

抄録集

特定非営利活動法人
国際生活習慣病フォーラム 主催

第7回生活習慣病学術講演会

「職場の生活習慣病、高齢者が気をつける病気」

日時：平成31年3月10日（日）午後1時—5時40分、
開場：12時30分

場所：持田製薬株式会社 本社内 「ルークホール」
東京都新宿区四谷1-7

問い合わせ先：国際生活習慣病フォーラム事務局
03-3956-2090

特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム主催

第7回 生活習慣病フォーラム学術講演会

「職場の生活習慣病、高齢者が気をつける病気」

日時:平成31年3月10日(日) 午後1時—5時40分、開場:12時30分

場所:持田製薬株式会社 本社内 「ルークホール」東京都新宿区四谷1-7

1:00-1:05

東京都知事 挨拶 小池百合子 先生

東京都議会議員 挨拶 報告 本橋弘隆 先生

1:05-1:10

理事長挨拶 林 滋 先生

1:10-1:50 (座長 林 滋 理事長)

1. 特別講演 I 「画像診断の進歩と生活習慣病」

慶應義塾大学名誉教授、グランドハイメディック倶楽部理事長

医療法人社団 山中湖クリニック、放射線診断センター長 栗林幸夫 先生

1:50-2:30 (座長 長谷川慶華 理事)

2. 特別講演 II 「生活習慣病対策—産業医の観点から考える—」

医療法人社団 ころろとからだの元氣プラザ 特任所長

医療法人社団 大地の会 理事長 及川孝光 先生

休憩 2:30-2:40

2:40-2:50 (座長 林 滋 理事長)

ミニ講演 「あるこもーね温泉隊—フレイル、サルコペニアへの取り組み」

林 クリニック 理学療法士 高岩伸好 先生

2:50-3:30 (座長 林 滋 理事長)

3. 特別講演 III 「高齢者の慢性心不全について」

—金沢医科大学氷見市民病院での経験を踏まえて—

金沢医科大学 地域医療学講座主任教授、同氷見市民病院総合診療科教授

日本大学医学部 総合内科・総合診療医学分野客員教授 笠巻祐二 先生

3:30-4:00 (座長 山口秀樹 監事)

4. 基調講演 I 「心理学と認知行動科学を活用した生活習慣病の予防について」

株式会社ウエル・ビーイング代表取締役 鈴木誠二 先生

休憩 4:00-4:10

4:10-4:40 (座長 永田篤史 参与)

5. 基調講演 II 「眩暈(めまい)について(一耳鼻科医の立場から)」

栗山中央病院 耳鼻咽喉科 吉田泰行 先生

4:40-5:10 (座長 長谷川慶華 理事)

6. 基調講演 III 「肺炎(特に市中肺炎と医療・介護関連肺炎)その予防と診断と治療」

日本赤十字社総合福祉センター介護老人保健施設長 友安浩 先生

5:10-5:40 (座長 前場良太 理事)

7. 基調講演 IV 「緩和ケア—最近の進歩と症例検討」

医療法人社団 桐心会 林クリニック 院長 林 滋 先生

5:40 終了

参加は無料です。下記へお申込みください。

連絡先: NPO法人国際生活習慣病フォーラム事務局

03-3956-2090 (林クリニック)、参加者には修了証書を発行いたします。

講演会場の「ルークホール」へはJR四ツ谷駅 四谷口徒歩3分、丸の内線四ツ谷駅赤坂口徒歩4分、南北線四ツ谷駅出入口2 徒歩2分

(持田製薬には電話しないようお願いいたします)

ご挨拶

東京都議会議員 本橋 弘隆

ただいまご紹介に預かりました、都民ファーストの会東京都議会議員の本橋弘隆でございます。本日は、第7回生活習慣病学術講演会にお招きいただき、誠に有難うございます。僭越ながら、一言ご挨拶を申し上げさせていただきます。

私が所属しております、都民ファーストの会東京都議団には、実に多くの研究会ないし勉強会がございます。私は現在、鍍金政策研究会などに所属し、これからの工業用水道事業の在り方などを研究してまいりましたが、皆様と関連します研究会として存在するのが「医療政策研究会」でございます。この研究会では、東京都医師会ないし同医師政治連盟の先生方等を講師にお招きしたりして、最先端のお話を聞かせていただくと共に、相互に研鑽を積み、それを政策へと結びつける活動を展開しております。最近では、「フレイル予防」について熱心に勉強会を実施しております。かつては単に「老化現象」と言いますか「もう年だから・・・」といった形で処断されていた症状が、ようやく「フレイル」という呼び名を通して、一つのカテゴリカルな症状として取り扱われるようになってきました。これも医療に携わる先生方のご尽力ないしご貢献の賜物かと存じます。これからは「フレイル予防」にまつわる医療や介護知識が益々進化し、それを制度として支えることを通して、大勢の高齢者の皆さんが、引き続きお元気で楽しい人生を歩むことが出来るものと存じます。ここから導かれてまいります到達点こそが「人生100歳時代」の到来なのではないでしょうか。

私達も子供から高齢者まで、都民の皆様の健康を守るべく、「子どもを受動喫煙から守る条例」を都議会に提案し可決成立させましたし、また、「東京受動喫煙防止条例」の制定も実現しました。これら一連の動きに連動してくださったのが、医療関係者の皆様であります。本当に有難う御座います。

「生活習慣病対策」の向上については、本日のご講演において、誠に意義深いものが感じられ、私も、聴講を楽しみにしてまいりました。皆様方のこういった取り組みが、都民の健康を支える源であることは、間違いありません。心より感謝御礼申し上げます、ご挨拶とさせていただきます。

平成31年3月10日

ご挨拶

理事長 林 滋

このたび特定非営利活動法人生活習慣病フォーラム主催の第7回学術講演会を開催させていただきます。当法人は平成18年8月に設立し、東京都の認可を得ました。学術集会、生活習慣病関連啓発事業等行ってきましたが、健康志向、高齢化による疾病構造の変化を鑑みて平成28年から当法人の活動を強化し、今までに6回の学術講演会を行ってきました。また、平成30年4月1日に主たる事務所を台東区から板橋区小茂根4-28-14に移転し、医療・介護との連携を深める準備もできました。5月からは、サルコペニア、フレイル改善の取り組みとして、地域の高齢者を対象として、ミニ講演会、リハビリの実技指導を栄養管理と絡めて行ってきました。ミニ講演会は「リハ栄養と骨粗鬆症」、「フレイル、ロコモ、サルコペニア」、「認知症について」、「慢性心不全の治療」、「在宅医療」、「リハビリの評価方法とリハビリ症例検討」、「高齢者の腰痛対策」、「緩和ケア」、「リハビリテーション医療の有用性」を無料でいき、毎回20-30の方が熱心に参加し、そのあとにリハビリ実技を行ってきました。

さて、毎回テーマを決めて講演会を行っていますが、今回は「職場の生活習慣病、高齢者が気をつける病気」です。生活習慣病の行きつく先は病を持った高齢者です。この方たちを、元気に長寿を全うするのをお手伝いするのが我々医療事者の務めであろうかと思えます。

今回特別講演として、生活習慣病を理解するための画像診断の講演を、過労死、メンタルヘルスケアの対策が必要と言われている産業保健の面から生活習慣病対策の講演を、最近内科領域で問題となっている高齢者の慢性心不全について、地方の地域医療の実態と合わせて講演をお願いしました。さらに、サルコペニア、フレイル改善の取り組みをリハビリの面から報告を、生活習慣病予防を認知行動科学の面から実践している立場からの講演を、高齢者に多く見られる眩暈（めまい）を耳鼻科医の立場からの講演を、高齢者の死因の上位を占めている肺炎について、市中肺炎、医療・介護関連肺炎についての講演を、最後に、緩和ケアと症例検討についての講演を行います。

最後になりますが、毎回当ホールを無料で使用させていただいている持田製薬株式会社に改めて御礼申し上げます。

また、当法人は非営利であり、参加者や会員の支援により活動が継続されます。参加して頂いた方々に厚く御礼を申し上げますとともに、今後ともご協力をお願いいたします。

平成31年3月10日

特別講演 I

画像診断の進歩と生活習慣病

慶應義塾大学名誉教授

グランドハイメディック倶楽部理事長

医療法人社団 山中湖クリニック

放射線診断センター長

栗林幸夫

生活習慣病とは、不規則な食生活や過食、運動不足、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣によって生じる病気の総称です。生活習慣病の中には、高血圧や脂質異常症（高脂血症）、糖尿病、肥満、がんなどが含まれます。がん（悪性新生物）の発生には様々な要因が考えられますが、生活習慣も原因の一つとして考えられることから、生活習慣病の一つに挙げられます。がんは 40 歳以上の死亡原因のトップで約 30%を占めており、日本では 2 人に 1 人が罹患する病気とされています。がんに対しては、早期診断と適切な治療が重要ですが、その診断には近年における画像診断の進歩が大きく貢献しています。

