

KSK 線維筋痛症友の会会報

実りの季節が訪れました。暑かった夏を思うと、快適に過ごせる日々が本当にうれしいです。ところで、このところの食にまつわる事件を聴くにつれ、食べることについて、真剣ではなかった。食べる事、食べものをもっと大事にすべきだと思います。そのことは、生き方にも通じて来ます。

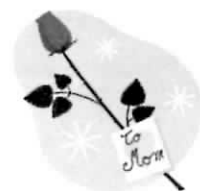


・11月22日総会の出欠はがきを同封しています。欠席の方も必ずお名前を明記の上はがきを投函して下さるようにご協力をお願いします。締め切りは11月10日ですが多少遅れても投函してください。

・また日本難病・疾病団体協議会の署名は年末までの締め切りです。昨年同様多くの皆様のご協力をお願いいたします。枚数が1枚以上になる場合はあらかじめコピーしてお使いください。ご家族で記入される場合は住所を「同上」とせずそれぞれ記入してください。押印は不要です。

・会報19号、20号(バックナンバー)があります。1部500円。ご希望の方は事務局にお申込ください。

線維筋痛症の家族内発症の研究について



どなたか、家族や親戚で線維筋痛症になっている方いませんか？霞ヶ関にあるクリニックと二つの医大で、難病治療の共同研究が協力してできるようになりました。現在、線維筋痛症の原因については詳細な研究がなされており、分子レベルの情報まで解ってきているのですが、そこから先の膨大な情報量を解析し特定するという困難に直面しています。もし、家族で線維筋痛症に罹患している方々の協力を得られれば、この特定作業が大いに前進します。

倫理委員会の了承も得られましたので、霞ヶ関駅(地下鉄、日比谷線、丸の内線、千代田線)までお出でいただける方は、金曜日もしくは土曜日のクリニックの予約をとり、診察を受けて、同意書を書いて頂きます。検体は血液のみです。

血縁関係のある方々、親子、兄弟姉妹、いとこなどの親戚の中で線維筋痛症に罹っている方、お二人でご協力頂ける方は友の会事務局までお知らせ下さい。

☎お問い合わせ

事務局:TEL&FAX/045-845-0597 メールアドレス/jfsa@e-mail.jp



医療講演会、交流会、総会のお知らせ

2008年度医療講演会、交流会、総会を下記の通り行います。
総会以外はどこでも参加できますのでぜひおいでください。

講 師: 日本医科大学板橋病院心療内科科長 村上正人先生

日 時: 11 月 22 日(土) 13:00~17:00(総会/13:30~14:00)

場 所: 「ウィリング横浜」ゆめおおおかオフィスタワー12F126 号室

横浜市港南区上大岡西 1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー内 TEL: 045-847-6666

* 宿泊施設もあります。直接オフィスタワーにお申込ください。

アクセス: ①品川から京浜急行三崎口行き等(羽田行きは不可) 快速特急、急行(下り方面)をご利用ください

* 所要時間 25 分 上大岡駅下車 (各駅停車では時間がかかります。)

②横浜または新横浜から横浜市営地下鉄

* 所要時間 28 分 上大岡駅下車

申 込: 友の会事務局 TEL&FAX 045-845-0597 / メールアドレス jfsa@e-mail.jp

会 費: 3000円 付添いの方は無料

☞ 事前申込された方には飲み物の準備をいたします。(水・お茶/参加予約された方は無料)



会報 21 号発行後の主な出来事

8 月 24 日(日) 宮崎交流会開催 (宮崎県総合福祉センター)

患者 5 名、ご家族 1 名、医療系専門学校職員の方 1 名(ご家族もお一人参加)、宮崎県難病相談・支援センター長もご参加くださり計 9 名の少人数の交流会でしたがとてもアットホームな交流会となりました。またお会いしましょう!と 再会を約束して会場をあとにしました。

8 月 30 日(土) 北海道難病連全道集会・分科会 医療講演会開催

場 所: 七飯町文化センター(亀田郡七飯町張字本町 568 番地 8)

講 師: 伊藤メンタルクリニック 伊藤 匡先生

9 月 21 日(日) 大阪交流サロン開催

場 所 エルおおさか 6 階 研修室 4 大阪市中央区北浜東 3-14



9月23日(火)~27日(土) APLAR 第13回アジア太平洋リウマチ学会に出展

場 所 パシフィコ横浜展示場

皆様のご協力ありがとうございました。

10月13日(月祝) 津市にて市民公開講座を開催 (アストホール)

テーマ:「わが国の線維筋痛症患者の現況と展望」

大勢の皆様の参加ありがとうございました。



線維筋痛症友の会第6回広島野外交流会ボランティアの募集

線維筋痛症患者の方と、一緒に宮島を散歩しませんか？

車椅子の方がおられますので、介助して頂けると助かります。一緒に親睦を深めましょう！

2008年10月26日(日)

集合時間:13:00

集合場所:宮島口棧橋前(JR宮島船舶券売機前)

参加費:交通費+入場料(厳島神社・宮島水族館)(+会報郵送希望者は500円)

●広島交流会 hiroshimafms@yahoo.co.jp

●いけだNPOセンター TEL072-752-4334 FAX072-750-5125



線維筋痛症患者も利用できるようになりました。

「志摩ケアレジデンス」は温暖で過ごしやすい三重県志摩市のメディカルパーク ISOBE 内にあり、介護が必要な方を対象に介護サービスおよび生活サポートサービスをリゾートホテルのような環境で提供する有料老人ホームです。メディカルパーク ISOBE 内には多くの線維筋痛症の患者様の診療にあたっている医療法人虎の門会グループの医療機関があり、線維筋痛症の治療やリハビリテーションが可能です。

「志摩ケアレジデンス」はこの医療機関と提携しているため、線維筋痛症でお悩みの皆様の「落ち着いた環境で専門医の治療を受けたい」という各方面からの強いご希望に応えるべく体制を整えています。

治療およびリハビリについてはメディカルパーク ISOBE 内の医療機関で受けていただき、その時間以外は、「志摩ケアレジデンス」でくつろぎのひとときを過ごすことが可能です。

宿泊および食事サービス以外に受診手続き、医療機関への送迎(介助が必要な場合)、入浴介助(必要な場合)、疾病時の緊急対応(24時間)など、各種のサービスを「志摩ケアレジデンス」が提供します。

詳しくはご照会ください。(フリーダイヤル 0120-02-0550)。

〒517-0214 三重県志摩市磯部町迫間 375 TEL:0599-55-3700 FAX:0599-55-3703

E-mail:slcs@shima-cr.jp 施設の詳細はホームページをご覧ください。

【ご利用のご案内】

* 利用料金:通常 13,650 円のところ→1日3食付 10,500 円

- * 当料金には医療機関での受診料等は含まれておりません。
- * 当プランの利用に当たっては年齢による制限はありません。
- * 介護保険の対象外のご利用となります。(有効期限平成21年3月31日まで)



その他のニュース

☆厚生労働省は平成21年版医師国家試験出題基準(来春以降の医師国家試験の出題範囲であり、今後医学生は、この範囲を勉強することが求められる)に、「線維筋痛症」を追加することとなりましたのでご案内いたします。

☆厚生労働省特別研究班は新年度より3年間、独立した線維筋痛症研究班として予算が認められ研究が続けられることに決まりました。

☆eラーニングプログラム「線維筋痛症」について

日本リウマチ財団が運営・提供するeラーニングプログラム「線維筋痛症」インターネット版とDVD版が完成しました。

☆パンフレットに記載してある東北支部の住所に誤りがありました。お詫びして訂正します。正しくは〒980-0014 仙台市青葉区本町一丁目 9-28-304 Tel/Fax: 022-721-5156

☆会員専用掲示板のサーバが移行しました。お気に入りに登録している方は変更をお願いします。それ以外は今までどおり使えます。

目次

わが国の線維筋痛症の実態と問題点	P5
医療相談会	P15
むずむず脚症候群についての記事の紹介	P20
医薬品を海外から購入しようとされる方へ	P23
線維筋痛症の除去食治療について	P26
会員からの手紙	P31
友の会データ	P37

セーフティーカードのお知らせ

線維筋痛症友の会ではセーフティーカードを作りました。カードの中に、初診時の問診、触診時の注意事項や、病気の特徴を記載し、初めて診察を受ける医師に疼痛の悪化に繋がる注意事項をあらかじめ見てもらおうというものです。

その他に、併発している病名、主治医、掛かりつけの病院等を書けるスペース

を設けて、線維筋痛症発作で救急で運ばれる場合、そのカードを見せれば、理解される様に作られたカードです。サイズはB8程度で4つに折ると診察券の大きさです。ご希望の方は事務局まで会員番号、氏名をご連絡下さい。



カードを携帯しましょう

急病、事故などによる緊急受診の際、また転医した場合や他の疾患で別の医療機関に初診する

場合などにこのカードを提示しましょう。

- ・ あらかじめ可能であれば主治医の指示書をもっておく
- ・ 搬送先を決めておく
- ・ 緊急時の治療薬(処置法)を決めて明記しておく
- ・ お薬手帳も携帯しましょう

必要事項を記入して、同封のフィルムケースなどに入れてください。

服用中の薬剤を書ききれないことや、変更されている場合がありますのでお薬手帳には常に最新の情報を記入し、携帯してください。



わが国の線維筋痛症の実態と問題点

2007.7.8 三重地域医療講演会・医療相談会

講師: 藤田保健衛生大学七栗サナトリウム 内科教授 松本美富士先生

今日は東海地区で初めての相談会、患者さんご家族の方々の交流会です。短期間に各地区で活動ができたということは、日本でもようやく線維筋痛症が社会的に注目されてきたということで、医療側としても大変うれしく思っています。

このような病気がなくなればいちばん良いのですが、それはまだまだ先のことで、当分は根本的な治療を期待するのではなく、医療者と連携しながら線維筋痛症と共生していくという状況にあると思います。

今日は線維筋痛症の診断をされて間もない方、あるいは疑いを持たれている方々、またすでに相当勉強されている方には復習という形で、また、ご家族の方には身の回りの患者さんがいかに苦しみ悩んでいらっしゃるかということを理解していただくために、大雑把に全体を説明させていただきたいと思います。

病名について

「線維筋痛症」というのは日本でようやくマスメディアにも取り上げられるようになりましたが、新しく人類に興ってきたわけではありません。名前は1980年にアメリカでつけられたものを訳して医学用語として線維筋痛症となったのですが、古くからこういった症状を呈するような患者さんの存在は医学的に知られていました。

「線維筋痛症」がどういう病名で言われてきたかという、病気に対して誤解を招くようなものがいくつかあります。

関節に炎症や腫れ痛み発赤などが起こらないので、関節ではないということで「非関節性リウマチ」、筋肉や軟部組織(皮膚の下のさまざまな筋肉や結合組織、腱、筋)に痛みやこわばりが起こるので「軟部組織性リウマチ」、あるいは筋肉が非常に痛い、こわばる、張るということから「筋肉リウマチ」という病名で呼ばれたこともありました。またヨーロッパでは症状の浮き沈みに心因的なことがかかわっているということで「心因性リウマチ」と呼ばれましたが、これは大変誤解を招く言葉です。

1980年代になると結合組織(皮膚の下の骨までの間を埋めている組織)に痛みやこわばりがあるということで、「結合組織炎」、あるいは「結合組織炎症候群」という名前で呼ばれ、この炎症という言葉は非常に誤解を招きました。痛みあるいは押さえると圧痛が出てくる、こわばる、しかしそこには決して炎症がなく、頭で痛みやこわばりを感じているということからこの言葉が不適切であるということで、1990年になって「線維筋痛症」、あるいは「線維筋痛症候群」というような言葉で呼ばれ、これが現在国際的に用いられている病名として定着しました。

☞線維筋痛症と似た症状の病気について

この病気は非常に多彩な症状、ありとあらゆる訴えがあるということで、似たような病気がさまざまあるということも知られています。

類似している病気は、「機能的身体症候群」、あるいは「機能的身体疾患」と言い、主として心療内科(心の病を扱うところ)で扱う一群の病です。「慢性疲労症候群」、「化学物質過敏症」、「シックハウス症候群」(建材の新築の家に入ると目が痛い、頭痛がする、喉が痛い、疲労感がある、あちこちの筋が痛んでくる、こわばるといった症状)、これが労働者であれば「シックビルディング症候群」、また消化器の分野では下痢をしたり、便秘をしたりあるいはそれが交互に繰り返すということで、腸が動きすぎる「過敏性腸症候群」が大変多い病気です。口腔外科的には「顎関節症」であごが痛くて口があけられない、物がかめない、しかし歯には異常がないというものがあります。1990年湾岸戦争で、米軍の帰還兵士の中には頭痛がする、集中力がない、睡眠障害がある、あちこちの筋肉にこわばりや痛みがあるということで「湾岸戦争症候群」という名前もあります。泌尿器科ではトイレが近い、排尿痛がある、残尿があるといった「間質性膀胱炎」、社会不安症例のひとつで、突然不安になり混乱する「パニック症候群」があります。

