

KSK 線維筋痛症友の会会報

今年には太平洋戦争終結後 60 年の節目の年です。報道・書籍などから、日本が抱えている負の財産の大きさを痛感しています。平和の有りがたさを再認識し、未だに戦闘の中で暮らさざるを得ない人々の多さを想います。

さて、次の記事にありますように、“相談センター”が開設されたことは、友の会として大きなステップです。会員の皆様の活動が形になり、多くの患者さんの支えになっていくことでしょう。

会報 10 号発行後の主な出来事

☆ 「線維筋痛症医療相談センター」が開設されました！

線維筋痛症友の会では研究班に 2005 年 7 月 1 日付けで要望書を提出しました。研究班の会議にて検討後、聖マリアンナ医科大学難病治療センターの総合相談室内に「線維筋痛症医療相談センター」が 7 月 21 日付けで開設されました。すばやい対策を立ててくださった、研究班の先生方と聖マリアンナのセンターの皆様のご協力に感謝いたします。

2 年半の間、友の会代表が一人で電話を取り続けてきましたが、患者数はふえるばかりで限界となりました。今後は下記の電話と FAX もご利用下さい。(7/28)

(下記は聖マリアンナ医科大ホームページより)

線維筋痛症医療相談センターの設置について

この度線維筋痛症友の会のご要望により、厚生労働省線維筋痛症研究班(班長 西岡久寿樹・聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター長)では患者様向けの線維筋痛症に対する医療情報センターを総合相談室に設置することになりました。

業務内容は主として患者様向けの線維筋痛症に対する正しい知識の啓発活動、情報提供、専門医療機関の紹介等です。専任の担当者が対応し、症状に応じて専門医の指導を受けることができます。

相談ご希望の方は、あらかじめ簡単な相談内容をお手紙または FAX でお寄せ下さい。内容確認ののち、担当のものがご連絡いたします。

直接電話をいただいてもすぐに対応しかねる場合がありますのでご了承下さい。

送付先: 〒216-8512 神奈川県川崎市宮前区菅生 2-16-1

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター

総合相談室内「線維筋痛症医療情報センター」

TEL:044-977-8111(ext:4010) FAX:044-975-7386

☆ テレビ朝日「本当は怖い家庭の医学」で線維筋痛症が取り上げられることになりました。放送は 9 月の予定です。詳細が決まったら掲示板でお知らせします。(6/30)

☆ 北海道支部交流会が 8 月 7 日午前 10 時より札幌市男女共同参画センターで開催されました。多数の皆様の参加ありがとうございました。

☆ ファイザー製薬(株)主催の「医療制度勉強会」に山田理事が参加し、新薬の承認制度について質問しました。(6/23)

☆ 会員専用掲示板のパスワードを変更しました。登録希望の方は会員番号、フルネーム、ハンドルネームを事務局までお知らせください。(6/20)

☆ 厚生労働省特別研究班が行う線維筋痛症の実態調査のアンケート調査に協力していただける会員の方に確認の文章を配布しました。締め切り後に同意のはがきをいただいた方にはアンケートが送られない場合がありますのでご了承ください。(6/12)

お知らせ

・ 東京懇親会を 10 月 22 日(土)午後 1 時より JR 大井町駅丸井側「きゅりあん」で開催します。参加の方は事務局までおもうしこみください。TEL045-845-0597 会費 1500 円
「きゅりあん」の電話番号:03-5479-4100 6 階小会議室

・ 10 月 29 日(土)1 時より今野先生の医療相談会があります。「痛みについて」と題して講演されます。場所:北海道難病センター。お申し込みは北海道支部までご連絡ください。
TEL:011-512-3233



2005 年 9 月

3

目次

厚生労働省公開シンポジウム	3 ページ
第 49 回日本リウマチ学会総会・学術集会	8 ページ
厚生労働省への要請会	9 ページ
FM海外情報シリーズⅦ	10 ページ
会員からの声 (第 11 回)	11 ページ
友の会データ	13 ページ

厚生労働省公開シンポジウム

2005.3.8 橋本 裕子

1. SART ラットのプロテオーム解析からみた標的候補分子

SART ストレスというのはモデルの動物に温度差の大きいストレスを与えることです。

ラットの場合朝 9 時のマイナス 3℃から一時間ごとに温度のストレスをあたえ 16 時にマイナス 3℃で終了、また次の日同じことを繰り返すというストレスを与え続けます。

5 日以上経つと変化が起こり始め、体重が落ちてくると疼痛閾値が低下することがはっきりわかります。

痛みには、不安やうつといった精神的要素もあります。マウスで精神的なものを測るのは難しいのですが、フォームスイムテストというのを使うことができます。このテストはマウスを水の中に突然落とすと不安になって暴れるのですが、ほうっておくと落ち着いて静かに浮いています。これが安心した状態ということです。