画像診断法には種々のものがありますが、非侵襲的な（体に負担を与えない）診断法の代表的なものは、CT（コンピュータ断層撮影）、MRI（磁気共鳴画像診断）、超音波、マンモグラフィ（乳房撮影）、PET（ポジトロン断層撮影）などがあります。本講演の前半では、がんの診断にフォーカスして、体の部位ごと（肺、甲状腺、乳房、大腸、前立腺）に具体的な症例を取り上げて、如何にこれらの画像診断法を駆使して各臓器のがんの早期診断に努めているかを紹介したいと思います。

講演の後半では、生活習慣病の代表ともいえる動脈硬化性疾患にフォーカスします。生活習慣病の中でも、高血圧、脂質異常症、糖尿病などは自覚症状がないものの、長期に渡ると血管が固くなり動脈硬化を引き起こして血管が狭くなったり詰まったりして、狭心症や心筋梗塞、脳卒中の原因となります。動脈硬化によって引き起こされるこれらの血管疾患の診断には、単純 X 線写真、超音波、CT、MRI、DSA（血管造影）などの画像診断が重要な役割を果たしますが、これらの画像診断法の中でも、近年において大きな進歩を遂げて診断に大きく寄与しているのが CT です。本講演では CT の原理と特徴を分かりやすく解説し、1972 年の Hounsfield 先生（英国）による考案・発明の歴史とそれにまつわるエピソード、そして CT の開発の歴史の中で大きなエポックとなったヘリカル CT と多検出器列型 CT (MDCT: multidetector-row CT) の技術開発とそれによってもたらされたメリットに関して分かりやすく説明したいと思います。

血管疾患の中には、部位別に大動脈疾患、末梢血管疾患、冠動脈疾患、脳血管疾患などが含まれます。大動脈疾患の中で代表的なものが大動脈瘤ですが、これは大動脈の一部がコブのように拡張するもので、自覚症状を伴わないことが多く、気付かずに放置すると徐々に大きくなり破裂に到ることもあります。大動脈瘤はその生じる部位によって胸部大動脈瘤、胸腹部大動脈瘤、腹部大動脈瘤に分けられ、それぞれ取り扱いが異なります。発見の端緒となるのは、胸部大動脈瘤では胸部単純 X 線写真、腹部大動脈瘤では超音波検査が多いようですが、治療方針の決定には CT を用いた瘤の形状（紡錘状、嚢状）や動脈瘤の大きさ（瘤径）の正確な評価が必須です。大動脈瘤の治療法としては、手術による人工血管（グラフト）置換やステントグラフト留置による方法などがありますが、これらに際しては脳や腹部・骨盤を栄養する重要な分枝との位置関係、脊髄を栄養する Adamkiewicz 動脈との位置関係などの評価が重要ですが、

これらも造影剤を用いた CTA (CT angiography : CT 血管造影) を行い、大動脈の 3 次元画像を作成し観察することが可能な時代となっています。

冠動脈は心臓の筋肉や壁を栄養する重要な血管で、動脈硬化によって内腔が狭くなったり詰まったりすると狭心症や心筋梗塞の原因となります。心臓・冠動脈は人体の中で唯一動いている臓器なので、その画像化には従来心臓カテーテル検査による冠動脈造影 (CAG: coronary angiography) が gold standard とされてきました。しかしながら、近年における CT の目覚ましい進歩によって、冠動脈の非侵襲的な画像化が可能となりました。CT では従来の冠動脈造影と異なり、冠動脈の内腔と壁のプラークの状態を同時に、かつ三次元情報として描出できる点に大きな特徴があります。

頭蓋内の脳動脈の画像診断に関しては、MRI を用いた MRA (MR angiography : MR 血管造影) が主流です。これは血液の流れとその信号を利用した画像診断法ですが、現在では造影剤を用いずに、寝ているだけで頭蓋内の動脈の形態に関する詳細な情報が得られるようになってきました。脳動脈瘤は脳の血管にできるコブですが、突然破裂してくも膜下出血の原因となることがあり、その発見と管理は重要です。脳動脈瘤はその生じる部位や瘤の大きさ、形状によって破裂の頻度が推定できるようになっていますので、経時的に経過観察をして適切な時期に手術やコイル塞栓術などの治療につなぐことが必要です。

これまで、生活習慣病に起因する種々の疾患と、その診断における画像診断の重要性や役割を解説してきましたが、これらの疾患の発生を防ぐためにはその危険因子となる生活習慣病の予防・制御が重要です。生活習慣病の予防や制御には、食生活や運動習慣の改善、禁煙等が基本となりますが、それでもコントロールが難しい場合はかかりつけ医の下での内服治療と経過観察が大切です。

特別講演 I I これからの生活習慣病対策 —産業医の観点から考える—

医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ 特任所長

医療法人社団 大地の会 (KRD 日本橋) 理事長

労働衛生コンサルタント

及川 孝光

生活習慣病とは生活習慣が原因で起こる疾患の総称であり、平成8年に厚生省(当時)の審議会で成人病から改称された。その事由は、加齢のみでなく日常の生活習慣が発症に大きな要因となり、また若年からの予防対策が重要ということである。疾病構造は身体的疾患と精神的疾患に大きく分かれるが、この身体的疾患で感染症、外傷を除いた疾患(WHO定義の非感染性疾患:NCDs)が生活習慣病に含まれる。我が国の3大死因(がん、心疾患、脳血管疾患)やその起因となる危険因子(高血圧、脂質異常、糖尿病、肝疾患、呼吸器疾患、腎臓病など)が主要な生活習慣病で、動脈硬化症、肥満はこれらの共通因子である。

我が国は、現在、世界で最も長寿な国になった(平成29年簡易生命表:男性81.09歳、女性87.26歳)。しかし、まだ自立可能な健康寿命とは約10年の乖離があり(女性が長期)、健康な生活期間を延ばす健康長寿の達成が大きな目標である。人生の中で最も長い期間である就労期の健康管理はその意味でも重要で、この期間の安全・健康関連全般を統括するのが産業保健である。本講演では、現状の産業保健の課題と今後の展望について産業医としての立場から論じたい。なお、産業保健とは昭和47年に労働基準法から分離された労働安全衛生法(安衛法)に基づく労働衛生(産業衛生)における職場の実践活動を表す。職域では総ての雇用労働者に対し、基本として年1回の健康診断実施は事業者の義務であり、また労働者も受診義務がある。これがいわゆる職場で事業者に課せられた安全配慮(健康配慮)義務であり、健診とその後の指導・管理(事後指導)などは、就労者の生活習慣病対策の根幹である。

就労者への安全・健康配慮として現状の大きな課題は、危険業務対策、生活習慣病対策、メンタルヘルス対策がある。これらの基本業務手順は安衛法とその関連規則にて規定されている。職域での産業保健の具体的な業務は「作業環境管理」、「作業管理」、「健康管理」が基本の3管理と呼ばれ、これに「総括管理」、「労働衛生教育」を含めて5管理と呼ばれる。そして、昭和33年から5年ごとの労働衛生の目標(労働災害防止計画)が厚生労働省から策定されており、現在は昨年度から開始された第13次に入っている。

これらの多大な産業保健の課題の中で、就労者の生活習慣病対策は産業医・産業保健スタッフの最重要業務である。そのためには、組織全体の業務内容と個別労働者の業務内容・生活状況の把握は必須である。

現在の職域は、勤務・雇用形態が多様化しており、夜勤、シフト勤務、海外勤務も多く、また、非正規の雇用者も多い。そして、業務のスピード化とシステム化で業務量が増加しており、労働者の身体的・精神的負荷が増大している。また、雇用者の労働意識が変化して職場内のコミュニケーション不足があり、業績評価も成果主義が導入されている。このような労務環境の急速な変動によって、若年～壮年就労者のメンタル不全者が増加している。また、現在の少子高齢化社会で、若年労働人口の減少と高齢者・女性就労者の増加は、生活習慣病管理の面からも新たな対応が求められている。過重労働・過労死もその起因は勤務体系にあり、早急かつ抜本的な対策が必要である。労働環境と作業に起因する疾患は、因果関係が明

