

9. 上部消化管内視鏡検査（経鼻）

執筆担当：前川 高天

平成24年度健診受診者10名中9名、平成25年度8名全員の計17名が内視鏡検査を受けられました。経鼻と経口内視鏡について説明させていただいた結果、11名が経鼻を、6名が経口を選択されました。これらの経験を基に、サリドマイドの方に初めて経鼻内視鏡を用いて健診を行う医師・看護師向けのQ & Aを作成させていただきました。

Q9-1：口と経鼻の選択は通常通りで良いのでしょうか？

最新の経鼻内視鏡は視野が広くなり解像度も向上し、性能的に経口内視鏡に近づきました。経鼻は苦痛が圧倒的に少なく鎮静剤の投与も必要ありません。従って経鼻内視鏡の禁忌でない限り、検診には経鼻が最適であると考えています。もちろん経口内視鏡をご希望の方は経口を選択すべきであり、今回2/3の方々が経鼻を1/3の方々が経口を選択されました。

Q9-2：経鼻内視鏡禁忌の方はおられましたでしょうか？

経鼻に特有な禁忌として両側鼻腔、上咽頭の閉塞性疾患があります。耳鼻科疾患の術後や耳鼻科疾患がある場合には経鼻ができないこともあります。抗血栓薬の投与中も施行可能ですが、血小板の著しく低下した肝硬変など、基礎疾患のため出血傾向のある場合は禁忌となります。8%キシロカインスプレー以外のキシロカインゼリーやビスカス、4%キシロカイン液に含まれている防腐剤であるパラベン類がアスピリン喘息を誘発する可能性があり、アスピリン喘息の既往があれば禁忌となります。またナファゾリン硝酸塩点鼻液はMAO阻害薬の使用中は急激な血圧上昇を起こすため禁忌となります。今回の受診者の方々において経鼻内視鏡禁忌の方はおられませんでした。

Q9-3：経鼻内視鏡検査の手順は一般の患者さんと同じで良いですか？

基本的に同じで問題ありませんが、難聴の方には説明用ボードを用いてわかりやすく説明しました。

Q9-4：経鼻内視鏡検査に要する時間は変わりませんでしたか？

粘液や泡を消し、胃内を観察しやすくするためのガスコンやプロナーゼを内服してから検査開始までの時間は経口でも経鼻でも変わらず30分程度です。その間に経鼻では鼻腔を広げ出血を予防するための血管収縮剤の投与や麻酔薬の投与に少し手間を要します。挿入から抜去までの検査に要す

9. 上部消化管内視鏡検査（経鼻）

る時間は通常の場合と変わらず経口の1.5~2倍程度長くかかりますが、経鼻は苦痛が少ないので時間がかかることが問題となることはありませんでした。

Q9-5：経口内視鏡検査と比較して経鼻を施行するに当たり注意すべき点がありますか？

注意点は通常の場合と変わりません。経口内視鏡を基礎からしっかりと研鑽されてきた内視鏡医であれば、機器の特性を理解し、耳鼻科領域を含めた解剖学的あるいは病理学的な知識を再確認しておけば、技術的には全く問題なく施行できます。しかし経口内視鏡以上に“見逃しを最小限にしようとする熱意と努力”は必要です。また構造強調や色彩を調節し、微小病変や粘膜萎縮の有無や集合細静脈などを観察しやすくする工夫も必要となります。

Q9-6：どのメーカーの経鼻内視鏡を用いられましたか？

現在FUJIFILM、OLYMPUS、PENTAXの三社から経鼻内視鏡が市販されていますが、当施設ではOLYMPUS GIF X-P260NSを使用しています。従来から画質的にはFUJIFILMが一步リードしてきましたが、各社最新モデルではその差が小さくなっています。画角が140度に広がり、明るく解像度が高くなり、送気送水吸引機能が向上し更に生検狙撃能も向上した最新の機種を選択することが賢明です。

Q9-7：経鼻内視鏡時に鎮静剤は必要ですか？

経口に比べ経鼻内視鏡は被験者にとって圧倒的に苦痛が少ないため、鎮静剤を全く必要としません。今回も全例鎮静剤なしで問題なく楽に検査を受けていただくことができました。

Q9-8：経鼻内視鏡の前処置は通常通りの前処置で良いですか？

通常行われている経鼻内視鏡時の前処置通りで何ら変える必要はありませんが、難聴の方には説明用ボードを用いて前処置を行いました。

ちなみに当センターでの前処置の概要は、

- ①検査30分前：ガスコンドロップ5ml+水100~200ml + プロナーゼ20,000単位 + 炭酸水素ナトリウム1gを内服。
- ②検査15分前：鼻腔の拡張・浮腫改善目的で鼻腔内に血管収縮薬（プリビナ）0.15mlを注入。
- ③鼻腔の麻酔：当センターではスティック1本法を採用しています。通気の良い側の鼻腔を選択し、キシロカインゼリーを2mlずつ、2回に分け注入（リドカイン計80mg）。続いて16Fr経鼻内視鏡前処置スティックにキシロカインゼリーを少量塗布し、通りの良い側の鼻腔に8~9cm挿入