このフォームスイムテストを使うと何もしないマウスの静かにしている時間に対して、SART ストレスをかけると静かにしている時間がだんだん短くなっていくということで、不安の状態も昂進しているということがわかります。

そのほかに似ているところがあるか文献的に見ると、FMS の患者さんでは CRH が昂進状態であるということが言われています。またノルアドレナリンが高いという報告があります。

FMS の症状として痛みの閾値が下がって抑うつがあり CRH、ノルアドレナリンがあがりセロトニンがさがります。

ノルアドレナリンに関しては SART ストレスがあがっているということがわかりました。

トリプトファン代謝はやはりセロトニンが下がっているという結果がでました。

SART ストレスを かけて痛みの閾値が下がっているところにノイロトロピンを投与すると閾値があがりかなり改善され、SART のものもノイロトロピンで軽減されるということで SART のいろいろな状態と線維筋痛症がかなり似ているのではないかとことです。

経験的にはノイロトロピンが FMS に効くということがありますのでこの SART をアニマルモデルとしてもよいのではないのでしょうか。

SART ストレスにより脳内たんぱく質の発現プロファイルが中脳と小脳で顕著に変化します。それから中脳において検出されたもの、SART ストレスによるたんぱく質発現の変化というのはノイロトロピンの発現により軽減されるということがわかりました。さらに小脳においては少し変わっており SART ストレスによる変化は大変多いのですが、ノイロトロピンによっては影響されません。延髄・大脳・中脳と調べるとたんぱく質の変化というのは主に中脳付近で認められ、SART またそれを軽減するノイロトロピンというのはその辺に働いているのではないかとわかりました。

今後はたんぱく質の同定を進めてノイロトロピンの作用ということも含めて線維筋痛症の重要標的分子が確立されていくのではないかと考えています。

2. ECT の鎮痛効果と視床機能

電気痙攣療法(略して ECT)とは脳への経頭蓋的な電気刺激によって中心脳性の発作性発射を発生させその後生じる二次的脳内過程により脳機能を改善させる方法と定義されています。この中心脳性の発作性発射というのはいわゆる癲癇の二次性全汎化痙攣のことです。

ECT が何に効くかということおもにうつ病に伴う諸症状です。病的な抑うつ気分、不安焦燥感、抑うつ気分に伴う

ような心気妄想、罪業妄想、統合失調症の急性期の幻覚妄想状態、薬物ではぱっとしないような症状はきれいによくなります。パーキンソン症候群とか悪性症候群というのがありますが、これに伴う筋の競合という神経症状に対する治療効果も確立されています。薬物との比較で言いますと抗うつ薬を兼ねていて、統合失調症の急性症状の治療効果もあります。また抗パーキンソン薬の効果もあり抗不安薬、抗癲癇薬のようなものも兼ね備えているということになります。

抗うつ薬や抗不安薬に効果があるということで線維筋痛症などにも効果があるかもしれないということが考えられます。

ECT の具体症例としては神経因性疼痛に対する治療効果があると考えていて、選択的な効果を持つということが結論です。

神経科の損傷によって生じる疼痛は侵害受容性疼痛とは異なるというふうに考えられます。その最たるものが音中枢の脳の周辺の病変にある視床痛、それからプライマリPTCAニューロンの神経炎後の帯状疱疹の神経痛などがあります。

特徴は感覚の低下している部位を中心とした痛みとか発作性の痛みアロディニア、モルヒネに反応しない、たくさんすれば良くなることもあると報告されていますので少なくともモルヒネの耐性があるという状態であろうと思われます。三環系の抗うつ薬がときに著効し、神経ブロックはあまり効果がなく、眠っているときには痛まないというのが特徴です。

まず視床痛ですが比較の病変群、視床の病変群といに分けています。視床自体と視床の外側にある比較によって若干症状の変化が違います。症状として灼熱痛やアロディニアとか痺れなどが多くの場合つま先のほうから出てきます。ECT を行うと灼熱痛、アロディニアは顔面、肩辺りから来てつま先のほうに残り、これも最終的には消えてきます。不快感が残ることがあるのですが ECT を 10 回くらい行ううちにだんだん狭まって消えてきます。

視床病変の場合どうなっているかと言いますと、発症は肩手症候群です。この症例で ECT を行うと症状は肩と手に残りやすいのですが、ひどい灼熱痛・電撃痛は発症と逆の順に消えていきます。

これをまとめますと知覚病変群の場合はつま先あたりから出て発展拡大したものが ECT のプロセスで消えていきます。視床病変群は肩手、顔あたりから出てきて広がっていくのですが ECT によってだんだん狭まっていくということがわかっています。ちょうど今来た道を帰っていくということで帰り道効果というように呼んでいます。