確であれば「職業病」と呼ばれ労災対象疾患であるが、現在ではほぼ総ての生活習慣病は個人要因と共に労働要因がその発症・進展に関与しており「作業関連疾患」と呼ばれている。

業務上のストレス過多による飲酒量の増加、食生活の乱れ、運動不足によって入社後に体重が増加して、メタボリックシンドローム対象者が若年～壮年世代の男性勤務者に極めて多い。また、若年女性は痩せ願望による栄養不足と鉄欠乏性貧血もあって、職場での健康指導は大変に重要で個別対応が必要である。さらに、定年延長による高齢者の就労が急増しており、特に血圧、脳・心疾患対策が安全面から急がれている。

このように生活習慣病対策は産業保健の基本だが、その根底にある精神的な負荷対策、いわゆる「メンタルヘルス対策」を並行して行うことが肝要である。実際に、高血圧、脳・心血管系疾患、糖尿病、肥満症などはストレスの影響を受けやすい。適正な業務量で、職場のコミュニケーションが良好、勤務時間管理などがきちんとなされている職場では、生活習慣病管理も良好である。職場での良好な健康維持・増進には、労務環境の整備を基本として、本人の業務面のゆとりと意識改革、組織体制の健全化が重要である。このためには、経営層と管理者の取り組みは大きな影響があり、従業員の良好な健康維持は組織の生産性に大きく寄与する。個人と組織レベルでのヘルスリテラシーを高める施策が必要である。本年4月から施行されるいわゆる「働き方改革関連法案」も就労者の健康増進を基本理念とすべきである。

最近の新しい動向として、内閣、経済産業省が主導する「健康経営」が大きく注目されており、社員の健康向上に組織として取り組み始めた企業が急増している。産業医など医療保健スタッフの役割は一層大きくなっており、組織全体と従業員のヘルスリテラシーを高める良い機会である。また、健康診断も継続的な健康支援の一環として、将来の健康長寿に繋がる方式を目指したい。

以上のような産業保健からの生活習慣病対策について、現状の課題から今後の展望についてお話しします。

ミニ講演 あるこもーね温泉プロジェクト ～フレイル・サルコペニアへの取り組み～

医療法人社団桐心会 林クリニック 理学療法士高岩 伸好

Key words フレイル・サルコペニア予防 アウトカム評価 自己効力感

【目的】

日本国内では人口構造が変化しており、東京都内もある地域では、今後 10 年間で 85 歳以上の人口が急増し、医療ニーズの高い通院困難な患者が増加すると予測されている。行政より介護予防・社会参加促進・マネジメント強化推進が求められており、地域内の様々な資源を総動員して、必要な方に必要な支援が、地域特性応じて提供される仕組み作りが重要とされている。地域住民が、自らの選択で健康行動を考え、継続する為の長期プロジェクト(あるこもーね温泉隊)を計画、実行したので報告する。

【方法】

生活習慣病予防、フレイル・サルコペニア、低栄養をテーマに転倒予防教室を毎月第 2、第 4 木曜日に実施。動機付けが低い方や疾患に対する自覚症状がない方への指導、既往のある方への再発予防の指導を実施していく。

体組成計等を用いた数値化された医学的指標や自主トレーニングプログラムが記載されたリハビリテーション手帳を作成、配布する。

そして、ノルディックポールを用いた有酸素運動や自宅で簡単にできる筋力トレーニング紹介し、自身の身体に気づきを得て自主トレや自己学習の継続が図れるよう配慮した医師、管理栄養士、理学療法士等による多職種によるよう配慮した。

【結果】

2018 年 4 月 12 日から 2019 年 1 月末までに、第 2・第 4 木曜日に転倒予防教室を 20 回実施。各回の参加人数は 5 名～最大 32 名の参加者があった。

参加者は増加傾向であり、リハビリテーション手帳も発行数も増加している。

【考察】

地域住民への疾患に対する知識、生活習慣病に罹患しない為の注意事項を講義する予防教室と数値化されたアウトカム評価を提示する。

地域住民への教育の場として、イベント参加や自主トレーニングを自主的に行い、自己効力感を得る事で行動変容し、習慣化することを期待したい。

特別講演 I I I 高齢者の慢性心不全について-金沢医科大学氷見市民病院での経験を踏まえて-

金沢医科大学 地域医療学主任教授

笠巻祐二

慢性心不全は主として高齢者の疾患である。米国Framingham研究によると、50歳代での慢性心不全の発症率はおおよそ1%であるのに対して、80歳以上になると10%にも達する。また、ロッテルダム研究では55歳以上で健康である人の3人に1人はその余生で心不全に罹患すると報告されている。我が国では、2008年10月に65歳以上の高齢者人口は総人口の22.1%となり、そのうち75歳以上の後期高齢者が10.4%を占めている。2055年には高齢化率は40.5%に達し、国民の2.5人に1人が65歳以上の高齢者となると推定されている。このように我が国は現在、前例のないスピードで超高齢化社会を迎えつつあり、加齢による心不全の発症率と有病率の爆発的な増加が現実のものとなっている。高齢者心不全の急性増悪による再入院や死亡は現在多くの病院で遭遇する最も重要な問題の1つであり、単に医学的な問題のみならず、家族や社会への医療負担を含め、我が国における大きな社会問題にもなっている。近年、高齢者心不全に関するデータが集積され、日本心不全学会から高齢者心不全患者の治療に関するステートメントが発表されたが、それによれば、高齢者における慢性心不全の特徴は、1) いわゆるcommon diseaseであり、その絶対数が更に増加していく、2) 根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患である、3) その大半が心疾患以外の併存症を有することである、としている。高齢者の慢性心不全は、ありふれた疾患であると同時に、癌と同様に死に至る悪性病態であることをステートメントでは宣言している。また併存症がしばしば心不全そのものよりも生命予後の一次的決定因子となり、医療内容よりも介護、ケアが本質的問題となる症例も多いことも特徴である。現実問題としては、高齢者の非代償期の顕性心不全の患者以上に、非顕性心不全患者がかなり多いため、高齢者心不全患者の管理は、基幹病院の循環器専門医よりはむしろ、かかりつけ実地医家が地域で形成する診療体制の中で主として行われることになる。したがって、患者が抱える併存症や生活環境の問題も含め、地域医療で構築される診療体制の中で適切に管理されることが実は最も重要である。基幹病院の役割は、的確な診断と非代償期の入院治療あるいはリハビリテーションなどであり、地域の医療機関と連携し、患者を支援する体制の確立が望まれる。また、実地医家は在宅・終末期医療や緩和医療の実践においても中心的な役割を担うことが期待されており、このような体制を整備することが我が国における喫緊の課題として求められている。現在私の勤務する金沢医科大学氷見市民病院は富山県氷見市にあるベッド数250の地域医療の中核的役割を担う基幹病院である。氷見市は高齢化率が県内で3番目に高く、このまま推移すると、2020年には高齢化率は38.8%に達すると予想されており、現在すでに人口の5人に1人は75歳以上(9395人)である。高齢者は、一人でいくつかの症状や疾患を抱えるため複数の診療科を受診しなければならない特徴がある。総合診療科では、ワンストップ診療を掲げ、こうした高齢者を総合的に診療できる体制を目指している。当地に赴任して3年弱が経過したが、救急を含め、入院患者に占める心不全の割合は極めて多く、ほとんどが高齢者であるのが実態である。過去の報告では、高齢者の心不全は女性の占める比率が高く、虚血性心疾患や弁膜症が原因疾患となることが多く、貧血や腎機能障害が心不全増悪に関与する可能性が高いとされている。また、心エコーでの解析から高齢者心不全の機序としては拡張不全がより大きな役割を果たしていることが示唆されている。今回、金沢医科大学氷見市民病院での経験を交えながら高齢者心不全の特徴について、1) 高齢者心不全の病態、2) 高齢者心不全の併存症、3) 高齢者心不全の臨床的・社会的特徴と予後との関係について皆さんと考えてみたい。併せて、現在我々が取り組んでいる地域医療連携について具体的取り組みのいくつかをご紹介します予定である。

