

## [巻頭言]

## 県立宮崎病院内科の現況

県立宮崎病院内科

上 田 章

平成19年4月に血液科と化学療法科を設置し、内科・循環器科・血液科・化学療法科、神経内科となり、より専門的な診療体制の構築をはかっています。化学療法科では本年4月には腫瘍内科専門医1名の増員により2名体制とし、外来化学療法などがんの内科治療体制を充実させる予定です。また、消化器、腎臓、呼吸器、エイズなどの感染症、膠原病、代謝内分泌の専門医もそろい、質の高い診療をめざしています。

内科診療の専門化と患者要求の高度化によって、内科の臓器別専門化は当然の流れですが、次第に各専門内科以外の内科診療を行うことが困難となっています。入院を要する時間外救急患者や担当入院患者の診療において、各専門分野に少なくとも複数の専門医がいないと休みがとれず疲弊して、退職・医療崩壊となる可能性があります。病院医療崩壊が進む中、地域の中核病院として勤務を続けられるためには、少なくとも月に数回入院・救急診療からフリーとなる日を確保する必要があります。専門化と同時に、複数専門医体制の確立、主治医体制の見直しなどが課題です。

平成16年度から新医師研修制度がスタートし4年目を迎えています。今後の内科医のキャリアはどうなっていくのでしょうか？ 以前は、大学の内科学教室に入局し、臨床研修や研究を行い、その後関連病院に出張あるいは留学などを経て、勤務を続けるか開業するかが典型的なパターンでした。私自身も入局後関連病院と大学で2年間の内科研修、大学の研究室で膠原病学の研究と臨床を4年間行って学位を得、関連病院出張、米国留学、大学での教育研究を経て就職し現在に至っています。当院で新研修制度の初期研修を終えて内科を専攻した者も数名おり、当院内科での後期研修に進み内科・各専門内科医をめざす者、他の病院に移って内科を研修し地域医療を志す者、大学に入局し内科・各専門内科医を取得後病院に就職する、あるいは、研修と大学院での研究を行う者など進路はさまざまです。数年以内にその方向性も明らかになるものと思います。

昨年は、高病原性鳥インフルエンザ疑い2事例に対応しました。ひとつは県内の養鶏場での鳥インフルエンザの発症時に対策にあたった関係者の方々への対応で、もう一つがインドネシアでの鳥接触後に高熱を発症した帰国者への対応でした。マニュアル作成や訓練などを行っていますが、忘れたころにやってくるので、対応はなかなか難しいのが現状です。世界では高病原性鳥インフルエンザの報告が増加していますので、日本にもほんものが来ると覚悟しなければなりません。

最後になりましたが、会員の先生方とは病診連携をはかり、入院診療と専門外来診療を主に行っていく所存ですので、今後ともご指導・ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。

**特 集****心身医学・心療内科の時代**

宮崎大学安全衛生保健センター教授・心身医学科研修指導医・  
心療内科専門医・宮崎心身医療研究会代表・日本教育医学会理事

秋 坂 真 史

**はじめに**

「精神科」のイメージが湧かない医師はいないであろう。しかし、「心療内科」という学問が、曖昧模糊として知らない医師は意外に多いようである。もっともストレスとか心身相関などの概念が出てくる前までは、心に関する疾患はすべて精神科が担当していた。しかし、人間の病気は全てがきれいに心か体かに分けられるものではないことは明白である。九州大学に我が国で初めて「精神身体医学」講座ができたのもこの頃であった。まさに「全人医療」の基礎が築かれた画期的なことである。しかも全国に先駆け九州においてである。その後「精神身体医学」は「心身医学」という名の変貌していきが、心身一如の観念は不変である。「心療内科」は、その臨床的応用と考えるとよいと思う。心療内科は精神科と内科の中間的存在と考える医師もいるが、学術的には名称どおり「内科系存在」であることは日本心療内科学会の規定でも明瞭である。したがって、「真の心療内科医」は、内科も精神科もしっかり学び、どちらも相当の臨床的実力をもっている。つまり、総合診療もしくはプライマリケア医として、身体も心もある程度までしっかりと診られ、守備範囲外と分かれば、すぐに専門医に紹介できる

医師であるべきであろう。

もう一つ大切な点は、「心身医学」は、医師のみでなく心理士・保健師など、コメディカルも共にチームで当たり一緒に学び合う学問であることである。じじつ、日本心身医学会は医師も内科・小児科・婦人科等の様々な科から入会しており、コメディカルも多くチーム医療や従来からの古い医学の壁を取り払った独自性を重視している様が窺え、毎年のように学会に参加していると、意外な分野から新しい個性的な仲間や有志ができて楽しい。

**プライマリケアにおける心身医学・  
心療内科**

最近の日本医師会雑誌の特集でも「プライマリケアにおける向精神薬の上手な使い方」(第136巻8号)という良い企画があったばかりであるが、近年はプライマリケア医、とくに内科医にも身体のみならず心に対するステップアップした診断や治療へのニーズを感じる医師も多いのではなかろうか。「うつ病くらいは診られる」という医師も多いであろうが、意外と「うつ病」の診断や治療も難しいものである。筆者も、内科系のみならず数多くの精神科系の患者を各地で診てきたが、

その中で診断や治療で非常に難しさを感じた症例を一つ示して考察したい。

#### 症例にみるプライマリケアでの診断・

#### 治療の難しさ

症 例：24歳 女性 フリーター

家 族：父48歳（自営業），母46歳（パート），弟21歳（会社員），妹17歳（専門学校生）

主 訴：お腹の調子が悪く，すぐ下痢をしてしまう。とにかく憂鬱で何もできない。生きていてもしょうがないので死にたい。内科外来の治療で改善しないので，何とかしたい。

既往歴・生活歴：12歳時に近医（内科）で胃腸炎と診断。中学2年時より不登校になり，全日制の私立高校に入学するも1年で中退。

現 症：身長150cm；体重38kg；血圧SBP：74mmHg；DBP：51mmHg；HR：55bpm

現病歴：X-3年にコンビニのアルバイト中に腹痛強く，店長にレジ打ちを代わってもらってトイレに直行後，職場で店長と一緒にいるといつも腹痛が気になるようになった。次のカラオケ店のアルバイトでは，店長とも他の同僚とも人間関係は悪くなかったのに，消化器症状は同様に出現した。

激しい抑うつ状態と希死念慮がある。仕事中でも下痢が頻回に起こるためX-1年に消化器内科受診し，胃内視鏡等を行ったが「異常なし」だった。

不安障害によるアルバイトでの人間関係やコミュニケーションの苦手意識，下痢や腹痛への恐怖により，仕事先も転々と変え，その度に失意や絶望感を増強した。

中学生の時期からの消化器症状が全面に出る不安障害と，不登校による孤独感・罪悪

感・抑うつ感が目立ち，メンタルクリニックの精神科外来で1年間「うつ病」で治療を受けており，その後筆者が関わった心療内科外来で「遷延性うつ病」として1年間治療した。過去の事を聞いてもあまり話さないが，イジメや家庭内虐待のようなものはなかった印象で，PTSDの所見もない。

抑うつ症状に対しては，抗うつ薬を使用した。が薬物に敏感な体質で，眠気を中心とした副作用を常に訴え，止瀉薬や制吐剤を使っても悪心や下痢等の消化器症状は日常的に残った。

自分には生活力がなく，家庭は経済的に厳しく，親には本例への病気への理解がないため重症うつ病として通院公費負担制度を前医の際から利用し，今は自立支援制度で通院している。何もしないで家にいると，父母ともに「早くバイトでもしろ」という。親は，自分が怠けているからだ，となじる態度も示す。バイトや通院以外の日は，引きこもり気味になる。ただ，いつまでも家にいられない気がして，漠然と不安な状態である。したがって，家には居場所がないといい，通院はむしろ「楽しみであり」欠かさない。心理面接や医師診察時の会話は，慣れると積極的であり，薬の効能・副作用や症状とその対応，職場や家庭のことなど，何でもよく話す。

睡眠は午前2時から10時頃までの8時間ほどとっている。過敏性腸症候群としての治療は，当初より行っているが，著効はみられない。他の症状も含め，「服薬しないよりはまし」という程度のものである。独善的な服薬行動も時にみられ，医師の指示に従わないこともある。しかし，それは反抗挑戦的な態度ではなく，不安や恐怖感から新しいことを始める

のに常に抵抗感を示すことによる。こうして自分の将来に夢や意欲がもてず、ほとんど毎日激しい自殺願望があり、「死にたい」とクリニックのカウンセラーや医師の前で口にする。

治療では、睡眠リズムの改善を促し、薬物治療は弱い抗不安剤と睡眠導入剤から、高力価の抗うつ薬・抗不安剤と消化器系の抗心身症薬に変え、経過をみたところ下痢等の腹部症状はやや落ち着いてきた。アルバイトをする気になり、現在はレストランのウェイトレスとして勤めている。かつての接客業では、慢性不安で立っていられず、すぐ腹痛と下痢、そして嘔気嘔吐が頻回に出現し長続きしなかったが、精神科から心療内科に変えて、内科的治療と専門カウンセリングを加味した総合的治療で、生活も落ち着き仕事も定着するようになった。

**考 察**：本例のように、多彩な身体症状、とりわけ下痢を中心とした消化器症状が出現し、しかも抗核抗体陽性となると、まず便潜血と性状を確認すべく、検便を行うように指示し調べたところ異常なかった。ただ肉眼的に毎日便を確認するよう指示している。できれば、自己免疫性疾患も考え、早いうちに大腸内視鏡もした方がいいと何度も勧めるが、自立支援制度が他科では使えず、高額医療費は親に叱られるので、メンタルクリニック以外での検査や治療は経済的側面からしたくないと言う。

一方、X年度に行った血液検査、とくに免疫血清学的検査上、常に異常値が出るのは、抗核抗体（陽性）のみである。炎症反応CRPも陰性で、何よりも発熱を含め、自己免疫疾患を示すような皮疹も関節症状あるいは皮膚

硬化の所見もない。つまり、身体症状が全く出てこない<sup>1)</sup>。しかし本例は身体因性も疑うべきで今後多種の血液学的検査項目等で、経過を追っていくべきものと考え<sup>2)</sup>。つまり、きわめて「心療内科的」症例である。本例は、貧血や低蛋白血症もみられず、白血球増加そして炎症反応も陰性であった。

以上の点から、あらためてDSM-IVの診断基準<sup>3)</sup>によって、とくに「人格障害（以下、personality disorder:PDと略す）の亜型」も慎重にチェックした。

それによって、典型例ではないが、クラスターCの「依存型」「回避型」「混合（抑うつ）型」の亜型分類に十分適合可能であることが分かった<sup>4)</sup>。したがって本例は、クラスターCにおける非定型例である可能性が強い。さらに抑うつ症状については、内因性うつ病とくに単極性での必発症状としては、主に40-50歳代で、病前性格が几帳面・真面目、また完全主義・仕事熱心で、ストレス耐性が大きく、休養や抗うつ薬の有効性が高い点が指摘されている<sup>5)</sup>。しかし本例は、これらに合致せず、むしろPDに出現しやすい特徴としての、20-30歳前半で若く、人格が未熟で感情や衝動の制御が弱く、低いストレス耐性、一時的な休養・抗うつ薬の効果が目立っている。こうしてPD、とくにクラスターCに属するPDにおける「うつ病性症状」が内科や心療内科医にも理解され、その疾患として治療されてきた者へのPD診断と治療の困難性が再認識させられたものである。

本例、また他の臨床例を参考にして、一般的なプライマリ・ケアにおけるPD診断・対応・治療の在り方を考えた。PDには、心を許せる友人が少ない孤独な患者が多いた

め、医療者とのコミュニケーション、したがってカウンセリングを主体とした「治療」を望む者が多い感がある。ここでいう治療とは、心のサポートにきわめて近い内容である。精神医学的にPDの診断分類や治療に触れながら学校・職場そして地域の精神保健の視点で可能な社会サポートの必要性についても言われている<sup>6)</sup>。精神科医以外でも、心療内科医などや周囲の時間をかけた心理療法等のサポートによって、自己の偏奇したパーソナリティへの洞察と認識が生まれ、中年期になっても行動変容もできて、ある程度の社会適応が得られるケース、すなわち「晩熟現象」があると言っている<sup>6)</sup>。

治療を始めるに当たっては、初期対応のまざさが後々尾を引くことも多いため、慎重な中にもラポールをできるだけ早期にとり、ある程度臨床経験を積んだベテランの心理士や看護師らと共に、チームを組んで、既に他の病名がついて長期的に改善せずに紹介されてきたケース、あるいは自分で勝手に精神科から心療内科外来へ飛び込んできた患者については特に、非典型例のPDも含めて診断名を再考慮する必要もある。本例のように長期にわたって「うつ病」もしくは「統合失調症」と診断されているケースでも、じつはPDの疑いも否定できず、さらに検査結果で身体疾患の可能性を残している場合もある。また、本例のように膠原病疑いであれば、身体表現性の精神病状が出てもおかしくはないので、内科の専門的立場からの除外診断も必要になる。さらに、摂食障害や自傷歴の長い例にも当座の診断名にかかわらず、PD患者が多く潜んでいる可能性もある。要は前医から受け継いだ患者に対し症状や診断がかなり合致し

ていても、その治療によって改善不良の場合は、診断もいったんは白紙に戻して、「新患」として扱って診るくらいの立場が重要と思われる。以上は、どのような名医・専門医からの引継ぎ例にも有効であると考えられる。

しかし、一方で精神科医や他の心理士・PSW等との連携も重要となる。家族療法が必要となるケースも多いが、これは心療内科医が得意とすることが多い。さらに、患者と共有する人生経験が一つでも多い方が、ラポールを取り易く、治療が奏功する可能性は高い。ただし、あくまで支持・受容・保証の立場を忘れずに、一方的に治療者の指示を押し付けるようなやり方では成功の確率は低い。このような例では心身医学科・心療内科の専門医がもっとも力量が試される精神障害の一つであると思われる。誰でもが、PDになり得る芽はもっているからである<sup>7)</sup>。

最後に、筆者も多少関わっている医学あるいはコメディカルへの心身医学・心療内科の学部学生・大学院生または研修医への教育の面から、少し考察を加えて本稿を終えたい。

以上のような例は、じつは最初の受診が内科外来を初めとしたプライマリケアの様々な科であることが多いのである。ときには急性期の統合失調症や重症うつ病例も、内科や救急外来を受診することがある。

PDと非定型精神病の明確な鑑別診断が難しいなか、メジャーな精神疾患にそれほど頻回には遭遇しない心身医療の場において、精神科や心療内科を専門とする医師でもPDという疾患を正しく診断し治療に自信がもてる医師はそれほど多くはない。また、心療内科を得意とする医師が、PDに関わらず、精神疾患の治療において医療心理士に対する期待

の大きさを示す、重要な点が幾つか挙げられている<sup>8-11)</sup>。つまり、チーム医療の同志としてPD患者にも対応していく必要があり、とくに本疾患についてはこれまでの考察から重要なことであると思われる。したがって、コメディカルとの意思疎通やできるだけ多くの問題症例に関する議論の機会を持ち、医師としても独断は避け、共通の疾患認識と治療ゴールを確認して各方面から対応していくことが肝腎となる。

他方、心身医学教育の観点から見ると、「臨床の応用」において「PDについて解説できる」がCランクの目標設定になっている。これは「経験がなくとも十分な知識をもっていれば良い」という内容である。ところが「精神分析治療法」においては、その技法レベルで「患者の人格水準（PDレベルを含む）の診断ができる」でAランクの目標設定である。つまり「経験する必要がある」という必修内容になる<sup>12)</sup>。全体として画期的なガイドラインであるが、我が国のように精神科と心療内科の区分が医療制度の中で一般には正しくはっきりと理解されていない状況では、内科はもちろん精神科の患者を診る機会も多いため、ことPDのような疾患については「経験を含めた十分な知識」をもっている必要性がある。

PD、とくにクラスターA・Bの範疇に入るPD患者は、多くの場合、診断もつけやすく、精神科・心療内科外来、ときには内科外来で診断および治療等のフォローアップを求めることも多い。

#### 心療内科外来と精神科外来におけるPD患者

これに関して、精神科と心療内科（内科）のどちらの外来にPD患者が多いかを調べた

筆者の調査で、興味深い結果が出たので少し紹介しておく。

心療内科（および内科）外来を併設する精神科クリニック（以下、クリニック）において、心療内科外来に通院するPDと診断された患者の特性の有無と内容について調査した。

首都圏郊外にあるクリニックにおいて、以前筆者らが担当した心療内科外来に通院する患者のうち、PDと診断された患者の特性を調べる目的で、過去1年間の、心療内科外来と精神科外来を受診した患者をDSM診断基準の類型（下位分類）によって分類し、特性の概要をまとめると次のようになった。

「精神科外来」の担当医は院長で精神保健指定医、「心療内科外来」の担当は循環器内科と精神科を研修した心身医学認定医で、心療内科専門医でもある。2名とも基本的に同一の診断基準を使用している。

心療内科外来は非常勤で年間受診者数も、常設の精神科外来より少ないが、PDと診断された患者数は約2倍と多かった。精神科外来では双方ともPD患者の年齢は比較的若かったのに対し、心療内科外来では若干高齢側によっていた。