また近接効果と名づけているのは、発症過程では痛みが致傷の感覚地図における病変の近接部位から始まり遠方領域へと拡大します。ECT では逆に病変の遠方領域から消失して近接領域へと縮小します。これまでは視床痛についてはシナプスを介して神経回路の機能が変わってくるというようなことが考えられていたようですが、重要なことは同じ視床のレベルでシナプスを介さないような、隣同士の対処の伝播のようなものがあるのではないかと、グリアを介するようなあるいはその高さでのインターニューロンを介するようなメカニズムが働いているのではないかと解釈しています。

第一次感覚神経である多重神経が侵される神経性疼痛の帯状疱疹の神経痛で ECT は即効します。帯状疱疹性の神経痛でアロディニアがある部分に ECT を行うとその日は変わらないのですが翌日から徐々に狭くなってきます。三日ぐらいが限度でもう一度電気をかけると元に戻ります。そしてより早い速度で翌日から狭くなっていきます。このように拡大縮小を繰り返しながらアロディニアの領域が後退していつか縮小し、消失することもあるということで引き潮の海岸線の動きに似ているので、これを ECT の引き潮効果と呼んでいます。

そのことから ECT の鎮痛効果には時間的な特徴があります。まず通電直後には一過性に痛みがぶり返しますが通電の反復で次第に鎮痛効果のみ増強してきます。継続は月単位で永続的なものではありません。再来した症例にもう一度すると効果があるということで耐性は生じないだろうということがわかりました。求心路遮断性疼痛に対して選択的な鎮痛効果があると考えています。

痛みの多層モデルというのがありますが、慢性疼痛ではまず侵害受容がありそれによる痛み知覚があり、不安や抑うつのような苦悩があり痛みをとろうとする痛み行動があるわけですが急性痛ではこの部分が不用意であると考えられています。

ECT がどの階層へ働きかけるかという侵害受容性疼痛には効果が無く痛み行動も変えない、痛みに伴う苦悩があるときは良くするが実際は痛みが消失したことによるものでメインのものは痛みの知覚の階層で働くものであろうと考えられます。

従来 ECT というのは精神科の特殊な治療であると考えられていましたが、今後精神神経疾患に関係したいろいろな疾患、特に疼痛緩和の治療選択肢の一つになるであろうと考えています。

線維筋痛症は非常に複雑な病態があつて一例しか行っていません。主に帯状疱疹後の神経痛、カウザルギー、視床痛がはっきりしている症例を選んでいました。そのような症例で見ると場合に学習あるいは強化された痛み行動は変わりませんので、そういう部分はしっかりとチェックしておかなければいけないということです。いわゆる心因性疼痛というものに対する効果は無いであろうと考えます。

それから痛みといってもいろいろな種類の痛みがあるわけで一人の患者さんで何種類かの疼痛が合併しているということがあります。これまでのところ少なくとも侵害受容性疼痛に対するものしかわかっていないので、そういうところから特に脳機能画像をきっちりと調べることが必要になってくると思います。痛みと反対側の視床の血流が増えているような痛みでは ETC は効果が無いであろうと考えます。

3. 薬物療法

線維筋痛症とは主に関節痛とか疼痛が体幹部から始まり広がっていくという病気です。それに対応して疼痛の程度も激しくなつて QOL の低下や生活機能の障害を引き起こします。また骨格筋の痛みを主体としますが不眠、抑うつ状態などの精神状態を伴うこともあり、痛みは中枢神経に原因があるのではないかと考えられています。臨床症状の出現率ですが圧倒的に疼痛の問題が多く、それに伴い全身状態、睡眠障害、疲労感、朝のこわばりが 70%以上起こってきます。そのほかにしびれ、不安感、頭痛、過敏性大腸炎症候群なども伴ってくるということがかなりの割合であります。

精神科の立場からすると線維筋痛症とうつ病は大変似ている病気でその鑑別というのが非常に問題になります。線維筋痛症自体でうつ病になる方もいますが、基本的には別の病気というふうに捕らえています。線維筋痛症のほうが痛みは広範囲に広がりひどく、うつ病の場合は限局性のものでそれほどひどくありません。ADL の低下の原因は線維筋痛症ですと痛みですが、うつ状態の場合はやる気が起きてこないという状態です。また伴う症状は線維筋痛症の場合身体症状が多いのですが、うつ状態ですと食欲低下など自律神経の症状が主体となっています。

治療法は薬物に対して線維筋痛症の場合少量で反応することが多く、うつ状態の場合には大量の向精神薬が必要になってくるのですが、逆に少量で副作用が出やすいということもあります。

線維筋痛症の痛みというのは組織損傷とか末梢神経の問題ではなくて、灼熱感や突発的な電撃痛があり不快な感覚や痛みというのが特徴で、軽い刺激でも痛みがひどくなってきます。そういう点が普通の疼痛とは違い中枢神経が原因で起こってくる痛みではないかと思えます。