線維筋痛症の方々は大きなり小なり抑うつ気分、気分障害として非常にふさがちな落ち込んだ気分を持っています。そういったことが前面に出る病気を精神科の疾患として「うつ病」といい、さまざまな身体症状が出てきます。身体が凝る、頭が痛い、目がかすむなど、それと同時にあちこちの関節が痛い、筋肉が痛い、こわばるといったことを訴えます。身体症状として痛みが強くなるよううつ病があります。うつ状態と疼痛は非常に密接に関係しており、うつ状態が激しいほど疼痛を感じる閾値が低下し、些細なことで激しい痛みを感じます。また痛みがあれば気分がふさがちで抑うつ気分になります。うつと痛みはデフレスパイラルという現象で悪循環を呈し、ますます抑うつにもなるし痛みも増強します。こういったうつ病の患者さんと線維筋痛症の患者さんがどう違うのかということもまだ良くわかっていません。



線維筋痛症の数%が小児科の年齢で発病することが知られています。小学生や中学生であれば不登校の中に子供の線維筋痛症があるということが考えられ、厚労省の研究班でも横浜市立大学の

小児科の先生を中心に調べていただいています。

整形外科的な病気として「アロディニア」、「RSD」などを区別しなければいけないけれど、区別できるのかわからない部分があります。

☞線維筋痛症の患者数について

患者さんの数は厚労省の研究班として、疫学調査をして明らかにしてまいります。もっとも研究が進んでいる欧米のデータを参考にさせていただければと思います。

先進国においては女性が一般人口の 2%、男性は 0.5%が線維筋痛症といわれています。関節リウマチは人口当たり 0.5%、日本では 60 から 70 万人で、それに比べれば圧倒的に線維筋痛症が多いということになります。医療機関を受診される患者さんの約 2%が線維筋痛症であるという統計も欧米では出ております。また家庭医に受診される患者さんの 2.1%が線維筋痛症であるといわれ、主として内科の開業医に訪れる患者さんの 5.7%が線維筋痛症ということになります。こういった病気は関節や筋肉の痛みを訴えますのでリウマチ外来を受診されることがありますがその 3%から 20%が線維筋痛症ということになります。

私がかかわったリウマチ専門外来の 4.1%が線維筋痛症であったということから、日本でも欧米並みにあるかも知れないことが推測されます。



イスラエルはイラクとの戦争状態、非常事態にある国です。こういった国ではその首都にある病院の入院患者さんの 7.5%が線維筋痛症であり、内科病棟に限ると 15%と驚くほどの数字です。

性別は1対9で女性が圧倒的に多く、これは膠原病の中の全身性エリトマトーデス(SLE)とまったく一緒です。

年代は30代から50代の患者さんがほとんどですが、60代でも12%ぐらいの患者さんが占めるということですが。

欧米では人種差があるという報告があります。白人と非白人を比較すると非白人が明らかに少なく11%ぐらいですが、この統計の中には日本人は含まれていません。ハワイでは統計がなく、米国での統計ではほとんどがハイチ系の民族です。

もうひとつ特徴的なことは家族集積性があるということです。同じ家系内に線維筋痛症、または似たような症状を訴えている人が何人かいる場合があります特に女系家族の中に多いということです。

日本では2004年から同じような調査をしてきましたが、そのデータを示します。

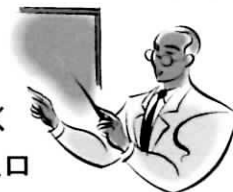
日本中の医療機関に手紙を出し過去1年間に線維筋痛症という診断で受診した患者さんが何人いるかという調査をすると、わずか2700人でほとんど数えるほどしかないということです。

もうひとつの調査は日本リウマチ財団という組織のリウマチ登録医(リウマチ性疾患のプライマリケアを担う資格を持った医者)約 3900 名全てにアンケート調査をしました。

過去 1 年間に線維筋痛症と診断し、受診した患者さんを何人お持ちですかという調査では、3900 人で 1 億 2 千万の人口の中でほんの一握りしか受診しておらず、残りの方々は医療機関に行っていない、診断が間違えている、医療から離れてしまっているなどの可能性があるということです。

2005 年に大都市部は名古屋市、地方部では山梨県の甲府(八ヶ岳のふもとの比較的人口の動きがない山間過疎地)で 4000 人ずつを抽出し住民調査をしました。

2 段階調査でまず対象の 8000 人の方々にアンケート調査の問診表を送りました。疑いのある方々には呼び出しに応じていただき私共が出向き診察をして線維筋痛症かどうかを確定しました。その調査から見ると名古屋市 2.2%、地方部 1.2%で日本の人口構成に補正すると、1 億 2 千万人あたり 1.7%の方々が線維筋痛症の患者さんであろうということが推定できました。欧米とまったく同じで 200 万人、関節リウマチの患者さんの 4 倍近くになります。日本人は民族差があると言われていましたが、欧米と同じように人口当たり 2%ぐらいの有病率であることが明らかになりました。



欧米では 1 対 9 ぐらいで女性が圧倒的に優位なのですが、日本の場合には 1 対 5 で男性の比率が少し増えています。この原因はいろいろ検討しましたがよくわかりません。これは日本人独特の特徴かも知れません。

いずれにしても患者さんの数としては欧米と同じぐらいで非常に頻度の高い病気なのに認知度が大変低いので 1 年間に 3900 人ぐらいしか受診しておらず、大部分の方々はそういった医療から離れてしまっているということが言えます。

調査時の平均年齢が 52.5 歳、中年以降の方々が大きいということです。小児科の年齢が 4.8%で高齢者の方々もいますが、中心は 50 歳代で推定発病年齢は平均で 44 歳です。調査時までどの程度この病気で病んでいたかという平均 7.4 年、早い方では 1 ヶ月、発病して間もない時期に行った病院の対応が良くて線維筋痛症という診断がされたこととなります。ドクターショッピングをして 56 年という方もいます。

日本ではこういったたくさんの患者さんがいるのに、医療機関で的確に診断される方は、受診している方々のほんの一握りに過ぎないということです。

大部分の方々は発症から 1 年以内に診断されます。ところが中には 20 年以上かかって初めて線維筋痛症の診断を受ける方もいて、平均すると約 4.3 年です。

長くなるとドクターショッピングをします。納得がいかない病名を聞く、あるいは診断がわからないということで失望して次の医療機関を受診する。平均 4 ヶ所、最高は 17 診療科、同じ総合病院の中ですと内科・神経内科・精神科・あるいは脳神経外科などを転々としています。この間、検査、投薬などに大変医療費を使われていらっしゃる。これは決して患者さんの責任ではなく、医療側の疾患に対する認識がないためです。

☞線維筋痛症の認知度と発症の原因

この病気は原因が良くわかっていませんが、発病するのに引き金があることが知られています。欧米の報告は十分にあり、日本でもやはり同じだったということです。

日本では同一家庭内に線維筋痛症を複数の方が発症しているのはわずかに 243 例中 10 例ということであまり家族集積性はありません。

既往歴として何らかの手術をしている方が約 4 割います。内科・婦人科・整形外科・脳神経科といったさまざまな手術が引き金になってこれを契機に発病することがあります。またもう一方の契機は例えば交通外傷で激しいムチ打ちになったとか、脊髄損傷であるというような外傷歴が約 17%の方にあり、その半分は背骨を傷めたことが引き金になって線維筋痛症を発症するというので欧米の統計とまったく一緒です。

日本の医者がどれくらい病名(線維筋痛症)を知っているか 2006 年に調査しました。

日本リウマチ財団のリウマチ登録医(リウマチのプライマリケアを担うこと、何らかの関節症状、筋肉の痛み、こわばりが出た場合に適切な診断をしてくれること)を期待できる(医者)でも約 3 分の 1 しかこの疾患を認識できません。専門試験などは必ず線維筋痛症についての知識を問う問題は出てきますが、目の前に患者さんが受診されたときにその患者さんを線維筋痛症と診断できるかどうかということです。



一方プライマリケアの内科・外科・整形外科などを主として開業されている先生方は、患者がいちばん最初に訪れるところ。そういった先生方を 40000 人規模で東京、名古屋、三重県をランダムに抽出してアンケート調査をしました。

患者さんが受診されたときに、線維筋痛症を思い浮かべる先生が約 3 分の 1、病名だけ知っているが患者さんと結びつくことがぴったりこないという方が 3 分の 1、病名をまったく聞いたことがないという方も 3 割近くいます。

このように主として受診する窓口となる医者の線維筋痛症という疾患に対する認知度がこの程度しかありませんので、先ほどの調査結果のように 3000 名から 4000 名しか診断できていないのです。

また、一般の国民 2 千数百名を対象に同じ地域で調査しました。

関節リウマチは 60 万から 70 万人で知らない人はほとんどいません。ところが 200 万人もいる線維筋痛症という病名を知っている人はわずか 2.1%で、このことが線維筋痛症の診断が的確に行われないう状況を作っていることが明らかになりました。

聖マリアンナ医科大学の西岡久寿樹先生が中心となって日本における線維筋痛症の診療ネットワーク作りを急速に行っています。またいくつかの県でこのような患者さんの受け皿となる医療機関がありませんが、かなり解消されつつあります。

現在のところ発病の原因はわかりません。家族内の集積性がありますが、特定の遺伝要因との関係は明らかではありません。

線維筋痛症は精神症状を呈することがあります。特に気分障害、うつ、不安症状があるということを訴えますが、精神疾患との関係、あるいはアプローチについては良くわかっておりません。

めまい、しびれ、頭痛などさまざまな神経症状を呈しますが、それとの関係も良くわかっていません。しかし、言えることは線維筋痛症の患者さんが自覚する痛みは糖尿病性の神経痛の痛みとまったく同じですし、末期がんの激しいがん性疼痛と非常に似ています。あるいは帯状疱疹(水疱瘡のウィルスで起こる発疹)の後の激しい神経痛症状の疼痛とまったく一緒です。これらの痛みを神経因性疼痛といいます。

疼痛があつて何かの刺激が来るのではなく、疼痛の情報を伝達する神経線維に異常がありそのために痛みを脳に感じるということです。

どうしてそういったことが起こるのかということで、さまざまな研究を行いました。その結果、脊髄から痛みが来ると視床というところで情報が中継されて大脳皮質行くのですが、その中継点の血液の流れが悪くなっているというようなことがわかりました。

客観的な検査でも異常が出てくる病気だということがわかり、脳血流シンチグラムを見ることによって客観的な所見が得られるようになりました。

筋肉の痛みやこわばりがありますが、筋肉やその皮下組織には何も異常がなく、またホルモンの異常についてもそれが最初の原因ではなく結果であろうということです。また免疫異常についても検討されていますが、これも明らかではありません。中には何らかの感染症を発症してから線維筋痛症になる方もいます。特定の感染症を起こす原因菌とのつながりは明らかではありません。欧米では C 型肝炎ウィルスとの関係が一時期言われたことがあり、日本の患者さんでは今回 2 百数十例の個人調査をよく検討しましたが、C 型肝炎との関連は明らかではありませんでした。こういったさまざまな検討をおこなっていますが、やはりよくわからないのが現状で、根本的治療につながる方法がないということになります。



●線維筋痛症の中心症状と診断

患者さんの中心となる症状は全身の慢性の疼痛と、身体のおちこちを触られると激しい痛みが誘発されるということです。その痛みは朝に悪化し身体の中心部へ集中する傾向があり、日差変動・日内変動があります。ライフイベント、運動のしすぎ、ストレスが強いというようなことが疼痛の悪化の誘引になることも知られています。

この病気は線維筋痛症だけではなく、関節リウマチや甲状腺などさまざまな病気をベースに発症してることがあり、もとの病気が悪くなった場合に線維筋痛症も悪くなるということが知られています。

既存の病気がある場合にはこちらの治療をきちっとしないと線維筋痛症の症状もよくなるということ、多少は対策をすることができるのですが、線維筋痛症だけを発症した場合にはこれに対する治療が中心になりますので困難を極めます。

もうひとつの主要症状はこわばりです。痛みと共に身体が硬くなりこわばって動けないので、日常生活動作が非常に悪くなるということです。

その他の身体的症状としては、微熱・倦怠感・疲労感・手のこわばり・張れ・関節の痛み・レイノー現象・循環障害・寝汗・軽い整腸障害(下痢や便秘)・動悸・ドライアイ・ドライマウス・息が苦しい・ものが飲み込みにくい・膀胱炎のような症状・生理不順・月経緊張症・体重の増減・冷房で疲労する・夏の暑さに適応できない・顎関節症・花粉症・鼻茸・ぜんそく・アトピー・蕁麻疹・心臓の雑音・低血圧・起立性調節障害(立ち上がるとふらついて倒れてしまう、座っているとめまいがしてくる)などがあります。

神経症状としては頭が痛い、重い・手足の痺れ・ふるえ・めまい・耳鳴り・耳が聞こえにくい・まぶしい・目が見えにくい・筋肉に力が入らない・夜寝るときに足がむずむずして目を覚ましてしまうといったさまざまな症状があります。

