

■巻頭言	大阪医科大学医師会会長 米田 博	1
■特集：座談会「各科における現代のめまい診療」		2
＜司 会＞	大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室准教授 臼田 寛	
＜出席者＞	大阪医科大学神経内科学教室准教授 木村 文治	
	大阪医科大学小児科学教室准教授 田中 英高	
	大阪医科大学脳外科学教室准教授 梶本 宜永	
	大阪医科大学神経精神医学教室准教授 康 純	
	大阪医科大学耳鼻咽喉科学教室助教 乾 崇樹	
	日立造船株式会社（産業医） 辻 洋志	
■最近の動き		
「大阪府学校医部会作成 教育ツール」について	大阪医科大学小児科学教室准教授 田中 英高	23
■かなり役立つ生涯学習		
胃がんにおける個別化医療の幕開け	大阪医科大学附属病院化学療法センター長、がんセンター副センター長 後藤 昌弘	26
■会員の活動		28
■会員の広場		
看護学部に着任して	大阪医科大学看護学部看護学科内科学教授 瀧井 道明	30
■ホームページの広場 22		
Windows XP から Windows 8 へ	大阪医科大学放射線医学教室 上杉 康夫	31
■会長からのお知らせ		36
■インフォメーション（第35回日本小児体液研究会、大阪糖尿病アカデミー、第25回北摂癌治療研究会、第4回高槻肝疾患研究会、第15回大阪医科大学産婦人科オープンクリニカルカンファレンス、第41回潰瘍学会、日本神経精神医学会、日本神経学会第99回近畿地方会、第37回大阪医大眼科セミナー、第20回日本産婦人科乳癌学会）		37
■北摂四医師会医学会総会記録（第22回）		39
■北摂四医師会医学会分科会記録（第6回北摂四医師会生活習慣病フォーラム、日本医師会認定産業医講習会「作業環境管理と危機管理」、第2回北摂四医師会肺疾患フォーラム、第7回北摂コラボレーションミーティング、第21回北摂四医師会骨・内分泌・代謝研究会、第21回北摂四医師会北摂糖尿病フォーラム、第10回北摂四医師会ほくせつフットケアカンファレンス、北摂四医師会骨盤疾患フォーラム第3回学術集会、第4回北摂四医師会三島感染症研究会）		40
■大阪府医師会勤務医部会第2ブロック報告	みどりヶ丘病院院長 新井 基弘	46
■平成25年度大阪医科大学医師会理事・評議員会		
	大阪医科大学附属病院中央検査部 村尾 仁	49
■平成25年度大阪医科大学医師会総会報告	大阪医科大学附属病院中央検査部 村尾 仁	51
■平成24年度大阪医科大学医師会会計報告		54
■平成25年度大阪医科大学医師会役員構成		55
■平成25年度大阪府医師会各種部会・委員会等委員構成		56
■編集後記	編集委員 萩森 伸一	

巻頭言

大阪医科大学医師会会長

米田 博



本年4月より前会長、河野公一先生の後を引き継ぎ、大阪医科大学医師会会長に就任いたしました。責任の重大さに身の引き締まる思いです。会員の先生方はもとより、多くの方々のご指導、ご協力を頂戴して職責を全うしたいと思います。

大阪医科大学医師会は、医学教育、医学研究ならびに診療にたずさわる医師たるものの本分の自覚を促し、医学および医療の発展に寄与するとともに、本学の勤務環境の改善、地域医療、公衆衛生および学会活動に努力し、会員相互の親睦をはかることを目的とし、医師会の中で郡市医師会と同じレベルの組織として活動を行っています。これまで、このような目的を達成するために、『大阪医科大学医師会会報』の発行、府医師会等と協働した産業医講習会、男女共同参画シンポジウム等の開催、北摂四医師会、勤務医部会とともにを行っている生涯教育活動、会員主催による学会に対する助成など様々な活動を行っており、今後もこのような活動を継続、発展させてゆきたいと考えています。

今、日本医師会は大きい転換点にあります。組織率の低下、日本医学会の法人化による学術団体としての位置づけ、医療の自由化など政治的課題に対する相対的な発言力の低下など問題が山積しています。われわれの医師会もその一角を担っており、このような課題を真剣に考えてゆく必要があります。また大学医師会としての役割も果たしてゆかなければなりません。このような状況の中、大阪医科大学らしい医師会を常に目指しながら会員の皆様とともに進んでゆきたいと考えております。何卒よろしくお願い申し上げます。

各科における現代のめまい診療

日 時:平成25年 4月30日

場 所:大阪医科大学第7会議室

司会

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室准教授

臼田 寛

出席者(敬称略)

大阪医科大学神経内科学教室准教授

木村 文治

大阪医科大学小児科学教室准教授

田中 英高

大阪医科大学脳外科学教室准教授

梶本 宜永

大阪医科大学神経精神医学教室准教授

康 純

大阪医科大学耳鼻咽喉科学教室助教

乾 崇樹

日立造船株式会社(産業医)

辻 洋志





白田 寛 先生



木村 文治 先生

白田 本日はお忙しい中、『大阪医科大学医師会会報』の座談会にお集まりいただきありがとうございます。今回のテーマは「各科における現代のめまい診療」です。

めまいは多彩な基礎疾患を背景に発生し、良性・悪性、緊急を要するもの、そうでないものと千差万別であるため、鑑別、治療には幅広い領域での専門知識が必要となります。そこで本日は、大阪医大附属病院の神経内科から木村文治先生（学27）、小児科から田中英高先生（学29）、脳神経外科から梶本宜永先生（学33）、精神科から康純先生（学39）、耳鼻咽喉科から乾 崇樹先生（学50）、日立造船本社産業医の辻洋志先生（学51）にお集まりいただいております。めまい診療の現状や検査、治療、また職場における健康管理等について分かりやすく解説していただきたいと思います。

1. 各診療科でよくみるめまいの種類と鑑別すべき疾患

白田 最初は、各科で多くみられるめまいの種類や鑑別すべき疾患について、皆様方にお伺いしたいと思います。各診療科ではどのようなめまいが多くみられ、どういったポイントに注目して問診や鑑別を行っておられるのでしょうか。まず、神経内科の木村文治先生からお願いします。

木村 本日はよろしく願いいたします。私は神経内科の立場から、めまいの患者さ

んを診察する時の医療面接から検査診断への一連の流れをお話します。

最初、めまいを訴えられた時に、vertigo か dizziness か、急性か慢性か、耳鳴り・難聴などがあるか、何か薬物を投与されていないか（特に、抗てんかん薬など）、感冒様症状があったかと、合併症として糖尿病、高血圧、片頭痛の有無を確認します。一般診察所見としては、貧血、頭位変換性、血圧変動（特に起立性低血圧）、不整脈などを診ます。神経学的診察所見としては、特に眼振、小脳性運動失調、ロンベルグ、振動感覚などの有無を診ます。検査では、MRI で多発性脳梗塞や小脳梗塞、MRA で椎骨動脈、内頸動脈などの狭窄などを確認します。このように、中枢から末梢へあらゆるめまいの可能性を見逃さないように身体診察を進めていく流れとなっています。

白田 医療面接によるスクリーニング後の画像検査で異常所見が見つかる割合というのはどれぐらいでしょうか。

木村 めまいを訴える患者さんの頻度からすると、器質的異常が見つかる頻度は非常に稀です。しかし最近では、拡散強調画像という MRI の画像処理方法により、以前は見い出せなかった小さな梗塞数が見つかるようになってきています。その意味では、以前に比べて器質的異常が見い出される症例が増えているとも言えます。

白田 医療面接で注意するポイントは、ど



梶本 宜永 先生



乾 崇樹 先生

ういった点でしょうか。

木村 グルグル回る vertigo (回転性めまい) 激しいめまいほど末梢性が多く、むしろ dizziness と呼ばれる浮遊感の方が小脳梗塞や脳幹梗塞が多いため注意が必要です。

臼田 ありがとうございます。脳神経外科では中枢性めまいを扱うことが多いと思いますが、梶本先生の領域ではいかがでしょうか。

梶本 脳外科では、頭痛に次いでめまいの初診患者さんが多く来られます。めまいの診察のポイントは、良性めまいと悪性めまいの鑑別です。良性めまいには良性発作性頭位めまいが最も頻度が高いですし、悪性めまいには脳幹部の梗塞や小脳の梗塞・出血あるいは脳腫瘍などがあります。

まずは、問診と神経診察でのスクリーニングが重要です。解剖学的に、脳幹には神経が非常に集中しています。めまいの前庭神経核の周辺には、知覚神経路が走り、嚥下などを司る下位脳神経や、眼球運動の関連する神経も近くに走っています。したがって、悪性めまいの場合には、めまい単独でなく脳幹部や小脳症状も合併することが多いのです。まず、問診でそういう脳幹症状などがないかを聞きます。具体的には、嚥下障害や構語障害や複視がないかについて「しゃべりにくくありませんか?」「お茶などを飲み込む時に、むせたりしませんか?」「ものが2重に見えませんか?」

と聞くのです。

次に、神経診察に移ります。そこで重要なのは感覚障害です。中枢性の知覚障害の場合には、半身などの非常に広い範囲にわたって症状が出ます。上肢、下肢、あるいは顔面を指などで触って、触覚に左右差がないかどうかを聞くことが重要になります。その次に、指鼻試験や手の反復運動（通称：きらきら星）を行って小脳症状がないかを診ます。最後に、麻痺の有無を手のバレー徴候で判断します。これだけしておけば、大抵の神経症候は捉えられると思います。

もしそこで異常があるようであれば、直ぐに緊急 MRI を行います。MRI の撮影方法は、必要最小限の拡散強調画像と FLAIR 画像、それと頭部 MRA の3つをセットで撮ってもらいます。これで、悪性か良性かのめまいの鑑別は大体できます。ただ、そういう神経症候がない場合も、高齢者で心房細動がある、あるいは糖尿病、高血圧などの血管リスクの非常に高い方の場合には、できるだけ MRI を撮っておいたほうがよいでしょう。

臼田 疾患の頻度はどれぐらいの割合でしょうか。

梶本 ほとんどが良性のめまいですね。その中でも良性発作性頭位めまい症 (BPPV) が大勢を占めていますので、BPPV を確実に診断できるスキルが必要になると思います。

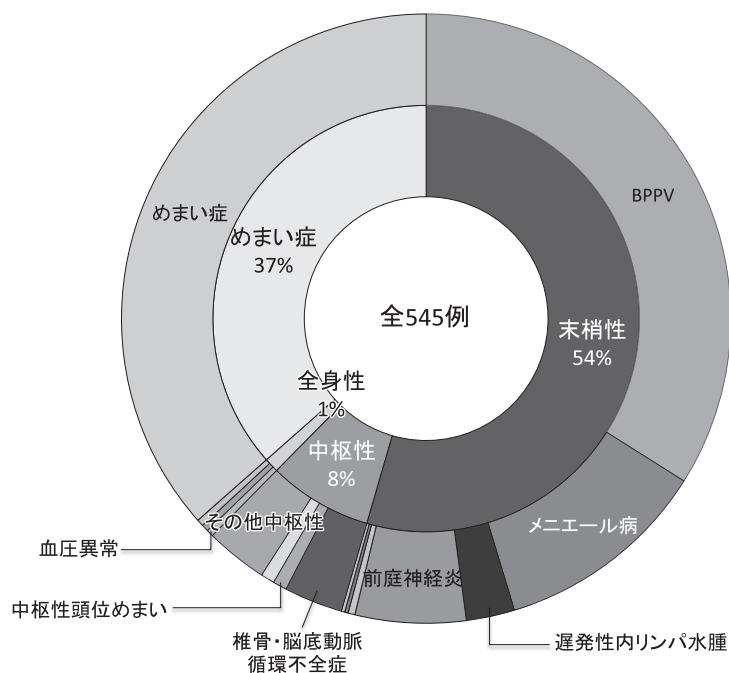


図1 耳鼻咽喉科・めまい外来における疾患比率

臼田 ありがとうございました。今お話にありましたBPPVは、耳鼻科でもよくみられる疾患です。乾先生よろしく願いいたします。

乾 お配りしております資料の1枚目のドーナツ型の図1をみていただけたらと思います。私は耳鼻科のめまい外来という形で担当させてもらっているのですが、その外来での少し前、数年分の疾患比率をグラフにしております。総数が545例だと思いましたが、日本めまい平衡医学会という会がありまして、診断はその学会の基準に則っております。

耳鼻科以外のいろんな先生方もこういう統計を出されておられて、それほど大きな差はないのかなと思います。もちろん部分的に大学病院であることであるとか、診療科、また予約制の外来になっておりますので、初診時に明らかに中枢性が疑われて、ですとか、血圧の異常によるものが疑われた場合にはあまり回ってきませんので、その辺の差はあると思います。

これで見ますと半分少しが末梢性、つまり耳が原因のめまいでして、1割弱が中枢性のもの。もちろん、今お話させていただいたように、緊急性のあるタイプのものはわれわれがずっと経過を見ているということはほとんどありませんけれども。

その他も全身性のものであるというのが若干あります。この分の割合はやはり少ないとは思いますが。あと3分の1強が明らかな所見がない、いわゆる“めまい症”というものです。いろいろ検査するけれど、あまり何も引っかからないという方がいらっしゃると思いますが、この中にはいろいろお話を聞いていきますと、最初は末梢性のめまいがあったんじゃないかと。その後自覚的な症状であるとか、あるいはかなりよい状態になっているけれども、ご本人は困っておられる、というような検査をすると引っかってこないという方がたくさんいらっしゃると思っています。そういう点でいきますと、かなり末梢性のめまいというのが多くなってきますので、耳鼻科の役割という

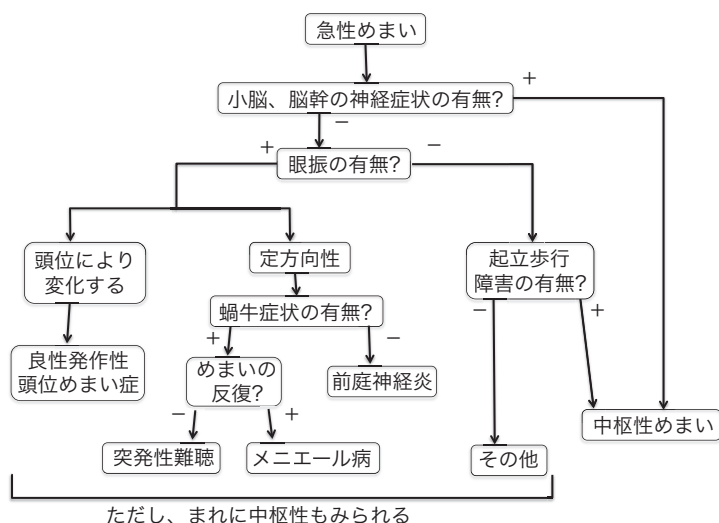


図 2

の大きいだろうというふうを考えてやっております。

その末梢性の分で見ますと、やはり BPPV が 1 番多くて、次いでメニエール病、あとはこの遅発性内リンパ水腫というものと同じような病態です。後は前庭神経炎、この辺りで大半を占めております。メニエール病は多いですが、世の中でいわれているほど多くはないです。ですので、やっぱりそういった疾患を中心に診ていくことで、もちろん問診でもかなり絞れるのですけれども、そういったところから鑑別を進めていくというふうにすることで、かなりアプローチしやすくなってくると思います。その手順に関しては、よく成書にフローチャートが載っております（図 2）が、その辺りは、やっぱり眼振をとってというのが、木村先生もおっしゃっておられました、非常に重要だと思っています。耳鼻科の特性としては非注視の状態ですね。フレンツェル眼鏡というものを使いまして、注視、ものを見ることによって目の位置を固定しにかかる機能を抑制してしまうことで、誘発できる眼振があると。隠れている眼振が出てくるというのがありますので、その辺が診られるのはわれわれのアドバンテージ