し、90秒後に抜去します。検査直前の咽頭麻酔は必要ありません。

- ④鎮痙剤の投与：ブスコパンは使用しなくても可能ですが、使用可能であれば使用した方が質の高い検査が可能となります。

Q9-9：鼻腔の左右はどの様にして選択しましたか？

通常通りの選択法で良いと思います。左右片方ずつ鼻腔を押さえて通気が良い方を選択しますが、わかりにくい場合には鼻呼吸CDディスク法を行えば客観的に評価できます。今回反対側の鼻腔に変更しなければならぬ方や、経鼻から経口に切り替えなければならぬ方はおられませんでした。

Q9-10:経鼻内視鏡時の体位について問題なかったでしょうか？

経口同様の体位で施行していますが全く問題はありませんでした。

Q9-11:解剖学的な異常あるいは特徴的な異常所見はありませんでしたか？

経口と経鼻では耳鼻科領域の観察できる部位が異なります。経鼻では件左側の鼻腔、上咽頭を観察可能となりますが、経口で観察可能な口腔中咽頭の一部は観察できません。今回の健診では解剖学的な異常は認めませんでした。上咽頭にも特に異常は認めませんでした。胃においては17名中9名が萎縮の全く見られないH.pylori感染歴の無い方で、内4名にGERD L-A grade Aを認めました。4名はclosed typeの萎縮性胃炎、4名はopen typeの萎縮性胃炎を認めましたが、いずれも特徴的な所見ではありませんでした。

Q9-12：鼻出血は見られましたか？

今回の受診者では鼻出血をきたした方はおられませんでした。鼻出血はほとんどの場合圧迫のみで止血します。止血しない場合はボスミン綿球等通常の止血法で良いでしょう。

Q9-13：介助で留意すべきことはありましたか？

まずはリラックスしてもらう為に笑顔で接することが大事で、難聴の方には説明用ボードを用いて優しくわかりやすく説明します。鎮静は全く必要ないのですが、リラックスしてもらうために背中をさする等のボディータッチが有効です。また経口に比べ被験者の苦痛が遙かに少ないので、希望があればサブモニターで画像を見てもらいながら説明すると、よりリラックスした検査が可能となります。

10. 麻酔科

執筆担当：志賀 由佳、前原 康宏

Q10-1：術前回診で特に気を付けるべき点がありますか？

既往歴、現病歴、身体所見や検査所見など、通常の注意点と同じです。しかし特に身体所見で、上肢の低形成や欠損がある場合は、下肢など点滴をとる部位やモニターの位置を事前に確認します。下肢の血管確保も難しい場合もあるので、優しく声をかけながら行いますが、必要に応じて中心静脈ラインの挿入も考慮します。硬膜外麻酔や脊髄くも膜下麻酔を行う場合は、姿勢がとれるかどうかを確認します。

Q10-2：麻酔方法において禁忌はありますか？

特に禁忌というものはありませんが、各々の患者さんの合併症や状態に応じて麻酔方法を決定します。

Q10-3：前投薬は必要ですか？

特に手術を初めて受けられる方などは、通常の患者さんよりも緊張や不安感が強い場合があります。そのような場合は前投薬を使用しても良いですが、術後の覚醒遅延の原因になることもあります。術前によく話をし、前投薬の希望の有無を聞くと良いでしょう。

Q10-4：特に準備しておくものはありますか？

各々の患者さんの状態や合併症に応じて、モニターや薬の準備は通常通りに行います。体格的に小柄な方が多いので、体型に合わせた細めのチューブや針、モニター類などを準備しておきます。血管の走行などを確認するのにエコーがあるとよいかもしれません。

Q10-5：上肢の欠損ないし低形成の方の血圧のモニタリングはどのようにしますか？

血圧は下肢にマンシェットを巻いて（後脛骨動脈で）測定します。下肢での血圧測定が困難な場合は、大動脈（大腿動脈など）での観血的血圧測定なども考慮する必要があります。

Q10-6：難聴の方への対応はどのようにしますか？

術前回診では、紙面と図による麻酔方法の説明を行い、手術当日は具体的な指示を書いたボード（「深呼吸してください」「これから眠くなります」など）を予め準備しておき、それを見せながら麻酔を行うとよいでしょう。

Q10-7：麻酔薬の量は他の患者さんと同じですか？

年齢や体重を考慮して薬剤の投与量を決定しますが、薬剤の必要量がより少量であった報告もあります。適切なモニタリングを行い、薬剤の投与量を調節する必要があります。

Q10-8：挿管時に気を付けることはありますか？

特に挿管困難が多いという印象はありませんが、体格的に小柄な方が多いです。挿管チューブの径や深さは、写真や身体所見をみて注意深く決定してください。

Q10-9：術後の注意点はありますか？

通常と同じく、術後は循環・呼吸状態を確認し、必要に応じて疼痛管理を行います。

11. 精神科

執筆担当：今井 公文

Q11-1：サリドマイド胎芽病者は、心理的・精神的に、どのような問題を抱えていますか？

平成24年6月～12月に、サリドマイド胎芽病者の福祉団体（公益財団法人いしずえ）が住所を把握している286人を対象として、生活実態に関するアンケート調査（有効回答数：201人）が行われています。この調査によれば、病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）があると答えられた方は、全体の64.5%（130人）でした。そして、この自覚症状を有する130人のうち、「うつ病やその他のこころの病気」を理由として医療機関に通院している方は16.2%（21人）になりました。

