

# 光市医師会報

No.419

(平成 25 年 春号)



ヤマセミ

高橋建二先生 寄贈 平成 14 年 8 月下旬撮影 北釧路にて

光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

# 目 次

光市医師会報 No.419 (平成25年春号)

吉村先生追悼	1
吉村明人先生を偲んで 光市医師会長 平岡 博	2
在宅医療について 佃医院 佃 邦夫	3
ドクターズエッセー 多田クリニック 多田良和	6
第13回光市医師会 園・学校医の集い	9
「発達に課題を抱える子どもと家族の支援」 講師 久留米大学小児科 准教授 山下 裕史朗 先生	
第4回市民公開講座「知っておきたい生活習慣病の正しい知識」	14
講師 光市立光総合病院循環器内科部長 中村安真先生	
かかりつけ医通信・その6 「黄砂と花粉症」	17
耳鼻咽喉科しみず医院・院長 清水敏昭	
光市医師会新年互礼会	18
平成23・24年度 光三師会通常総会	20
第15回光市医師会・光市立病院合同症例検討会	
超高齢者の総胆管結石症における治療方針	21
ー内視鏡的結石除去術と内視鏡的胆道ステント留置術ー 光市立光総合病院 岩本 早耶香	
脳膿瘍に進展した副鼻腔真菌症の1例	23
光市立大和総合病院 佐野 先	
関節リウマチに対する早期診断・早期治療の重要性	24
光市立光総合病院 山本 健志	
整形領域におけるM S C Tの活用	26
光中央病院 放射線技師 森川真裕	
在宅で看取ることのできた進行性膵癌の1例	28
平岡医院 平岡博 平岡いづみ 光市立光総合病院消化器内科 谷川幸治、岩本早耶香、矢川智之	
第12回光市医師会学術講演会	
第一部「エコーを用いた全身血管管理のすすめ	30
～エコーガイド脂質管理の提案～	
第二部 エコーデモンストレーション	
九州大学大学院医学研究院 病態修復内科学 助教 小田代 敬太 先生	
第13回光市医師会学術講演会	34
「神経因性疼痛の治療 ～帯状疱疹後神経痛を中心に～」	
地域医療支援病院 岩国市医療センター医師会病院 麻酔科医長 熊野 健一 先生	
第14回光市医師会学術講演会	38
「より良い喘息治療を目指して」	
広島大学病院呼吸器内科講師 春田 吉則 先生	
佃先生、光警察署より感謝状	43
新春座談会	44
理事会報告 1月 2月 3月	45
月例会報告 1月 2月 3月	46
入会・退会・異動会員	46
入会挨拶 新日鐵住金株式会社 大分製鐵所 光診療所 大石 充宏 先生	47
緑友会ゴルフコンペ成績	48
休日診療所報告 12月 1月 2月 3月	49
これからの行事予定	49
編集後記	50

(敬称略)

## 追悼



吉村明人先生ご逝去  
ご冥福をお祈り申し上げます。

## 「光との出会い」

吉村医院 吉村 明人

光市近郊の田布施町に生れ、少年の時代が丁度終戦直後の混乱期の頃であった。其頃は田舎にはプールなどという洒落たものは(?)はなく、夏ともなれば毎日のように川で泳いだものである。だから私はプールで泳いだ経験がない。今の子供は逆に川で泳いだ経験がないのではなからうか。

泳ぐ事で一番楽しい思い出は、夏休みに行く虹ヶ浜の海水浴である。今のように車で簡単に行ける時代ではない。あの頃は田布施から光迄行くのも汽車の本数は少ないし、時間はかかるし随分遠い所へ行くという感覚であったので、ひと夏に一度位しか行かれなかった。自分の家で作った弁当や水筒、おまけにゴザ迄持って家族全員で行くのであるから、嬉しくて前の夜は余り眠れなかった。一寸した家族小旅行であった。

虹ヶ浜の魅力はなんといっても駅のプラットホーム(戦時中、30万人の都市を作るため山陽本線では広島駅に次いで2番目に長いと言われていた)に降りると目の前に松林がせまって、駅が海水浴場の中に有るといった感じがする。そして形容通り青い海、白い砂浜、緑の松林である。広い砂浜に空までつながっているような水平線。この雄大な景色に少年の胸が躍り、終日泳ぎ廻ったものである。

時は移り、今は茶色の多くなった松林の中を 188 号線が通り、車の行列、騒音の渦である。最近の子供は作られた美、車のいる風景、少しの騒音にならされており、今の景色に余り抵抗を感じないであろう。自然の美しさ、静かな美しさを求めるのは、少し前の世代の過去を振り返る、はかない郷愁かもしれない。

あの子供の頃に見たきれいな虹ヶ浜は、魔法使いに魔法でもかけてもらわないと帰ってこないかもしれない。虹ヶ浜は虹のかなたに消えてしまったようである。

その海水浴が光市との出会いである。(光市医師会創立五十周年記念誌 119 頁)



## 「吉村明人先生を偲んで」

光市医師会長 平岡 博

尊敬する吉村明人先生が、3月18日に、77才の生涯を終えられました。平成20年4月、脳出血で倒れられてから懸命のリハビリを続け、最近は一週に1度、外来診察をされていると二男の将之さん（山口大学第・循環器内科）から、お聞きしていましたので、突然の訃報に接し、大変驚きました。ASOが悪化し、痛みが強くなっても、なかなか治療を受けるといわれなかったそうです。最後まで地域医療のために、自らの命を削って働かれた結果でした。

昭和11年（1936年）熊本郡田布施町にお生まれになりました。昭和39年（1964年）、東京オリンピックが開催された年に、久留米大学医学部を卒業、久留米大学第2内科に入局し、大牟田市立病院内科、町立大和病院内科の部長を歴任されました。大のタイガースファンで、大和病院当時は、整形外科の河野先生と野球で盛り上がり、よくお酒を酌み交わされたそうです。

その後、46才の時、昭和57年（1982年）7月3日、「吉村医院」を光市島田2丁目、島田川のほとりに開院されました。先生の人なつこい、誠実なお人柄にひかれて、数多くの患者さんが訪れました。胃がんの読影会にも積極的に参加され、私たちは、先生から繊細な造影術や読影法についてたくさん学びました。一方では「いやーほとんど困ってしまっしてねー」と御自身の患者さんについての相談を、後輩に尋ねられる謙虚さをお持ちでした。

昭和63年（1988年）より平成14年3月（2002年）まで14年間、光市医師会の理事を担当されました。任期中は、10年以上に亘って、医師会報の担当理事として多大なる貢献をしていただきました。光市医師会50周年記念誌に掲載された先生の文章（再掲）には、その文学的才能がいかに発揮されています。先生が、なぜ光市で開業されたか光市の自然、市民をこよなく愛してこられたか伝わってきます。

多くの光市民の健康のため、医師会活動のため、そしてご家族のために長年働いてこられた吉村明人先生、安らかにお休みください。先生の育ててこられた地域医療を仲間と共に、大切に引き継いでまいります。合掌。

## 在宅医療について



佃 邦夫

今回光市医師会は在宅医療研究会なるものを立ち上げて、それに取り組むことを始めようとしています。まだ何も始まっていませんし、どのように進めるかさえも決まっています。その有り様は地域によってさまざまで、大都市と地方でその形は大きく違って来るでしょう。地域のニーズとその地域の医療資源によって、自ずと限界があります。そして何よりも時代の流れには逆らえません。この地域で今の時代に開業医として何が出来るかを考察してみたいと考えました。

そもそも、この研究会を考えたのは平岡会長で、厚労省が「在宅医療・介護あんしん2012」なるアドバルーンを上げて、在宅医療を推進しようとしていることと符合します。それには「施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す」との主旨が掲げられています。これは何を意味するか？これはこれまでとはちょっと違う主旨を感じます。大きな方針の転換を意味するものではないでしょうか？

日本で介護保険が始まったのが平成12年（2000年）4月1日です。その背景には病院における社会的な入院の増加がありました。その受け皿としての老人収容施設

が不足していたことから介護施設の拡張として進められました。そのモデルとして参考にされたのがドイツの介護保険です。それは1995年より施行されており、ドイツも高齢化と医療費の高騰にあえいでいました。ただ、日本では施設等のサービスを利用するだけの介護保険の給付ですが、ドイツでは自宅介護を行う家族に対して現金による給付が行われ、家族の介護の負担が軽減され、在宅介護ヘルパー不足等の問題は無いのと、もう一つ日本よりも介護認定がかなり厳しいという大きな相違点がありました。

介護保険が始まって12年が過ぎました。介護保険が定着するに従って医療現場では在宅でみる人たちがだんだん減っていききました。小生のところでも在宅で看取りをしていたものが年に数例ありましたが、ここ10年次第に減ってきてここ5、6年皆無となりました。在宅介護から施設介護へと変遷していききました。それに伴って在宅医療も施設中心のものへと変質していったと考えられます。そして今何が問題かといえば際限のない介護保険給付の増加と高齢化社会への対応です。自宅介護給付がないこともあり、介護を必要とするひとはデイサービスやショートステイから施設入所へと施設サービスを受けることが中心になり、在宅医療も施設サービスに随伴することになるのは必然でした。しかも、ほとんどの介護施設は営利組織が経営しており、介護資金は限られていますのでそれに充てられる公的資金を充足することが困難となります。当然のことながら予算は高騰の一途です。このままでは地方自治体の財政はもたないということで、厚労省はここで待ったをかけようとしているのです。

厚労省は今になって施設介護から在宅介護に方向転換しようとしています。平成24年度予算として地域包括ケア体制充実に向けて約486億円を組みました。その内訳のほとんどが地域包括センターにて行う包括的支援事業になっています。コンセプトとしては「在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、他職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供」というものです。

しかしこれまでの経緯を勘案すれば、今の制度のまま在宅介護を推し進めることは困難といわざるを得ません。自宅での介護支援給付がなく面倒をみるのが出来ないから施設にお願いするようになったのであって、今の制度のまま在宅介護を推進するのは介護をする家族の人たちにとってあまりに酷な話でしょう。他業種協働による支援体制？ 在宅で常時みているのは身内のひとたちです。介護関係の人が介入できる範囲は限られていて、いくら24時間体制で対応していても身内の介護の支援でしかないのです。その身内の介護者に何の経済的援助がないのでは在宅促進は絵空事でしかありません。家族の積極的な協力があって、なおかつ充実した支援体制で支えられる環境が不可欠でしょう。

じゃあ、われわれ医療人としては何が出来るかを考えてみたいと思います。今回平成24年12月に光市は「光市地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療等実態報告書」をまとめ、今後の指針としました。光市で在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所は3施設のみ。半数以上は今後も届出を考えていないとの調査結果でした。その理由の大きなものは24時間に対応するためのスタッフ不足です。現在

医療機関が訪問を行っている訪問先は各種介護施設が90%（213）で自宅へ往診しているのは11%（36）のみでした。調査時点で在宅療養中の患者数は医療機関で323例、そのうち81%（264）が介護保険サービスを利用しています。その主傷病は「認知症」39%「脳血管疾患」18.6%「高血圧性疾患」18.3%でした。終末医療を行う患者数は医療機関で12名、うち7名が癌患者でした。看取りの実績は平成24年4月から9月までに病院・診療所、訪問看護ステーションで21例でした。そのうち、自宅での看取りは7例のみ。光市全体の死亡数が半年で約270人（このうち検案となった人は50人超）という数字からみるととても少ない数字でしょう。

時代は大きく変わったといえます。戦後しばらくの間、老衰と不治の病を持つ人は家族に見守られながら床の間でみまかるのが常でしたが、50年以上経ったいま、生老病死は家庭から一掃され、医療・介護施設に囲い込まれました。いわゆる無痛文明の象徴といえましょう。今後老人人口がこれから10年間急速に増加し、要介護者が介護施設の入所から溢れ、在宅介護を余儀なくされる状況が予測されます。予算の関係



から審査も徐々に厳しくなることは避けられないでしょう。そうなったとき、在宅医療を請われれば応えることが出来るよう門戸を閉ざさないことが必要でしょう。いや、そのような消極的な姿勢ではなく、新しい在宅医療の形をアレンジしていくことが必要と考えます。すなわちありきたりの在宅ではなく、個別に患者が望むようなオーダーメイドの在宅を構築することが必要でしょう。施設が提供するレディメイドの医療ではなくひとりひとりが納得して満足していただけるオーダーメイドの在宅とはどのようなものであるかを構想し、実践していくことで、厚労省のいう「安心して自分らしい生活」を実現できるのではないかと思考します。たとえば認知症で食事を自分で食べられなくなった患者にどのような介護・医療を施すかは、元気なときの患者の意思と家族の希望に拠るでしょう。末期がんをどのように過ごすことが本人と家族にとって望ましいことであるのかを一緒に考えて考える医療があってもいいでしょう。あらゆる栄養補給をしないことも、あらゆるがん治療をやらないという選択も、そのような経緯のあとではあり得ます（リビング・ウィル）。このようなかかりつけの開業医しかできないオーダーメイドの在

宅医療を家族とともに構築していくという選択肢が新しい在宅医療の形として市民権を得る時代が来ることを期待します。そしてひとの最期を家族とともに看取るという経験をすることによって、ここ半世紀この社会が失ったものをもう一度見つめ直すべらしい機会が与えられるということもあるでしょう。これはある意味医療の進歩といえるかもしれません。



## 第39回全日本医師テニス 熊本大会に参加して

多田クリニック 多田 良和

昨年11月23日(金)、24日(土)、25日(日)熊本県で行われた第39回全日本医師テニス大会に参加してきました。例年は10月に行われるのですが、今回は諸事情の為遅くなってしまったという事です。朝、外はまだ真っ暗で、シンシンと寒さが身にしみる午前5時30分に起き、3泊ぶんの荷物とラケットを詰め込んでパンパンになったテニスバッグを肩にかけてグラウンドコートに羽織り、光駅に集合し徳山から新幹線直通で午前10時頃には熊本駅についた。駅からはタクシー乗合で熊本県民総合運動公園に向かった。運動公園は広大で複雑に入り組んでおり、公園内でタクシーが道に迷って会場のテニスコートに辿り着くのに時間がかかり、試合開始の少し前になんとか受付を済ませた。この日は曇りで昼前に少し雨がばらついたようで、道路が少し湿っていた。軽くウォーミングアップを済ませるとすぐに簡単な開会式とルール説明があった。今大会は日本全国から約400人程のテニス馬鹿が参加しているという事である。初日はミックスダブルスで年齢別、レベル別に複数の会場であり、我々夫婦は、夫婦ミックスにエントリーしたので屋外のオムニコートで試合をした。曇りでやや肌寒くコンディションは上々でした。試合は予選3組で戦って、1位のチームのみが決勝リーグに進

めるというものでした。対戦相手の男は他の2チームともサウスポーで、右利きとは逆の回転が強烈にかかったサーブを打ち、そのペアの女性の1人は元国体選手という事であった。練習なら、とても我々夫婦と一緒に相手をして貰えるようなレベルではなく、6-0、6-1で、あっさり敗退してしまいました。この日は他の仲間も早々に敗退したので、さっさとホテルに戻り、ホテル近くの水前寺公園に閉園ぎりぎり30分前に皆で押し掛け、ジョギングしながら公園内を散策し、記念写真を撮りまくりました。ホテルに戻って、ホテルの大浴場で疲れをとり、夜は仲間達と馬刺しとビールで残念会を催し、明日からの試合に備えた。慣れないベッドの為か、或いは緊張の為か?なかなか寝付けず、前日のビールのおかげか、はたまた齢のせいか、何度も小用に立ち、いつの間にか夜が明けてしまっていた。ホテルで早々に朝食を摂り、会場行きのバス停に行った。バス停にはテニスバックを抱えた人々が続々と集まってきており、その中にちらほら他の大会で見知った顔を見つけては、軽く挨拶を交わした。今日、なか日はいよいよシングルス!。シングルスは男女、Aクラス、Bクラスに分かれ、各々5歳刻みの年齢別と、



