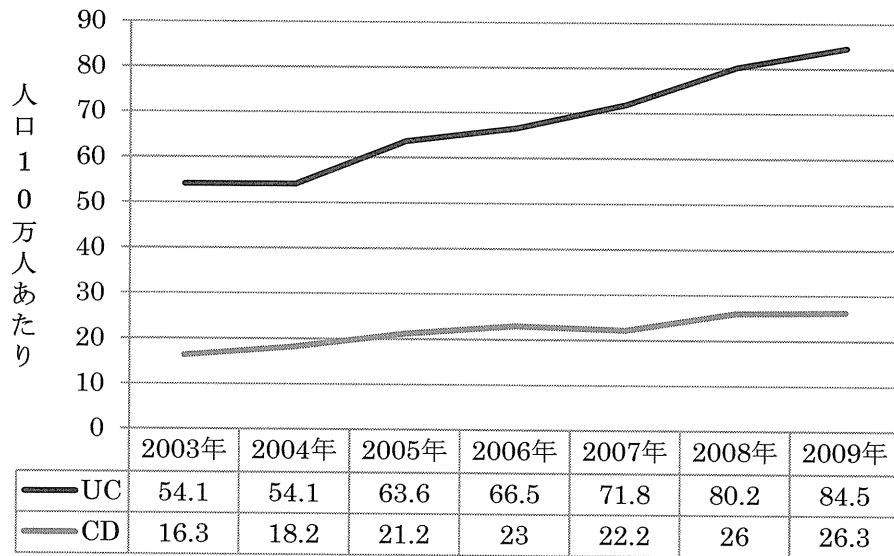


【図2】選出地域の年齢調整有病率の変遷

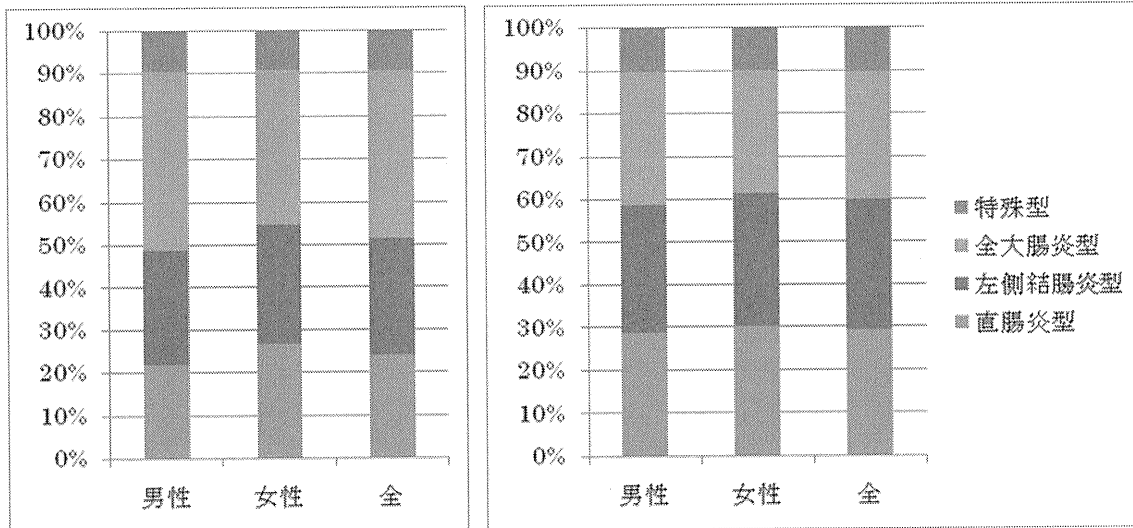


【図3】男女別病型分類 (UC、CD、2008年)

UC

新規(男性4484人、女性3454人)

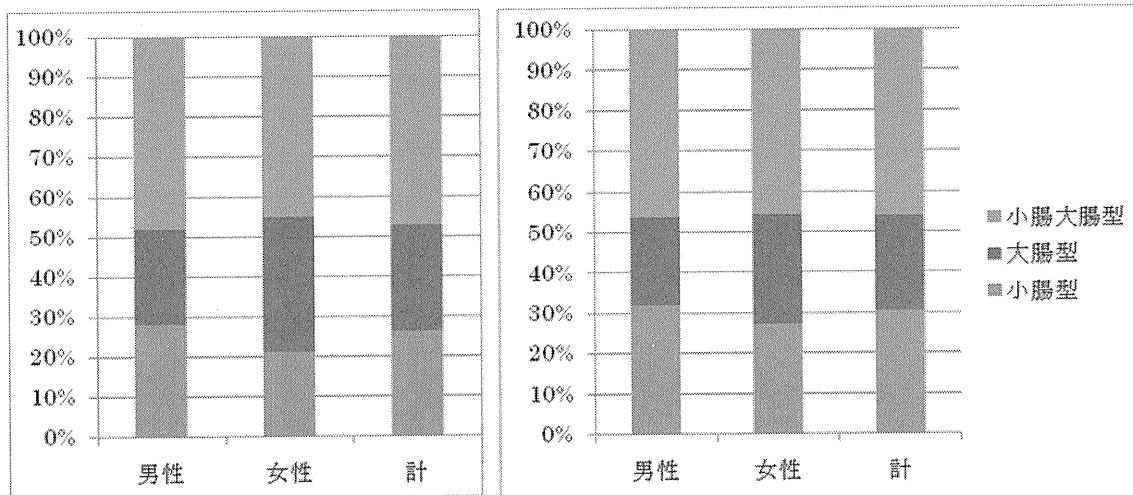
更新(男性18747人、女性16451人)



CD

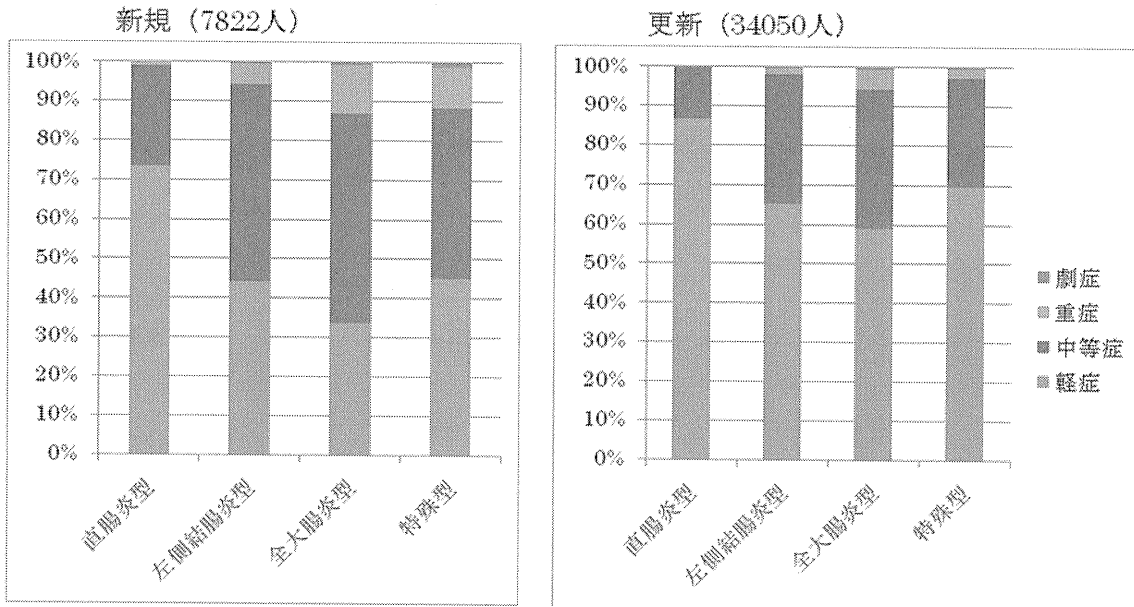
新規(男性1172人、女性444人)

更新(男性6418人、女性2859人)