サリドマイド胎芽病者におけるメンタルヘルスの問題は、本邦においては、1990年代から継続的な評価が行われています。サリドマイド胎芽病者296（男160名、女136）を対象とした、公益財団法人いしずえによるGHQ-28を用いた調査（斉藤, 1997）によれば、各障害程度（総合的、四肢、聴力）とGHQ-28の得点との関連は、ほとんどみられませんでしたが、無職者は有職者よりもGHQ-28の総得点が有意に高く、さらに、配偶者のいない者はいる者よりも、GHQ-28の下位尺度「うつ状態」を測定する指標の得点が有意に高かったという結果が得られています。

平成23年度に国立国際医療研究センター病院で健診を行った22名に、精神科簡易構造化面接（MINI-I）を実施したところ、特定の精神疾患との関連はみられませんでした。全体の40.9%（9人）の方が、何らかの精神疾患を有していることが疑われ、その種類は多岐にわたっていました。このことから、日常の診療場面では、精神面に関するプライマリケアとともに、必要に応じて専門医へ紹介することが望ましいように考えられます。

Q11-2：サリドマイド胎芽病と自閉症は関係しているのですか？

スウェーデンで100名のサリドマイド胎芽病者を対象とした調査では、4%の自閉症者がいたという報告があります（Stromland K, et al.1994）。Stromland K, et al.は、自閉症の発生頻度が高いものであると考え、その臨床所見（耳の外側部異常、手足正常）から、サリドマイドへの曝露は妊娠20日から24日であると予測しました。そして、そのことから、妊娠初期が自閉症の始まる時期であると提唱しました。その後、Rodier（2000）が研究を継続し、神経系の発達の一時期に局所的に発現する遺伝子の自閉症への関与が、仮説として提示されました。しかし、この報告は、一部の自閉症での関与が示唆された程度に留まっています。

平成23年度に国立国際医療研究センター病院で健診を行った22名のサリドマイド胎芽病者を対象に、日本語版自閉症スペクトラム指数（Autism-Spectrum Quotient: AQ）（若林, 2004）を用いて、サリドマイド胎芽病と自閉症との関連性を調査しました。その結果、自閉症の存在が疑われる33点以上の得点であった者はいませんでした。さらに、健常群のそれぞれのAQの総得点、および下位尺度項目の平均値との差を比較した結果においても、有意な差は認められませんでした。

Q11-3：サリドマイド胎芽病ではてんかんの頻度が多いのですか？

サリドマイド胎芽病者を対象に脳波検査を行った研究は極めて少ないのですが、過去に137名の方を対象とした研究（Kanno et al, 1987）において、てんかん発作の既往がある方、あるいは発作の既往はないものの検査で異常を認めた方の頻度は、一般人口に比べて高く、特に聴覚障害と知的障害を認める方で高い、という結果が得られました。この結果は、サリドマイドによって、形態学的異常のみではなく、機能的異常をもたらされる可能性があることを示唆しました。

平成23年度に国立国際医療研究センター病院で健診を行った22名においても、脳波検査で異常を認めた方が4名（18.2%）おり、うち1名の方はてんかんとして加療中でした。しかしながら、この健診は対象者が少なかったため、確認された異常の頻度を一般人口と比較することはできません。また、脳波検査で異常を認めた方全員に、頭部MRI検査において、サリドマイドとは無関係と考えられる何らかの異常所見が認められていました。このことを考慮すると、今回確認された脳波の異常所見は、サリドマイドと直接結びつく可能性は低いのではないかと考えられます。さらに、この調査では、脳波異常の頻度と聴覚障害や知的障害の有無との関係は認められませんでした。

Q11-4：サリドマイド胎芽病者と接する際に留意すべきことは何ですか？

一括りにサリドマイド胎芽病者と言っても、障害されている部位やその程度も様々ですし、置かれている環境や社会的立場も様々です。日常生活や社会生活を無理なく行える方もいれば、そうでない方もいます。そのため、サリドマイド胎芽病者の方と接する際には、その人の障害部位や障害の程度、生活背景を考慮して、柔軟に対応できるように留意することが必要です。

平成24年6月～12月に行われたサリドマイド胎芽病者286名を対象とした生活実態に関するアンケート調査報告では、「うつ病やその他のこころの病気」を抱えている方々の罹患率が同世代の5倍も多く、また、生活上の悩みや困っていることとして、健康の問題や将来への不安が多くを占めていました。心理的・精神的な問題の可能性を念頭において診療や支援にあたり、そのようなサインを認めた場合には、適切な専門機関に繋がられるようにすることが求められます。

サリドマイド胎芽病者の多くは、身体的な障害とともに社会的なハンディキャップを抱えながら日々の生活を送っています。医療従事者は、当事者であるサリドマイド胎芽病者が、障害を「もって生きている」とともにその障害を「乗り越えて生活している」ことに常に敬意を払い、薬害事件という歴史的事実を心にとめて接することが大切です。