二人で熱写

年齢に無関係のオープンクラスに分かれていた。私は55歳以上のクラスに出場しました。テニス人口も高齢化が進みアラ還世代の選手が最も多く、又、皆テニス歴30～40年以上のベテランぞろいで強敵ぞろいであります。その中であって私は最弱の部類ですので、あまり勝ちを望めません。実は前々大会の宇部大会が私のデビュー戦で今回は2度目の出場でした。デビュー戦のときのシングルス相手が何と20数年前、東北の病院勤務時代に、スキー、テニス、酒と、一緒に遊んだ友人でした。実力は伯仲しており勝負は私の惜敗でした。その後、なんとか1勝を挙げようと、血の滲むような練習を重ね??今大会に臨みました。この日はあいにくの天気でしたが、我々は屋内コートでしたので、外で雨が降ったのに気が付きませんでした。しかしドームの中に20面位のコートが並んでおり、照明があまりよくなく、とても球が見えにくかった。風の影響を受けない点はよかったが、位置によっては見えにくく、眼の悪い私には些か不利であった。自分の番になるまで

は仲間の応援をした。試合は8番コート第二試合目である。待っている間も次第に緊張が増してくるのを感じた。初戦の相手は愛媛の強豪、今大会の私のダブルspartnerであるK先生のテニスの師匠にあたるS先生であった。ゲームはノーアド6ゲーム先取、ウォーミングアップは各々サーブ4本のみである。最初の立ち上がりこそ、お互いに調子が上がらず、どさくさにまぎれて、なんとか2ゲーム取れたもののそのうち弱点のバックサイドを見破られ、そこからあっという間に6-2で完敗してしまいました。予選リーグはあと1試合のみ、1時間ほどの間延びした待ち時間の後、今度は福岡のTK先生。見るからに野武士の様ないでたちでラケット1本肩に担ぎ無精髭を生やしている。またしても各々4本のサーブ練習のみで試合は始った。相手はややバックが不得意なようだ。相手はこれが本日第1試合目であるが、私は第2試合目で、1時間も前で最適とは言えないが、既にウォーミングアップは済んでいる。少し有利であった。最初は0-1とリードされ



熊本 水前寺公園にて

だが丁寧にバックを攻めていると、次第にリターンが荒くなり2-2と並んだ。その後相手もバックを修正してきて簡単にミスしなくなったが、相手のサーブの精度も、私のバックサイドを正確に捉えることができなかつたため、シーソーゲームで5-4のリードとなった。私のサーブの番である。6ゲーム先取であるので、このゲームを取れば勝ちである。30-15とリードし、ここは思いっきり相手のバックサイドめがけてサーブを放った。1回ダブルフォルトをして30-30と並んだが、2本サービスが決まって、6-4とシングルス初の勝利を飾った。これで今大会の収穫は十分であったが、そこは欲深い人の性、TK先生がS先生に勝ってくれたら決勝リーグに進めるかも知れない、等と淡い期待を懐いたが、やはり現実はそんなに甘くはなかつた。この日は午後6時からスポーツ予防医学研究会の講演があり、その後7時から総会という名の大宴会が催された。とても印象的だったのは、講演会終了後、宴会が始まるまでの間、ロビーで黒生ビールが飲み放題だったことで、このときは、やっぱりテニスはいい、ビールがとても旨い、と思った。熊本のテニスキチガイ達の粋な計らいである。最終日男子ダブルスは屋外コートであった。先の愛媛出身のK先生とペアである。この日はとてもいい天気で、ポカポカ陽気で太陽が眩しかった。どういう訳か、我々は3戦全勝し決勝リーグに進むことができた。我々が勝利した相手には、昨日私がシングルスで完敗したS先生チームもいるから勝負はやってみないと分からない。再び長い待ち時間の間、昼食の弁当を食べて、知り合いのゲームを見て過ごした。他の予選リーグの全試合が終了し、決勝リーグ出場チームが出そろった。決勝リー

グ第1戦の相手はなんと仲間の山口チームであった。いつも一緒に練習しており、とても勝ち目のない相手であった。太陽が目に入り、サーブが全く入らず、あっさり敗退した。一応決勝リーグに残ったので3位ということになったが、記念品は2位までで、手ぶらでさっさと熊本駅に戻り、お土産や馬刺しを買い込んで帰った。午後7時30分、やっと光に着いて、近くの飲み屋で打ち上げをして家に戻った。その10日後、今大会3冠を達成された仲間の祝勝会という名目で再度飲み会を行った。今年は大阪、来年は福岡である予定です。次回はシングルス2勝を目指して現在特訓中です。



## 第13回光市医師会 園・学校医の集い

### 「発達に課題を抱える 子どもと家族の支援」

講師 久留米大学小児科 准教授

山下 裕史朗 先生

日時 H 25 年 2 月 22 日 (金)

午後 7 時 00 分～8 時 30 分

場所 光市商工会議所 2 階大会議室にて



山下 裕史朗 先生



学校保健担当  
広田 修



光市医師会会長 平岡 博

園・学校医の集いも13回を迎えました。今回は乳幼児施設より要望の多かった発達障害の話をお招きして講演いただきました。現場でどのような対応をしたらいいのか日々困惑しておられる園の先生方には大いに参考になるお話が聞かれることと思います。

今日は上記の題目で次の内容をお話しします。

- ・発達障害とは？
- ・発達障害の治療ゴールは？

- ・ADHDと自閉症児
- ・ライフサポートブック作成の勧め
- ・行動の問題にどう対処するか？
- ・サマートリートメントプログラム（STP）から学んだこと DRCの紹介

発達障害は次のような内容を含みます。

- ・明らかな「遅れ（知的障害）」がなく、「偏り」、「歪み」を中心とする発達障害 杉山氏のいうデコボコ
- ・自閉症スペクトラム障害（ASD）＝>社会性の欠落
- ・注意欠陥（欠如）・多動性障害（ADHD）=>行動障害
- ・特異的発達障害  
学習障害（LD）=>学習能力の欠落  
発達性協調運動障害=>運動能力の障害

治療の目標は

- ・各発達障害の症状（特性）に基づく機能障害（生活の中でうまくいかないこと、適応障害）をできるだけすくなくすること
- ・二次障害を防ぐこと
- ・自尊感情（セルフエスティーム）を高めること
- ・自分の苦手な点、得意な点を認識できて、将来、対応を自分で工夫できるようになること

マイケル・フェルプスはADHD

- 9歳で診断を受けた
- 学校で学習に集中できず、薬物治療を受けた
- やる事リストを張り出し守れたらシール(母談)
- プールは、彼にとって安全な天国

図1



he's always losing things,

図 2



図 3

When opportunity

presents itself,

he goes for it,

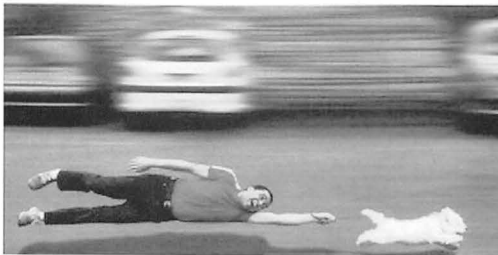


図 4

水泳選手のマイケル・フェルブスは9歳でADHDの診断を受けましたが、家族の適切な指導により水泳で活路を見いだしました(図1)。発達障害の子供は早い時期にそれと診断し、早く手を打つことでかなり社会性が保たれます。家族も社会もそれに対する理解をただしく持っていただきたいと思います。犬はいつも何かをなくして探しています(図2)。何でもないことに気を取られ(図3)、これと思ったら猪突猛進(図4)、躊躇することなく飛び込み

ます(図5)。犬がADHDなら猫はアスペルガーか……?愛情を持って接しましょう。

and may dive straight into a situation



図 5

ADHDの診断基準 DSM-IV-TR 多動性(6項目)

- 手足そわそわ、椅子の上でもじもじ多い
- 教室など座っているべき時に離席する
- 余計に走り回る、高いところ上がる
- 静かに遊んだり、余暇活動につけない
- じっとしていない、まるで“エンジンで動かされているよう”に行動する
- しゃべりすぎる

図 6

ADHDの診断基準 DSM-IV 衝動性(3項目)

- 質問が終わる前にだし抜けに答える
- 順番を待つのが困難
- 他人を妨害し、邪魔する(例えば、会話やゲームに干渉する)

不注意項目から6つ、あるいは、多動・衝動性項目から6つ満たせば診断可能  
重要なのは、どれだけ困っているか

図 7

ADHDの診断基準 DSM-IV-TR 不注意(9項目)

- 学業・仕事で綿密に注意できず、不注意ミス
- 注意持続困難(課題や遊びの活動で)
- 話しかけても聞こえないように見える
- 指示に従えず、学業、用事、職場での義務をやりとげられない
- 課題や活動を順序立てることが困難
- 持続を要する課題を避ける、嫌う、いやいや行う
- 課題や活動に必要な物をよくなくす
- 外部からの刺激で容易に注意をそらされる
- 毎日の活動を忘れてしまう

図 8

A D H D (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) 注意欠陥多動性障害 or 注意欠陥多動症候群の診断基準を図6・図7・図8に示します。ADHDには大いなる社会的偏見が存在しています。患者だけの問題ではなく、まわりの環境にもその対応に問題があるということです。これは単なるしつけの問題や知能の問題じゃなく、特殊な疾患による症状と考えていただきたい。その家族も学校の先生もその疾患を正しく認識し、正しく理解・支援する姿勢が大切です。そして、早期から適切な対応をし、適切な医療を行うことが肝要です。親御さんからよく質問をいただくことに、早期からそのようなレッテルを貼ることは抵抗があるというご意見があります。そのお気持ちはよく分かるのですが、放置することによる社会的デメリットを考慮すると、早期より診断し、それに対する対応を適切にすることによる社会的メリットがそれに凌駕すると考えます。

次にADHDと自閉症児についてお話しします。自閉症児には図9・図10のような特徴があります。ADHDにはASD(自閉症スペクトラム障害)の併存が臨床的には認められます。これを放置すれば将来社会への不適応が顕在化し社会的引きこもりの状態となります(図11)。そうならないように早期より対応が必要です。就学が本人にとって不安なく、スムーズにいくように早めに準備し、校長・教頭と相談することを勧めます。小学校に体験入学したり園での様子を見学してもらいましょう。教育委員会や小学校関係者・保護者などに情報を共有してもらいましょう。久留米市ではライフサポートブック「もやい」を提示し、子育ての支援や情報提示を行っています(図12)。

**乳児期の自閉症児**

- 視線が合わない、合いにくい
- 人の顔、声、だっこに興味がない
- いないいないパーを喜ばない
- 呼んでもふりむかない
- 微笑み返しをしない
- 模倣をしない
- おとなしく手がかからない
- 人見知りが弱い
- 指差しが少ない

KURUME UNIVERSITY

図 9



図 11

**幼児期の自閉症児**

- 一人遊び(反復、感覚遊び)
- 集団活動に参加できない
- 要求や興味の指差しが乏しい
- 何かを見せるために持ってこない
- 想像的なごっこ遊びが少ない
- 字や数字が好き、独学で覚えてしまう
- 本の虫「昆虫博士」「乗り物博士」
- 大人びた言葉遣い、標準語

KURUME UNIVERSITY

図 10

**ライフサポートブック「もやい」**

- 久留米市ホームページから  
<http://www.city.kurume.fukuoka.jp/>
- 暮らしの情報の「子育て支援」をクリック
- [家庭相談・発達支援]の「発達支援・幼児教育」をクリック
- ライフサポートブック「もやい」をクリック
- I 期0~15歳(義務教育終了後まで)、II 期16歳以上用の2種類あり、参考資料「障害の理解と支援のポイント」
- ダウンロードして利用可能

KURUME UNIVERSITY

図 12

## 心理社会的療法

- ペアレント・トレーニング
- 家庭や学校での行動療法的介入：明確なルールの設定、DRC→知っておくと便利
- ソーシャル・スキル・トレーニング
- ADHDくるめサマー・トリートメント・プログラム (STP)：包括的集中治療プログラム
- 家庭と学校と医療機関間の連携：園医、校医、家庭医の役割が重要

図 13

## くるめSTPの概略

- デイキャンプ形式：月～金曜日通学、1日7時間、夏休み2週間、久留米市内の小学校で
- 子どもたちはグループメンバーと終日共に行動（1クラス：12～14名）、低・高学年2クラス 小2～6年
- 医療・心理・教育専門家の指導のもと、子どもたちの行動観察・評価記録、行動修正を直接行うのは研修を受けた大学生・院生カウンセラー
- 学習センター（課題プリント・教えあい学習、パソコン学習）：久留米市の教師が実施、市教育委員会の全面的バックアップ（STP研究部会あり）

図 14

## わかりやすく、やる気の出るシステム

- すべての活動には、「決まり」がある
- 「決まり」を、活動の初めに繰り返し確認する
- 「決まり」を守ると、すぐにポイントがもらえる
- 「決まり」を破ると、すぐにポイントが減る、場合によっては「タイムアウト」もある
- 視覚的にわかりやすい掲示、構造化
- 適切な指示の出し方
- やる気を高める工夫：DRC、個別学習課題内容、教えあい学習、カウンセラーから働きかけ

図 15

一日の活動 ※活動は10～15分を1インターバルと設定する

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 登校</li> <li>※朝の会</li> <li>※スポーツ練習</li> <li>※学習センター（授業教室）</li> <li>※昼食</li> <li>※昼休み</li> <li>※スポーツ試合</li> <li>※水泳</li> <li>※自由時間</li> <li>■ 下校</li> </ul>	 <p>朝の会</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①活動ルールの確認</li> <li>②表彰</li> <li>③SST</li> <li>④獲得ポイント発表</li> </ul>
--	--	---

※活動は10～15分を1インターバルと設定する

15分間

朝の会

下校

話し合いのルール確認

図 16

## ポイントシステム

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ポイントが減る行動</li> <li>■ 攻撃(-50)</li> <li>■ 壊す(-50)</li> <li>■ 先生の言うとおりにしない(-20)</li> <li>■ 物を盗る(-50)</li> <li>■ 勝手に離れる(-50)</li> <li>■ 嘘をつく(-20)</li> <li>■ 先生への悪い態度(-20)</li> <li>■ 仲間への悪い態度(-20)</li> <li>■ 悪いことばを使う(-20)</li> <li>■ じやまをする(-20)</li> <li>■ 文句を言う/泣く(-20)</li> <li>■ 決まりを破る(-10)</li> <li>■ (スポーツ中)態度が悪い(-10)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ポイントが増える行動</li> <li>■ 先生の言ったとおりにする(+10)</li> <li>■ 仲間を助ける(+10)</li> <li>■ 仲間と一緒に使う(+10)</li> <li>■ 注目する(+10)</li> <li>■ 話し合いで発表する(+10)</li> <li>■ ちょっかいを無視する(+25)</li> </ul> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ポイントが増えるボーナス</li> <li>■ 決まりがよく守れた(+50)</li> <li>■ (スポーツ中)態度が良い(+25)</li> <li>■ よくがんばったボーナス(+25)</li> </ul>   |