精神症状としては不安感・抑うつ気分・睡眠障害(寝付けない、途中で目が覚める、早く目が覚めてその後眠れないなど)・睡眠時無呼吸症候群・集中力低下・注意力散漫・物忘れが激しい(認知症のような状態)・記憶障害(覚えたことをすぐに忘れる、古いメモリーが出てこない)・起きたときに非常に不快な気分になるなどです。

こういったさまざまな診療科にかかわる症状が大なり小なり中心症状に付随して発生してくるのがこの病気の状況です。欧米に比べて日本の患者さんは、より疲れやすく口や目の渇きが激しく、頭痛や頭が重いことを訴える頻度が高く、抑うつ気分や不安感を持つ比率が高いということです。1990 年に非常に簡単な診断がアメリカのリウマチ学会で提唱されました。身体の広範な場所、5ヶ所に慢性疼痛の既往あるということと、決められた18カ所を4キログラムの力(抑えて親指のつめが白くなるくらい)で押して、痛いと訴える、また激しく拒否反応を示す場所が 11 箇所以上あると陽性で、この二つを満たした場合にほぼ線維筋痛症だろうということで、国際的にいちばん用いられています。

患者さんはドクターショッピングをし、頭や脊髄の MRI を取られるなどさまざまな検査をされますが、通常こういった疾患の認識があればこの程度の検討をするだけで線維筋痛症の診断に至るというのが専門家の考え方です。特徴的な症状を把握し、患者さんの訴える全身の広範な痛みが慢性疼痛である、診察によって先ほどの点に圧痛点を確認される、またその他付随するさまざまな身体症状・神経症状・精神症状がある、それから精神心理学的な背景が患者さんのバックグラウンドにあるということです。これらを認識し、ごく一般的な検査(赤血球・白血球・肝機能・腎機能)や女性が多いということで甲状腺の検査、また筋肉や関節の痛みを訴えられますのでリウマチ性の関節炎との鑑別のために炎症反応の検査、リウマチ性の病気との区別のためにリウマチ反応、抗核抗体の検査をすれ

ばあまり医療費がかからず診断することができます。特徴的な臨床症状と背景があり、一般的な臨床検査に明らかな異常を認めないということで先ほどの診断基準を適用すれば線維筋痛症という診断にいたります。

線維筋痛症だけで発病してくる場合と、リウマチや甲状腺などその他さまざまな病気に付随して起こってくるという二種類のタイプがあり、1対3で約3倍線維筋痛症だけ発病してくる場合が多いと言われています。

付随して起こってくる病気は、約3分の1が関節に炎症を起こす病気(関節リウマチや膠原病その他の疾患)、3分の1が整形外科に受診される腰・肩・頸の痛みやこり、頸肩腕症候群などの普通の訴え、3分の1が中年以降に起こってくることや女性が多いということから、変形性関節症(膝に水が溜まる、痛くなる)などです。

線維筋痛症の患者さんは平均4ヶ所医療機関を4.4年かけて診断されますが、線維筋痛症という最終診断までにどのような診断がされたかを調べました。

関節の痛みやこわばりがあるということから、検査の異常はないけれど関節リウマチの始まりだろうという方が4分の1でした。中には関節リウマチの治療がおこなわれることがあります。筋肉がこわばり痛いということでは何らかの筋、あるいは背骨の病気があるのではないかと、または精神性の症状を訴えますので、うつ病その他さまざまな気分障害を含めた精神疾患といわれます。よく原因のわからない関節の疾患、シェーグレン症候群を中心としたような膠原病の可能性もある、年齢がいとると高齢者独特のリウマチの病気であるリウマチ性多発筋痛症、その他自律神経失調、慢性の腰痛症、変形性の関節症、ひどい場合には診断はわからない、病気ではないというのが22%ぐらい見られます。泌尿器科では慢性の膀胱炎、婦人科では更年期障害、神経内科では自律神経失調あるいは末梢神経障害、脳神経科では低脊髄圧症候群あるいは脳脊髄液減少症といったような診断が付けられることもあります。

④ 治療薬について

治療はなかなか困難ですが、薬物療法で有効性が明らかに示されているものとしては抗うつ薬です。これは抑うつ気分やうつ病症状があるためではなく、中枢性の神経因生疼痛を抑制するはたらきがあるので、線維筋痛症の患者さんにはよく使われます。実際の精神科の患者さんのように大量の抗うつ薬を服用されている方は少なく、軽い場合は就寝前に1錠の軽い抗うつ薬を服用することによって何割かは症状がよくなっています。また日本ではなかなか使えませんが、筋弛緩薬などが確実に有効だということが国際的には証拠としていくつかいわれています。

ある程度有効だといわれるものが、麻薬性の鎮痛薬と非常に類似していますが、トラマドールとアセトアミノフェンを併用する、あるいは単用でもこれを使うことによって痛みが軽減するといわれています。しかしこれは内服ではなく注射製剤です。新型の抗うつ薬と従来型の抗うつ薬の併用をするとさらに薬効性があるともいわれています。



てんかんあるいは脳外傷の後のてんかん、痙攣発作を起こす患者さんに使う抗痙攣薬のデパケンやリボトリールなどの薬物も有効であるといわれています。

多少有効性があるといわれているのが成長ホルモンやセロトニン、あるいは日本では帯状疱疹後の神経痛に使う薬、これはまだ海外でのきちっとしたデータはありませんが、日本では好んで線維筋痛症の患者さんに使われます。また多くの線維筋痛症の患者さんは使っていると思いますが、麻薬製剤、通常消炎鎮痛剤、睡眠薬(睡眠を整えるということで、症状の軽快は期待できますが、これ自体の疼痛に対する有効性は証明されていません)、サプリメント的に使われるメラトニン、カルチドニン、甲状腺ホルモン、神経ステロイドであるHDASなどが薬物治療として試行錯誤的におこなわれていますが、有効性の証拠はないというのが現状です。

☞非薬物療法について

非薬物療法は温熱療法や運動療法があり、その中でもエビデンスと有効性の証拠があるものとしては四つです。まず患者さんに対する適切な教育、患者さんの交流会などで、正しい知識を持って病気を認識することによって何割かは炎症症状がよくなります。二番目に自己訓練法、三番目は有酸素運動やエアロビクエクササイズなどの運動療法、最後は精神化領域でよくおこなわれる認知行動療法です。

ある程度有効性の根拠があるものとして強化訓練法・鍼灸療法・催眠術療法・バイオフィードバック・温泉療法などのデータがいくつか見られます。

多少有効かもしれないというデータがあるものとしては、カイロプラクティック・マッサージ・通電療法・超音波療法があります。

また日本で開発されたものとして明らかに有効だという証拠はない、集めて検討すると無効だというものに、トリガー治療・ヨガ・気功があります。

もうひとつ日本では精神疾患のときによく使う電気ショック療法(正式には電気痙攣療法)をすることによって、痛みに対するリセット効果があり有効性があるということを東大と順天堂大学の精神科の共同研究で昨年世界中に発信しました。これが線維筋痛症の痛みをとるのに有効だという報告が出てきました。さまざまなことが試されていますが、患者さんの期待できる程度までよくすることができないのが現状です。

☞段階的治療法について

そこで段階的な治療ということが海外ではいわれています。

第一段階では適切な診断を早急におこなうことが必要です。またいったん診断がなされた場合、家族や患者さんは十分に協力し疾患を受け入れていただくことです。この病気と共生するという態度に一貫することによって3割ぐらい良くなるといわれています。基礎疾患がある場合にはその合併病態に対する治療を行えば線維筋痛症も良くなるということです。

第二段階は強い有効性の証拠がある抗うつ剤を少量使います。また運動療法や認知行動療法といった明らかに有効性のあるものを行います。

第三段階としてさまざまな治療を試みます。このような段階的な治療によって何割か患者さんの状況がよくなると言われています。

☞線維筋痛症患者の QOL について

日本テレビの線維筋痛症のアナウンサーが、産休を終わり復職したところで不幸な事故がありました。多くの精神科や心療内科の先生の話を知ると、通常の線維筋痛症だけではなくうつ病も伴っていたのではないかということです。決して線維筋痛症自体がそういったことに結びつくのではないことを十分にご理解いただきたいと思います。むしろ厚生労働省の調査では一年間の経過を見た中で不幸な結果は一例も報告されておられません。線維筋痛症は基本的には命にかかわる疾患ではありません。しかし日常生活をするのに非常に不都合ですし、痛みという動物にとっていちばん原始的な警告反応に悩まされるということで、生活の質(QOL)が著しく悪いことには間違いありません。

欧米の統計では 2 年の経過で約 4 分の 1 の方が軽快し、悪化した方は 4 年で 10%、5 年で 20%、2 年以内に何らかの身体障害者になった方は 70%、保護的な社会保障を受けている方が 16%もあるということです。初期の場合は発症から 2・3 年以内に回復することが多いということです。通常は中年の女性に後発する疾患ということで長期に生活の質や能力が低下するということです。

日本人の患者さんの一年間の経過では、主として外来通院で、入院したことがある人は十数%で、完全に治った人は 1.5%、少し症状が軽快した人は半分、変わらないという人は 4 割、明らかに悪化した人は 2.6、死亡 0.5%(随伴した病気のため)です。

約 3 分の 1 の方は休職、休学となり、平均期 3.2 年(最大は 20 年、最短で 1 ヶ月)ということですから、休職であればリストラの対象になってしまっています。

線維筋痛症の患者さんの痛みは中等度のリウマチの患者さんの痛みと同じくらいです。生活の質は関節リウマチの患者さんよりも悪く、全身性のリウマチ性疾患の典型である全身性エリトマトーデスにほぼ匹敵するくらいです。

☞今後の課題について

今後の問題としては医療者の認識が低いために、無駄な検査や薬剤投与がおこなわれる、また診療科や診ることのできる医者が少ないということです。医者を育てる医科大学医学部で、線維筋痛症という教育が受けられない、教える側も知らないので教えられるのです。私の大学では病院実習で必ず線維筋痛症を教えておりますが、それは特殊で教えていない大学がほとんどです。医者の生涯教育が頻繁におこなわれるようになりましたが、生涯教育プログラムに線維筋痛症は含まれていません。また一般国民もこの病気に対する認識が少なく問題にしません。

保険診療上で線維筋痛症という病名では、全ての投薬、検査が保険適用からはずされてしまいます

のでうつ病・脳腫瘍・脳血管障害・頸部脊椎症・膠原病・関節リウマチの疑いという病名をつけないと検査ができないという状況があります。現在このようなことを厚労相に患者さんの会から訴えていただいています、これを急速に改善しないといけません。

またこの病気の方々にはなかなか身体障害者の認定がなされず、医療側と患者さんが努力をして初めて取得できるケースがあります。私は名古屋で医療をしていたときに名古屋市の認定審査会と相当やり取りをしてようやく何人かの患者さんに身体障害者の認定を受けていただいたことがあります。これは各都道府県にゆだねられており、まったく認めない審査会もあります。医療費の免除の制度など橋本さんが努力され行政に要求されています。こういったことを急速に解決していかないことには患者さんのQOLは良い状態に保てないのです。



医療相談会

回答者:松本先生

質問:今テレビなどでやっている脳脊髄液減少症と症状がよく似ていますが、病名を決めるときの違いや症状で違うところはどこですか?

回答:脳脊髄液減少症は日本では非常に有名なのですがようやく脳神経外科学会でこの病気の存在が認識されてこれから研究される分野です。

私たちの脳や脊髄は大事な組織なので衝撃から守るために閉鎖空間の中(脳脊髄液)で浮いています。その脳脊髄液が減少すると脳が沈下し、そのためにいろいろな症状(頭痛・首筋が張る・凝る・背中の痛み・めまい・耳鳴り・疲れやすい)があり線維筋痛症と大変似ています。明らかに違うのは脳脊髄液減少症脊椎関節炎では脳脊髄液が脳脊髄減少症脊髄腔から漏れる部位が検査できちっと確認できるということです。確認できれば自分の血液で孔を埋めてしまえば漏れ現象がなくなって良くなります。脳脊髄液減少症は脊椎の損傷によって非常に小さな穴が開きます。脊椎の外傷が線維筋痛症の発病の誘引になり、合併することがあります。

症状で最大の違いは、脳脊髄液減少症場合には後頭部から背中あたりの痛みがもたれていることが多く、線維筋痛症は全身の広範な痛みがあるということが大前提ですから、痛みの拡大度が根本的に違います。疑わしい場合は積極的に脳神経外科に依頼して検討していただきます。

質問:線維筋痛症の症状でうつ気分というのがありますが、イコールうつ病なのですか?

回答:軽いうつ病と線維筋痛症の抑うつ症状とは区別ができない場合があります。

しかし、典型的なうつ病と線維筋痛症のうつ症状とはまったく異なります。線維筋痛症の患者さんは抑うつ気分があるとか何らかの病気であるということを認識できます。うつ病の場合は基本的に病識が乏しいと言われていています。精神科の先生が診察されればかなりのところが明らかになると思います。

質問: 転ぶことがよくあるのですが、そういうことが症状の中にあるのでしょうか?