12. その他

執筆者：吉澤篤人

Q12-1：76名の健診でどのようなことが分かったのですか

- ・塊椎（かいつい）方がいることや中耳や内耳に様々な構造異常があることが分かりました。血圧の測定方法を決めたので、上肢障害の方でも高血圧の診断が可能になりました。

健診では日帰り人間ドックに相当する一般的な検査に加えて、これまで知られていなかった内臓器の異常がないかどうかを調べることと肢障害無形成または低形成の方の正しい血圧測定方法を定めることを目的としました。代表的な結果を3つご説明します。医学的な専門的用語が多く、分かりにくい点はお許してください。

1) 塊椎（かいつい）の方が9.3%いました。全員が上肢障害の方でした。

頸椎を調べた76中7名の方（9.3%）に頸椎の塊椎（かいつい）があることが分かりました。7名全員が上肢障害の方で、聴覚障害の方はいませんでした。塊椎とは本来一つ一つが独立している頸椎（首の骨）の一部が癒合（ゆごう）してしまっていることです（図1）。外傷や結核で生まれた後に塊椎になることもあります。サリドマイドの方については先天的な障害と考えています。塊椎があると頸部（けいぶ）の動く範囲が制限されたり、両上肢の筋力が低下したり、頭痛、頸部痛が生じるとされています。また、30歳以降に頸髄圧迫症状による神経症状が出現することもあるようです。サリドマイドの方で「この数年の間に体の動きが悪くなった」と訴える方のなかには塊椎が原因の方もいるのではないかと考えました。したがって、サリドマイドの方の健診では一般の方では調べない頸椎も調べたほうがよいと思います。

なお、76名中10名の方（13.1%）が先天性無胆嚢症でしたが、このうち4名の方が塊椎でした。

図1



2) 中耳および内耳にさまざまな構造異常があることが分かりました

頭部CTで聴力障害者における中耳および内耳の構造異常について検討したところ耳小骨の形成不全、半規管の低形成、前庭の囊胞性変化など多彩な異常があることが分かりました。サリドマイ

ドの方で「めまい」と訴える方には内耳の異常がその原因である方もいるのではないかと考えています。

3) 上肢障害の方は足首で血圧を測定することにした

これまで上肢無形成の方の血圧測定法は決まっていませんでしたので、ご自分の血圧がわからなかったと思います。血圧は患者さんの状態を理解する基本情報の一つです。内視鏡検査や手術を行う際には医師はどうしても血圧を知りたいと考えます。そこで

- ①明らかに高血圧であるという方を発見できる血圧の測定方法を定める
- ②高血圧と診断された方が家庭血圧を測定することが可能な方法を定める

ことを目的として両腕と両足関節の血圧を測定させてもらいました。その結果、自動血圧計を用いて、足関節上部で後脛骨動脈の圧を測定することが最も合理的だと考えました。

Q12-2：足首で測定した家庭血圧がいくつ以上なら高血圧なのですか

- ・収縮期圧が145mmHg であれば高血圧の可能性が高いと思います

病院で測定した血圧は、家庭で測る「家庭血圧」に比べると高くなる傾向にあります。家庭血圧について日本高血圧学会は、糖尿病や脳血管障害などが無い中年については135/85mmHg以上を高血圧とし、125/80 mmHg未満を正常血圧の基準としています。下肢の血圧は上肢より血圧が高めに出るので収縮期圧が

$(135/0.88) - 8 = 145\text{mmHg}$ より、下肢の血圧が145mmHg以上であれば高血圧の可能性が高いと思います。そのような方は、かかりつけの先生に6章の「血圧測定のやり方、考え方」を見せながら高血圧の可能性について相談してください。なお、拡張期圧の評価は定まっていません。

Q12-3：後脛骨動脈の位置がわからないのですが

- ・後脛骨動脈は足首の内側のくるぶしの後ろ側にあります（図2）

図4のようにくるぶしの外側に巻いて測定しても測定結果が表示されないか不正確な値になるので注意しましょう

図2



図3 正しい巻き方



=====

図4 誤った巻き方



Q12-4：下肢の血圧を測ったところ左右の結果に差があるようです。どのようなことを考えるべきでしょうか

- ・末梢動脈疾患といって動脈硬化によって足の血液の流れが悪くなる病気の可能性があります。かかりつけの先生に相談する必要があります。

糖尿病や心血管疾患などがある方は末梢動脈疾患といって動脈硬化によって足の血液の流れが悪くなる病気の可能性があります。本来であれば四肢の血圧を測定することが望ましいのですが、上肢無形成の方は下肢の血圧しか測定できません。そこで、下肢の血圧に左右差があった場合はかかりつけの先生に相談する必要があります。

かかりつけの先生が循環器科や心臓血管外科の先生にこのQ&Aを紹介するとこのQ&A 6-5を読まれた後に、上腕測定用の腕帯を足首に巻いてドプラー血流計という機器で足背動脈（足の甲）と後脛骨動脈の収縮期圧を測定してもらえるかもしれません。通常は足背動脈と後脛骨動脈の収縮