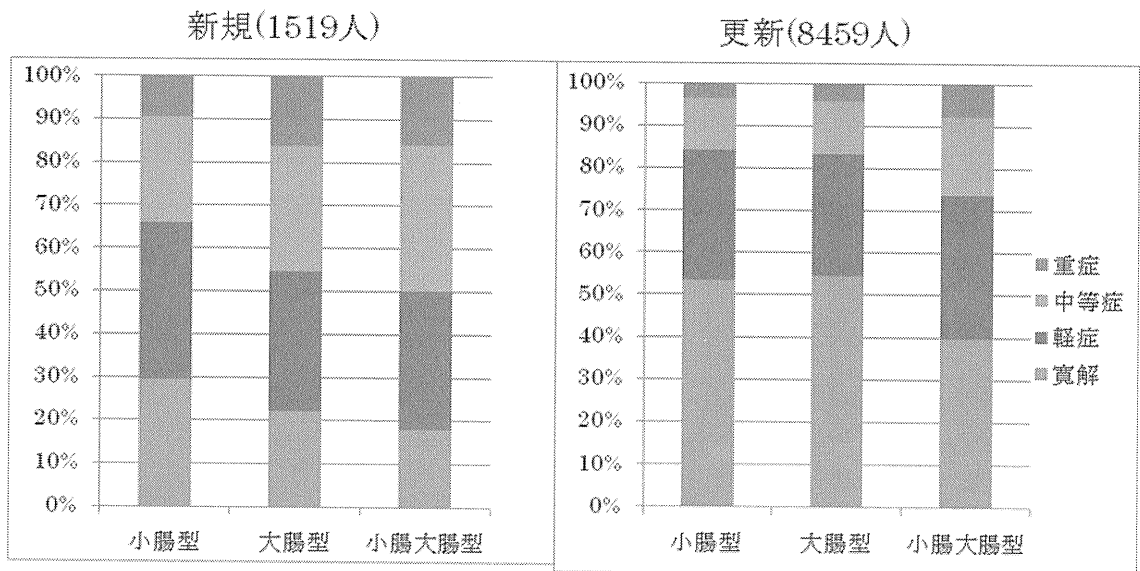


【図4】病型分類別の重症度(UC、CD、2008年)

UC

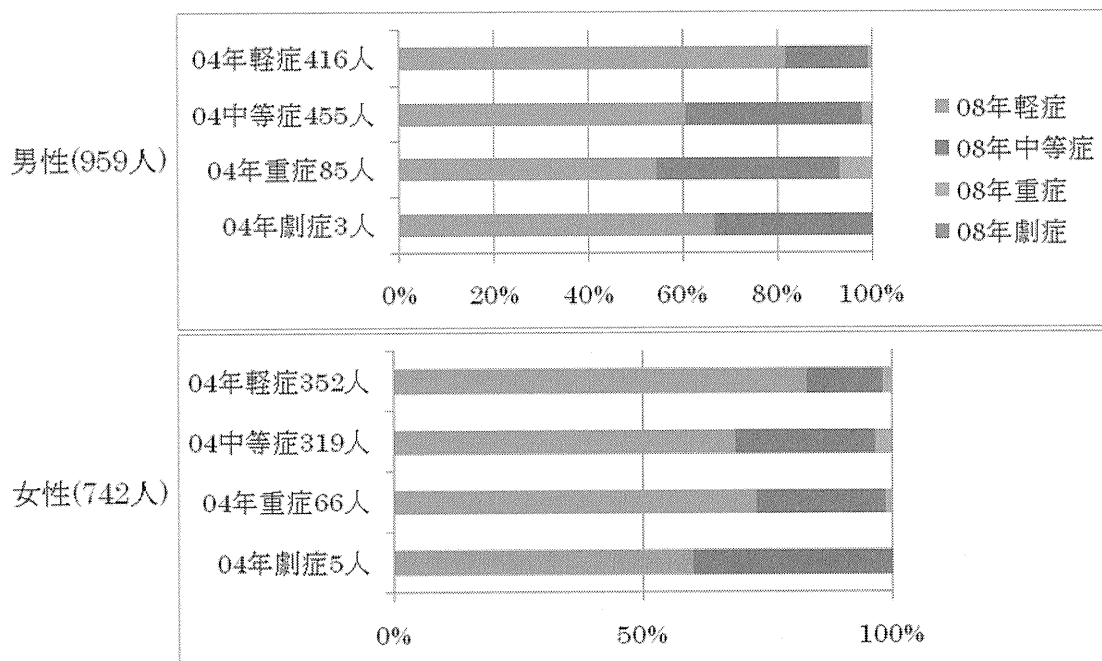


CD

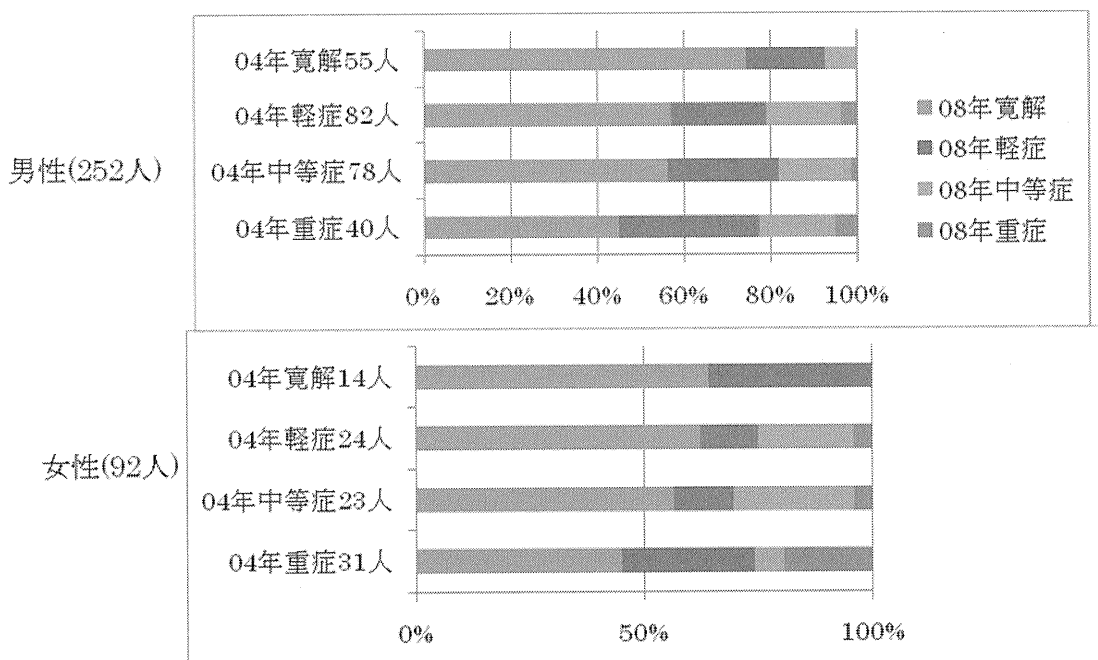


【図5】2004年新規申請例と2008年の更新申請例の連結データを用いた重症度の変化(UC, CD)

UC



CD



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
分担研究報告書

潰瘍性大腸炎発生に対するリスク因子（多施設共同・症例対照研究）

研究分担者 廣田 良夫 大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学 教授

研究要旨：潰瘍性大腸炎のリスク因子を検討するため、本研究班・班員が所属する全国 38 施設の協力を得て、多施設共同の症例対照研究を実施している。症例は調査施設において初めて潰瘍性大腸炎の診断を受けた患者、対照は症例と同じ施設に通院している他疾患患者のうち各症例に対し性・年齢（5 歳階級）が対応する患者 2 人を選出している。情報収集は、2 種類の自記式質問票（生活習慣、食習慣）、医師記入用調査票、および潰瘍性大腸炎の臨床調査個人票を使用した。解析には logistic regression model を使用し、潰瘍性大腸炎発生に対する各要因のオッズ比 (OR) および 95%信頼区間 (95%CI) を算出した。

