



## ランチョンセミナー

## RomeⅢを日本語で解釈する

*RomeⅢ is interpreted in Japanese*

本郷 道夫

*(Michio Hongo)*

東北大学病院総合診療部教授



## はじめに

2006年5月の米国消化器病週間(Digestive Disease Week; DDW)において機能性消化管障害(functional gastrointestinal disorder; FGID)の新しい分類RomeⅢが発表された。同時にGastroenterology誌にもその詳細が増刊として特集されている<sup>1)</sup>。1988年、ローマで開催された第13回国際消化器病学会で過敏性腸症候群(irritable bowel syndrome; IBS)の診断と治療についてのコンセンサス会議が開かれ、IBSについてのコンセンサスの発表<sup>2)</sup>、そしてIBSにとどまらず機能性消化管障害として体系づけられるようになっていった<sup>3)</sup>。

RomeⅡがFGIDへの関心を高めるうえできわめて大きなインパクトをもっていたことは、MedlineでのRomeⅡ引用数が年々増加の一途をたどっていることから推測される。FGIDは消化器愁訴がありながらその原因を消化管運動を含めても十分に説明できない病態であり、しかも患者は症状治療を必要としている状態にあるものである。RomeⅡは、精神疾患の診断と分類に用いるDSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)をモデルに、その状態を消化器症状によって診断・分類するためにつくられた診断基準である。しかし日本では、研究者の間で

のみ知られる分類であり、広く普及するレベルにはなかった。

そこで日本国際消化管運動研究会では、2006年5月にRomeⅡの改訂版であるRomeⅢが発表されたのを契機に、FGIDについての認知の普及を図ることを目的としてその翻訳作業を行った。



## RomeⅡからRomeⅢへの大きな変更点

まず、RomeⅡからRomeⅢへの変更についての背景を確認する必要がある。RomeⅡが国際的に大きなインパクトをもつようになったことからRomeⅢでは委員が大幅に増員され、運営母体もRome財団(Rome Foundation)として組織し直されている。委員には世界18カ国から87名の専門家が招集され、日本からは福土 審先生(東北大学大学院医学系研究科行動医学分野教授)と松枝啓先生(国立病院機構さいがた病院院長)の2名が参加した。

RomeⅡからRomeⅢへの改訂で大きな変更が加わったのは、第1に病悩期間の時間枠の定義である。RomeⅡでは病悩期間を「12ヵ月間に12週以上」と定義していたが、RomeⅢでは「6ヵ月以上前からの発症で、最近の3ヵ月間に一定頻度以上の症状発現があるもの」と定義し直した(表1)<sup>1)</sup>。また分類のうえでは「反芻」を食道機能障害から胃・十二指腸機能障害に、「機能性腹痛症

候群(functional abdominal pain syndrome ; FAPS)」を機能性腸障害から分離して独立のカテゴリーとした。また、小児領域を「新生児・乳幼児」と「小児・思春期」との2つに分離した。さらに機能性ディスぺシア(functional dyspepsia ; FD)のサブタイプをこれまでの消化管運動不全症状型、潰瘍症状型、非特異型から食後愁訴症候群(post-prandial distress syndrome ; PDS)と心窩部痛症候群(epigastric pain syndrome ; EPS)とに分類した(表1, 2)<sup>1)</sup>。また、IBS(表3)<sup>1)</sup>のサブタイプの分類(表4)<sup>1)</sup>の指標に排便回数ではなくブリストル便形状スケール(表5)<sup>1)4)</sup>を基にした点がある。