期圧どちらか高い方を下肢血圧と考えます。この方法だと本当に下肢の血圧に左右差があるかがわかります。ところが一般の診療所や専門科以外ではドプラー血流計がありません。その場合、上腕測定用の腕帯を足に巻いて後脛骨動脈や足背動脈の圧を聴診することで収縮期圧が測定する場合もあります。しかし、末梢動脈疾患がある場合は聴診器で音を聞き取れないこともあるので、聴診器を使った下肢の血圧測定だけでは「末梢動脈疾患がないと診断することはできません。

なお、動脈の硬化は全身の血管に起こるので、頸動脈という首の動脈の肥厚度（厚さの程度）エコー検査超音波機器を使って動脈硬化を評価することもできます。エコー検査超音波機器超は頸動脈以外の血管も評価することができます。

Q12-5：英国やドイツでも同じような健診や調査がされていますか

- ・生活実態の調査はされていますが、まとまった健診はしていないようです。英国とドイツの調査結果は厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)の研究費の一部を用いて和訳し、公益財団法人「いしずえ」に提供してあります。

1) 英国の背景と調査結果の概要

<http://www.thalidomidetrust.org/SecureDocs/HealthGrantYear3FinalReport.pdf>

英国では、1959年から1962年の間におよそ520人のサリドマイド障害者が誕生した。今日までの生存者は466人である。2010年3月、英国保健医療省（DH）は、英国国内のサリドマイド障害者に2000万ポンドの補助金を設けることを決定した。イギリスの補助金はスコットランド、ウェールズ、北アイルランドの行政と比例して資金供給されるため、英国内では2640万ポンドを3年にわたり支給される。補助金は、サリドマイド障害者が高齢になるにつれ経験する、稀である健康状態や、それにかかわるニーズを援助するために設置された。補助金はサリドマイド・トラストにより2010年4月より、一年に一時支給で3年間にわたり配給されている。評価は2010年5月に始まり、2013年夏までの3年間継続された。主な目的は以下である。

- ・補助金のサリドマイド障害者の健康と福祉への影響を明らかにすること
- ・保健補助金の供給がどの様にサリドマイド障害者の将来的健康問題を軽減したか（またはその可能性があるか）を査定すること
- ・評価で発見された事実をまとめ、3年計画終了後、常置の計画設置および手段の決定をサポートすること
- ・地理的に分散した特別なニーズのあるグループに対し国家的組織による働きでどのような効果が得られたかを調査すること

調査の結果は以下のように記載されている。

- ・保健補助金の3年間の評価で、たくさんの明確な課題が現れた。評価の最終年度ではそれらを確認し発展させると共に、希少な条件または特別なニーズのある他の人々のグループの健康上の需要に取り組むための保健補助金の「モデル」としての可能性という、より広い問題を提起した。
- ・サリドマイド薬害を受けた人々は健康の低下を覚えている。評価最終年度では、更なる体力低下と新しい、更なる健康問題が顕在化している。多くの人にとって、保健補助金のおかげで自分たちのできたことや、自分の実行できた生活変容によって、この劣化の進行を遅らせるか、少なく

12. その他

も人が制御できるようになった。人々は保健補助金の影響ははかり知れないほど確かなもので、「人生を変えるようだった」とさえ評される。

- ・初期では保健補助金を使うにあたって、「健康」や「健康上のニーズ」という言葉の意味を広く捉えていた。しかしながら、3年間の試験期間の末には、人達は補助金の本質的な目的や保健医療省と合意した健康関連のニーズというカテゴリに気づき始めた。
- ・新しい10年補助金の発表は例外なく歓迎されたが、多くの人々は自分の将来の健康及び介助ニーズについて不安を持っていた。しかしながら、人々の間には自分達を「耐将来的変化」にしたい、即ち、状況が変わっても自分の独立性を維持できる手段を求めたいと強く望んでいた。

2) ドイツの背景と調査結果の概要

http://www.contergan.de/671/files/20130125124745Contergan_Endbericht_final_20130108.pdf

ドイツには、約2400人のサリドマイド被害者(以下 コンタガン被害者)の生活実態調査は、コンタガン財団からの助成金によりハイデンベルグ大学の老年学教授のChristina Ding-Greiner氏により実施されている。調査は、スイスとオーストリアも含めたドイツ語圏におけるコンタガン被害者を対象とし、コンタガン被害者や担当医へのアンケートやグループインタビューなどからなる実態調査である。この調査は、870名が参加したアンケート調査、285名が参加した人生の経歴に関するインタビュー、112名が参加した23の特定のテーマを扱った焦点グループと、同様に、62名が参加したコンタガン被害者を治療する医師の調査を含んでいる。最終章には下記のような提言がある。