同じ痛みのときに血流量を測定すると線維筋痛症の方の場合刺激される部分にかなり強く血流増加が見られ普通の人よりも中枢神経で痛みを感じているという報告があります。

身体的な部分と精神的なもの両方がオーバーラップしてくる病気ですが、明らかに実質的な原因がなくて身体的な訴えをかなり苦痛と感じて日常生活に支障をきたすような場合と、逆に慢性的な痛みのためにうつ状態になるということもあります。身体症状とうつ病の合併というのは意外と多くうつ状態の患者さんの 5 割から 9 割ぐらいが

肉体的な症状を訴える方がおり、精神的な部分のサポートも大事だということがいわれています。

内科のほうでは鎮痛剤を使って治療をしていきます。変形性脊椎狭窄症というのも中枢神経の原因で痛みが起きているのですが、鎮痛剤を飲んででも効かない方に新しい抗うつ薬のミルナシبرانを投与すると痛みが良くなっていくといわれています。そういう中枢神経に作用する抗うつ薬が痛みを軽快することもあります。

アメリカではミルナシبرانの線維筋痛症の患者さんへの臨床試験が行われています。ミルナシبرانという薬は日本でも抗うつ薬として一般的に使われています。副作用として多いのは気持ちが悪くなったり吐き気がしたりということですが最初のうちだけです。

痛みに対しては、ミルナシبرانを飲んだ患者さんの7割ぐらいが改善され、身体機能が改善された方と気分が良くなった方が多くなっています。また疲労感・倦怠感、朝のこわばりが良くなった方がいます。抗うつ薬ですので当然抑うつに対する効果があります。

現時点では米国では抗うつ薬も線維筋痛症の臨床試験が実施されています。

SNRI という抗うつ薬が最近日本でも使われるようになってきたのですが、その中にミルナシبرانというのが入ります。そういう薬が線維筋痛症に効くのではないかとされています。

SNRI というのはセロトニンとノルアドレナリンという神経伝達物質の両方に作用するということがわかり、そのノルアドレナリンの作用が痛みに対して効果があるのではないかとされています。

下行性疼痛はセロトニンとノルアドレナリンで抑制されていますが、線維筋痛症の患者さんはセロトニンとノルアドレナリンが減っているのではないかとされています。減ることによって下行性疼痛の抑制が抑制されてしまいますので痛みが出てくると考えられます。それに対してミルナシبرانを投与しますと、セロトニンとノルアドレナリンの取り込みが抑制されますので、シナプス間隙でセロトニンノルアドレナリンの量が増えます。それに伴って下行性疼痛の抑制系が増えてきますので疼痛が抑制されていくというメカニズムが考えられています。

現時点で日本では臨床試験もまだスタートしていない現状で、診断基準や治療法などかなり多くの問題が残っています。

4.透析患者における線維筋痛症

従来透析患者の場合、睡眠とか抑うつ状態、薬剤などに対してはかなり研究報告されているのですが、慢性疼とくに線維筋痛症を合併しているということではほとんど報告がありません。

メカニカルストレスと線維筋痛症の関係を調べていて透析患者には線維筋痛症が多いということがわかりまして、人工透析を受けている患者164名に対してアンケート調査を行いました。

透析歴20年以上の症例19例中14例、73.7%に線維筋痛症が見られました。

同一姿勢によるつらさというのは患者さんの話からすると縛り付けられたある意味では拷問のような状況のようです。

シャントの手術回数の多い人も多かったので他の手術などの問題も関係があったかと思われます。

全国で26万人程の透析患者がいますがその約2割の方が痛みで苦しんでいると思われます。

5.心身医学からみた病態の特徴と治療法

線維筋痛症は筋肉と関節の病であってそれに精神的なものが付随しています。東洋医学では12の経絡というラインがあってそれと良く似たラインで腱筋という筋肉のつながっているラインがあります。こういったラインの上に腱筋病巣といいまして筋肉に病気があったときに病巣ができます。そこが実際に針灸をするときに治療点にもなります。

次に臓腑学の中で一番線維筋痛症に関係するのは肝気といって精神の参っている状態を表現しているものだと

思います。この精神的なストレスが起こりますと筋肉の緊張とか痙攣とかうつ状態が起こってきます。それから肝気が上ってくるとのぼせたり顔が赤くなったりいらいらだちが起こって来たりします。それが長くなりますと今度は肝気が胃腸を冒すようになり消化器障害が出てきたり悪寒がしたり全身導管が弱ってくる現象がおこります。さらにそれが長くなると水分が少なくなってくるのでドライアイや口渇が起きます。そして体力が衰弱してきて気虚といひ元気がなくなつてきます。慢性疲労症候群と非常によく似ています。