平成 23 年 12 月末日時点における登録者のうち、潰瘍性大腸炎の診断から 1 年以上経過していた旧患 11 人、当該症例に対応する対照 15 人、および対照に含まれていたクローン病患者 5 人を除外し、症例 99 人（平均年齢 39.6 歳）、対照 121 人（平均年齢 40.3 歳）を解析対象とした。多変量解析の結果、潰瘍性大腸炎発生に対する OR の上昇を認めた因子は、「潰瘍性大腸炎の家族歴 (OR=4.19, P=0.079)」、「過去喫煙（禁煙） (OR=3.31, P=0.004)」、「卵の高摂取 (OR=2.46, P=0.028)」、「和菓子摂取：週 1 回以上 (OR=4.45, P=0.006)」、「洋菓子摂取：週 1 回以上 (OR=2.68, P=0.034)」であった。OR 低下を認めた因子は、「虫垂炎既往 (OR=0.22, P=0.020)」、「BMI 高値 (OR=0.29, P=0.004)」であった。また、「受動喫煙」や「母親の出産時年齢」に関しては、単変量解析では有意な OR 上昇を示したものの、多変量解析では有意差を認めるには至らなかった。

今後、さらなる対象者数の蓄積により、これらの関連を確認するとともに、食事因子に関する栄養素の解析も進める予定である。

共同研究者

大藤さところ、乾 未来、福島若菜（大阪市立大学大学院医学研究科・公衆衛生学）、山上博一、渡辺憲治（大阪市立大学大学院医学研究科・消化器内科）、長堀正和、渡辺 守（東京医科歯科大学・消化器病態学）；The Japanese Case-Control Study Group for Ulcerative Colitis*（所属する研究者 53 人を文章末に記載）。

る³⁾。しかし、このような報告のほとんどが prevalent case（新患+旧患）を使用した症例対照研究に基づいているため、特に「現在喫煙」によるリスク減少および「過去喫煙（禁煙）」によるリスク上昇は reverse causality（潰瘍性大腸炎に罹患したために喫煙をやめたという因果の逆転）の結果、検出されたとすぎないという可能性も指摘されてきた。

そこで、本研究では、incidence case（新患）を使用した症例対照研究により、潰瘍性大腸炎発生に対するリスク因子を検討する。また、その結果を元に「潰瘍性大腸炎患者のうち、当該リスク因子によって説明できる割合」を算出し、近年の患者増の要因とその寄与の程度を提示することを目的とした。

A. 研究目的

近年、本邦のみならず、南欧、アジア諸国など世界各地において、潰瘍性大腸炎の有病率および罹患率が上昇している^{1,2)}。その背景には、環境因子をはじめとする未知のリスク因子の関与が示唆されている。

潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する過去の研究では、「炎症性腸疾患の家族歴」や「過去喫煙（禁煙）」によるリスク上昇、「虫垂切除歴」や「現在喫煙」によるリスク減少が報告されてい

B. 研究方法

本研究班・班員が所属する全国38施設の協力を得て、症例対照研究の手法により研究を実施している。

症例は調査施設において初めて潰瘍性大腸炎の診断を受けた患者、対照は症例と同じ施設に通院している他疾患患者のうち、各症例に対し性・年齢（5歳階級）が対応する患者2人とした。このうち1人は消化器科から、もう1人は他科（整形外科、眼科、総合診療部など）から選出している。調査施設に過度の負担を掛けることなく、長期的に対象者の登録を継続できるよう、各調査施設において症例と対照のセットを1年間に2セット登録することとした。

生活習慣、生活環境、既往歴などに関する情報収集は、自記式質問票を使用して実施した。食習慣に関しては、自記式食事歴法質問票を用いて過去1カ月および1年前の食物摂取頻度を調査した。潰瘍性大腸炎の発症時期、病状などの臨床情報については、臨床調査個人票を用いて情報収集を行った。

平成23年12月末日時点で情報収集が完了した者を解析対象とした。解析には logistic regression model を使用し、各要因のオッズ比 (OR) および95%信頼区間 (95%CI) を算出した。連続変数のレベル分けは、可能な限り、対照群の三分位となるように分類した。傾向性の検定では、各カテゴリーに連続した数値を割り当て、logistic regression model により P 値を算出した。多変量解析では、症例と対照の特性比較で有意差を認めた変数、および過去の研究結果から潰瘍性大腸炎のリスク因子と疑われる変数を、モデルに含めた。

また、多変量解析の結果を元に、寄与危険度割合（当該リスク因子の疾患に及ぼす寄与の程度）の算出を行った。寄与危険度割合は、過去の文献に基づき⁴⁻⁶、「症例における当該リスク因子の保有率×(OR-1)/OR」により算出した。

総ての解析は両側検定により行った。解析ソフトは、SAS, version 9.1 (SAS Institute, Inc., Cary, N. C., USA) を使用した。

(倫理面への配慮)

本研究の実施につき、大阪市立大学医学部・

倫理審査委員会の承認を得た。また、必要に応じて、各調査施設においても倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

平成20年9月より対象者の登録を開始し、平成23年12月末日時点で情報収集が完了した者は合計251人（症例110、対照141）であった。このうち、潰瘍性大腸炎の診断から1年以上経過していた旧患11人、当該症例に対応する対照15人、および対照に含まれていたクローン病患者5人を除外し、最終的に症例99人、対照121人を unconditional logistic regression model による解析対象とした。conditional logistic regression model による検討では、1:1の matching pair であった25セット（症例25、対照25）、1:2の matching pair であった35セット（症例35、対照70）の合計60セットを解析対象とした。

1. 症例の疾患特性（表1）

発病時の平均年齢は40.8歳であった。発病から本研究登録までの経過期間は平均6.8ヵ月で、発病から1年未満で登録された症例が9割強を占めた。重症度分類では、約半数の症例が中等症であった。罹患部位は、直腸型が22%であり、盲腸・回腸まで達している者は約3割であった。

2. 対照の診療科（図1）

消化器科と他科からはほぼ1:1の割合で、対照の登録が得られていた。他科では、整形外科が最も多く、次いで総合診療科、腎臓内科、膠原病、眼科など様々な疾患からの登録が得られていた。

3. 症例と対照の特性比較（表2）

症例と対照の特性を比較したところ、症例の方が対照よりもBMI (kg/m²) が低い (mean 21.3 vs. 22.9, P=0.002)、虫垂炎既往が少ない (5% vs. 14%, P=0.027)、非喫煙者に占める受動喫煙者の割合が多い (52% vs. 32%, P=0.034)、母親の出産時年齢が高い (mean 28.9 vs. 27.7, P=0.052)、などの特徴を認めた。また、喫煙歴、

飲酒歴においても症例と対照の特性に差を認め
た。

4. 潰瘍性大腸炎の発生に対する背景因子の関 連 (表 3)

Unconditional model による多変量解析の結
果、BMI が高いほど潰瘍性大腸炎の発生に対す
る OR が低く、量反応関係も統計学的有意差を認
めた (Trend P=0.003)。また、虫垂炎既往の OR
も有意に低下した (OR=0.22, P=0.020)。一方、
潰瘍性大腸炎の家族歴を有する者では、約 4 倍
の OR 上昇を認めた (OR=4.19, P=0.079)。非喫
煙者と比較し過去喫煙者 (禁煙者) では潰瘍性
大腸炎発生に対する OR が約 3 倍に上昇した

(OR=3.31, P=0.004)。また、非飲酒者と比し、
過去飲酒者 (断酒者) においても約 2.5 倍の OR
上昇を認め、境界域の有意性を示していた

(OR=2.56, P=0.091)。学歴が高い者では、潰瘍
性大腸炎の発生に対する OR が低下し、量反応関
係も境界域の有意性を示した (Trend P=0.067)。

matching pair のみを解析対象とした
conditional model による結果においても、
unconditional model による結果と同様の傾向
が得られた。しかし、解析対象が少なくなるこ
とで、95%信頼区間の幅が広くなり、検出力が
低いことが示唆された。

5. 潰瘍性大腸炎の発生に対する喫煙の影響 (表 4)

喫煙と潰瘍性大腸炎発生との関連は、一日喫
煙本数、喫煙期間、積算喫煙本数のいずれの観
点からみても、喫煙量が多いほど潰瘍性大腸炎
の発生に対する OR が上昇するという量反応関
係を認めた。特に積算喫煙本数との関連は、統
計学的有意差を検出した。

また、禁煙後の期間と潰瘍性大腸炎の発生リ
スクとの関連を検討したところ、非喫煙者と比
べ禁煙後 10 年未満の者で潰瘍性大腸炎発生に
対する OR が 9 倍以上に上昇した。一方、禁煙か
ら 10 年以上経過した者では OR の上昇を認めな
かった。