調査報告書の各章にて勧告がなされている。勧告はコンタガン被害者の将来の供給に関するものであるが、これは調査の際に行われた実証的な分析に基づいている。これらの勧告には、コンタガン年金の大幅な増加、(家族を含む)個人的な資産や収入にかかわらない個人的援助と介護の確保、申請手続きの大幅な簡略化と手続き時間の促進、医療補助等の補償、モビリティの維持のため対策の(一部)融資などが含まれている。本調査では、コンタガン被害者の男女が非常に個人個人で異なった生活状況であることが明らかになった。また、彼らはニーズをはっきり述べることができるということも分かった。これらの証言はコンタガン被害者の将来のサポートのため、非常に重要である。

Q12-6：海外にも健康問題に関する詳しいQ&Aはあるでしょうか

- ・あるのかもしれませんが、見つけれませんでした。

海外の被害者の方であっても困っていることはおそらく共通しているだろうと考えたため調べてみたのですが、健康問題に関する詳しいQ&Aは見つかりませんでした。ただし、英国には下記のサイトがあり、脂質代謝異常や血圧測定についても記載があります。今回のQ&Aは下記を参考にしながらより詳しいものを作成することを目指しています。このQ&Aを英語とドイツ語に翻訳し海外の方にも役立ててほしいと考えています。

<http://www.thalidomidetrust.org/healthinfo>

Q12-7：医療機関を受診すると医師から「サリドマイド（胎芽病）のことはよく知らない。なにか参考になる資料や論文はないのですか」と尋ねられます。どのように答えたらよいでしょう。このQ&Aがあることを紹介してください。

Q12-8：健康問題で特に気を付けておくことはなんですか

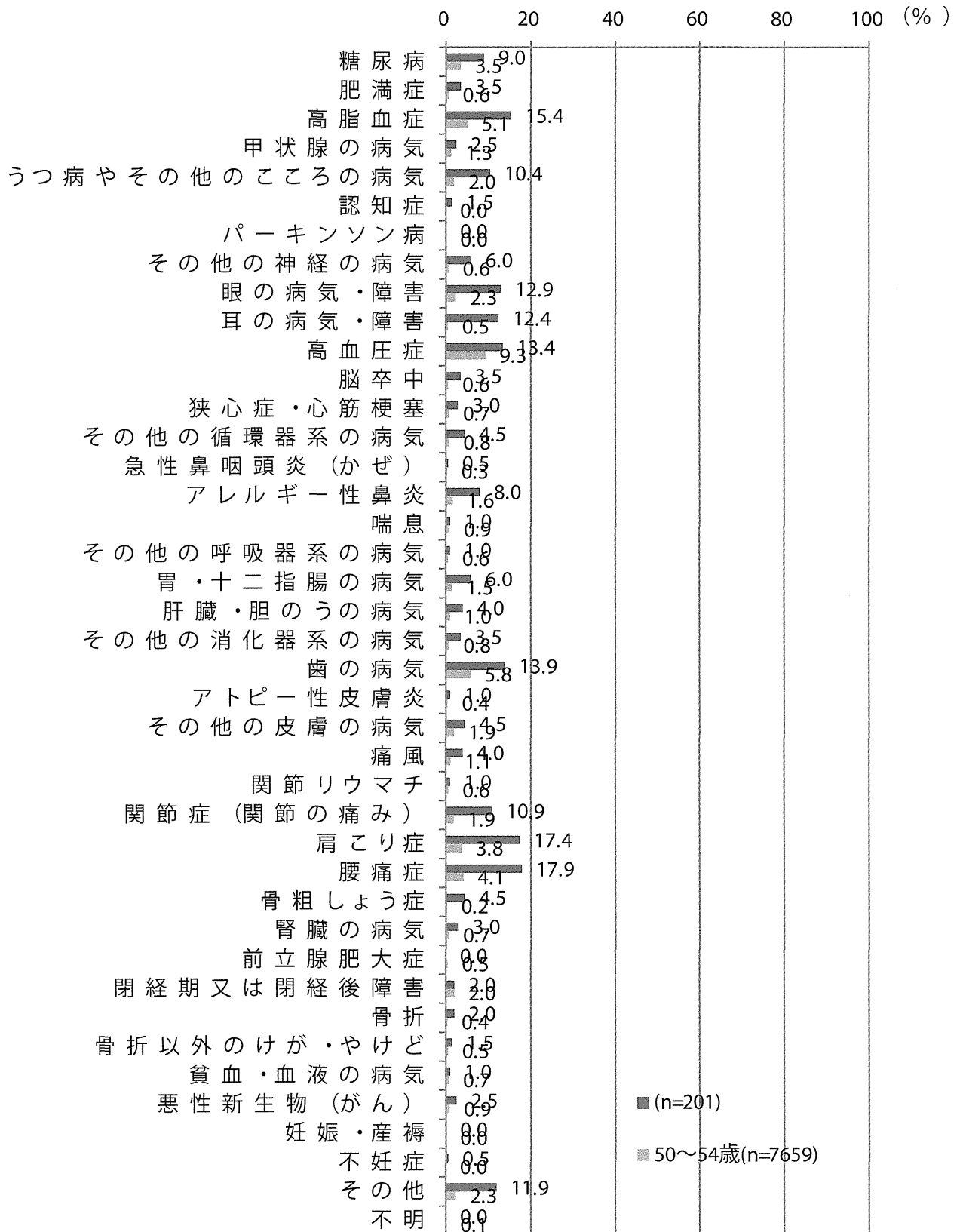
- ・かかりつけ医で定期的な健診を受け高脂血症（脂質異常症）や高尿酸血症、糖尿病でないかどうかを診断してもらうことを強くお奨めします。
- ・アンケート調査の結果、糖尿病と高脂血症（脂質異常症）、肥満の方が同年代の2～3倍多いことがわかりました（図5）。
- ・健診を受けた76名中41名（54%）が脂肪肝、17名（22%）が高尿酸血症でした。