6. 線維筋痛症に合併した上・下肢のしびれ

線維筋痛症のいろいろな症状の中でしびれと知覚異常というのが半数ぐらい認められています。実際患者さんはしびれを訴えてその治療に難渋する場合がありますが、それについて考察しました。

末梢神経が絞扼されると症状が起こってくるのですが、絞扼部位が一箇所ではなく何箇所も障害されてしびれが起こってくるというのが線維筋痛症の場合には多くて、それが病態を複雑にしているのではないかと考えています。

上肢は手根幹症候群・胸郭出口症候群さらに循環器症候群などのエントラルコメント症候群に頸椎症それにドロップショルダー、こういったものができている人が多いのではないかと考えています。

下肢は腰部疾患で椎間板ヘルニアとか腰部脊椎症、梨状筋症候群を合併してしびれの病態を複雑にしているのではないかと考えています。

胸郭出口症候群自体が絞扼性神経障害を起こすのですが、さらにシンチグラフィーで見るとここに炎症が加わつてそれを強くしているのではないかと考えられます。胸郭出口症候群でもこれに睡眠障害とか精神的不安とかが加わりまふと線維筋痛症を呈するのではないかとこのうに考えています。

治療はとりあえず抗うつ剤などとノイロトロピンです。運動を嫌がる人が多いので、軽い催眠状態になつてもらい運動のイメージを高め運動療法に持っていくようにしています。

最近ではレーザー照射による星状神経ブロックをしています。それから針灸治療です。非常に治りにくいものに関してはトラマールとアセトアミノフェンの混注をしています。文献的には6割ぐらいの線維筋痛症に効くということになっています。99MTC シンチグラフィーで異常集積を認める線維筋痛症に関しましては消炎鎮痛剤、そして炎症所見があつて血沈とか CRP が高いと言ふ場合にはステロイドとか MPX を考慮することも必要ではないかと思つています。胸郭出口症候群には筋弛緩薬が、また坐骨神経症候群に関しましては線維筋痛症の治療とともに坐骨神経ブロックが効果的だと思ひます。絞扼性神経障害としては手根幹症候群があります。初期には局所へのステロイド注入などが効果的ですし、長期的な消炎鎮痛剤などの投与も 99MTC シンチグラフィーで異常集積を認める線維筋痛症には良いのではないかと考えています。

線維筋痛症の痺れについては原因不明で難しいものがあります。治療は患者さんとコンタクトをとつて一緒に治療を考えていくのが良いのではないかと考えています。



第 49 回日本リウマチ学会総会・学術集会

横浜のパシフィコの会議場と展示場(ブース展示、ポスターディスカッション)にて行われました。準備は2005年4月16日土曜日で、会議は20日の水曜日まで催され4日間、全国から数千人のリウマチ関連の医師、学者の集まる大規模なものでした。線維筋痛症友の会も展示場にブースを置かせて頂きました。

その際に会の英語名も必要となり、線維筋痛症友の会は Japan Fibromyalgia Support Association を正式な英文名といたしました。

線維筋痛症関連のセミナー&ディスカッション

18日(月)12:30~1:30 ランチョンセミナー 村上先生

19日(火)2:40~3:50 ワークショップ 浦野先生,松本先生,植田先生,西岡真樹子,土井先生

4:10~5:40 ポスターディスカッション野中先生,西岡真樹子先生,三木先生,山田先生

20日(水)4:00~5:40 ポスターディスカッション 長岡先生,行岡先生,奥村先生,浦野先生

村上正人先生「リウマチ専門医が知っておきたい線維筋痛症の診断と治療」

松本美富士先生「本邦線維筋痛症の臨床疫学像」

植田弘師先生「慢性疼痛の分子機構」

西岡真樹子先生「線維筋痛症の画像診断」

土井永史先生「慢性疼痛に対する電気痙攣療法」

厚生労働省の「線維筋痛症研究班」の一員日本大学の村上先生のランチョンセミナーは「リウマチ専門医が知っておきたい線維筋痛症の診断と治療」と題され、線維筋痛症での血行動態の障害、筋緊張が所見されること、本来の痛みに修飾された痛みが慢性疼痛を深めていること、しかしうつによる心因性の疼痛ではないと考えられることを述べられました。ストレス要因や特有の性格が背景にあると思われ、症状改善には種々の薬物療法とカウンセリングによる効果が期待できると発表されました。痛みに対する医師の対応、つまり患者の訴える症状と心理をよく理解して話を聞くことがまず重要であるとも話されました。