回答: 転倒というのは症状ではなく、出来事です。医学的に症状というと患者さんが知覚されることを言います。線維筋痛症の患者さんの場合、筋肉に力が入らなくなり急に筋肉の力が抜ける、意識障害が起こる、起立性調節障害(急激に立ち上がると血圧が低くなり脳循環が保てない)といった三つの症状から転倒という現象に結びつく人もいます。

質問: なぜ転倒したのかということ自分で覚えておいて受診のときに相談するというのも大事ですね。

回答: そうですね、転倒の状況は病気を考える上で大変重要です。どういう状況で倒れたかということがわかれば病気が限定され、早く適切な処置にいたり



質問: 高熱が出たときのような全身の痛みや寒気はこの病気に考えられますか?

回答: 普通は発熱する場合に悪寒・戦慄という症状です。しかし線維筋痛症の患者さんは実際に体温が上がらなくても震える、寒さを感じるという現象は起きます。ひとつの神経症状・身体症状として起こりうるということです。

質問: 重症化するというのがありましたが、それは具体的にどういうことなのでしょう。また発症したほとんどの人がそうなるのでしょうか?

回答: これは病系分類といい、経過による病系分類を提唱されているのは聖マリアンナ医科大学の西岡先生です。西岡の分類試案(国際的に認められているわけではないので提案です)では1度から5度まであり、5度というと終日寝たきりの状態、1度はほとんど日常生活に支障がなく時々痛みのために悩まされるということです。

発病して時間が経てばたつほど進んでくるというのではなく、ある患者さんは1度のままで軽快してしまうだろうし、ある患者さんは突然この状態で発病していくこともあります。程度や時期というよりは重症度という分類だと考えてください。

質問: 痛むときに(特に足)、広範囲にわたって霜降り肉のような状態になるのですが、そういう症状はあるのでしょうか?

回答: 末梢循環障害といい自律神経障害のひとつです。血管は交感神経が刺激されると収縮し、休んでいる状態だと開きます。それによって血流を調節しますが、調節がうまくいかないと足の(特に女性)は前面)がちょっとした冷房、精神的な緊張によって網目模様になります。これは手の甲などでもよくあります。それでこの病気が膠原病とよく間違えられます。症状が高度になるとレイノー現象といい動脈が一時的に収縮して血液が通わなくなり、白い状態になります。これはこの病気でよく見られる

症状で、必ずしも痛みのあるところに起こるわけではないということです。

質問:薬物療法でよく使われているノイロトロピンですが、どのような副作用があるのか、また、やめる時にはどのようにやめていくものなのですか?

回答:ノイロトロピンはこういった病気で使う薬剤の中ではきわめて副作用のないものです。少し胃に不快感があるとかつかえた感じがするといった程度です。

どういつくり方をするかという、白色ラットにワクシニアウィルスを皮膚に摂取すると炎症を起こしそこに浸出液が出てきます。それをとって精製したものがノイロトロピンです。薬事作用は痛みを感じたときに身体の防衛反応として痛みの刺激が下から上に上ってくるのを押さえつけようとする反応が起こりますが、その反応をより強く起こさせます。例えば修行僧が灰の上を歩けるのと同じで、緊張して精神統一すれば痛みがあがってくる刺激を極端に抑えることができます。抗うつ薬もその作用があり、線維筋痛症の痛みに使います。医学的にいうと疼痛下降抑制(痛みを抑える反応)を活発にする作用を持った薬剤として日本で開発されたノイロトロピンがあります。静脈注射や点滴、あるいはトリガー治療(痛いところに薬剤を浸潤させる)があります。抗うつ薬は急にやめることはできませんが、この薬剤は急にやめてもかまいません。



質問:二年近く飲んでた薬があるのですが、のどが痛くなって飲むのをやめました。飲むのをやめたら痛みが楽になったのですが、やはり薬の影響でしょうか?

回答:薬の影響だと思います。三環系のいちばん有効性が確認されている薬で口の乾燥、下や咽の動きが悪くなる副作用(錐体外路症状)が出る方がいます。そういった方は錐体外路症状を抑える薬剤を併用しながら飲むことがあります。

しかし多くの方は口が渇く、体重が増えてくるといったことを訴えます。錐体外路障害や口渇感は飲みはじめから一週間から10日がいちばん強く、それ以後は慣れてきて飲み続けられ、その時期に本来の抗うつ薬としての作用が出て効果が期待できます。その薬を飲んだほうが症状としてよくなるのであれば、錐体外路障害を抑えるような薬剤がありますので、併用すると続けることができるのではないかと思います。

質問:特に有効性というところに三環系抗うつ剤があって、やや有効というところにSSRI・SNRIと書いてありましたが、後者のほうが新しく副作用も少なくて使いやすいということを新聞やテレビでよく見ますが、効くのは三環系なのですか?

回答:残念ながらこれまでわれわれが医学書を蓄積したデータでは線維筋痛症でより有効なのは三環系抗うつ薬です。今後選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)あるいはセロトニン・アドレナリン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、これらに対するデータがたくさん出てきたときには順位が逆転する可能性があります。しかし2000年初頭の段階で欧米においては、SSRI・SNRIの抗うつ薬は十分出ていたけれど、三環系抗うつ薬のデータのほうが勝っていたということです。ただSSRI・SNRIと従来の抗うつ薬の少量ずつの併用が単独よりも効果があるのは明らかです。


三環系抗うつ薬単用ですと副作用で飲めなくなることもありますし、SSRI・SNRI単独では効果が十分

期待できないということもありますので、併用ということも視野に入れる必要があるのではないかと思います。

質問:非薬物療法として月一回、40分位のカウンセリングを受けていますが、それが苦痛でなりません。来院の日が来ると調子が悪くなるのですが、それでもカウンセリングは続けるべきなのでしょうか?

回答:臨床心理士と患者さんとの信頼関係といえますか組み合わせがうまくいっていないためなのでしょう。そのことを指示された先生によく説明して、そこで無理であれば他の医療機関での臨床心理士によるカウンセリングを受けられたらよいかもしれません。一般論的には認知行動療法、自己訓練療法、フィードバックがこの病気に有効なことはいくつかの証拠として言われています。

質問:ヨガと気功はあまり有効性がないとスライドにはあったのですが、海外で太極拳を進めているというのを見たことがあります、その辺はどうでしょうか?

回答:この病気に対してはこういった代替補完療法という東洋医学的療法、さまざまな民間療法、それらを医学の分野ではCAM(別の分野の医学)と言います。アメリカというのはドライな国ですから、どんな治療主義であっても効果があるならば応用していけばよいという考え方です。そういう国のデータとしてあげたのが今のところ無効という烙印を押されているものの中に、トリガー療法・気功・ヨガといったものがあります。これは100人の患者さんにヨガをしていただき残りの100人の患者さんには別のことをしていただきます。それでどちらがより症状が軽くなったかということと比較して統計的に明らかに差があったかどうかで、その手段が有効であったかどうかという判断をします。そういった科学的な根拠で評価をすると無効となります。確かにヨガや太極拳をやったよ

かった人はいます。しかし100人集めたとすれば有効な人がやらなかった人に比べて2倍多かったということは決して言えず、場合によっては悪くなる人も
いるかもしれないということです。自分でやってみてよかったら続けることにな
ら差し障りはありませんが、他人に勧めることは果たして正しいかといわれれば、客観的に見れば
無効というのがこれまでの成績でしたとしか言えません。

質問:薬をいろいろと飲んでみたのですが、どれも副作用が強くて苦しんだので、薬を使わないで治療をしたいのですが。どのような治療を続けていけば有効でしょうか?頸の牽引とかレーザー光線治療などはどうなのでしょう?

回答:基本的には線維筋痛症の症状は頸椎の問題で説明できるものではありません。しかし年齢的にも頸椎の症状が混じりこんでいる可能性もあります。その症状は専門の方による頸椎の牽引でよくなるかも知れません。普通の筋肉痛や捻挫にはレーザーとか高周波が有効ですが、線維筋痛症の症状の内容が違うということを覚えておいてください。薬物療法が副作用でやりきれないということであれば、非薬物療法の中で明らかに有効な、認知行動療法・段階的心臓血管疾患のときの有酸素運動・患者さん教育による疾患の受容などをおりませずれば何割かは症状がよくなるのが期待できるのではないのでしょうか。しかし実行することが困難で特にわが国では治療としての運動療法

をきちっと指導できるメディカルインストラクターは残念ながらごく一部のところにしかいません。線維筋痛症の患者さんには対応できないのが現状ではないかと思います。

質問:自然治癒力で治る人もいと聞きましたが、それは本当ですか?

回答:われわれが現在患者さんにできる治療は根本療法ではありません。患者さんの自然治癒力を期待し、それを邪魔しないように症状を軽快しよりよい生活のレベルに持っていくよう協力しているにすぎません。したがって治すのは患者さんご自身だといっても過言ではありません。一定の期間の中で治る方もある一定の比率であります。しかし多くの方々は痛みやさまざまな症状で苦しんで、生活の機能や質が損なわれるので何とか薬剤で補助する、あるいは非薬物療法で回復することを手助けさせていただいているのが現状です。

質問:生活自体で何か工夫されていることはありますか?また自分では当てはまると思うけれど、どこの病院に行っても診断されたことはないのですが、どこに行けばよいですか?

友の会(橋本会長):どこの病院に行ったらよいかということですが、会報には病院のリスト一覧表をつけて発送しましたのでそちらを見てください。インターネットが見られる人はホームページの「ここをクリックする」というところから、マリアナの難病研究センターのリンクで見ることができます。それでも分からないときは友の会事務局に電話していただければ、いくつか選んでお教えします。それでもできない場合は主にリウマチ科に行っていただくことになるのですが、リウマチ科医としても3割ぐらいしか知らないなので、確立としては3分の1です。

生活の工夫ですが、私はリハビリをやっています。残念ながら病気がよくなるということはないのですが、痛くても動いて筋力をつけます。じっとしていても痛いので動かなければ損なのです。筋力がつけば自分でできることが必ずできるようになります。あきらめて家で寝たきりになる人生と、痛いけれど外に出て行く人生とどちらが良いですか。私は痛くても足を引きずりながらも外に出て行きます。前向きになれたときはそういうふうに思っていただけかなと思います。

回答:今のことと関連して先ほどの治療がほんとに有効かどうかという科学的に検討するデータとして、痛いからあるいは疲労感や倦怠感が強いからと安静にしがちです。この病気では長期の安静は明らかに有害だということが示されています。前向きにやれる範囲内のことを積極的にやっていく態度が大変重要です。

質問:身体障害者手帳をもらうには最初の一步はどうすればよいのですか?

回答:医師の診断書が必要です。管轄の役所の福祉住民課にいて、肢体障害の用紙を受け取り担当の先生に書いてもらいます。ただ先生によってはこの病気はこの制度の適用とならないという先生もいます。その場合には残念ですが診断書は書いてもらえずそこがネックです。私たちは積極的に書くようにしています。判断するのはその地域の認定審査会で、そこから何回も質問が来てやり取りをしながら最終的に判断されて認定を受けます。初めての患者さんは2年かかりました。財政が厳しいところほど認定審査は厳しいというのが一般論です。

友の会(橋本会長):確かにそういう相談はたくさんいただきますが診断書を書いてもらえなければ一歩も進めないの、個別に相談はしています。もし診断書を書いてもらえたとすれば後は市町村とのやり取りになります。痛みは目に見えないので、行政の人に理解してもらうのはとても難しく、どのケースもとても苦労しています。後は尽力してくださる先生とのめぐり合いがとても大きな意味を持っていると思います。

質問:決めるのは市町村なのですか?

回答:市町村の中に設けられている身体障害者認定審査会というところです。これは国の制度で、行政の実行は市町村にゆだねられています。ここに大きな問題があります。医療の世界でも保険請求は都道府県単位で審査がまったく違います。市町村は分からない場合厚生労働省に質問します。過去によその自治体で身体障害者の認定をした事実があれば、厚労省から市町村に答えるので、最近はバリアが高くなってきました。これは患者さんが自発的にやることであって医者が勧める制度ではありません。あまり勧めるとその医者は審査会からクレームが来るということもご理解いただきたいと思います。

質問:救急のときにはどうしたらよいのですか?