図 17



図 18

その治療についてお話しします。主に社会復帰を目指して心理社会的療法を中心に お話しします。それには図13のような方法があります。その両親だけではなく、学校にも協力が必要です。そしてさらに包括的集中治療プログラムがあります。わたしは2000年頃に病院での治療に限界を感じ2003年の夏にニューヨーク州立大バファロー校心理学科のペラム教授が主催するSTP（スマートリートメントプログラム）を中心とした包括的治療研修を5週間受けました。その目的は明確で、友達とうまくやっていえるための必要は社会的スキルを育てるといえるものです。それを模してくるめSTPなるものを行っています（図14）。わかりやすく、やる気の出るシステムを目指しています（図15・図16）。そのためにポイントシステムを取り入れて行動の善し悪しを本人に分かりやすくして指導しています（図17図18）。さらに強化子（はげみ）：報酬系の強化としてデイリー・レポート・カード（DRC）を作ったり自由時間や遠足、毎日の表彰・金メダル賞など数々の特典を設けています（図19）。

### 強化子(はげみ):報酬系の強化

- デイリー・レポート・カード(DRC):達成度(「はいの数」)に応じて、予め決められたごほうびを家庭でもらえる 子どもは「がんばりカード」と呼んでいる
- 昼休み、掃りの自由時間:午前、午後のDRCの達成度(「はいの数」)+タイムアウトなしで獲得
- 金曜日のお楽しみ会・遠足:月~木曜までのがんばりカード達成度、ポイントが多い人のみ参加可能
- 朝の会で毎日表彰:前日、一番ポイントとった人、ベストスポーツマン、一番ポイントが伸びた人が獲得
- 金メダル賞(優等生) 数々の特典あり、自己評価

図 19

### DRCの使い方:コツ

- 具体的で子どもが理解できる目標:〇回まで
- 目標が高すぎないこと
- 3つのうち1つは達成可能な目標を入れる
- 家族全員の協力、学校先生との共同作戦
- 修正、改訂が必要(飽きやすいので)
- 即効性はないので、気長にがんばる
- 年齢に応じてシールなども使う
- ごほうびの設定は適度なものを

図 20

### 家庭でのごほうびシステム

- その日の「がんばりカード」のシールが10個全部貼れると、「やったねカード」がもらえる。
- 「やったねカード」は、A君の大好きなアニメのキャラクターを日替わりで用意している。
- 「やったねカード」が1週間(3枚)たまると、保護者と約束したご褒美をゲットできる。
- ご褒美は決して高価なものではないが、A君にとっては「特別」な楽しみ。適切な行動をすればするだけ自分により結果が返ってくるというこのシステムは、A君にとって分かりやすく、とても有効だった。

図 21

### 働けるおとなになるために必要なこと

- 規則正しい覚醒・睡眠リズム
- 体力がある、遅刻・欠勤をしない
- まじめである、最後までがんばれる
- 身辺自立:自分でできることが多い
- ルールを守る
- 勤労意欲がある
- 人に喜ばれたいという気持ちがある

図 22

最後に家庭での継続した指導についてお話しします。STPの後3ヶ月も放置すれば状態は元に戻ってしまいます。家庭で継続してDRCを適切に上手に使う必要があります。そのコツを図20・図21に示します。その目的は成人して社会の中で居場所を確保できることです。家庭や学校だけじゃなく職場や友達関係でもそれに準じた対応が必要です。そして仕事ができる大人になる必要があります(図22)。それを最終目標として家庭や社会、学校や職場が対応することがなによりも重要と考えます。ありがとうございました。



## 第4回市民公開講座 「知っておきたい 生活習慣病の正しい知識」

講師 光市立光総合病院循環器内科部長  
中村安真先生

日時 H 25年3月2日(土)  
午後2時00分～3時00分

場所 あいぱーく光・いきいきホール



中村安真先生



光市医師会長  
平岡 博

光市医師会主催  
第4回市民公開講座

知っておきたい生活習慣病の  
正しい知識  
講師：中村 安真  
光市立光総合病院  
循環器内科部長

日時：3月2日(土)  
14:00～15:00

会場：光市総合福祉センター  
(あいぱーく光 いきいきホール)  
〒743-8790 光市光井二丁目2番1号

参加費：無料(事前登録不要)

連絡先：光市医師会事務局 Tel. 0333-72-2234




図 1



第4回目は生活習慣病について光総合病院循環器内科の中村安真先生にお話をいただきました(図1)。当日は聴講者がいっぱい椅子が足りなくなり、慌てて椅子を足すことになりました。およそ50人の光市民が真剣に耳を傾けてくれました。

全部傷んだ血管のせいです



心筋梗塞      脳卒中      腎不全      網膜症      足の壊疽

⇒生活機能低下 ⇒要介護

図 2

生活習慣病は高血圧症や糖尿病、高脂血症などの根本的な原因であり、その治療には薬剤以上に重要な位置を占めます。しかし、その改善は患者自身の自覚が不可欠で、よく理解して、それを実行する意識が何よりも重要です。今回は医学的な知識がなくても理解できるように専門の医師が咀嚼した知識を消化しやすく加工してわたしたちに披露してくれました。

動脈硬化で血管がぼろぼろ、心臓や脳卒中、腎臓や網膜症など、全部痛んだ血管のせいです(図2)。血管を痛める原因は生活の中にあります。それは運動不足であり、

塩辛いものの取りすぎであり、喫煙や飲酒など、過度のストレスもその原因です（図3）。その危険因子がいくつも重なるとその危険度が急激に高まります（図4）。



図3



図4

ではどのように気をつければいいんでしょう？ 今日是一般に人たちが陥りやすい生活習慣病の知識にまつわるウソについてお話しします。以下に並べる項目は全部

ウソです。

- ・血圧が高いと頭痛などの症状が出る??
- ・血圧は体調がすぐれないときに測る??
- ・血圧が高くなったら臨時で薬を服用する??
- ・血圧の薬やコレステロール・糖尿の薬は飲み出したら一生のまんといけんくなるからなるべくねばる??
- ・塩分は1日9gぐらい??
- ・水分はたっぷり取った方がいい??
- ・血糖には甘いもんが一番いけん??
- ・食っちゃらんに太る??
- ・運動して痩せよう!??
- ・雨じゃけえ～運動できん??
- ・夜はきちんと食べるといけんから 朝・昼を質素に??
- ・何を食べたら痩せますか?という質問??
- ・たばこがまめれんのは意志が弱いから??
- ・たばこを吸うと落ち着く??
- ・あの爺ちゃんヘビースモーカーだったけど長生きした、と安心する??
- ・換気扇の近くで喫煙。これで周囲の人は大丈夫??
- ・もう年じゃし、今さら禁煙なんて??
- ・睡眠時無呼吸? 俺は違うじゃろ??
- ・睡眠時無呼吸は昼間眠くなる病気。眠くならんけりゃ悪うない??

以上、盛りだくさんでしたが、それぞれ



聴講者全体像

に深い意味が込められていました。先生は、禁煙外来も行われており、たばこの害とともにたばこをやめるために必要な心構えについて説得力のあるお話を聞くことが出来ました。たばこを吸うと落ち着くというのは認識の誤りで、喫煙習慣があるために常に嫌な体調に追い込まれていて、たばこを吸っているときだけ少しだけそれから解放されているんだというもの。これはだまされているんです(図5)。それともう一つ、目標塩分摂取量は0グラムです、というもの。減塩醤油や減塩味噌で薄味は成功しません、塩分を一切取らないという意識でやらないと失敗しますとの提言でした(図6)。日本人にとって正しい減塩はそのくらいの意識でないと実現不可能でしょう。実に納得のいく説明でした。

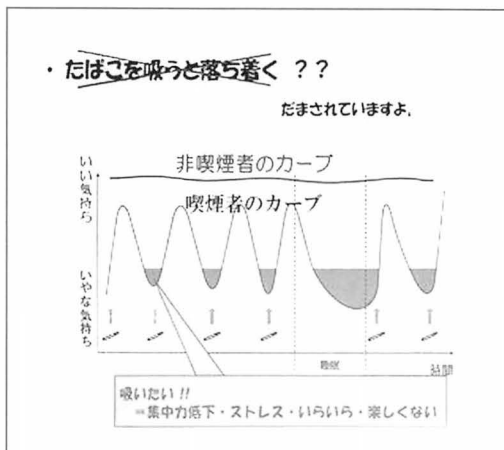


図5

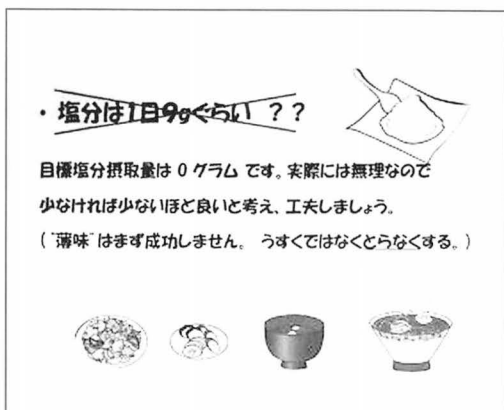


図6



図7

医学の素人でも分かるように実に工夫された講演でした。終了後、聴講者から質問が相次ぎました(図7)。講演の内容がみんなの意識によく浸透した証拠でしょう。中村先生には感謝の念に堪えません。



### 「黄砂と花粉症」

花粉症については毎年のようにテレビ、新聞、雑誌等で報じられますので、今回は黄砂（こうさ）の話をしていきます。

スギ花粉は毎年2月から4月にかけて飛散しますが、黄砂は3月から5月にかけて、10月から11月にかけて飛散します。特に3月から5月、ひどいときには車のボンネットが黄色くなり景色がかすんで見えるほど飛びます。

それでは、黄砂とはいったいどこから飛んできて、どういった成分からできているのでしょうか？

黄砂は中国内陸部やモンゴルの砂漠地帯、特にタクラマカン砂漠やゴビ砂漠から強風で大気中に舞い上がった砂塵のことで、偏西風に乗って朝鮮半島や日本、北米にまで運ばれます。黄砂の主成分はシリカ（二酸化ケイ素）やアルミなどで、これに排気成分やカビ、細菌が付着して日本まで飛んできます。

次に、黄砂はどのような症状を引き起こすのでしょうか？

黄砂の大きさは、発生時は直径が70～80  $\mu\text{m}$ ですが、日本に飛んでくるものは3～4  $\mu\text{m}$ です。これはスギ花粉(30  $\mu\text{m}$ )より小さく、そのため肺の奥にまで入り込みます。しかも黄砂の表面はガタガタしていて、スギ花粉症や喘息を悪化させたり、黄砂自体がアレルギー症状や呼吸器障害を引き起こしたりします。ちなみにスギ花粉は喘息や咳を引き起こすことはほとんどありません。従って、特に、花粉症や喘息のある人は黄砂に十分注意が必要です。

黄砂がアレルギーや呼吸器の病気を引き起こすことはわかりましたが、診断はどう

するのでしょうか？

花粉症かどうかは血液検査で簡単にわかりますが、残念ながら黄砂によるものかどうかの診断は現在のところ、「黄砂がひどいときに症状が悪化する」ということから推測するしかありません。自分の症状が黄砂の多いときに悪化しないか注意してみましょう。

今後、地球温暖化による砂漠化が進み中国の大気汚染が進むと、日本でもさらに黄砂による呼吸器障害が増えるかもしれません。北京ほどひどくはありませんが…。

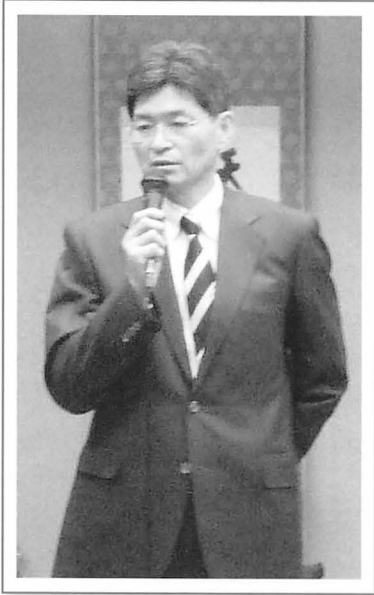
光市医師会・医療保険担当理事  
耳鼻咽喉科しみず医院・院長 清水敏昭



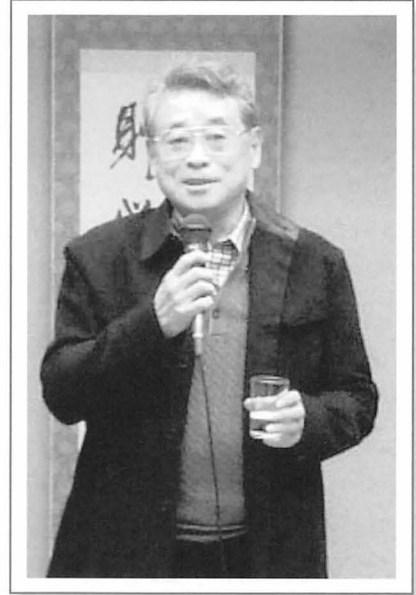
# 光市医師会新年互礼会

日時：平成25年1月24日

場所：ホテル松原屋



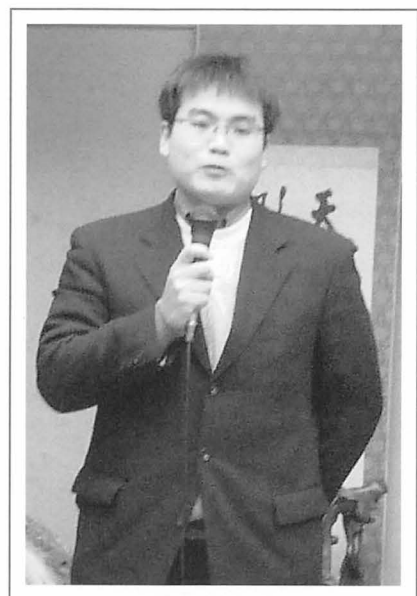
平岡博会長挨拶



高橋建次先生乾杯挨拶



市川医院  
市川淳二先生挨拶



新日鐵住金株式会社  
光診療所 大石充宏先生挨拶



市川淳二氏 挨拶

## 平成 23・24 年度 光三師会通常総会 次第

平成 25 年 3 月 22 日（金）7 時半から  
ホテル松原屋

1. 開会の言葉
2. 会長挨拶
3. 議長選出
4. 議事
  - 1) 平成 23・24 年度事業報告
  - 2) 平成 23・24 年度会計報告・監査報告
  - 3) 次期役員改選
  - 4) その他
5. 議長解任
6. 閉会の言葉