だと思っています。特に最近、CCD カメラを用いたものでかなり感度が上がってきていますので、逆にわれわれだけに異常がみえる方々もいらっしゃると思います。

臼田 梶本先生の方からも、BPPV の診断が重要というご指摘がありました。BPPV について少し詳しくご説明をお願いします。

乾 本当に教科書にも書いてあることなのですけれども、非常に特徴的なエピソードがあります。じっとしている分には大丈夫だけれども、特定の頭位をとるとめまいがする、程度によってきつい方はもちろん回転性ですし、軽ければ浮動性のめまいを訴えられる方もいらっしゃるのですが、これが短時間であるというのがやっぱり特徴だと思います。場合によっては数秒からせいぜい数分、10分という間で治まってくる。これを眼振で、われわれは証拠をとっていくわけですが、そこまでいなくても大体、普通聴覚の症状は出てきませんので、その辺りのことをじっくりと問診をとって見ますと、半分よりもずっと多い割合で予測がたてられるというふうになってくると思います。

ただ、そういうめまいが 1 日に何回も起こっているのが数日続くと、患者さんは

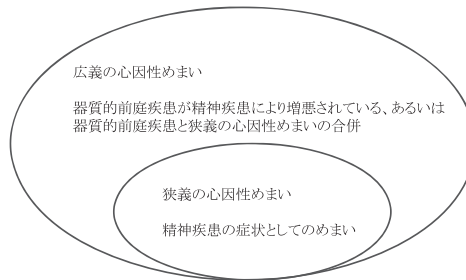


図3 心因性めまい

図4 めまいを症状とする精神疾患

気分障害 (うつ病)	精神症状と多彩な身体症状が出現する。 めまいは身体症状の1つとして出現
不安障害	パニック障害、全般性不安障害、適応障害、恐怖症、解離性障害不安を基底にもち、身体面に非常に過敏となることによって症状が出現する
身体表現性 障害	身体的な異常所見は認められないが何らかの疾患にかかっていると強固に思い込み、さまざまな身体的不調を訴える。 身体化障害：身体的不調が2年以上続く。 心気障害：2種以上の重大な身体疾患があると6ヵ月以上強固に確信している。

「ずっとめまいがしています」とおっしゃるので、その辺を1回1回止まるものを1回とカウントして、そこを問診で引っかけあげると、例えばメニエール病であるとか、メニエール病は聴力も症状が出るのが多いのですが、他のめまいとの区別はよりつきやすくなるかなと思います。

白田 ありがとうございます。康先生には心因性のめまいについてお願いします。

康 精神科で取り扱うめまいに関しては、いわゆる心因性のめまいということになりますが、実臨床で、めまいを主訴に、一番最初に精神科を受診するという人はほとんどいません。当然適切な科を回ってきて、そこから送られて来ることが多いので、基本的には心因性のめまいだろうという予想をもっているのですが。

一つ大事なのは、一番最初に心因性のめまいの、資料(図3、4)の中に入っていると思うんですけども、乾先生もおっしゃるように、その時には心因性のめまいだろ

うと思われる場合でも、元々別のめまいを起こすような疾患をもっていて、それがあ

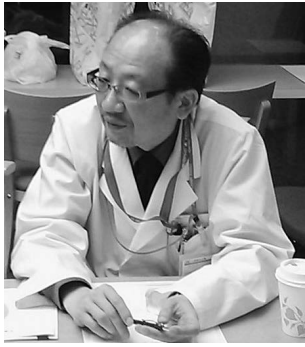
る程度治まっている、あるいはそれに合併する形でのかかってくるというのが、可能性としてはかなりあります。

患者さんの訴えを聞きますと、めまいというのは非常に怖い、歩けないんじゃないのかとか、このまま倒れてしまうんじゃないかとかという形の、恐怖感とか不安感を伴うことが多いので、その恐怖感、不安感というのが心因性のめまいを合併させてしまうような1つのきっかけになっているようにも思います。

常に頭の中に入れておかないといけないのですが、そういう合併をしているということは、狭い範囲での心因性のめまいということになってくると、心因性という言葉を使っ

てはいますが、基本的には精神疾患の症状として狭い範囲では考えられています。

圧倒的に多いのは不安障害。不安障害は



康 純 先生

パニック障害とか全般性不安障害、恐怖症いろいろありますけれども、不安に伴ってめまいが出るというのが非常に多いです。だから精神科の中で、心因性めまいでは一番可能性として高い疾患は不安障害です。元々不安障害というのは新しい言葉で、かつては神経症という病態で考えられていた時代もありましたが、それが一番多い。

次に、精神科医にとって大事なのは、いわゆる仮面うつ病に代表されるうつ病の1症状としての身体症状としてのめまいが出てきている場合というのが一番大事で、ここを見落としてしまうと基本的な治療方針が全く変わってきますので精神科医としては診ていかないと、と思います。

後は、数は少ないですが、統合失調症に伴うめまいとかもあります。統合失調症に伴うめまいというのは、私達精神科医にとってはそんなに迷わないものです。統合失調症は明らかに分かる場合が多いですから。

臨床上非常に問題があるというか、難治例なのは身体表現性障害です。心気障害に伴う症状としてのめまいというのは非常に難治で、もう本当にこのことだけで5年、10年間ぐらい診察を続けている方もいらっしゃいますので、こういう診断が続くと、腰を落沉着けてじっくりと対応していかないといけなかなという形になります。

白田 ありがとうございました。小児科の



田中 英高 先生

田中先生に伺います。子どもの場合は、なかなか症状を言語化できないのでご苦労なさっていることと思いますけど、この辺りからお話をいただければと思います。よろしくお願いします。

田中 めまいというのは自覚症状なので、概念的なものがわかるのが小学校の高学年ぐらいからになるんですね。小学校低学年まででめまいを主訴に来院する子どもはほとんどいません。低学年では子どもがふらついて倒れた、と保護者が訴えて受診する場合がありますが、やはりめまいという自覚症状は思春期ごろから多くなります。

子どもがめまいを訴える時は、子どもで回転性に目が回る（vertigo）は頻度的にはきわめて少ないですね。多くは浮動感のような、雲の上をフワフワしているような感じ（dizziness）とかですね。さらによく聞いてみると、立ちくらみが多いのです。立った瞬間にクラッと来る、クラクラするというものです。目の前が見えにくくなります。さらに症状をよく聞いていくと、頻度的には起立性調節障害が全体の8割を占めます。目が回るとか、フラフラする、めまいがする、などで受診しても、8割が起立性調節障害です。その他の2割が失神発作、心因性、BPPV、ムンプス後などになります。後の2つ、BPPVとムンプス後は、耳鼻科の先生のところを受診した子どものめまいでは多いと報告されていますが、そ

子どものめまい

- 起立性調節障害
- 失神発作
- 心因性
- 良性発作性頭位めまい
- ムンプス後

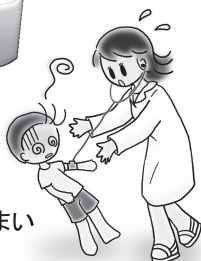


図 5

れでもやはり起立性調節障害が一番多いとおっしゃいます。小児科、耳鼻科の2つを合わせると、図5にある順番が多いと思いますね。

そこで、子どものめまい診療では、起立性調節障害の一症状としてのめまいを最優先に考えます。起立性調節障害はめまい以外の様々な症状、たとえば、朝に起き辛い、頭痛、身体がだるい、午後からは回復して夜は元気になり、寝つきが悪くなる、などをずっと聞いていくことが診断の一番のポイントになります。さらに起立性調節障害の診断には、基礎疾患を除外しないとけません。先ほども木村先生がおっしゃいましたように、鉄欠乏性貧血や、脳病変、その他おっしゃった病変も当然頭に入れつつ診断していきます。ほとんどないというのが現状ですね。昔みたいに鉄欠乏性貧血は多くないように思います。血液検査で簡単にみつかるので診断には困りません。

一方、起立性調節障害は診断に困ることがあります。10年ほど前までは起立性調節障害というのは、主に症状から診断していました。その昔1960年代に、症状だけで診断するような診断基準が作られて、かなりアバウトに診断できてしまいました。つまり、朝起きられない、立ちくらみ、長時間立ったら失神する、頭痛、腹痛、動悸、車酔いなどの身体症状の組み合わせで簡単に診断できます。便利なんです、その一方で、不登校に伴う心因性の不定愁訴との区別がつかなかったんです。不定愁訴の子ど

めまいを起こす一瞬の血圧低下も発見
非侵襲的連続血圧測定装置 (Finometer)



図 6

もがたくさん外来を受診するのですが、よい診断方法がなくて困りました。私もかれこれ起立性調節障害の専門の診療を始めて28年が経ちましたが、何かバシッと診断できる方法がないか、長年考え続けてきました。そしてようやくみつけたのが、この図6の下にあります非侵襲的連続血圧測定装置 (Finapres、現在は Finometer) を使った起立試験です。この装置は Beat-to-Beat に血圧と心拍数を計りますから、めまいを起こしたのが一瞬の低血圧によるものであれば、ばっちり診断ができます。Finometer を使って不定愁訴の子どもを検査すると、図7にあるような起立性調節障害のサブタイプというのが見つかりました。4種類あります。健康な子ども達から基準値を作成し、エビデンスのある診断基準を作成しました。起立性調節障害は心と身体の間が関与する心身症ですから、日本小児心身医学会のワーキンググループで数年間議論の後、Finometer を使わないでも簡単に診断できる方法を採用し、コンセンサスを得て、学会ガイドラインとして発表しました。今では、起立性調節障害は図7にあるような基準で診断するのが標準になりました。

子どものめまいに対して、このような方法で起立性調節障害の診断がつけば良いのですが、そうでないややこしいケースもあります。心因性などと診断されてしまうケースがそれに相当するかもしれませんが、

日本小児心身医学会ガイドライン 起立性調節障害のサブタイプ

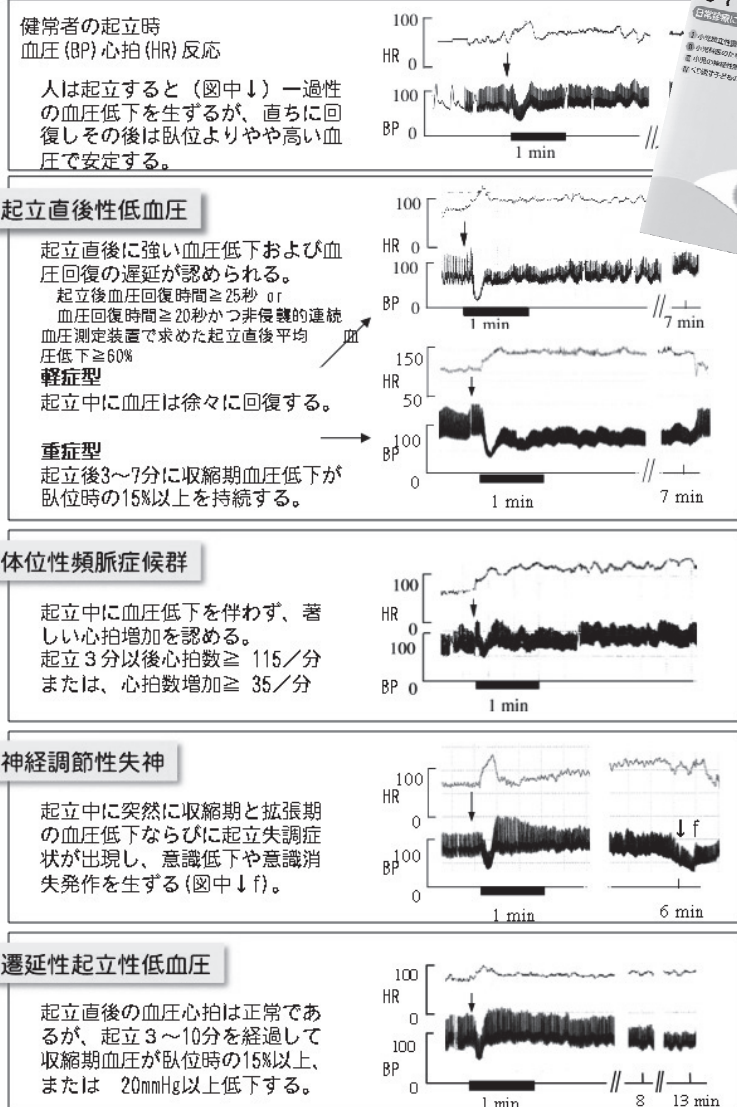


図 7

「めまいする」というんですが、よく聞くと、こう上下に回るんですね。水平じゃなく上下に回るという訴えもあります。これは後で耳鼻科の乾先生や精神科の康先生にいろいろ教えていただきたいですね。あ

るいはその目が回るといっても、物が急に大きく見えたり、小さく見えたりする。これは木村先生に聞きたいんですけど、マクロピアとかミクロピアといって、急に物が大きくなったり小さくなったりして怖がる

んですよ。大人でもあるのでしょうか。急に物がバーンって大きく見えて子どもがびっくりして、ワァーっって発狂するんです。「目が回るー」とかいうのですよね、やっぱり急に物が大きく見えるので。心因性かな、と思っても丁寧にゆっくりと聞いていけば、子どもはちゃんと正直に言ってくれて、つじつまが合いますね。大人の心因性についてはよく知りませんが、子どもは本当にその時の自分が体験したことを言ってくれますよ。もう無茶苦茶でいろんなのがあって、とても面白いんですよ。何かこうファンタジーな体験もいろいろありますが、それを丁寧に聞くことに小児科医はわりと慣れてますけれど、おそらく内科の先生とか慣れていない先生がそんなのを聞くと、「もう、訳分からんこと言う」となるかもしれませんね。丁寧に聞いていくと子どもはいろいろ興味深い体験を話してくれます。ただ、頻度的には、やっぱり起立性調節障害が圧倒的に多いかなと思います。

臼田 続いて辻先生に伺います。職場でめまいを訴える方も多いと思いますが、職場におけるめまいのリスクファクターはどういったものでしょうか。

辻 私は産業医として参加させていただいておりますので、産業医もしくは産業医学という視点から、発言を求められていると思います。大阪医科大学医師会の会員様の中には、あまりなじみのない方もいらっしゃると思いますので、われわれはどういう視点から活動しているのかを簡単にご説明した後、ご回答させていただきたいと思います。

われわれの対象となるポピュレーションは、労働力人口に相当しまして、一般の内科外来の患者さんに比べますとやや若く、必ずしも病人とは限らないということが特徴です。もう1つは、健康の障害要因に特徴があります。めまいを含めた健康障害の原因が、職場という外の要因にあるという



辻 洋志 先生

こと。コモンディジーズをもっておられる方が職場の要因によって、その症状が悪化することもあります。この2点が特徴になります。

職業性のめまいということになりますと、有機溶剤、鉛、水銀など重金属ですね。あと農業に使われる有機リンを中心とした化学物質とか、酸欠、硫化水素、一酸化中毒といったガスによる曝露、そして騒音職場においてよくみられる症状です。

また、そういった化学物質への曝露や内耳への物理的障害だけでなく、実際に職場で多いのは交代勤務や長時間労働といった、職場に普遍的に存在する肉体的ストレスであったり、人間関係を含めた精神的ストレスや不眠によって、耳鼻科疾患ほか起立性調節障害を基礎にもった方の症状が出やすくなったり、また不定愁訴の1つとして、先ほど耳鼻科の乾先生の方からいただきましためまい症に分類される、つまり原因がはっきりしないめまいがみられることが多くあります。

臼田 ストレスや長時間労働の他にも、物理・化学要因が原因となることがよく分かりました。特に健診等で注意する必要があるのはどういった点でしょうか。

辻 健診となりますと、いわゆる定期健診と特殊健診に分かれるんですけども。圧倒的に多いのは定期健診ということで、皆様が受けられているような一般的な健診に

なりますので、そこでめまいという症状があった場合は、内科外来に来られるめまいの患者さんと同じく職場による要因以外の要因の方が絶対数として圧倒的に多く、一般的な内科もしくは神経内科、耳鼻科的診察を行うというのが妥当だと思います。