友の会(橋本会長):そういうときのために友の会ではSSカードというものを作りました。線維筋痛症というのは虫歯の治療ひとつにしても注射をするにしても注意してもらわないとその痛みが広がったり後を引いたりすることがあるので、医療関係者の人あてに注意が書いてあります。病院の名前やいつも飲んでる薬などの注意書きが書いてありますので、救急車を呼んだときなどこれを出せばすむようになっています。これは申請していただければお送りします。救急のときに何か処置をしてもらえるかどうかというのがとても深刻です。というのは連れてこられても何もしてあげられない、手の施しようがないというケースも多いのです。特別な注射をすれば治るかというそうでもないのも、もし自分が急に痛くなったときどうしてもらいたい、してもらいたいことを常日頃からまとめておくということも大事です。かかりつけの先生にもしものときはどうしてもらおうことができますかということを確認してそれをここに書いておきます。正直言って線維筋痛症の患者さんが救急で運ばれてきてもはじめて診た先生は何もできません。そういうふうに思っていてもらったほうがよいです。

回答:この病気を理解できない救急当番が大部分ですね。患者さんは大変つらい苦しい状態で運ばれてくるのですが、生命に直接の影響をきたすような病気ではないということが診る側としても救いで、そこを理解しているかどうかということです。救急医療の中でこういう種類の患者さんも来院する可能性があるということを医療者に教育していかなければいけないと思います。実際に患者さんに聞くと門前払いが非常に多く、それが日本の医療の実情です。



～むずむず脚症候群についての記事をご紹介します。～

2008 年 8 月 27 日

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

「むずむず脚症候群(RLS)」を適応症としたプラミペキソールの
臨床試験で新たなる重要な知見が明らかに
- 下肢の痛み、気分障害といった RLS 随伴症状にも有効性を示す -

2008 年 8 月 26 日 ドイツ/インゲルハイム

このほど 8 月 23 日から 26 日にかけてスペイン/マドリッドで開催された第 12 回欧州神経科学会議(EFNS)で、「むずむず脚症候群(RLS)」を適応症としたプラミペキソールについて複数の臨床試験結果が発表されました。試験はベーリンガーインゲルハイムが実施したもので、RLS を適応症としたプラミペキソールの有用性について、新たな重要な知見をもたらしました。



2つの大規模な市販後臨床試験の結果は、プラミペキソールが中等度から重症まで幅広い重症度のむずむず脚症候群(RLS)患者でその症状を有意に改善すること、また下肢の痛みといった随伴症状や、気分障害を含む健康関連 QOL の改善にも有効であることを明らかにしました^{1,2}。プラミペキソールが、RLS の重要な随伴症状である下肢の痛みや気分障害³⁻⁵に対して有効であることは、今回発表となった2つの臨床試験の結果により初めて示されたものです。

プラミペキソールは非麦角系ドパミン D2 受容体作動薬で、欧米では既にパーキンソン病のほか、中等度から重症のむずむず脚症候群(RLS)を適応に承認されています。日本でも現在、RLS の適応追加について承認申請中です。

フライブルグ大学メディカルセンター疼痛研究センター(ドイツ)のマフドルナ・ホーニャック教授は、「むずむず脚症候群の症状は幅広く、様々な面で日常生活に悪影響を及ぼすことが、これまでの研究からも認められています。今回結果が示された臨床試験から、むずむず脚症候群についてはその主症状だけでなく、下肢の痛みや気分障害などの随伴症状を含めて改善する、簡便で有効な治療の必要性がうかがえます。試験では、プラミペキソールが患者の症状のみならず QOL 全般を有意に改善させる、有用性の高い治療選択肢であることが改めて確認されました」とコメントしています。

むずむず脚症候群(RLS)の影響は、下肢を中心に現れる不快な感覚のみならず、それによる脚を動かしたいという耐えがたい欲求や睡眠障害を引き起こし、加えて下肢の痛みや気分障害などが患者の日常的な活動を制限します。こうした多岐に及ぶ症状を改善する有効な治療法が求められているなか、今回示されたデータにより、中等度から重症の RLS 患者に対してプラミペキソールが簡便で有効な治療法であるというエビデンスが新たに追加されました。

試験の詳細

むずむず脚症候群(RLS)に随伴する痛みに対するプラミペキソールの有効性を評価するため、市販後に12週間にわたる二重盲検無作為化試験が2つ実施されました。両試験とも、RLS 全般と RLS に伴う下肢の痛みについて、プラミペキソール投与群ではプラセボ群に比べて有意な改善が示されたことが明らかになりました。(患者の治療前後の痛みは VAS スケールを用いて数値化されました¹。)

- 最終観察時点での RLS 重症度スケール (IRLS) のスコアは、プラミペキソール投与群の患者でプラセボ投与群の患者に比べ大きく低下 (すなわち改善) しており、実薬群での症状の軽減が示されました (各試験のスコアの補正平均値の変動はそれぞれ -14.2 対 -8.1; $p < 0.0001$ 、-13.4 対 -9.6; $p = 0.0001$)。
- 下肢の痛みも、プラミペキソール投与群の患者ではプラセボ投与群の患者に比べ大きく軽減されました (各試験のスコアの中央値の変動はそれぞれ 31.0 対 -11.0; $p < 0.0001$ 、-33.5 対 -11.0; $p < 0.0001$)。

試験は更に、気分障害のある、むずむず脚症候群 (RLS) 患者で、RLS に関連する生活の質 (QOL) へのプラミペキソールの影響を評価しました²。4 週間、12 週間が経過した時点で、プラミペキソール投与群 (203 名) の患者はプラセボ投与群 (199 名) の患者に比べ、QOL と随伴する気分障害に有意な改善が認められました。

- 日常活動のレベル、身体機能、活力についても、RLS 症状の軽減と相関して改善していました。プラミペキソール群とプラセボ群のスコア中央値の変動はそれぞれ、+17.5 対 +10.0 (4 週間後、 $p < 0.0001$)、+20.0 対 +10.0 (12 週間後、 $p < 0.0001$) となりました²。
- RLS の主症状に対する治療効果は、IRLS スコアという評価尺度の補正後平均変化率によって検討されましたが、プラミペキソール群とプラセボ群ではそれぞれ -14.0 対 -8.2 (4 週間後、 $p < 0.0001$)、-14.2 対 -8.1 (12 週間後、 $p < 0.0001$) となり、プラミペキソール群で大幅な改善がみられました。
- RLS 関連 QOL と IRLS スコアの変化には、有意な相関が認められました (12 週間後、 $p < 0.0001$)²。

むずむず脚症候群 (RLS) について

むずむず脚症候群は、医学的にはレストレスレッグス症候群 (RLS) といわれる神経疾患です。患者には下肢を中心に不快な絶えがたい感覚が現れます。こうした症状が安静時、夕方あるいは夜間にかけて増悪することからも、むずむず脚症候群に苛まれる患者では、入眠障害や熟睡障害、中途覚醒のような睡眠障害が occurs。睡眠障害は日中の過度な眠気や仕事の非効率化を引き起こすなど日常生活に大きな影響を及ぼします。また、長時間椅子に座っているなど脚の静止を求められる社会生活が阻害されることもあいまって、患者の生活の質 (Quality of Life: QOL) は著しく低下します。

プラミペキソールについて

プラミペキソールはベーリンガーインゲルハイムが創薬した薬剤で、現在、単剤もしくはレボドパとの併用でパーキンソン病の治療に用いられています (製品名: ピ・シフロール[®])。更に 2006 年には欧州で、むずむず脚症候群 (RLS) の適応を取得しました。RLS の適応追加については本邦では承認申請中です。

ベーリンガーインゲルハイムについて

ドイツのインゲルハイムを本拠とし、全世界に 135 の関連会社を持つベーリンガーインゲルハイムグループは、世界で 39,800 名の従業員を有するトップ 20 の製薬企業のひとつです。1885 年の設立以来、株式公開をしない企業形態の特色を生かしながら、人々の健康および保健医療の向上に寄与すべく、ヒト用医薬品およびアニマルヘルス (動物薬) を中心にビジネスを展開しています。革新的な医薬品を世に送り出すべく、2007 年度は売上 110 億ユーロ (約 1 兆 7,700 億円) のうち、約 5 分の 1 を研究・開発に投資しました。

日本ベーリンガーインゲルハイムは同グループの一員として、日本で 40 年以上にわたる企業活動を展開してきました。グローバルな研究・開発の一翼を担う川西医薬研究所や、国内向けの生産拠点として山形工場を擁し、呼吸器、循環器、中枢神経、消化器などの疾患領域で有用な医薬品を提供しています。

ベーリンガーインゲルハイムについての詳細情報は：
www.boehringer-ingelheim.com (ベーリンガーインゲルハイムグループ)
www.boehringer-ingelheim.co.jp (日本ベーリンガーインゲルハイム)
からご覧いただけます。

References

1. Hornyak M et al. Amelioration of Nocturnal Limb Pain by Double-Blind Pramipexole for Restless Legs Syndrome. Presented 24 August 2008, 12th Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies (EFNS), Madrid, Spain.; Poster # P1300.
2. Montagna P et al. Effect of Pramipexole on Quality of Life (QOL) in Patients With Restless Legs Syndrome (RLS) and Mood Disturbance. Presented 24 August 2008, 12th Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies (EFNS), Madrid, Spain.; Poster # P1689.
3. Kushida C et al. Burden of Restless Legs Syndrome on health-related quality of life. Qual Life Res 2006; 16(4):617-624.
4. Hening WC et al. Impact, diagnosis and treatment of Restless Legs Syndrome in a primary care population: REST (RLS epidemiology, symptoms and treatment) primary care study. Sleep Med 2004; 5(3):237-246.
5. Allen RP et al. Restless Legs Syndrome prevalence and impact: REST general population study. Arch Intern Med 2005; 165(11):1286-1292.
6. Phillips B et al. Epidemiology of Restless Legs symptoms in adults. Arch Intern Med 2000; 160(14): 137-2141.

許可を得て転載しています



医薬品等を海外から購入しようとする方へ



厚生労働省医薬食品局
監視指導・麻薬対策課

- ◆ 医薬品、医薬部外品、化粧品又は医療機器(以下「医薬品等」という。)
を、海外からインターネット等を利用して取り寄せ、又は外国の旅行先で購入して持ち帰る等(いわゆる個人輸入)して、使用される方がおられます。
しかし、そうした医薬品等は、日本国内で薬事法を遵守して販売等されている医薬品等に比べて、次のような保健衛生上の危険性(リスク)があります。
 - * 個人輸入される医薬品等の品質、有効性及び安全性(以下「品質等」という。)については、我が国の薬事法に基づく確認がなされていません。
国によっては、医薬品等の品質等について、我が国と同じレベルでの確認が行われていないことがあります。
 - * 品質等の確認が行われていない医薬品等は、期待する効果が得られなかったり、人体に有害な物質が含まれている場合があります。

いわゆる健康食品、ダイエット食品等として販売されている製品についても、医薬品成分が含まれていて、健康被害を引き起こすことがあります。

医薬品・医療用具等安全性情報 No.200(平成16年4月)

「呼称が類似していることから、誤って輸入された場合に副作用が問題となる生薬及び製剤について」

健康被害情報・無承認無許可医薬品情報

- * 海外の規制当局により品質等が確認された製品を取り寄せたつもりでも、それと偽った物品(偽造医薬品等)や劣化品が送られてくる場合があります。
 - * 個人輸入される医薬品等は、効能・効果、用法・用量、使用上の注意等が外国語で記載されているため、一般に、記載内容を正確に理解することが困難です。
記載内容を正確に理解できたとしても、規制当局により認められていない効能・効果、用法・用量等が記載されている場合があります。また、その製品の使用によって起こり得る望ましくない作用(副作用)や成分・分量などが、きちんと記載されていないこともあります。
 - * 海外の規制当局により品質等が確認された医薬品等を、用法・用量等の記載内容を守って使用した場合でも、副作用等を生じることがあります。
個人輸入された医薬品等については、医師、薬剤師等の専門家でも、その成分や作用等に関する十分な情報を有しておらず、副作用等に迅速に対応することが困難な場合があります。
 - * 医薬品については、その安全な使用を図るため、医師による診察、処方及び経過観察が必要とされているものがあります。
そのような医薬品を、医療機関を受診せずに安易に個人輸入して使用した場合、安全性が著しく損なわれます。
 - * 日本国内で薬事法を遵守して販売等されている医薬品については、それを適正に使用したにもかかわらず重大な健康被害が生じた場合に、その救済を図る公的制度(医薬品副作用被害救済制度)があります。しかし、個人輸入された医薬品による健康被害については救済対象となりません。
- ◆ 以上より、医薬品等の個人輸入については、通常、メリットよりも危険性(リスク)のほうが大きい場合が多いと考えられます。
そうした外国製品によって不利益を被るのは、それを購入・使用するあなた自身や、あなたの家族であることに留意して下さい。
 - ◆ 特に、医薬品の個人輸入を考えている方には、自分ひとりで判断せずに、家族の方などと話し合い、また、お住まいの地域の医師、薬剤師等の専門家に相談されることをお勧めします。
なお、個人輸入した医薬品等を、他者に販売、授与等した場合、薬事法の規定に違反するおそれがあります。医薬品等を営業のために輸入する場合には、薬事法に基づく承認・許可等が必要となります。

平成20年3月更新(平成19年8月初出)



「天気痛」について調べてみました

☞雨が降ると調子が悪いのは？

腰やひざなど「ふしぶし」の痛みのある方が「今日は特にひどいからきっと雨」とか、「雨の日に出る」とおっしゃることがあります。「気象庁より当たるぞ」なんて胸を張る方までいます。特に関節リウマチのある方では、『雨の降る前』、『雨が降っている時』、『曇り』、『いつもより寒い時』が痛みが出やすいワースト 4 とか。天気で悪くなるのはこれらの関節痛のたぐいだけかと思いきや、偏頭痛が出やすいという方もいますし、「古傷が痛むと雨」ということわざも。痛みや症状までいなくても、天気が悪くなると機嫌が悪い人はよくいますね。