例えば、男女比は、心療内科外来では、女性は男性の5倍程度を示したのに対し、精神科外来はほぼ同数であった。また、心療内科外来では女性のPD患者も多かった。

受診患者の男女の年齢特性については、心療内科外来では平均年齢も男女とも比較的高齢で、年齢範囲は20歳から60歳までの広範囲にわたっていた。一方、精神科外来では最高齢は男性で50歳だが、女性では40代前半である。最小年齢は18歳である。平均年齢も若く、女性では30歳に達していない。

もっとも、これは心療内科外来の患者でも同様で、平均年齢は男性が40歳で女性が33歳と低い。精神科外来は、それよりさらに低いということになる。

また、類型分類では、心療内科外来の患者は数のみでなく、多彩であった。つまり、心療内科外来の患者は「反社会性」を除いて、すべての亜型にわたって万遍なく存在した。また、「境界性」も比較的多かったものの、精神科外来の患者は、「境界性」に偏る傾向が顕著にあった。

PDの患者の多くは、様々な精神科系ドクターやカウンセラー、また時には一般の診療科をわたり歩き、もっとも自分の相性に合った病院や外来を探すことが多いとされる。

心療内科外来医師は、心も身体も診る専門家であり、医師-患者関係やカウンセリングの仕方など、全人医療において本質的に重要な事柄を、日常的臨床の中で自ら研修を行っている方も多いと思われる。そのような診療ポリシーが、最終的に多くのPD患者が求める医療の在り方に合致して、上のような結果となったものと考えられる。

しかしPD患者の中には、気軽にアクセスし易いため、内科外来などを廻ってドクター・ショッピングする者も多く、また「自分をよく理解してもらいたい」気持ちからカウンセリングをしている広義の心身医療の場を、本人自身も気がついて利用し始めることも多い。

#### 産業医学における心身医学・

#### 心療内科の必要性

筆者は、宮崎大学の産業医もしているが、職場におけるメンタルヘルスの問題はますます

重要な意味を帯びてきていることを常に実感している<sup>13)</sup>。市中でも野崎病院や野崎東病院あるいは都城・城南病院で、「心療内科専門外来」を担当させてもらっているが、職場での人間関係のトラブルがもとで心身に異常をきたす患者さんが増えている。幸い、産業医同士の間あるいは産業保健師との間での話がうまく進み、お互いの当事者に都合の良いように事がはかどることも多いが、先方の企業や役所の産業医に精神科や心療内科的知識や対応能力が少ないと苦勞することもある。したがって産業医であろうとも、現代はメンタル系の知識や研修が多少とも必要となるのではないかと思う。

#### 心身医療における発展途上県としての

#### 宮崎県

最後に、心身医学・心療内科の発祥地である九州の中でも、宮崎県は、残念ながら患者のニーズは多くてもプライマリ・ケアを担当する先生方の、この診療科への関心度は比較的薄いように思われる。両学会で確認しても、心身医学の認定医は3名、研修施設は宮崎大学とその関連施設のみで指導医は筆者のみ、さらに心療内科登録医（認定医相当）はわずか2名で、専門医に至っては現在のところ筆者一人と淋しい限りである。研修施設は宮崎大学であるがその関連施設との関わりの中で、とくに内科系の先生方はさほどの困難なく認定医や専門医の取得が可能であり、さらに認定「医療心理士」という新しい資格をスタッフに与えることも可能になった。

筆者のささやかな夢は、宮崎県が心身医療の面でも「先進県」として認めてもらいたいことで、そのために昨年「宮崎心身医療研究

会」を筆者が某学会の大会長を務めた際に立ち上げた。現在会員は1年で50名以上に達し、毎月1回のオープンな定例会で、様々な研修と親睦を深めている。最近は、医学生も加わるようになってきている。さらに、再来年の2010年には、久しぶりに宮崎で日本心身医学会・九州地方会が開催されることが内定した。宮崎県が、この分野での「先進県」の仲間入りをする絶好のチャンスではないかと思う。

九州を中心に心身医療に関心のある医師や様々なコメディカルの方々が、宮崎市に参集し、この中には内科はもとより、外科、小児科、婦人科、その他いろいろな科の先生方も含まれるはずである。

また、後ほど詳しくアナウンスさせていただきたいと思うが、宮崎県のプライマリケア医によるメンタルヘルス発展の一助のためには、とくに内科系の先生方の御協力が何よりも必要で、積極的参加と新しい宮崎の全人医療のためのリーダーシップを期待してやまない。

#### おわりに

近年は、症例とは異なるタイプの「トラブルメーカー」としてのパーソナリティ障害も増えてきた。とくに気を使うのが、ボーダーラインという「境界型」である。著者はかつて救命救急センターに勤めていたとき、女性が腹部症状で来たら妊娠を忘れるな、ということ先輩に教えられた。今の時代は、「難しい患者を見たら」、「パーソナリティ障害を含めた心身疾患を忘れるな」、ということなのであろう。一方で、身体症状が前景に現れる心因性の仮面うつ病も経験された先生方も多いであろう。まさに、現代あるいは未来と

いう時代には、心も身体もしっかり診られなければ、自分の心も身体も疲弊することになるのかも知れない。人の心と身体をしっかりと診れるということは、自分の心身の異常への気づきにもつながる。テレビや新聞の異常な事件をみても、学校や企業等でのイジメやパワハラ等による不登校・出勤困難や心身症の方の多さを見ても、将来はまさに「心身医学・心療内科の時代」といってもいいかも知れない<sup>14-15)</sup>。

#### 参考文献

- 1) 杉本, 小関, 水野編. 内科学. 第8版. 東京: 朝倉書店; 2005. 16-985.
- 2) 河合忠, 水島裕編. 今日の臨床検査 2005-2006. 東京: 南江堂; 2005. 8-697.
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., Washington DC, 1994. 233-42. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳)
- 4) Livesley WJ. The DSM-IV Personality Disorders. New York: Guilford Press. 1995. 2-56.
- 5) 牛島定信. 人格障害の治療; 主に未熟な人格障害を中心に臨床精神医学. 2000; 29: 63-6.
- 6) 藤田定. 人格障害の診断, 治療, および精神保健的立場からの対応と支援. 心身医. 2005; 45: 204-9.
- 7) 岡野憲一郎. みんなのボーダーラインの芽をもっている: こころの臨床 a-la-carte. 東京: 星和書店 2006. 47-50.
- 8) 松野俊夫. 全人医療におけるチームアプ



- ローチー構成員の役割分担と相互協力の仕方（心理士の立場から）. 日本心療内科学会誌. 1999；3：23-25.
- 9) 川村直子. 天保英明. 医療における心理士の役割－精神科の立場から. 心身医. 2004；44：510-2.
- 10) 西島英利. 心理技術者の業務と医行為について. 精神医. 2004；46：34-7.
- 11) 江花昭一. 医師が心理士に求めるものは何か－チーム医療の観点より－. 心身医. 2005；45：656-61.
- 12) 日本心身医学会教育研修委員会編. 心身医学教育研修基準. 心身医. 2006；46：9-49.
- 13) 内山源. 秋坂真史編著. メンタルヘルス&ケア実践ハンドブック. 東京：同文書院；2008. 3-256.
- 14) 秋坂真史. 教養としての精神・心身医学. 岡山：大学教育出版；2002. 4-192.
- 15) 秋坂真史. あなたのための臨床ヘルスサイエンス. 岡山：大学教育出版；2006. 2-201.
-

[会員投稿論文]

## 瀉血療法が効を奏している高齢C型慢性肝炎の1例

小牧 齋<sup>1)</sup>, 堀 剛<sup>2)</sup>, 三原 謙郎<sup>3)</sup><sup>1)</sup> こまき内科 (宮崎市), <sup>2)</sup> 宮崎医療センター病院消化器・肝臓病センター<sup>3)</sup> 宮崎県立宮崎病院臨床検査科

### はじめに

C型慢性肝炎に対する瀉血療法は有用性が認められている保存的治療法の一つである。今回、平成3年より約16年にわたり経過を見ているC型慢性肝炎に罹患した高齢の女性で、グリチルリチン製剤（以下、GL）療法、ウルソデオキシコール酸（以下、UDCA）投与、少量インターフェロン（以下、IFN）治療などを試みながらも持続的な肝炎の鎮静化がはかれず、最終的に施行した瀉血療法で治療後2年半以上にわたりトランスアミナーゼが正常に維持され、それに伴い他の肝機能も改善している症例を経験しているので報告する。

### 症 例

[患者] 79歳, 女性

[主訴] 肝機能異常

[家族歴] 父が肺癌で死亡。

[既往歴] 31歳頃, 第2子出産時輸血歴あり。手術歴はない。

[現病歴] 平成元年(60歳)の健康診断にて肝機能障害を指摘される。近医で通院加療していたが、原因がはっきりしないため、同3年9月、県立宮崎病院を紹介され、精密検査でC型慢性肝炎と診断される。同月GLで

の治療目的で当院へ紹介を受ける。

### 初診時現症

身長148cm, 体重52kg, 血圧130/70mmHg, 脈拍66/分整, 意識状態は清明, 結膜に黄疸・貧血は認めなかった。腹部は軟らかく, 平坦であって肝臓・脾臓は触知しなかった。下肢の浮腫, 手掌紅斑なども認めなかった。

### 臨床経過

平成3年9月(63歳), 当院初診時の検査データは表に示す。当時はC型慢性肝炎に対しIFN治療が始まったばかりの時期で, 患者もまだ十分な認識のない状況だったこともありとりあえず保存的治療としてGL療法で経過を見ることとした。当初は40ml×2~3回/週 静注を試みていた。しかしながらGPTの低下もみられずGLを増量し, 経口的に漢方薬(小柴胡湯, 桂枝茯苓丸), ポリエンホスファチジルコリン(EPL), UDCAなどの肝庇護療法を併用した。これらの治療にてもトランスアミナーゼが改善せず肝線維化の進行が懸念されたため途中何度かIFN治療を勧めたものの, 当時はIFN治療の副作用による精神症状としてのうつ症状, 極端な例での自殺企図などがマスコミを通じて大々的に取り上げられた時期で, 患者は治療に対し消

表. 初診時検査所見

〈末梢血〉		T.chol	149 mg/dl
WBC	6200 / $\mu$ l	BUN	21.6 mg/dl
RBC	477 / $\mu$ l	Cr	0.7 mg/dl
Hb	15.1 g/dl	T.P	7.4 g/dl
Plt	17.4 / $\mu$ l	Alb	58.9 %
〈血液生化学〉		$\gamma$ -gl	20.8 %
T.Bil	0.8 mg/dl	〈ウイルスマーカー〉	
GOT	57 IU/l	HBs-Ag	(-)
GPT	81 IU/l	HCV-Ab	(+)
LDH	305 IU/l	〈腫瘍マーカー〉	
ChE	0.85 $\Delta$ PH	AFP	(-)
ALP	10.4 IU/l		
$\gamma$ -GTP	32 IU/l		
TTT	2.5 単位		

極的であった。

同10年(70歳)12月からはGL 80ml $\times$ 3回/週とUDCA300mg/日の併用療法を続けたが、依然として肝機能の改善は認められないまま、同16年2月に至った。この時点で76歳の高齢になっており、肝機能はGOT 102 IU/L, GPT 128 IU/L, 血小板10.6万/ $\mu$ l, AFP 26.3ng/dl, HCV-RNA (PCR定量) 830KIU/MLなどであった。血小板の低下より肝硬変への移行が危惧されるようになったこと、肝線維化の進行に伴い肝癌発症リスクが高まってきたことより、患者の同意を得て、発癌抑制を目的に同月よりIFN少量投与(ペグ・インターフェロン $\alpha$ -2a, 250万単位 $\times$ 3/週)を開始した。しかしながら1年経過した同17年1月の血小板9.5万/ $\mu$ lと減少傾向にあり、HCV-RNA量は、2990KIU/MLと逆に上昇し肝炎の鎮静化もはかれないためIFN治療の継続は断念した。

この時点で、赤血球数426万/ $\mu$ l, Hb138g/dl, 血清鉄141 $\mu$ g/dl, フェリチン値253ng/mlと高齢女性にしては多血傾向であったことから、GL療法は続けながら、肝炎の進行

をくいとめる肝庇護療法として、同年2月から瀉血療法を施行することとした。同年4月までの約2ヶ月にわたり計4回実施し1,000mlの瀉血を施行した。終了時の肝機能はGOT31 IU/L, GPT28 IU/Lと著明な改善が見られた。その後はGL60 $\sim$ 40ml $\times$ 2回/週、実施継続しながら経過を見ているがトランスアミナーゼの正常域に維持はもちろん他の肝機能の改善が見られるようになっている(図)。すなわち同19年7月の時点でGOT20 IU/L, GPT14 IU/L, 血小板15.3万/ $\mu$ lまたZTT7.0単位, TTT3.1単位など他の肝機能にも明らかな改善傾向を認められ2年半以上維持され現在に至っている。しかしながらHCV-RNA量は8,200KIU/MLとむしろ増量していた。

## 考 察

C型慢性肝炎は、IFN治療が行われるようになって治癒可能な疾患になっている。なかでも最近のペグ・インターフェロンとリバビリンによる併用療法は約50%にのぼる治癒率を見出し、患者さんにとって福音となっている

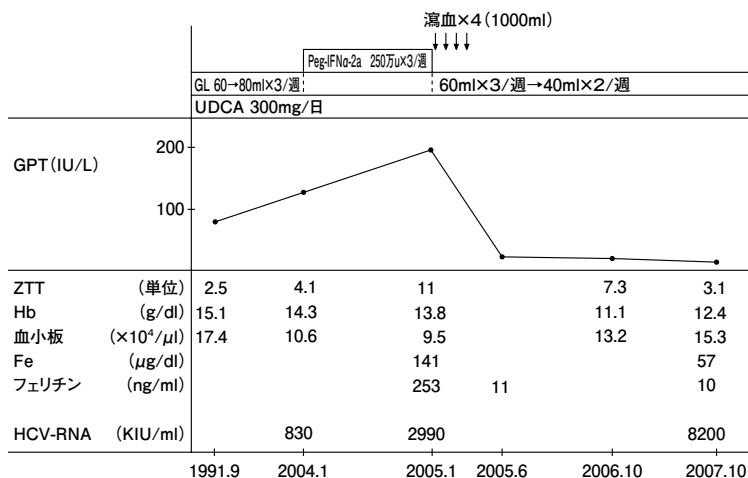


図. 臨床経過と検査値の変化

る。しかしながらいまだ残り50%の患者さんは難治例としてその恩恵にあずからず病氣と闘っている現状がある。ことに副作用で治療を断念せざるを得ない場合や経済的また年齢的に治療の適応からはずされた方々は対症的治療で、肝硬変に移行する、肝臓癌を併発するという危険性ははらむ状況に日々苦しんでいる。このような場合血清トランスアミナーゼの改善を目的とした保存的治療に、現段階ではGL, UDCA, 漢方治療, 瀉血療法などがある。また発癌を予防として最近は少量のIFNを長期に投与しようとする試みもなされてきている。

今回の症例は肝庇護療法, 少量IFN治療を試みて肝機能が改善しないまま約14年間経過していたが, 最後の方法として瀉血療法を試みたところ, 2年半以上肝炎の活動性が抑えられている。その効果については, 瀉血前後でのトランスアミナーゼの変化をみるとGOT100→26 IU/L, GPT198→22 IU/Lと著明に改善していることから理解できる。またその他の肝機能を反映する生化学的検査で

は, コレステロール値の上昇, コリンエステラーゼ値の上昇, チモール反応の低下, 蛋白分画の $\gamma$ -グロブリンの低下, ヒアルロン酸の低下など, いずれも好転しているのである。

瀉血療法については林らの報告<sup>1)</sup>以来多施設対象比較試験でその効能が追試され認知されている。しかしながら平成17年4月医療保険上の適応が認められるまでは, 社会的に汎用されていると言いがたいし, それ故当患者さんでも治療の選択としては最後の選択となったのが実情である。実際上一般診療所で瀉血療法を実施するには, 血液の廃棄に関し感染廃棄物としての取り扱いに不慣れや瀉血に時間を手間取ること, また必要材料を準備などで無駄な部分を生じるなどどうしても消極的にならざるを得なかった。今回病診連携のもと信頼しうる肝臓専門の医療施設での実施依頼となったが, あらためて連携診療のありがたさを知らされた次第である。

瀉血療法は通常1回200～400mlの瀉血を, 血清フェリチン値を10～20ng/mlに維持できる程度まで繰り返す方法であるが, 通

常6ヶ月以内に血清GPT値が再上昇することが多く、効果維持のため追加瀉血や鉄制限食を必要とするとされている。本症例では4回の瀉血を実施後特に追加瀉血をすることもなく、また鉄制限食を特別指示することもなく、2年半以上トランスアミナーゼが正常に維持されている事は珍しい。2年後の血清鉄値、フェリチン値、赤血球数、Hb値などは貧血状態が維持されており、このことがトランスアミナーゼの減少維持に貢献しているものと思われる。患者本人から後で聞きだしたことであるが、肝臓病に関する本で「肝炎に対し鉄過剰食は良くない」との事を知ってから鉄分の多いものは極力避けていたとの事である。