※ 総会終了後、懇親会



次年度より 2 年間光市医師会が担当することになりました。

## 第15回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時：平成25年3月5日（火）

19：30～

会場：光市立大和総合病院

6階 大会議室

光市医師会会長 平岡 博  
学術担当理事 谷川 幸治

◎超高齢者の総胆管結石症における  
治療方針

—内視鏡的結石除去術と内視鏡的  
胆道ステント留置術—

光市立光総合病院 岩本 早耶香

◎脳膿瘍に進展した副鼻腔真菌症の1例  
光市立大和総合病院 佐野 先

◎関節リウマチに対する早期診断・  
早期治療の重要性

光市立光総合病院 山本 健志

◎整形領域におけるM S C Tの活用

光中央病院 放射線技師 森川真裕

◎在宅で看取ることのできた進行性腺  
癌の1例

平岡医院 平岡 博 平岡いづみ

光市立光総合病院消化器内科

谷川幸治、岩本早耶香、矢川智之

◎超高齢者の総胆管結石症における治療方針

—内視鏡的結石除去術と内視鏡的  
胆道ステント留置術—

光市立光総合病院 岩本 早耶香

超高齢者（85歳以上）の総胆管結石症に対する当院での治療方針について症例を提示して検討してみました。総胆管結石排石術には内視鏡的乳頭切開術（EST）と内視鏡的乳頭拡張術があります。実際には

穿孔を来さないように両者を合わせて行うことが多いです（図1）。それが難しい場合、内視鏡的胆道ステント留置術を施行することがあります（図2）。症例1は86歳、炎症の治まった胆のう・総胆管結石症です（図3）。内視鏡的乳頭切開術ならびに胆管結石排石術を行いました（図4）。翌日に血液検査で合併症なく食事開始。検査3日後に腹腔鏡下胆のう摘出術目的で外科転科となりました。症例2は96歳の女性で腹痛と発熱あり肝機能障害を認め、総胆管結石嵌頓を疑われ12月31日入院となりました（図5）。年末でスタッフ不足と術前検査の不備、さらに結石が10mm以上あり憩室内乳頭であり、穿孔の危険があり完全排石には時間がかかると予測されたために、胆道ステントを選択しました。処置時間は11分で問題なく終了しました（図6）。図7に当院での治療方針を示しました。

■ 内視鏡的胆管結石排石術の実際

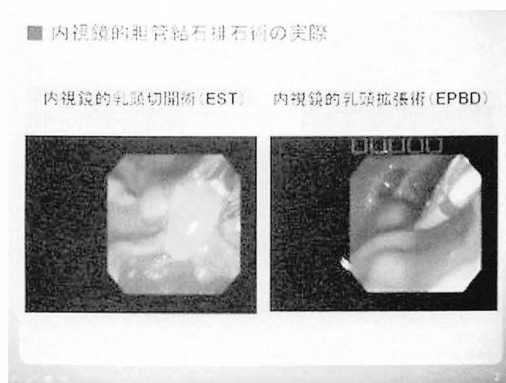


図1

■ 内視鏡的胆道ステント留置術

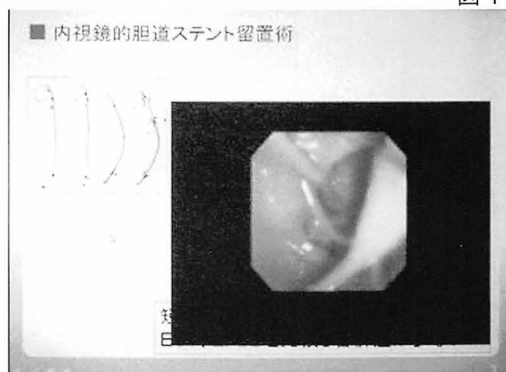


図2

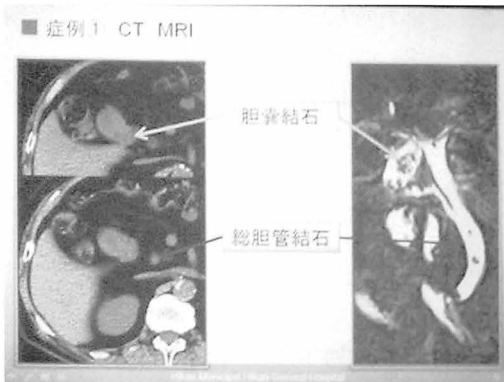


図3

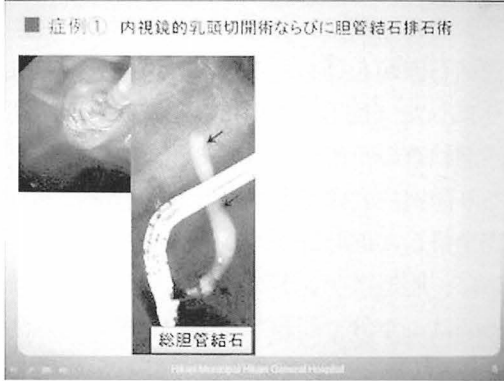


図4

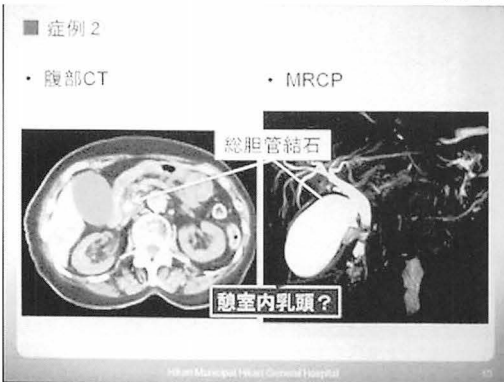


図5



図6

■ 当院での総胆管結石の治療方針

>完全排石後胆管炎再発率7-14%  
>ステント留置例胆管炎再発率31-63%

↓

**完全除去することが理想的**

高齢者での懸念事項

- ✓ 併発症や多臓器疾患の悪化によるQOL低下
- ✓ 入院長期化による認知症や廃用症候群の進行によるADL低下

巨大結石、堆積状結石など困難例                      → 胆道ステント留置

多臓器合併症を有する症例

抗凝固剤が休薬できない症例

Hikari Municipal Hikari General Hospital

図7



◎脳膿瘍に進展した副鼻腔真菌症の1例  
光市立大和総合病院 佐野 先

78歳の男性です。2型糖尿病がありコントロール不良です。平成24年末から急激な左視力低下を認め、左眼窩内アルベルギルス膿瘍の診断で、3月に内視鏡的鼻内術を施行されました。平成24年7月26日に意識レベルの低下あり、MRIで脳梗塞の疑い、その後療養目的で当院転院となりました。今回、左鼻出血を認め、当科紹介となった患者さんです。血液検査では $\beta$ -Dグルカンが62.5pg/mlと高値で、真菌の感染を疑わせました。

図1図2が頭部CT検査です。左前頭葉脳底部に被殻を持った膿瘍像がみられません。眼窩の壁は崩れ上顎洞と連絡していて、軟部組織の肥大がみられます。図3図4図5は頭部MRI像です。同部に被殻を持った膿瘍像がみられます。患者は平成24年10月に亡くなりました。

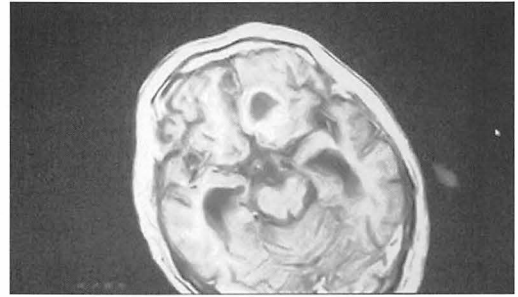


図3

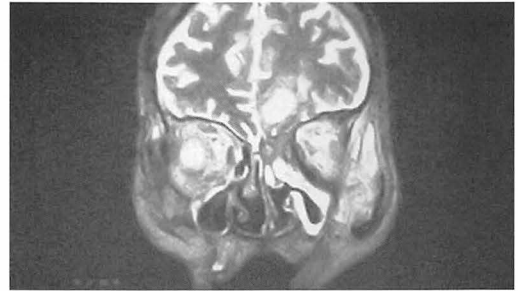


図4

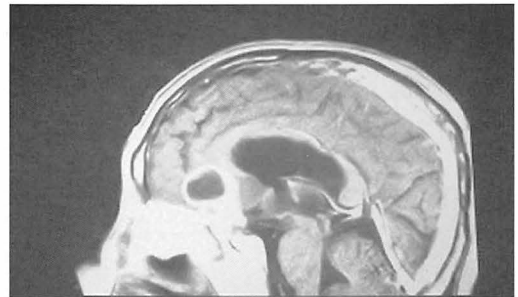


図5

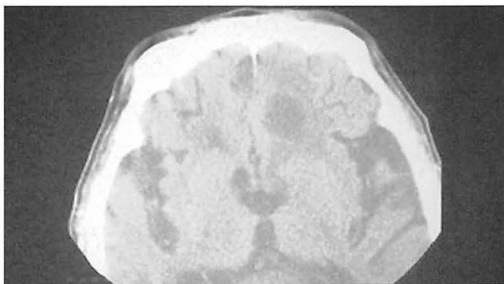


図1



図2



◎関節リウマチに対する早期診断・

早期治療の重要性

光市立光総合病院 山本 健志

関節リウマチの診断基準は主に1987年に示された米国リウマチ学会に拠るものが使用されていますが、これによるとかなり進行したもののしか診断基準を満たさず、関節の変形を予防することが出来ません。2010年に示されたACR/EULAR RA分類基準は比較的早期に診断できる基準です(図1)。これに拠れば図2に示すような疾患を除外する必要があります。また、これを利用する上での注意点を図3に示します。早期に診断するための画像所見を図4に示します。骨の変化としてはびらんや関節裂隙の矮小化、MRIで骨びらん・骨髄浮腫・骨浸食・腱鞘滑膜増殖などがあります。

ACR/EULAR RA分類基準(2010)

関節炎(腫脹or疼痛)	点数
中・大関節 1以下	0
2-10	1
小関節 1-3	2
小関節 4-10	3
>10(少なくとも1つは小関節)	5

血清学的因子(RF、抗CCP抗体)	点数
ともに陰性	0
低陽性(正常上乗値の3倍まで)	2
高陽性( 〃 の3倍以上)	3

滑膜炎の持続期間	点数
<6週	0
≥6週	1

炎症マーカー(CRP、ESR)	点数
ともに正常	0
いずれかが異常高値	1

3点以上でRAと分類

図1

ACR/EULAR RA分類基準(2010)

- ウイルス感染症に伴う関節炎(バルボウイルス、風疹ウイルスなど)
- 全身性紅斑性肉芽腫(シェーグレン症候群、SLE、MCTD、PM-DM、強直性)
- リウマチ性多発骨痛症
- 乾癬性関節炎

中

- 変形性関節症
- 関節裂隙の疾患(腱鞘炎、腱付着部炎、関節腔閉塞炎、滑液包炎など)
- 結晶性関節炎(痛風、偽痛風など)
- 血液反応性骨髄炎(反応性関節炎、急性炎症性関節炎、慢性炎症性関節炎)
- 全身性結合組織炎(ベーチェット病、血管炎症候群、成人ステル病、結節性紅斑)
- その他のリウマチ性疾患(日帰りリウマチ、サルコイドーシス、RS3PEなど)
- その他の疾患(長年関節痛、腱鞘炎など)

低

- 感染症に伴う関節炎(細菌性関節炎、結核性関節炎など)
- 全身性結合組織炎(リウマチ熱、再発性多発軟骨炎など)
- 慢性骨髄炎(慢性骨髄炎)
- その他の疾患(アミロイドーシス、感染性心内膜炎、慢性炎症性腸病変症など)

図2

ACR/EULAR RA分類基準(2010)

利用する上での注意点

- 少なくとも一つの滑膜炎のある関節を認めること。滑膜炎の存在は専門医による関節腫脹の確認。
- 滑膜炎が他疾患で説明がつかないこと。
- X線上RAに典型的な骨びらんがあり、新基準と矛盾しない疾患がある場合はRAと診断する。

↓

関節疾患の鑑別ができるリウマチ医の使用を推奨

図3

RAを疑う画像所見

関節裂隙の骨粗鬆化・骨びらん  
関節裂隙の矮小化

関節近傍の骨びらん  
骨髄浮腫(境界不明瞭なT1:低、T2脂肪抑制:高)  
骨浸食(境界不明瞭なT1:低、T2脂肪抑制:高)  
関節や腱鞘滑膜増殖(T1:低、T2脂肪抑制:高)

骨びらん  
関節水腫  
滑膜増殖や肥厚  
ハワードブラ画像による血流増加

図4

症例を示します。45歳の女性です(図5)。新基準では7点です。44歳で発症し、一ヶ月以上左中・環・小指PIP関節の腫脹、疼痛、朝のこわばりがありました。CRP 1.4 RF 22 抗CCP抗体 300以上で手指の骨変化は軽微ですが、関節裂隙の矮小化がみられます(図6)。手指のMRI検査では腱鞘の腫脹所見がみられました(図7)。MTX 8mg/Wで治療を開始し、3ヶ月後シンボニー(GLM) 50mg皮下注/4w開始しました。シンボニー投与後6ヶ月で図8に示すように腱鞘の腫脹が軽減しました。

Y 45 F

44歳発症。1ヵ月以上左中・環・小指PIP関節の腫脹、疼痛、朝のこわばり

CRP 1.4 RF 22 抗CCP抗体:300以上 MMP3:60.7 VAS 7/10 DAS28-CRP 4.19

関節炎(腫脹or疼痛)	点数
中・大関節 1以下	0
2-10	1
小関節 1-3	2
小関節 4-10	3
>10(少なくとも1つは小関節)	5

血清学的因子(RF、抗CCP抗体)

血清学的因子	点数
ともに陰性	0
低陽性(正常上乗値の3倍まで)	2
高陽性( 〃 の3倍以上)	3

滑膜炎の持続期間

滑膜炎の持続期間	点数
<6週	0
≥6週	1

炎症マーカー(CRP、ESR)

炎症マーカー	点数
ともに正常	0
いずれかが異常高値	1

7点以上でRAと分類

図5



図 6



図 9



図 7

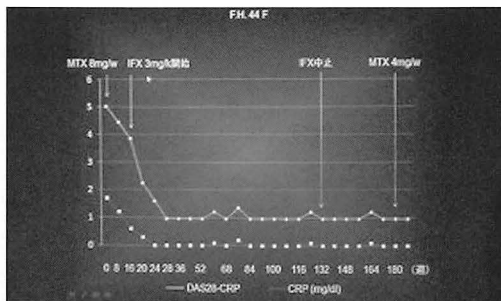


図 10



図 8

44歳の女性は4ヶ月前から両手関節痛があり、両中指MCP痛、両足関節痛、両手のこわばりがあり、CRP:1.7 RF:40 抗CCP抗体:100以上で、右手根骨の間隙が狭くなっていました(図9)。MTX 8mg/Wで治療を開始し、4ヶ月後にIFX(レニケード)3mg/開始し180週後にMTXも中止し、ほぼ寛解を維持できています。

以上のように関節リウマチの薬物治療の目標は速やかな臨床的寛解の導入とその維持を到達目標とすべきで、早期症例を治療の対象とし、機能的寛解から完全寛解を目指し、ドラッグフリー寛解の可能性を求めべきであろうと考えます。



◎整形領域におけるM S C Tの活用

光中央病院 放射線技師 森川真裕

1990年代初頭にヘリカルスキャン技術が登場しましたが、シングルスライスCTでは撮影範囲の限界や体軸方向の分解能などの問題点が指摘され、1998年には4列型マルチスライスCT (M S C T) が開発されることにより問題点の多くは改善されるに至りました。以後二次元から三次元診断へ、8列・16列・64列M S C Tへと進化しました。