山梨県立看護大学の松本先生は厚生労働省の「線維筋痛症研究班」で疫学調査を担当されていて「本邦線維筋痛症の臨床疫学像」と題され講演されました。2003年度にはリウマチ医を対象に線維筋痛症の患者数を把握する調査をされ、およそリウマチ患者の1/3ぐらいが線維筋痛症との途中結果を発表されましたが、医師の認識率が当時は未だ低く、最適有効な方法ではなかったと考えられるので、今度は日本の2箇所の町村で戸別の調査(コホート調査/約4000人)を行い、人口の1.66%の確率で線維筋痛症があることが考えられると発表されました。それから日本特有の現象として、欧米と比し、患者のうつと疲労感の度合いが高いことも述べられました。

慈恵医大の西岡真樹子先生の講演は「線維筋痛症の画像診断」と題され、SPECT という微量の放射線による視床の脳血流の検査では線維筋痛症患者の血流低下が所見される例が多いことが述べられましたが、米国の研究ではそうでないこともあり、この機序については医学的に未だ説明されていないとのこと。脳血流は運動により上げ

られる可能性はあるそうです。

前回から研究班に加わった東大精神科土井先生は「慢性疼痛に対する電気痙攣療法」と題し、ECT という電気で脳に刺激を与え視床の血流量を改善する方法につき発表されました。これは視床自体の異常ではない場合で、記憶喪失などの症状を海馬の興奮により、視床の機能の変化を選択的に改善するのに効果があるというのですが、これは特に線維筋痛症患者を対象にした研究ではないとのことでした。

今回のリウマチ学会には福岡の歯科医山田先生がポスターディスカッションで発表され線維筋痛症と口腔の諸問題について話され、噛み合わせや、顎関節症など口腔の問題が慢性疼痛や線維筋痛症に関係があるかもしれないと発表されたことは画期的なことでした。

ボランティアをしてくださった皆さんありがとうございました。役員もブース設営、撤去、とワークショップ/セミナーの聴講と大忙しでした。線維筋痛症のブースには会員の石黒さん製作の大輪の花のイラストのポスターも貼られ参加者の目を引きました。友の会の活動を全国の医師に知ってもらえるチラシ配りができたのも有意義なことでした。

厚生労働省への要請会

要請日：平成17年4月21日(木)・13:00～14:00

場 所：1階共用第5会議室

出席者：大臣官房総務課

健康局 疾病対策課 菊岡修一課長補佐、比嘉敏充氏

社会援護局傷害保健福祉部企画課 佐藤清和氏

保健局 医療課 中谷祐貴子課長補佐

橋本代表が線維筋痛症の患者の窮状を訴え、その早急な改善を求め下記の要綱を示し要請書を渡しました。この厚生労働省訪問は定期的に行う予定です。

1. 線維筋痛症に関する研究機関を設置すること。
2. 線維筋痛症を扱う専門化の育成と医療機関の充実をはかること。
3. 行政機関においては線維筋痛症の理解に関する研修を実施すること。
4. 現状では障害認定がされにくい患者に対する救済措置として、生活機能障害を適用する方向で対策を講じること。
5. 線維筋痛症の疾病及び難病指定について積極的な検討を行い早急に対策を講じること。
6. 線維筋痛症を保険適用とすること。

(まりこ)

身体障害者手帳一種一級が認定されて障害年金の再申請をしました。私は両手が不自由で字が書けません。両上下肢機能障害で、病歴、就労状況申立書を家内に書いてもらい一級障害年金が支給されるようになりました。

現在、障害年金診断書、精神の障害用、傷病名、うつ病、重症神経症、線維筋痛症です。肢体の障害用、診断書、傷病名は線維筋痛症で医師に二通、障害年金診断書を精神科と神経内科へ作成依頼しています。

年に一度、現況届けと診断書の提出が必要になりますが次回の診断書の提出は三年後、その期間は現況届けを提出すれば良いと社会保険事務所から通知が来ました。

障害年金と手帳は別です。

先生に相談、社会保険事務所へ相談したら良いと思います。

手続きの方法を補足します。

まずは役所の保険年金課に連絡して、初診日にどの年金を納めていたかを確認します。年金の種類によって受付窓口が異なります。

障害基礎年金：役所の保険年金課の受付

障害厚生年金：社会保険事務所の受付

障害共済年金：共済組合の受付

年金手帳を持って上記のいずれかの窓口に行き、必要な書類を受け取ります。受け取る書類は、国民年金・厚生年金保険・船員保険障害給付裁定請求書、病歴・就労状況等申立書、年金専用の診断書、受診状況等証明書です。

裁定請求書と申立書は自分で記入します。自分で書けない場合は代筆でもかまいません。特に病歴・就労状況等申立書は大切です。鉛筆で下書きをして用意周到で挑みましょう。診断書は医師に作成してもらいます。発症・発病時期ではなく、初診日から1年半が経過した障害認定日もしくは現在のいずれかの診断書を書いてもらうことができます。状態が良くない時の診断書の方が年金の等級が上になりやすいです。診断書料は5,000円から10,000円程度です。