ところで、鉄による慢性肝炎に対する治療抵抗性やIFN治療に対する治療抵抗性、肝臓癌発生に対するリスクファクターとして種々の報告<sup>2,3)</sup>を見ている。特に2価の自由鉄が過剰に存在すると極めて細胞毒性が強く、細胞障害の原因となるといわれる。C型慢性肝炎ではウイルスの刺激で肝臓内に鉄が蓄積し、フリーラジカルによる脂質の過酸化が起り、肝病変が促進されることが提唱されている。それ故除鉄療法が試みられ結果として肝機能が改善しているという報告<sup>2,3)</sup>は多く見られ、最近では少量瀉血療法なる試みもされてきて効果を上げ得るとの報告<sup>4,5)</sup>を見るようになった。一方、C型慢性肝炎では食道静脈瘤破裂や消化性潰瘍から大出血するとGPT値が低下するという。筆者も、胃潰瘍による大量吐血に伴いGPTが全く正常領域に維持されたケースや甲状腺機能亢進症を合併しやむを得ず手術し貧血状態が起こった患者のGPTが改善しているケースを経験して

いる。いずれも鉄欠乏性の貧血が関与していたのであろう。

本症例では瀉血療法により、トランスアミナーゼを正常域に維持できたことにより、血小板数、コレステロール値、クンケル、チモールなどが正常領域に復帰した。特に血小板値は瀉血療法開始前には10万/ $\mu$ l程度まで減少していたが、約3年経った現在でも15万/ $\mu$ lとさほどの低下を認めていない。このことより肝線維化の進行もある程度抑制できたのではないかと推測され、改めてトランスアミナーゼ値を正常域に維持する重要性が認識できた。

一方、ウイルス量に関してはこの2年余りの観察期間で減少は見られずむしろ上昇しており、今後その増加に伴い再び肝機能悪化が懸念される。

本症例をまとめるにあたり、①瀉血療法の選択肢は早くからあったものの、当時は保険診療上の適応が認められなかったことや煩雑さから実施するのに躊躇した、②高齢者であったことからIFN治療を積極的に薦めていなかった、③組織検査による正確な病態把握をしていなかった、④長期にわたるGL療法はどの程度意味があったか疑問が残った、⑤一般開業医として保険診療上の制約から必要にして十分な検査がしてなかった、などの反省点も多く残った。

本症例は現在まで2年半以上肝炎が鎮静化しているものの、ウイルス量は減少せずむしろ増加しているため、今後再燃が懸念される。高齢になっていることから積極的治療も今後難しい点から、鉄制限食を改めて継続していただきながらフェリチン値を低値におさえ、肝炎が再燃しないように引き続き注意深い経

過観察をしていこうと考えている。

### ま と め

C型慢性肝炎の高齢者に瀉血療法を試みたところ、その後2年半以上トランスアミナーゼが正常化し、結果として血小板数や他の肝機能も改善してきている症例を経験している。IFN治療は究極の治療ではあるが、治療抵抗性や難治性の場合、瀉血療法などによる保存的治療でも患者のQOLを維持しながら肝炎の進展を食い止められる可能性があり、今後の治療法の選択肢の一つに加えていいものと改めて考えさせられた。

### 参 考 文 献

- 1) Hayashi H, Takikawa T, Nishimura N, et al : Improvement of serum aminotransferase levels after phlebotomy in patients with chronic active hepatitis C and excess hepatic iron. Am J Gastroenterol 89 ; 986-988 : 1994
- 2) 林 久男 : 鉄の細胞毒性とC型慢性肝炎での役割. 肝臓 40 ; 431-435 : 1999
- 3) 高後 裕 : C型肝炎と鉄代謝異常. 日本消化器病学会雑誌 102 ; 544-551 : 2005
- 4) 角田圭雄, 金政和之, 福本昇平, 他 : C型慢性肝炎に対するグリチルリチン製剤静脈内投与前の少量間欠瀉血療法の有用性について. 日本消化器病学会雑誌 104 ; 1044-1050 : 2007
- 5) 森野文敏, 白石光一, 佐久間恵子, 他 : C型慢性肝炎患者に対する少量間歇瀉血療法の意義. 肝臓 46 ; A216 : 2005

[会員投稿論文]

## エコーにて診断できた小腸腫瘍の2例

石橋 峰嗣, 小牧 誠, 河南 学, 守屋 喜代  
 吉弘 実香, 籠 るみ子, 長峰 邦子, 小出 照美  
 野元 園恵, 松原 佳奈, 武田恵美子, 吉松 智佳  
 加藤久仁彦, 野崎 勝宏, 三原 謙郎, 小牧 齋<sup>1)</sup>

県立宮崎病院臨床検査科超音波センター (宮崎市)

<sup>1)</sup> こまき内科 (宮崎市)

## はじめに

最近, 小腸悪性リンパ腫とPeutz-Jeghers (以下, P-J) 症候群に伴う小腸ポリープを経験, 腹部エコー検査 (以下, US) にて診断できた。US所見を中心に報告する。

## 症 例

症例1は71歳の女性で, 子宮筋腫の手術 (45歳), 腸閉塞の手術 (55歳) が主な既往歴である。

平成19年7月頃から下腹部の痛みが出現, 近医を受診した。下部消化管内視鏡検査にて回腸末端に結節性病変がみられ, 9月に当院へ精査依頼で紹介された。USでは回腸末端から回盲弁にかけて約11cmの範囲にわたって全周性壁肥厚がみられた。回腸の短径は約2.5cmに肥厚, その肥厚した回腸壁のエコーレベルは極めて低く, 層構造は消失していた (図1, 2)。そのほか, 回腸周囲, 腸間膜, 大動脈周囲リンパ節腫大もみられた (図3)。以上の所見により悪性リンパ腫と診断した。当院での内視鏡検査では回盲弁が腫大, その奥の回腸末端は狭窄気味であった。回腸からの生検では悪性リンパ腫 (diffuse large B-cell

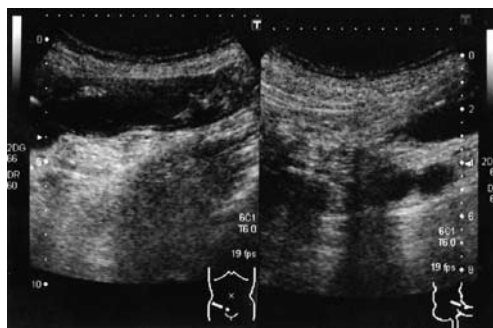


図1 回腸末端 (左)、回盲部付近 (右) の腫瘍と周囲リンパ節像



図2 高周波プローブで記録した腫瘍像  
 腫瘍の長径は約11cm、短径は約2.5cmで、エコーレベルが極めて低く、層構造は消失している。

type) の病理診断であった。なお, FDG-PET検査では回腸末端, 腸間膜と右頸部リンパ節への異常集積を認めた。

以上の検査結果から回腸原発と診断, 現在,



図3 腫大したリンパ節像

腹腔内には約1cmから最大5cmの低エコーリンパ節が散見された。

R-THP-COP療法中である。

症例2は17歳の女性で、小児期にP-J症候群と診断され、6歳と11歳の時に腸重積で手術を受けた。2回目の手術以降は特に症状なく経過していた。

平成19年4月頃から腹痛発作が2週間に1回位みられるようになった。10月に腹痛が持続、締め付けるような痛みが増強したため、当院救急外来を受診した。USにて左側腹部の小腸に約4cmの腫瘤があり、腸管壁が何層にも重なった状態で、その間に引き込まれた腸間膜などが腫瘤を形成する多層同心円構造を呈していた(図4)。腸重積と診断、外筒と思われる浮腫性に肥厚した腸管と、その内腔に内筒と思われる腸管と巻き込まれた高エコーの脂肪織を認めた。腹部CT検査でも同部位に腫瘤を認め、US同様に腸重積と考えられた。

非観血的な治療により症状が改善された時点でUSを再検した。腸液で満たされ、ケルクリング襻の多い空腸に約1cmから1.5cmの隆起性病変を数個観察できた(図5)。また、腸管が折り重なる状態も時々観察された。消化管造影検査では小腸に多数の陰影欠損があり、P-J症候群に伴う小腸ポリープが腸重

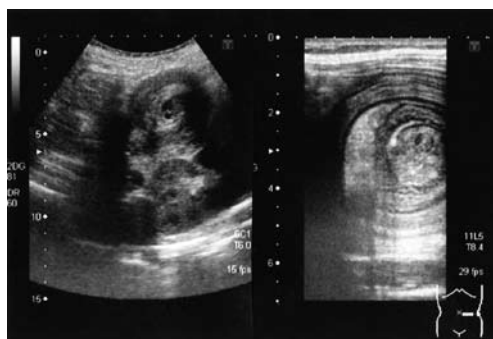


図4 左側腹部の腫瘤像

腫瘤は類円形、大きさは約4cmで、多層同心円構造を呈している。図右は高周波プローブで拡大して記録した。

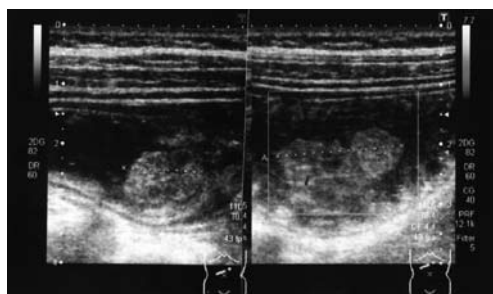


図5 空腸の隆起性病変

楕円形や分葉状で、サイズは約1.3~1.5cmである。

積の原因であると確認できた。その後、他施設でのダブルバルーン内視鏡検査で多数のポリープが観察され、内視鏡的切除が困難なため手術待ちの状態である。

## 考 察

小腸病変の検出法としては消化管造影検査、CT検査などがあり、最近はダブルバルーン内視鏡等も話題になっている。小腸USも有用性が確認されてきている状況で、今回は腫瘍2例を報告した。USでは胃から連続する十二指腸や回盲弁から遡る回腸末端は同定できる。空腸・回腸には決まった区分がないが、ケルクリング襻の多寡を確認、あとは体外からのプローブの位置で大凡の検討



をつけ空腸か回腸かを同定することとなる。症例1のリンパ腫は回腸末端に存在し、症例2は空腸に存在するポリープを描出できた。

わが国の最近の集計では小腸悪性腫瘍のなかで悪性リンパ腫は30%を占め、小腸癌に次ぐ頻度である。部位別には空腸が約30%、回腸が70%で、回腸例の60%は回盲弁より40cm以内に存在するという。腸管リンパ腫のUS所見は全周性壁肥厚、エコーレベルの著明な低下、層構造消失、compressibility（硬さ）良好、所属リンパ節腫大などが特徴とされているが、症例1ではこれらの所見がみられた<sup>1)</sup>。悪性リンパ腫のUS所見には栃尾らの4分類があり、症例1は腸管長軸方向に内腔を保ちつつ伸展し全周性低エコー性著明壁肥厚のdiffuse wall thickening typeに該当する<sup>2)</sup>。鑑別としては癌があげられ、壁肥厚の程度、エコーレベル、compressibility（硬さ）、内腔エコーの偏位などが鑑別点となる。

症例2は幼小児期にP-J症候群と診断されていた。P-J症候群は消化管ポリポーシスと皮膚、粘膜の色素斑を主徴とする遺伝性疾患である。出生8,300～29,000人に1人の出生頻度で、その多くは10歳代で発症、腸重積による腹痛や下血などの症状を認める。自験例では初回のUSにて腸管が何層にも重なった多層同心円状構造がみられ、腸重積と診断でき

た。先進部は同定できなかったが、2回目のUSでは空腸に楕円形や分葉状のポリープを数個描出でき、腸重積の原因となったポリープの一部と考えられた。

また、腸重積解除後であったが、時折腸管が重積する所見が観察され、慢性的に腸重積状態が出没している可能性が示唆された。

### 結 語

最近、胃腸領域に対するUSの有用性が認識されるようになった。小腸は病変を早期に診断されることが少ない領域であるが、USが病変発見の契機となる機会が増えているという。自験例を通して、胃腸エコーの有用性を再認識できた。

本論文の要旨は、第46回宮崎県医学検査学会（平成19年11月、宮崎市）、第74回宮崎県腹部超音波懇話会（平成20年1月、宮崎市）にて報告した。

### 文 献

- 1) 畠二郎ほか：消化管ビジュアルテキスト、医学書院、2004
- 2) 栃尾人司ほか：腸管悪性リンパ腫の超音波像。J. Med. Ultrasonics, 24：21～28, 1997

[会員投稿論文]

## チアマゾールによるバセドウ病の治療中に無症状で発見され、経過中に発熱をきたした無顆粒球症の一例

古賀総合病院 内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 光川内科医院<sup>3)</sup>, 古賀駅前クリニック<sup>4)</sup>井手野順一<sup>1)</sup>, 日高 博之<sup>1)</sup>, 河野 通一<sup>2)</sup>, 光川 知宏<sup>3)</sup>,  
佐藤 秀一<sup>1)</sup>, 榎木 誠一<sup>1)</sup>, 齋藤 智和<sup>2)</sup>, 年森 啓隆<sup>4)</sup>, 栗林 忠信<sup>1)</sup>

### はじめに

日本ではバセドウ病の治療には抗甲状腺剤が使用されることが多く、抗甲状腺剤のなかではチアマゾール (MMI) が第一選択とされている。しかし抗甲状腺剤は副作用出現の頻度が比較的高く、なかでも重篤な副作用として稀に無顆粒球症がみられることがあり、投与の際に定期的な血液検査の施行が義務づけられている<sup>1)</sup>。

今回我々は、MMI投与開始から3ヶ月以上経過した後に定期通院の血液検査にて無顆粒球症と診断された症例を経験したので報告する。

### 症 例

【患者】 20歳, 女性

【主訴】 無顆粒球症の加療

【既往歴】 特記すべき事項なし

【家族歴】 母: バセドウ病 (MMIにて加療, 副作用の指摘なし)

【現病歴】 2007年4月頃より動悸・発汗過多が出現し、6月20日に前医受診し甲状腺腫・甲状腺機能亢進症 (FT 3 >30pg/ml, FT4 >7.77ng/dl, TSH <0.01  $\mu$ U/ml, TSH受容体抗体 (TRAb) 34.1%) を指摘され、バセドウ病と診断された。6月29日よりMMI

20mg/日の内服を開始されたが効果不十分のため、9月12日より30mg/日に増量された。10月15日定期受診時の血液検査にてWBC 1600/ $\mu$ l, 好中球 224/ $\mu$ lと無顆粒球症をみとめたため加療目的で当科紹介入院した。入院までの経過中に発熱・咽頭痛等の症状はみられていない。

### 入院時現症

身長 149.0cm, 体重 52.6kg, 血圧 92/53mmHg, 脈拍 82/分・整, 体温 36.7℃, 意識状態: 清明, 結膜: 貧血・黄疸なし, 顔貌: 眼球突出なし, 口腔: 咽頭扁桃の軽度腫大あり, 白苔はみとめず, 頸部: 弾性硬なびまん性甲状腺腫あり, 圧痛なし, 表在リンパ節: 触知せず, 胸部: 心音は清・雑音聴取せず, 呼吸音は正常肺胞音, 腹部: 平坦, 軟, 肝・腎・脾触知せず, 四肢: 浮腫なし, 手指振戦なし

### 入院時検査所見 (Table 1)

MMI内服中のため甲状腺ホルモンはFT3が正常範囲内, FT4は軽度低値であり, TRAbは陽性であった。末梢血中の顆粒球数

Table 1. 入院時検査所見

<CBC>		<Chemistry>		<Serology>	
WBC	1500/ $\mu$ l	ALP	1237 IU/l	CRP	0.0mg/dl
Neut	13.5%	GOT	24 IU/l		
Lymph	85.0%	GPT	16 IU/l		
Mono	1.0%	$\gamma$ -GTP	15 IU/l	<内分泌学的検査>	
Eosino	0.0%	T-Bil	0.95 mg/dl	FT3	2.85pg/ml
Baso	0.0%	T-chol	188 mg/dl	FT4	0.78 ng/dl
At-ly	0.5%	Alb	3.6 g/dl	TSH	<0.01 $\mu$ U/ml
RBC	549 万/ $\mu$ l	BUN	8.6 mg/dl	Tg	136.9 ng/ml
Hb	14.8g/dl	Cre	0.4 mg/dl	抗 Tg 抗体	12.5 IU/ml
Ht	42.8%	Ca	8.5 mg/dl	抗 TPO 抗体	274.0 IU/ml
Pt	17.2 万/ $\mu$ l	P	3.5 mg/dl	TRAb	5.6IU/l