基調講演 I 「心理学と認知行動科学を活用した生活習慣病の予防について」

株式会社ウェル・ビーイング

代表取締役 鈴木誠二

私は、治療医学から予防医学に転向して19年目になる。19年間、ずっと「生活習慣病の予防」だけを考え、仕事をしてきた。しかし、「結核の予防」のような目覚ましい成果は得られていない。その理由を私なりに考えてみた。結核予防のポイントは「結核菌の感染と増殖のスパイラルを絶ち切る事」であり、その点で、この連鎖を切るストレプトマイシンの発見と隔離病棟政策は功を奏した。一方、生活習慣病はどうであろうか？生活習慣病の原因はウイルスや細菌ではない。社会構造の変化や風習や価値観の変化に伴って発生してきた「運動不足」「過食や偏食」「ストレス」が、高血圧・糖尿病・脂質異常症という3大生活習慣病を作り、その結果として動脈硬化を助長して主要な臓器の血管が切れる・詰まるといったイベントを引き起こすのが主たる問題である。

であれば、①社会構造の変化や風習や価値観の変化に伴って発生する「運動不足」「過食や偏食」「ストレス」の連鎖を切る。②「運動不足」「過食や偏食」「ストレス」による高血圧・糖尿病・脂質異常症という3大生活習慣病発生の連鎖を切る。③3大生活習慣病の悪化による脳卒中・虚血性心疾患・慢性腎不全（CKD）の連鎖を切ることが有効なのではないだろうか。

1. 初発の連鎖を切る 生活習慣病の連鎖の出発は①社会構造の変化や風習や価値観の変化に伴って発生してきた「運動不足」「過食や偏食」「ストレス」と考える。社会の構造変化や風習・価値観の変化は、神以外に変えようも止めようもない。従って、ここを断つのは世捨て人にでもならない限り不可能なので、対応策なしとなる。これらの変化に反応して起こる「運動不足」「過食や偏食」「ストレス」は薬や医師が対処するものではないので、医療以外の職種や方法が選択されるべきである。最も確実に有効なのは「強制」や「規則」や選択肢がない「セット行動」と、時代に合った「パラダイムシフト」である。繰り返すが、初発の連鎖を切るのは医療以外のものである。

2. 2段目の連鎖を切る 「運動不足」や「過食・偏食」「ストレス」を感じたとしても、高血圧・糖尿病・脂質異常症にならない方法はあるのだろうか？我々は厳しい因果律に支配されているので、原因となる「運動不足」「過食・偏食」「ストレス」を持ったまま、3大生活習慣病を免れる方法はなさそうに見える。しかし、「アイソメトリクス」の様に、それを打ち消す逆の行為をセットで行えば、少なくとも3大生活習慣病の発症を遅らせることは可能であるように思える。「運動不足」vs「食事制限」や「過食・偏食」vs「運動・サプリメント」、「ストレス」vs「忘れる」といった組合せである。ここでは、予防的「服薬」も効果があるので、医療が全く関係しないとは言えないが、主とは言えない。

3. 最終連鎖を切る これは「重症化予防」と呼ばれる分野であり、医療のど真ん中にある。しかし、この最終連鎖と言えども既存の医療システムだけで十全なわけではない。理由は「無認識」や「誤解」や「最善ではない自己判断」により、患者が最適健康行動を行わないからである。その結果、「行動ナ

シは成果ナシ」となり、医師が予測する重症化の方向へと進んでいく。

4. 健康は健康行動に、健康行動は健康思考に規定される このように考えていくと、生活習慣病の予防は最善と思われる健康行動によって具現化される。行動は思考によって決定されるので、その人の健康行動は健康思考に規定されるとなる。すると、生活習慣病の予防は思考へのアプローチが有効という結論になり、その手段は心理学や認知行動科学といった社会科学が主体となる。実際の成功事例を基に、この点を掘り下げてみたい。

基調講演 I I 眩暈（めまい）について 一耳鼻科医の立場から

威風会栗山中央病院 耳鼻咽喉科

吉田 泰行

所謂眩暈は医学の進んだ今日でも難しい疾病の一つであろうと考えられているようである。と言うのは、癌の様に忍び寄ってくる事も有り、悪心・嘔吐ともに激的な症状で始まる事も有り、突然立てなくなったり、いつまでも不定に愁訴が続いたりすると、なんだか得体知れ無い悪い病気ではないかと思われている様だ。また其れを診る医者としてもその病気の本体が聴診器で聞こえる訳でも無く、レントゲンに写るでも無く、血液や尿を取れば分かる訳でも無く、また例え診断が付いてもどうすれば良いのか、特効薬でも有るのか、不思議で不可解な困った病気と思われているようだ。

ではどうすれば良いのか、近くに大学病院でも有ればそこへ送るのが一番手っ取り早い のかも知れない。小生も初めは(陰の声曰く今もではないか)その様に考えて敬遠していたし、いまも場合によってはそうであるが、耳鼻咽喉科医となって十有余年、其れなりに無い知恵絞って考えて来た事を今日披歴、御集参の先生方や御出席の生活習慣病に関心を持たれる方々に眩暈の秘密をそつと伝授して眩暈に対する認識を新たにしてもらい以て今後眩暈を起こしても慌てる事無く僭越ながら小生の言う事が正しかったと実感して戴きたく、ここに眩暈の本性を明らかにしたい。

さて眩暈の本体は錯覚である。何の錯覚か、と言えは有るはずの無い加速度である。加速度と言えは、直線加速度と角加速度即ち回転加速度であるが、詳しい説明は抜きにして臨床上問題になるのは角加速度である。その結果大部分の患者は回転感を訴え天井が世界が回り出したと言うのが普通である。止まる事大地の如しと言う言葉が有るが、逆に回り出すと言う事は天変地異か世界の終わりを思わせる為、大病が突然始まった様に感じるらしく患者に取っては一大事であり、世界の終わりから脱するべく救急車に乗って御来院となる。しかしこれらは全くの錯覚であり、世界は回っていないし(尤もガリレオ曰くそれでも地球は回っている)世界の終わりでも無い。これは内耳の加速度のセンサーである三半規管と球形・卵形囊の異常知覚のなせる技であるに過ぎない。患者よ安んぜよ、世界は終わらないし貴方の生涯も未だ未だ続くのである。しかも時間の長短を問わなければこの状態は放置しておいても必ず行き過ぎる、治るのである。

ではどうしてこの様な状態が起こるのであるのか、それは今日の医学でも詳らかにしないとは言え、加速度の錯覚は、内耳の浮腫(むくみ)・血行障害・未知のヴィールス感染免疫異常(所謂自己免疫疾患)等等の学説は有るが未だ確定的な事は不明である、しかしその機序はかなり判明しており、本日の講演の中で話すつもりであるが如何せん内耳の働き特に有毛細胞の働きには抽象的な点があり皆様方には「スヤスヤタイム」として頂いて構いません。但し医師の方はちゃんと聞いてください。ただ一言覚えていて欲しいのは実際に有るにしても/錯覚として感じているだけにしても、加速度を感じると眼の動きに或る化が起こり(寧ろ起こるのが当然で異常では無い)、この人は加速度を感じていると客観的に判明するのであり、それを眼球震盪と言う。我々は略して「眼震」と言うがこれがこの加速度感知状態で有る、但し何度も繰り返すが実際に有るか・錯覚かは問わない。しかもこの状態は簡単に再現可能であり、これを実現して見せましょう。

ではどうしたらこの状態を治療して治められるか、一番簡単なのが先程話した様に放置 しても治るの

である。犬もいくら医学的に正しくても「放置しておけば良くなります」では医師としての使命を果たしたとは言えないので、何かをするがもちろんこれは無駄ではない。絶望的な回転感、不愉快な悪心・嘔吐等は薬物療法で可成り治められるし、習慣的に発作を繰り返す人もその発作の程度や頻度を減らす事ができるので安心して医師—特に耳鼻咽喉科の医師にご相談ください。

最後になるが生活習慣との関わりを言うと、これは小学生でも分かる事であるがこれが 何と言っても一番難しい、なぜなら小学生でも分かる程根本的なものは判っても実行が難しいからである。ではその一部をそっと披露すると、早寝・早起、規則正しい生活、腹八分目、何事にも余裕を持って・くよくよせず、心穏やかに、そしてこれが一番難しいが節酒(酒は程々に)・禁煙(タバコはダメ・絶対ダメ、即ち二十から吸わないのが一番よしいが、今も吸っている人は直ちに止める)この生活習慣を守って眩暈の無い余生を送ろうではありませんか。