図 1



図 2

当病院では64列M S C T装置を導入し、整形領域の診断に有用であったので報告します (図 1 図 2)。検出器が体軸方向に64列1個0.5mm厚に配列され、検出器素子は約900個になります。これにより撮影時間が20秒以下に抑えられ、精度のいい映像がいられます。多断面再構成法により体幹の冠状断や矢状断の像がみられます (図 3)。また、パノラマ表示も可能です。

以下に画像を提示します。

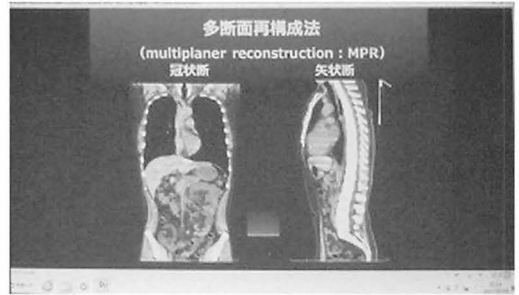


図 3

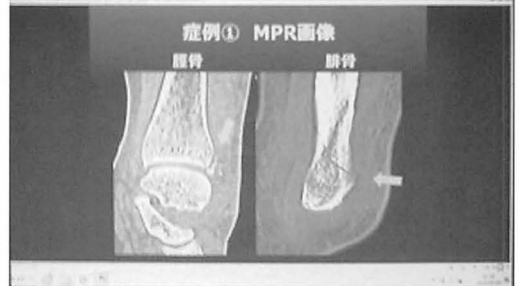


図 4 頸骨・腓骨骨折

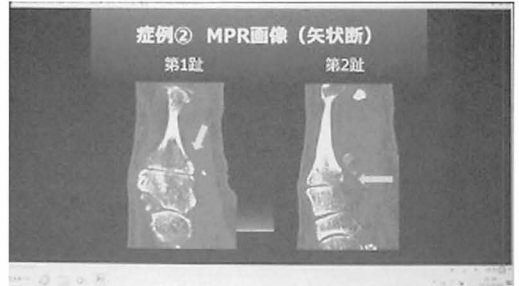


図 5 手指末節骨骨折

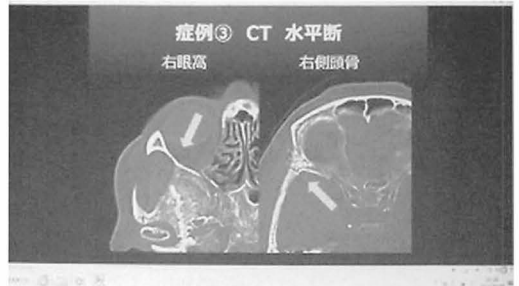


図 6 側頭骨骨折



図 7 鼻骨骨折

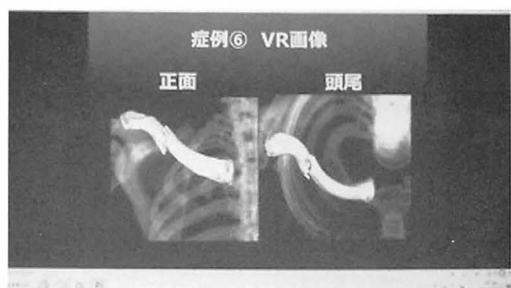


図8 鎖骨骨折



図9 頸椎・胸椎棘突起骨折

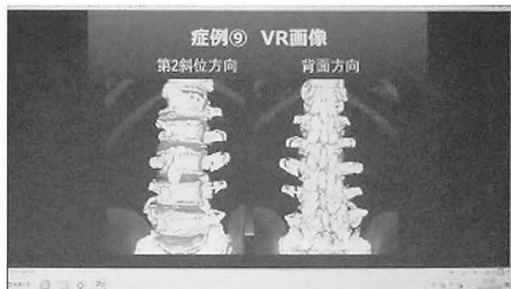


図10 腰椎横突起骨折

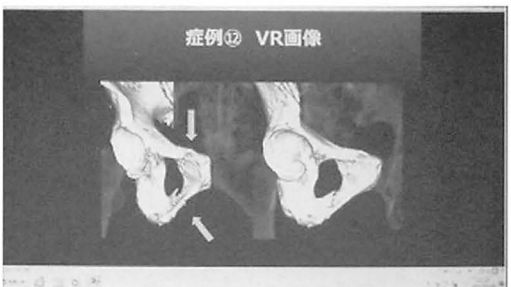


図11 恥骨骨折





は大学生に成長されております。その患者さんの貴重な言葉を図7に示します。昼間一人でいるのが寂しいというのはやはり問題です。主に世話をされた息子さんの言葉です（図8）。感謝の言葉のみですが実際には苦勞が多かったと思います。何よりも患者さんの希望通り自宅で往生されたことがよかったと思います。そしてあまり痛みもなく経過したことは進行がんでも条件さえ整えば在宅での看取りが可能との自信につながりました。

### 在宅療養計画

	月	火	水	木	金	土	日
介護	訪問入浴	訪問介護・調理	同左	同左	同左	訪問入浴	
看護			訪問看護		訪問看護		
医師		往診					

要支援2 !!?

図5

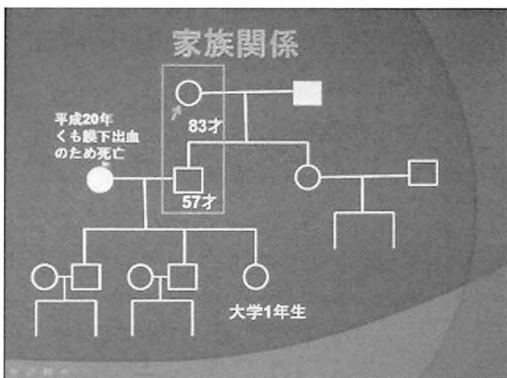


図6



## 第12回光市医師会学術講演会

日 時：平成25年1月22日(火)

19:00～

場 所：光商工会館2階 大会議室

【製品紹介】19:00～19:15

「HMG-C o A還元酵素阻害剤  
クレストール錠 アストラゼネカ(株)

【特別講演】19:15～20:30

座長 光市立光総合病院  
循環器内科 部長 中村 安真 先生



講演

第一部「エコーを用いた全身血管管理の  
すすめ

～エコーガイド脂質管理の提案～

第二部 エコーデモンストレーション

九州大学大学院医学研究院

病態修復内科学

助教 小田代 敬太 先生



小田代先生は九州大学で超音波診断と血管内治療(インターベンション)を専門になさっておられます。宗像医師会病院や小倉記念病院循環器科を経て、専門的な領域だけではなくもっと広く全身を診る姿勢が大切であると述懐しておられたのが印象的でした。九州大学第一内科のホームページに一言として「木を診て森と心を診る診療を心がけています。」と掲げておられるのはその一貫した診療の姿勢が感じ取れます。今回は第二部としてエコーデモンストレーションを企画していただきました。個別かつ具体的に検査しながら指導していただけたのは幸運だったといわざるを得ません。

エコー検査で全身の血管を診ていただきたいというのが今日の最大の趣旨です。エコーで心臓だけとか、肝臓だけとかいうのではなく、出来るだけ全身をエコーで評価していただきたいと思います。動脈硬化は全身の病気です(図1)。この領域、早期発見や全身スクリーニングという概念が不十分で、専門家別の縦割りの構造があり、特に循環器の専門医の中には専門以外の分野に対する重要性の認識不足という問題があります。九州大学病院ではハートセンターを設置してエコーを用いた全身血管管理の提案を行っております。名誉教授の藤野武彦先生の教えに従いまして「人は血管とともに老いる」と、動脈硬化性疾患(虚血性心疾患、脳血管障害、末梢動脈疾患、腎機能低下、大動脈疾患など)は、相互に密接に関連した全身性血管病であるとの認識の元、全身血管管理の方法論を追求・指導しております。



図 1

### 動脈硬化性血管疾患治療の問題点

- 1) 早期発見やスクリーニングの不十分
  - ・全身を診れる医師の不足、システム不足
  - ・患者のスクリーニング不足
  - ・健診や人間ドックの不十分
 (腹部エコーで大動脈を診ない、健診システムの心血管系不十分など)
- 2) 診療科別の連携不十分(縦割り構造)
  - 循環器科、腎臓内科、糖尿病内科、心臓外科、血管外科、脳神経外科など
  - 心臓血管病を扱う部門の連携の問題。
- 3) 専門医の専門以外の分野に対する重要性の認識不足
  - 専門医教育の改善。
  - 心血管病のスクリーニング、合併症の評価を画像診断と機能検査を駆使して、総合的に把握し、ストラテジーへのアドバイス、薬物コントロールを行える真の心臓血管医、血管診療技師を育てていくことが最重要



図 2

ハートセンターの受付は皮膚科の隣に設置しています(図2)。皮膚の変化と血管病変はとても密接に関連していることが多く、皮膚科からすぐにくることが出来るように配慮したものです。また、他科からの紹介患者は図3のように全身の血管チェックを行っております。

**九州大学病院内における  
心血管診療の特徴**

他科患者の診察

一般術前検査。(糖尿病、喫煙者は要注意)  
全身血管検索 冠動脈疾患  
頸動脈チェック  
大動脈チェック  
腎動脈チェック  
下肢動脈チェック

紹介(心血管系): 糖尿病内科からの紹介患者  
は要注意!

図 3

**頸動脈エコーの意義**

- ・頸動脈IMTやプラークの有無は冠動脈硬化と相関があり、心血管イベントの予測因子になる。(2 mm以上のプラークは要注意)
- ・頸動脈のプラーク性状と冠動脈のプラーク性状は関連あり。  
(頸動脈をみてスタチン投与を考慮)  
(頸動脈をみてEPA/AAを測定する)

図 4

外来エコーの実際について述べます。頸部エコーは総頸動脈と内頸動脈を前方向と側面からの二方向から観察してください。2 mm以上のプラークには要注意です。心血管イベントの予測因子になります(図4)。腎臓エコーについて。腎動脈狭窄症の診断は重要です。透析患者の10%弱は両側腎動脈高度狭窄が原因です(図5)。腎動脈狭窄症を疑う所見は図6のようなものがあります。その診断は図7・図8のようにまとめられます。腎臓内エコーも重要でその血流と血管抵抗を予測することも出来ます

(図9)。下肢エコーについてはそのスクリーニングが不十分になりがちです。外来では膝窩動脈や足背動脈を触れることが重要です。65歳以上の喫煙歴や糖尿病の既往がある人にはABI検査(足関節上腕血圧比)が必要です。その比が1.0以下なら正常ではないと考えてください。ABI検査に問題がなくても以下の三つについて注意が必要です。

1. 大動脈狭窄病変では左右差なし。
2. 腸骨動脈病変では安静時ABIは0.9以上のことあり。
3. 糖尿病患者では下腿動脈の石灰化のためにABIは高く出やすい。

**腎動脈狭窄症**

腎血管性高血圧、腎機能低下の原因となり予後に関係する！(虚血性腎症:CKD対策)

重症冠動脈疾患患者には腎動脈狭窄症の合併が多い。

Cardiac disturbance syndrome.  
(心不全の増悪の原因になる)

透析患者の10%弱は両側腎動脈高度狭窄が原因。

図5

**腎動脈狭窄症を疑う(Class I)**  
ACC/AHA Guideline

- 30歳以前の高血圧発症
- 55歳以降の重症高血圧の発症
- 増悪する高血圧
- 難治性高血圧(3剤以上)
- ACE-I, ARBでの窒素血症悪化や腎機能悪化
- 腎サイズの左右差
- 原因不明の肺水腫

図6

**腎動脈狭窄症の超音波診断**

**直接所見**  
PSV>200cm/sec  
RAR>3.5  
Poststenotic turbulence

**間接所見**  
AT>70msec  
Absence of ESP  
Tardus(遅い) Parvus(小さい) waveform  
RI difference>0.05

図7

**腎動脈エコー**

PSV=267.6cm/sec      PSV=415.9cm/sec

図8

図9

九州大学病院ハートセンター  
九州大学医学研究院病態修復内科(第一内科)  
横山拓、仲村尚崇、深田光敬、安田潮人、丸山徹

九州大学病院検査部  
河原吾郎、松浦陽子

岸和田徳州会病院	宗像医師会病院
藤原昌彦	中須賀一太、伊東裕幸
小倉記念病院	千早病院院
有田武史、大村淳一、三浦史朗	中司元、大庭百合賀
唐津赤十字病院	福岡逓信病院
中島啓太郎、古川陽介、森唯史	金谷英樹
下関市立中央病院	福岡東医療センター
上田仁、辛島詠士、金子武生	刀根聡志、島津秀樹、中村洋文
	郷原誠一郎、古賀英幸、柳統仁、小池明広

図10

最後に腹部大動脈瘤検診についてお話しします。喫煙者、高血圧、家族歴、腎のう胞を持つ患者などは腹部大動脈のチェックが必要です。特にその家族歴は重要です。

エコーは第二の聴診器です。全身の血管を診るのに有用で、低侵襲、低コストです。心血管病の早期発見・早期介入に全身のVascular Lab! を勧めます。心血管病進行予防・プラーク安定化と進展予防のためのスタチンとEPAの投与を推奨します。最後にわれわれ九州大学病院ハートセンターから各地に広がったメンバーを紹介いたします(図10)。

第二部としてエコーデモンストレーションにて実際のエコー検査を見せていただきました。懇切丁寧に実地指導していただいたことに深く感謝いたします。



## 平成 25 年 2 月度第 13 回 光市医師会学術講演会

日 時：平成 25 年 2 月 26 日 (火)  
19:00～

場 所：光商工会館 2 階 大会議室

【製品紹介】 19:00～19:15

「リリカカプセル」

ファイザー株式会社 学術担当

【特別講演】 19:15～20:30

「神経因性疼痛の治療

～帯状疱疹後神経痛を中心に～」



座長 平岡医院 院長 平岡 博 先生



演者 地域医療支援病院  
岩国市医療センター医師会病院  
麻酔科医長 熊野 健一 先生

帯状疱疹は水痘ウイルスが原因です。水痘感染後ウイルスは脊髄後根神経節・ガングリオン神経節に運ばれ神経細胞の DNA に組み込まれます（潜伏感染）。何らかの原因

で細胞性免疫が低下したとき回帰感染（再活性化）することにより帯状疱疹を発症します。帯状疱疹後神経痛に移行するのはそのうちの約 10% です。帯状疱疹の生涯罹患率は 6～7 人にひとりくらいです（図 1）。再発率は約 1% です。帯状疱疹の痛みは急性帯状疱疹痛と 3 ヶ月以上経過して持続する帯状疱疹後神経痛（PHN）とがあり、それらは区別して考える必要があります。

急性帯状疱疹痛ではエファップス伝達といって侵害受容繊維と非侵害受容繊維の間に異常伝導が起こり、触覚が痛覚として伝達される現象がみられます（アロディニア：Allodynia）（図 2）。この時期の治療は図 3 のようになります。抗ウイルス剤の使用は必須です。その他痛みを取るために NSAID やノイロトロピンを使用します。神経ブロックは最近の知見ではエビデンスがないといわれています。