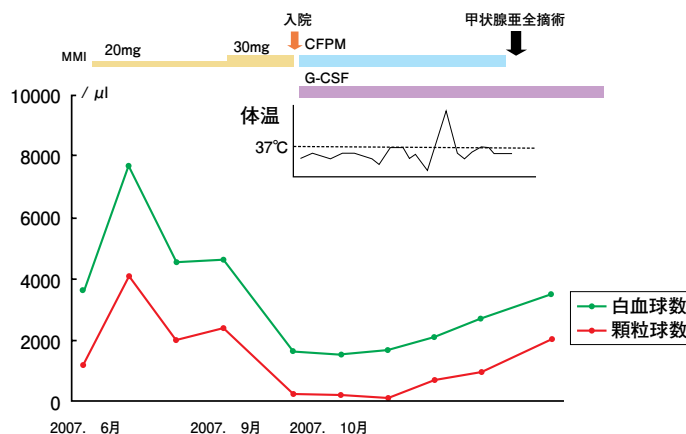
の減少をみとめるが、CRPの上昇はみられなかった。またALPの上昇がみられたが、バセドウ病による影響と考えた。甲状腺超音波検査では、甲状腺はびまん性に腫大し内部エコーレベルは不均一であったが、明らかな結節性病変はみられなかった。またカラードプラー検査にて甲状腺内に豊富な血流信号をみとめ、バセドウ病に一致する所見であった。

### 臨床経過 (Figure 1)

病歴および血液検査所見からMMIによる無顆粒球症と診断し、明らかな感染徴候はみられなかったが入院治療を開始した。入院後

MMI内服を中止し、抗生物質 (CFPM 2g/日) と顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF : レノグラステム 100  $\mu$ g/日) 投与を開始し、簡易無菌層流装置を設置した。経過中第6病日に38℃の発熱がみられたが、CRPの有意な上昇はみられなかった。末梢血中の顆粒球数は第4病日に111/ $\mu$ lと最低となり、第10病日に1000/ $\mu$ lを超え無顆粒球症から回復した。バセドウ病の治療については手術を希望されたため無機ヨード内服を開始し、第9病日に当院外科にて甲状腺亜全摘術 (甲状腺残置量約1.5g) を施行された。手術病理組織検査ではバセドウ病に合致する所見であり、手術後

Figure 1. 臨床経過



の経過も順調であったため第16病日に退院した。

## 考 察

抗甲状腺薬は主として甲状腺ペルオキシダーゼ (TPO) を阻害し、無機ヨードの有機化・縮合反応をブロックすることによって、甲状腺ホルモンの産生を抑制する。また、弱い免疫抑制作用を有するともいわれている<sup>2)</sup>。日本で使用される抗甲状腺剤はMMIとプロピオサイオウラシル (PTU) の2種類があるが、効果や副作用の頻度の面から、挙児希望や母乳保育の希望がある場合以外ではMMIが選択されることが多い (Table 2)。

抗甲状腺剤の重篤な副作用として無顆粒球症が出現することは以前から知られていたが、強力な抗生物質が登場した現在でも稀に無顆粒球症による死亡例がみられており、2004年2月にはMMIに対して緊急安全情報により注意が喚起されている<sup>1)</sup>。抗甲状腺剤による無顆粒球症の機序は不明だが免疫学的機序の関与が推測されており<sup>2)</sup>、初回投与の場合は投与開始2ヶ月以内に発生することが多いとされている<sup>1, 4)</sup>。しかし投与開始後数ヶ月～数年を経過した後に発症することも

あり、MMI投与中は白血球分画を含めた定期的な血液検査が推奨されている。本症例はMMI投与開始後3ヶ月を経過して無顆粒球症が発症しており、効果不十分のためMMIが増量されたことが無顆粒球症発症の誘因になったと考えられた。

無顆粒球症は末梢血中の顆粒球数が500/ $\mu$ l以下の状態と定義されており、典型例では突然に38℃を超える発熱と咽頭痛を訴え医療機関を受診し、血液検査にて診断されるという経過をたどる。しかし田尻らの報告では、無顆粒球症の発症パターンを典型型、移行型、無症状型の3つに分類したところ無症状型が最多であり、診断時には自覚症状がみられなかった移行型と無症状型の例数を合わせると約7割を占め、定期的な顆粒球数検査が無顆粒球症の早期発見に有効であると報告している<sup>5)</sup>。一方、抗甲状腺剤による無顆粒球症に対するG-CSFの効果については、顆粒球回復までの期間を短縮させるとの報告<sup>6)</sup>と効果がない<sup>7)</sup>との報告があり、今のところ一定の見解が得られていない。本症例ではG-CSFを投与したにもかかわらず無顆粒球症からの回復に10日を要し、抗生物質を使用中であつたにもかかわらず発熱もみられ、無顆粒球症

Table 2. 抗甲状腺剤の副作用

	MMI	PTU
副作用		
薬疹	頻度：4.5～22.2%	0.72～26.6%
肝障害	胆汁分泌障害型 高齢者に多い (平均 53 歳) 低用量で少ない	肝細胞障害型 若年者でも起こる (平均 32 歳) 低用量でも発症
無顆粒球症	頻度：0.24%	0.5%
特異副作用	インスリン自己免疫症候群	ANCA 関連糸球体腎炎

(文献3)を一部改変)

の型としては移行型に分類した。

以上よりバセドウ病に対して抗甲状腺剤を投与する際には、開始後2ヶ月を経過した後も定期的に末梢血中の顆粒球数を計測することが無顆粒球症の早期発見に有効であること、無症状の無顆粒球症でも経過中に感染症状が顕在化する可能性があること、について留意する必要があると考えられた。

### 結 語

MMI投与後の定期血液検査にて無顆粒球症と診断され、当初は無症状であったが経過中に発熱を来し有症状の無顆粒球症に移行したと考えられた一例を経験した。無症状の無顆粒球症を早期発見するためには、定期的な血液検査により顆粒球数を計測することの重要性が示唆された。

### 参 考 文 献

- 1) メルカゾール安全性情報<無顆粒球症の発現について>. 2004年2月 中外製薬
- 2) Braverman LE and Utiger RD eds. The THYROID 9th Edition. LWW, Philadelphia. 2005
- 3) 伴良雄 編. よくわかる甲状腺疾患のすべて. 永井書店. 平成15年
- 4) 重篤副作用疾患別対応マニュアル 無顆粒球症(顆粒球減少症, 好中球減少症). 平成19年6月 厚生労働省
- 5) 田尻淳一, 野口志郎, 森田三雄, 他. 抗甲状腺剤による無顆粒球症の発症様式について. 日本内分泌学会雑誌 1993; 69: 530-533
- 6) Andres E, Kurtz JE, Perrin AE, et al. Haematopoietic growth factor in antithyroid-drug-induced agranulocytosis. QJM 2001; 94: 423-8
- 7) Fukata S, Kuma K, Sugawara M. Granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) does not improve recovery from antithyroid drug-induced agranulocytosis: a prospective study. Thyroid 1999; 9: 29-31

[会員投稿論文]

## 総胆管結石再発とHCV初感染発症高齢者例

宮崎市 大西医院

大西 雄二

宮崎市郡医師会病院外科

高屋 剛

### はじめに

非アルコール性脂肪肝疾患 (NAFLD) に、高齢初感染と思われるC型急性肝炎例を経験した。経過を報告し、病態と治療について考察する。

### 症 例

【患者】71歳，女性。

【主訴】吐血。

【現病歴】2002年，宮崎社会保険病院で胆石症のため，腹腔鏡的胆嚢摘除術を施行された。

2004年7月，宮崎市郡医師会病院循環器科にて虚血性心疾患と診断され治療を受けたがこの時HCV抗体は陰性であった。

2004年9月，腹痛にて同院外科へ紹介。CTにて胆嚢管に遺残結石あり，総胆管結石も認めた。T-Bil 2.1 mg/dl, GOT 736 IU/L, GPT 840 IU/Lと肝障害あるも保存的に治療。ERCPにて胆嚢管結石の残存，総胆管結石は自然排石。この時もHCV抗体は陰性であった。

2006年9月29日，吐血にて当院受診。上部内視鏡検査にて，出血源らしきものは認めなかった。同日の血液検査にてT-Bil 3.1 mg/dl, GOT 1267 IU/L, GPT 905 IU/Lと肝機

能異常を認めたため，10月2日宮崎市郡医師会病院外科に紹介入院となった。

【生活歴】飲酒歴なし。輸血歴なし。

【既往歴】1995年，高血圧症。1996年，脳出血。

【家族歴】特記事項なし。

【入院時現症】

身長 148cm, 体重 78kg, BMI 35.6。血圧 150/90mmHg。

【入院時検査成績】(表. 1)

T-Bil 4.3mg/dl (D-Bil 3.0), GOT 1249IU/L, GPT 957IU/Lと肝機能障害は持続した。HCV抗体は43.4と陽性であった。またAFPは803.6ng/mlと高値を示した。

【臨床経過】

画像検査では単純腹部CTで，著明な皮下脂肪。肝左葉の肥大傾向，肝内エコー不均一のパターン，軽度の脾腫があり，慢性肝障害が認められた(図. 1)。

表1 検査成績

平成18年10月2日:	PLT 18.8 T-Bil 4.3 D-Bil 3.0 GOT 1249 GPT 957 HCV抗体 43.4(1.0未満)
平成18年10月5日	T-Bil 4.0 GOT 1,010 GPT 779
平成18年10月7日	T-Bil 5.7 GOT 732 GPT 619
平成18年10月11日	T-Bil 4.6 GOT 350 GPT 376
平成18年10月14日	HCV-RNA 32 KU/ML(5未満) HCV抗原 55 FMOL/L(20未満)
ZTT 20 TTT 21 AFP 803.6 PIVKA-II 3440(未満)	
平成18年10月15日	T-Bil 2.9 GOT 180 GPT 202
平成18年10月17日	T-Bil 4.1 GOT 260 GPT 283

DIC-CTにて十二指腸下行脚に石灰化結石を認め、排出された総胆管結石と考えられた。CT3次元画像を示す(図2)。

CT画像で総胆管の拡張はないが、壁が肥厚し、周囲に網状の濃度上昇あり、急性胆管炎と考えた。薬剤性肝障害も疑ったため、絶食で輸液にて経過を観察した。

HCV抗体が陽性であったため、10月14日に提出したHCV関連マーカーはHCV-RNA定量 32 KIU/ML (5未満)、HCVコア抗原 55 fmol/L (20未満)と陽性であった。その後も、肝機能障害は持続した。

肝障害精査のため11月13日、宮崎医療セン



図1 腹部CT



図2 腹部CT 3次元画像

ター病院に転院した。ヒアルロン酸 746 ng/ml, IV型コラーゲン7S 26.1 ng/mlと肝線維化マーカーが高値であり、CT画像上、肝/脾 CT比=0.82と脂肪肝を呈した。11月14日のHCV-RNA定量 5 KIU/ml未満, HCVコア抗原は20 fmol/L未満と基準値以下となったが、11月20日のHCV-RNA定性は陽性であった。11月14日総ビリルビン1.1 mg/dlまで改善するも、肝炎は持続し、Alb 2.4 g/dlから2.5 g/dl, 血小板9万から10万と低値が続いた。経過表を示す(図3)

その後、2007年4月の時点でHCV-RNA定量は5 KIU/ml未満と陰性であり、自然治癒したと考えられた。

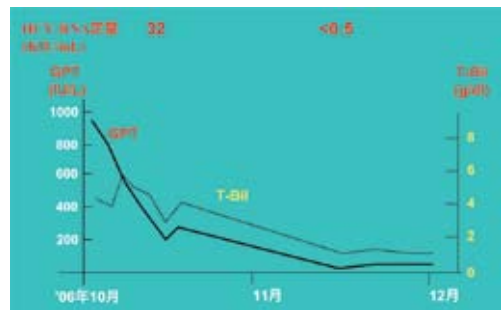


図3 臨床経過

## 考 察

非アルコール性脂肪肝疾患 (NAFLD) による慢性肝障害が背景にある患者で、2年前の入院時検査でHCV抗体は陰性であったが、2006年10月14日の検査ではHCV-RNA定量, HCVコア抗原ともに陽性であり、初感染により急性肝炎をきたしたものと考えられる。

経過中にHCV-RNA定量, HCVコア抗原はともに基準値以下となり、その後陰性化している。C型肝炎ウイルスによる急性肝炎では約30%が自然治癒することが報告されており、本症例も一過性感染に終わった可能性が

高い。

また、血液検査所見で肝線維化マーカーが高値であり、著明な肥満があり、画像所見で脂肪肝がみられていること、飲酒歴のないことからはいわゆるNAFLDが存在していたことが考えられる。この状態にHCVによる急性肝障害が加わり、肝障害の重症化、および肝予備能が低下した状態が持続したと考えられた。

なお、C型肝炎ウイルスの感染経路については不明であった。本邦におけるC型急性肝炎の動向は、輸血後肝炎が第2世代のHCV抗体スクリーニングが始まった1992年以降顕著に減少しているのに対して散発性のC型急性肝炎は全急性肝炎の約10%にみられ、横ばいの発生状況である<sup>1)</sup>。

高齢者での初感染例についての報告は少ないが、宮坂らは60歳以上の高齢者のC型急性肝炎5例について臨床像を検討しており、黄疸以外の初発症状の出現頻度は低かったが、肝機能検査値は高値で重症化する傾向を認め、慢性化率には差がないこと、IFNが有効であった症例もみられたことを報告している

<sup>2)</sup>。また、矢倉らは結婚50年後に配偶者より感染した夫婦間感染の1例を報告している<sup>3)</sup>。

急性C型肝炎に対する治療法としてはインターフェロン療法が確立されているが、NAFLDによると思われる肝予備能低下、血小板数低値、および71歳と高齢と、狭心症、腹部大動脈瘤を有すことから導入は困難と考えた。

NAFLDを基礎とした肝障害に、C型急性肝炎を合併した高齢者の稀な症例であり、病態の解釈と治療法の選択に苦慮した。

#### 参考文献

阿部弘一，鈴木一幸：C型肝炎の最近の感染経路の動向. 肝臓 2006;53:98-103

宮坂昭生，岡野継彦，熊谷一郎，ほか：高齢者急性C型肝炎の臨床像. 日本高齢消化器医学会誌 2001;3:129-134

矢倉道泰，田中晃久，時田 元，ほか：結婚50年後に感染したHCV夫婦間感染の1例. 肝臓 2005;46:19-25

(謝辞：宮崎大学医学部消化器血液学内科 永田賢治先生より助言をいただきました)



[Postgraduate Education]

## 臨床膠原病講座（2） 関節リウマチの診断

むらい内科クリニック

村井 幸一

### はじめに

関節リウマチ（RA）は、破壊性の多発関節炎を主徴とする全身性疾患で、30～50歳の女性に好発し、患者数は日本全体で約70万人と推測されている。発病には遺伝的背景があり、現在、*HLA-DRB1*や*PADI4*が疾患関連遺伝子として注目されているが、まだ未解明な部分が多い。進行すると、関節破壊により関節機能が低下し、生活の質（QOL）の低下を招く。これまで、RA治療の目標は関節機能の低下を最小限にとどめ、QOLを維持することであった。しかし、最近、強力な薬剤が登場し、関節破壊の抑制、そして治癒へと導くことが治療の目標になりつつある。これらの目標を達成するためには、早期に診断し、適切な治療を開始することが重要である。本稿では、早期RAの特徴と診断の進め方を中心に述べる。

### 1. 関節リウマチの症状

RAの症状の主体は関節症状であるが、全身症状や関節外症状を伴うことも多い。

1) 全身症状:朝のこわばり、全身倦怠感、易疲労感、発熱などである。朝のこわばりは早朝起床時にみられる「関節の動かしにくい感じ」で、関節を動かすことによって

改善する。こわばりは起床時に限らず、日中でも仮眠や長時間の車での移動といった一定時間以上関節を安静にした後にも出現する。発熱は一般に微熱のことが多いが、時に38度を超える熱がみられる。

2) 関節症状:典型的な関節症状は関節の腫脹と疼痛である。関節症状は、中手指節間（MCP）関節、近位指節間（PIP）関節、中足趾節間（MTP）関節など手指や足趾の関節から始まることが多い。その他、手、肘、膝、足関節も侵されやすい。罹患関節は腫脹し圧痛を伴う。特にPIP関節の紡錘形腫脹（図1）は、RAに特徴的である。進行すると、手指のスワンネック変形、ボタン穴変形、尺側偏位、足趾の外反母趾などがみられるようになる。

3) 関節外症状:リウマトイド結節、強膜



図1. 手指 PIP 関節の紡錘形腫脹

炎、胸膜炎などの漿膜炎、間質性肺炎、血管炎などがあり、活動性の高い時期に出現する傾向がある。リウマトイド結節は肘、膝など外部から圧迫を受けやすい場所のできる皮下の肉芽腫性の結節で、硬さは柔らかいものから軟骨程度まで、その大きさは米粒大からウズラ卵大までである（図2）。漿膜炎として、胸膜炎や心外膜炎が時にみられ、胸水や心嚢液が貯留し、液中のリウマトイド因子が陽性となる。間質性肺炎は軽微なものも含めると10～30%に認められる。稀に間質性肺炎がRAの発症に先行する場合があります注意が必要である。血管炎の症状としては、主に下腿に頻発する皮膚潰瘍、多発性神経炎、紫斑などがある。



図2. 前腕伸側のリウマトイド結節

## 2. 関節リウマチの検査所見

RAの診断には、CRP・赤沈などの炎症反応、リウマトイド因子、他の膠原病の鑑別に抗核抗体検査は必須である。最近、リウマトイド因子以外のいくつかの血清学的マーカーもその有用性が報告されている。

1) 炎症反応：CRP上昇と赤沈の亢進が重要であるが初期には正常の場合がある。その他、炎症を反映して蛋白分画で $\alpha_1$ 、 $\alpha_2$ グロブリン上昇、補体の上昇がみられる。