もう一方の特殊健診ということになりますと、半年に1回行わなければならないことが多いのですが、めまいに関係するものとしまして、具体的には有機溶剤や鉛であったり、あと特定化学物質と呼ばれる体に有害であることが明らかな化学物質に対する特殊健診があります。有機溶剤はすべて、また特定化学物質のうちめまいをきたす化学物質に対する特殊健診では、必ずめまいという問診項目が入っておりますので、必ず問診を行い作業との関連についても詳しく聞く必要があります。

2. 実際に経験されためまいを主訴とする重篤な疾患

臼田 続きまして、めまいの原因疾患について伺いたいと思います。

各診療科の先生の中で、めまいの診断治療を行っていて緊急性を要するような場面に出くわした、あるいは重篤な疾患が原因となっている場合に出くわしたということもおありかと思います。ご参加いただいている先生の中で、そういった具体的な症例についてお話、ご紹介いただければと思います。

特に脳外科では、先ほどお話にもありましたけれども、緊急を要する中枢性の疾患が多いということも伺いました。梶本先生、いかがでしょうか。

梶本 私が経験した悪性めまいの症例を紹介させていただきます。患者は、30代半ばの男性で、本学の救急外来に非常に強い持続性の回転性のめまいと頻回の嘔吐で来られました。当然ベッドの上でぐったりとされていました。嘔気が強いので、いろいろ

お話を聞いても会話になりません。手で上下肢を触って「どっちな痺れてませんか、感覚は弱いですか」と聞いても、うまく答えられません。このような状況では、十分に問診も神経診察もできません。そこで、症状があまりにも重篤なので、先にMRIを撮ろうということになりました。すると、やはり拡散強調画像で延髄に脳梗塞があるWallenberg症候群でした。また、頭部MRAでは、若年で起こりやすい椎骨動脈解離がみつけられました。

脳血管障害は高齢者だけに発症するわけではありません。特に、椎骨動脈解離は、若年性に脳梗塞を起こす代表疾患です。この症例からいえますことは、症状が重篤である場合には、やはりMRIを撮る、あるいは脳外科や神経内科にコンサルトをしていただくというのが正解じゃないかなと考えております。

臼田 ありがとうございます。木村先生の方ではいかがでしょうか。

木村 いわゆる vertigo はあまり血管障害がないといわれている中であって、Wallenberg症候群は vertigo を呈する血管障害の1つとして重要です。特に、Wallenberg症候群は運動麻痺がなく小脳失調とホルネル症候群で注意が必要です。また、前小脳梗塞（AICA）症候群でも vertigo が認められるので注意が必要です。その他、椎骨脳底動脈の狭窄ないしは塞栓で起こる場合があって、あっという間にめまいから脳幹死みたいな状況に陥る場合もあるので、注意が必要です。それから、私の経験ではヤコブ病がめまいで初発した後、みるみる進行して寝たきりになられた方がおられます。論文で調べてみますと、やはりヤコブ病の初発症状に、めまいが比較的多く認められたと報告されています。それから、先ほどの田中先生の『ファンタジックな訴え』があると云われましたが、片頭痛の合併症に『不思議の国のアリス症候群』がありま

図8 中枢性めまいを疑うきっかけとなる所見

めまい以外の神経学的異常を認めるもの（症例 A）

- ・ 中枢性障害を直接示唆する所見を認めるもの。ただし、約40%の症例ではこれらの症状が遅れて発現する。

めまい以外に明らかな神経学的異常を認めないもの（症例 B）

- ・ 自覚症状と眼振や体平衡障害の程度の相関関係の乖離（例えば、「眼振は軽度であるが立てない」）など。

	自覚症状	眼振	体平衡障害 (両脚直立検査)
末梢性めまい	+++	+++	+++
症例 A	++	中枢性疑い	+++
症例 B	+++	—	++

乾 崇樹、他：急性めまいを主訴として耳鼻咽喉科を受診した中枢性めまい17例の検討。
Equilibrium Res Vol. 69 (4)：198-206, 2010

す。これは片頭痛に伴う一過性の身体変容感です。『不思議の国のアリス』作者のルイス・キャロルが片頭痛もちで、その身体が変容する前駆症状を物語の中に書いたのだろつと言われていゑます。一種の脳底動脈片頭痛といわれるような、頭痛と密接に関わるめまいも認められます。

臼田 ありがとうございます。乾先生の方ではいかがでしょうか。

乾 耳鼻科診療も、本当にめまいの患者さんを現場でたくさん診させていただく場として、やっぱり一番怖いのは、今お二人の先生方がお話されたような中枢の問題。特に、もう血管障害がやはり多いのですけれども、そういうのがやっぱり一番ひやりとする経験をする1つですね。数年前に一度、8年分ぐらゐ、当科に來られてそういった症例があったという方をまとめて論文投稿したのがあるんですけども。これがありがたゐことに、日本めまい平衡医学会の学会賞を受賞しました。

例えば前下小脳動脈症候群とか、あゐいたもので本当に局所的な梗塞の場合に、当初は末梢性めまいとしか診断のつけようがないという症例があつたりしました。参考として配布資料の2枚目をみていただき

たいのですが(図8)、投稿しました論文の内容なんですけども、中枢性のものを疑う過程なんですけど、まず症例Aのようなタイプですが、めまい以外の神経学的異常を認めるものがあります。これは中枢性であろうというものが出れば話は早いのですが、ただこれが出た方の内の実に4割ぐらゐが、その症状は初診時には認められずに、その後経過をみていく中に出てくるのです。本当に最初、逆にMRIを撮っても大丈夫となったものが、数日後に上口唇の痺れとMRIで明らかになったという症例もありました。そういう所見が、やっぱり遅れて出てくることがあり得るといゑのが、1つ勉強になったことです。

もう1つのパターンなんですけども、そういう神経学的な異常がないものもあります。下の表を見ていただきたいのですが、注意するポイントは、まずめまいに関しての自覚症状ですね。つまりご自身がどれだけ辛いのか、そしてわれわれが診て眼振がどうか、それに体平衡障害ですね、歩けるかどうかといゑところが大きくみれるところだと思ふんですけども。まあ自覚症状の程度は、患者ご本人がおっしゃることなのですけれども。それで、表の一番上の末梢性

めまいであれば、普通大体この“自覚症状”、“眼振”、“体平衡障害”の程度が相関します。例えば、メニエール病の発作で救急車で運ばれて来る人は立ち上がることもできませんし、もちろん目を開けただけで注視抑制が効かないぐらいの強い眼振が出ています。

例えば、このめまい以外の神経学的な異常がなかった方もいくらかいっちゃって、症例Bのパターンですね。非常に自覚症状が強くてという方なのですけども、全然眼振がないと。冷や汗もものすごいダラダラかいてられるのに、全然眼振がなくておかしいなという。「ちょっと頑張ってみてみてください。」と言って、何とか立って1歩前へ踏み出すことをすると、本当に転倒しそうになる。そういうふうな、この普通の末梢性で、ここまでひどい末梢性めまいであれば、やはり眼振はしっかりと出るのが普通ですね。こういう“自覚症状”、“眼振”、“体平衡障害”のバランスが乖離するというふうなパターンもあるというのが、この時にいろいろ勉強してみて分かったことです。

梶本 乾先生がおっしゃった、40%の症例でこの神経学的な症状が遅れて発現することは非常に重要なポイントだと思います。外来でめまいの患者さんを診て、まず神経症候、脳幹症状がなく、MRIでも異常がないなど悪性めまいが否定された場合であっても、遅れてから症状が完成する可能性はあるわけです。そこで、患者を帰す時には必ず神経症状が遅れて出ることがあることを念押しする必要があります。すなわち、「しゃべりにくいか、飲み込みが悪いとか、感覚がおかしいとか、手がちょっと動きにくいとか、こういう症状が出た場合にはすぐに病院に来なさい」と言う必要がある訳です。

臼田 ありがとうございます。精神科の康先生はいかがでしょうか。

康 重症の方が2人ぐらいいらっしゃいます。1人はヘルペス脳炎、1人はいわゆる脳出血。で、ヘルペス脳炎の方はほとんど後遺症を残さずに回復したのですけども、この方は30代の男性です。その後、非常に強いめまいが1ヵ月ほど続いた後、しばらくはよかったのですが、職場復帰して、ヘルペス脳炎の後からの復帰というのは、かなり患者さんも慎重になります。少し仕事量を落としてやっていたんですが、元々かなり過重労働で、何でも引き受けて自分の体に全く不安はなくてというタイプの方で。その方が労働時間が増えて、元のレベルぐらいの仕事をするようになって出張とかが増えた時にめまいが再発しました。そのめまいを起こした後が、彼自身の身体に対する自信というものがガタガタに崩れちゃいまして、もうやれる自信が全くなってしまいうんです。その後、精神科的な指導を含めて、そのめまいの成り立ちから不安を取り除くことなど説明して、いったん戻ったのですが、また仕事の負荷が増えた時に、また同じようなめまいを起こして、今はもうほとんど自信がない状態になってしまったという。それをそこからどういうふうにゆっくりと、ある程度完全といえるところまでのレベルにまで職場復帰させていくというのが、私の今のテーマです。

もう1人の脳出血の方は50代の方です。この方も今現時点めまいで、もしかすると休職しないといけないかどうかというところに入ってきているので。

先程申しましたように、精神科で心因性のめまいの中で不安障害が多いというのは、不安に根差したことでめまい症状が出ているとっている場合に、その不安を取り除くことが非常に大事なのですが。生死に係わるような疾患に罹患した後というのは、その不安を取り除くことが非常に難しく、その辺がどんなふうな形で精神科的なフォローをしていきながらもっていくのがいい

のかというのが重要です。

重篤な精神疾患が、めまいを主訴として
いる重篤な精神疾患が見つかるという、統合失調症ではあんまりないですし、うつ病
というのはうつ病であるということをしっかり見逃さないでおけば、めまいを主訴とするだけで一般的なうつの治療と変わらない。逆に何か身体疾患があって、その後精神科で診るような治療を必要とするような状態になった場合は、かなり難しいという印象です。

梶本 致死的な脳疾患がある場合、てんかん、あるいはてんかんの前駆症状としてのめまいが起ってくる可能性があります。逆に、テグレトールなどのてんかんの治療を服用した場合、その副作用でめまいも出てきますか。そのあたりの鑑別は結構難しいようにも思いますが、いかがでしょうか。

康 いちおう基本的には、今言った2人の方は抗てんかん薬を使っておられません。てんかんによるめまいとの鑑別の難しいことはあるのですが、いわゆる自律神経発作みたいな形のてんかんであれば、非常に判別は難しいと思います。脳の器質的疾患に伴うてんかんの場合は、一番最初めまい自体が自律神経発作みたいなところから始まって、もうちょっと広がる人が多いですね。発作自体の広がり意識消失にいくような形のものが出てくることが多いと思うので。それがあるかないかというのが1つ、意識レベルがどうなのかというような鑑別をして問診の時点で分かるかもしれない。後はやっぱり、非常にナーバスになるような状態もありますので、その場合は精神科はてんかん外来がありますので、脳波をまめにとりながら、てんかん外来専門で相談していくという形になります。

梶本 最近の経験ですが、側頭葉内側部に腫瘍があり患者さんがいまして、不安発作とか過換気症候群など多彩な症状を起こしてきました。その中にめまい症状もありま

して、めまいの後に複雑部分発作などのてんかん発作が起きていました。てんかん治療薬では治療困難でしたが、手術で腫瘍を全摘しますと、てんかん発作やその他の諸症状もすっきりと治ってしまいました。したがって、このめまい症状は、てんかんの前兆症状であったと考えられます。

康 そうですね。複雑部分発作、側頭葉てんかんは、いろんな病態を示していて鑑別としては難しいです。

田中 起立性調節障害が、成人した後、20～30代になって症状をずっと引きずることがあるんですね。女性に多いように思われますが、不安障害やうつを合併することもあります。彼女らもめまいを起こすことがあるのですが、そのめまいには日内変動というのがあって、午前中に起こしやすいようです。特に午前中に血圧が下がったり、脳循環が低下するということも影響するのではないかと考えているのですが。康先生、精神科のめまいでは日内変動というのがあるのでしょ

康 心因性のめまいの方で日内変動をおっしゃる方はあまり私の経験ではないです。症状自体の出方というのは、かなり浮動的ですね。時間帯というのはあまり決まってないですけど。ただ、基本的にはやっぱりストレスフルな状態の中で、例えば季節性に症状が増幅することは結構あります。季節の変わり目なんかで、安定していた症状が再燃する方もいらっしゃいます。

基本的には自律神経性の動きが激しくなる時というのは、それが女性の場合だと生理周期に伴うこともそうでしょうし、季節的なものもそうでしょうし、ストレスに関係するものもそうでしょうし、自律神経系が少しばらつきやすい状況の中で症状が増幅することは多い。

田中 先ほど長時間労働とかで起こると指摘されためまいは興味深いですが、そのメカニズムはどのようなものなのですか？

辻 心理的ストレスが脳新皮質に伝達され、その刺激が脳辺縁系および視床下部を通じ、自律神経、内分泌系、免疫系を経て機能障害として症状を発現させると推測されています。さらに心理的ストレスが繰り返されれば、器官の脆弱性が増し末梢の器官に障害が出現することも考えられています。

今、田中先生がおっしゃっていたようなことは、まさに産業医学の分野だなと思いました。やはりストレスに関連してめまいを訴えられる労働者というのは非常に多いと思います。具体的には、多いのはメニエール病や起立性調節障害を基礎疾患としてもおられる方。特に若い女性の方。そういう方は、ストレスに応じて症状が出てくるというケースが経験として非常に多いように感じます。今でいうと春の入社の時期ですので、この前も新入社員の研修で、100~200人の新入社員のいる企業を担当していますが、そういうところでも、初日は出席した方も、数日すると出席しなくなって。その症状がめまいであったり、朝起きれないと。そういうような症状で来られない方がいらっしゃいますので、そういった方の背景にメニエールや起立性調節障害といった基礎疾患が多いのかなというように、推測しています。

木村 乗り物酔いをしやすい人とそうでない人がいますが、実際、論文などでエビデンスはないんですか？

乾 その辺りまでは、まだいわれてないようですね。乗り物酔いに関しては、原因としていわれているのは、視覚からの情報と他の前庭系ですとか体性感覚ですとか、そういうふうなところから入ってくる情報同士のズレですね。車を自分で運転していますと動きの予測がつかますのでそこが一致するんですが、運転していなければ酔うというような人は、その動きが予測がつかないので、そのズレが不快感につながると

いわれてはいるんですけども。個人差の分については、あまりはっきりというのは言われていないと思います。

梶本 重心動揺計などで前庭機能を評価することはできますか？

乾 そうですね、重心動揺は、かなり細かい差というのはやっぱり難しいと思います。ロンベルグテストを定量化するという面はあると思いますけれども、その数値でかなり細かく分けるとするのはちょっと難しいところだと思います。もちろん疾患による傾向は十分に議論されています。

前庭機能の計測ですが、今木村先生が回転系とおっしゃいました、いわゆる半規管ですね。あれは回転加速度のセンサーなんです。もう1つ耳石器というのがありまして、耳石がBPPVで半規管に紛れ込むといわれているのがそれで、これがコアになった沈殿物が半規管内で動くことが原因と言われているんですが、これは直線加速度のセンサーなんです。それで、そのうちの水平の動きと重力の方の動きと言われているものがありまして。20年ぐらい前の報告が最初で、そちらの機能を測定する方法というのがこの15年ぐらい出てきて、徐々に普及してはいますが、前庭誘発筋電位（VEMP）という大きい音を聞かせて緊張させた胸鎖乳突筋のところに波形が出るんですけども。これは今年に入ってからですが、当科でもやり始めています。この検査により、今まで原因不明とされていた、吸い込まれるようなとかエレベーターで気持ち悪いかとかいうふうなめまいを訴えられる方が、その問題であるということが分かってきたりもしてきています。