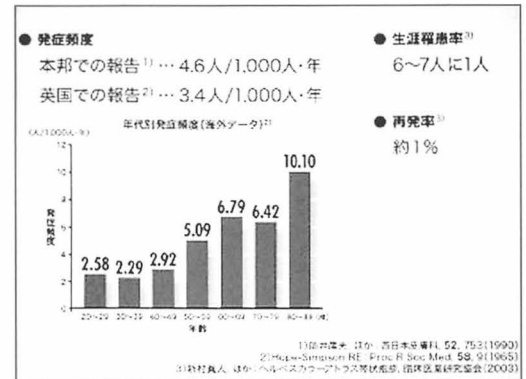


図 1

### 急性帯状疱疹痛での神経因性疼痛

神経線維の電氣的絶縁の破壊に伴うインパルスの混線（エファップス伝達）  
侵害受容線維と非侵害受容線維の間にエファップス形成—  
触覚が痛覚として伝達される（アロディニア）

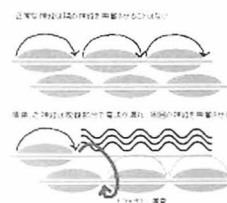


図 2

治療:抗ウイルス薬(必須)  
 NSAID  
 ノイロトロピン  
 局所麻酔薬(Na<sup>+</sup>チャネルブロッカー・キシロカイン・メキシチレン)  
 プレガバリン(Ca<sup>2+</sup>チャネルブロッカー)(抗てんかん薬)  
 三環系抗うつ薬  
 SNRI  
 神経ブロックは必須ではない(エビデンスがない)  
 ただし、疼痛が強くない場合は体力の消耗を避けるため持続硬膜外ブロックなどを行う


図 3

治療: 抗てんかん薬  
 三環系抗うつ薬  
 NMDA受容体拮抗薬(ケタミン)  
 ノイロトロピン  
 局所麻酔薬(Na<sup>+</sup>チャネルブロッカー)  
 アセトアミノフェン(CB1受容体作動薬)  
 それでも疼痛が続くならば硬膜外脊髄刺激電極挿入  
 NSAIDは無効!  
 神経ブロックもほとんど無効

図 5

### 帯状疱疹後神経痛

皮膚症状: 癩痕、または無い場合もある



病態: 異所性Na<sup>+</sup>チャネルの増加による侵害受容線維の過剰興奮  
 神経損傷の強いものは求心路遮断痛(2次ニューロンの過剰興奮)  
 非侵害受容線維とのエファップス形成  
 交感神経とのクロストーク  
 神経障害性疼痛

図 4



図 6

帯状疱疹後神経痛(PHN)は神経障害性疼痛が主体となります(図4)。治療としては図5のようになります。この時期の痛みにNSAIDは効果ありません。神経ブロックもほとんど無効です。侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛の疾患を図6に示します。侵害受容性疼痛は健全な組織を障害するか、その危険性を持つ侵害刺激が加わり侵害受容器を介した痛みであるのに対し、神経障害性疼痛は末梢神経・中枢神経そのものの機能異常による病的な痛みで侵害受容器が侵害刺激を受けていないにもかかわらず末梢神経や痛みの伝導路ニューロンの興奮による痛みです。Wind-Up現象というのがあって脊髄後角2次ニューロンに生じる末梢からの入力に対しての反応性の増大と中枢の受容野の拡大がAδ・C繊維の持続的な興奮を生じます。これが難治性の神経痛となります。

症例を提示します。症例1は91歳の男性で右C2の帯状疱疹を発症しました(図7)。図8のような所見がありました。神経と運動機能を検査することは重要です。allodyniaとは異常な痛覚反応のことでティッシュのような柔らかいもので皮膚をこすっただけで激しい痛みを生じるような感覚のことで。治療は図9のように行いました。キシロカインの点滴静注とNSAIDをベースに、プレガバリン(リリカ)を加えて治療をしています。頓服の痛み止めとしてメキシチール50を一日最大6錠までとして使用しています。プレガバリンははじめ25mgを1日2錠からはじめ1日量を75mgまで増量して分4で治療しました。症例2は右三叉神経第1枝領域に帯状疱疹を発症。右眼開眼困難がつづくために受診されました。知覚鈍麻は0/10でAllodyniaは認めず、患部は浮腫が著明、

右眼瞼挙筋の麻痺を認めました。顔面神経の損傷は眉間や眼輪筋の収縮が認められることにより麻痺はないと判断しました。外来診療での要点を図10にまとめてみました。VASスケールは神経損傷の程度をみるのに重要です(図11)。血液検査は腎機能をチェックするのに必要です。プレガバリンはクレアチニンクリアランスの値によりその投与量が変わりますので注意してください(図12)。

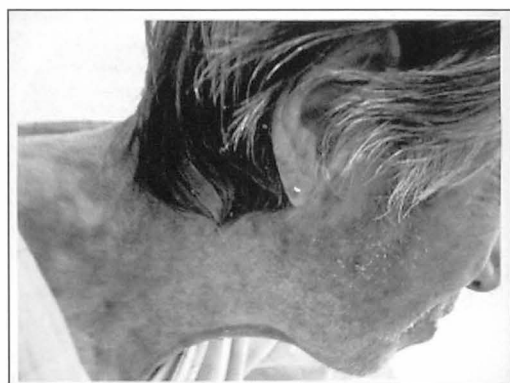


図7

**初診時の所見**  
 右C2領域に帯状疱疹の皮疹の色素沈着を認める。  
 知覚鈍麻(Hypoesthesia)5/10  
 Allodyniaを認める。  
 麻痺は認めない。  
 疼痛:VAS80mm  
 夜間不眠があり消耗状態。

図8

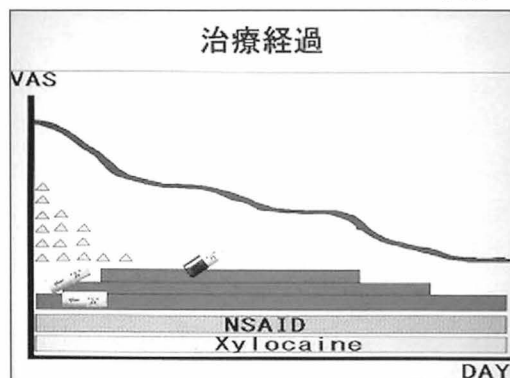


図9

### 急性帯状疱疹痛・帯状疱疹後神経痛の治療のTips

- VASスケールを使用し痛みを数値化
- 患部の知覚の状態を把握
- 帯状疱疹後神経痛について正しい説明を行う
- 疼痛時に使用できる頓服を必ず処方する
- 投薬の副作用を軽減する方法を考える
- 最低限の血液検査・心電図は必要



図10

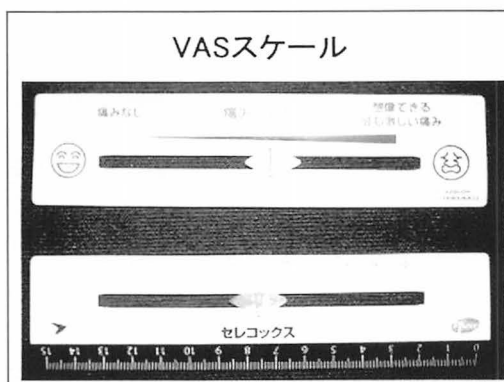


図11

クレアチニンクリアランス (mL/mg)	≥60	≥30<60	≥15<30	<15	血液透析後の補充用量 <sup>*)</sup>
1日投与量	150~600mg	75~300mg	25~150mg	25~75mg	
初期用量	1回75mg 1日2回	1回25mg 1日3回 又は 1回75mg 1日1回	1回25mg 1日3回 もしくは2回 又は 1回50mg 1日1回	1回25mg 1日1回	25又は 50mg
維持量	1回150mg 1日2回	1回50mg 1日3回 又は 1回75mg 1日2回	1回75mg 1日1回	1回25又は50mg 1日1回	50又は 75mg
最高投与量	1回300mg 1日2回	1回100mg 1日3回 又は 1回150mg 1日2回	1回75mg 1日2回 又は 1回150mg 1日1回	1回75mg 1日1回	100又は 150mg

注: 2日に1回、本剤投与6時間後から4時間血液透析を実施した場合のシミュレーション結果に基づく。

図12

プレガバリンについて説明します。投与後1時間で最大血中濃度に達し、半減期は約6時間です。 $\alpha 2 \delta$ サブユニットと強く結合して神経シナプスにおけるカルシウムイオンの流入を抑制することにより過敏となった神経の興奮を抑える働きがあります(図13)。投与量は図14に示すように行いますが、副作用としてふらつきや眠気がありますので老人や腎機能の低下して

いる患者には注意して使用してください。  
また、1日200mg以上の用量を使用した  
場合、すぐに中止しないで漸減されること  
を勧めます。わたしの経験ですがせん妄を  
1例経験しています。

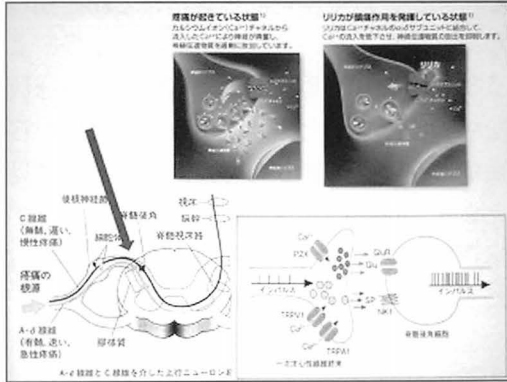


図 13

### プレガバリンの投与量

- 開始量は50mg/日(分2)の少量で開始する方が安全だが疼痛の程度や年齢で調節
- 疼痛コントロールが不十分な場合、副作用がなければ3~7日で増量する。
- 副作用がなければ、疼痛が消失するまで増量する。(Max:600mg)

図 14

その他の治療薬としてアミトリプチリン(トリプタノール)、デュロキセチン(サインバルタ)、アセトアミノフェン(カロナール)、ミキシレチン(メキシチール)、ノイロトロピン、ケタラール(ケタミン)などがあります。

最後に带状疱疹予防のためのワクチンについてお話しします。水痘ワクチンを高齢者に接種することによりVZVに対する細胞性免疫がブースター効果によって増強されることが解明されています(図14)。これにより带状疱疹発症予防効果が期待できます。是非、診療の現場で啓蒙と接種をお願いします。ありがとうございました。

### ワクチンの効果

#### 水痘ワクチンを高齢者に接種する効果

■水痘ワクチンを高齢者に接種すると、VZVに対する細胞性免疫が増強されることが解明されている

水痘ワクチンは、50・60・70歳代における、細胞性免疫(水痘皮内検査)を、有意に上昇させた。  
(50、60、70、P=0.0000、0.0001、0.0001)



健康な高齢者に水痘ワクチンを接種し細胞性免疫を賦活して(ブースター効果)带状疱疹の発症や带状疱疹後神経痛を予防する。

図 15



## 第14回光市医師会学術講演会

日時：平成25年3月26日（火）

19：00～

場所：光商工会館2階 大会議室

【製品紹介】19：00～19：15

気管支喘息治療薬ICS/LABA配合剤  
「シムビコートタービュヘイラー」  
アステラス製薬株式会社



座長：光市立光総合病院 循環器内科部長  
中村 安真 先生



【特別講演】19：15～20：30  
「より良い喘息治療を目指して」  
広島大学病院呼吸器内科講師  
春田 吉則 先生

喘息についてということですが、本日は大きく分けて3つのことについてお話しします。まずは一般的な喘息診療について。次に吸入指導における医薬連携の重要性、最後に喘息治療における新たなアプローチについてです。

ご存じのように喘息とはさまざまな増悪因子、すなわちタバコやアレルゲンなどにより気道炎症を繰り返すことにより気道過敏性亢進と気道狭窄を来す疾患です。典型的には呼気時に喘鳴が聞かれ呼吸困難を来しますが、近年は単に咳き込むとか運動したあとに息苦しいとかいった症状が多いように思います。重症度別の喀痰中好酸球数を調べてみますと図1のようで、軽症から重症にかけてあまり有意差はないように見えます。以前は発作性の気道収縮に対して気管支拡張薬が高頻度に使用されていましたが、最近は喘息発作そのものを予防することが目的となり吸入ステロイド薬がひろく普及してきました。図2は日本の喘息死亡数の推移です。1990年6000人近くいた死亡者数が2011年には2000人くらいまで減少してきました。喘息が難治化する要因は繰り返す炎症による気道のリモデリングです。気管支平滑筋の肥大や粘膜基底膜の肥厚化により気道が非可逆的に器質化することです。治療の目的はリモデリングの予防であって吸入ステロイドによる治療が最善かつ最優先です。なるべく早期に診断し、早期より治療を開始しましょう。そして治療を中断することなく出来るだけ可及的に継続することが重要です。喘息診断の目安について図3に示します。これは2012年の喘息予防・管理が

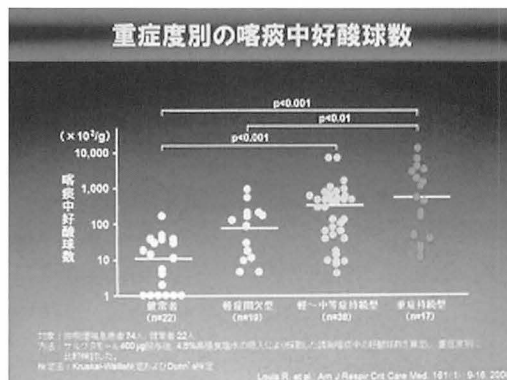


図1

イドラインからです。従来の呼吸機能や気道過敏性の検査に加え、呼気中のNO濃度上昇が注目される項目です。

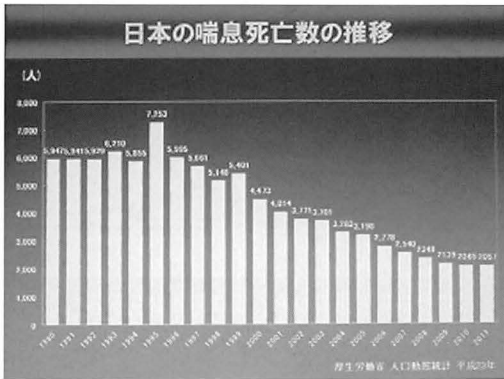


図 2

### 喘息診断の目安

喘息予防・管理ガイドライン2012

1. 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳(夜間、早朝に出現しやすい)の反復
2. 可逆性気流制限: 自然に、あるいは、治療により寛解する。PEF値の日内変動20%以上、 $\beta_2$ 刺激薬吸入により1秒量が12%以上増加かつ絶対量200mL以上増加
3. 気道過敏性の亢進: アセチルコリン、ヒスタミン、メサコリンに対する気道収縮反応の亢進
4. アトピー素因: 環境アレルゲンに対するIgE抗体の存在
5. 気道炎症の存在: 喀痰、末梢血中の好酸球数の増加、ECP高値、クレオラ体の証明、呼気中NO濃度上昇
6. 鑑別診断疾患の除外: 症状が他の心肺疾患によらない

図 3

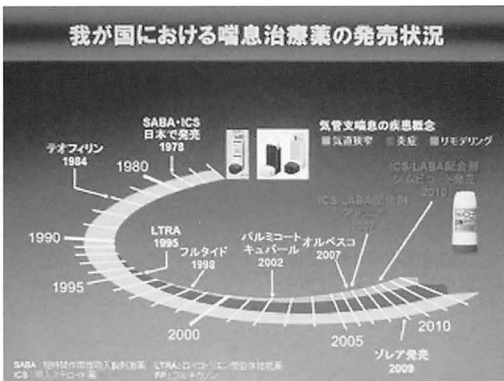


図 4

我が国における喘息治療薬の発売状況を図4に示します。1978年に短時間作用性吸入 $\beta_2$ 刺激薬(SABA)吸入ステロイド薬(ICS)が発売されました。1985年にテオフィリンが出てからは