受動喫煙に関しては、潰瘍性大腸炎の発生に

対する OR が約 2 倍に上昇していたが、統計学的
有意差を認めるには至らなかった。

6. 食習慣と潰瘍性大腸炎発生との関連 (表 5)

過去 1 ヶ月の食習慣では、和菓子・洋菓子の
摂取頻度が高いほど潰瘍性大腸炎に対する OR
が約 3~4 倍に上昇し、統計学的有意差を認め
た。これらの関連は、1 年前の食習慣におい
ても同様であった。また、最近 1 年間食習慣の
変化がない者に限定した解析においても、同様
の関連を認めた。

7. 食品摂取量と潰瘍性大腸炎発生との関連 (表 6)

過去 1 ヶ月の食品摂取量では、卵摂取量の第
3 三分位で潰瘍性大腸炎の発生に対する OR が
2.5 倍に上昇した。また、卵摂取量との関連は、
量反応関係も有意であった (Trend P=0.028)。
1 年前の食品摂取量による検討では、卵との関
連を示す OR は null value に少し偏ったため、
約 2 倍の OR 上昇を示したものの統計学的有意
差を検出するには至らなかった。

8. 潰瘍性大腸炎発生に対する寄与危険度割合

Unconditional model による多変量解析の結
果を元に、寄与危険度割合を算出したところ、
潰瘍性大腸炎の家族歴では 6%、過去喫煙 (ref.
非喫煙) で 27%、卵 (ref. 週 1 回以下) で 10%、
和菓子 (ref. 食べない) で 14%、洋菓子 (ref.
月 1 回以下) で 11%であった。

D. 考察

平成 23 年 12 月末日時点の対象者における解
析で、潰瘍性大腸炎発生との関連を認めた因子
は、「潰瘍性大腸炎の家族歴」、「過去喫煙 (禁煙)」、
「卵摂取」、「和菓子・洋菓子摂取」による OR
上昇、「虫垂炎既往」、「BMI 高値」による OR 低
下、などであった。

ただし、現時点では、「潰瘍性大腸炎の家族歴」
との関連は、境界域の有意性にとどまり、統計
学的有意差を検出するには至っていない。特に
「潰瘍性大腸炎の家族歴」を有する人が少ない
ため、95%信頼区間の幅が広い。つまり、対象

者数が少ないことによる検出力不足の可能性が示唆される。しかし、ORの大きさをみると、「潰瘍性大腸炎の家族歴」のORは、他のいずれの因子におけるORよりも高く、潰瘍性大腸炎発生に対する影響が最も強いことが示唆される。従って、今後、対象者数のさらなる蓄積により再検討していく必要があるだろう。

本症例対照研究は、incident case（潰瘍性大腸炎の新患）を症例として登録しているが、Prevalent case（新患+旧患）を症例とした過去の研究と同様に、「過去喫煙（禁煙）」におけるOR上昇を認めた。従って、「過去喫煙（禁煙）」の潰瘍性大腸炎発生に対する影響はreverse causalityによるものとは考えにくい。禁煙してからの期間を検討したところ、禁煙からの期間が短い者でより高いORを示しており、禁煙からの期間が長くなるとほぼ「非喫煙者」と同程度までORが低下している。これらの結果をみると、従来からも言われてきたとおり、「禁煙」が潰瘍性大腸炎の発生リスクと関連していることが示唆される。メカニズムとしては、禁煙による一過性の免疫機能亢進が考えられる⁷⁾。また、喫煙の本数や期間による検討で、吸えば吸うほどORが高くなるという量反応関係があることを鑑みると、喫煙による曝露が長く続くほど「禁煙」した際の免疫学的な賦活作用も大きくなることが懸念される。従って、可能な限り、「禁煙」に至る機会を減少させるためにも、これまで喫煙歴がない「非喫煙者」に対して非喫煙を継続するよう促すことは重要であろう。また、「現在喫煙している者」が他疾患のために「禁煙」することとなった場合には、ニコチンパッチを貼る⁸⁻⁹⁾等の対応とともに慎重な経過観察を行うことが必要であろう。

食習慣においては、「卵摂取」や「和菓子・洋菓子摂取」によるOR上昇を検出した。これらの関連は、「1年前の食習慣」においても、「最近1年間に食習慣の変化がなかった者」に限定した場合でも認められた。以上の結果をみると、これらの食事因子と潰瘍性大腸炎発生との関連

は、reverse causality（潰瘍性大腸炎に罹患したために食習慣を変えたという因果の逆転）による可能性は低いと考えている。ただし、現時点では登録数が少ないため、統計学的有意性が不明瞭である項目もある。従って、今後も登録を継続し、これらの関連を確認することが重要と考えている。また、十分な登録数が得られれば、コレステロール摂取量、砂糖摂取量、微量元素、などとの関連を検討することも可能となり、メカニズムの考察にも資することとなるだろう。

E. 結論

Incident case（潰瘍性大腸炎の新患）を対象とした多施設共同の症例対照研究においても、過去の研究と同様に、「潰瘍性大腸炎の家族歴」、「過去喫煙（禁煙）」、「卵摂取」、「和菓子・洋菓子摂取」によるOR上昇、「虫垂炎既往」、「BMI高値」によるOR低下を認めた。今後、さらなる対象者数の蓄積により、これらの関連を検証するとともに、食事因子に関する栄養素の解析をも進める予定である。

謝辞

*The Japanese Case-Control Study Group for Ulcerative Colitis. に所属する研究者は以下のとおりである；本谷聡（札幌厚生病院 第一消化器科）、高後裕（旭川医科大学 消化器・血液腫瘍制御内科学分野）、飯塚政弘（秋田赤十字病院附属あきた健康管理センター）、石黒陽（弘前大学 光学医療診療部消化器血液内科）、舟山裕士（東北労災病院 大腸肛門外科）、杉村一仁（新潟市民病院 消化器科）、長堀正和、渡辺守（東京医科歯科大学 消化器病態学）、村松正明（東京医科歯科大学難治疾患研究所 分子疫学）、日比紀文、井上詠（慶応義塾大学医学部消化器内科）、亀岡信悟、板橋道朗（東京女子医科大学 第二外科）、渡邊聡明（帝京大学 外科）、工藤進英、大塚和朗（昭和大学横浜北部病院 消化器センター）、小林清典（北里大学東病院 消化器内科）、中島淳、高橋宏和（横浜市立大学附属病院 消化

器内科)、杉田昭(横浜市立市民病院 外科)、鈴木康夫(東邦大学医療センター佐倉病院 内科)、三浦総一郎、穂苅量太(防衛医科大学校 内科)、平田一郎(藤田保健衛生大学 消化管内科)、花井洋行(浜松南病院 消化器病・IBDセンター)、楠正人(三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学)、藤山佳秀、安藤朗(滋賀医科大学 消化器内科)、山上博一、渡辺憲治(大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学)、飯島英樹(大阪大学大学院 消化器内科学)、岡崎和一(関西医科大学 消化器肝臓内科)、吉岡和彦(関西医科大学附属枚方病院 外科)、北野厚生(医療法人若弘会若草第一病院)、内藤裕二(京都府立医科大学医学部)、千葉勉、仲瀬裕志(京都大学 消化器内科)、藤井久男(奈良県立医科大学 消化器・総合外科)、松本譽之、福永健(兵庫医科大学 内科学下部消化管科)、池内浩基(兵庫医科大学 外科)、石原俊治(島根大学医学部 内科学講座第2)、田中信治、上野義隆(広島大学病院 光学医療診療部)、松井敏幸、久部高司(福岡大学筑紫病院 消化器科)、二見喜太郎(福岡大学筑紫病院 外科)、山本章二郎(宮崎大学医学部 内科学講座消化器血液学分野)、片岡寛章(宮崎大学医学部 病理学講座腫瘍・再生病態学分野)、稲津東彦(宮崎大学医学部 内科学講座循環体液制御学分野)、坪内博仁(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 消化器疾患・生活習慣病学)、金城福則(琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部)、吉村直樹(社会保険中央総合病院 内科・炎症性腸疾患センター)

参考文献

- 1) Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence and environmental influences. *Gastroenterol* 2004; 126: 1504-17.
- 2) Cosnes J et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterol* 2011; 140: 17856-94.
- 3) 大藤 さとこ、福島 若葉、廣田 良夫、押谷

伸英、渡辺 憲治、長堀 正和、渡辺 守、For the Japanese Case-Control Study Group for Ulcerative Colitis. 潰瘍性大腸炎のリスク因子—多施設共同・症例対照研究より。 *IBD Research* 2009; 3(4): 271-276.