また初診の医療機関と現在の医療機関が違う場合、初診の医療機関での受診状況等証明書が必要になります。初診の医療機関が遠い場合は、郵送でやり取りしても良いです。証明書代がいくらかかります。

裁定請求書、申立書、診断書、受診状況等証明書が揃ったら、年金手帳、戸籍謄本、世帯全員の住民票、預金通帳（年金の振込先）、印鑑を持って、窓口で申請します。申請にあたって費用は不要です。

有効期間

障害には永久認定と有期認定があり、精神疾患の場合は有期認定で、1～5年間ごとに再認定が必要です。再認定が近づくと診断書が送られてきますので、これを医師に作成してもらって再認定を受けます。場合によっては等級の変更や受給が打ち切りになることもあります。

受給開始までの期間

申請から受給まで、約1ヶ月から4ヶ月程度かかります。都道府県の専任の医師が判定を行なうためです。

FM海外情報 シリーズVII

痛みとうつの微妙な相関関係

興味深いニュースレターをアメリカから受け取りましたのでご紹介します。

May 2005 / 山田真理子

痛みの度合いにより治療結果は左右されるか

2004年8月26日—見落とされがちですが、身体的な疼痛は一般的にはうつ症の兆候であると考えられます。実は痛みが大きいほどうつとの度合いも比例して大きくなり、QOLも深く関わっていると最近発表された研究で示されています。

研究によるとうつ症状を呈している抗うつ剤治療を受けている患者の2/3は、身体的疼痛も訴えている。つまり一般的には頻繁な頭痛、背中の痛み、関節痛、腹痛などです。

患者の3分の1以上がうつ症状の期間より長く疼痛を訴えているので、研究者たちは痛み自体がうつ症状の治療効果を計るバロメーターになり得るかもしれないと考えています。この説は Psychosomatic Medicine ジャーナル報告されました。

「痛みのような身体症状がうつ症を具現化することがあると知ることは重要なことです。」と、ある研究者は語っています。「身体症状が、うつによって起きたものだったり、うつにより増長・悪化したものであっても、身体的症状の方が長きにわたることがあます。」

痛みによりうつが隠されることがある

米国の37の診療所の573人のうつ症状のある患者を対象に調査がおこなわれました。患者のおよそ4/5は女性で、そして同じ割合が白人でした。SSRI(セロトニン再取り込み阻害剤＝パキシル、ゾロフト、プロザック等)の抗うつ剤を処方し、9カ月間にわたり身体的症状とうつの相関関係とQOLについて調べました。

3カ月目で痛みの度合いの強い患者については、痛みのない患者と比べて抗うつ剤治療の効果が1/4ほどしか出ず、弱い痛みのある患者では1/2だったという結果が出ました。

二人の研究者が、よく起こりがちなうつと痛みの同時発症の場合は初期の段階では痛みで隠されていてうつが見落とされる傾向にあるとしています。

つまり、「身体症状のほうが、しばしば表面に現れやすいので、注意はうつ症状からはそらされてしまう。今後は痛みを「5番目の重大なサイン」として捉え、痛みとうつとの相関関係をよりよく理解し認識することに重点を置くべきだ」と述べました。

化学的に見た共通点

最近の研究によりうつと痛みとの相関関係がいくつか解明されました。

両方とも体内で化学的に同様の過程を辿ります。つまり脳内物質のセロトニンとノルエピネフリンがうつに深く関係しているように、神経伝達物質が痛みをひきおこすということです。

ある医師は、昨今医師たちはとみにこの両症状の関連に注目をおくようになっているが、この両症状が深く拘わっていることを患者に納得させることは難航していると述べています。

彼によると一旦身体症状の要因が詳しい研究ののち解決されれば、痛みの原因を探すことにわずらわされず、痛みそのものの治療に専念できることになます。

彼は、「私は、人ははっきりした何の原因もなく種々の症状を呈することはままあることだということを先ず受け入れてみるのが良いと思う。原因が何であるかあれこれ心配したりするより、また医学的に説明できないにしても、その現実を受け入れた後、それぞれの症状に対処していこうという姿勢に転換した方が良いと思う。」また「患者がこの相関関係をこの方向で捉えてみると、驚くほどの数の人が痛みとうつのシンドロームをより良く理解するようになり、現状を受け入れられるようになる。」と述べています。

会員からの声(第11回)

いい医者(良医)の10箇条

「病院なんか嫌いだ」鎌田實著より

- 1 話をよく聞いてくれる
- 2 わかりやすい言葉でわかりやすく説明してくれる
- 3 薬や検査よりも、生活指導を重視する
- 4 必要なときは専門医を紹介してくれる
- 5 患者の家族の気持ちまで考えてくれる
- 6 患者が住む地域の医療や福祉をよく知っている
- 7 医療の限界を知っている
- 8 患者の痛みやつらさ、悲しみを理解し、共感してくれる
- 9 他の医師の意見を聞きたいという患者の希望に快く応じてくれる
- 10 ショックを与えずに真実を患者に伝えられる