気管支拡張剤がその治療の主流でしたが、1995年に発売されたロイコトリエン受容体拮抗薬(LTRA)はアレルギーを抑え気道の炎症を抑える薬剤としては画期的でした。それ以後、気道炎症を抑える吸入薬(フルタイド、パルミコート、キュバル、オルベスコ)などの改良された吸入ステロイド薬が発売されました。2007年にICS/LABA配合剤アドエア、2010年にシムビコートが発売されることによりリモデリング抑制に向けた治療が本格的になったといえます。吸入ステロイド薬の進化はことにめざましいものがあります。図5に示すように、その力価、吸入粒子径、配合薬の登場により劇的な効果を示すようになりました。吸入ステロイド薬のステロイド受容体親和性はデキサメタゾンを100とすれば最近の薬剤はその20倍から30倍の力価になります(図6)。各吸入ステロイド薬の平均粒子径は図7のようです。噴霧タイプとパウダータ입に分けられます。吸入療法で中枢から末梢の気道まで最も効率よく薬剤を到達・沈着しやすい粒子径は2~3 $\mu\text{m}$ です。現在使用可能な吸入ステロイド薬は図8のようになります。気道炎症をターゲットとした薬剤選択としては、基本薬は吸入ステロイド薬です。補助薬・併用薬としてLABAやLTRA、テオフィリン徐放薬などがあります。あくまでも基本はICSです(図9)。現在ICS/LABA配合剤は2種類(アドエアとシムビコート)あります。喘息予防・管理ガイドライン2012では治療方針を図10のように推奨しています。アドエアとシムビコートをそれに適合するとアドエアが100から500に、シムビコートが1吸入から2吸入になります。抗IgE抗体や経口ステロイド薬は最後の手段になりません。抗アレルギー薬は追加治療として全ス

トップに使用されます。吸入SABA（メプチン）は発作時のみに使用されます。我が国の吸入ステロイド薬の販売額はここ数年飛躍的に上昇しました（図11）。ことに2007年よりICS/LABA配合剤の販売額が飛躍的に伸びました。わたしが考える喘息診療における基本的な治療戦略を図12に示します。基本的にはICS薬単独治療。成人にはICS/LABA配合剤を中心に使う。高齢者はより末梢気道を標的にすることとアドヒアランスを重視するために1日1回のオルベスコとホクナリン添付薬を使用。鼻炎合併例などはさらにロイコトリエン受容体拮抗薬を併用するという風にやっています。喘息コントロールの評価はその症状や発作の有無、呼吸機能やPEFの日内変動などがありますが、呼吸困難感や重傷度を反映しないようです。インパルスオシレーション法（IOS）（図13）は非侵襲的かつ短時間の安静呼吸で行え、中枢、末梢気道成分に分けて気道抵抗を評価できます。呼気NO分析（図14）は喘息患者で非常に敏感な検査で喀痰中の好酸球数とよく相関し、気流制限・気道過敏性ともよく相関することで有用な検査といえましょう。

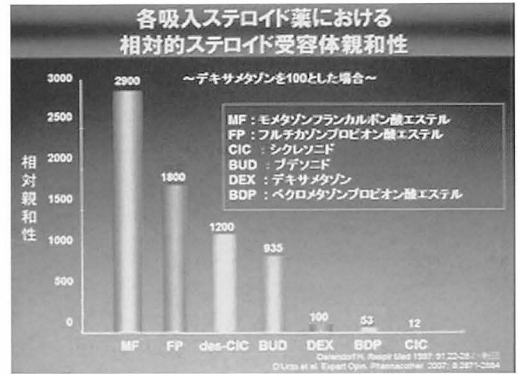


図 6

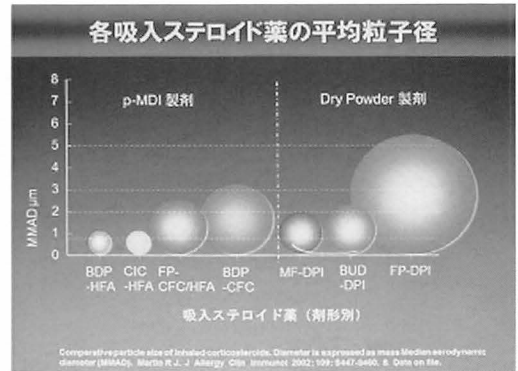


図 7

### 使用可能な吸入ステロイド薬

製剤	エアゾール (pMDI) タイプ			ドライパウダータイプ		
	高薬粒子 (MDI)	pMDI	pMDI	フルチカゾン	ブデソニド	モメタゾン
一般名	ベクメタゾン	シクレソニド	フルチカゾン	フルチカゾン	ブデソニド	モメタゾン
製品名	キムバル	オルベスコ	フルタイド エアー	フルタイド デュオ	デュオ コート	シムバ コート アズマ ネックス
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>粒子が小さく、末梢気道まで到達しやすい</li> <li>小さく、携帯性良い</li> <li>薬剤準備不要・内容物の可視化</li> <li>スプレーの技術で薬剤到達率改善</li> <li>全身吸収および有害事象の軽減</li> <li>口より中絶肺への気流軽減</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器刺激</li> <li>調整を要する患者少ない</li> <li>吸入コスト高</li> <li>治療時間短</li> <li>カウンスラー付きのものもある</li> </ul>		
	短所	<ul style="list-style-type: none"> <li>吸入時、気管支刺激</li> <li>薬剤準備が必要</li> <li>誤使用の可能性あり</li> <li>経口投与必要</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>粒子が小さく、末梢気道まで到達しやすい</li> <li>薬剤準備不要</li> <li>経口への気流軽減</li> <li>増量時の使用困難</li> </ul>	

Clinical Cornerstone 2008;8:26-43より改題

図 8

### 吸入ステロイド薬の進化

- ステロイド薬の力価の向上
- 吸入デバイスの改良に伴う
  - ✓ 吸入粒子径の適正化
  - ✓ 吸入効率の改善
- 配合剤の登場

図 5

### 喘息長期管理における薬剤のポジション

気道炎症をターゲットとした薬剤選択

**基本薬:**  
吸入ステロイド薬: ICS

**補助・併用薬**

- ◆ 長時間作用性β<sub>2</sub>刺激薬: LABA
- ◆ ロイコトリエン受容体拮抗薬: LTRA
- ◆ テオフィリン徐放製剤
- .....
- ◆ 抗IgE抗体、全身性ステロイド薬など

図 9

**喘息治療ステップ** 喘息予防・管理ガイドライン 2012

	治療ステップ1	治療ステップ2	治療ステップ3	治療ステップ4
吸入ステロイド薬 (中用量)	吸入ステロイド薬 (低用量)	吸入ステロイド薬 (中用量)	吸入ステロイド薬 (高用量)	吸入ステロイド薬 (高用量)
上記の使用で十分な場合は 下向きにステップを降ろす	上記の使用で十分な場合は 下向きにステップを降ろす	上記の使用で十分な場合は 下向きにステップを降ろす	上記の使用で十分な場合は 下向きにステップを降ろす	上記の使用で十分な場合は 下向きにステップを降ろす
基本治療	LTRA （処方ありの使用可）	LABA （処方ありの使用可）	LABA （処方ありの使用可）	LABA （処方ありの使用可）
追加治療	LABA （処方ありの使用可）	LTRA （処方ありの使用可）	LTRA （処方ありの使用可）	LTRA （処方ありの使用可）
吸入装置	吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA

図 10



図 14

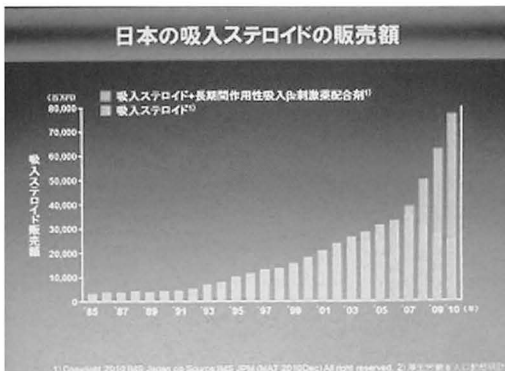


図 11

**喘息診療における基本的な治療戦略**

～ シンプルな治療による予防管理！ ～

ポイント	薬物選択
基本	吸入ステロイド薬単独（低～中用量）
コントロール不十分な症例：（軽症？）・中等症～	
成人喘息全般	配合剤（+LABA） シムビコート アドエア
高齢者	より末梢気道を標的 アドヒアランス： 1日1回
鼻炎合併例等	+LT拮抗薬

図 12



図 13

次に吸入指導における医薬連携についてお話しします。日本で喘息の死亡が減ったとはいえ欧米と比較すればまだ死亡率は高いといえます（図15）。喘息コントロールが不十分となる理由は以下のものがあります。

1. 十分とはいええない危険因子の管理の現状
2. 患者自身の病状過小評価
3. 意思の過小評価による  
under-treatment
4. 向上しないアドヒアランス

アドヒアランス向上のために医師と薬剤師との連携が重要です。広島市では医師と薬剤師との連携強化のために「アズマネット広島」を立ち上げ、喘息診療における患者教育・指導を通じて地域における「喘息死ゼロ」および喘息患者QOLの改善を試みています（図16）。患者さんは「効き目の早さ」を、医師は「発作・増悪抑制効果の持続」を重視する傾向にあり、アドヒアランスの向上のためには即効性が必要です。サルメテロール（アドエアのLABA）よりもホルモテロール（シムビコートのLABA）の方がβ2刺激効果として立ち上がりの早い即効性を示し、その薬剤を吸入することにより即座にその効果を実感できるという利点があります。

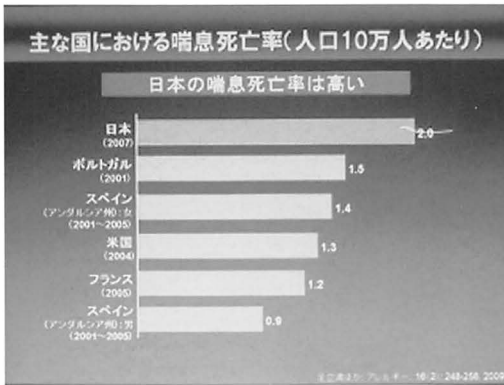


図 15

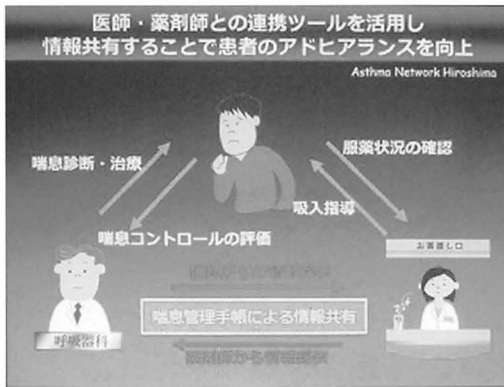


図 16

最後に喘息治療における新たなアプローチについて。アドエアとシムビコートの比較について図 17 に示します。その中でシムビコートを使った SMART 療法についてお話しします。従来の治療では発作時に SABA (メプチン) 吸入では抑えきれずに気道炎症が遷延する傾向がありました。その発作時にシムビコートを追加吸入することにより発作の増悪を抑え気道炎症の悪化を防ぐという考え方の治療です。図 18 のように、定期吸入に加え、頓服吸入を発作時に併用することにより、よりよい喘息のコントロールが可能になると考えられます。それを証明するものが喘息患者 2091 例患者を使った SAKURA 試験です (図 19)。その中の日本人 400 人をサブ解析したデータが図 20 です。アドエア 250+SABA よりもシムビコート

SMART 療法のほうが有意に喘息の増悪発作頻度を約 38% 減少させました。その使い方を図 21 に示します。シムビコートは通常 1 日 8 吸入までとなっています。従って定期吸入が 1 吸入 2 回となっている人は発作時吸入は 6 回まで、2 吸入が 2 回となっている人は発作時吸入は 4 吸入までです。それでもコントロール不良の場合専門医へ紹介していただければありがたいです。

### 日本で臨床使用可能なICS/LABA配合剤の特徴

	シムビコート	アドエア
ICS	ベデソニド	フルチカソン
LABA	ホルモテロール	サルメテロール
作用発現時間*	1分程度	15分程度
作用持続時間*	12時間	12時間
吸入器	タービュヘイラー	ディスクス、pMDI
粒子径	2.2~2.4 μm <sup>†</sup>	4.4 μm <sup>‡</sup>
規格	1規格 160/4.5 μg	3規格 50/100 μg 50/250 μg 50/500 μg
用法	1日2~8吸入(朝・夜) 用量調節: 吸入回数変更 SMART療法 1回1~2吸入、1日2回 発作発現時に頓服吸入可	1日2吸入(朝・夜) 用量調節: 規格を変更

\* 気管支拡張作用  
† 吸入器吐出時の粒子径  
‡ 吸入器吐出時の粒子径

図 17

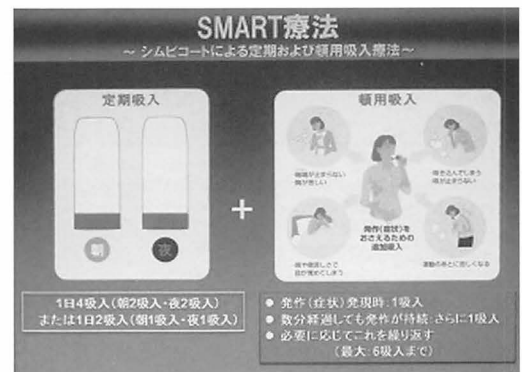


図 18

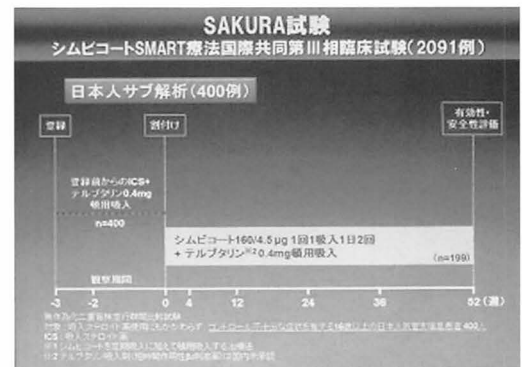


図 19

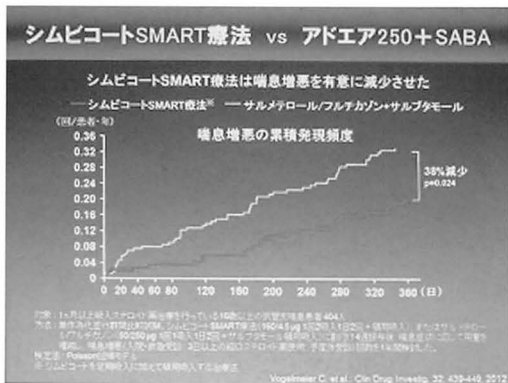


図 20

### シムビコートSMART療法<sup>®</sup>の吸入方法

定期吸入1日2吸入または1日4吸入の患者さんはシムビコートSMART療法が可能

	定期吸入 朝	夜	+	頓用吸入 発作(症状)が出た時	
定期吸入が 1日2吸入の場合	1吸入	1吸入	+	1日合計 6吸入まで	1日通常 8吸入まで
定期吸入が 1日4吸入の場合	2吸入	2吸入	+	1日合計 4吸入まで	