このように、天候によって出たりひどくなる痛みを「天気痛」、天候や時間～日単位での気温や気圧・湿度などの気象条件の変化が、痛みに限らず症状の変化の引き金になる疾患を「気象病」と言います。これらはれっきとした学術用語で、研究が進められています。

☞お天気屋さんは、性格が悪いわけじゃない

自律神経が、天気痛をはじめ、気象病にも関与すると予想されていました。交感神経と副交感神経からなる自律神経のうち、痛みと関連が強いのは「体のテンションを上げる」交感神経の方です。比較的最近、足に痛みを感じやすい弱点つきのラットを使った研究で、天候が変わる程度の範囲の変化では、「気圧は低い」、「温度は下がる」、そして「湿度は高い」と、交感神経の作用で痛みを感じやすくなることが証明されました。しかし寒いけれど湿度も低い冬は、リウマチの症状はむしろ軽くなる方も多いことから、特に痛みに関しては、温度に較べて「気圧と湿度」の影響力が大きいようです。寒いと交感神経が優勢になることはよく知られています。でも、気圧が下がると副交感神経が優勢になるとされていました。一見、矛盾するのでは？と考えられます。しかし、気圧が低下すると、ヒスタミンという物質が増えることがわかりました。ヒスタミンは、外部からの刺激に反応して増え、アトピーや喘息などのアレルギーや炎症を起こすことで知られていますが、他に血管を拡張させる作用や血管から水分などが周囲の組織にしみ出させる作用により、血圧を急低下させたりします。その一方で、神経伝達物質としては交感神経を刺激します。

気圧の低下に合わせてバランスがとれるまでは、身体の各部が大気を押し返す圧力が気圧より優勢になるため、血中に物質が溶け込みにくくなったり、一つ一つの細胞が膨張ぎみになります。このときに、血中の肥満細胞からヒスタミンが出されます(梅雨どきにアトピーが悪化する方は、カビの他にここにも原因が)。

☞直接原因は自律神経のパニックと血行の悪化とむくみ

そもそも、交感神経の作用で痛みが増すのは、筋肉や関節周辺では血管を収縮させ、血行が悪くなり、疲労物質がたまることが主因です。一方脳の血流は逆に増やすため、血管の拍動が主原因の偏頭痛も起きやすくなります。

さらに、痛いという感覚自体が交感神経を刺激して、悪循環になります。

気圧の低下で基本的に副交感神経が優勢になりローテンションでけだるいところに、ヒスタミンの作用で交感神経への逆の指令も来るため、自律神経失調状態(要するにパニック)となる上に、ヒスタミンと交感神経のダブルの作用で血行が悪くなり、痛みに対処できなくなるようです。

また、気圧が下がると組織の膨張で、神経と周囲の器官が触れやすくなって痛みが増すという説もあります。

さらに、雨が降ると湿度が上がります。湿度が高いと汗が引きにくいので、体がむくみやすくなります。むくみも血行が低下し疲労物質がたまる原因になります。また体液のカルシウムイオンが薄まることで、筋肉や神経が過敏になって痛みが出やすくなります。さらに汗が引きにくいことで、不快感もさることながら、体温調節をしにくくなり、自律神経のバランスの乱れに拍車をかけます。

雨降りの前後の気圧のアップダウンと湿度の上昇による自律神経失調状態+むくみ+血行の悪化が、関節痛、神経痛、古傷の痛みを引き起すようです。そう、冷房による夏ばてや冷え症と似た状態です。

※お天気屋さんのための痛み対策

夏バテや冷え症と原因が似ていることもあり、対策もかなり共通します。

お風呂は強い味方です。汗をかく上にすっきり流して余分な水分を出し、さらに血行もよくなりますのでむくみに大変効果的です。温泉だとなおいいですね。マッサージをしたり、足を上げ下げしたり、曲げ伸ばしなどの運動をするのもいいでしょう。そして、湿気と冷えは悪化の要因ですので、お風呂あがりはしっかり拭いて、血行を妨げないゆったりした服装を。冬は保温性第一ですが、夏の場合は、体に熱がこもるのもよくありません。続いて出てくる汗が引きやすいよう、通気性と吸湿性がよいものを(ねまき用の浴衣は湿度の高い日本ならではの知恵です)。

気温の変動しすぎに気をつけて、夏のエアコンは除湿(ドライ)を活用し、冬は重ね着で調節します。

むくみの原因となる水分や塩分のとりすぎに注意して、冬なら冷え症に効く食べ物を。そしてあとなぜか「もち米」はむくみを起こしやすいので、お餅やおかきの食べすぎにも気をつけましょう。夏は自律神経が正常に体温調節をするためには水分を出し入れすることが重要なので、上手にとって、ちゃんと出すことです。生の野菜や果物は、適度に水分を補給でき、自律神経を整えるビタミンCと、利尿作用のあるカリウムに富み、体の熱を放散させる効果があります。特に夏が旬のきゅうりやすいかなどのうり系統と、トマトや茄子などのなす系統がおすすめです。

それから、自律神経や痛覚の神経をなだめ、骨や関節を強くするカルシウムをとるよう心がけましょう。牛乳だとお腹の調子が悪くなる・水分の摂りすぎが心配、という方は、チーズやヨーグルト、小魚など、手を変え品を変えるようにするとよいでしょう。

そして、自律神経のバランスをとるにはできるだけストレスをさけて睡眠を十分に。

筋力が弱いとむくみやすいので、きつくないときには歩いたり、ストレッチなどの軽い運動で血行と筋力を高めておきましょう。



線維筋痛症の除去食治療について

千葉県勤労者医療協会 市川市民診療所 河野 泉先生

はじめに

食物アレルギーを知ってから受診するすべての患者のどんな症状でも(咽喉の痛み、咳、鼻水、発熱、下痢、腹痛などすべて)、症状が出現する前に摂取したものをすべて記録し、症状との関連を観察し、除去食治療を続けてきました。今年で37年目になりますが、原因不明の疼痛患者にも有効でした。一昨年医学雑誌で線維筋痛症(FMS)を知り、診断基準に照らして点検した結果、治療中の患者の中に FMS 患者が何人かいることが分り、その症例をまとめて第 36 回慢性疼痛学会に報告しました(慢性疼痛 26:175~181,2007)。その後線維筋痛症など疼痛患者が増え、除去食治療が間違いなく FMS に有効なことを確認してきました。FMS 患者は疼痛以外にも多愁訴なことが指摘されています。休養で改善しない全身倦怠ないしは疲労感、頭痛、易疲労、過敏性腸症候群、胸焼け、もたれなど消化器症状、僅かではあっても湿疹や掻痒など皮膚症状が見られ、疼痛その他の症状が深夜から朝に悪化する傾向があります。余り知られていないことですが、これらは実は五十年以上も前から知られている『食物アレルギー』患者の特徴ですから、除去食治療の有効なことは決して意外なことではなかったのです。

除去食治療について述べる前に、私に食物アレルギーという医学を教えてくれたアルバート・H・ローの論文("Allergic Fatigue and Toxemia", Ann Allergy 17:9~18,1959)に報告されている 7 症例の中から FMS に相当すると思われる 2 例の概略を引用しておきます。

アルバート・H・ローの症例から

症例1)34才の男性。全身に疼痛があり、特に首の後、肩、股関節で持続。その他に15年以上前から常に疲労感、10~14時間の睡眠後の錯乱、麻薬中毒のような症状、イライラ、白日夢、思考および集中困難、前頭部の鈍痛が持続。光に向かって運転していると頭痛とイライラが増強。寒い季節に悪寒とともに症状が悪化する。後鼻漏、鼻づまり、心窩部の焼ける感じと張りがほとんど常時ある。既往歴に卵で頭痛、家族歴で母親に 40 年来中毒症状と消化不良。一般検査、レントゲン検査は所見なく、アレルギーの皮膚テストは陰性。ロー考案の果物を含まない除去治療食(牛乳、鶏卵、魚、果物、ナッツ、チョコレート、コーヒー、スパイス、香辛料、牛肉、を除去)と小麦の代わりに米として6日目に改善、1ヵ月後にさらに改善。大豆製品で腹部膨満があり除去。2ヵ月後には安楽となった。5年後牛乳、小麦、果物、調味料、香辛料の除去を継続していて、症状なし。

症例2)42才の女性。20年前から両肩の間、手、手首、肘、腰に疼痛がある。症状が悪化して6年前に仕事(ウエイトレス)が出来なくなり、長時間のベッド休息後も殆ど症状は変わらない。間歇的な発熱が続く原因に虫歯を疑われ 5 年前に全抜歯されたが無効。疼痛の他に常に疲労感がある。関節は動かすと痛む。物心ついて以来頭痛があり、最近では年に3~4 回頭痛のときに嘔吐している。蕁麻疹も持続。家族歴で母親に頭痛、母方の祖母は喘息、モルヒネで嘔吐、バルビタールで蕁麻疹がある。主な食物と花粉の皮膚テストは陰性。果物と穀物を含まない除去治療食にして 10 日後に疼痛は消失、3ヵ月後問題なく家事、庭仕事が出来るようになった。最近の 8 年間、果物、魚、香辛料の除去で症状は無い。少量の小麦、牛乳、鶏卵も間をあければ摂取できる。

(症例 7 に同様の症状で花粉類の減感作療法で改善した例がある)。

ローの時代にはまだ FMS は認知されていませんでしたが、FMS 様の患者はやはり通常の治療では改善せず原因不明とされ、除去食治療が有効であったことが分ります。

除去食治療とは

病気や症状の原因になっている食物を探しだし、それらを除去した食生活として病気を治療し、予防する方法です。食物が多くの病気や症状の原因になっていることに確信を持ってはじめて採用できる治療法であり、最も重要なことは、原因食物を正確に速やかに診断することになります。

現在日常診療の中で一般的にはアレルゲンの診断には皮膚テスト、IgE RAST が広く行われています。これらは即時型アレルギー (IgE 依存型アレルギー) の検査法であって、IgE 非依存型 (これをアレルギーから除外する考え方があります) が多い食物アレルギーの診断法としては全く不十分です。通常の診断方法では、その結果を参考にしながらも、手間をかけて食事歴、食物日誌から疑わしい食物を選び、除去試験 (除去で改善の確認する)、負荷試験 (再負荷で再発を確認する) を行なわなければなりません。一つの原因食物を診断するのに一ヶ月以上かかることも稀ではなく、一人の患者につき少なくとも数種類は原因食物を探し出すことになるので、多数の患者の診断・治療には困難が付きまといます。しかもこの方法では見落としも避けられず、このようなオーソドックスな方法では、厳密な除去食を要する FMS の治療は出来なかったかも知れません。



現在実行している除去食治療の方法

私は 37 年前に食物アレルギーが様々な症状の原因になることを知り、原因不明であった自分の持つ多彩な症状 (頭痛、倦怠感、ひどい肩凝り、筋痛、関節痛、抑鬱など) が除去食治療で改善することも経験しました。そこで病気の原因については何よりも先ず食物をチェックしなければならないと考えてきました。その後偶然 O-リングテスト (ORT) (『バイ・デジタル O-リングテストの実習』、大村恵昭、医道の日本社、S61) を知りました。ORT を用いると、患者にとって全身的に有害なもの、有益なもの、あるいは病気、症状の原因、あるいはその治療に有効なものを即座に判定できるのです。アレルギーを起す食物はもちろん有害と判定されます。しかも個々の症状ごとに原因食物が診断でき、薬についても有効 (有益) なものとの無効、有害な (副作用のある) ものが判定できるのです。

事情があって ORT を全面的に取り入れたのはこの十年程まえからですが、症状が出たときの食物の記録を参考にして、疑わしい食物を片端から ORT で判定し、除去食治療を行いその効果を確認し続けてきたのです (ORT の手技については上記のテキストを参照してください。ORT のホームページからも情報が得られます)。メカニズムは別として ORT の基本原理は、人が有害なものを手に持つと筋力が低下し、有益なものでは筋力が増強するという現象です。その筋力の変化を ORT では被験者の片手の第一指 (親指) と対向指 (人さし指 ~ 小指のどれか) で作った輪の両側に検者が両手で作った同様の指の輪を引っ掛けて開くように引き、被検者の抵抗する力の変化を感じ取って判定します。輪を使った検査という意味で O-リングテストというわけです。