- 4) Bruzzi P, Green SB, Byar DP, et al. Estimating the population attributable risk for multiple risk factors using case-control data. *Am J Epidemiol* 1985; 126: 904-14.
- 5) Miettinen OS. Proportion of disease caused or prevented by a given exposure, trait or intervention. *Am J Epidemiol* 1974; 99: 325-31.
- 6) Corrao G, Tragnone A, Caprilli R, et al. Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 397-404.
- 7) Abraham N, Selby W, Lazarus R, et al. Is smoking an indirect risk factor for the development of ulcerative colitis? An age- and sex-matched case-control study. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18: 139-46.
- 8) Pullan RD, Rhodes J, Ganesh S, et al. Transdermal nicotine for active ulcerative colitis. *N Eng J Med* 1994; 330: 811-5.
- 9) Thomas GAO, Rhodes J, Mani V, et al. Transdermal nicotine as maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Eng J Med* 1995; 332: 988-92.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大藤 さとこ、福島 若葉、廣田 良夫. 【潰瘍性大腸炎—長期経過観察例の諸問題】再燃の因

子となるものは？ 臨床消化器内科 2011；
26(8)：1115-24.

- 2) 大藤さところ、福島若葉、廣田良夫、押谷伸英、
渡辺憲治、長堀正和、渡辺 守、For the
Japanese Case-Control Study Group for
Ulcerative Colitis. 潰瘍性大腸炎のリス
ク因子—多施設共同・症例対照研究より. IBD
Research 2009；3(4)：271-276.
- 3) 武林 亨、朝倉敬子、大藤さところ、福島若葉、
廣田良夫：【これからの IBD 研究における研
究班の使命は】 総括的疫学解析による疾病
構造変化の追究. IBD Research 2008；2(1)：
28-37.
- 4) 大藤さところ、福島若葉、廣田良夫、押谷伸英、
渡辺憲治、長堀正和、渡辺 守、The Japanese
Case-Control Study Group for Ulcerative
Colitis*：潰瘍性大腸炎のリスク因子に関す
る症例対照研究. 大腸疾患 NOW 2009；177-82.

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1. 症例の疾患特性

		case (N=99)	
		n	(%)
発病時年齢(歳)	mean (SD)	40.8	(13.6)
	median (range)	40.5	(18.6-74.8)
	<30	17	(24)
	30-39	18	(25)
	40-49	22	(31)
	50+	14	(20)
	不明	28	
発病からの期間(月)	mean (SD)	6.8	(21.8)
	median (range)	2.4	(0-172.8)
	4カ月未満	51	(72)
	4カ月以上1年未満	15	(21)
	1年以上	5	(7)
	不明	28	
重症度	軽症	25	(35)
	中等症	32	(45)
	重症	14	(20)
	劇症	0	(0)
	不明	28	
罹患部位	直腸	16	(22)
	結腸	33	(46)
	盲腸	21	(29)
	回腸	2	(3)
	不明	27	
腸管合併症	あり	1	(1)
	なし	71	(99)
	不明	27	

図1. 対照の診療科

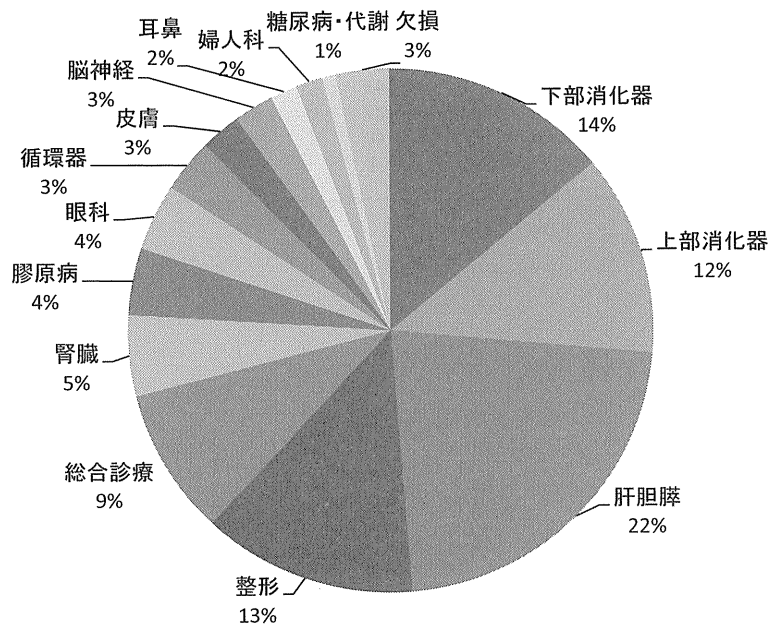


表2. 症例と対照の特性比較

変数	case (N=99)		control (N=121)		p value ^a
	n	(%)	n	(%)	
年齢(歳)	mean (SD)	39.6 (13.4)	40.3 (13.3)		0.587
	median (range)	38 (10.8-74.8)	40 (11.2-69.4)		
	<30	24 (24)	29 (24)		0.734
	30-39	28 (28)	31 (26)		
	40-49	29 (29)	37 (31)		
50+	18 (18)	24 (20)			
性別	男性	64 (65)	74 (61)		0.594
BMI(kg/m ²)	mean (SD)	21.3 (3.3)	22.9 (3.8)		0.002
	median (range)	20.6 (13.9-29.6)	22.3 (14.5-34.0)		
	<21.5	54 (55)	43 (36)		0.003
	21.5-23.9	25 (25)	36 (30)		
	24.0+	20 (20)	42 (35)		
虫垂炎既往	あり	5 (5)	17 (14)		0.027
潰瘍性大腸炎家族歴	あり	8 (8)	4 (3)		0.143
喫煙歴	なし	46 (46)	73 (60)		0.002
	過去喫煙(禁煙)	39 (39)	22 (18)		
	現在喫煙	14 (14)	26 (21)		
受動喫煙歴	なし	22 (48)	46 (68)		0.034
	あり	24 (52)	22 (32)		
	不明		5		
飲酒歴	なし	27 (27)	41 (34)		0.079
	過去飲酒(断酒)	18 (18)	10 (8)		
	現在飲酒	54 (55)	70 (58)		
学歴(歳)	mean (SD)	20.6 (3.0)	21.4 (4.1)		0.345
	median (range)	21 (11-28)	21 (11-41)		
	<20	34 (35)	37 (31)		0.307
	20-22	42 (43)	49 (40)		
	23+	22 (22)	35 (29)		
欠損	1				
母親の出産時年齢	mean (SD)	28.9 (4.4)	27.7 (4.4)		0.052
	median (range)	28 (21-40)	27 (19-43)		
	<26	23 (24)	40 (34)		0.068
	26-29	31 (32)	37 (32)		
	30+	43 (44)	40 (34)		
欠損	2	4			

^a χ^2 検定、あるいはWilcoxon rank sum test.