2) 末梢血液検査：正球性貧血がしばしば認められる。血清鉄は低下しているが不飽和鉄結合能は正常か低値を示し、いわゆる慢性炎症性の貧血である。炎症を反映し血小板増加がみられる。白血球数は正常～やや増加する。

3) 生化学検査：特異的なものはない。血清総蛋白は正常からやや低下している。血清アルカリフォスファターゼ（ALP）の上昇がみられる。

4) リウマトイド因子：リウマトイド因子（RF）はIgGのFc部分に結合する抗体で、IgM、IgG、IgA、IgEの各クラスがあるが、この中で出現頻度が高く、広く臨床診断に応用されているのはIgMクラスのRF（以下IgM-RF）である。IgM-RFの測定法には定性法（RAテスト）、半定量法（RAHA/RAPA）、定量法（RF定量）があるが、最近は定量法が主流である（前号参照）。IgM-RFはRAの診断に欠かせない検査であるが、その陽性率はRA全体で80%ほどであり、発症早期ではさらに低く50%前後とされる。したがって、発症早期でRAが疑われるがIgM-RF陰性の場合、しばらく期間をおいて再検する必要がある。一方、IgM-RFはRA以外の膠原病や慢性肝疾患、間質性肺炎などでも陽性となり、疾患特異度は必ずしも高くない。IgM-RF陽性であっても「RAらしくない」場合は他疾患の鑑別が必要である。

IgGクラスのRF（IgG-RF）は、RAでの陽性率は30%前後であるが、特異性が高く、陽性の場合には活動性と相関するとされている。IgM-RF陰性の場合などに測定される。ガラクトースの欠損したIgGに対

する抗体（抗ガラクトース欠損IgG抗体、CARF）はそれぞれのサブクラスのRFをすべて測定し、RAに対する感度はIgM-RFと同等かやや高いとされるが特異度は変わりなく、IgM-RF陰性でRAが疑われる場合に測定される。

5) matrix metalloproteinase(MMP)-3 : MMP-3は滑膜細胞などで産生され、細胞外マトリックスを分解し、軟骨破壊に関与する酵素である。RFではないが、発症早期のRAでの陽性率はIgM-RFと同程度であり、IgM-RF陰性例で診断の参考となる。また、活動性や関節の予後の指標となるとされる。しかし、全身性エリテマトーデスをはじめとするほかの膠原病でも陽性となることがあり注意が必要である。

6) 抗cyclic citrullinated peptide(CCP)抗体：これまでRAにおいてはRFが臨床的に利用される唯一の自己抗体とされてきた。最近、従来からRAに特異的とされた抗ケラチン抗体および抗核周囲因子の対応抗原がシトルリン化フィラグリンと判明、これを人工的に環状化し反応性を高めたペプチド(CCP)に対する自己抗体測定法(抗CCP抗体)が実用化され、2007年4月に「抗シトルリン化ペプチド抗体」として健康保険適応となった。抗CCP抗体のRAにおける感度はIgM-RFとほぼ同等であるが、特異度は90～95%と極めて高い<sup>1)</sup>。したがってRAが疑われるが診断がつかない場合に測定されている。一方、RAの活動性とは相関しないとされ、定期的な測定は意味がなく、保険適応は認められていない。

7) 抗核抗体：蛍光抗体法による抗核抗体の陽性率は約40%であるが、RAでは一般

的に160倍未満であり、それ以上ではRA以外の膠原病やその他の疾患を積極的に検索する必要がある。

### 3. 画像検査

1) 単純X線検査：単純X線検査は診断・病期判定・治療方針決定・治療効果判定など幅広く利用される。手のX線は必須であるが、RAのX線変化は足のMTP関節に最初にみられるとの報告もあり、症状があれば足のX線検査も実施する。発病初期には関節液貯留や滑膜炎による関節周囲の軟部組織の腫脹がみられるだけであるが、その後、関節付近の骨萎縮(骨粗鬆)と骨びらん(erosion, 滑膜炎による骨破壊)が出現する。これらの変化は、関節面の周囲で、骨が軟骨に覆われていない部位(bare area)に生じやすい(図3)。骨びらんは関節炎が出現してから2年で70～90%にみられるとされ、手指MCP・PIP関節、手根骨間関節、橈骨・尺骨茎状突起に好発する。軟骨に病変が及ぶと関節裂隙の狭小化が出



図3. 母指 MCP 関節 bare area の骨びらん

現する。さらに進行すると、軟骨下骨の破壊、骨粗鬆をきたした骨の圧潰が生じ、関節裂隙は消失し、関節は硬直する。関節部の骨融解が進行し、動揺性のムチランス変形となることもある。

2) magnetic resonance imaging (MRI) : MRIは単純X線写真では把握できない早期の病変を検出することができる。MRIによって検出できる病変としては、滑膜炎、骨びらん、骨髄浮腫、関節水腫、腱鞘炎などである。

RAの発症早期にはまず滑膜炎が起こり滑膜が増殖する。増殖した滑膜はT1強調像では低～中等度信号、T2強調像では低～高信号を呈し、関節液との識別がやや困難である。ガドリニウム (Gd-DTPA) 造影を行うと、増殖した滑膜は造影されT1強調像で高信号となり、さらに脂肪抑制画像を併用することでより明瞭に描出できる(図4)。

骨びらんも単純X線写真で明らかになる前に確認できる。早期RAで20～40%に検出される。T1強調像で限局性の骨皮質や骨髄の信号の欠損として描出される。骨髄浮腫は脂肪抑制T2強調像で骨髄中の高信



図4. 膝関節のGd造影MR像。炎症のある滑膜が増強されている

号域として描出されるが、骨びらんの前段階とも考えられ、病理所見も含めて詳細は不明である。関節変化ではないが、腱鞘炎もMRIにて検出可能である。

以上のように、MRIは単純X線検査では検出できない早期RAの病変を検出可能で、RAの早期診断に有用と考えられている。しかし、滑膜炎や骨びらんは変形性関節症や他の膠原病でもみられ、診断には注意が必要である。

3) 超音波検査：関節の超音波検査は、関節液貯留、滑膜増生、軟骨破壊、骨びらんなどを非侵襲的に描出可能であるが、その有用性については議論の最中であり、まだ一般には普及していない。

#### 4. 診断の実際

関節の腫脹や圧痛、朝のこわばりなどの臨床症状、赤沈亢進やCRP上昇からRAを疑い、IgM-RFを調べると同時に、他の膠原病の鑑別のため抗核抗体を検査する。IgM-RFが陰性の場合、抗CCP抗体を測定、両者が陰性の場合、CARF、IgG-RF、MMP-3などを検査する。画像検査として、所見のある関節の単純X線撮影を実施する。関節所見がはっきりしない場合、MRI検査を追加する。RAの診断は、このように、病歴、理学所見、検査所見、画像検査を総合して行われるが、診断の参考としてアメリカリウマチ学会 (ACR) の1987年の改訂分類基準<sup>2)</sup>(表1)が最も広く利用されている。しかし、ACRの基準は臨床研究などにおいて患者集団を選定するための基準であり、ある程度進行した症例を対象としており、感度・特異度ともに90%を超え

表1. 1987年改訂RA分類基準  
(アメリカリウマチ学会)

1. 朝のこわばり:最大の改善をみるまで、1時間以上
2. 同時に、3領域以上の関節炎:領域は、左右の、PIP、MCP、手、肘、膝、足、MTPの計14
3. 手関節、MCP、PIP関節の少なくとも1領域の関節炎
4. 対称性関節炎:2で定義した領域。PIP、MCP、MTPは全く対称でなくてよい
5. リウマトイド結節
6. 血清リウマトイド因子陽性
7. X線所見:手指、手関節の骨びらん、または骨脱灰

上記7項目中4項目以上を満たす場合、RAとみなす  
注1)1~4は6週以上持続する必要がある  
注2)関節炎とは、腫脹または関節液貯留があるものをいう

るが、早期診断には適していない。最近は、治療効果に優れた新しい薬剤が導入され、早期から積極的にこれらの薬剤を使う治療へと治療戦略が移りつつある。そこで、早期から積極的な治療を考えるための基準の必要性がさげばれ、様々な基準が提唱されている。本邦でも、日本リウマチ学会、厚生労働省研究班が独自に診断基準を作成している<sup>3), 4)</sup>(表2に日本リウマチ学会の基準を示す)。抗CCP抗体やMRI所見を取り入れた新しい基準の作成も進められている。これらの基準を適用することで早期のRAを拾うことにはなったが、逆に特異度は低下しており、基準を満たせば、確定的なRAとして強力な治療を開始してよいということではない。

表2. 早期関節リウマチ診断の基準  
(日本リウマチ学会)

1. 2関節以上の圧痛または他動関節痛
2. 2関節以上の腫脹
3. 朝のこわばり
4. リウマトイド結節
5. 赤沈20mm以上の高値またはCRP陽性
6. リウマトイド因子陽性

上記の6項目中3項目以上を満たすもの。  
この診断基準に該当する患者は詳細に経過を観察し、病態に応じて適切な治療を開始する必要がある。

RAと診断した場合、Steinbrockerの機能分類と病期分類<sup>5)</sup>が付記されるが、誌面の都合上、ここでは詳細は割愛する。

## 5. 鑑別すべき疾患

進行したRAの診断は比較的容易であるが、早期では、関節症状を来す他の疾患の鑑別に迷うことも多い。以下、特に重要な疾患について鑑別点を述べる。

1) 変形性関節症 (osteoarthritis, OA): 患者数も多く、RAと同年代の女性に多いため、最も混同されやすい。OAでは、膝、股関節と手指の遠位指節間 (DIP) 関節に初発することが多い。朝のこわばりや手指PIP関節の病変がみられると鑑別が難しくなる。しかし、こわばりはRAと比べると短時間 (多くは30分以内) で程度も軽い。一般的に赤沈とCRPの亢進はみられないが、希に軽度の炎症反応を認める例もある。最も大きな違いは単純X線で、OAでは骨硬化と骨棘形成がみられる。

2) RA以外の膠原病: シェーグレン症候群 (SjS) と全身性エリテマトーデス (SLE) が特に重要である。特に原発性SjSは、同年代の女性に多い、朝のこわばりがみられる、RFの陽性率が高いなど共通点が多く、診断に難渋する例がある。一般に関節腫脹がみられず、白血球減少、 $\gamma$ グロブリン上昇を発症時より伴う場合はSjSの可能性がある。抗核抗体陰性、抗SS-A抗体陽性の場合があるので、抗核抗体陰性でもSjSが疑われる場合は抗SS-A抗体を測定する。SLEでは関節痛の程度が強くてもCRPが軽度上昇にとどまり、白血球や血小板減少、低補体血症を認める。抗核抗体が160倍を

超える場合、SjS、SLEも含めてRA以外の膠原病を考える必要がある。

3) リウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica, PMR) : 高齢者に発症する四肢近位筋のこわばりと疼痛を主徴とする疾患である。関節近傍の筋の疼痛を関節痛と訴えることがあり、高齢発症のRAとの鑑別が問題となる。赤沈とCRPの亢進がみられるがRFは陰性である。上腕や大腿筋の圧痛を認め、比較的急性に発症する。少量のステロイドに反応する。

4) RS3PE症候群 (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema) : 高齢者に比較的急性に発症するRF陰性の対称性関節炎で、手背や足背にpitting edemaを伴う<sup>6)</sup>。手根部、手関節が侵されることが多く、手指の屈筋腱拘縮もみられる。関節滑膜炎が基本的な病態と考えられている。PMR同様、少量のステロイドに反応する。比較的新しい疾患概念であり、高齢発症RAやPMRとの異同が問題で、まだ完全にひとつの疾患としては確立されていない。

5) 成人Still病 : 発熱、関節炎、皮疹を3主徴とする疾患である。高熱のことが多く、肝障害、フェリチン増加がみられる。

6) 血清反応陰性脊椎関節症 (seronegative spondyloarthropathy) : RF陰性で、腱付着部炎、仙腸関節炎、脊椎炎、末梢の非対称性関節炎を特徴とする疾患群である。強直性脊椎炎、Reiter症候群、細菌性下痢症あるいはクラミジア性器感染症後の反応性関節炎、乾癬性関節炎、炎症性腸疾患に伴う関節炎などがある。

7) その他の疾患 : ベーチェット病、掌蹠

膿疱症性関節炎、痛風・偽痛風、線維筋痛症、再発性多発性軟骨炎などもRAと似た関節症状を呈する。

### 終わりに

RA、特に早期例の診断について、臨床所見、RFを中心とした血液検査、画像検査、鑑別疾患を中心に述べた。強力な抗リウマチ薬を発症後速やかに投与するためには、早期診断が重要である。しかし、早期であればあるほど、他の疾患がRAと診断されたり、逆に、RAが他の疾患と判断されたりする可能性をいつも考えておく必要がある。診断まで数ヶ月から1年かかることも希ではなく、RAが疑われる場合には、外来での観察を中止せず、慎重に経過を見守るべきである。

### 【参考文献】

- 1) 三森経世:新しい検査の意義と使い方. 2. 抗CCP抗体. 日内会誌, 96 : 2132-2137, 2007.
- 2) Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al : The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 31 : 315-324, 1988.
- 3) 山本純己, 柏崎禎夫, 延永正, 他 : 日本リウマチ学会による早期慢性関節リウマチの診断基準 - 2. 診断基準の作成 -. リウマチ, 34 : 1013-1018, 1994.
- 4) 松原司, 山前邦臣, 姫野信吉, ほか : 早期リウマチ診断基準の感度と特異性. 厚生省リウマチ調査研究事業, 研究報告書. p12-14, 1992.
- 5) Steinbrocker O, Traeger CH,

Batterman RC : Therapeutic criteria  
in rheumatoid arthritis. JAMA, 140 :  
659-662, 1949.

al : Remitting seronegative symmetrical  
synovitis with pitting edema. JAMA,  
254 : 2763-2767, 1985.

6) McCarty DJ, O' Duffy JD, Person L, et

---



[Postgraduate Education]

## 症候による漢方治療

### XV 便秘（その2）

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

#### 4. 小承気湯<sup>ショウジョウキトウ</sup>

本方も出典は傷寒論と金匱要略で大黄・枳実・厚朴の3種の生薬で構成される。健康保険の薬価に収載されているエキス製剤はないので成人1日量として大黄2g・枳実2g・厚朴3gを煎剤として用いる。

(1) 使用目標：原典の傷寒論には前号で紹介した条文で大承気湯に関する記載に引き続いて「……若し汗多く、微発熱、悪寒の者は、外未だ解せざるなり。其の熱、潮せずんば、未だ承気湯を与うべからず。若し腹大いに満ちて通ぜざる者は、小承気湯を与え、微しく胃気を和すべし。大いに泄下に至らしむること勿れ。」と述べられている。すなわち、もし多量の発汗があっても少し熱があっても悪寒のある者はまだ太陽病の症候が緩解していない（この場合は桂枝湯の適応症）ので、その熱が潮熱状となってからでないと（大）承気湯を与えてはいけない。しかしながら、その熱が潮熱状になっていなくても腹部の膨満が極めて強く便通がない場合は、先ず小承気湯を与えて消化管の機能を調整して便通をつけてやるとよい。（大承気湯で）激しく瀉下させてはいけない。と述べられている。また次の条文には「陽明病、潮熱、大便微しく鞭き者は、（小）承気湯を与うべし。〈鞭からざる

者は、これを与うべからず。〉若し大便せざること六七日なるは、恐らく燥屎あらん。これを知らんと欲するの法は、少しく小承気湯を与え、湯腹中に入り、転失気（てんしつきまたはてんしきと読む）の者は、これ燥屎あるなり。すなわちこれを攻むべし。若し転失気せざる者は、これ但初頭鞭く、後必ず溇し、これを攻むべからず。これを攻むれば必ず脹満して食する能わざるなり。水を飲まんと欲する者に、水を与うれば則ち嘔す。その後発熱する者は、必ず大便また鞭くして少なきなり。小承気湯をもってこれを和せ。転失気せざる者は、慎んで攻むべからざるなり。」<sup>1)</sup>と記載されている。条文中の〈 〉内は後人の註文と考えられるもので、（ ）内は著者注。すなわち、陽明病の病態になっていて、潮熱があっても大便が少し硬い程度であれば小承気湯を与えるときよい。硬くない場合は与えてはいけない。もし6・7日も便通がなければ多分大便が硬くなっているだろう。大便が硬いか否かを知るには少量の小承気湯（1回量の1/2程度か）を与えてみて煎液が消化管内に入って放屁がある場合は大便が水分を失って硬くなっていると思われるので大承気湯で瀉下させるとよい。しかし、放屁がない場合は大便の出はじめは硬いがあとは軟便



や下痢便であるから大承気湯で強く瀉下させてはいけない。もし強く瀉下させると陰証の傾向に陥り腹力は低下するのに腹部膨満感は強くなって食物を受けつけなくなる。このような場合に水を飲みたがる者に水を飲ませると吃逆が出るようになる。その後で発熱（恐らく発汗も）がある場合は多分大便がまた硬くなって量も少ないであろう。この際は小承気湯で胃腸の機能を調整して便通をつけてやるとよい。放屁のない場合は決して大承気湯で強く瀉下させてはいけない。と、大承気湯と小承気湯の用法を注意を喚起しながら繰り返して述べている。原典が著述された後漢の時代には勿論臨床検査が未発達だっただけに当時の医師はそれなりに苦勞し、また工夫もしたであろうことが窺われる。