### 日本語訳の過程

日本国際消化管運動研究会会員から施設の偏りがないように29名の委員を選出した。翻訳はGastroenterology誌上に発表された診断基準の部分のみの翻訳とし、その背景にある考え方や日本での応用にあたっての医療制度や文化的側面から生じる可能性のある問題点、あるいは個人の賛否の姿勢については言及しないこととした。2006年7月下旬に委員全員に電子メールで診断基準の英文原文と翻訳原案を送信し、10日間をめぐりに翻訳原案についてのコメントを回収した。委員からのコメントと、それを基にした修正案、そして英文原文と最初の翻訳原案とを併記した翻訳修正案を8月中旬に委員に送り、確認を求めた。その結果をふまえて8月下旬に翻訳文を確定し、10月に札幌で開催されたJDDW期間中の第5回日本Neurogastroenterology(神経消化器病)学会で公表するとともに、同時期に発行された「過敏性腸症候群—脳と腸の対話を求めて」に付録として公表された<sup>4)</sup>。なお、翻訳にあたっては、小児領域に詳しい委員が少なく、今回は診断名のみの翻訳とし診断基準の翻訳は行わなかった。

表1. Rome III 日本語訳—機能性ディスぺシアの診断基準

<p><b>B1. 機能性ディスぺシア(機能性上腹部愁訴, 機能性胃腸症)*</b></p>
<p>必須条件</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以下の項目が1つ以上あること             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) つらいと感じる食後のもたれ感</li> <li>b) 早期飽満感</li> <li>c) 心窩部痛</li> <li>d) 心窩部灼熱感</li> </ol> </li> </ol> <p>および</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 症状の原因となりそうな器質的疾患(上部内視鏡検査を含む)が確認できない</li> </ol> <p>* 6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は上記の基準を満たしていること</p>
<p><b>B1a. 食後愁訴症候群(PDS)*</b></p>
<p>以下のうちの一方あるいは両方があること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 普通の量の食事でも、週に数回以上、つらいと感じるもたれ感がある</li> <li>2. 週に数回以上、普通の量の食事でも早期飽満感のために食べきれない</li> </ol> <p>* 6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は上記の基準を満たしていること</p> <p>補助的基準</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 上腹部の張った感じ、食後のむかつき、大量の暖気(げっぷ)を伴うことがある</li> <li>2. 心窩部痛症候群(EPS)が併存することもある</li> </ol>
<p><b>B1b. 心窩部痛症候群(EPS)*</b></p>
<p>以下のすべての項目があること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 心窩部に限局した中等症以上の痛みあるいは灼熱感が週に1回以上ある</li> <li>2. 間欠的な痛みである</li> <li>3. 腹部全体にわたる、あるいは上腹部以外の胸腹部に局在する痛みではない</li> <li>4. 排便、放屁では改善しない</li> <li>5. 機能性胆嚢・オッジ括約筋障害の診断基準を満たさない</li> </ol> <p>* 6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は上記の基準を満たしていること</p> <p>補助的基準</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 痛みというよりは灼熱感のこともあるが、胸部の症状ではない</li> <li>2. 痛みは通常食事摂取で誘発されたり改善したりするが、空腹時に起こることもある</li> <li>3. 食後愁訴症候群(PDS)が併存することもある</li> </ol>

(文献1より引用, 日本国際消化管運動研究会誌)

表2. RomeⅢ日本語訳—上腹部愁訴(ディスペプシア)とその定義

症 状	定 義
もたれ感	食物がいつまでも胃内に停滞しているような不快感を指す。
早期飽満感	食事開始後、すぐに食べた量以上の食べ物で胃がいっぱいになるように感じて、それ以上食べられなくなる感じを指す。従来は、「早期満腹」と呼んだが、飽満は食事中に食欲がなくなる状態を指すので、より適切である。
心窩部痛	臍と胸骨下端の間、鎖骨中線によって区切られる領域を心窩部(上腹部)と定義する。痛みとは、不快な自覚症状で、患者によっては組織障害が起こっていると感じることもある。患者は痛みと表現しなくても、非常にづらい症状である。
心窩部灼熱感	臍と胸骨下端の間、鎖骨中線によって区切られる領域を心窩部(上腹部)と定義する。灼熱感は熱感を伴う不快症状を指す。

(文献1より引用・一部改変, 日本国際消化管運動研究会訳)