表3. 潰瘍性大腸炎の発生に対する各種背景因子の関連(多変量解析)

変数	Unconditional logistic regression model ^a					Conditional logistic regression model ^b				
	case (N=99)		control (N=121)		OR (95%信頼区間) P value	case (N=60)		control (N=95)		OR (95%信頼区間) P value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)			
BMI(kg/m ²)	<21.5	54 (55)	43 (36)	1.00		33 (58)	30 (33)	1.00		
	21.5-23.9	25 (25)	36 (30)	0.43 (0.20 - 0.91)	0.028	16 (28)	29 (32)	0.45 (0.15 - 1.31)	0.144	
	24.0+	20 (20)	42 (35)	0.29 (0.13 - 0.67)	0.004	8 (14)	31 (34)	0.05 (0.01 - 0.35)	0.002	
				(Trend P=0.003)				(Trend P=0.002)		
虫垂炎既往	なし	94 (95)	104 (86)	1.00		55 (96)	79 (88)	1.00		
	あり	5 (5)	17 (14)	0.22 (0.06 - 0.78)	0.020	2 (4)	11 (12)	0.10 (0.01 - 0.90)	0.040	
潰瘍性大腸炎家族歴	なし	91 (92)	117 (97)	1.00		53 (93)	86 (96)	1.00		
	あり	8 (8)	4 (3)	4.19 (0.85 - 20.7)	0.079	4 (7)	4 (4)	2.82 (0.25 - 32.2)	0.403	
喫煙歴	なし	46 (46)	73 (60)	1.00		29 (51)	53 (59)	1.00		
	過去喫煙(禁煙)	39 (39)	22 (18)	3.31 (1.46 - 7.52)	0.004	23 (40)	15 (17)	13.4 (2.28 - 78.5)	0.004	
	現在喫煙	14 (14)	26 (21)	0.66 (0.27 - 1.63)	0.370	5 (9)	22 (24)	0.13 (0.02 - 0.77)	0.025	
				(Trend P=0.752)				(Trend P=0.195)		
飲酒歴	なし	27 (27)	41 (34)	1.00		18 (32)	33 (37)	1.00		
	過去飲酒(断酒)	18 (18)	10 (8)	2.56 (0.86 - 7.62)	0.091	10 (18)	9 (10)	5.14 (0.90 - 29.5)	0.066	
	現在飲酒	54 (55)	70 (58)	1.09 (0.53 - 2.24)	0.814	29 (51)	48 (53)	1.52 (0.51 - 4.52)	0.450	
				(Trend P=0.951)				(Trend P=0.639)		
学歴(歳)	<20	34 (35)	37 (31)	1.00		21 (37)	27 (30)	1.00		
	20-22	42 (43)	49 (40)	0.74 (0.35 - 1.56)	0.424	23 (40)	38 (42)	0.37 (0.09 - 1.49)	0.162	
	23+	22 (22)	35 (29)	0.43 (0.17 - 1.05)	0.064	13 (23)	25 (28)	0.17 (0.04 - 0.72)	0.017	
				(Trend P=0.067)				(Trend P=0.016)		
母親の出産時年齢(歳)	<26	23 (24)	40 (34)	1.00		15 (26)	33 (37)	1.00		
	26-29	31 (32)	37 (32)	1.32 (0.59 - 2.93)	0.503	20 (35)	27 (30)	3.58 (0.92 - 13.9)	0.066	
	30+	43 (44)	40 (34)	1.80 (0.84 - 3.85)	0.131	22 (39)	30 (33)	2.78 (0.77 - 10.1)	0.119	
				(Trend P=0.127)				(Trend P=0.126)		

欠損データのため、合計数が対象者数と一致しない項目がある

^a 表内のすべての変数およびマッチング変数(年齢:4カテゴリー、性別)をモデルに含めた。

^b 表内のすべての変数をモデルに含めた。

表4. 喫煙と潰瘍性大腸炎発生との関連(多変量解析: Unconditional logistic regression model)

変数	case (N=99)		control (N=121)		OR ^a (95%信頼区間)	P value
	n	(%)	n	(%)		
喫煙歴	never	46 (46)	73 (60)		1.00	
	ever	39 (39)	22 (18)		3.31 (1.46 - 7.52)	0.004
	current	14 (14)	26 (21)		0.66 (0.27 - 1.63)	0.370
					(Trend P=0.752)	
1日喫煙本数(本)	0	46 (46)	73 (60)		1.00	
	<20	23 (23)	23 (19)		1.52 (0.67 - 3.47)	0.317
	20+	30 (30)	25 (21)		1.87 (0.82 - 4.27)	0.140
					(Trend P=0.130)	
喫煙期間(年)	0	46 (46)	73 (60)		1.00	
	<20	28 (28)	28 (23)		1.40 (0.66 - 2.98)	0.387
	20+	25 (25)	20 (17)		2.64 (0.97 - 7.13)	0.056
					(Trend P=0.152)	
積算喫煙本数(Pack-Years)	0	46 (46)	73 (60)		1.00	
	<12	18 (18)	25 (21)		1.02 (0.44 - 2.36)	0.961
	12+	35 (35)	23 (19)		3.15 (1.27 - 7.80)	0.013
					(Trend P=0.023)	
禁煙後期間(年)	never	46 (54)	73 (77)		1.00	
	<10	32 (38)	10 (11)		9.74 (3.22 - 29.5)	0.000
	10+	7 (8)	12 (13)		1.07 (0.29 - 3.99)	0.917
					(Trend P=0.076)	
受動喫煙	never	22 (48)	46 (68)		1.00	
	ever	24 (52)	22 (32)		2.06 (0.80 - 5.29)	0.135
1日の受動喫煙本数(本)	0	22 (48)	46 (68)		1.00	
	<15	16 (35)	11 (16)		2.44 (0.84 - 7.10)	0.102
	15+	8 (17)	11 (16)		1.39 (0.32 - 6.09)	0.664
					(Trend P=0.276)	
1日当たりの受動喫煙時間(時間)	0	22 (48)	46 (68)		1.00	
	<5	14 (30)	12 (18)		2.56 (0.85 - 7.71)	0.096
	5+	10 (22)	10 (15)		1.45 (0.40 - 5.34)	0.573
					(Trend P=0.300)	
受動喫煙の期間(年)	0	22 (48)	46 (68)		1.00	
	<15	14 (30)	11 (16)		2.07 (0.67 - 6.33)	0.204
	15+	10 (22)	11 (16)		2.04 (0.57 - 7.34)	0.276
					(Trend P=0.175)	

^a年齢(4カテゴリー)、性別、BMI(3分位)、虫垂炎既往、UC家族歴、飲酒歴、学歴(3分位)、母親の出産時年齢(3分位)、で調整

表5. 食習慣と潰瘍性大腸炎発生との関連(多変量解析: Unconditional logistic regression model)

変数	case (n=82)		control (n=98)		OR ^a (95%信頼区間)	P value	最近1年間食習慣の変化がない者に限定	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			OR ^a (95%信頼区間)	P value
過去1カ月の食習慣								
たまご(鶏卵1個程度)	週1回以下	21 (26)	34 (35)	1.00		1.00		
	週2-3回	21 (26)	33 (34)	0.87 (0.35-2.20)	0.774	0.90 (0.26-3.07)	0.859	
	週4回以上	40 (49)	31 (32)	1.90 (0.80-4.54)	0.146	1.89 (0.59-6.07)	0.288	
					(Trend P=0.129)	(Trend P=0.255)		
和菓子(小豆、あんを含むもの)	食べなかった	21 (26)	31 (32)	1.00		1.00		
	月1~3回	31 (38)	44 (45)	1.32 (0.56-3.13)	0.532	1.23 (0.39-3.88)	0.722	
	週1回以上	30 (37)	23 (23)	4.45 (1.53-12.9)	0.006	6.08 (1.40-26.5)	0.016	
					(Trend P=0.008)	(Trend P=0.020)		
洋菓子(カステラを含む)	月1回以下	28 (34)	40 (41)	1.00		1.00		
	月2~3回	25 (30)	31 (32)	1.64 (0.67-4.03)	0.282	3.49 (0.92-13.3)	0.067	
	週1回以上	29 (35)	27 (28)	2.68 (1.08-6.67)	0.034	5.26 (1.41-19.6)	0.013	
					(Trend P=0.034)	(Trend P=0.015)		
1年前の食習慣								
たまご(鶏卵1個程度)	週1回以下	22 (27)	31 (32)	1.00				
	週2-3回	21 (26)	36 (37)	0.68 (0.27-1.69)	0.407			
	週4回以上	38 (47)	31 (32)	1.53 (0.63-3.70)	0.344			
					(Trend P=0.316)			
和菓子(小豆、あんを含むもの)	食べなかった	22 (27)	31 (32)	1.00				
	月1~3回	30 (37)	43 (44)	0.96 (0.41-2.26)	0.925			
	週1回以上	30 (37)	24 (24)	2.91 (1.04-8.17)	0.042			
					(Trend P=0.056)			
洋菓子(カステラを含む)	月1回以下	25 (30)	39 (40)	1.00				
	月2~3回	27 (33)	30 (31)	2.10 (0.84-5.24)	0.114			
	週1回以上	30 (37)	29 (30)	2.88 (1.15-7.21)	0.024			
					(Trend P=0.024)			