障害から生じている「痛み」や「苦しみ」で解決できないことは沢山あります。しかし、これから起きる病気を「予防」することはできます。アンケート調査の結果、糖尿病と高脂血症（脂質異常症）、肥満の方が多いことがわかりました。図5は平成24年度に行ったアンケート調査でどのような傷病で通院しているかを調査した結果です。

全体で見ると腰痛症が27.7%と最も多く、肩こり症が26.9%でした。高脂血症（脂質異常症）も23.8%で非常に多いことがわかります。糖尿病と高脂血症（脂質異常症）は同世代と比較して2～3倍もありました。また、3年間で健診に協力して頂いた方76名中41名（54%）が脂肪肝と診断されました。また、22%が高尿酸血症（血清尿酸値 $>7.0\text{mg/dL}$ ）でした。

上肢に障害がある方の血圧測定方法が決まっていないため、潜在的な高血圧の方が相当数いると思います。高脂血症（脂質異常症）と糖尿病は採血で診断される疾患です。かかりつけ医で定期的な健診を受け高脂血症（脂質異常症）や糖尿病がないかどうか診断してもらうことを強くお奨めします。

図5：通院している傷病；一般50代とサリドマイド胎芽病の方の比較（複数回答）



Q12-9：上肢が無形成でも標準体重は一般の人と同じように考えてよいでしょうか。自分が肥満なのかどうかわかりません。

・同じように考えてはいけないと思います。体重と同時にウエスト周囲径の測定が大切です。

上肢が無い方は、一般の方より厳しい基準で考えるべきでしょうからBMI (body mass index) が25以上あれば確実に「肥満」です。しかし、様々な程度の違いがある上肢低形成の方の標準体重をどのように考えるべきかという質問に対するよい答えはありません。したがって、上肢無形成の方は「肥満」であるかどうかということより体重が不明でも診断できる「メタボリック シンドローム」であるかどうかということを考えてほうがよいと思います。ウエスト周囲径（腹囲）が男性で85cm、女性で90cm以上であればそれだけで要注意です。今回の健診で腹囲を測定した方66名中17名（24%）がこれ以上の腹囲でした。

日本では体重（Kg）を身長（m）の二乗で除したBMI (body mass index) が25以上を「肥満」としているの、上肢障害の有無にかかわらずこれが25以上であればダイエットすることをお奨めします。

あまり知られていないことですが日本においては「肥満」と「肥満症」と「メタボリック シンドローム」は違います。BMIが25を超すと「肥満」になりますが、この「肥満」の人が腹部CTで内臓脂肪型の肥満であると診断されるとそれだけで「肥満症」になります。また、BMIが25以上で糖尿病や脂質異常、高血圧や脂肪肝、腰痛症などが一つでもあれば「肥満症」になります。

平成24年度のアンケート調査で腰痛に悩んでおられる方は多いことがわかりましたが、そのような方のBMI (body mass index) が25であればそれだけで「肥満症」になります。簡単に言うと「肥満症」は「肥満」と違って治療しなければならない「病気ということになります。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/seikatu/himan/inspection.html>

一方「メタボリック シンドローム」は動脈硬化を予防するという考えから決められた基準です。内臓脂肪が100cm²以上に相当するウエスト周囲径（腹囲）が男性で85cm、女性で90cm以上あり、高血糖、脂質代謝異常、高血圧のうち2つがあれば「メタボリック シンドローム」と診断されます。BMIは関係ありません。上肢が無形成の方においてはBMIが25未満であってもウエスト周囲径（腹囲）が上記以上であれば血糖と脂質が異常高値でないかどうか調べてもらうことを強くお奨めします。

つまりサリドマイドの方、とくに上肢無形成の方は「肥満」であるかどうかということより体重が不明でも診断できる「メタボリック シンドローム」ではないかということを考えてほうがよいと思います。その意味でウエスト周囲径の測定は非常に大切です。下記のサイトを参考にして腹囲を測りましょう。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/metabo02/kiso/check/>

Q12-10：上肢が無形成や低形成の場合、太りやすいのでしょうか

・筋肉の量が少ないため、エネルギー消費量少ないと考えられるので太りやすいのではないかと考えています。

上肢に障害がある方は定期的に運動する習慣がない方が多いようです。また、上肢無形成の方は一

12. その他

一般の方より筋肉の量が少ないため、エネルギー消費量が少ないと思います。

一般に

エネルギー摂取量 (kcal) = 標準体重 × 身体活動量 とされています。

・ 標準体 (kg) = 身長 (m) × 身長 (m) × 22

・ 身体活動量：デスクワークなどの軽労作 25～30kcal × 標準体重

立ち仕事など普通の労作 30～35 kcal × 標準体重

デスクワークで身長155cmの方を上記の式に当てはめて考えると

エネルギー摂取量 = $1.55 \times 1.55 \times 22 \times 30 = 1585$ kcalとなり1600kcalで十分ということになります。上