## 日本語訳にあたって 問題となった点

日本語訳にあたっては多くの意見が寄せられ、英文の解釈が多岐にわたることが改めて確認された。

### 1. 機能性胃・十二指腸障害

翻訳にあたって注意した点の1つはFDの診断基準として最初に挙げられる「bothersome postprandial fullness」の「bothersome」の翻訳である。ほぼ同時期に発表された胃食道逆流症(gastro-esophageal reflux disease; GERD)の国際コンセンサスMontreal classification<sup>5)</sup>に「the reflux of stomach contents causes troublesome symptoms and/or complications」という記載があり、この「troublesome」とRomeⅢの「bothersome」とをどのように訳しわけかが問題となった。最終的には「troublesome」を「づらい」、 「bothersome」を「煩わしい」と使いわけることにした。

「functional dyspepsia」の日本語訳にあたっても、「機能性ディスペプシア」「機能性胃腸症」

表3. RomeⅢ日本語訳—過敏性腸症候群の診断基準

C1. 過敏性腸症候群(IBS)*
過去3ヵ月間、月に3日以上にわたって腹痛や腹部不快感**が繰り返し起こり、次の項目の2つ以上がある
1. 排便によって症状が軽減する
2. 発症時に排便頻度の変化がある
3. 発症時に便形状(外観)の変化がある
* 6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は上記の基準を満たしていること
** 腹部不快感は、痛みとは表現されない不快な感覚を意味する。病態生理学的研究や臨床研究に際しては、週に2日以上痛みあるいは不快感があるものを適格症例とする。

(文献1より引用, 日本国際消化管運動研究会訳)

「機能性上腹部愁訴」などの意見があり、日本語訳としては「機能性ディスペプシア(機能性上腹部愁訴)(機能性胃腸症)」と併記することとした。

「Epigastrium(epigastric)」は当初、「上腹部(の)」という原案を作成したが、「upper abdomen」という記載が別にあることから「epigastrium」は「心窩部」、「upper abdomen」は「上腹部」とすることとした。

表4. Rome III 日本語訳—排便状況によるIBSの分類

1. 便秘型IBS(IBM-C) :	硬便または兎糞状便 <sup>(a)</sup> が25%以上あり, 軟便(泥状便)または水様便 <sup>(b)</sup> が25%未満のもの <sup>(c)</sup>
2. 下痢型IBS(IBM-D) :	軟便(泥状便)または水様便 <sup>(b)</sup> が25%以上あり, 硬便または兎糞状便 <sup>(a)</sup> が25%未満のもの <sup>(c)</sup>
3. 混合型IBS(IBM-M) :	硬便または兎糞状便 <sup>(a)</sup> が25%以上あり, 軟便(泥状便)または水様便 <sup>(b)</sup> も25%以上のもの <sup>(c)</sup>
4. 分類不能型IBS :	便性状異常の基準がIBM-C, D, Mのいずれも満たさないもの

注: 研究あるいは臨床試験において排便習慣から症例を分類する場合には, 以下の重分類を用いてもよい。時間経過の中でのこの分類の有効性と安定性は不明であり, 今後の研究課題である。

- a : ブリストル便形状スケール 1~2 [硬くてコロコロした兎糞状の(排便困難な)便あるいはソーセージ状の硬い便]。
- b : ブリストル便形状スケール 6~7 (境界がほぐれたふにゃふにゃの不定形の小片便, 泥状の便, または水様で, 固形物を含まない液体状の便)。
- c : 止痢薬や緩下薬を使用していないこと。

(文献1より引用, 日本国際消化管運動研究会訳)

表5. ブリストル便形状スケール

タイプ	形状
1	硬くてコロコロの兎糞状の(排便困難な)便
2	ソーセージ状であるが硬い便
3	表面にひび割れのあるソーセージ状の便
4	表面がなめらかで柔らかいソーセージ状, あるいは蛇のようなとぐろを巻く便
5	はっきりとしたしわのある柔らかい半分固形の(容易に排便できる)便
6	境界がほぐれて, ふにゃふにゃの不定形の小片便, 泥状の便
7	水様で, 固形物を含まない液体状の便

(文献1, 4より引用, 日本国際消化管運動研究会訳)