^a 年齢(4カテゴリー)、性別、BMI(3分位)、虫垂炎既往、UC家族歴、喫煙歴、飲酒歴、学歴(3分位)、母親の出産時年齢(3分位)、で調整

表6. 食品摂取量と潰瘍性大腸炎発生との関連(多変量解析: Unconditional logistic regression model)

変数	過去1カ月				1年前			Trend P	
	三分位			Trend P	三分位				Trend P
	1 (lowest)	2	3 (highest)		1 (lowest)	2	3 (highest)		
魚									
Daily intake (g/4184KJ) ^a	<23.7	23.7-38.0	38.1+		<23.7	23.7-37.1	37.2+		
No. cases/controls	25/33	24/32	33/33		26/34	26/32	30/32		
Crude OR (95%CI)	1.00	0.99 (0.47-2.08)	1.32 (0.65-2.68)	0.432	1.00	1.06 (0.51-2.20)	1.23 (0.60-2.50)	0.575	
Multivariate OR (95%CI) ^b	1.00	1.62 (0.64-4.09)	1.32 (0.52-3.31)	0.565	1.00	1.55 (0.64-3.74)	1.08 (0.43-2.74)	0.809	
肉									
Daily intake (g/4184KJ) ^a	<26.5	26.5-42.4	42.5+		<27.0	27.0-41.63	41.64+		
No. cases/controls	30/33	21/33	31/32		24/33	20/33	38/32		
Crude OR (95%CI)	1.00	0.70 (0.34-1.46)	1.07 (0.53-2.14)	0.858	1.00	0.83 (0.39-1.79)	1.63 (0.81-3.31)	0.150	
Multivariate OR (95%CI) ^b	1.00	0.81 (0.34-1.96)	1.18 (0.48-2.89)	0.750	1.00	0.83 (0.33-2.08)	1.66 (0.67-4.12)	0.278	
卵									
Daily intake (g/4184KJ) ^a	<6.7	6.7-17.6	17.7+		<7.9	7.9-17.7	17.8+		
No. cases/controls	18/33	20/33	44/32		24/34	16/32	42/32		
Crude OR (95%CI)	1.00	1.11 (0.50-2.47)	2.52 (1.21-5.25)	0.009	1.00	0.71 (0.32-1.57)	1.86 (0.93-3.73)	0.061	
Multivariate OR (95%CI) ^b	1.00	0.81 (0.30-2.18)	2.46 (1.03-5.92)	0.028	1.00	0.52 (0.20-1.37)	2.00 (0.85-4.70)	0.106	
乳製品									
Daily intake (g/4184KJ) ^a	<26.2	26.2-73.1	73.2+		<26.2	26.2-73.1	73.2+		
No. cases/controls	36/33	23/32	23/33		35/33	24/32	23/33		
Crude OR (95%CI)	1.00	0.66 (0.32-1.35)	0.64 (0.31-1.30)	0.203	1.00	0.71 (0.35-1.44)	0.66 (0.32-1.34)	0.238	
Multivariate OR (95%CI) ^b	1.00	0.92 (0.37-2.27)	0.83 (0.35-1.95)	0.668	1.00	1.02 (0.41-2.49)	0.85 (0.36-2.00)	0.714	

^a 密度法によるエネルギー補正後の摂取量(g/4184KJ)に基づき、対照の3分位にて分類。

^b 年齢(4カテゴリー)、性別、BMI(3分位)、虫垂炎既往、UC家族歴、喫煙歴、飲酒歴、学歴(3分位)、母親の出産時年齢(3分位)、で調整。

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
分担研究報告書

クローン病のリスク因子に関する多施設共同・症例対照研究

研究分担者 廣田 良夫 大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学 教授

研究要旨：近年、クローン病の患者数が増加傾向にある。しかし、その増加要因については明らかではない。そこで、「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班・班員の協力を得て、多施設共同・症例対照研究によりクローン病のリスク因子を検討する。

プロトコールおよび調査書式は、「潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する多施設共同・症例対照研究」と同様である。症例は調査施設において初めてクローン病の診断を受けた患者、対照は症例と同じ施設に通院している他疾患患者のうち、各症例に対し性・年齢（5歳階級）が対応する患者2人（消化器科1人、他科1人）とする。これら症例と対照の登録は、各施設あたり年間2セット（症例2人＋対照4人）とし、前向きに継続して行う。情報収集には、2種類の自記式質問票（生活習慣、食習慣）、医師記入用調査票、およびクローン病の臨床調査個人票を用いる。

今年度は、実施要領および調査書式を整えた後、平成23年9月、本研究の実施について大阪市立大学医学部・倫理審査委員会の承認を得た。翌10月、各参加施設に、実施要領および調査書式等の送付を行い、以降、各参加施設において倫理審査の申請を実施中である。対象者の登録は、倫理審査の承認を得た施設から、順次、行っており、平成23年1月時点における登録数は、合計15人（症例8人、対照7人）である。

今後は、登録者の蓄積を待って、クローン病のリスク因子に関する解析に着手する予定である。

共同研究者

大藤さとこ、井手悠一郎、乾 未来（大阪市立大学大学院医学研究科・公衆衛生学）山上博一、渡辺憲治（大阪市立大学大学院医学研究科・消化器内科学）、長堀正和、渡辺 守（東京医科歯科大学・消化器病態学）、For the Japanese Case-Control Study Group for Crohn's disease
*（所属する研究者48人を文章末に記載）。

的、細菌・ウイルスへの感染、食物成分、腸管の循環障害など様々な説があるものの、未だ解明には至っていない³⁾。

そこで、クローン病の増加を説明する因子を検討するため、多施設共同・症例対照研究を実施する。

B. 研究方法

本研究班・班員が所属する全国40施設の協力を得て、症例対照研究の手法により研究を実施する。

プロトコールおよび調査書式は、「潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する多施設共同・症例対照研究」と同様である。

症例は、調査施設において初めてクローン病の診断を受けた80歳未満の患者とし、他院で確定診断後に紹介受診した患者の場合は、その確定診断

A. 研究目的

クローン病の有病率および罹患率は、南欧、アジア諸国、および発展途上国において低いとされていたが、近年、上昇傾向を認めている¹⁻²⁾。本邦においても、クローン病の特定疾患医療受給者証の交付件数が増加し、平成21年度には3万人に達した。しかし、その発生要因に関しては、遺伝

が紹介受診前6ヵ月以内であれば登録可能とした。除外基準は、現在、悪性新生物を有する者である。

対照は、症例と同じ施設を受診した患者のうち、各症例に対し、性、年齢（5歳階級：10歳未満，10～14歳，15～19歳，20～24歳，・・・，75～79歳）が対応する患者2人とする。このうち1人は消化器科から、もう1人は他科（整形外科、眼科、総合診療部など）から選出する。除外基準は、現在、悪性新生物を有する者、現在、1週間以上下痢・腹痛が続いている者、炎症性腸疾患の既往がある者、である。

参加施設に過度の負担を掛けることなく、長期的に対象者の登録を継続できるよう、各参加施設において症例と対照のセットを1年間に2セット登録することとした。

生活習慣、生活環境、既往歴などに関する情報収集は、クローン病のリスク因子に関する系統的レビューに基づき作成した自記式質問票を使用し行う。食習慣に関しては、すでに妥当性が検証されている「自記式食事歴法質問票」を使用する。このほか、症例の発症時期、病状などの臨床情報は、医師記入用調査票およびクローン病・臨床調査個人票を用いて収集する。

解析では、個人特性の差を多変量解析の手法により補正し、クローン病の発症に対する独立したリスク因子を明らかにする。

C. 研究結果

クローン病のリスク因子に関する系統的レビューを行い、検討すべき要因を明確にした結果、検討すべき項目は総て「潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する多施設共同・症例対照研究」にて使用している調査票に網羅されていることが分かった。そこで、各参加施設における混乱を最小限にするためにも、本研究用のプロトコールおよび調査書式は、「潰瘍性大腸炎のリスク因子に関する多施設共同・症例対照研究」と可能な限り同様とし、病名などの欄に若干の修正を加えるのみとした。