基調講演 I I I 肺炎（特に市中肺炎と医療・介護関連肺炎）その予防と診断と治療

日本赤十字社総合福祉センター介護老人保健施設長 友安浩

1. 初めに

市中肺炎並びに医療・介護関連肺炎について分かり易く説明し 皆様方の健康維持に少しでも役に立つようお話したいと思います。話の内容は「日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会」を参考にしました。

2. 市中肺炎について

この肺炎は慢性閉塞肺疾患などに罹っていない人に起こる肺炎です。患者さんの7割が70歳以上の高齢者で、7割が入院し、年間7,000人が病院で死亡しています。原因菌として肺炎球菌が最も多く、次いでインフルエンザ菌（インフルエンザウイルスではありません）で、第3番目に黄色ブドウ球菌、第4番目に肺炎桿菌です。症状は咳、痰、発熱、呼吸困難、胸痛などです。しかし高齢者では、呼吸器症状を示さず、食欲低下や活動性の低下など呼吸器症状以外の訴えを起こします。重症度は年齢、脱水の有無、酸素飽和度、意識状態、血圧の5項目で点数化され、その点数によって外来治療か入院治療が決まります。診断には胸部レントゲン写真、血液検査のほかに喀痰検査や尿検査が大事ですのでご協力下さい。治療法は喀痰細菌培養検査の結果が分かるまでは治療域の広い抗菌剤（抗生物質）を内服あるいは点滴投与されますが、原因となる菌が分かった後はその菌に有効な薬が投与されます。薬としてはペニシリン系やセフェム系などが使われます。以上は細菌による肺炎ですが、これ以外にマイコプラズマという細菌でもウイルスでもない生物による肺炎もあります。咽頭ぬぐい液や血液検査で診断され、治療薬としてマクロライド系（クラリスロマイシンなど）、レスピラトリーキノロン系（レボフロキサシンなど）を内服します。なお これ以外の病原菌でも市中肺炎は引き起こされます。

3. 医療・介護関連肺炎について

この肺炎は①長期療養型病床群もしくは介護施設に入所をしている（精神科病棟も含む）、②90日以内に病院を退院した、③介護（Performance status 3以上）を必要とする高

齢者、身障者、④通院にて継続的に血管内治療（透析、抗菌薬、抗癌化学療法、免疫抑制剤などによる治療）を受けている、のいずれかに該当する人が離間する肺炎です。死亡率は市中肺炎よりも高く、発症の主な原因は、①誤嚥性肺炎、②インフルエンザ後の細菌性肺炎、③透析などの血管内治療に関連した耐性菌性肺炎（メチシリン耐性ブドウ球菌性肺炎など）、④免疫抑制薬や抗癌剤などの治療中に発症した常在菌による肺炎（日和見感染）がありますが、大部分が高齢者の誤嚥性肺炎です。症状は市中肺炎と似ていますが高齢者では食欲低下、失禁、日常の活動性の低下などを示すことがあります。この肺炎では予後不良の終末期肺炎の状態や老衰の過程で発症することが多く、適切な抗菌剤治療が生命予後を改善するとは限らないので、罹患した人の病状を加味して治療方針を決める

必要があります。言い換えますと、治療にあたっては積極的な治療を行うに当たり患者さん個人の意見や家族の意思を尊重したうえで、QOLを優先するような生命倫理的側面を考慮する事が大事です。原因となる菌は肺炎球菌が最も多く、ついでメチシリン耐性ブドウ球菌（MRSA）、クレブシエラ属で、頻度は少ないのですが口腔内レンサ球菌、腸内細菌、嫌気性菌があります。診断方法は市中肺炎とほぼ同じですが、頻度の高い誤嚥性肺炎には嚥下機能障害が大きく関与し、この障害を来たしやすい病態として脳血

管障害（脳出血後遺症、脳梗塞後遺症など）、神経筋」疾患（パーキンソン病など）、認知賞（アルツハイマー型、脳血管障害型、レビー小体型など）、寝たきり状態、経鼻胃管（経管栄養）、睡眠薬や鎮静薬の服用があります。重症度は市中肺炎と同じ基準で判定され、治療薬は中等度以下の場合はペニシリン系あるいはセフェム系薬剤が使用され、重症以上あるいは原因菌として薬剤耐性菌の可能性が高い場合には前記の薬剤に加えてニューキノロン系あるいはアミノグリコシド系の薬剤が使用されます。

4. 予防について（質疑応答形式）

質問1：高齢者の肺炎予防において、肺炎球菌ワクチンは推奨されるか？

答：・・・

質問2：高齢者の肺炎予防において、インフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの併用接種は推奨されるか？

答：・・・

質問3：成人インフルエンザ関連肺炎の予防において、早期（2日以内）抗インフルエンザ薬投与は推奨されるか？

答：・・・

基調講演 I V 「緩和ケア—最近の進歩と症例検討」

理事長 林 滋

目次

1. 緩和ケアとは
2. 施設ケアと在宅ケア
3. 緩和ケアチームを構成する多職種の役割
4. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは
5. がん疼痛の薬物療法
6. オピオイドの使い方
7. 症例検討、在宅看取り
8. まとめ

1. 緩和ケアとは

緩和ケアとは、患者の身体的・精神的苦痛を和らげることにより、生活の質の改善を目的とした治療のことで、具体的にはがんなどの進行性の疾患の病気・程度によらず苦痛の緩和を目指す医療やケアのことである。最近の考え方では、早期から緩和ケアが実施され、すべての医療者によって実施され、在宅での緩和ケアも選択肢の一つである。

緩和ケアは二つの方法、緩和ケア病棟（すなわちホスピス）と緩和ケアチームによって実施される。ホスピスとは、がん、心不全、呼吸不全等の末期の患者を対象とした入院施設で、医師や看護師のほかに薬剤師、栄養士、理学療法士、心理療法士、ソーシャルワーカー、ボランティアなど、さまざまな職種の人がチームを組み、全人的（*）に医療とケアに取り組む医療施設である。一方、緩和ケアチームとは、多職種で構成される、緩和ケアを専門とする医療チームのことで、厚生労働省が定める緩和ケアチームのメンバーは、身体症状を担当する医師、精神症状を担当する医師、緩和ケアに精通した看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカー、カウンセラー（臨床心理士）などである。

（*）全人的とは、人を身体や精神などの一側面からのみ見るのではなく、人格や社会的立場などを尊重して総合的な観点から接すること。

2. 施設緩和ケアと在宅緩和ケア

ホスピス・緩和ケアを提供する形態としては、前出の緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、専門外来、在宅緩和ケアがある。施設緩和ケアは、主に医療機関で提供されるホスピスのことで、多職種からなる緩和ケアチームによって行われる。これに対して、在宅緩和ケアは在宅の末期患者に対して、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤、訪問リハビリ、訪問栄養管理、在宅介護サービス等をとおして提供されるもので、地域包括ケアの一部でもあり、緩和ケアの視点から見れば地域緩和ケアネットワークを構成して提供される（図1）。

を行う（例：気管に管を入れて人工呼吸器につなぐ、除細動など）のどれかを選択、（3）人工経管栄養を行わない / 一定期間試みる / 行う、の選択、「中心静脈カテーテル」や「輸血」、「透析」、「経鼻胃管」、「胃ろう」をどうするかを選択するとなっている。

5. がん疼痛の薬物療法

1) 痛みの性質による分類

痛みには侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛があり、前者には体性痛及び内臓痛がある（図2）。

侵害受容性疼痛	内臓痛	腹部腫瘍の痛みなど局在があいまいで鈍い痛み。ズーンと重い	オピオイドが効きやすい
	体性痛	骨転移など局在がはっきりした明確な痛み。ズキッとする	突出痛に対するレスキューの使用が重要になる
神経障害性疼痛		神経叢浸潤、脊髄浸潤など、びりびり電気が走るような・しびれる・じんじんとする痛み	難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い

Copyright © Japanese Society for Palliative Medicine JSPM

図2 痛みの性状と分類

2) 痛みのパターンによる分類

- ①持続痛：「24時間のうちに12時間以上経験される平均的な痛み」として患者によって表現される痛みのこと
- ②突出痛：持続性の有無や程度、鎮痛薬の有無にかかわらず発生する一過性の痛みの増強のこと。特徴として、痛みの発生からピークまでの時間が3分程度で、平均持続時間が15—30分で、殆ど（90%）が1時間以内に終息する。