3. めまいの治療

臼田 すでに治療の方の話に移っていますが、木村先生の内科の方での治療はどういうふうに行われているのですか？
ご紹介いただければと思います。

木村 多発性脳梗塞がみつかるようなめまい（主に dizziness）については、血管リスクの高い人に相当します。高血圧、糖尿病の患者さんは結構めまいを訴える方も多いので、動脈硬化に起因するような患者さんでめまいが起こっていると思いますので、基礎疾患の治療を第一に行います。それ以外には、一般的には椎骨脳底動脈など後方循環系を中心にした血流不全がめまいに関与すると考えられますが、前頭葉性のめまいという前方循環系や脳全体の血流が関与するものもあります。その中で、イブシラスト（商品名ケタス）は脳梗塞後のめまいの症状に対して保険適用が認められていますので、試してみるお薬の1つと思います。それ以外には抗血小板薬も循環改善を目的に使用します。

臼田 梶本先生、脳外科の方では治療はいかがでしょうか。

梶本 脳梗塞がみつければ脳梗塞の治療を、血腫があれば脳内出血の治療ということになると思います。治療段階は専門領域の医師に任せればよいので、一般の先生方はここまでの診断能力が必要です。悪性めまいを見逃さないことが肝要です。

梶本 めまいの中でBPPVの割合はどの程度ですか？

乾 いや、末梢性で5割くらいです。3割くらいというのはBPPVですね。

梶本 われわれも3割位はBPPVであると感じています。しかし、確実にBPPVを診断するためには、Dix-Hallpikeテスト、すなわち頭を動かして眼振めまいが誘発するかどうかをみるという検査が必要です。また、それに引き続いて耳石置換法をすることで、8割程度の方の症状が即座に軽快します。

そこで1つ問題は、Dix-Hallpikeテストや耳石置換法の教育を、中堅以降の医師が受けていないことです。私もBPPV自体を学生のときに一切習いませんでした。し

かし、1999年のN Engl J Medに「Benign Paroxysmal Positional Vertigo」と題したすぐれたレビュー記事がありまして「ああ、こんな病気があるんや」というふうに、初めて知りました。この記事には耳石置換法の具体的な方法やコツが書いてありまして、これを見てから私のめまい診療は大きく変わりました。

ところで、今の医学教育ではBPPVに対しては診断治療というのは、ある程度できるようなっているのでしょうか？

乾 その辺は、特に重点的に指導しているところでもあります。半規管は左右に3つずつあって、それぞれに原因となるいわゆる耳石の存在しかたでいくつかのタイプがありまして。どういうタイプかによって、その浮遊耳石置換法というのが、有名なのはエプリー法というのが一番有名ですが、そのタイプによってやり方がいくつかあります。それをしっかり診断をつけて、適切な方法を選択するというのが一番大事にはなってきますが、やはりその時に問診で、実は問診からその耳石の状態もある程度予測がつきます、しんどい方向がどっちとかかですね、そういうことをお聞きします。で、そこから予測をして眼振をとるという時に、予想通りのものが出るかというところでみていきます。ただどうしても、そこまではっきりと眼振が典型的に出ない方もいらっしゃいますし、程度が軽ければ全然眼振が出ない方もいらっしゃる。そういう時に、われわれ他の疾患の方でもよくやりますが、頭をいっぱい動かしてもらおう。極端なことを言ったら、めまいがしそうなぐらい大きく頭を動かしていただくというのを、しんどい時にはまず寝返りゴロンゴロンしてもらおうぐらいから、というふうに指導します。めまいのある方は不快なものですから、前庭からの情報が入らないように頭の位置を無意識に固定しているんですね。そこで非特異的に、どこの半規管を対

象にという訳ではなくて、大きく頭を動かしていただくことで、浮遊しているといわれている個々の耳石を散らしていくということを目的として同じようにしていただくこともよくあります。

辻 めまいは、通常の生活の中でもよくある症状ですので、覚醒している時間の半分以上を過ごすことの多い職場においても、よく認められます。今、乾先生の方からBPPV、メニエール病、末梢性のめまいが主に多いという一方で、中枢性のめまいについては必ず診断して除外しないとイケない、そういうようなお話をいただいたのですが、実際のところ職場でよく認められるめまいとしましては、耳鼻科疾患と合わせ、高血圧、糖尿病、貧血といったコモンディーズに関連した1症状として訴えられるケースが絶対数としては多いです。ですので、産業医としては、有機溶剤など明らかな有害要因があるなど業務起因性が考えられる場合は、その予防は有害要因の除去や軽減など非常に明快ですけれども、考えにくい場合、特にめまいという症状だけの場合に、どこに紹介したらいいか、何科が専門になるのかと、そういうところが、非常に問題となります。そういったところで、この症状もしくは診察の結果こういう所見があれば何科であるみたいなの、そういうことってございますでしょうか？

田中 産業医の現場で、康先生のいっておられます身体表現性障害かなというようなことはありますか？ しつこく症状ばかりに結構こだわってというか、これオフレコになるかもしれないけど（笑）、正直、かなわないなあという人もいるのと違います？

辻 実際に、身体表現性障害と後に診断されるような方で、めまいだけを主訴に来られるという方は少ないです。メンタル不調やストレスが原因ではないかと推測されるような方は、さまざまな不定愁訴の中で、

例えば寝られないとか朝起きられないとか、頭痛とか肩こり、眼精疲労。そういう症状と併せてめまいという症状をおっしゃる方が非常に多いですね。

田中 辻先生、そういう人がもし診察室に来られたら、一度朝と夜の血圧を測ってほしいんですよ。ポジションは座位でもいいんですけどね。というのは、この起立性調節障害の子ども達は、朝に症状が強くて、ふらつくんですよ。血圧を測ると、やはり朝に低いんです。そして立った瞬間にはもっと下がるんですよ。

起立直後に一過性だけ血圧が低下するタイプを起立直後性低血圧というのですが、起立性調節障害のサブタイプの1つです（図7の上から2段目）。特に午前中に悪くなり、夜にはわりと軽くなります。それから図7の3段目の体位性頻脈症候群というもの、これは立った時に頻脈になるんです。身体を横にしている時は脈拍は70ぐらいですが、起立すると120～130までダアッと上るんです。でもそれは朝だけの現象で、夜に起立しても100ぐらいしか上がらない。20～30ぐらい脈拍が上らない。夜には正常化するんですね。起立性調節障害の子ども達は、朝と夜では歴然とした差があるので、だから検査は必ず朝しましょう、と日本小児心身医学会の起立性調節障害ガイドラインにも書いてあります。

乾 康先生に教えていただきたいのですが、広義の方の心因性めまいというか、ご自分の中で不安を煽っているようなと言ったら語弊があるかもしれないですけど、どんどん不安を強くしていつている方がそれなりにいらっしゃって、それはもしかしたら心因性めまいではないのかもしれないですけども、結構ご本人の気質によるところもあるかもしれません。そういう方で、そこが解除できれば、この人はもっといろいろな方向に回り始めるのになというふうに思う方がいらっしゃるんです。そういう

方に対して、先生のご経験などから、何か、こういうふうにしてみたらよいんじゃないかというようなアドバイスが、もしあればいただけたらと思っているんです。

康 精神科に回ってくるめまいの方は、基本的には他の科で一応実質的な疾患を否定されている方が多いんですよ。で、否定された時のその方の思いは、「そしたら何でもこんなめまいが起るの？」ということになるのですね。で、どんどんそこで不安が強くなってきます。だから不安というのは基本的にどんどん悪循環の輪の中に入っていきますので、それでどんどん強化されていきます。悪循環を断ち切ることが重要で、そのために基本的には症状を抑えてあげないといけません。症状を抑えるためには薬物療法です。0にはならなくても、少なくとも少しは軽減する。

第一選択薬はSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）ですが、即効性はないと言われています。即効性のあるのは抗不安薬で、頓服で使うということで、まずは症状を取り除くということと、もう1つはどうして症状が出ているのかという、その症状の成り立ちみたいなものをしっかり理解してもらって、私らにも非常に難しいことを言ってると思うけれども、症状が出ると不安だ、不安になると自律神経系のバランスが崩れていって、余計に症状が強化されていく。だから、基本的にはいろんな科に行って器質的な原因を否定してもらい、「大丈夫、これでどうこうなることはないんだ」というところを基本的に理解してもらいます。例えば基本的にSSRIで効果があるということは、脳の方に効いている訳です。脳の方に効いているということは、脳の問題。だから耳鼻科的に合っているかどうか分からないですけども、人間は両方に三半規管があって、どっかちょっと傾いたら自動的に調節しているんだと。いちいち自覚せずに、無意識のうちに調整して

いるが、その中枢系の神経系が非常に過敏になってきたとすると、わずかな傾きを自覚し治さないといけないと思ってしまい、より激しく動かしてしまうから、余計に逆に振れてしまうから、どんどん症状が強化されていってしまう。それはどっちにしても、もっと鈍感になってもらわないといけなくて、鈍感にもっていかうと思ったら、薬によって悪循環を断ち切るという部分は必要かもしれないけれども、自分が悪循環に陥っているそこを断ち切って自分の中でいい方の流れに回していかないといけないでしょという形の説明をしていて、なるべくその症状に対してこだわりをなくしてもらおう。ここが上手くいく人と上手くいかない人がいて、上手くいかない人は、まあ元々の性格的傾向として、そういった部分のバランスのとりにくい方というのは上手くいかない場合が多いので、そんな人の場合は、もう少し薬物療法を強化していきながら、少しでも繋げていきながら、ちょっとずつでも症状を和らげていくという方法もありますし、人によってやり方が少しずつ違い、バランスをとってもらいながら変えていく。

梶本 本当に半規管の機能に過剰に反応するとしたら、先生の新しい検査装置で何か出るかも分かりませんね。

乾 そういうので引かかる方ももちろんいらっしゃるんですけど、一方で、当初末梢性めまいがあったと思われる方で、最初あった半規管機能の低下が今はもう回復しているけれども、動いたらちょっとフラットするのが続くという方がいらっしゃいます。患者さんにとって、めまいというのは非常に怖い体験で、そのためにめまい感を非常に怖がるんですね。ですから、それをきっかけに日常での頭位変換に関する前庭系からの情報入力すら嫌がって、無意識に、あるいは意識的に頭部が動かないような癖がついてしまっているわけです。ウエイトレスさんが振り返っても、トレイの

上のグラスの水がこぼれないのと同じですね、体は動いても頭は揺らさないと。そういう方のふらつきには抗めまい薬は効果がありませんので、慢性的に投薬を続けるわけじゃなくて、まあご本人からどうしても割りきれない場合はそのまま飲んでもらってるんですが、その一方で先ほど話した中でのリハビリテーションですね、頭をいっぱい動かしてくださいとよく言っていました。寝込んでいて落ちた体力・筋力と同じなんです、しんどくないようにしては戻ってこないんですね。時間はかかりますけれど、これで動けるようになる方をたくさん経験しています。

ただ、今、康先生に教えていただいたこと、私自分でも経験がありますが、そういうめまいの方って真面目な方が多いので、すごい頑張りはるんです。で、フラフラして「まだ何も治らへん」とずっと言っている人に、「いっぺんさぼってみ。」と言うと、あるいはたまたま風邪ひいてさぼったら、スッと調子が良くなったという方がいらっしゃるって。なるほど、今お聞きした話がそういうことなのかなと。鈍感にもっていくことも大事なんだと再認識しました。

辻 そのお話で「さぼってみろ」というのは、おそらく仕事も含めたことだと思うんですけども。われわれの方も、めまいというのはやはり非常に多くて、先ほどお話させてもらいましたように絶対数としてはBPPVを含めたコモンディージーズが背景のある方が多いんですけども。意外に、特殊健診とかをしますと、本当にめまいというのが職業性に出ている方がいまして、乾先生の提示されたこのめまい症ですね、なかなか診断がつかないという中には、職業性というのは必ず入っているのではないかというふうに思います。

で、具体的に特殊健診をやる時は、例えばめまいであれば、めまいと作業が関連しているか考えながら行うわけです。特殊健

診ですと、元々有害要因がどの有機溶剤なのか、特定化学物質なのか、決まっているわけですが。それぞれの有害要因によって特徴的な症状があります。まずその症状を診る際にポイントがございまして、作業とめまいが関連しているかというのは業務起因性というのですけれども、実際作業が関連しているかどうかみる場合には、その症状が特定の作業や特定の環境に曝露した時に起きているかどうか。で、もう2点目が作業者が集団であった場合でもその特定の作業とか、作業環境に曝露した場合に発症するかどうか。この2つをみることによって、業務起因性というのを判断いたします。

具体的には問診の際に、何を問診しているかということ、その症状が作業をする前からあったのか、あと作業中に悪くなったのか、作業を止めるとよくなるか。あと同じ作業をしている作業者に、同じような症状がないかどうか。それらを問診することによって、職業性かどうか、職業が関連しているかどうか考えていきます。

その他、われわれ産業医ですので、具体的に有機溶剤を使っているのであれば作業環境測定をしている事業所が基本になりますのでそういうデータと、あと特殊健診です。尿中の代謝物、例えばキシレンであればメチル馬尿酸であったり、そういうものが出てないかどうか確認して、具体的に業務起因性があるかどうかを診断していくわけです。意外とその辺りが、やはり一般の外來では職業までは聞いてもなかなか作業内容までは聞かないということがありますので、産業医の立場としましては、職業だけではなくて、どういった作業をしているか、さらに何を扱っているのかと、そういうようなことと合わせて症状がその作業に関連して起きているか、先ほどの4つの質問をお願いしたいというふうに思います。

梶本 具体的には、やっぱり有機溶剤系の



左から、辻 洋志先生、康 純先生、木村文治先生、白田 寛先生、
田中英高先生、乾 崇樹先生、梶本宜永先生

曝露が多いですか。

辻 全国的にはやはり有機溶剤の使用量は非常に多いので、職業性めまいということでは、有機溶剤によるものが圧倒的に多いです。実際にその症状としましては、めまいの他に、例えば頭痛、嘔気、咽頭痛、食欲不振であったり、有機溶剤の種類によっては手足の痺れであったり腱反射の異常ですね。あとよくあるケースでは、手指の角質化ですね、皮膚についての場合に脱脂作用がありますので。そういう所見のある方は吸入による、より大量の曝露をきたしているケースも多いので参考になります。めまいに関しては、もちろん基礎となるマニュアルを含めた病気がないか問診や診察したうえで、先ほどの質問をして、その他の代謝指標の評価と合わせて検討していくと。そういうようなことをしています。

田中 これは、年齢は若い人、高齢者あまり関係なく曝露によって起こるのですか？

辻 いわゆるヘルシーワーカーエフェクトと言われるように、つまり労働者というのはどんどん健康な人だけが残っていくということが、いわゆる疫学スタディにもございますが、やはりそういう症状が出やすい方、もしくはそういう曝露が長くて体調を壊される方というのは、その作業から外れたり、退職されるケースが多いので、ある程度中高年の方となると、そういう症状を上手に起きないように作業されている方が多いということで、そういう症状を訴える方は若い方の方が多いというふうに思います。

田中 低周波とか、例えば音でも低音の音とか、電磁波とか、それが原因でめまいが悪化する、ということはあるですか？ そんな症例を経験したことがあるのでお聞きしたいのですが。

辻 低周波にさらされた人にめまいが多いという疫学研究はあるのですが、それは前

庭機能の物理的障害が原因なのか、または精神的要因なのか、両方なのかは分かっていないんです。騒音職場ということでは、例えばボイラーとか掘削機械ですね。そういうところで作業をされている方で、85dB以上というのは騒音職場になるのですけれども、そういうところで、1日8時間以上というレベルで作業をされている方に、騒音性難聴とともにめまいが症状として出る場合があります。ただ、やはりそういった職場環境も積極的に問診してみないと分かりませんので、職業とともに作業内容まで問診していただき、めまいのより正確な