以上は急性熱性疾患（腸チフスなど）に本方を応用する際の用法を述べたものであるが、常習性便秘に用いる場合には、実証ないし虚実問証で、衰弱の傾向がなく、腹力も中等度以上で、腹満があるが、大承気湯の適応症のように腹堅満（臍を中心に強く緊張し膨隆している）というほどではなく、脈も沈遅実のこともあるが沈滑・緊などを呈することもある。また大承気湯の適応症では皮膚・粘膜等に乾燥傾向がみられることが多いが、本方の適応症ではこの傾向はほとんどない。

（2）処方解説：主薬は大承気湯と同様大黄であるが、本方では大承気湯から芒硝を除いて、口渴、舌や口腔粘膜の乾燥、糞便の乾燥傾向などの燥症状が強くない場合に用いるように配慮されている。

##### 5. 調胃承気湯

本方の出典は傷寒論で大黄・芒硝・甘草の3種の生薬で構成される。

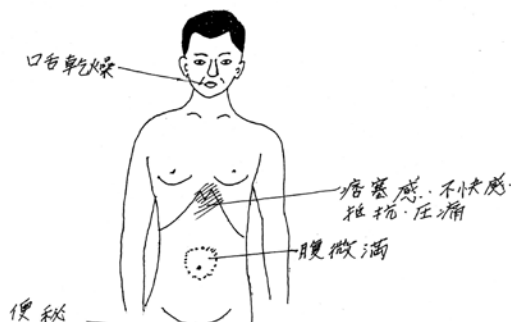
（1）使用目標：原典の傷寒論には急性熱性疾患における本方の使用目標に関する条文が8項目ほどあるが、その一つに「発汗後、悪寒する者は虚するが故なり。悪寒せず、<sup>ただ</sup>但熱する者は実なり。当に胃氣を和すべし、調胃承気湯を与う。」<sup>まさ</sup>2) と述べられている。すなわち、自然発汗の後でも、或は発汗作用のある方剤（麻黄湯など）で発汗させた後でも悪寒が起こる場合は虚証になっているのである。しかし、悪寒がなくて全身に熱感があり、熱感に苦しみ耐え難い（<sup>おねつ</sup>悪熱）ような場合は実証である（陽明病に属する）。この際は胃腸の機能を調整して便通をつけてやるべきである。調胃承気湯を用いるとよい。の意と思われる。

すなわち、本方は急性熱性疾患では陽明病で比較的軽症の便秘がある場合に運用される。

調胃承気湯は承気湯類の中では最も作用の緩和な方剤で、実証のみでなく虚実問証の便秘にも応用可能な場合が少なくない。自・他覚的に腹満はないかあっても腹微満と呼ばれる軽度のものである。本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図1. に示した。

主として常習性便秘に応用する際には、便

図1. 調胃承気湯



秘のほか、腹微満、心窩部の軽度の痞塞感ないし不快感があつて抵抗・圧痛を認めることもある。口・舌には乾燥傾向があり、厚い黄苔や白苔を認めることが多い。脈は沈実のこともあるが、一般的に緊張良好で沈数、遅実、数、浮などを呈する。

なお、本方など大黄が配剤された方剤を便秘に応用する場合には空服時に冷服させるのがよいと言われている<sup>3)</sup>。

(2) 処方解説：主薬は大黄であるが、芒硝が硬便に潤いを与えて軟化し、大黄の通便作用を補助する。本方は枳実と厚朴を除いて腹満感や痞塞感が顕著でない場合に用いるように配慮されていて、また大黄や芒硝の瀉下効果が過大にならないように甘草が加えられている。

症例：77歳、男性、無職。

主 訴：便秘。

家族歴：父 脳血管障害のため59歳で死亡。

母 便秘が続き精査のため某病院に入院し、消化管X線検査でバリウムを使用したところ腸閉塞を起こし71歳で死亡。

既往歴：59歳、脳梗塞。前立腺肥大症のため他院で加療中。

現病歴：40歳頃から便意が起り難く種々の便秘薬を用いてきた。いずれも使用開始後数日は効果があるが、以後は無効となる。現在、アローゼンを1日5包内服しているが、やはり排便が不十分である。との訴えで平成16年6月18日当院初診。

初診時所見：身長158.8cm、体重56.2kg。

血圧140/78mmHg。心音純、呼吸音は肺胞性で副雑音は聴取せず。検尿 異常なし。漢方医学的所見：舌 舌質は淡紅でやや乾燥、

苔は微白。脈 やや沈やや数で僅かに弦の傾向。腹壁の緊張は良好で、腹直筋は両側ともやや緊張し、臍を中心に僅かに膨隆してやや堅い。また、軽度の心下痞硬があり、右下腹に虫垂切除による創痕あり。日頃はやや寒がり、手足の先端が冷えやすいが、寒冷時には手足や顔がほてることもある。

臨床診断：常習性便秘（軽度の熱結〈陽明病腑実〉?）

経過と治療：初診日よりツムラ調胃承気湯エキス顆粒（医療用）を1回2.5g宛、1日3回毎食前内服として10日分を処方した。第2診は6月28日であったが、「毎日排便はあるが健常時の1/10程度しか出ない」とのことであった。そこで、小承気湯（煎剤：大黄2g・枳実2g・厚朴3g）に転方した。第3診は7月5日であったが「前方より少し良かったが、まだ健常時の1/3程度しか排便がない」とのことで大承気湯（煎剤：大黄2g・枳実3g・芒硝3g・厚朴5g）に転方したところ、本方を服用し始めて2日間は普通便であったり、軟便であったり、下痢便であったりと1日ほぼ4回排便があったが、それ以降は普通便が1日1回あってすっきりした状態になったとのことであった。

以後、10月19日に受診の際、下痢気味になって、腹部不快感があったり、痛んだりして煎剤に対して何となく抵抗を感じると訴えたので、同日よりツムラ大承気湯エキス顆粒（医療用）を1回2.5g宛、1日3回毎食前内服に変更した。以後、現在に至るまで本方を継続しているが、自他覚的症状所見も安定した状態が続いている。排便は1日1回の普通便である。

考察：承気湯類を常習性便秘に応用する際、いずれを選ぶか判断に迷うことが少なくない。とくに本症例のように脈は沈実ではなく、腹壁の緊張は良好でも臍を中心に僅かに膨隆してやや堅い程度で典型的な腹堅満という所見を呈していない場合は、俄かに大承気湯を処方することは躊躇される。このような場合は忌むを得ず、より実証度の低い（虚実間証向きに近い）調胃承気湯を先ず用いてみて効果が不十分であれば小承気湯に転方し、それでも効果が得られない時に初めて大承気湯を処方するという方策をとらざるを得ない。大承気湯はとくに瀉下作用の強い方剤であるから傷寒論でも度々注意を喚起しているように慎重に応用しなければならないものと思う。

以上、便秘に応用される機会が多い漢方方

剤のうち実証向きのものとして承気湯類を中心に述べたが、このほか実証向きのものでは、瘀血病態があって右下腹部に抵抗・圧痛を認める<sup>ダイオウ ボタン ビトウ</sup>大黃牡丹皮湯、顔面紅潮があり、充血や出血傾向、興奮症状などがみられる<sup>サンオウ シャシントウ</sup>三黃瀉心湯、肥満傾向があり、腹力があって所謂太鼓腹を呈する<sup>ボウフウ ツウショウサン</sup>防風通聖散などがある。

#### 参考文献

- 1) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，p.80，1990.
- 2) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，p.48，1990.
- 3) 大塚敬節：症候による漢方治療の実際，南山堂，p.295，1990.

[感謝のことば]

## 木下恒雄先生への感謝として

宮崎県内科医会誌編集委員長

木佐貫 博 人

木下恒雄先生は、長年に亘って宮崎県内科医会誌に投稿していただいておりますが、先生の長年の功績に対し、編集委員会を代表して今回感謝の気持ちを述べさせていただきます。

先生は漢方専門医として宮崎県のみならず全国でも第一人者として長年活躍なさっており、現在も日本東洋医学会評議員・専門医制度指導医の役職をされておられます。また長きにわたって日本東洋医学会専門医制度委員会宮崎県部会長と宮崎県東洋医会会長を歴任されました。地域医療においては自院の診療に加えて、長年、古賀総合病院でも漢方外来を担当されておりました（平成19年12月末日で辞任されました）。

大変お忙しい身でありながら、宮崎県内科医会誌の【Postgraduate Education】にご専門の漢方治療を1992年3月発行の第41号より16年間にわたり執筆していただいております。漢方薬治療を分かりやすく、平易に解説して頂いており、私たち内科医会会員の日常診療に非常に役立つ内容となっています。更に【会員発表】においても第6号（1973年5月発行）から第40号（1991年11月発行）までの18年間投稿して頂いています。【会員発表】

と【Postgraduate Education】を合わせますと、1973年から実に34年間執筆されておられます。

ちなみに、木下先生が最初に執筆されたのは、第4号（1972年5月発行）に掲載された研究発表『私のブロンコライブラリー』から』と解説「スパイログラフィーによる換気機能検査の実際」でしたので、そこから数えますと35年となります。すなわち、宮崎県内科医会誌のほぼ全ての号で先生には執筆して頂いているわけです。日常診療で忙しい中におかれましても意欲を持って医学に取り組まれている先生の真摯な態度には感服させられております。

これからも宮崎県内科医会誌への投稿を引き続き宜しくお願ひしたいと存じますが、お身体の方も大事にお過ごしになられますようお祈りしております。先生の長年の執筆に対する感謝の気持ちとして記念の粗品を後日お贈りさせていただきます。

簡単ではありますが、編集委員会を代表して感謝の気持ちを述べさせていただきます。

[他科からの提言]

## 現在の検査精度について

宮崎大学医学部附属病院 検査部

守田 政宣

臨床検査の検査精度を構成している主な要因は検査機器・試薬・運用が考えられ、これら全てを管理・制御しているのがヒトである。日々、検査機器・試薬は目覚しい発達を遂げ、検査精度向上に対する国内の認識・動きも変わってきているため、これに対する運用の見直しが我々に求められている。宮崎県医師会精度管理調査に宮崎県臨床検査技師会が参加して8年、国内レベルに近い精度管理が達成できようとしている。さらなる精度管理に対し先生方のご理解を頂き、検査に携わる技師・看護師に対しご指導をお願いしたい。

### 『ボタンを押せば検査結果が出る』

と思いませんか？

検体をセットしスタートボタンを押せば10分程度で検査結果として数値が出力される、しかしこの数値を信頼できる検査結果にするためにはその保障が必要で、この保障こそが精度管理である。日常検査において最も重要なことは信頼できる検査結果の報告を継続して行うことであり、そのために精密性と正確性の管理が重要である。本来の精度管理は用語・単位の一元化も含んでおり、精密性・正確性の精度管理と合わせて実施することが求められる。

### I. 精密性と正確性（内部精度管理と外部精度管理）

精密性と正確性の意味は下記に示すとおりであり、内部精度管理の目的は精密性の維持で外部精度管理は正確性の確認である。

**精密性：**重複して同一測定を行った時の検査値の“ばらつき”の程度(収束率)

**正確性：**認証物質を測定し、結果がその項目の標示値にどれだけ近いかの度合い(差)

### 『精密な時計は、時刻が正確である』

日ごろ我々は、時計が如何に精密であるかは一年で何秒の誤差が生じるかで認識し、現在時刻が正確かどうかは日本標準時と比べて評価している。検査結果の精密性・正確性の評価も全く同じである。

日常検査の精密性を管理する手法として内部精度管理を用い、内部精度管理は一定の物質(コントロール)を毎日測定しその値が安定していることで管理する(図1)。また、正確性は認証物質を測定し、標示値(目標値)とのバイアス(差)で確認する(図1)。正確性の確認は最低でも年2回は実施する必要があるが認証物質が高価なため実施困難な場

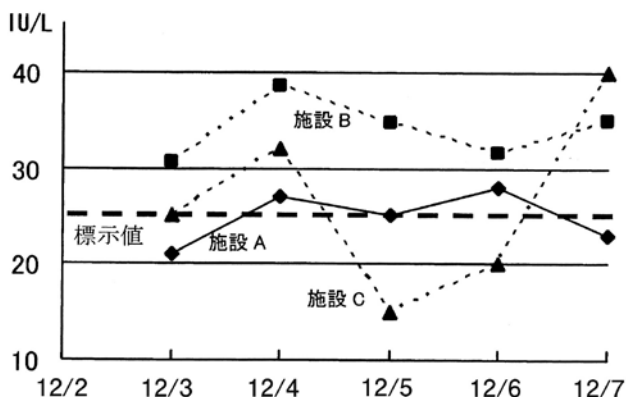


図 1

合が多い。外部精度管理の試料のほとんどが認証物質を用いて値付けされた目標値が設定されている、このため目標値と報告値の差で正確性の確認が可能である。精密性と正確性の関係を図1で説明すると、施設Aは標示値に対して幅10 IU/Lの範囲で推移し、施設Bは幅10 IU/L以内で推移しているが標示値より高めであり、施設Cは標示値を中心に推移しているが幅が大きい。この場合、施設Aは精密性（ばらつき）・正確性（標示値との差）とも良好で、施設Bは精密性は良好だが正確性が悪い、施設Cは正確性は良好だが精密性が悪いと言える。施設Aはこのまま内部精度管理を維持していけば良いわけだが、施設Bは認証物質を測定し標示値とのバイアスを確認し改善が求められる。施設Cは測定値のばらつき要因を調査し、早急な改善が求められる。その多くは機器管理不十分が原因である。機器管理で最も重要な点は全ての機器点検を業者に委ねるのではなく、出来る範囲の清掃・調整を自ら心がけ改善できない場合に初めて業者委託することである。機器はあくまでも道具であり、道具の手入れは使用者に課せられた当然の義務であり、道具が使えるからヒ

トと言える。

現在、患者さんは複数の医療機関を受診されていることが多く、各機関での検査結果は医療機関では無く患者さんが所有していることは言うまでも無い。この場合、用語・単位・基準範囲の違いが診療の妨げになり、患者さんの戸惑いを誘発していることが考えられる。このためにもこれらの一元化が必須である。

## II. 用語・単位の一元化(標準化)について

従来用いられた項目名が測定方法(原理)の統一化により原理に沿った名称となり、単位も慣用から国際単位へ見直されることにより一元化されることで標準化が行われている。

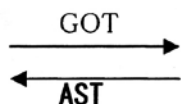
### 1. AST (GOT), ALT (GPT) について

『あなたの施設はGOT・GPT,  
それともAST・ALT』

従来、基質としてグルタミン酸とオキサロ酢酸を用いグルタミン酸オキサロ酢酸トランスアミナーゼ (GOT) を測定していたが、1989年に日本臨床検査標準協議会 (JCCLS)

から勧告法が出され、アスパラギン酸を基質としてアスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST) を測定するようになった。県内採用試薬の96% (平成19年度宮崎県医師会精度管理調査) がこの方法を使っている。同様にGPT (グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ) はALT (アラニンアミノトランスフェラーゼ) になっている。反応原理は同じであるが反応の方向性が逆であり、正確にはGOT(GPT)ではなくAST(ALT)の採用が妥当である。

L-グルタミン酸(L-glutamate) + オキサロ酢酸(oxaloacetate)



L-アスパラギン酸 (L-asparatate) + 2-オキサロ酢酸 (2-oxaloacetate)

## 2. 単位について

### 『 どうして $\Delta$ pHなのか 』

コリンエステラーゼ (ChoE) は勧告法が2006年に出され、昨年より認証物質が販売開始された。標準化にはまだ時間が必要と思われる、標準化を遅らせている最大の要因は基質の種類が多いことに加え反応性に違いが認められることである。表1に基質と基準範囲

を示した、単位(U/L)は同じであってもジメトキシベンゾイルチオコリン (72~146 U/L) からブチリルチオコリン (3500~6000 U/L) と大きな差が認められる。さらに、単位が $\Delta$ pHであるアセチルチオコリン基質による測定試薬は現在市販されていない、しかし報告値に $\Delta$ pH (3施設/県医師会参加施設)があるのに疑問を覚える。この換算による誤差は現在の精度保障から見て大きすぎると思われる。測定結果は基準範囲と比較し、高い・低いで判断され、測定原理 (基質)、結果、基準範囲の三つが一連であることが精度保障の条件である。特にChoEの場合は基質名をはっきり表記しないと結果の判断に戸惑いが生ずる。

## Ⅲ. 宮崎県医師会精度管理調査の役割

各施設で内部精度管理により毎日の検査結果が安定して報告できていることを確認でき、測定項目や単位の統一化ができれば、次に求められるのは県内、九州内、最終的には国内のどの医療機関に患者さんが受診しても同じ評価 (同じ報告値) を可能にすることである。同じ試料 (検体) を測定し、各施設において標示値と報告値の差を調査確認するのが外部精度管理であり、正確性の確認である。外部精度管理の県内規模は宮崎県医師会精度管理調査、宮崎県臨床検査技師会研究班サー