3) WHO 3段階除痛ラダーと鎮痛剤使用の5原則

WHOの3段階除痛ラダーを図3に示す。

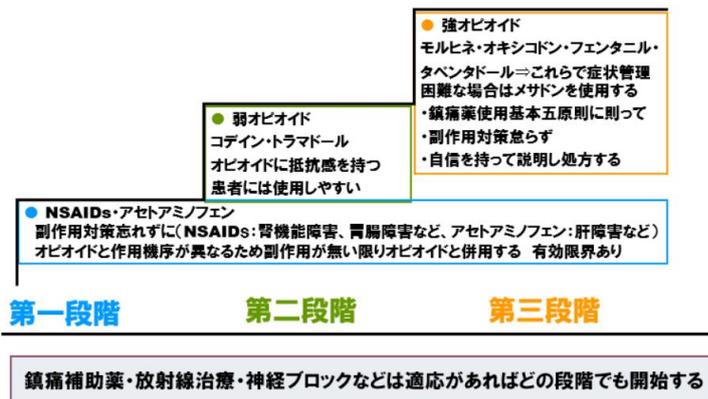


図3 WHOの3段階除痛ラダー（日本ペインクリニック学会）

疼痛の軽い第一段階では、NSAIDs やアセトアミノフェンを使用し、痛みが強くなったら第二段階として弱オピオイドのコデイン、ドラマールを、激しい疼痛に対しては第三段階として、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルなどの強オピオイドを使用する。

鎮痛剤使用の5原則は、①経口的に (by mouth)、②時刻を決めて規則正しく (by the clock)、③ 除痛ラダーに沿って効力の順に (by the ladder)、④患者ごとの個別的な量で (for the individual)、⑤その上で細かい配慮を (with attention to detail) となっている。

4) がん疼痛の薬物の種類

①がん鎮痛薬の一覧 (図4a) 非オピオイド薬、弱オピオイド薬、強オピオイド薬よりなる。

薬剤群	代表薬	代替薬
非オピオイド鎮痛薬	アスピリン アセトアミノフェン イブプロフェン インドメタシン	コリン・マグネシウム・トリサルチレート ^{a)} ジフルニサル ^{a)} ナプロキセン シクロフェナク フルルビプロフェン ^{※1}
弱オピオイド (軽度から中等度の強さの痛みに用いる)	コデイン	デキストロプロボキシフェン ^{a)} シビドロコデイン アヘン末 トラマドール ^{b)}
強オピオイド (中等度から高度の強さの痛みに用いる)	モルヒネ	メサドン ^{a)} ヒドロモルフォン ^{a)} オキシコドン レボルファノール ^{a)} ペチジン ^{c)} ブプレノルフィン ^{a)} フェンタニル ^{※2}

a: 日本では入手できない薬剤。
b: 日本では注射剤のみ入手可能。
c: がん疼痛での継続的な使用 (反復投与) は推奨されていないが、他のオピオイドが入手できない国があるため、表に残された薬。
d: 経口投与で著しく効果が減弱する薬。

図4a がん鎮痛薬の一覧

②オピオイド鎮痛薬の種類

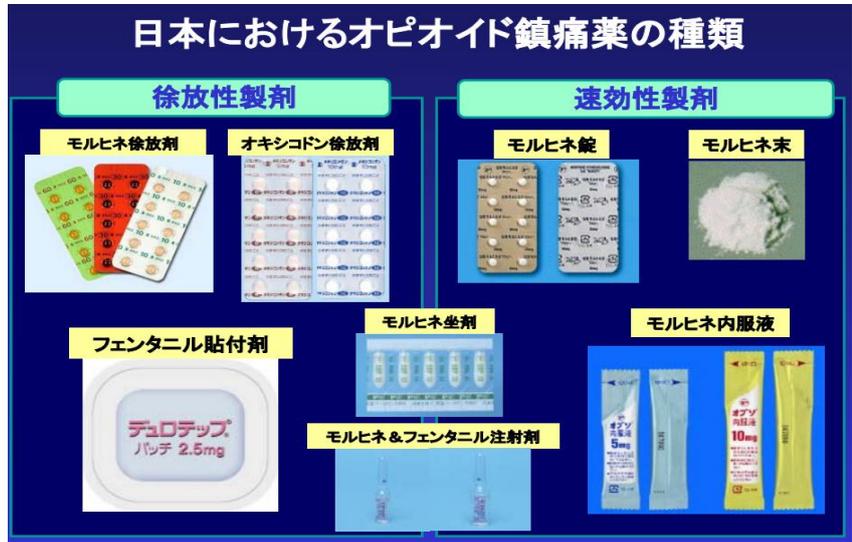


図4b オピオイド鎮痛薬の種類 (広島市民病院 宮森 伸一)

③オピオイドの剤形と製剤の選択

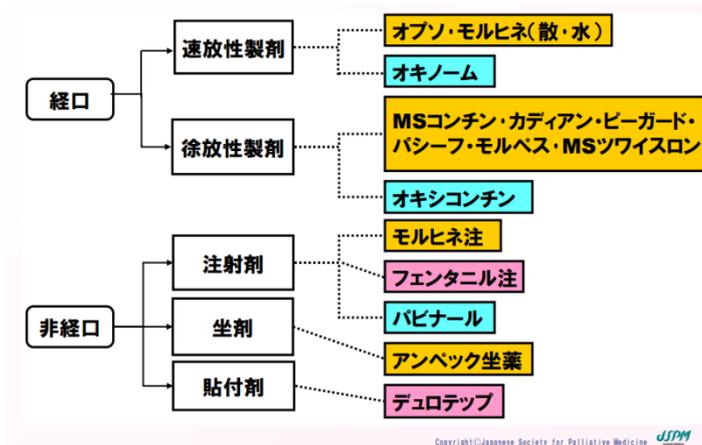


図5 オピオイドの剤形と製剤の選択

5) レスキュー薬

レスキュー薬とは、緩和ケアにおいて、突発痛が出た時や出そうな時に徐放製剤に追加する速効性薬剤のことである。突発性の痛みからの救出という意味でこういわれている。レスキュー薬のまとめは図5に示す。

速放性製剤	効果発現時間	持続時間	利点	注意点
モルヒネ 例: オプノ	30~40分	4時間前後	<ul style="list-style-type: none"> 切れ目の痛みによく適応(定期鎮痛薬のタイトレーションに向いている) 経験的に1日用量の1/6など、投与量が決定しやすい 最高用量の上限がない 	<ul style="list-style-type: none"> 即効性がない 便秘の増悪
オキシコドン 例: オキノーム				
フェンタニル 例: アブストラリーフェン	~15分	1~2時間	<ul style="list-style-type: none"> 内服困難(嚥下障害、通過障害)でも使用可能 便秘になりにくい より速く効くので狭義の突発痛によく(体動時痛、発作時痛) 	<ul style="list-style-type: none"> タイトレーションが必須 800μgが最高用量(無効な症例も) 投与間隔、回数 高価になる可能性がある

図6 レスキュー薬の特徴

6) オピオイドの副作用と対策

(日本緩和ケア学会ガイドラインより)

- ①嘔気・嘔吐：吐き気・嘔吐は、オピオイド鎮痛薬を初めて使用したときや薬の量や種類を変更したときに数日~2週間程度みられることがある。オピオイド鎮痛薬を使い始めると同時に、吐き気止めを少なくとも1~2週間は併用すると嘔気が和らぐ。
- ②便秘：便秘はオピオイドを投与された患者に高頻度に起こり、耐性形成(効かなくなる)は殆ど起こらないため下剤を継続的に投与するなどの対策が必要になる。
- ③眠気：オピオイドによる眠気は投与開始初期や増量時に出現することが多い。対策は痛みがなく強度の眠気がある場合は、オピオイドを減量する。眠気のためにオピオイドの増量が困難な場合は、オピオイドローテーション(*)を検討する。(*)オピオイドローテーション：オピオイドの種類を変更することで、副作用の改善や鎮痛効果の増強などを目的に行われる。