こうして ORT によって原因食物を迅速にしかも正確に把握できるようになって、以前には気がつかな

かった重要なことがいくつも分ってきました。そのいくつかを挙げますと、①米が原因のことが非常に多く、しかも適合している(アレルギーを起さない)米は個々の患者で頻繁に変化している(現在は普通の白米、白米と北海道の低アレルギー品種である『ユキヒカリ』のブレンド米、電子レンジ処理(『チン』)した白米、玄米、酵素処理米などの中から患者に適合したものをORTで選択する)。従って一度適合と判定されても、そのまま続けていて安全なわけではなく、症状の変化のたびに判定を繰り返さなければならない。②水も原因となっていることが非常に多く、水が不適合だと例えば適合した米のご飯でも炊飯に使った水が原因で改善せず、しかも適合した水もしばしば変化する(水道水や、『チン』した水道水、いろいろな浄水器の水、市販されている自然水などの中から、ORTによってそれぞれの患者に適合したものを選択する)ので、判定を繰り返す必要がある。③理論的に安全と思われていた油よりも菜種油やオリーブ油に適合している人が多く、適合した油も時には変化するので注意が必要。④野菜、果物、海藻なども原因になることがしばしばあるので、無視せずにチェックをする必要がある。⑤最初にアレルギーでなかった食物は、食べる頻度、量に注意していれば新たにアレルギーになることは稀であり、症状再燃の原因の多くは米と水、稀に油が不適合になったときが多い。⑥個々にはアレルギーを起さなくても、複数の食物や食物と薬の相乗作用で『アレルギー』を起こすことがある。⑦最後に重大だと思われるのは、電子レンジ処理(『チン』)をした食物は多くの患者で不適合となると思われる。ただし、アレルギーを起こしている食物を『チン』すると摂取可能となることがある。私自身が大丈夫なはずの食物を偶々『チン』して食べ、症状を誘発したことをきっかけにこのことが判明してきました。メカニズムは不明だが、『チン』は食物の性質を変えると推察され、多くの人には有害となる可能性がある。現在除去食治療を始めるときには、原則として食物の『チン』を禁止している。

このようにして ORT 採用前には気がつきようもなかった事実が明らかになって、除去食治療が徹底できるようになり、特に米や水の選択が正確になされて FMS 患者にも効果を上げることが出来たと考えています。

一定期間受診を継続した患者では大多数で改善がみられ、疼痛の消失も少なくありません。疼痛が取りきれない原因として ORT の結果から考えられることは、歯科金属過敏症が先ず挙げられます。100%歯科金属除去で改善するとも言いきれませんが、除去を強力には勧められず、その効果を確認することは出来ていません。もう一つは電磁波の問題が考えられますが、これはもっと難しい問題です。そしてアレルギー患者やいろいろな難病が目立つようになった原因の一つとして、電子レンジの普及で圧倒的に多くの人々が『チン』した食物を摂取するようになったことが関係しているように思えてなりません。さらに検討が必要です。

次に学会で報告した症例の中から1例をその後の経過を追加して示します

症例 S23年4月7日生、女性

1980年ごろ慢性腎炎(浮腫、血尿、蛋白尿)。1984年米の摂取で浮腫、無尿、血尿、蛋白尿出現を確認(米の摂取で体重3kg増加、3日間の無尿の後自然利尿で3kg減少)。除去食治療で尿所見改善、無尿消失。しかし時々全身の浮腫。その他に頭痛、肩こり、関節痛、食欲不振、吐き気、皮膚や目のかゆみ、ふらつき、易疲労、脱力発作、不眠症、寝起きの悪さ、蕁麻疹、肋間神経痛、下痢。その後しばしば発熱。2002年からしばしば左股関節や左腕疼痛。痛みはコムギ、砂糖の除去や米の調節で軽減、

微熱は持続。12月腰痛出現。

その後2003年4月右肩、7月右肘(この頃喘息出現)、8月右前腕、04年10月右肩関節、右手関節、11月インフルエンザワクチンの後、右肩に疼痛、05年1月右肩を回すと痛み、2月右肩挙上で痛み、3月両肩関節、両肘、右膝に疼痛、5月右下肢の攣れ、背部、右肩から肘に痛み、朝左手の強張り、6月右下肢の疼痛(1分の起立で痛み、夜間就寝時にも痛み、右大腿に圧痛、起立歩行困難、7月疼痛持続、整形外科でMRIを施行し骨は正常。9月右臀部から大腿後ろに軽度の疼痛、10月帯状疱疹で右腰から下肢にかけて痛み増強、10月痛み軽減(起立可能時間1分から10分以上に)、10月23日昼食後痛み増強、11月痛み軽減、起立、歩行可能、右大腿前面外側に疼痛、12月右半身に痛み(肩から腕、腰から踵まで)。2006年1月痛み軽減、3月更に軽減(右肩から肘、右背腰足首外)(1月から37.3~37.6°C)、4月歩行ほぼ正常に可能、ここでFMSを知り、18の圧痛点をチェック、全てに明瞭な圧痛を確認。これまでを振り返ると疼痛が見られた部位は腰、背中、両肩、腕、両下肢でどれも右側で強かった、前胸部痛はなかった。疼痛悪化するたびに米と水を中心にした食物の調整で対応し、現在は疼痛全て消失、合わせて易疲労、浮腫その他の症状も見られなくなっている。受診のたびに疑わしい食物と水をORTでチェックして、調整を繰り返した結果である。鎮痛剤の使用はない。検査の異常所見は好酸球の増加のみである。



こうしてFMSについては最も痛みの原因になっているものは、これまでのところでは米と水が重要であるというのが私の結論です。もちろん植物油、小麦(大麦、ライ麦なども)、大豆、卵、牛乳、肉類も原因になりますし、小松菜、ネギ、玉ねぎ、キャベツ、人参、馬鈴薯、さつまいも、南瓜なども問題になります。それは食物日誌(痛みなどの症状が出現したり悪化したときの食物の摂取状態を記録したもの、食物の反応は72時間後にも起こることがあることに注意)から疑わしい食物についてORTを行い判定することが出来ます。米と水が重要であるというわけは、しばしば変更を要するからです。

米はかつては普通の白米、『ユキヒカリ』(北海道産の低アレルギー品種)、玄米、分搗き米、電子レンジ処理(『チン』、3秒で可)した白米ご飯、酵素処理米などから選択し、どれも不適の時には雑穀も使用していましたが、ORTで判定するようになってみると、現在のところ普通の白米、白米と『ユキヒカリ』のブレンド米(3:1を使用)、『チン』した白米の三つのどれかで間に合う人が殆どだということが判明しました。但し同じ米で二ヶ月、三ヶ月大丈夫な人もいますが、極端な場合は一食ごとに変更を要する人もいます。

水についても同様で、かつてはある種の浄水器を通した水でよかったように見えていましたが、その浄水器が五年ほど前に役立たずになって、それを機会に水もORTで判定し始めたところ、当初たまたま使用したのが、四種類の自然水と、『チン』した水道水でした。患者によって適合している水が違っており、しかもその適応水が短期間に変化してしまうのです。この五種類の水のどれかで適応していましたが、その選択もORTで可能でした。現在は新たなものを加えて大体は三種類の水を主に使用していますが、これも患者によって合わない場合は、新たなものからORTで選択のし直しを必要とします。油も二種類でほぼ大丈夫ですが、時々その一方が不適合となって、別の一種が必要になります。そのほかのものははじめに判定し、除去しているとある時期に摂取可能となって、量や頻度に注意していけばよいようです。またはじめに適合と判断された食物は、摂取量と頻度に注意していれば

ば新たに除去を必要となることは殆どありません。

米と水は変動が多いので問題としましたが、水は使わないわけにはいきません。米は除去もあり得ますが、小麦や雑穀で代用していると必ずこれらは不適合となって、時には米よりもひどい症状の原因になります。その点米は変更さえすればいまのところどれかは使用が可能です。但し余り頻繁に変更を要する場合は、患者本人がORTの手技を身につけて、自己診断をするようにしないと対応が困難です。ORTは基本的には誰でも可能だと思われませんが、行う上での基本的な注意事項があり、これを守ることが必要です。ただORTはここに述べただけのものではなく、専門的な研修制度もあって一定以上のことまで行おうとするのであれば、正式の研修が必要です。手技の基本については前掲のテキストを参考にしてください。



8月25日名古屋交流会の感想 「まり井」さんより

参加者は、予想を上回る人数で、ビックリしました。こんなに集まっていたかと、この交流会を待ち望んでいたのかな？と、自分も待ち望んでいた1人なので、企画して良かったと思いました。

でも皆さんが本当に為になる情報を持ち帰っていただけたのか？と思うと不安です。痛い身体を引きずって来たのに、期待外れだったのでは？と思ってしまいます。辛くて泣いて見える方もいましたし、症状もバラバラだし、せっかく送っていただいた資料に目に通す方も若干少なく感じました。

近所で同じ病気の方と巡り合って連絡先交換は、交流会ならではなんですが、圧倒的、女性患者さんばかりなので、男性患者さんには、そういう積極的なことは出来ないと思います。

もし次回があるのなら、どういう情報を知りたがって参加しているのか、事前に知っておく必要があるのかもしれない。



例えば…

- ・「完治した」とおっしゃっていた患者さんの先生の話
 - ・身体障害者として認定された患者さんの話
 - ・病院から処方されている薬以外に何を試しているのか？
- など

てっとり早いのが自己紹介のときに、「こういう内容を言ってください」と、お願いするのが一番なのかな～と思います。時間かかるのは承知の上で。今後、企画する上で、参加された方の反応は聞きたいという気持ちがあります。手厳しいコメントも覚悟の上です。包み隠さず、教えていただけると幸いです。

会員からの手紙



女性からのお便り

私事について、お話をさせていただきます。

現在、夫と娘(5才)と、3人で暮らしております。仕事は、13年前よりエステティシャンとして働いておりましたが、今年4月より仕事ができなくなり休職しております。

身体の異変を感じたのは、5年以上前出産をしてからでしょうか。

話は少し遡りますが、私は学生時代、新体操というスポーツをしており、極度の減量と激しい練習の中、生理が5年以上止まってしまい、大学卒業後ホルモン治療を経て、生理がくるようになったものの、無排卵月経症と言われ、子供を妊娠することは、難しいとのこと。それでもわずかな望みの中、不妊治療を続けたものの回復することはありませんでした。宣告から15年後、あきらめていた私に奇跡がおきました。当時35才の私が妊娠したのです。せっかく授かった子供への不安もありましたが、家庭の事情もあり妊娠9ヶ月まで、週6日、朝9時半～夜11時すぎまで働き続け、無事帝王切開で3920g元気な娘を出産できました。人生最大の喜びの瞬間でした！しかし、現実問題働かなければ、生活困難な自分にとって、子供にはかわいそうではありましたが、3ヶ月の我が子を保育園に預け、週6日、朝から夜7時までのお迎えギリギリまで仕事復帰を致しました。

仕事、家事、子育てと毎日、時間との戦いではあったもののどれも私にとっては好きな事であったし、体育大を出ていることもあり、体力には人一倍自信もあったし、“病は気から”が根底にあり、具合が悪いとか、だるい…熱がある…痛い…を理由に仕事を休むことは自分にとって無縁としてとらえていました。でも、そんな私でも、腹部付近の激痛から始まり、そのうち背中のおちこちが痛くなり、信号待ちしている時も立ってられない。通勤の途中、電車の揺れに耐えられずホームでうずくまる、自転車に乗っていても途中、何度もうずくまりこげない…。そして、夜、悪魔のような激痛でやっとな寝ても起こされる…。そんな日々が続いた1年半後位、夜中、激痛の中、嘔吐と下痢をし、どうにもならなくなり、夫が病院へ運んでくれた。検査をし、十二指腸潰瘍といわれた。出血寸前であった。その後薬で胃の付近の痛みは回復したものの胴体全体の激痛はたびたび起こっていた。

それから病院を転々とし、血液検査、CT、MRI等受けたが、“異常なし”むしろいい状態くらいだと誉められた。そして、最後には「身体の前も後ろも痛いなんて、医学的にありえない。精神科にでも行くしかないんじゃないか…」とすごいあきれた態度で医師から言われた時は、くやしさに涙が止まらなかった。でも、仕事場も、家庭でも“痛い”という現状を出すわけにはいかなかったので、自分の中で全てがストレスが原因と受けとめ、少し時間に余裕がもてるサイクルにしたり、好きなものをみたり、心が穏やかでいられるよう心がけるようにした。でも、現実、激痛がおそってくる波も、時間もどんどん増していった。

いろんな病院でもらった数多くの鎮痛剤も、針も、マッサージも、神経ブロック注射も私には効かなかった…。そんな生活が3年半すぎる頃、友達から紹介された病院へ行き、「線維筋痛症かもしれない

ね…」と初めて病名らしきものを言われ、本当に気持ちが楽になった…。

イノロトピン等の薬は、今までと違うものを感じることができた。治るかもという希望で目の前が明るくなった。仕事も、家事も思い通りにできる日も多くなりかけたが、一日中、激痛から解放されない日々が続くようになった。強度の疲労感、痛み、頻尿、頭痛で、自分でトイレにもいけない日が多くなり、寝ているのか起きているのかわからない状態となり、今年の4月から休職することになってしまった。

働いていかなければ、生活困難のなか、働けず、プラス医療費も重なり…。この痛みと、皆様はどう乗り越えていっているのだろうか。子供を守っていく為にも、前向きな気持ちだけは失いたくないです。助けてほしいです。そしてこんな私にもできること、がんばりたいです。何かありましたら、言ってください。