診断を行っていくことが必要だと思います。

臼田 最近、話題となっているめまいについて、皆様方のご意見をお話しいただきました。めまい疾患の最新の状況や、背景、疾患あるいは治療について、診断を含めていろいろなお意見をいただきました。医師会の会報をご覧になっている先生方には、大変参考になる座談会だったと思います。本日はどうもお忙しい中、ご参加ありがとうございました。

出席者一同 どうもありがとうございました。

「大阪府学校医部会作成 教育ツール」について

大阪医科大学小児科学教室准教授 田中 英高

【学校（園）医の役割】

時代の変化とともに子ども達健康障害の様変わりしていることは、諸氏の知るところです。子どもの健康管理は家庭で行うことはもちろんですが、子どもの生活時間の半分以上を占めている園や学校での集団生活では、心身両面において様々な健康問題が生じます。さらには集団生活の中で発見できるような健康障害もあります。したがって健やかな子どもの成長には学校（園）での安全管理、健康管理が重要であり、学校（園）医の果たす役割は大きく、学校保健安全法（昭和33年4月10日法律第56号、最終改正：平成20年6月18日法律第73号）と、学校保健安全法施行規則（昭和33年6月13日文部省令第18号、最終改正：平成24年3月30日文部科学省令第11号）の中で定められています。学校医の任命は学校長が行いますが、実務的には市町村教育委員会と郡市区医師会の合議によって行われています。大阪府下では原則的に内科、耳鼻科、眼科の3科の学校医が配置されており、医師会の役割は大きなものがあります。

学校（園）における子どもの健康障害の種類は全診療科に及ぶぐらい多岐にわたるのですが、まずはプライマリケアとして対応することが望まれますので、地域医療を担う医師会所属の上記3科の開業医が学校（園）医を兼務しています。そのために病院勤務（特に大学病院）の医師が学校医として業務に携わることはまだ少ないのが現状であり、本学医師会会員の皆様には学校

医に関する知識は少ないと思います。しかし、近年、小児疾患の多様化や領域別の専門性が高まり、より高度な個別事例の相談が学校から寄せられるようになり、本学医師会会員がより専門的な学校保健に参画する機会が非常に多くなっています。これに対して、学校現場において学校医と専門医がバラバラで子どもの健康管理に当たるのではなく、両者が円滑な連携を行う必要があります。そのためには、学校（園）医が従来以上に専門的な知識を習得し、それを学校教員に啓発しつつ、かつ、学校（おもに養護教諭）と専門医の橋渡しを行う役割が望まれます。学校医が検診事業だけでなく、教員や保護者に最新情報を与えつつ、学校現場の多様なニーズに対応していくことが、これからの学校医の姿です。私自身も平成17年度から高槻支援学校の内科系学校医を勤めており、8年以上、自閉症、発達障害の子ども達の学校保健管理に携わっております。

【学校保健指導者講習会教育ツールの利用について】

このような学校医の未来ビジョンを睨み、大阪府医師会学校医部会では様々な事業を展開しています。私は平成23年度より副部会長を仰せつかっており、医師会の役員として学校医活動の支援をしています。その一環として学校保健指導者講習会教育ツールを完備させました（表 教育ツール一覧）。これは学校教員や保護者を対象に講

最近の動き

表 大阪府医師会学校医部会 学校保健指導者講習会教育ツール一覧
(平成23年・24年度作成)

現在作成中の教育
ツール一覧

テ ー マ	テ ー マ	テ ー マ
学校医のための『健康チェックリスト』を使った子どもの心の問題への対応	小児の肥満とメタボリックシンドローム（前編）	アトピー性皮膚炎
学校から広げよう禁煙の輪	小児の肥満とメタボリックシンドローム（後編）	副鼻腔炎について
麻疹ワクチンについて	学校における眼外傷	乗り物酔い
学校欠席者サーベイランスについて	学校保健と色のバリア	予防接種のお話
子どもの起立性調節障害 学校医、学校教諭のための正しい理解と対応	学童期の視力	学校でよくある外傷の応急手当
アレルギー性鼻炎について	発達障がい	側弯症について
滲出性中耳炎	子どものうつについて	目とコンタクトレンズ
小児の難聴疾患	児童虐待の現状と対策	学校検尿に基づく生活管理（学校検尿の意義・目的・方法）
AED の使い方	成長曲線を利用した子どもの心身の成長のみかた	学校検尿に基づく生活管理（学校検尿における管理・治療）
学校心臓検診について	自分を大切に ―HIV/AIDS/性感染症―	
食物アレルギー ―正しい理解で安全、安心―	性感染症について	
小児気管支喘息	インフルエンザの予防と治療	
学校検尿結果に基づく生活管理指導（総論編）	感染性胃腸炎	
学校検尿結果に基づく生活管理指導（各論編）		

義を行うためのパワーポイントのスライドと、それを説明するテキストが1つのセットになっています。例えば、表の最初にある「学校医のための『健康チェックリスト』を使った子どもの心の問題への対応」では、学校生活においてうまく適応できずに心身症状をもつ子どもの発見方法と対応について、科学的手法と最新情報に基づいた解説をしています。また「学校から広げよう禁煙の輪」では、タバコの健康被害の怖さを子ども達に教えるために興味ある動画や画像がふんだんに使われていて、子どもだけ

でなく学校関係者全員にとっても大変に有意義な内容となっています。すでに上述の高槻支援学校の学校保健会においてその教育ツールを使用しましたが、参加者からの評判も高く、とても有用なツールであると思います。学校医でない皆様も、ぜひ、ご利用ください。自分の専門領域以外の最新情報と重要基本知識が20分程度で習得できます。本学医師会員の誰でもこの教育ツールを入手することができますので、ぜひ、医師会事務局に問い合わせてください。

なお、大阪府医師会では指定学校医制度

によって学校医の専門性を推進しています。
手引きは簡単にウェブサイトからダウンロード
できます¹⁾。

参考文献

- 1) 指定学校医制度の手引き（大阪府医師会 平成24年度版）
<http://www.osaka.med.or.jp/member/format/sdoctor-guide.pdf>

胃がんにおける個別化医療の幕開け

大阪医科大学附属病院 化学療法センター長
がんセンター副センター長 後藤昌弘

胃がんの化学療法に従事しているわれわれにとって2006年は黒船来航ともいえる年であり、その年われわれは胃がん領域において初めて国際共同試験に参加しました。試験名は ToGA 試験、胃がん領域で初めて行われた分子標的薬剤の第Ⅲ相臨床試験でした。がん領域における臨床試験は大きく3段階に分けられます。ヒトにおける推奨投与量を決定する第Ⅰ相試験、主に効果・副作用の確認をする第Ⅱ相試験、新たな標準治療の確立に向けて既存の標準治療と比較する第Ⅲ相試験です。ひと昔前までは、胃がんの新薬承認に関しては「第Ⅰ相試験で推奨投与量を決定した後、40症例程度の第Ⅱ相試験を行い腫瘍縮小効果が20%程度確認できれば承認」という流れでした。しかし新規抗がん剤の開発目的は予後改善（生存期間の延長）であり、必ずしも腫瘍縮小＝延命とは限らないということが問題視されるようになり、承認申請のためには全生存期間の延長を評価指標として提出されることが求められるようになりました。HER2陽性胃がんに対するトラスツズマブ使用の意義を検証した ToGA 試験は、そのような新薬承認方法の大きな転換期に行われた試験です。さて、生存期間の延長を検証するための臨床試験を行うために必要な症例数は何症例程度でしょうか？

最近日本で行われた胃がんの代表的な臨床試験に SPIRITS 試験という第Ⅲ相試験がありますが、この試験は2002年3月から2004年11月までの2年8ヵ月の間に日本国

内から308症例が集められました。一方 ToGA 試験の場合、試験薬のトラスツズマブの効果が期待できる HER2陽性例は胃がん全体の約20%と推定されスクリーニングに3,800例必要でした。いくら日本人に胃がんが多いといっても日本国内だけでこの試験を行うと症例集積だけで20年以上かかってしまいます。そのため国際共同試験という形態をとるに至ったのは自然な流れでした。胃がんの場合明らかな標的分子はまだ HER2のみですが、肺がんの抗がん剤の開発状況をみると RET、ROS1、BRAF など非小細胞肺がんの1%程度にしか発現のない希少標的分子に対する開発も進められています。胃がんにおいても肺がん同様希少フラクションに対する治療開発は増えると予想されます。100例スクリーニングして1例試験に登録できるかどうかという極めて患者リクルートが困難な試験となれば、なおさら国際共同試験は避けて通れません。

とはいえ国際共同試験にも問題点があり、その1つは各国による標準治療の違いです。今回の ToGA 試験がわれわれを悩ましたのもこの点でした。

先ほどの SPIRITS 試験は、それまでの日本における標準治療の1つであると考えられていた5FU系薬剤の単剤療法よりS-1＋シスプラチン併用療法が優れているかどうかを検証する試験でした。その時代胃がん領域で併用療法が単剤療法を生存期間で凌駕するというエビデンスは国内外で1つ

もなく、この試験の結果を日本中の胃癌治療を行う専門家が注目していました。しかしながら、われわれが ToGA 試験に参加を決めた2006年には SPIRITS 試験の結果はまだ発表されていませんでした。

一方、ToGA 試験のコントロール群（標準治療群）は5FU 系薬剤+シスプラチンの併用療法で固定されていました。

日本の胃がん化学療法に携わってこれた諸先輩先生方が長い年月をかけて1つずつエビデンスを積み重ね、もうすぐ「日本の標準治療として S-1+シスプラチン併用療法が確立する」というときに、「日本人における効果・安全性が確認されていないカペシタビン+シスプラチンを標準治療群とする国際共同試験に参加するのか？ 参加しないなら日本でトラスツズマブは使用できず、海外とのドラッグラグがさらに発生する」という問題が浮上しました。結局われわれはこの試験に参加し、海外とほぼ同時期に胃がん領域でトラスツズマブという武器を手に入れました。鎖国による日本

独自の文化を熟成中に国外の潮流に飲み込まれ、しかし確実に進歩した幕末から明治にかけての日本を見ているような感覚で黒船来航になぞられました。その後2007年にはめでたく日本の標準治療として S-1+シスプラチン併用療法が確立しました。

「それではカペシタビン+シスプラチン併用療法と S-1+シスプラチン併用療法のどちらが良いのか？」という問いには現在行われている臨床試験が何らかの答えを出してくれると思いますが、とりあえず ToGA 試験を受け入れることにより他国に遅れることなく新薬が患者さんに提供できることになったことには大いに満足しています。

その後、たくさんの分子標的薬剤の開発が行われておりますが（表）、胃がん領域ではトラスツズマブに続く分子標的薬剤がありません。しかし、標的探索研究はますます精力的に行われており、胃がん個別化治療の開発からはますます目が離せません。

表 胃がん分子標的薬剤の第Ⅲ相試験

標的分子	試験名	line	control arm	試験薬	主要評価項目	日本参加	結果
HER2	ToGA	1st	capecitabine (5FU) +cisplatin	trastuzumab	生存期間	○	positive
	LOGIC	1st	capecitabine +oxaliplatin	lapatinib	生存期間	×	negative
	TyTAN	2nd	paclitaxel	lapatinib	生存期間	○	negative
	GATSBY	2nd	paclitaxel	TDM-1	生存期間	○	2015年頃
	JACOB	1st	capecitabine (5FU) +cisplatin+trastuzumab	pertuzumab	生存期間	○	2015年頃
EGFR (all)	EXPAND	1st	capecitabine +cisplatin	cetuximab	無増悪生存期間	○	negative
	REAL3	1st	epi/oxa/cap	panitumumab	生存期間	×	negative
VEGF (all)	AVAGAST	1st	capecitabine (5FU) +cisplatin	bevacizumab	生存期間	○	negative
VEGFR2 (all)	RAINBOW	2nd	paclitaxel	ramucirumab	生存期間	○	2014年頃
	REGARD	2nd	placebo	ramucirumab	生存期間	×	positive
mTOR (all)	GRANITE-1	2nd/3rd	placebo	everolimus	生存期間	○	negative
	GRANITE-2	2nd	paclitaxel	everolimus	生存期間	×	2016年頃
HGF/MET	RILOMET	1st	ECX	rilotumumab	生存期間	×	2016年頃
	MetGastric	1st	mFOLFOX	onatumumab	生存期間	×	2016年頃

会員の活動

次の先生方には平成24年度大阪府医師会学術講演会において講師をしていただきました。
ご協力ありがとうございました。

日時：平成24年 1 月18日 講師：林 哲也 題名：事務手続きについて （治療中の対応・報告書） 主催：大阪医科大学附属病院臨床治験センター	日時：平成24年 3 月21日 講師：林 哲也 題名：研究費用、補償、賠償について 主催：大阪医科大学付属病院臨床治験センター
日時：平成24年 1 月21日 講師：梅垣英次 題名：酸関連疾患の病態と治療 主催：枚方市医師会	日時：平成24年 3 月31日 講師：南 敏明 題名：疼痛治療の基礎・臨床と最近の知見 主催：堀口整形外科病院
日時：平成24年 1 月26日 講師：大道正英 題名：産婦人科 子宮がん 診断と治療 主催：守口市医師会	日時：平成24年 4 月27日 講師：芥川 茂 題名：当院における最近の呼吸器疾患について 主催：池田市医師会
日時：平成24年 1 月28日 講師：森 龍彦 題名：CKD患者における脂質管理の重要性 主催：臨床心臓病学教育研究会	日時：平成24年 6 月21日 講師：河野公一 題名：産業中毒とその対策 ～最近の事例を中心に 主催：高槻市医師会
日時：平成24年 2 月 4 日 講師：内山和久 題名：最近の肝切除の進歩 主催：協和発酵キリン(株)	日時：平成24年 6 月23日 講師：花房俊昭 題名：糖尿病診療の『知』と『情』 主催：(株)三和化学研究所
日時：平成24年 2 月 9 日 講師：川村尚久 題名：小児救急とそれに関わること 主催：大阪府医師会	日時：平成24年 7 月 5 日 講師：森脇真一 題名：夏に多い皮膚病～その診断と治療 主催：守口市医師会
日時：平成24年 2 月18日 講師：木村文治 題名：高槻市における医師会主導型脳卒中地域医療連携パスの取り組み 主催：泉佐野泉南医師会	日時：平成24年 7 月 7 日 講師：武内 徹 題名：関節リウマチ診療の実際～早期診断からバイオの使い分けまで 主催：大塚製薬(株)
日時：平成24年 2 月23日 講師：新田雅彦 題名：子どもの感染症：小児救急医の視点から 主催：大阪府医師会	日時：平成24年 7 月21日 講師：大中玄彦 題名：日本のエビデンス J-ROKETAF 主催：バイエル薬品(株)