肢無形成の方は一般の方より筋肉の量が少ないため、エネルギー消費量も少ないと考えられるので、身長155cmで上肢が無形成の方であれば1日あたり1600kcal以上食べていると肥満になると思われます。したがって「食べていない割には太りやすい」と感じるかもしれません。

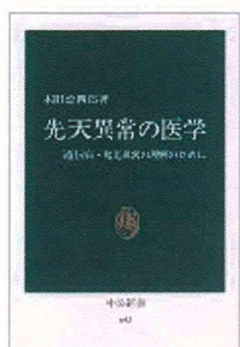
Q12-11：いつも採血が難しいので採血されることが心配です。採血をしてもらう看護師さんなどに見せる資料はありませんか

採血を担当する方に事前に「資料 1：サリドマイドの方の採血のコツ」を提示してください。

13. 関連書籍



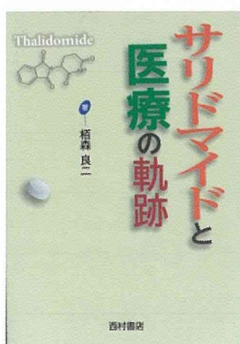
書籍名	神と悪魔の薬サリドマイド
著者	トレント・ステフェン、ロック・ブリナー
発行所	日経B P社
発行年月日	2001年12月21日
ISBN 番号	ISBN4-8222-4262-5



書籍名	先天異常の医学
著者	木田盈四郎
発行所	中公新書
発行年月日	1982年2月25日
ISBN 番号	ISBN4-12-100643-7

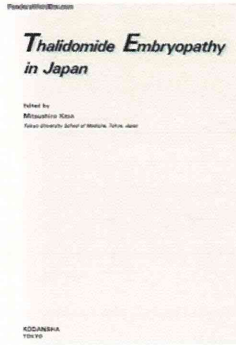


書籍名	サリドマイド物語
著者	栢森良二
発行所	医歯薬出版株式会社
発行年月日	1997年6月25日
ISBN 番号	ISBN4-263-23310-7
備考	絶版



書籍名	サリドマイドと医療の軌跡
著者	栢森良二
発行所	西村書店
発行年月日	2013年12月13日
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4890134427

13. 関連書籍



書籍名	Thalidomide Embryopathy in Japan
著者	木田盈四郎
発行所	講談社
発行年月日	1987年
ISBN 番号	ISBN4-06-202814-X C3047
備考	非売品



書籍名	典子44歳 いま、伝えたい 「典子は、今」あれから25年
著者	白井典子
発行所	光文社
発行年月日	2006年5月24日
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4334975012



書籍名	典子44歳 いま、伝えたい 「典子は、今」あれから25年
著者	白井典子
発行所	光文社
発行年月日	2012年1月12日
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4334785970



書籍名	サリドマイド - 科学者の証言
著者	増山元三郎
発行所	東京大学出版会
発行年月日	1971年
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4130050777
備考	絶版



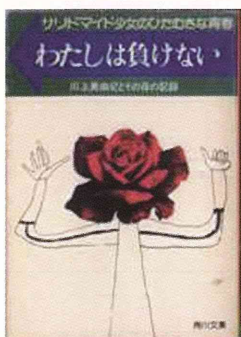
書籍名	サリドマイド事件前史
著者	川俣 修壽
発行所	緑風出版
発行年月日	2010年4月
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4846110031



書籍名	サリドマイド児たちの若栗スノーキャンプ
著者	高野恵美子
発行所	近代文藝社
発行年月日	2010年1月
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4773377972



書籍名	不思議の薬—サリドマイドの話
著者	鳩飼きい子
発行所	潮出版社
発行年月日	2001年9月
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4267016097
備考	絶版



書籍名	私は負けない - サリドマイド少女のひたむきな青春 川上美由紀とその母の記録
著者	川上美由紀
発行所	角川書店
発行年月日	1981年2月
ISBN 番号	B000J7YXRK
備考	絶版

13. 関連書籍



書籍名	青い鳥はいなかった －薬害をめぐる一人の親のモノローグ
著者	飯田進
発行所	不二出版
発行年月日	2003年7月
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4835032993



書籍名	サリドマイド禍の人びと －重い年月のかなたから
著者	宮本真左彦
発行所	筑摩書房
発行年月日	1981年12月
ISBN 番号	B000J7SAI8
備考	絶版



書籍名	旅立とう、いま －こずえ 20歳の青春
著者	吉森こずえ
発行所	N H K 出版
発行年月日	1981年
ISBN 番号	ISBN-13: 978-4140082485
備考	絶版



書籍名	翔べ！浩 －あるサリドマイド児の青春
著者	高橋幸春
発行所	桐原書店
発行年月日	1983年12月
ISBN 番号	B000J79EME
備考	絶版