「いい医者(良医)の10箇条」の著者は「10の条件全部を満たす医師はなかなかいないだろうから、2、3でも当てはまる医師と出会ったら、時間をかけて、信頼関係を大切に築いてほしい」と言っています。

(モーターマン)

障害年金について

障害年金は病気が発病して一年六箇月、経過したら受給資格が発生します。もし一年半前に受診している病院が違う場合は、受診状況等証明書用の紙、障害年金診断書、病歴、就労状況申立書を社会保険事務所から入手して傷病名、発病年月日、発病から初診までの経過、初診より終診までの治療内容及び経過の概要を通院していた病院にて書いてもらい、受診している手帳の診断書を書いてくれた認定医より障害年金診断書を書いてもらったらよいと思います。

参考情報

無年金（年金を納めていない方）の場合は受給を受けることが出来ません。年金保険料を納めることが出来ない場合には、あらかじめ保険料の免除を申請しておきましょう。

民間サラリーマンの配偶者も年金保険料を納めたと認められます。この場合、扶養されていることが条件なので、配偶者の年収は130万円以下でなければなりません。

二級以上の年金を受給される場合、法定免除となり、届出によって年金保険料の納付義務はなくなります。

私は上肢が重度の機能障害で字が書けません。障害年金申請時、社会保険事務所へ出向き厚生年金手帳を提示して関係書類を受け取り手続きに必要な書類の説明を受け自分では字が書けない事を言い担当者から家内の代筆で良いと言われ帰宅後、準備にかかりました。私はワードを使い下書き用の資料を作成し社会保険事務所の家内の代筆で手続きを終えました。

指の関節が痛み字が書けない場合、担当窓口で相談を勧めます。

詳しくは窓口で相談して下さいね。

（モーターマン）

■ 理解されない悩み、それを克服された体験、皆様に身近な問題かと思えます。ご参考になさってください。 **F**

署名活動の報告

大勢の皆様にご協力いただいた結果、2万名を超える署名をいただきました。有難うございました。締め切りとさせていただきますのでまだ郵送いただいてない方はお送りください。また多少時間のかかる方は事務局までお知らせください。次号で詳しく報告いたします。

文通希望コーナー

下記の方々が文通をご希望なさっております。是非とも皆様のお手紙・メールをお待ちしています。他にも文通をご希望の方がおられましたら次号に掲載しますのでご連絡ください。

友の会データ

発足年月日	平成14年10月1日
役員	代表 橋本裕子 役員 籠谷誠人 顧問 長野県厚生連篠ノ井総合病院 リウマチ膠原病センター・リウマチ科医長 浦野房三先生

北海道支部顧問 北星病院 リウマチセンター長 今野孝彦先生					
会員地域別人数 (2005年8月13日現在)					
北海道	31		大阪府	33	
青森県	7		兵庫県	23	
秋田県	6		京都府	13	
岩手県	4		奈良県	5	
山形県	4		和歌山県	3	
福島県	6		島根県	2	
宮城県	11		岡山県	5	
東京都	78		鳥取県	4	
神奈川県	58		広島県	16	
千葉県	28		山口県	5	
茨城県	5		徳島県	2	
栃木県	7		香川県	1	
埼玉県	27		愛媛県	5	
群馬県	2		高知県	5	
長野県	11		福岡県	14	
山梨県	8		佐賀県	2	
富山県	2		宮崎県	1	
福井県	3		長崎県	1	
石川県	5		熊本県	11	
新潟県	12		大分県	5	
静岡県	14		鹿児島県	4	
愛知県	24		沖縄県	2	
岐阜県	5		米国	1	
三重県	7				
滋賀県	4		総合計	532	(住所不明の方を除く)

啓蒙活動

パンフレットを置いていただける医療機関、公共施設を増やすため、ご協力いただける所をご存じの方はお知らせください。

内容の無断転載を禁じます

非営利、または教育目的にお使いになられる場合、「線維筋痛症友の会」までご連絡下さい。転載の可否を検討し、ご連絡致します。それ以外の目的での本会報の内容の転載を禁じます。

発行人 神奈川県身体障害者団体定期刊行物協会
 〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1752番地
 障害者スポーツ文化センター横浜ラポール3階
編集人 線維筋痛症友の会
 〒233-0012 横浜市港南区上永谷4-18-22-102
 定価 200円 (会員は会費に含む)
 Tel/Fax: 045-845-0597
 E-Mail: fibrojp@yahoo.co.jp
<http://www5d.biglobe.ne.jp/~Pain/>