日時：平成24年 7 月21日 講師：山下能毅 題名：子宮内膜症の UP TO DATE 主催：持田製薬(株)	日時：平成24年10月20日 講師：川村尚久 題名：ワクチンが変わる！ワクチンが変わる！ 主催：グラクソスミスクライン(株)
日時：平成24年 7 月21日 講師：花房俊昭 題名：1 型糖尿病の最近の話題 主催：MSD(株)	日時：平成24年10月27日 講師：南 敏明 題名：痛みの治療の最近の知見 主催：ヤンセンファーマ(株)
日時：平成24年 7 月25日 講師：石坂信和 題名：高血圧症 最近の治療 主催：守口市医師会	日時：平成24年10月27日 講師：石坂信和 題名：自己免疫の炎症による心血管疾患 主催：興和創薬(株)
日時：平成24年 9 月 1 日 講師：山本和宏 題名：この疾患わかりますか？ —あなたがひとり主治医— 主催：第一三共(株)	日時：平成24年11月11日 講師：河野公一 題名：有害化学物質の生体影響 —産業医学とともに40年— 主催：大阪府医師会
日時：平成24年 9 月 8 日 講師：花房俊昭 題名：糖尿病診療の『知』と『情』 主催：田辺三菱製薬(株)	日時：平成24年11月17日 講師：星賀正明 題名：血管を診る ～動脈硬化診療の最前線～ 主催：トーアエイヨー(株)
日時：平成24年 9 月 8 日 講師：康 純 題名：性同一性障害の概念と診断・治療について 主催：大阪精神科診療所協会	日時：平成24年12月 1 日 講師：花房俊昭 題名：糖尿病診療の知と情 主催：サノフィ(株)
日時：平成24年 9 月28日 講師：芥川 茂 題名：当院における最近の呼吸器疾患について 主催：池田市医師会	日時：平成24年12月 9 日 講師：東 治人 題名：移植腎慢性機能不全の発症メカニズムとその治療：新規免疫寛容誘導法の開発 主催：大阪医科大学医学部生命科学講座
日時：平成24年10月 3 日 講師：池田宗一郎 題名：結核の診断の遅れを振り返って ～コホート検討会に参加する臨床医の立場から 主催：高槻保健所	日時：平成24年12月15日 講師：河野公一 題名：パネルディスカッション 医師の仕事と子育ての両立。私の体験 主催：大阪府医師会
日時：平成24年10月 6 日 講師：新田雅彦 題名：小児救急でのトリアージについて (数少ない重症を見逃さない) 主催：堺市医師会	日時：平成24年12月19日 講師：浮村 聡 題名：厳格な高血圧治療のために 主催：大日本住友製薬(株)

看護学部へ赴任して

大阪医科大学看護学部看護学科内科学教授 瀧井道明

平成24年4月から看護学部の専門基礎科目の専任教員として医学部第二内科学教室より赴任させていただき、約1年が経過しました。近年、本邦では超高齢化社会、医学医療の高度化に伴い、専門的な実践力を有する看護師のニーズが高まり、全国的に看護医療系大学・学部の開設が増える傾向にあります。本学での平成22年4月の看護学部新設も全国的な潮流の中にあるものと自分では考えております。本学の看護学部の特色はチーム医療を重視した医看護融合教育であり、西日本の私立系看護学部の中では最良のものを目指さなければならないという使命があると思います。現在、消化器内科の兼任医局員として、大学病院での週1回の消化器内科の外来診療も継続させていただいております。専門基礎科目の中でも具体的には、第1学年の後期「フィジカルエグザミネーション」、第2学年の前期「病気の診断」、後期「病気の治療」の3科目を担当していますが、医学部の各診療科の先生方にも専門領域分野の講義を担当させていただいております。自分が講義で話した内容を看護学生が習得して医療人となることを考えると、教員としての責任は重大であると思います。

医学部・病院の北門に面した道路を隔てて看護学部の建物がありますが、雰囲気はかなり異なります。今日の医学は細分化・専門化されすぎて、患者さんを人として包括的・総合的に診ることができなくなっているという問題点もあるといわれています。医師として看護学の概略について知ること

のできる立場にもあり、看護学では患者さんの目線からという考え方、要素が加わって、人としての患者さんを診るという人間科学的、社会的な要素が強いように思います。看護学部では当然診療はないのですが、教育・学部業務は非常にきっちりした形で行われているという印象を受けますし、研究活動も活発です。看護学部の方々の看護学研究というのは、医学部における実験室での研究というよりも、実態調査などのフィールド研究の性格が強いようです。

専門基礎科目は講座ではないので、いろいろな面で独り立ちしなければならないのも実情です。今年度は完成年度を迎え、第4学年生の卒業論文指導や、来年度の大学院研究科開設に向けての準備などの仕事に加わり、看護師国家試験対策委員長の業務も拝命しました。自分としては、看護学部の業務もこなしながら、リサーチマインドをもって、消化器内科学の臨床と基礎の接点となるような分野で新しい研究を拓いていくことが理想ではあります。看護学部の教員の方々とともに協働して、医看融合研究のような研究テーマを構築できればと思います。

平成26年春には本学部第1期卒業生が輩出し、実際の医療現場に入っていきます。先輩のいない第1期生はいろいろな面で苦労も多いと思います。今後、医師会の先生方にもご援助、ご協力賜ることが多いと存じますので何卒よろしくお願い申し上げます。

Windows XP から Windows 8へ

大阪医科大学放射線医学教室／本誌編集委員 上杉康夫

1. Windows XP の系譜

Windows XP（以下 XP）は、マイクロソフトが2001年に発表した Windows の Operating System(OS)です。XP は experience（経験、体験）に由来しています^{1,2)}。

XP 発売の以前、一般家庭向けの Windows 95 から Windows Me に続く Windows 9x 系（表1）³⁾と、ビジネス用途向けの Windows NT などの Windows NT 系（表2）⁴⁾の2つの OS が並行開発・販売されている状態が Windows では続いていました。

Windows Me は従来の Windows（Windows 95、Windows 98）との互換性を重視した OS で、32ビット OS と謳っていますが、16ビットコードの部分がありました。この互換性維持のため、64KB という極端に少ないシステムリソースの制限やアプリケーションエラーによってメモリ領域が破壊され、フリーズが頻繁に発生しました。

このことを受け完全な32ビット OS である Windows 2000 をベースに Windows Me の使いやすいユーザーインターフェースを継承して XP が開発されました。XP で初めて、Windows 9x 系（Windows 98 → Windows Me）の系譜と Windows NT 系（Windows NT → Windows 2000）の系譜とが統合されたことになります。この変革によって、XP は Windows NT の安定性・堅牢性と Windows 9x 系のマルチメディア機能や使いやすさを併せもった汎用

OS として世に出ました^{1,5)}。

2. サポート期間

Windows には、それぞれのバージョンにサポート期間が定められています。XP のサポート期間は2014年4月9日（日本時間）に終了します⁶⁾。2001年11月16日に一般発売され長期間使用されてきた XP も、セキュリティ上の問題に対処する更新プログラムは上記日付で提供が終了します。サポート期間が過ぎると、セキュリティ用の更新プログラムが配布されなくなり、問題がみつかったても、マイクロソフトからは対策は講じられません。サポート期間の終了とともに、パソコンが突然動かなくなる……というわけではありませんが、サポートなしに使い続けるのは、大変危険で、XP は使えなくなると考えた方が無難です⁷⁾。

3. XP から Windows 8 に乗り換え

XP 搭載パソコンで XP から Windows 8 に乗り換えることも可能です。ただし、古い XP 搭載パソコンはシステム要件を満たせず、使えない場合もあります。マイクロソフトが用意しているアップグレードアシスタント⁶⁾（図1）を利用して、パソコンのハードウェア・USB 接続している周辺機器・インストールしているソフトウェアが Windows 8 で使えるか調べることが可能です。

表 1 Windows 9x 系³⁾

Win Ver.	DOS Ver.	プロダクト名	発売年（日本版）
4.0	7.0(OSR2以降は7.1)	Windows 95	1995年
4.10	7.1	Windows 98	1998年
4.10	7.1	Windows 98 Second Edition	1999年
4.90	8	Windows Me	2000年

表 2 Windows NT 系⁴⁾

NT Ver.	RTM Build	プロダクト名	エディション、および備考	発売年
NT 3.1	528	Windows NT 3.1	Workstation（名称は Windows NT）、Advanced Server	1993年
NT 3.5	807	Windows NT 3.5	Workstation, Server	1994年
NT 3.51	1057	Windows NT 3.51	Workstation, Server	1995年
NT 4.0	1381	Windows NT 4.0	Workstation, Server, Server Enterprise Edition, Terminal Server, Embedded	1996年
NT 5.0	2195	Windows 2000	Professional, Server, Advanced Server, Datacenter Server	2000年
NT 5.1	2600	Windows XP	Home, Professional, Media Center, Tablet PC, Starter, Embedded	2001年
NT 5.1	2600	Windows Fundamentals for Legacy PCs	N/A	2006年
NT 5.2	3790	Windows Server 2003	Standard, Enterprise, Datacenter, Web, Storage, Small Business Server, Compute Cluster Server	2003年
NT 5.2	3790	Windows XP（64ビット）	64-bit Edition, Professional x64 Edition	2003年、2005年
NT 5.2	3790	Windows Home Server	N/A	2007年
NT 6.0	6000 6001 (SP1) 6002 (SP2)	Windows Vista	Starter, Home Basic, Home Premium, Business, Enterprise, Ultimate	企業：2006年 一般消費者：2007年
NT 6.0	6001 (SP1) 6002 (SP2)	Windows Server 2008	Standard, Enterprise, Datacenter, Web, Foundation, Itanium-based Systems, Storage, Small Business Server	2008年
NT 6.1	7600 7601 (SP1)	Windows 7	Starter, Home Basic, Home Premium, Professional, Enterprise, Ultimate	2009年
NT 6.1	7600 7601 (SP1)	Windows Server 2008 R2	Standard, Enterprise, Datacenter, Web, Foundation, Itanium-based Systems	2009年
NT 6.1	7601	Windows Home Server 2011	N/A	2011年
NT 6.2	9200	Windows 8	Windows 8（無印）、Windows 8 Pro, Windows 8 Enterprise, Windows RT	2012年
NT 6.2	9200	Windows Server 2012		2012年
NT 6.3	93xx	Windows 8.1	Windows 8、および Windows RT のメジャーアップデート	2013年（予定）

RTM：Release To Manufacturing

N/A：not applicable



図1 Windows 8が動作するか調べられるアップグレードアシスタント6)



図2 「チェックした結果です」の画面8)

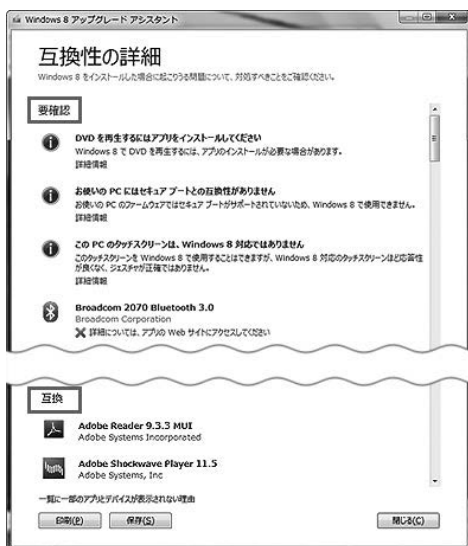


図3 「互換性の詳細」の画面8)

表3 引き継ぐことができる項目9)

アップグレード前のバージョン	引き継ぐことができる項目
Windows 7	アプリ、Windows 設定、個人用ファイル
Windows Vista	Windows 設定、個人用ファイル
Windows XP	個人用ファイル
Windows 8 Release Preview	個人用ファイル
Windows 8 Consumer Preview または Windows Developer Preview	何も引き継がれませんが、後でファイルをWindows.old フォルダから取り出すことができます。

アップグレードアシスタントを実行しますと、[チェックした結果です] 画面が表示され、互換性がある、または確認が必要なアプリケーションとデバイスの数と、確認が必要な項目の数が表示されます(図2)⁸⁾。

ついで「互換性の詳細をみる」をクリックしますと、機能やアプリケーション、デバイスの互換性に関する詳細が確認できます(図3)⁸⁾。互換性レポートを利用してWindows 8アップグレードで引き継ぐ項目を決めることができます。引き継ぐことができる項目は、アップグレード前のWindowsのバージョンによって異なります(表3)⁹⁾。以上のことを確認したうえで、Windows 8へのアップグレードの実施を決められます。Windows 8アップグレードアシスタントを実行した結果、personal computer (PC) がシステム要件を満たしており、Windows 8またはWindows 8 Proを実行できることが分かれば、画面に示される手順に従ってアップグレード版を購入することもできます(図4)¹⁰⁾。システム要件を満たしていないPCの時は、そのことが表示されます(図5)⁶⁾。



図4 Windows 8の購入¹⁰⁾



図5 Windows 8のアップグレードアシスタントを実行画面

メモリ容量が少ないため、アップグレード対象外という結果が表示されている⁶⁾

4. パソコンリサイクル

保有しているPCがWindows 8で使えないと判明し、新しいパソコンに買い替える際、問題となるのは不要となったXPパソコンの処分方法です。パソコンは「パソコンリサイクル法」により、販売したメーカーに対して回収が義務づけられています。このため、ユーザーが勝手に処分することはできません。処分する時は、購入したメーカーが設置している窓口に関連してパソコンの回収を依頼します。2003年10月以降に発売されたPCにはパソコンリサイクルマーク（図6）¹¹⁾がついており、このマークのついたPCであれば無償で回収してくれます（図7）⁷⁾。



図6 パソコンリサイクルマーク¹¹⁾



図7 「パソコンリサイクル」マーク

パナソニック Let's note T7の底面。品番と製品番号の横に「パソコンリサイクル」マークが表示されている。このマークがあれば回収費用は無料となる⁷⁾。

ホームページ担当：上杉 康夫

大阪医科大学医師会 ホームページ：

<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

メールアドレス：omcda@art.osaka-med.ac.jp

〈引用ホームページ〉

- 1) Microsoft Windows XP—Wikipedia
http://ja.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Windows_XP
- 2) MS、次世代Windowsは「Windows XP」
<http://pc.watch.impress.co.jp/docs/article/20010206/ms.htm>
- 3) Windows 9x系—Wikipedia
http://ja.wikipedia.org/wiki/Windows_9x%E7%B3%BB
- 4) Windows NT系—Wikipedia
http://ja.wikipedia.org/wiki/Windows_NT%E7%B3%BB
- 5) Windows XPの疑問解決！ ProとHome どう違う？
<http://allabout.co.jp/gm/gc/80999/2/>
- 6) サポート終了の重要なお知らせ | スマート ビジネス センター マイクロソフト
<http://www.microsoft.com/japan/msbc/Express/sbc/eos/default.aspx>
- 7) Windows XPの寿命あと1年、どうすれば？：

トラブル解決 Q&A：ネット&デジタル：
YOMIURI ONLINE（読売新聞）
<http://www.yomiuri.co.jp/net/qanda/20130409-OYT8T00451.htm>

- 8) アップグレード アシスタントを利用してお使いの PC が Windows 8に対応しているか確認する方法 | HP®サポート
<http://h10025.www1.hp.com/ewfrf/wc/document?cc=jp&lc=ja&dlc=ja&docname=c03558913>

- 9) アップグレード アシスタント：自分の PC で Windows 8を実行できるかどうかを確認する-Microsoft Windows
<http://windows.microsoft.com/ja-jp/windows-8/upgrade-assistant-advisor#1TC=t1>
- 10) Windows 8の購入-Microsoft Windows
<http://windows.microsoft.com/ja-jp/windows-8/purchase#1TC=t1>
- 11) PC リサイクルとは…:PC3R
<http://www.pc3r.jp/home/index.html>

大阪医科大学医師会 会長からのお知らせ

■ 全国大学医師会連絡協議会2013年度の総会がありました ■

全国大学医師会連絡協議会は、53の大学医師会が加入し、大学病院の現場で働く中堅・若手医師の生の声を届ける場として機能しています。

この度、2013年度の総会が次に示す要領で開催され、医師会会員組織率の向上等について協議しました。

日 時：2013年 6 月23日（日） 14：00～16：00

場 所：東京医科歯科大学 M&D タワー 1 階大会議室

出 席：29大学医師会

以上

第35回日本小児体液研究会

開催日：平成25年9月14日（土）～16日（月）
場 所：高槻市立生涯学習センター
当番教室：小児科学教室
問合せ先：芦田 明

大阪糖尿病アカデミー

開催日：平成25年10月5日（土）
場 所：大阪医科大学
当番教室：糖尿病・代謝・内分泌内科学教室
問合せ先：寺前純吾

第25回北摂癌治療研究会

開催日：平成25年10月12日（土）
場 所：たかつき京都ホテル
当番教室：一般・消化器外科学教室
問合せ先：田中慶太郎

第4回高槻肝疾患研究会

開催日：平成25年11月2日（土）
場 所：たかつき京都ホテル
当番教室：第2内科学教室
問合せ先：津田泰宏

第15回大阪医科大学産婦人科 オープנקリニカルカンファレンス

開催日：平成25年11月9日（土）
場 所：ヒルトン大阪
当番教室：産婦人科学教室
問合せ先：産婦人科学教室医局

大阪医科大学を中心に開催されている研究会、講演会、カンファレンスなどのうち、
会員が参加できるものについてのインフォメーションを掲載いたします。
今後も順次お知らせしたいと考えています。ぜひ情報をお寄せ下さい。
大阪医科大学医師会 FAX072-684-7190
E-mail: omcda@art.osaka-med.ac.jp