「dyspeptic symptom」の訳にあたっては, 「ディスペプシア症状」と「上腹部愁訴」との意見が半ばしたため, 「上腹部愁訴(ディスペプシア)」と訳すこととした。

症状の出現頻度についての記載で「several times per week」の訳は, 具体的に週に3~4回, あるいは4~5回とする提案があったが, あえて「週に数回」とすることとした。

反芻に関する記載では「regurgitation」を「reflux」と区別する意味で, 前者は「(口腔内)逆流現象」, 後者を「(胃食道)逆流」とした。

## 2. 機能性腸障害

IBSの項でも細かな表現についての翻訳について, さまざまな意見が交わされた。翻訳で最も議論されたのはブリストル便形状スケールの表現の訳だった。最も硬い便についての表現「separate hard lumps like nuts(difficult to pass)」は, 日本語では「兎糞」と呼ぶため, 翻訳は「硬くてコロコロの兎糞状の(排便困難な)便」と訳した。



## 日本語訳を通して みえてきたもの

Rome IIIの日本語訳を通してわかったことは、自覚症状についての表現が多彩であることである。日本語の中でも地方によって症状を表現する言葉が違うことは、英語を日本語にすることの困難さを別の意味で示唆しているといってもよいであろう。さらに、診断基準とすべき用語の翻訳であるため、正確さの基準をどこに置くべきなのかという問題が明らかにされたように思う。診断基準としての正確さを、原文の忠実な訳にするべきなのか、日本の文化社会的背景によって多少の意識を加えたものとするべきなのか、ということも重要な問題である。両方の要件を十分に満足させるものにする作業がベストであることはいうまでもないが、この作業の中からは両方を満足させることができないことがしばしば認められた。したがって、日本国際消化管運動研究会としてまとめた翻訳ではあるものの、委員のすべての賛同が得られたとは限らない点があることも事実である。診断基準の内容についてはさらに賛否両論があることはいうまでもない。しかし一方で、きわめて短時間のうちに30名弱の委員から決して少なくはない診断基準についての翻訳案についてまんべんなくコメントが寄せられ、すばやく作業が進行したことは、ひとえに担当をお願いした委員の諸兄姉の高い関心と学術的見識の高さによるものと感謝している。

翻訳協力者(五十音順)：足立経一先生(島根大学)、乾明夫先生(鹿児島大学)、岩切勝彦先生(日本医科大学)、遠藤由香先生(東北大学)、大高道郎先生(秋田大学)、金澤 素先生(東北大学)、金子 宏先生(藤田保健衛生大学)、木下芳一先生(島根大学)、楠 裕明先生(川崎医科大学)、相模泰弘先生(東北大学)、佐々木大輔先生(弘前大学)、柴田 近先生(東北大学)、庄司知隆先生(東北大学)、鈴木秀和先生(慶應義塾大学)、富永和作先生(大阪市立大学)、中山佳子先生(信州大学)、中田浩二先生(東京慈恵会医科大学)、原澤 茂先生(埼玉県済生会川口総合病院)、春間 賢先生(川崎医科大学)、樋口和秀先生(大阪市立大学)、福土審先生(東北大学)、藤山佳秀先生(滋賀医科大学)、松枝 啓先生(さいがた病院)、三輪洋人先生(兵庫医科大学)、監修：本郷道夫(東北大学)(日本国際消化管運動研究会)

### 文 献

- 1) Gastroenterology **130** : 1377-1556, 2006
- 2) Drossman DA, Funch-Jensen P, Janssens J, et al : Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroent Int* **3** : 159-172, 1990
- 3) Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, et al : Rome II ; The Functional Gastrointestinal Disorders ; Diagnosis, Pathophysiology and Treatment. McLean VA, Degnon Associates, 1994
- 4) 佐々木大輔 編：新診断基準 Rome 3 ; Rome 2 からRome 3 へ。過敏性腸症候群—脳と腸の対話を求めて。東京，中山書店，182-192，2006
- 5) Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al : The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease ; a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* **101** : 1900-1920, 2006