- 定期吸入と頓用吸入を合わせて、通常1日8吸入まで。
- 医師が指示した場合、一時的に1日12吸入まで。
- 1日使用量が合計8吸入を超える場合や頓用吸入の回数が増加した場合は、医師と相談を速やかに受診するよう患者さんに指示すること。

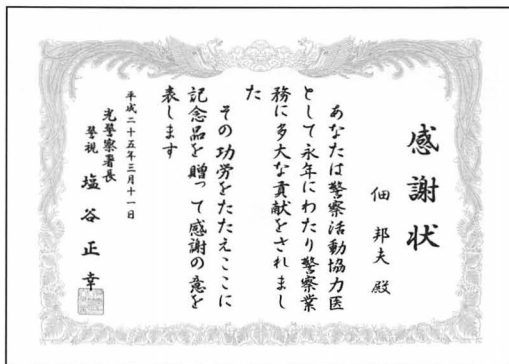
図 21

ありがとうございました。



## 佃先生、光警察署より感謝状

3月11日(月)、長年に亘り警察協力医として、検死や、留置中の方の健康管理に貢献したとして、佃医院院長の佃先生に感謝状が贈呈されました。毎年約30名の検死数は、光市の協力医の中でも飛びぬけて多い数字です。「留置場の中でもプライバシーや人権は守られるべき」と常日頃熱っぽく語る先生に、おのずと依頼は集中するのでしょうか。2011年3月11日の東日本大震災による津波被害の時も、多くの医師たちは、協力医として死亡確認に追われました。日夜を問わず、出勤される先生の姿勢には頭が下がります。診察室の外で地道に働く医師の姿を評価していただき大変誇らしく思いました。佃先生おめでとうございます。益々のご活躍をお祈り申し上げます。



# 新春座談会

日時：平成25年1月8日

場所：小蜂



最前列右より

副会長 丸岩昌文 陽光会光中央病院

会長 平岡博 平岡医院

監事 松村壽太郎 松村医院

理事 清水敏昭 耳鼻咽喉科しみず医院

中段右より

理事 兼清照久 兼清外科

理事 谷川幸治 光市立光総合病院

上段右より

監事 河村康明 河村循環器神経内科

理事 多田良和 多田クリニック

理事 佃 邦夫 佃医院

理事 藤田敏明 光内科消化器科

理事 廣田修 広田医院

# 理事会報告

日時：平成25年1月8日（火）午後7：30分より

場所：「小蜂」

議題：

## I. 協議事項

1. 新春座談会

日時：平成25年2月12日（火）午後7時30分より

場所：光市医師会事務局

議題：

- I. 平成25年度光市保健事業について（光市健康増進課）

## II. 報告事項

1. 在宅医療推進体制調査研究事業について（平岡会長）  
アンケート調査報告
2. 周南地域医療対策協議会（1/31）（兼清理事）
3. AED普及促進協議会・郡市救急医療担当理事合同会議（1/31）  
（多田理事）
4. 平成24年度光市国民健康保険運営協議会（2/7）（清水理事）
5. 周南地域救急医療対策協議会（2/7）（多田理事）
6. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）

## III. 協議・承認事項

1. 山口県医学会総会準備委員会について（平岡会長）

日時：平成25年3月12日（火）午後7時30分より

場所：光市医師会事務局

議題：

## I. 報告事項

1. 郡市医師会長会議（2/21）（平岡会長）  
医師国保組合  
医師連盟執行委員会
2. 周南地域医療対策協議会（2/28）（平岡会長）
3. 郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会（2/28）（兼清理事）
4. 周南地域メディカルコントロール協議会（3/7）（多田理事）
5. 地域医療支援病院審議委員会（3/11）（平岡会長）
6. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）

## II. 協議・承認事項

1. 光市医師会総会（5/23）に向けてのスケジュール（平岡会長）
2. 山口県医学会総会について（平岡会長）

3. 平成25年度光市医師会予算(案)について (佃理事)
4. 「予防接種施行令改正に伴う意見書の取り扱い」について (広田理事)
5. 介護認定審査会における主治医意見書の遅れについて (広田理事)
6. 診療に関する相談について

## 月例会報告

平成25年1月22日(火)

1. 平成25年行事予定
2. 在宅医療研究会(仮称)立ち上げのお知らせ

平成25年2月26日(火)

1. 平成25年度光市健康増進計画(健診・がん検診)における変更点
2. 山口県医学会総会プログラム(案)と役割分担のお願い

平成25年3月26日(火)

1. 光市医師会定時総会、山口県に学会総会などのタイムスケジュール
2. 疾病等により定期予防接種が受けられなかった人への対処

### 入会会員

1月1日付

B会員

新日鐵住金(株)大分製鐵所 光診療所  
 内科 大石 充宏  
 住友金属工業(株)鹿島診療所より

3月31日付

B会員

光市立光総合病院

内科 矢川 智仁  
 外科 林 雅規  
 耳鼻科 平田 加寿子

### 退会会員

12月31日付

B会員

新日鐵住金(株)大分製鐵所 光診療所  
 内科 加藤 滝治郎  
 新日鐵住金(株)広畑診療所へ

### 異動会員

3月19日付

B→A会員

吉村医院

内科 吉村 将之

3月18日付

A会員

吉村医院 内科 吉村 明人

## 入会のご挨拶

医師会の諸先生方には、日頃より当社社員、関係協力会社社員並びに家族の精密検査や診療にご尽力いただきまして、大変お世話になっております。

この度、光診療所の施設管理者を引継ぎ、光医師会に加わらせていただきました新日鐵住金（株）産業医の大石と申します。ご存知の方も多い事ではあると思いますが、昨年10月に新日本製鐵（株）と住友金属工業（株）が経営統合し、新たに新日鐵住金（株）が誕生いたしました。新会社は粗鋼生産量で世界2位の鉄鋼メーカーであり、顧客満足度・技術力・生産効率性・環境保護…等々の総合力では世界ナンバーワンを目指しております。

私は経営統合に伴い、新会社における人材交流の一環として2002年から10年余り勤務いたしました旧住友金属 鹿島製鉄所から10月より当地へ赴任いたしました。

また当診療所の前施設管理者でありました加藤産業医につきましては、1月より広畑製鐵所へ異動となりました事をこの場を借りて報告させていただきます。

若輩者ではありますが、前任の加藤産業医と同様に引き続き当社の健康管理に対して地域医療に携わる皆さまの温かいご支援をよろしくお願いいたします。

当診療所におきましても、役割を踏まえて微力ながら地域医療に貢献していきたいと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

### （略歴）

2000年 産業医科大学卒

～2002年 （財）東京都保健医療公社多摩南部地域病院にて臨床研修

2002年 住友金属工業（株）鹿島製鉄所 入社

（2006年 千葉大学大学院医学薬学府卒 環境労働衛生学教室在籍 社会人大学院生）

2012年 新会社の発足に伴い、当地（新日鐵住金（株）大分製鐵所 光診療所）赴任

### （趣味）

ゴルフ（会社の付き合い程度）

育児（5歳、4歳、2歳になる3児の父親として）

スポーツ観戦

（当社はサッカー 鹿島アントラーズの母体となるメインスポンサーであり、社会人野球チームも全国各地の事業所に保有。ご声援よろしく申し上げます）



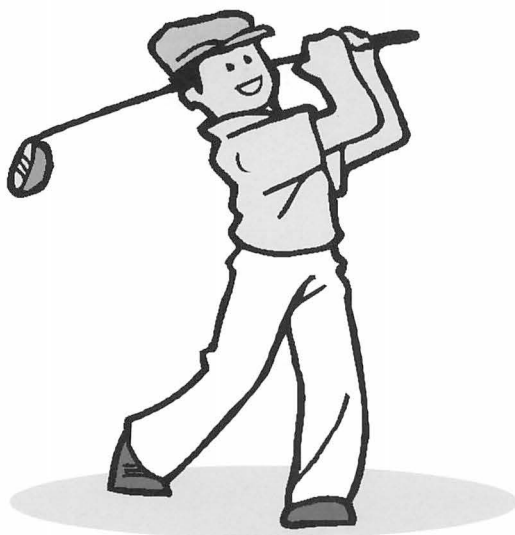
新日鐵住金株式会社  
大分製鐵所 光診療所  
大石 充宏

## 緑友会ゴルフコンペ成績

平成25年3月3日

順位	名前	IN	OUT	GR	HDCP	NET
優勝	森本 博士	45	41	86	1	85
準優勝	横山 宏	47	45	92	4	88
3	守田 忠正	50	47	97	6	91
4	光武 達夫	55	49	104	12	92
5	兼清 照久	46	51	97	5	92
6	前田 昇一	46	57	103	10	93
7	南 典文	54	59	113	18	95
8	國近 豊	55	50	105	8	97
9	諏訪 高志	55	53	108	8	100
10	藤村 朴	58	56	114	10	104
11	田中 博幸	56	57	113	7	106

DC ⑥兼清 ⑰森本  
 NP ④兼清 ⑧森本 ⑩横山 ⑮森本  
 ドラ短 前田



### 12月休日診療所当番医報告

12月		内科系	外科系	
	2(日)	16	7	23
	9(日)	28	4	32
	16(日)	15	10	25
	23(日)	7	24	31
	24(月)	35	12	47
	30(日)	57	6	63
	31(月)	50	42	92
	計	208	105	313

### 1月休日診療所当番医報告

1月		内科系	外科系	
	1(火)	44	16	60
	2(水)	59	10	69
	3(木)	40	15	55
	6(日)	30	6	36
	13(日)	41	15	56
	14(月)	52	9	61
	20(日)	56	3	59
	27(日)	45	3	48
	計	367	77	444

### 2月休日診療所当番医報告

2月		内科系	外科系	
	3(日)	41	12	53
	10(日)	31	8	39
	11(月)	31	33	64
	17(日)	43	10	53
	24(日)	26	11	37
計	172	74	246	

### 3月休日診療所当番医報告

3月		内科系	外科系	
	3(日)	28	6	34
	10(日)	27	4	31
	17(日)	22	3	25
	20(水)	27	2	29
	24(日)	17	7	24
	31(日)	14	6	20
計	135	28	163	

### ☆ これからの行事予定 ☆

- |    |        |                                |
|----|--------|--------------------------------|
| 4月 | 9日(火)  | 理事会                            |
|    | 23日(火) | 月例会・学術講演会                      |
| 5月 | 14日(火) | 理事会                            |
|    | 23日(木) | 光市医師会総会・懇親会<br>於：ホテル松原屋 17:00～ |
|    | 28日(火) | 月例会・学術講演会                      |
| 6月 | 11日(火) | 理事会                            |
|    | 16日(日) | 山口県医学会総会<br>於：光市民ホール 9:50～     |
|    | 25日(火) | 月例会・学術講演会                      |



## 編集後記

だいぶん前にお願ひしたものがいただけました。高橋建二先生の写真です。世界中を旅行して写真を撮っていらっしゃいます。おそらくそのライブラリーは質・量とももの凄いものになるでしょうが、その中でも選りすぐりのものをいただきました。今回の表紙は先生が北海道で撮った貴重な写真です。ヤマセミは深い山の溪流に生息するととても珍しい鳥です。しかも美しい！！小さく見えますがカワセミ科の鳥では最大でハトくらい大きさがあるそうです。おそらく出会ったそのとき、先生は珠玉の瞬間を手にした思いでシャッターを切っていたことでしょう。自分だけに恵まれた珠玉の瞬間、そのおこぼれをこのような形で披露していただけたことを大変ありがたく思います。

安倍晋三首相は平成25年3月15日TPP交渉参加を表明しました。ぶっちゃけたはなしTPPはアメリカによる日本の経済的な占拠です。これまでは年次改革要望書で表に出ないようにやんわりと誘導していましたが、民主党に政権交代したときに鳩山政権でそれが廃止されたことで慌てたのでしょう。マスコミにはあまり報じられませんでした。次の菅政権からTPPが盛んにはやしたてられ、今回やっとそれに代わるものができあがったということでしょう。しかもそれは、超弩級の経済的TSUNAMIになる様相です。国民皆保険について3月19日朝刊には甘利TPP担当相の言葉として「現在のところ、公的医療保険制度のあり方は議論の対象になっていない。皆保険制度は揺るがない」とありますが、現代ほど政治家の言葉が軽く聞こえる時代はありません。制度的にはISD条項とラケット規定で日本に交渉の余地はありません。しかも締結後4年間は非公開という密約があります。あとはいかに国民を説得し、納得させるかを日米両政府が策を弄するだけです。「知的財産」の分野では医薬品の特許保護の強化が行われ、「制度的事項」分野では薬価決定過程に透明性が求められそれに製薬会社が参加することになり、ジェネリックが失墜・薬価が高騰するでしょう。それに伴い保険料が増大し皆保険は瓦解することになる。そしてやむを得ず混合診療導入……。そんなシナリオが垣間見えます。

吉村明人先生が逝去されました。医師会においても10年以上に渉って光市医師会会報に尽力され、多大な貢献を残されました。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

在宅医療について思うところを載せましたが、認知症に於いても在宅という方針を厚労省は示しています。大きな方向転換だと思えます。それに応じて病院群はこぞって在宅医療に乗り出してきました。光市立大和総合病院は今年4月より在宅医療を始めます。徳山中央病院は在宅ケアチームを立ち上げて在宅終末医療に取り組んでいます。そういう中でわれわれ医師会はいったい何が出来るのか、一瞬立ちすくんでしまいます。

多田先生にテニスのことについて一筆お願いしました。そしたらとんでもびっくりの力作が届きました。先生のテニスにかけの意気込みがひしひしと伝わります。ありがとうございます。

今回で園医の集いは13回目を迎えました。平成13年に前田元会長のもと河村元理事が世話して始められ、はや12年が過ぎました。継続は力なり、どんどんパワーアップした感じです。今回は発達障害について認識を新たにしました。犬はいつもものを探している。犬はADHDか？猫はみんなアスペルガーか？なんだか心が温くなる話でした。

平岡会長が新しく始めたプロジェクトのひとつ、市民公開講座が4回目となりました。一定の人気を得ております。着々と実績を重ねております。

かかりつけ医通信もそのプロジェクトのひとつ、清水先生の黄砂の話はマスコミがPM2.5で騒ぐ前に瀬戸内タイムスに載せました。これは大スクープです。

光市医師会・光市立病院合同症例検討会は15回を迎えました。第1回は平成17年(2005年)1月で河村元会長の時、泌尿器科の山本憲男先生のご尽力で始められました。病院と開業医が顔の見える関係を築きたいという考えから始められたと記憶しております。あれから約10年、確かにそれなりの成果はあったと確信します。

6月には山口県医学会総会が光市民ホールで執り行われます。会員皆さんで盛り上げていただきたいと思います(K.T.)

発行所 光市医師会  
TEL (0833) 72-2234  
発行日 平成 25 年 4 月 25 日  
発行者 平岡 博  
編集者 広報担当  
印刷所 光市光井一丁目 15 番 20 号  
中村印刷株式会社