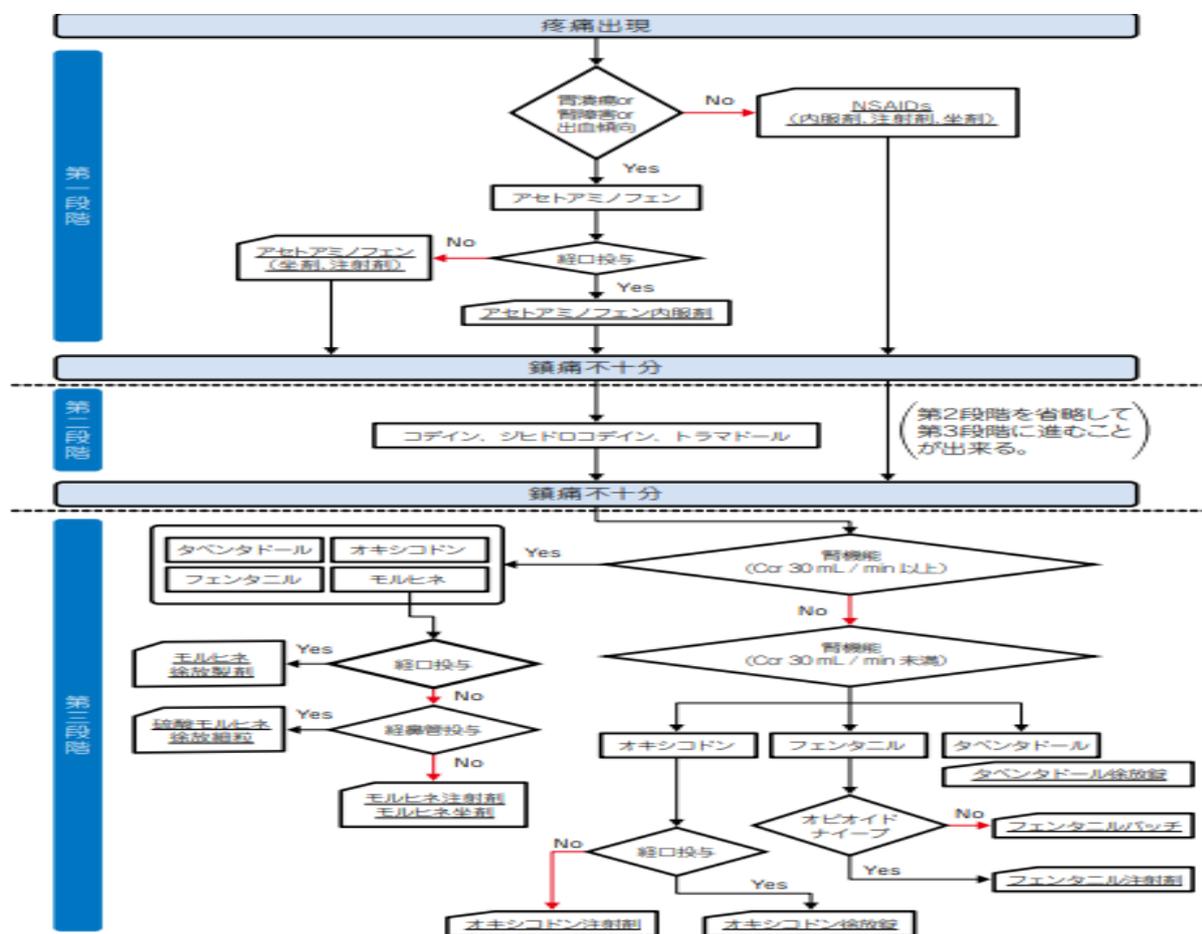
④せん妄（せんもう）・幻覚：がん患者においては、さまざまな要因でせん妄（*）などの認知機能障害が出現することがあり、原因を鑑別する必要がある。オピオイドによるせん妄・幻覚は投与開始初期や増量時に出現することが多く、オピオイドの減量やオピオイドローテーションが必要となる。

（*）せん妄：周囲を認識する意識の清明度が低下し、記憶力、見当識障害、言語能力の障害などの認知機能障害が起こる状態。通常、数時間から数日の短期間に発現し、日内変動が大きい。

⑤呼吸抑制：用量依存的な延髄の呼吸中枢への直接の作用によるもので、二酸化炭素に対する呼吸中枢の反応が低下し、呼吸回数の減少が認められる。対策は、酸素投与、患者の覚醒と呼吸を促すこと。また、重篤な場合には、薬物療法としてオピオイド拮抗薬であるナロキソンを使用する。

6. がん鎮痛薬の使い方

WHO ラダーに沿ったがん鎮痛薬による疼痛治療の考え方のフローチャートを示す。



※上図で鎮痛が不十分な場合には、メサドンの投与を検討する。

図7 オピオイド鎮痛薬による疼痛治療の考え方

7. 症例検討、在宅看取り

症例1：84歳女性、病名：肝内胆管がん

経過：平成26年10月、体調不良で東京都健康長寿医療センター受診し、ALPの異常を指摘され、精

査、肝胆囊腫瘍、肺転移、多発リンパ節転移と判明した。日大板橋病院消化器外科へ転院し、手術の適応はなく、11月から抗がん剤投与となった。6クール合計12回抗がん剤を投与したが、肝機能、ALPが再上昇し、体力も衰え、副作用のため、食欲不振、体動時の呼吸苦も出てきて、H27年2月で治療中断、その後日大病院通院が困難となり、H27年5月から訪問診療開始。腹水、黄疸、衰弱も強く、痛みが徐々に出て、緩和ケア開始。嘔吐、下血があり、意識も朦朧としてきて、死亡2日前に「自宅での母親の死を迎えたくない」という家族の強い希望により、近くの病院に救急搬送、死亡した。看取りなし。

症例2：51歳、男性、病名：下咽頭がん、慢性アルコール中毒、うつ病

経過：26歳頃よりアルコール依存症といわれ、治療を行っていた。H21年メンタルクリニック通院。H23年外傷性くも膜下出血、脳挫傷で東京医大八王子医療センター入院。H23年3月アルコール性肝障害で南多摩病院に入院。H24年6月アルコール依存症、うつ病のため東京武蔵野病院に入院。H27年6月下咽頭がん（ステージ4）でリンパ節転移ありといわれて来院、大学病院耳鼻科受診を勧め診断を確定。当方でも放射線療法を勧めたが、本人の強い希望により結局積極的な治療は受けないうちに決め、自宅療養となる。同年8月から訪問診療開始。左側頸部の腫瘍が増大し、痛みが出てきたため緩和ケア開始。飲酒喫煙は本人の意のままとする。10月に入り、頸部の腫瘍はいよいよ増大し、9.5x10cm、痛みが強くなり、麻薬増量（デュロテップ、オキノム、オキシコンチン）、11月に入り腫瘍部位から出血あり、呼吸苦も出て12月からHOT（在宅酸素療法）開始。12月22日死亡。看取り実施。

症例3：80歳、男性、病名：肺がん

経過：平成27年5月易疲労感と貧血のため検査し、Hb6.3g/dlと胸部レントゲンで左中肺野に陰影を認めた。胸部CTにて左の肺腫瘍が疑われ、5月26日日大呼吸器外科紹介。外来で精査後、6月29日入院、7月3日左肺がんの病名で、胸腔鏡下で左肺上葉切除実施。Adenocarcinoma, Stage IB。この間貧血が著明なため、血液内科で精査したが診断確定できず、経過観察となる。同年12月頃より、体力低下、息切れが強くなるH28年2月から肩や背部痛が出現、NSAID効かず、3月になると背部痛、腰痛が夜中に激痛となる。往診でオキノム、オキシコンチン等で疼痛緩和を図るもコントロールできず、一進一退の状態。4月になり激痛の原因再検査のため日大再入院、検査の結果胸椎の骨折が激痛の主因と結論され、転院後テリボン注射、ステロイドおよびフェントニル投与。貧血は精査の結果、骨髄異形成症候群と診断された。現在痛みが徐々に軽減し、通院治療かつ経過観察中。一時は看取りになるかと思われたが、日大病院との連携により改善させることができた。

症例4：64歳、女性、病名：卵管がん（胃内視鏡検査、大腸内視鏡検査、骨密度異常なし）

経過：以前から円形脱毛があり皮膚科で治療を行っていた。平成27年8月5か月ぶりに来院、脱毛が著明に進行したため、血液検査を行った。状況からして、悪性疾患も疑い検査し、CA125：459、CEA：6.9、CA19-9：53.4であった。まず胸部、腹部、骨盤部CTをとり、上記のように診断された。がん研有明病院紹介した。