私事ばかりで申し訳ありませんが、同じ思いをしている方と話せることを楽しみにしております。



40才男性からのお便り

2007年1月 発病、全身痛および倦怠感(39才) 会社休職

2007年4月 検査入院、線維筋痛症と診断される

2008年2月 運動リハビリ開始

2008年5月 会社復帰

* 痛み

仕事は中堅商社の営業をしており、デスクワークと車の運転で一日の大半を過ごしており、過労と運動不足が影響しているんだと、軽く考えていました。しかしながら痛みには勝てず、ドクターショッピングがスタートしました。一年半で整体を二箇所、整形外科、カイロプラクティックと渡り歩くも、その場は回復したように感じて数日後戻りの繰り返しでした。この頃より、寝起き時の不快感が出始めたような記憶があります。

* 心理的要因

この頃、生活も多忙を極めランナーズハイに似た感覚に陥っていました。平日は接待で深夜帰宅も増え、休日は以前から続けているスポーツ少年団の指導と地域の子育て支援ボランティアとフル回転でした。忙しい事が美德に感じていた自分を覚えています。

* 発病

半年過ぎた2006年12月、強い倦怠感に襲われはじめました。最初は、「疲れかな？」と思うぐらいで、あまり気にしないようにしていましたが、年が明けた2007年1月、休みの日は昼寝が多くなり動く事がおっくうになってきました。

1月22日、忘れもしない日です。朝、出勤後激しい倦怠感と全身に痛みでどうしようもなく即帰宅しました。たとえるならば、インフルエンザの時のような筋肉の痛みと自重感。腰背部に100kgの重りをつけられた様な感覚。熱は37.2度と微熱がありました。起きていても痛い、寝ても痛い、移動するのもままならない状態でした。自分の心の中で「なんでこの辛さが分かってもらえないのか…」と何度も何度も叫んでいました。

4月9日、検査入院の日。入院は、10日の予定で一般検査、膠原病関連の検査、癌の検査と連日多

岐にわたり検査が行われました。10日も程なく過ぎ、そろそろ結果が出る頃主治医が病室を訪れ今までの検査で異常の無い事を伝えたあと、全身のツボのような場所を触診ははじめました。(後からわかったのですが、これが圧痛点でした)その後「多分、線維筋通症でしょう」との言葉が聞こえました。「線維筋通症？」初めて聞く病名でした。病名が判明した安堵感と、病気への不安が複雑に絡み合った不思議な感覚を感じました。早速、妻に連絡してインターネットで検索してもらいました。驚くほどのホームページがあったらしく、幾つかをプリントアウトして翌日届けてくれました。

* 闘病生活

退院後、自宅での療養です。全ての事からカミングアウトし、全身の痛みと向き合う日々のはじまりです。処方された抗うつ薬の副作用で、午前中は眠気に襲われ寝たり起きたり…。病院の受診は、月一回あり数ヶ月単位で色々な薬が試されました。薬を替える度に、眠気・口渇などの副作用に悩まされました。2006年8月、全身の痛みがピークを迎えました。エアコンや扇風機の風でも痛みを感じる状態でした。生きる事にも絶望感を感じたのもこの頃でした。夜中に薬を全部持って家を飛び出した事もありました。自分でもどうしていいのか判らない程、極限状態まで追い込まれていました。月日が過ぎ、2007年10月に妻の勧めで旅行に行こうと言う事になりました。「この体で旅行？」と思いつつも、断る理由も見当たらず行く決意をしました。体を考えて、暖かいところがいいだろうという事でハワイ6泊8日を強行。気候のせいか体調は非常に良く、ハードにスケジュールをこなす事が出来ました。薬を飲むのも忘れるほど、調子が良かったです。発病以降、痛みから解放され心身ともにリフレッシュされた数日でした。この旅行が、「この病気は絶対治る」と思えた旅でもありました。帰国後、現実には甘くなく全身の痛みとの同居生活がまたスタートです。初めての冬を迎え、寒さから痛みがくる事も実感しました。薬の副作用で体重も10kg増え、食事制限もプラスされました。発作的に来る痛みは、事前に何となく判るようになったので対策が取れるようになってきました。低気圧が通過する時は、要注意であると。

年が明け2008年1月、病院の定期検診で主治医が「いい薬に変えるから楽しみに飲んで下さい」と…。SSRIを別の製薬メーカーのものにしたところ、私の体質に合っていたのか痛みのレベルが下がっている事が実感出来ました。2月より、本格的に運動療法を開始しました。最初は、500mも歩くのがやっとでしたが徐々に距離を伸ばし3月には4～6kmまで増加。痛みはあるものの、適度な運動が刺激となって睡眠も以前より改善されました。発作的に痛みがあるものの、日常生活には支障のないレベルまで改善されてきました。



* 会社復帰

3月末の病院の定期検診で主治医に会社復帰について相談しました。「表情もいいし、大丈夫じゃない？」と前向きな返答をもらいました。ただ主治医に言われた一言「絶対に、『俺がやらなきゃ誰がやる!!』って思っちゃダメだよ」「調子悪くなったら、いつでも戻ってきていいんだからね」とも身に染みる言葉であると同時に、精神的にも救われました。また、抗うつ剤を一つ減らしてもらい、寝起きの改善を図りました。減薬するまでは、朝が起きられず八時から九時起床が普通でしたが、減薬後は、非常に改善され六時には起きられるようになりました。会社の上司に相談して、5月からリハビリり入社をする事を了解をもらいました。半日出社を一週間、その後終日出社としました。首、肩の痛みはまだありますが勤務に耐えられるレベルまで改善されています。辛い日もありますが、一ヶ月無事に出社してお

ります。まだまだ様子を見なければなりません頑張っていけると確信を持っています。元の自分には戻れません。今まで当たり前の事が、当たり前に出来ない事も沢山あります。出来なくて当たり前、元の自分に戻る必要は無いと思います。色々な制約は出てくるでしょうが、また新しい自分を築いていけばいいのではないかと思います。

この体験記をお読みになられた線維筋痛症の方にお伝えしたい事があります。線維筋痛症は完治の難しい病気であることは確かです。しかし、改善する事は十分に可能な病気だと思います。痛みと向き合い、前向きに一日一日を大切に過ごして頂きたいと思います。病気の症状は人それぞれ違うと思います。皆様が充実した日々が送れますようお願いしております。ご慈愛下さい。
2008年6月



Saskatchewan

お礼

昨年度ご寄付を頂いた皆様にお礼申し上げます。ホームページで金額を公表しています。

また、アンケート、署名、募金、総会出欠葉書など沢山のご協力を頂きました。

日ごろからのお手紙にもお一人ずつお返事を書きたいのは山々ですが、時間的にも余裕がなく申し訳ないと思っています。ここで皆様にお礼申し上げたいと思います。感謝の気持ちとメッセージをこめて会報を作成しています。



文通希望コーナー

文通をご希望の方は事務局にご連絡ください。

大阪の女性がメール交換を希望しています。

横浜の男性がメール交換を希望しています。

群馬の女性が文通を希望しています。

山梨県の女性が県内の方と文通、メール交換を希望しています。

秋田県の女性が県内の方と文通を希望しています。

神奈川県的女性メール交換希望



お知らせ

皆様の声を募集します。闘病生活の中で思うことや、ご意見などをメールまたは郵送でお寄せください。また、皆様いろいろ工夫して症状を乗り越えていると思います。

「私の工夫・線維筋痛症対策」を募集しますので、ちょっとした工夫、気をつけていること、試している

ことなどをお寄せください。

百人百様、あなたの試みが誰かの参考になるかもしれません。ただし、誰かに良くてもあなたに良いとは限りません。各自で判断して試してみましょう。



情報あれこれ

簡単レシピ: 包丁を充分使えない、栄養のバランスがとれていない、簡単に作りたい
そんな皆様からレシピを募集します。今回はインターネットで検索してみました。

☆レタススープ

鍋にお湯を沸かし、固形スープの素を溶かします。適当にちぎったレタスの葉を入れ、数分煮ます。
胡麻油・こしょう・醤油で味をととのえる。

* 最初にベーコンを炒めたり、トマトを加えてもよいでしょう。



☆チーズ乗せオクラ皿にオクラを広げ、その上のとろけるチーズをオクラが隠れるくらい乗せてチーズが溶けるまでレンジでチン。

チーズが溶ける頃にはオクラも柔らかくなるので、そのまま食べられます。



☆切り身魚のホイル焼き

鮭、タラなどお好みの切り身魚に酒をふり、ホイルで包みオーブントースターで焼きます。
ポン酢でどうぞ。
きのこなどを乗せるおいしさが増します。

☆もやしの酒蒸し

もやしをさっと洗って鍋に入れ、酒と塩をふりかけて蒸します。
食欲がない時でもさっぱり食べられます。





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 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 東北支部顧問 太白さくら病院理事長 宗像靖彦先生 関西支部顧問 行岡病院 院長 行岡正雄先生 三木健司先生 九州支部顧問 産業医科大学 中塚敬輔先生 熊本第一病院 坂田研明先生

会員地域別人数(2008 年 9 月 30 日現在)

北海道	74		大阪府	62	
青森県	10		兵庫県	43	
秋田県	5		京都府	13	
岩手県	8		奈良県	12	
山形県	5		和歌山県	5	
福島県	9		島根県	0	
宮城県	33		岡山県	13	
東京都	152		鳥取県	5	
神奈川県	110		広島県	19	
千葉県	51		山口県	6	
茨城県	15		徳島県	3	
栃木県	13		香川県	3	
埼玉県	56		愛媛県	21	
群馬県	10		高知県	4	
長野県	24		福岡県	29	
山梨県	6		佐賀県	2	
富山県	5		熊本県	14	
福井県	6		宮崎県	4	
石川県	8		長崎県	6	
新潟県	14		大分県	9	
静岡県	27		鹿児島県	13	
愛知県	48		沖縄県	3	
岐阜県	11		米国	1	
三重県	11		ブラジル	1	
滋賀県	11		オーストラリア	1	
			総合計	1014	(住所不明/退会の方を除く)

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。また友の会の医療機関リストに掲載されていない病院で、線維

筋痛症を治療しているところをご存知の方は住所、病院名、医師名をお知らせください。事務局よりリストに掲載させていただいてよいか確認します。

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 (JFSA)
〒233-0012 横浜市港南区上永谷 2-12-11-102
定価 500 円 (会員は会費に含む)
Tel / Fax: 045-845-0597
E-Mail: jfsa@e-mail.jp
<http://www5d.biglobe.ne.jp/~Pain/>



© 2002 - 2008 JFSA All rights reserved



編集後記

・今年度は札幌、仙台、東京、横浜、大阪、岡山、広島、北九州、熊本で交流会が開かれました。それ以外の地域での交流会も行っていきたいと思えます。幹事役を勤めてくださる方を募集しています。わかりやすい公民館や喫茶店などを決めていただければ、ホームページや会報にてお知らせいたします。

皆様の情報交換の場として、また交流を深める場として皆様のお役に立てることを希望しています。

・会報の記事は録音を基に友の会が編集したもので、責任は当会にあります。また掲示へ書かれた文章も友の会に帰属します。



第 6 期決算収支報告書

H19.10.1-H20.9.30 (単位:円)

支出の部		収入の部	
印刷費	1,608,697	年会費	2,489,000
発送費	219,775	寄付金	869,629
懇親会会場費	28,014	協賛金	96,000
会報製作雑費	58,000	懇親会費	221,000
交通費	816,361		
通信費	178,843	受取利息	1,405
事務用品費	154,374		
光熱費	50,941		
図書費	40,277		
諸会費	47,500		
支払手数料	4,730		
会議費	78,631		
支部運営費	274,798		
預金利子税	202		
交際費	23,664		
講演料	50,000		
弁護士、登記費用	140,000		
* 次期繰越金	933,000	前期繰越金	1,030,773
合計	4,707,807	合計	4,707,807

財産目録

* 次期繰越金内訳	郵便局普通預金	866,026
	三菱東京UFJ銀行	66,974

以上のとおり報告いたします。

2008.10.1 監事 久末喜一郎

役員人事

理事長	橋本 裕子
理事	山田 眞理子
理事	高橋 菜の子
監事	久末 喜一郎

第 7 期予算案
H20.10.1-H21.9.30 (単位:円)

支出の部		収入の部	
印刷費	1,200,000	年会費	2,400,000
発送費	200,000	寄付金	120,000
懇親会会場費	30,000	協賛金	60,000
会報製作雑費	58,000	懇親会費	220,000
交通費	816,000		
通信費	190,000	受取利息	1,300
事務用品費	98,000		
光熱費	50,000		
図書費	20,000		
諸会費	47,500		
支払手数料	5,000		
会議費	78,000		
支部運営費	320,000		
預金利子税	200		
交際費	20,000		
講演料	50,000		
弁護士、登記費用	50,000		
* 次期繰越金	501,600	前期繰越金	933,000
合計	3,734,300	合計	3,734,300