表 1

基質	施設数 (%)	基準範囲	単位
アセルチオコリン	4	0.8 ~ 1.1	$\Delta$ pH
ジメトキシベンゾイルチオコリン	4	72 ~ 146	U/L
p-ヒドロキシベンゾイルコリン	38	120 ~ 460	U/L
JSCC 標準化対応法	42	240 ~ 495	U/L
5-メチルー2-テノイルコリン	6	350 ~ 750	U/L
ピチリルチオコリン	6	3500 ~ 6000	U/L

ベイ、九州規模で九州精度管理調査、全国規模では日本医師会精度管理調査、日本臨床衛生検査技師会精度管理調査etc.がある。これらの外部精度管理調査で日本医師会精度管理以外は目標値を設定し評価している。従来の平均値で評価していた精度管理調査は、多数決の論理で評価され真の評価ができない欠点があり、現在は認証物質、標準化法の普及により目標値による評価に変わってきた。日本医師会精度管理においても近々変更されると思われる。

宮崎県医師会精度管理調査は5年前から認証物質を採用し目標値を設定してきた。さらに、平成20年より開始されるメタボリック検診を踏まえ、今回より項目数の増加を行うことで評価方法・項目数においても全国レベルの精度管理調査と肩を並べたことになった。

平成16年に経済産業省の呼びかけで日本臨床検査標準協議会（JCCLS）が臨床検査に関する標準化を体系的に取り扱う「標準化基本検討委員会」（委員長：濱崎 直孝 元九州大）を設置し、以下の“三つの柱”について作業

を行っている。

- 1) 標準物質/標準法（代表：千葉 光一 産総研）  
認証物質の開発、標準法の整備
- 2) 測定値の標準化（代表：高木 康 昭 和太）  
全国に検査施設への標準物質・標準法の伝達・・・外部精度管理の充実
- 3) データベースの構築（代表：渡辺 清明 元慶応大）

診断基準や治療開始の判断基準の整備

このうち2)の測定値の標準化を平成19年から日本臨床衛生検査技師会（日臨技）が引き継ぎ、全国ネットの標準化事業を開始した。日臨技の全国臨床検査データ標準化の方策を図2に示す。本事業には全国43都道府県が参加している。同一試料を全国参加施設に配布し、測定・評価が望ましいが試料の作成が困難なためパッチワークシステムを用い、全国の検査結果を統一しようとしている。手順を図2に示した。

- ① 日臨技が作成した精度管理試料（ヒト

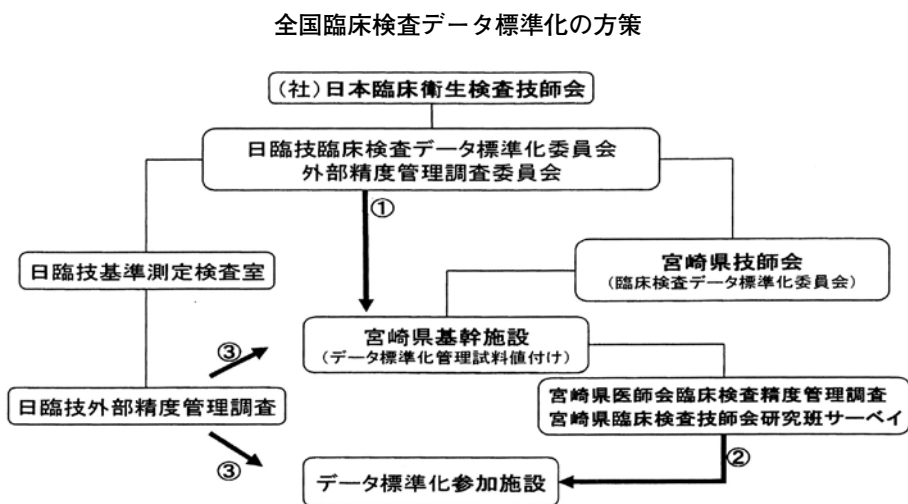


図 2



プール血清)を全国都道府県の基幹施設(宮崎県では独立行政法人国立病院機構宮崎東病院・医療法人同心会古賀総合病院・宮崎大学医学部附属病院)に配布し、全国基幹施設内での標準化を実施する。

- ② 各県基幹施設が目標値設定を行った精度管理試料を県内の参加施設に配布し県内の標準化を実施する。
- ③ 各県の基幹施設・参加施設が日臨技精度管理調査に参加し自施設の標準化状態を確認する。

#### IV. 今後の精度管理の方向性

臨床検査データ標準化のために、県内での精度管理試料の測定は毎月実施・確認することが望ましいが、時間・手間・経済的に困難なため、今年度は宮崎県医師会臨床検査精度

管理調査と技師会が実施している研究班サーベイの二回で実施した。幸い宮崎県には『はにわネットワーク』のシステムが存在し、来年からはこのシステムを活用して毎月の精度管理調査が実施できないかを宮崎県臨床検査標準化委員会で企画・構築している。

#### V. 最後に

宮崎県医師会精度管理調査参加施設には検査技師不在の施設が3割程度存在する。医師、看護師、検査技師の連携を充実させ、県内医療機関における検査結果の標準化を図ることが宮崎県臨床検査技師会の役割だと考える。今後、精度管理調査活動を充実させ検査精度の向上により、県内医療機関を受診される患者さんへの大きな貢献に繋がると信じている。

[随筆]

## 「医療崩壊」から「アメリカの終わり」まで

宮崎大学名誉教授

江藤胤尚

大学をリタイアして読書に振り向ける時間が増えたのが何よりもありがたい。長年大学の教官として宮仕えしてきたが、この国の政治の貧困さ、大学行政や医療行政の貧困さに愛想の尽きる思いがしていた。その病因を少しでも理解しようと、買いためた書籍が増えるもの、読書するのは主に旅の機中や空港の待ち時間という生活で、その消化量は限定されたものであった。リタイア後8ヶ月間の読書の流れを、「医療の崩壊」を「歴史の流れ」という観点から整理してみた。

医療危機に関する数多くの著作の中で、秀逸なのは小松秀樹氏の一連の著作であろう（「医療崩壊—立ち去り型サボタージュとは何か」, 「医療の限界」）。医療経済の視点では、二木立氏（「医療経済・政策学の視点と研究方法」）や権丈善一氏（「再分配政策の政治経済学I—日本の社会保障と医療」）による優れた分析がある。なかでも、権丈氏は参議院選の直前に「医療政策は選挙で変える」を上梓し、即戦的な提言を行った。民主党が参議院で主導権を得た後、医療改革の流れが変わりつつあることから、権丈氏の指摘の妥当性が評価される。

小泉首相の強いリーダーシップにより、規制緩和、官から民への委譲、効率的な小さい

政府、財政再建などの改革が遂行された（飯島勲「小泉官邸秘録」）。その改革と平行して医療費も削減され、医療崩壊を加速させた。そして、個人所得の上でも、地域経済の上でも格差社会が生じている。このような小泉改革の負の部分について、東大の神野直彦教授らは多くの問題点を指摘し、社会保障制度を含む新しい財政制度のあり方を提言してきた（「希望の構想—分権・社会保障・財政改革のトータルプラン」）。さらに、格差社会が生ずる病因とその対策について詳細な議論がなされている（神野直彦、宮本太郎編「脱格差社会への戦略」）。

財政改革は経済のグローバル化に対応するため必要とされてきた。情報や工業技術の進展を背景に、共産主義国家ソ連が崩壊した（佐藤優「自壊する帝国」）1991年を契機に、一人生き残った市場経済はグローバル化へと加速した。そのような新しい時代の息吹をフリードマンは「レクサスとオリーブの木」に活写した。そして、大前研一氏はグローバル化の流れに日本が如何にうまく乗る必要があるかについて力説している（「新・経済原論」）。さらに、情報のグローバル化が加速しつつある実情をフリードマンは「フラット化する世界」で紹介しているが、インドが台頭

しつつある現状とアメリカのホワイトカラーの退勢を印象深く紹介している。しかし、ノーベル経済学賞学者スティグリッツはグローバル化のもたらした夥しい問題点を指摘し、それをコントロールする機関の必要性を提言し、米国政府の不策を厳しく批判した（「世界を不幸にしたグローバリズムの正体」、「世界に格差をばら撒いたグローバリズムを正す」）。国際政治的にみると、グローバリゼーションは、ソ連崩壊後の米国による世界の一国支配化と不可分の関係にあり、テロやアフガン・イラク紛争などに代表される世界政治の種々の問題の根源となっている（佐々木毅「政治学は何を考えてきたか」）。それを克服するために、新自由主義でも社会民主主義でもない新たな道（ギデンズ「第三の道」）や、新たな帝国システムの必要性が議論されている（ネグリ&ハート「帝国」）。

ソ連崩壊にはレーガン大統領の対ソ強行路線が重要なアクターとなったとされ、それを支えたイデオログ集団としてネオコンが台頭してきた（副島隆彦「世界覇権国アメリカを動かす政治家と知識人たち」）。ネオコンの旗手とされる日系3世のフランシス・フクヤマはその著作「歴史の終わり」において、リベラルな民主主義が伝統的な君主制やファシズムのみならず、共産主義をも打ち破り、人類のイデオロギー上の進歩の終点、人類統治の最後の形、つまりヘーゲルのいう歴史の終わり（ヘーゲル「歴史哲学講義」）に到達したと主張した。ネオコンは、米国にはリベラルな西洋式民主主義をグローバルに拡大する使命が課されており、そのためには武力を用いることも躊躇すべきでないと主張する。対テロ戦争の指導原理として、ブッシュ

現大統領はネオコン流のイデオロギーに掉さしてイラク戦争を始めたが、現在その泥沼化が大きな議論を呼んでいる（ウッドワード「ブッシュのホワイトハウス」）。

最近、ミアシャイマー&ウォルト教授は、ネオコン流のアメリカ外交政策に対し、厳しい批判を提起している。つまり、ネオコンの本質は米国ユダヤ資本に支えられたイスラエル・ロビーである。彼らはイスラエルの存続のための戦略を米国の国益よりも優先させ、米国の政治・外交を最大限利用してきた。さらに現在イラン戦争を画策している。イスラエルの国益ではなく、米国の国益を守るために、米国におけるイスラエル・ロビーの活動を封ずる必要があると主張する（「イスラエル・ロビーとアメリカの外交政策」）。さらに、フランスの哲学者デリダはフクヤマの西欧キリスト教的唯心論哲学の延長線上にある「歴史の終わり」をヘーゲル的新福音主義と批判した。そして、最近の内戦と国家間戦争のみを取り上げてみても、リベラルな民主主義は機能不全に陥っている。選挙による代議員制度、議会制度は社会的・経済的メカニズムにより歪められており、激変する公共空間のなかでうまく機能しなくなってきたと指摘している（「マルクスの亡霊たち」、「マルクスと息子たち」）。

サブプライムローンの破綻により米国経済は減速を余儀なくされ、その余波は欧州や日本にも及ぼうとしている。そして、ソ連崩壊後の20年のグローバル政治・経済をリードしてきた米国・ドルの威信が崩壊の危機に瀕している。ここに至り、フクヤマも「アメリカの終わり」のなかで脱ネオコンを宣言し、重層的多国主義でアメリカの活路を見出すべき

と提言するに至った。これからの世界の政治・  
経済を動かす新たなイデオロギーが求められ  
ていると痛感する。「医療崩壊」の歴史的な  
背景を、フクヤマの著作を軸に8ヶ月間の読

書歴を通じて整理し、このような感想を持つ  
に至った。

(2007年12月20日)

[随筆]

## 難読、珍読、そして当て字

日向市 松岡内科医院

松岡 弘

この頃の名前はほんとに読みづらい。生年月日と字の画数とか漢字の音韻での組み合わせとかで付けられたのかと思えるのを見ると、言葉の意味よりも占いを信じるのが真っ当なのかなと思う。

しかし昔から変だなと思える読み方があるものだ。

鳩尾と書いて「みずおち、みぞおち」と読む。剣状突起下の心窩部のやや凹んだ所のことだろう。鳩の尾羽に似ているのか、体が上向きで水が溜まるのか。

正親町天皇は「おうぎまちてんのう」と読む。辞書には正親は「おおきみ、大君」の意とある。成る程と納得。「きゅうてんちよっかの勢い」は急転直下か九天直下か。八方の天に直上を加えた九天の全てからの同時大落下の方が、単騎の急転急降下よりも迫力がある。

「キグチコヘイハシンデモラッパヲハナシマセンデシタ」

これは木口小平か、木口鼓兵か。進軍や突撃を鼓舞するのに、喇叭の無かった時代には鉦や太鼓を打ち鳴らして進撃したのではないか。明治初期ではラッパ卒を鼓兵と言ったのではないか。

飛鳥と書いて「あすか」と読ませる。永ら

く何故かと考えていた。国語辞典に「飛ぶ鳥」は明日香の枕詞であると解説してあった。よって明日香の別名は飛鳥ということになるらしい。しかし「青丹よし」は奈良の枕詞だが、奈良の別名は「あおに」ではなさそう。

斑鳩と書いて「いかるが」と読ませる。国語辞典には「いかる」「いかるが」はスズメ目の体長20センチ程の小鳥と解説してある。スズメを雀と書き、ツバメを燕と書いた様に、「いかるが」という鳥を漢字で斑鳩と記載したのか。

「つじつま」を辻褄と書く。一貫すべき物事の筋道のことである。辻は道の交叉するところ、褄は着物の裾の両端のこととある。筋道を通すことと着物の裾をきちんと合わせる事との比喻であろうか。

阿吽の呼吸 福田総理の引用語として一躍有名となる。阿吽・阿呬は梵語のa-humの音訳として漢字で阿吽または阿呬と記載される。阿は最初の開口音アであり、吽は最後の閉口音ンであると。寺社山門の仁王又は狛犬の阿形は開口咆哮の相を示し、吽形は閉口凝視の相をしている。対立する二物、呼気と吸気、宇宙の始めと究極、万物の根元と最終的な智徳、悟りを求める菩提心と到達する涅槃、と解説されている。二人の気持ちの一致する

ことを示すと。

村主章枝さんの村主（すぐり）は古代渡来人の族長の意味の様である。

旗本退屈男早乙女主水介の主水（もんど、もいとり）は奈良時代に宮中の飲料水（もい）を管理した役職と書いてある。

---

[随筆]

## 定　　め

宮崎市 中山医院

中　山　健

よく九死に一生を得るといいますが、自分で気付かない分も入れると、人の生涯にはこのようなことが何回もおこっているものと思われれます。私の場合を、思い出すままに述べてみます。

3～4歳の頃、家族に連れられ青島へ海水浴に行った時のことです。誰かに抱かれて海に入り、何かの拍子で腕から滑り落ち、沈んで行方不明となり大騒ぎになったそうです。真っ青な色のみが、自分の記憶にあります。

5～6歳の頃、禁じられていた大人の自転車を持ち出し、家の近くの小川に架かる欄干もない橋を渡ろうとして川底へ転落。そのあと、天から自転車が降ってきて頭頂部に当たり、傷跡が残りました。

7～8歳の頃、当時の小学校には各教室の前の庭に、水を張ったセメント製、マス型の同時に4～5人が使用可能な足洗い場がありました。直線廊下を疾走していたところ、横から人が出てきて側面衝突。私は一瞬空へ舞い上がり、頭から洗い場の底に突っ込みました。奇しくも上述と同一部位を傷め、これで完全にハゲになりました。

9歳の頃、夏休みに母の実家へ行った折り、内科医の叔父からたまたま胸に聴診器をあてられ、湿性肋膜炎を宣告されて休学の止むな

きに到りました。

中学時代は特変なしでしたが、高1のこれも夏休み、軽い胸苦しきで知人の内科にてレ線をとりに、肋膜炎再発の診断で再び休学とは相成りました。その後の大学、インターン時代は、なんとか無事に過ぎました。

医局のローテーター時代、鹿児島県奄美の名瀬市にある、県立大島病院に赴任していた時のことです。周辺の海は珊瑚礁が連なる遠浅が続き、イサリと称する魚取りがさかんでした。これは新月、干潮の夜、カンテラの明りをたよりに遠浅へ繰り出し、岩場の陰から出てきた獲物を捕獲するというものです。ある時、先輩らに連れられ私も出かけました。慣れないこととて足元は乱れ、見つけた獲物には逃げられたりで夢中になっている間に時が過ぎ、ふと気付くと近くに仲間はおらず、カンテラの明りも見えません。引き返そうとしましたが、漆黒の闇で陸地がどちらか分かりません。オーイ、オーイと呼び掛けましたが返事はなく、恐怖で声も出なくなりました。冷静になるよう心に言い聞かせて足元を見ると、漣が強くなっています。その時、神の啓示というか、ある事に気が付きました。それは、漣の進む方向が陸地ではないかということです。必死で歩をすすめて、仲間の一人と出

会って生還を確認しました。ただ、それ迄の出来事は、何故か誰にも話せませんでした。

ふるさとの宮崎に帰って早や33年、開業して28年が経ちましたが、低空飛行ながらまだ墜落はありません。(世の中には、空から海

へ墜落しても無事という希有な話もあるようですが…)。それにしても、これらのことはすべて定めなのでしょうか。知人の悲報に接することが多くなり、つらつら考える今日此の頃です。