今年度は、実施要領および調査書式等を整えた

後、平成23年9月、大阪市立大学医学部・倫理審査委員会にて、本調査の実施に対する承認を得た。翌10月に、各参加施設に実施要領・調査書式等を送付し、以降、各参加施設において倫理審査の申請を実施中である。対象者の登録は、倫理審査の承認が得られた施設から、順次、開始することとしている。

平成24年1月時点における登録数は、合計15人（症例8人、対照7人）である。

今後、登録数の蓄積を待って、クローン病のリスク因子に関する解析に着手する予定である。

D. 考察

近年、世界の各国でクローン病の有病率、罹患率が上昇している。その原因をさぐるべくさまざまな研究が実施されているが、分析疫学的手法に則ってクローン病発症のリスク因子を検討した研究は非常に少ない。

これまでの研究では、高リスク因子として炎症性腸疾患の家族歴、虫垂切除歴、現在喫煙、低リスク因子として過去喫煙を挙げており、これらの因子については複数の研究から比較的一貫した報告がなされている。しかし、その他の因子に関しては、報告数が限られていたり、一貫した結果が得られていないため、未だ確立されたものではない。

従って、今まで示唆されてきたリスク因子を検証し、かつ新たなリスク因子を模索するためには、新たな研究を実施する必要がある。また、クローン病のリスク因子を明らかにすることは、近年の患者増を検討する際のエビデンスとなろう。

E. 結論

クローン病の患者増の要因を明らかにするため、全国40施設の協力を得て、多施設共同・症例対照研究を実施する。平成23年9月、大阪市立大学医学部・倫理審査委員会の承認を得て、以降、参加施設における倫理審査の申請中である。対象者の登録は、倫理審査の承認が得られた施設から、順

次、開始することとしており、次年度以降、研究の本格実施に入る見込みである。クローン病のリスク因子に関する解析は、登録者数の蓄積を待って着手する予定である。

謝辞

* The Japanese Case-Control Study Group for Crohn's disease. に所属する研究者は以下のとおりである；本谷聡（JA 北海道厚生連札幌厚生病院 IBD センター）、石黒陽（弘前大学光学医療診療部）、佐々木巖（東北大学大学院医学系研究科病態学生体調節外科学）、鈴木健司（新潟大学医歯学総合病院第三内科）、福田勝之（聖路加国際病院消化器内科）、猿田雅之（東京慈恵会医科大学消化器肝臓内科）、今井浩三（東京大学医科学研究所附属病院）、清水俊明（順天堂大学医学部小児科学）、長堀正和、渡辺守（東京医科歯科大学消化器病態学）、日比紀文（慶応義塾大学医学部消化器内科）、飯塚文瑛（東京女子医科大学消化器病センター）、渡邊聡明（帝京大学外科）、小林清典（北里大学東病院消化器内科）、国崎玲子（横浜市立大学学術院附属市民総合医療センター）、杉田昭（横浜市立市民病院外科）、鈴木康夫（東邦大学医療センター佐倉病院内科）、石毛崇（群馬大学大学院医学系研究科小児科）、三浦総一郎、穂苺量太（防衛医科大学校内科）、花井洋行（浜松南病院消化器病・IBD センター）、後藤秀実、安藤貴文（名古屋大学大学院医学研究科消化器内科学）、城卓志（名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学）、佐々木誠人（愛知医科大学消化器内科）、加賀谷尚史（金沢大学附属病院消化器内科）、梅枝覚（四日市社会保険病院外科大腸肛門病・IBD センター）、藤山佳秀、安藤朗（滋賀医科大学消化器内科）、渡辺憲治、山上博一（大阪市立大学大学院医学研究科消化器内科学）、清水誠治（JR 大阪鉄道病院消化器内科）、吉岡和彦（関西医科大学香里病院外科）、北野厚生（医療法人若弘会若草第一病院）、押谷伸英（泉大津市立病院消化器内科）、内藤裕二（京都府立医科大学大学院医学研究科消化器内科学）、吉

田優、大井充（神戸大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野）、松本譽之、福永健（兵庫医科大学内科学下部消化管科）、池内浩基（兵庫医科大学炎症性腸疾患センター）、石原俊治（島根大学医学部内科学講座第2）、田中信治、上野義隆（広島大学病院光学医療診療部）、松井敏幸、矢野豊（福岡大学筑紫病院消化器科）、光山慶一（久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門）、山本章二郎（宮崎大学医学部附属病院内科学講座消化器血液学分野）、坪内博仁（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学）

参考文献

- 1) Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence and environmental influences. *Gastroenterol* 2004; 126: 1504-17.
- 2) Cosnes J et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterol* 2011; 140: 17856-94.
- 3) 廣田良夫、ほか：クローン病の発症関連因子に関する検討（文献的考察と研究計画）. 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 22 年度総括・分担研究報告書・p27-44.

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（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録なし
3. その他 なし

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
分担研究報告書

国民・患者・一般臨床医に対する啓発活動・広報活動（案）

研究分担者 高後 裕 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 教授

研究要旨：近年増加している潰瘍性大腸炎・クローン病について、診断・治療・管理知識等の普及を目的とした広報・啓蒙活動を国民・患者および一般臨床医・医療従事者に向け広く発信するプロジェクトが策定された。国民・患者に対する啓発活動・広報活動・情報企として、アップデートした情報公開資料を用い、奈良にて第8回の市民公開講座を開催した。アンケート調査の結果は非常に好評であり、本活動は班の研究成果を広く還元していく上で非常に意義深いものであると考えられた。また、一般臨床医を対象とした研究成果報告会を鹿児島県地区で開催した。地域の医師会の協力のもと各地域での啓蒙活動を行った。また、中継システムを利用することで離島に勤務する医師にも啓蒙活動を行うことができた。アンケート調査の結果は非常に好評であり本活動は地域におけるIBD診療に貢献すると考えられた。今後、治療指針（案）や診療ガイドラインの普及と実臨床への応用を目指し、国内各地域での活動を行っていきたい。IBD専門医の育成プログラムの創成に関して、クラウド型電子カルテシステムを用いたコホート研究を立案した。最初に北海道地区で試行し、その後他地域へと展開していく予定である。本研究の成果にもとづいて、IBD専門医の役割や必要性を具体化していく。さらに、育成プログラムとその達成目標を試作・試行する過程を経て、標準的なプログラムの確立を目指したい。

共同研究者；渡辺 守 1)、長堀正和 1)、藤谷幹浩 2)、福永 健 3)、佐々木巖 4)、松井敏幸 5)、松本譽之 6)、中村志郎 6)、岩男 泰 7)、藤山佳秀 8)、蘆田知史 9)

所属；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)、滋賀医科大学消化器内科 8)、札幌東徳洲会病院 IBD センター9)

A. 研究目的

本プロジェクトの目的は、厚生労働科学研究（難治性炎症性腸管障害に関する調査研究）の研究成果等について、調査に参加した患者・一般臨床医（関連する国民を含む）を主な対象として、その研究成果を積極的に公開し普及することにより、本疾患に関する調査・研究に対する国民・患者・一般臨床医の理解と協力を得ることで、調査・研究の一層の推進を図ることにある。このため 1) 広く市民・患者・その家族等に対して、啓発活動を推進し、さらに地域の一般臨床医・医療従事者へ、研究成果の報告とその解説に基づく教育活動を行うこと、2) IBD 専門医の育成プログラムを

創成し実行すること、をその実践とする。

B. 研究方法

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

事業推進のため、平成 19 年に設立された「国民・患者・一般臨床医に対する啓発活動・広報活動」推進委員会（仮称）による企画・立案のもと、患者・国民に対する研究成果報告会および一般臨床医向けの研究成果報告会を開催した。

情報公開資料は、参加者からの質問や意見、アンケート調査による評価結果をもとにアップデートを行い、本事業をさらに推進していくための方向性を検討した。

2) 専門医育成プログラムの創成

H21 年度に、プロジェクト委員会を設け、班会議参加施設における IBD 診療の実態に関する予備調査を行った。その結果、IBD 専門医が必要であり、専門医育成の対象は卒後 5 年目以降の消化器内科医、消化器外科医とする意見が多数を占めた。しかし、現時点で IBD 専門医育成のプログラムを作成・実践している施設は無かった（一般臨床医、一般消化器専門医、IBD を専門とする消