第41回潰瘍学会

開催日：平成25年12月6日（金）～7日（土）
 場所：ホテル阪急エキスポパーク
 当番教室：第2内科学教室
 問合せ先：津田泰宏

日本神経精神医学会

開催日：平成25年12月13日（金）～14日（土）
 場所：千里ライフサイエンスセンター
 当番教室：神経精神医学教室
 問合せ先：同上

日本神経学会第99回近畿地方会

開催日：平成25年12月21日（土）
 場所：千里ライフサイエンスセンター
 当番教室：神経内科学教室
 問合せ先：木村文治

第37回大阪医大眼科セミナー

開催日：平成26年3月8日（土）
 場所：大阪医科大学 臨床第一講堂
 当番教室：眼科学教室
 問合せ先：清水一弘

第20回日本産婦人科乳癌学会

開催日：平成26年3月9日（日）
 場所：大阪医科大学
 当番教室：産婦人科学教室
 問合せ先：同上

■ 北摂四医師会医学会総会記録 ■

【第22回】

* 日 時：平成25年 6 月15日（土）午後 2 時～ 5 時半

* 場 所：大阪医科大学歴史資料館

特別講演

「化学物資の生態影響」

厚生労働省大阪労働局 労働衛生指導医／

厚生労働省大阪労働局 地方労災医／大阪医科大学名誉教授 河野公一 先生

一般演題

座長：長谷川博之

1. 「予防医療における自覚症状を伴う乳がんの検診受療行動化と検診意識の検討」

後山尚久（大阪医科大学健康科学クリニック）

2. 「低侵襲治療センター開設 1 年間の婦人科診療から

—特に腹腔鏡下手術で対処した興味ある症例から—

伊熊健一郎（医療法人篤静会谷川記念病院婦人科）

3. 「子宮内膜症および卵巣嚢腫に対する各種細径腹腔鏡下手術の有用性」

湯口裕子（北摂総合病院 産婦人科）

4. 「大動脈弁・僧帽弁手術における内視鏡の活用」

岡 隆紀（社会医療法人愛仁会高槻病院心臓血管外科）

座長：明石季憲

5. 「未成年を含む家族による CPR により良好な転帰を得た心肺停止の 1 例」

清水木綿（大阪府三島救命救急センター）

6. 「カルボプラチンを含む進行肺癌化学療法における急性期および遅発期の悪心・嘔吐に対する NK 1 受容体拮抗薬 Aprepitant による予防効果の検討」

旗智幸政（高槻赤十字病院呼吸器センター）

7. 「COPD 患者におけるチオトロピウムに併用したインダカテロールの臨床的検討」

北 英夫（高槻赤十字病院呼吸器センター）

座長：國里洋子

8. 「インスリンポンプ療法が血糖コントロールに有用であった1型糖尿病透析患者の1例」
山本直宗（藍野病院内科（糖尿病・内分泌））
9. 「精神科医の使用経験を通じた、エスシタロプラムの有用性の検討」
久保田祐子（大阪医科大学神経精神医学教室）
10. 「抗血小板製剤が原因と思われる閉塞性肝障害に異常リポ蛋白を生じた1型糖尿病の1例」
加藤純子（大阪府済生会茨木病院内科（糖尿病・内分泌））
-

■ 北摂四医師会医学会分科会記録 ■

【第6回北摂四医師会生活習慣病フォーラム】

—日本医師会認定産業医講習会—

＊日 時：平成25年2月16日（土）午後2時～4時

＊場 所：大阪医科大学 講義実習棟2階

特別講演Ⅰ

「職場のメンタルヘルス ～産業医が知っておきたい うつ病基礎知識～」

悠仁会稲田クリニック 院長 稲田泰之 先生

特別講演Ⅱ

「産業医による高血圧患者管理のポイント」

大阪大学医学系研究科老年・腎臓内科学 講師 神出 計 先生

.....

.....

【 **作業環境管理と危機管理** 】
【 産業現場に必要な作業環境、生体影響の測定と救急処置の知識 】
ー 日本医師会認定産業医講習会 ー

* 日 時：平成25年 2月17日（日）午前 9 時～午後 5 時半

* 場 所：大阪医科大学 臨床第一講堂、管理棟第 9 会議室、歴史資料館

内 容：労働安全衛生法改正点、関連主要通達の解説、
およびスモールグループによる作業環境管理の実地研修

第 1 部 「労働安全衛生法改正点、関連主要通達」の解説

大阪労働局労働基準部健康課 課長 吉田文生

「作業環境管理」

1. 事務作業環境（温度、湿度、風速、照明その他）
2. 騒音環境（騒音環境、周波数分析、オーディオグラムその他）
3. 振動環境（振動レベル、振動障害測定他）
4. 粉塵環境（デジタル粉塵計、肺機能検査他）
5. 化学環境（サンプリング、ガスクロその他）
6. 生物学的モニタリング（有機溶剤、フッ化水素その他）

インストラクター：大阪医科大学 衛生学・公衆衛生学教室
（河野公一、臼田 寛、清水宏泰、谷本芳美、藤本圭一、
高橋由香、渋谷保之 他）

第 2 部 「一次救命処置と AED」

インストラクター：大阪医科大学救急医学教室
（西本泰久、小林正直、富士原彰、他 5 名）

.....

【第2回北摂四医師会肺疾患フォーラム】

*日 時：平成25年2月23日（土） 午後2時半～

*場 所：アンシエルデ・マリアージュ3F 「アンシェーヌ」

開会の辞

大阪医科大学内科学I教室 教授 花房 俊昭

総合司会 大阪府三島救急医療センター センター長 富士原 彰

Session 1

座長：大阪医科大学集中治療部 准教授 梅垣 修

「循環器領域における ARDS 診療」

国立循環器病研究センター呼吸器・感染症制御部 医長 佐田 誠

Session 2

座長：大阪医科大学内科学I教室 講師 後藤 功

「外来で注意すべき呼吸器感染症」

関西医科大学内科学第一講座 診療教授 宮良高維

閉会の辞

大阪府三島救急医療センター長 富士原 彰

【第7回北摂コラボレーションミーティング】

*日 時：平成25年2月23日（土） 午後4時～5時40分

*場 所：たかつき京都ホテル 2F 「燐の間」

総合司会

大阪薬科大学循環病態治療学研究室 教授 林 哲也

報告

「当院における抗がん剤開発試験の現状と展望」

大阪医科大学附属病院臨床治験センター長 藤阪保仁

特別講演

「心房細動を対象とした新規経口抗凝固薬の治験に係わって」

国立病院機構大阪医療センター臨床研究センター長 是恒之宏 先生

閉会の辞

千里丘協立診療所理事長 今村育夫

.....

.....

【第21回北摂四医師会骨・内分泌・代謝研究会】

＊日 時：平成25年 3 月 9 日（土）午後 3 時～ 5 時20分

＊場 所：大阪医科大学 看護学部講堂

Opening Remarks

北摂四医師会医学会 会長 河野公一

教育講演

座長：大阪医科大学整形外科科学教室 講師 馬場一郎

1. 「わかりやすい骨粗鬆症の治療」

大阪大学大学院医学系研究科整形外科科学 助教 蛭名耕介

2. 「骨粗鬆症と顎骨壊死」

大阪医科大学口腔外科学教室 講師 有吉靖則

特別講演

座長：白川整形外科 院長 白川貴浩

「頻度の高い脊椎疾患の診断と治療」 大阪医科大学整形外科科学教室 教授 根尾昌志 先生

Closing Remarks

北摂四医師会骨・内分泌・代謝研究会 代表 田辺晃子

【第21回北摂四医師会北摂糖尿病フォーラム】

＊日 時：平成25年 4 月20日（土）午後 5 時～ 7 時

＊場 所：アンシェルデ・マリアージュ 3F「アンセーヌ」

開会の辞

大阪医科大学眼科 石崎英介

講演

座長：大阪医科大学眼科 石崎英介

1. 「2 型糖尿病患者における足底感覚障害が膝伸展筋力と片脚立位時間に及ぼす影響」

愛仁会高槻病院リハビリテーション科 理学療法士 上原光司

2. 「認知症がある高齢の糖尿病患者の看護」 大阪医科大学附属病院78病棟 織田郁美

3. 「新しい持効型インスリントレシーバへの期待」 藍野病院内科 副部長 吉田麻美

特別講演

座長：大阪医科大学内科学Ⅰ 教授 花房俊昭

「眼科医からみた糖尿病網膜症の内科的管理」

東京女子医科大学糖尿病センター眼科 教授 北野滋彦 先生

閉会の辞

大阪医科大学内科学Ⅰ 教授 花房俊昭

.....

.....

【第10回北摂四医師会ほくせつフットケアカンファレンス】

*日 時：平成25年 5月11日（土）午後5時～

*会 場：大阪医科大学 臨床第一講堂

開会の辞

大阪医科大学 岡田 雅

一般演題

座長：三康病院 師長 磯川 薫

1. 「頸動脈エコーを用いた動脈硬化の評価」 三康病院放射線課 係長 宇野喜之
2. 「透析入院患者のフットケアの現状」 三康病院看護部副 主任 谷掛真弓
3. 「糖尿病センターでの療養指導ーフットケアの実際ー」

大阪医科大学附属病院看護部 井上裕美

4. 「当院透析患者の PAD に対する治療効果の検討～LipoPGE1 vs PGE1～」

有澤総合病院血液浄化センター 臨床工学技士 森 隆志

特別講演

座長：高槻病院 谷村信宏

「透析クリニックでのフットケアの実践 ～専門病院との連携～」

あさお会あさおクリニック 院長 前波輝彦 先生

【北摂四医師会骨盤疾患フォーラム第3回学術集会】

*日 時：平成25年 5月25日（土）午後3時～6時

*場 所：大阪医科大学 看護学部講堂

日本医師会認定産業医 講義

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室 教授 河野公一

シンポジウム

座長：大阪医科大学泌尿生殖・発達医学講座泌尿器科学教室 教授 東 治人

『男女のがん検診 最近の動向』

1. 「子宮頸がん検診とワクチン」 大阪医科大学産婦人科学教室 講師 金村昌徳
2. 「前立腺癌検診と PSA」

大阪医科大学泌尿生殖・発達医学講座泌尿器科学教室 講師 稲元輝生

特別講演

座長：大阪医科大学産婦人科学教室 教授 大道正英

「男女の更年期障害について」

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学泌尿器科 准教授 辻村 晃 先生

.....

.....

【第4回北摂四医師会三島感染症研究会】

＊日 時：平成25年6月22日（土）午後4時～6時

＊場 所：アンシェルデ・マリアージュ 3F アステイオン

開会の辞

当番世話人 黒川浩史

一般講演

座長：黒川医院 黒川浩史

1. 「当院における介護施設関連肺炎（NHAP）患者の耐性菌分離状況の報告」

摂津ひかり病院臨床検査室 室長 吉本岳史

2. 「当院における BSI の現状」

済生会茨木病院感染管理室 中家聖子

3. 「当院における ICT ラウンドの実際（グラム染色と TDM の活用）」

大阪医科大学附属病院総合内科・感染対策室 助教 大井幸昌

オープニングリマークス

「北摂四医師会感染ネットワークの現状」

大阪医科大学内科学総合診療科教授感染対策室長 浮村 聡

特別講演

座長：大阪医科大学内科学総合診療科教授感染対策室長 浮村 聡

「手術部位感染（SSI）の現況と対策」

大阪医科大学一般・消化器外科 教授 内山和久 先生

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック報告

平成24年度事業報告と平成25年度事業計画

第2ブロック世話人 **新井 基弘**
(高槻市医師会／みどりヶ丘病院院長)

1. 平成24年度事業報告

1) 第2ブロック委員

委員	委員名（敬称略）	所属医療機関名	役職
ブロック世話人 常任委員	後藤 研三	高槻赤十字病院	副院長
常任委員	稲森 耕平	仙養会 北摂総合病院	理事
	立田 浩	済生会茨木病院	院長
	越前 直樹	大阪府警察協会 北大阪警察病院	副院長
委員	家永 徹也	愛仁会 高槻病院	院長
	新井 基弘	祐生会 みどりヶ丘病院	院長
	秋元 寛	大阪府三島救命救急センター	所長
	千野 佳秀	東和会 第一東和会病院	医長
	麻田 邦夫	恵仁会 介護老人保健施設 たんぽぽ	施設長
	平位 洋文	医誠会 摂津医誠会病院	院長
	河野 公一	大阪医科大学	教授
	田中 英高	大阪医科大学	准教授
	平松 昌子	大阪医科大学	講師
会長推薦	西本 泰久	大阪医科大学	診療准教授

2) 第2ブロック委員会の開催

委員会名	回数	日時	場所
ブロック委員会	第1回	平成24年4月19日	大阪医科大学第8会議室
	第2回	平成24年6月16日	大阪医科大学第8会議室
	第3回	平成24年10月18日	大阪医科大学河野教授室
	第4回	平成24年11月21日	大阪医科大学第8会議室
	第5回	平成25年1月12日	大阪医科大学学1講堂

3) 北摂四医師会医学会優秀演題賞

演題名 / 発表者
N95マスクの合理的な選択と備蓄にかかるコスト解析 河上千尋 ^{1,2} 大井幸昌 ² 村尾 仁 ² 中野隆史 ² 浮村 聡 ² 玉井 浩 ^{1,2} (大阪医科大学小児科1 同附属病院感染対策室2)
再発する良性腫瘍 藤田 修治 (高槻赤十字病院 耳鼻咽喉科)
当院における内視鏡外科緊急手術例の検討 水谷 真 千野佳秀 下代玲奈 田畑智丈 沖田充司 舩田誠二 佐藤 功 藤村昌樹 野田洋一 飯田 稔 (第一東和会病院内視鏡外科センター)
勤務環境ならびに心の健康に関するアンケート調査2011 医療従事者のメンタルヘルスケア～より喜ばれる医療を目指して～ 看護職に関する調査結果報告 横山浩誉 ¹ 北村有香 ¹ 白田寛 ^{2,3} 河野公一 ^{2,3} 後藤研三 ^{3,4} (大阪医科大学看護学部看護学科老年看護学 ¹ 同衛生学・公衆衛生学 ² 大阪府医師会勤務医部会第2ブロック ³ 高槻赤十字病院 ⁴)

表彰式：平成23年度勤務医部会第2ブロック研修会（H25.1.12）で行う。

賞 金：賞金5万円×4題

4) 研修会の開催

研修会名	開催日程・開催場所
大阪府医師会勤務医部会第2ブロック研修会 ＜第1部＞ 平成24年度北摂四医師会医学会総会一般演題優秀演題賞授与式 ＜第2部＞ 病院での認知症患者への対応と専門病院との連携について 新阿武山病院 診療部 副部長 森本 一成 先生	平成25年1月12日（土） 13：30～15：00 大阪医科大学学1講堂