[随筆]

## 2008年所感

宮崎産業保健推進センター

小岩屋 靖

新年のお慶びを申し上げます

東国原知事の誕生に始まった昨年は特に慌ただしく通り過ぎたような気がします。ひき肉、白い恋人、地鶏、赤福、高級惣菜、年金記録、政治資金問題、安倍首相の突然の辞任と福田内閣の登場、大連立構想、防衛産業の構造的な問題、薬害C型肝炎問題…、年末にはブット元パキスタン首相の暗殺が報じられました。清水寺で発表された世相を表す漢字は「偽」、応募されたその他の漢字には「嘘」、「疑」などが目立ったとのことでした。

「昔は良かった」、「ひどい世の中になった」、「古い日本人の感覚は失われてしまった」、こう話す人が増えているような気がします。確かに、倫理観や責任感を全く感じさせないような凄惨な事件が続出しました。しかし、これらの問題は昨今、急に出現したものではないような気がします。道義の問題は別にして、いろんなことを考えさせられました。

かつては、採卵用に庭で飼われた鶏が産卵しなくなった時には、「鍋が鳥」に連れて行かれ、あるいは「焼き鳥」になることは自明でした。30年前前から行われてきた赤福の不適切表示問題は、あんころ餅は温暖化した昨今においても長期保存が可能であることを再確

認させてくれることになりました。40年も偽ってきた栗本鉄工所の「高速道路の型枠の強度」は十分に実用に供し得ることを実証したことにもなるのでしょうか。

ホテルの昼食を、グループでとっている若いお母さん方が、大声を上げながら周辺を走り回っている自分の子供達に注意をしなくなってから久しくなります。2007年版「食育白書」によると、食事の前後にいつも「いただきます」、「ごちそうさま」の挨拶をする子供の割合は中学男子43.3%、女子46.8%、小学生男子63.4%、女子63.2%だそうです。父兄の中には、「給食の時に、『いただきますは言わなくてもいいんだよ。給食代を払っているのだから』と子供に対して言う者もいるそうです。規範意識を備えた人間形成を図る上で、挨拶の習慣化等が強調されるのも当然とも思われます。

しかし、倫理観や責任感の欠如の出発点の多くはもっと過去にあるとも考えられます。先輩たちから、「近頃の若い者は…」と言われた私たちが20歳代の頃、衣類の黒色は「男性の色」、「赤色は女性の色」でした。カウボーイのジョン・ウェインがはくジーンズは「カッコよかった」けれども、石原裕次郎が穿いたジーンズはワルを装う「不良」のサインでし

た。若いカップルが真昼間から街中を「手をつないで歩く」などはとんでもないことでした。中年になった今、つい「今の若い者は…」との言葉が出そうになります。

倫理観や責任感の欠如に気付かないままに、注意を払うこともなく、問題になることもなかった「古きよき時代」と、一つ一つの事例について厳格な検討が行なわれ、問題点

が次々に明らかにされるようになった「今」と、どちらが良いのでしょうか。それなりに浄化され、世の中は「普通」になりつつあるのであろうかと自問自答しています。

本年が明るく、楽しく活気ある1年である  
よう願いつつ

2008年1月1日

## 入会の挨拶

ささきクリニック

佐々木 隆

この度、県内科医会に入会させて頂きました。佐々木隆と申します。私は平成3年に宮崎医科大学を卒業し、第二内科にて研修後、平和台内科病院、都城医師会病院で諸先生方にご指導頂き、平成7年には呼吸器学の研修のため倉敷市の川崎医科大学呼吸器内科に国内留学致しました。その後再び第二内科に戻り膠原病・感染症グループの一員として約10年間臨床、教育、研究に従事して参りましたが、平成19年6月に大塚町で内科医院を開院致しました。

今後は微力ながら地域医療に貢献できるよう精進する所存ですので、内科医会の諸先生方のご指導を宜しくお願い致します。

## 入会の挨拶

都城市 福田クリニック

福田 茂

この度、県内科医会に入会しました福田茂と申します。平成13年4月に都城の蓑原町で小さなクリニックを開院しました。内科医会主催の講演会で入会を勧められ入会させて頂きました。勤務医時代は、病院でのほかの医師との交流などを通じて新しい知識を吸収する機会もありましたが、開業して一人で診察しているとだんだんと新しい知識に接することも少なくなりました。講演会には努めて参加したいと考えております。今後共宜しくお願い致します。

# 理事からひとこと

宮崎市 山村内科

山村 善教

志多会長に理事として迎えていただき8年の時が過ぎました。この間に理事会等で多くのことを学ばせて頂きました。“ひとこと”は平成13年3月発行の59号で一度述べさせて頂きましたので、これが2回目になります。

過去8年間で相次いで医療保険制度の朝令‘朝’改の改悪がなされ無床化も余儀なくされました。一番納得できないのは老人外来総合診療料の新設とあつけない廃止です。先進国ではGNPの10%以上を医療費に投入しているにも拘わらず、日本では8%で打ち止めにするに汲々としています。小泉政権では三方一両損などという怪しげな論法で医療費削減の理由として国民を煙に巻いていましたが、医師数は毎年3000人増加するので医療費を削減しなくても自動的に医師の報酬は減額せざるを得ません。従って、据え置いても始めから損している訳で、さらに減額すれば医師側は二両も三両も損する理屈で、結果として昨年は医療機関の倒産がウナギのぼりになったのも道理です。

今年はいよいよ健診制度も『疾病の早期発見』から『メタボ予防』に特定化するとして大きな方針変更がなされます。利潤追求を目的にしてはならないとの大前提がある医療法の下に仕事に従事する医療人に対し、経営者の資格・識見は問わずの株式会社・有限会社何でもありの介護保険制度には納得できてい

ません。もちろん医療には製薬会社・医療機器や器具など多くの周辺産業が必要ですし会社組織です。最近ではコンサルタントや派遣会社も席卷しています。これらは営利を目的に事業展開していますが、あくまでも主体は医療法の下で働く医師であり医療機関です。大多数の医療人は病める人を如何にしたら改善できるかの悩みの中に日常活動をしています。介護保険制度が立ち上がり、ジュリアナ東京とかいう元気な若者を対象にしたダンス会場経営などを生業にしていた人間が、要介護老人を対象にして一儲けしようと創業したコムスは違法行為により撤退を余儀なくされましたが、本来の体質から必然的に発生した事件でした。

今後2兆円産業になるともいう健診事業にも利潤追求に鵜の目鷹の目の企業が続々と参入し、壮大な草刈り場となることでしょう。利益が出ないとなるとあつと言う間に撤退して、草木も生えない医療砂漠だけが残されることのないように願っています。また、混合診療を是とする判決が出たのに唾然とした医師は少なくないと思います。司法は独立した機関ですが、混合診療が法律で正当化されると経済的に自費診療が受けられない、もしくは民間保険に加入できない国民はせつかく社会保険や国民保険に加入していても十分な医療を受けられない事態が生じないと保証しての判決なのでしょうか？病気は自己責任だというのなら始めから全て自己負担にするのが妥当でしょう。安い医療費だけを保険でみま

すというのは何のための保険かわかりません。有効性が明確であれば保険でみるべきであり、有効性が確認できない実験的なものであれば治験中として一般公開して被治療者を募集し自己負担分は企業負担にすべきだと思います。資金が足りないならベンチャー企業

として公募増資すれば良いと思います。混合診療を認めないと人権問題等がクリアできないのでしょうか。ひとこととしては長くなりましたが、県内科医会のますますの結束を祈念しつつ筆を置きます。

# 理事からひとこと

## 勤務医の一人言

宮崎社会保険病院

石川 正

昨今、病院の勤務医の話題が取り上げられることが多くなっているようですので、勤務医の理事から「理事からひとこと」を書かせていただきます。

今世間では、誰かの策略かも知れませんが、勤務医VS開業医の比較が盛んに行われています。しかし、この比較の内容が本当の意味で勤務医、開業医のそれぞれの立場を代表しているのかが疑問です。今の議論を聞いていると勤務医と開業医の構成年齢層さえも考慮に入れられていない議論が多すぎる様な気がします。一般的には勤務医には若い年齢層が多く、開業医には高い年齢層の人が多くいますが、これを一緒にして、夜の勤務時間や収入の比較をしても、コントロールのない実験結果と同じようなもので、どうしても都合の良いように解釈できるのではないのでしょうか。やはり、「誰？」かか、「何？」かか是不明ですが、何等かの意図を感じるのは私だけではないと思うのですが、如何でしょうか。

私自身を振り返っても、今は内科医会の理事をさせて戴く年齢なので、徹夜での勤務はできればしたくはありませんが、若い頃は結構楽しかった記憶があります。いろいろな知識や技術も、自分一人で何とかしなければならぬ当直や急患を通して獲得したものが多

かったのも事実です。今の研修医も同じなのかも知れませんが、私たちが医者になった当初は、病院に住みついているような状態で、その時に得たものが今日の支えになっていると思います。暴論とおしかりを受けるかも知れませんが、研修医の時間外勤務を議論するのであれば、その前に「高校生が時間外手当も、時間外の授業料も払わずに夜中に受験勉強していることに対して労働基準法が適応されない」と同じような考え方もあってもしかるべきと思いますが、既成概念にとらわれない柔軟な議論はできないものでしょうか。今の医療界は、何か一つあると、それを防ぐための方法を構築することで、その何倍もの良いものを失うことを繰り返しているのではないのでしょうか。

医局で勤務医の待遇改善として何を一番望むか、一つあげるとしたら何か、ということ話を話したことがあります。もちろん非現実な内容としては、給料5倍、毎年1ヶ月の連休というようなものもありましたが、現実的な問題として一番希望するのは「患者を拒否する権利を認めて欲しい」ということで話が落ち着きました。クレーマーは当然のこととして、何のために医療機関に来ているのか判らない人、救急車をタクシー代わりにした通院を繰り返している人、休日にしか来ない人、お金を払わないことを常態としている人、大声を出すなど他の患者さんの迷惑になる人、診察中に医師が身の危険を感じる人等々・・・の患者さんに対して、診療拒否をすることが

できれば、勤務医の心の負担も軽減され、モチベーションも今以上に維持できるとのことでした。

医師法19条（昭和23年：法律第201号）の応召義務とその解釈（昭和24年9月10日医発第752号：各都道府県知事あて厚生省医務局長通知及び昭和30年8月12日医収第755号：長野県衛生部長あて厚生省医務局医務課長回答）についても、本当に困った患者さんしか医療機関に来なかった50-60年前と、今の医

療事情を考えて見直しをする時期になっているのではないのでしょうか。パソコン、携帯電話はその影すらなく、固定電話、テレビ、冷蔵庫さえ普及していなかった時代と今を一緒にの基準のままで規制するのが正しいことなのでしょうか。

厚生労働省には、時代に対応した新たな施策を始めるのと同じように、時代に合わなくなった古い施策を廃止していただきたいと望んでやみません。

## 理事からひとこと

医師に求められる行動変容？—最近の日常診療～特定健診・保健指導について思うこと—

宮崎市 宮崎善仁会病院

中津留邦展

私は専門である内分泌代謝疾患，殊に糖尿病，高脂血症などの生活習慣病を中心に診療していますが，治療にあたっては患者さん自身に日常生活上改善していただかなくてはならない点が多く，その指導に苦慮する場合が往々にしてあります。昔は，患者さんに対する指導といっても，医師が医学的知識の伝達や生活指導などを一方的に行うことが多かったと思われていますが，最近では患者さん自身が自らの意思で実践できるように支援する形態を求められるようになってきています。昨年の秋に本医会の副会長でもある古賀総合病院院長の栗林忠信先生を学会長とする日本糖尿病学会九州地方会がシーガイアで開催されました。その中で糖尿病患者さんにどのように関わるかを主眼とする「明日からできるエンパワーメントのコツ」というタイトルのシンポジウムを開きました。シンポジウムの基調講演として独立行政法人国立病院機構京都医療センターの坂根直樹先生から「楽しく患者をやる気にさせる糖尿病教育」と題するお話を伺いました。患者教育は初期は知識の普及に重点が置かれていましたが，時代が進むにつれて，保健信念モデルなどの社会心理学やQOLの概念などを取り入れるようになり，

1990年以降はエンパワーメントや動機づけ面接などが教育に用いられ，患者さんの行動変容を促す心理学的アプローチが重要になってきており，今後は患者の価値観や性格に合わせた糖尿病教育が求められる時代となってきたとの話がありました。また，実際の患者さんへの対応の仕方として，インスリンを自己注射している患者さんには血糖自己測定（SMBG）を行っていただいています。もし，その患者さんが毎日血糖測定の記録を付けていない場合は，付けた日があることだけでも褒め，付けていない日のことを責めないことが大事であるということ，さらに，全く付けずに記録ノートを持ってきた場合は，持ってきたことだけを褒め，決して「一回でも測ったらもっといいね」などと改善を求める言い方を加えてはならないとの話でした。患者さんは，何気なく医師が単にアドバイスしたつもりの言い方でも，測らなかったことを非難されているように感じるのだそうです。

その他，糖尿病のインスリン治療に関するDAWN研究という，糖尿病患者さん，糖尿病専門医，糖尿病の治療に従事している一般医を対象としたアンケート研究でも患者さんと医師の感覚のずれが浮き彫りになっています。日本人では61%の患者さんがインスリン治療に対し不安を持ち，また60%の患者さんがインスリン治療を勧められることに対して「インスリンを始めるということは自分が指示を守らなかったということである」と罪悪感を持っているとの結果でしたが，一方，患



者さんがインスリン治療に対して不安であることを感じている医師は、専門医で44%、一般医で40%、インスリン治療に罪悪感を持っていることを理解している医師は、専門医で11%、一般医で16%といずれも患者さんの気持ちを過小評価していることが分かりました。さらに、インスリン治療に対して抵抗となっていると思っているのは、医師の場合は「怖い」、「煩雑である」、「面倒だ」という注射そのものに対することでしたが、患者さんは「外でインスリンを打つのは恥ずかしい」、「皆に知られるのは嫌だ」という社会的なこと、インスリン治療に伴う個人的な感情に抵抗があり、患者さんと医師の思いに乖離がありました。あらためて、患者さんの思いを理解しながら治療にあたらないと、医師の指導がかえって治療の阻害要因になるのだということが分かり、実践は難しいのですが、この点に注意しながら日常診療を行っている今日この頃です。

さらに今年4月から、特定健診・特定保健指導の制度が始まります。厚労省から示された手引きの中にも、基本的な考え方として、「対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣の関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる」とあります。保健指導でも「対象者が生活習慣における課題に気づき」、「健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せる」、ように「支援する」とあります。対象者ごとに心の準備状態のステージが異なる状況で、「気付かせること」、「自己決定できるように導くこと」、「実践できるように支援すること」は容易ではないと思いますが、今回の制度、特に保健指導には民間業者からの参入がありますので、私たちは内科のプロとしてそれらの業者に負けないように、心理学的アプローチを用いた指導法の習得にも力を入れ、予防医学の分野でも先頭に立って国民をリードしなければならないと思います。



「ジャカラングの花」(南郷にて)

都城市 折津 達



「市民の森公園」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

少し入り込めば大きな木々に囲まれた一帯は昼なお鬱蒼とし、朝早く出向くと人影も無く、ただ小鳥のさえずりと風の舞う木の葉の音がかすかに聞かれるだけである。緑の池には大きな鯉が悠々と泳ぎ、時に岩の周りで亀が頭を覗かし水面を揺らす。ひとり歩いていると、考え事をするには勿体無い自然溢れる空間であることに気が付いた。

俳句

歌ひ初め

宮崎市 猪島医院

猪島 康公

青島の貝砂踏みて初詣で  
淑気満つ鬼の洗濯板の波  
破魔矢受く山幸彦の社より  
海豚跳ぶ海を背にして初写真  
岬端の椰子に蘇鉄に初明り  
初みくじ末吉なるも良しとせり  
船べりに来て磯鶉の歌ひ初め

短歌

スポーツ

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

柏嶋のいづれ強しと四つに組みし  
男の子等今は校庭に見ず  
夕まぐれ十数名の女生徒等豹のごとくに  
ハンドボール追ふ  
ひた走るそれだけなるに  
二時間余テレビの前に声援送る  
ひとつだに我には難き競技なる三つを  
やり抜く鉄人達よ  
公園にサッカーボール蹴る子等のかたへを  
我は地蹴りて行く

短歌

絶望の朝

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

卒中に倒れし日なり六月の二日来ませり十五年  
目の  
意識覚め右片麻痺のわれを見て絶望したる朝を  
忘れず  
悔しきは利手萎えにしかの日より蟹の身ほぐし  
抜き取り難し  
萎えし身に回診続くるホームにてわれも何時し  
か老の日々積まん  
卒中の明白をも知れぬ再発を恐れにつつもパチ  
ンコに行く

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

在りし日に看取りした部屋 佇みて  
故人を偲ぶ 老いた医師よ  
君や知る無床化すませ 偲ぶ日々  
思い出のよすが 在りし日の君  
夢追いし 日々は遙かな 有床診  
伏せる人無き ベッド侘しく  
無惨にも置き残したる ベッドらよ  
交わした言葉 忘れ難くて  
生受けて せめてなりたし 世の中の  
松明点す 希望の塚に