2. 平成25年度事業計画

1) 第2ブロック委員

委員	委員名（敬称略）	所属医療機関名	役職
ブロック世話人 常任委員	新井 基弘	祐生会 みどりヶ丘病院	院長
常任委員	家永 徹也	愛仁会 高槻病院	院長
	立田 浩	済生会茨木病院	院長
	越前 直樹	大阪府警察協会 北大阪警察病院	副院長
委員	奥田喜代司	仙養会 北摂総合病院	副院長
	千野 佳秀	東和会 第一東和会病院	医長
	後藤 研三	信愛会 新生病院	院長
	秋元 寛	大阪府三島救命救急センター	所長
	平松 昌子	高槻赤十字病院	副院長
	麻田 邦夫	恵仁会 介護老人保健施設 たんぽぽ	施設長
	平位 洋文	医誠会 摂津医誠会病院	院長
	田窪 孝行	大阪医科大学	教授
	田中 英高	大阪医科大学	准教授
会長推薦	西本 泰久	大阪医科大学	診療准教授
参与	米田 博	大阪医科大学	教授

- 2) 第2ブロック委員会の開催
委員会年4回開催を予定
- 3) 北摂四医師会医学会協賛金
10万円
- 4) 北摂四医師会医学会優秀演題賞の実施
選考対象：第22回北摂四医師会医学会総会（平成25年6月15日開催）
選考対象：発表者に勤務医が含まれる演題
表彰数と褒賞：3演題に「優秀演題賞」を、褒賞として金5万円を授与する。
贈呈式：第2ブロック研修会（1月11日開催予定）で行う
- 5) 第2ブロック研修会の開催
開催日時：平成26年1月11日（土）
開催場所：大阪医科大学
演 題：未定

以 上

平成 25 年度

大阪医科大学医師会理事・評議員会

大阪医科大学附属病院中央検査部 村尾 仁

日 時：平成25年 4 月11日(木)18時00分～

場 所：第 3 会議室（総合研究棟12階）

出席者：米田、田中、上杉、梶本、岡田、
西本、根尾、亀谷、東、萩森、白田、
寺崎（敬称略）

（出席者12名、委任状10名 計22名
25名中22名の出席により会議成立）

1. 平成25年度大阪医科大学医師会役員構成について

米田会長より、次の通りの新任役員と、
他は引き続きお願いすることの提案があり、全会一致で承認された。

・副会長

森脇教授（皮膚科学）

〔1 名欠員〕

・理事

森脇教授（皮膚科学）

萩森准教授（耳鼻咽喉科学）

・評議員

内山教授（一般・消化器外科学）

東教授（泌尿器科学）

河野室長（輸血室）

谷本講師（衛生学・公衆衛生学）

・監事

土手教授（看護学部）

・編集委員

林講師（一般・消化器外科学）

寺崎准教授（教育機構）

瀧井教授（看護学部）

2. 平成25年度大阪府医師会各種部会・委員会等役員構成について

米田会長より、次の通りの新任役員と、
他は引き続きお願いすることの提案があり、全会一致で承認された。

・代議員

森脇教授（皮膚科学）

萩森准教授（耳鼻咽喉科学）

・予備代議員

東教授（泌尿器科学）

亀谷准教授（産婦人科学）

谷本講師（衛生学・公衆衛生学）

・医学会評議員

河野室長（輸血室）

・勤務医部会

米田教授（精神神経科学）

田窪教授（臨床検査医学）

3. 大阪医科大学医師会会則について

役員の選出にあたり、会則のままでは
難しい場合があるので、第 8 条第 3 項と
第 4 項を次のように変更する旨、米田会
長から提案があり、総会の審議事項に挙
げることとなった。

第 8 条第 3 項…

〔現 行〕 大阪府医師会予備代議員は
理事会において評議員の中
から指名する。

〔修正案〕 府医師会予備代議員は理事
会において原則として評議
員の中から指名する。

第8条第4項…

[現 行] 評議員は各教室において互選により1名を選出する。但し、会員数が30名を超える教室では2名を選出する。会員数が5名以下の教室では、その選出方法を附則に定める。

[修正案] 評議員は原則として各教室において互選により1名を選出する。但し、会員数が30名を超える教室では2名を選出する。会員数が5名以下の教室では、その選出方法を附則に定める。

4. 事務連絡

1) 平成25年度北摂四医師会医学会総会について

今年度は、大阪医科大学医師会が当番を務め、6月15日(土)に歴史資料館で開催する。特別講演は河野前会長にお願いしており、産業医研修会を兼ねる。看護学部講堂等の大きな会場が学校行事のため借りることができなかったのは残念である。産業医研修会は先着80名で北摂四

医師会ホームページから受け付けている。

一般演題を10題公募しており、優秀演題には5万円の褒賞金も出るので、是非応募してほしい。

2) 平成25年度大阪医科大学医師会総会について

6月10日(月)18時から開催する。総会では、会則の変更の承認、予算および収支決算の承認、事業報告等を行う。

5. その他

1) 大阪府医師会第1回研修医ウェルカムパーティについて

大阪府内の臨床研修病院の前期研修1年目の研修を対象に、4月6日(土)17時30分よりザ・リッツ・カールトン大阪において大阪府医師会第1回研修医ウェルカムパーティが開催された。大阪医科大学附属病院より最多17名の出席があり、大いに盛り上がった。大阪医科大学を卒業して他の病院で研修している研修医も参加しており、研修医同士の情報交換の良い場となっていた。来年度以降も4月第1土曜日の18時から実施することが決まった。 以上

平成 25 年度

大阪医科大学医師会総会報告

大阪医科大学附属病院中央検査部 村尾 仁

日 時：平成25年 6 月10日(月)18時00分～

場 所：第 2 会議室（総合研究棟12階）

議 長：森脇 真一（副会長）

出席者：竹中、米田、森脇、田中、梶本、

上杉、萩森、石田、樋口、浮村、

内山、岡田、西本、上田、亀谷、

東、寺崎、臼田、村尾、玉井、

鳴海、元村（敬称略）

（出席者22名、委任状236名 計258名

医師会員数488名の過半数により会

議成立）

1. 平成24年度事業報告（米田会長）

1) 大阪医科大学医師会の充実

会員数が490名（平成23年 5 月31日現在）となり、前年度末より35名増となった。

研修医の入職時のオリエンテーションにおいて、大阪府医師会久禮理事が医賠責保険等について説明し、勧誘を行った。

日本医師会生涯研修制度は、医師免許生涯交付のために医師が自主的にしっかり研修していることを示す大切な制度である。研修会参加時には、必ず大阪府医師会生涯研修チケットを提出するよう指示があった。

大阪医科大学医師会ホームページから資料請求・住所変更を行えるように、機能を追加した。

2) 大阪医科大学医師会の学術活動

「大阪医科大学医師会報」を 2 号発行した。第38号は「感染症防止ネットワー

ク」は特集とし、会員にタイムリーに情報を伝えるために、例年より 1 ヶ月早い 8 月15日に発刊した。第39号（3 月15日発行）では「医師のキャリア形成プランと大学の役割」を特集として掲載した。

学会等助成は、平成23年度に選考した平成24年度分 4 学会に各10万円計40万円を助成し、6 月11日大阪医科大学医師会総会内で受賞式を行った。平成25年度分は10月に公募を行い、12月 4 日に選考を行い、5 学会に助成することを決定した。

12月15日（土）に開催された「平成24年度医学生、研修医等をサポートするための会」において、本学の 5 名の女性医師が「医師の仕事と子育ての両立。私の体験」について発表した。

北摂四医師会医学会総会が、6 月16日（土）に大阪医科大学臨床第Ⅱ講堂で開催され、特別講演 1 題、一般演題10題の発表があった。北摂四医師会分科会は、「三島感染症研究会」が新設され分科会数は18となり、研究会を計13回開催した。

産業医講習会も 3 回開催した。北摂四医師会医学会記録集は冊子体としての発刊は前年度をもって終了し、今年度よりホームページに掲載する。

大阪府医師会勤務医部会第 2 ブロックは、ブロック委員会 4 回開催し、積極的に活動した。北摂四医師会医学会総会一般演題の中から優秀演題賞を 3 題選出し、5 万円ずつ賞金を授与した。1 月12日

に開催した第2ブロック研修会では、「病院での認知症患者の対応について」講演を行い、33名の参加があった。

3) 大阪府医師会・在阪5大学医師会・地域医師会との連携強化

大阪府医師会の郡市区等医師会長協議会や代議員会、各種部会や委員会に積極的に参加した。

11月14日に在阪5大学医師会役員と勤務医部会役員との懇談会が開催され、意見交換を行った。

2. 平成24年度会計報告・会計監査報告

(臼田会計)

全会一致で承認された。

3. 平成25年度事業計画(河野会長)

1) 大阪医科大学医師会の充実

会員数が493名(平成25年5月31日現在)となった。

4月2日に開催された研修医の入職時オリエンテーションで大阪府医師会西本理事が医賠責保険の重要性について説明し、医師会への勧誘を行った。

河野会長(衛生学・公衆衛生学)の退職に伴い、4月11日に開催した理事・評議員会で承認された新役員の紹介を行った。

2) 大阪医科大学医師会の学術活動

例年通り、「大阪医科大学医師会報」(年2回発行)、会報38号は特集として「感染対策の地域ネットワーク」を掲載する予定である。

学会等助成金は、昨年度選考した5学会に各10万円計50万円を助成し、平成25年度助成公募を10月1日より1ヵ月間行う。

北摂四医師会医学会は、6月15日(土)に第22回医学会総会が大阪医科大学医師

会の当番で実施される。分科会では、「画像診断研究会」が閉会され、活動を休止している他の分科会については継続するかどうか検討を行う。

大阪府医師会勤務医部会第2ブロックでは、昨年度に引き続き積極的に活動を進めている。北摂四医師会医学会総会一般演題優秀演題賞3題を選考し、各5万円の褒賞を出す。また、第2ブロック研修会を1月11日(土)に予定している。事務局は引き続き大阪医科大学医師会内に設置し、業務は高槻市医師会と共同で行うこととなった。

3) 在阪5大学医師会・地域医師会との連携強化

在阪5大学医師会との懇談会への参加は元より、高槻市・茨木市・摂津市医師会との連携を深めていく。

例年通り、大阪府医師会郡市区等医師会長協議会、大阪府医師会代議員会、大阪府医師会各種委員会、ならびに全国大学医師会連絡協議会等にも参加する。

4. 平成25年度予算案(臼田会計)

臼田会計より前年度と同じ事業を展開するための予算案の提示があった。単年度でみると赤字であり、来年度以降も同等の支出を続けると数年で資金が枯渇する可能性が示唆された。

今年度予算案は、全会一致で承認された。

5. その他(米田会長)

1) 平成25年度学会等助成金贈呈式の実施

選考された4つの学会の会長に、助成金の目録を贈呈した。

2) 医賠責保険の加入について

医賠責保険に加入していないのはたいへん危険なことである。大阪医科大学で

勤務している医師全員に、日本医師会以外の医賠償保険も含めて医賠償保険に加入しているかどうか、調査することとなった。

5) 事業監査について

竹中顧問より、会計監査だけでなく事

業監査も行う必要があるのではないか、と意見があり、事業監査実施に向け、検討を行うこととなった。 以上

平成25年度大阪医科大学医師会役員構成

(敬称略・着任順)

顧問	竹中 洋 (学長)		
会長	米田 博 (精神神経医学)		
副会長	花房 俊昭 (第1内科学)	森脇 真一 (皮膚科学)	
理事	米田 博 花房 俊昭 上杉 康夫 (放射線医学) 萩森 伸一 (耳鼻咽喉科学)	田中 英高 (小児科学) 梶本 宜永 (脳神経外科学) 森脇 真一	
評議員	槇野 茂樹 (第1内科学) 樋口 和秀 (第2内科学) 内山 和久 (一般・消化器外科学) 梶本 宜永 (脳神経外科学) 上杉 康夫 (放射線医学) 田中 源重 (麻酔科学) 根尾 昌志 (整形外科科学) 田中 英高 (小児科学) 東 治人 (泌尿器科学) 菅澤 淳 (眼科学) 臼田 寛 (衛生学・公衆衛生学) 村尾 仁 (中央検査科)	石田 志門 (第1内科学) 浮村 聡 (第3内科学) 森本 大成 (胸部外科学) 米田 博 (神経精神医学) 岡田 仁克 (病理学) 西本 泰久 (救急医学) 上田 晃一 (形成外科学) 亀谷 英輝 (産婦人科学) 森脇 真一 (皮膚科学) 萩森 伸一 (耳鼻咽喉科学) 寺崎 文生 (教育機構) 河野 武弘 (輸血室)	
監事	土手友太郎 (看護学部) 麻田 邦夫 (介護老人保健施設たんぽぽ)		
会計	臼田 寛 (衛生学・公衆衛生学)		
書記	村尾 仁		
編集委員	田中 英高 梶本 宜永 萩森 伸一 林 道廣 (一般・消化器外科学) 瀧井 道明 (看護学部)	村尾 仁 上杉 康夫 西本 泰久 寺崎 文生 (教育機構)	

平成25年度大阪府医師会各種部会・委員会等委員構成

(敬称略・着任順)

理 事	西本 泰久 (救急・災害医療、臨床研修制度担当)
代議員	米田 博・花房 俊昭・田中 英高・梶本 宜永 上杉 康夫・森脇 真一・萩森 伸一
予備代議員	島本 史夫・臼田 寛・村尾 仁・土手友太郎 田中 源重・東 治人・亀谷 英輝・谷本 芳美
医学会運営委員会	臼田 寛・米田 博
医学会雑誌編集委員会	樋口 和秀
医学会評議委員	上杉 康夫・村尾 仁・河野 武弘
勤務医師会	田中 英高・米田 博・田窪 孝行
学校医師会	田中 英高
労災部会委員	清水 宏泰
救急・災害医療部	新田 雅彦
広報委員会	田中 英高
生涯教育推進委員会	田中 英高・梶本 宜永
母体保護法指定診査委員会	大道 正英
臨床検査精度管理委員会	田窪 孝行
周産期医療委員会	亀谷 英輝
感染症対策委員会	浮村 聡
臨床研修制度推進委員会	上田 晃一
男女共同参画検討委員会	平松 昌子 (高槻市医師会)
女性医師支援ワーキンググループ	谷本 芳美

編集後記

今、夏真っ盛りです。私には夏になると、無性に出かけたくなるところがあります。そこは岐阜の郡上八幡です。長良川の支流、吉田川が流れるこの城下町には、旧い町並みの中に小さな水路が張り巡らされ、その清く豊かな水は地元の人々の生活、文化と今なお密接に関わっています。そして、夏の約二ヶ月間、毎日のように続く郡上踊りがあります。易しい振り付けで、初めての人にも十分楽しめます。またこの清水で育まれた鮎や鰻は絶品です。周りには数多くの鍾乳洞があり、夏には天然のクーラーになります。なにかホッとすると、日本の原風景のような町、郡上八幡。先生方も一度お出かけになってはいかがでしょうか。

さて、3月末の河野公一前会長の定年退職に伴い、4月から米田博新会長のもと、大阪医科大学医師会も新しい体制になりました。その第一号の会報の特集に、「めまい」について関連各診療科の先生方による座談会を企画いたしました。各科の垣根を越え多角的にめまいをとらえた、大変読み応えのあるものになっています。是非、ご一読いただき、日常の診療にお役立て下さい。

編集委員 萩 森 伸 一

編集委員 田中 英高 / 村尾 仁 / 梶本 宜永 / 上杉 康夫 / 萩森 伸一
西本 泰久 / 林 道廣 / 寺崎 文生 / 瀧井 道明

大阪医科大学医師会会報 第40号

発行日 平成25年9月15日

発行 大阪医科大学医師会

発行責任者 医師会長 米田 博

編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会

〒569-8686 高槻市大学町2-7

大阪医科大学共同利用会館

大阪医科大学医師会事務室（村上真理子・池田則子）

TEL 072-683-1221（内2951） 684-7190（直通）

FAX 072-684-7189

e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp

URL <http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

制作 有知 人 社