その後の経過：10月6日—10月29日、腹腔鏡で卵管がん診断確定、抗がん剤投与。平成28年1月4日再入院、卵巣等摘出、その後術後の抗がん剤治療開始。経過良好、平成29年3月CEA166と上昇、5月CEA330まで上昇し、再発。別の抗がん剤（カルボプラチン、ゲムシタビン）投与。その

後通院、入院を繰り返す。平成30年3月イレウス腹痛有、練馬総合病院入院、平成30年5月訪問看護開始、IVHの管理実施、この間、がん研、練馬総合病院、たーとす薬局(IVHの材料供給)と綿密に連携を取りながら経過観察。平成30年5月訪問診療開始、この時点で、再発卵管癌、腹膜播種、下肢血栓性静脈炎、本人の希望により帝京大学腫瘍内科のセカンドオピニオンを受ける。セカンドオピニオン：現状ではこれ以上の有効な薬剤はなし、PD-1(オプジーボ)も保険適用になっていない。この間の症状：常時嘔気嘔吐有、IVHのため食事は一切なし、黄疸が顕著となる、イレウスはなく安定、胸痛、肩甲骨の痛みが発症、平成30年9月から在宅緩和ケア開始。オキノーム散、NSAIDより開始。オキノーム単独では痛みのコントロールが不安定なため、デュロテップ貼付剤併用。ご主人の不安も強く、訪問看護師からもいわゆるACPとして精神的なサポート実施。

12月11日、IVHが詰まって点滴が落ちなくなり、緊急で練馬総合病院受診し、回復す。その後黄疸が強くなり、徐々に衰弱有。12月27日、院内検討会実施、特に年末、年初対策と、看取りの準備。訪問診療、訪問看護訪問日の調整、年初急変時の対応、特に板橋区医師会主治医・副主治医制度の確認(主治医がいない時は副主治医が往診する体制、ファーストコールは主治医)12月27日夜突如呼吸停止し、緊急往診し、死亡確認、看取り実施。

8. まとめ

緩和ケアとは、患者の身体的・精神的苦痛を和らげることにより、生活の質の改善を目的とした治療のことで、がんだけでなく、心不全、呼吸不全等の末期の患者を対象とし、医師、看護師等が多職種で取り組み、全人的に医療と介護を提供するもので、施設型と在宅型がある。緩和ケア実施の際には、患者の意思決定を支えるための事前医療・ケア計画(アドバンス・ケア・プランニング：ACP)を行い、自分に行われる医療やケアのあり方を事前に意思表示しておくための事前指示書(アドバンスディレクティブ)を作成することができる。

がん疼痛の薬物療法は、WHOの3段階除痛ラダーに沿って行われることが重要で、現在使われているオピオイド、その副作用についても解説した。在宅での緩和ケア実施症例4例を提示した。

私立医科大学「不正入試」に思う

はせがわ内科クリニック

長谷川慶華

昨年夏私立某医科大学の不正な「裏口入学」？のニュースが報道され、医学部入試をめぐる様々な問題が露呈した。まずこの事件の発端は当時文部科学省学術政策局のエリート官僚が、私立大学研究ブランディング事業という私大支援事業の選定に同医科大学に便宜を図った見返りに、自分の子息を入試の際加点してもらい合格させたというもの。これは高級国家公務員が行った数々の事件の中でも極めて悪質な受託収賄事件。権力を行使出来る立場を悪用し、「命」まで食べ物にしたわけで真に厳しく罰せられるべきである。ところがその後の報道で入試選抜に際し、現役男子に比し女子と多浪生に不利、同窓父兄の子女には加点するなど多くの悪しき選抜の実態が明らかとなった。そのうえ寄付金がものを言い、一部の国会議員から特定受験生について“裏口入学”の口利きや大学当局へ働きかけもあったとの報道もある。こうなると利益に群がる厚顔無恥の面々のとんでもないハレンチ話で“語るに落ちる”。

私立医大では以前から「二次の面接試験での配点が可否に非常に重要である」事は公然の事実であり特段大きな驚きはないし、場合により各私立医大のあるべき“医師像”を選択しうる良さでもある？問題は女性差別、多浪に不利ということに対する様々な世の反応である。医師は命を扱う職業であり、専門科目やその医師の置かれた事情によっては1日24時間、1年365日切れ目のないオンコール状態で勤務している。また高度専門家として常に自身の医学知識や技術レベルを上げてゆかねばならず、一日中“診療と研究、研修漬け”といっても過言ではない。そこで結婚や出産、子育てを控える多くの女性に果たして勤まるのか？結局男性医師に多くの負担がかかるのではないかと、ということで女性を入試で不利にすることは仕方のないこととする声もある。その一方女性のみがそうした社会的ハンディと負担を強いられていることこそ女性差別であり、医師の道を閉ざすことはそれを増長させ、決してあってはならないという意見もある。両者にそれなりの理があり働き方改革が叫ばれる中、ではどうしたら女性が安心して勤務できる環境にするか政治や社会の支援が必要である。また女性も医師になった以上その責任の重さを自覚し易きに流されてはいけない。

次に多浪生を排除する考えのひとつとして、何年も浪人して医大に入るような者は留年を繰り返し国家試験になかなか通らず、卒後も研修に身が入らないで早くから“経済活動”に走りやすい？それが大学のレベルや力量を落とし、国からの私学助成金を減らされる口実を与えてしまうのではないかと大学の心配だろうか。しかし長年努力を続け、何としても医師になろうというモチベーションの高い人物まで排除してよいものか？私立大学（私大）は国立大学にはない自由な校風があり、それは基本的に守られるべきと思う。ただ私大の経営には国庫から補助金という国民の税金も使われているわけだから、入試選抜に際し大学当局のあまりに「身勝手な」合否判断はフェアでない。

さらに考えるべきは権力を持つ者、富裕層、一部私立医大の同窓父兄である家庭の子女などが優遇されるとなると、権力など全くなく縁故もさらさらない、お金もたいてない家庭の子供たちには明らかな不公平が存在する。特に貧困に喘ぐ家庭の子供たちには全くと言ってよいほど医師になる道は閉ざされている。こういう場合そのような者は国立大学に入学出来るように頑張ればよいではないかという意見が必ず出る。しかしながら国公立の医学部に入るのにはそれなりの高い偏差値が要求され、教育に熱心な経済的にも余裕のある親の元で、勉学に勤しむことの出来る生徒しかほとんど合格出来ないのが実情

である。現在日本社会で進行する高齢化、貧富の差の拡大、さらに孤独や小児、高齢者に対するいじめや虐待等の増加を鑑みると、真に患者さんや社会的弱者に寄り添える心を持つ者をどのように医療従事者に育て上げるか、行政の中枢にいる政治家や高級官僚はこのことにこそ心を砕くべきである。

腸内細菌と生活習慣病

理事 前場良太

個人的な話で恐縮ですが、かなりひどい慢性の便秘症状（便通が1週間以上ない状態が普通）が、最近、所謂、善玉菌を含むサプリの服用により劇的に改善しました。このようなサプリは、従来から根強い人気の乳酸菌入り飲料や、話題の「糞便微生物移植」と共通の発想から開発されたものと思われますが、実体験から腸内細菌をはじめとする共生微生物の人体への影響の大きさをあらためて認識した次第です。

我々の体内には多様で膨大な数の微生物が共生しており、特に大腸には1000種を越える約40兆個の細菌が生息していると言われていています。メタゲノム解析とよばれる網羅的、定量的な遺伝子解析技術の進歩により、これらの共生微生物群には個人差や時間的変動があることが明らかになるとともに、生活習慣や疾患との関連を示唆するデータも続々と報告されています。特に腸内細菌群については、消化器疾患をはじめ動脈硬化のような循環器疾患、アレルギー、糖尿病、自閉症、肥満など実にさまざまな領域で注目されています。

腸内細菌群の変動が、これらの疾患の原因となっているのか、それとも疾患に伴って二次的に生じているのか不明な点も多いですが、最近の研究成果によると前者の可能性が強まっており、その改善が治療に結びつく可能性に期待が高まっています。たとえば、冠動脈疾患患者で減少が観られるある種の腸内細菌を動脈硬化モデルマウスに経口投与すると、抗炎症作用を発揮して動脈硬化を抑制できるとの報告や、糖尿病患者で減少する腸内細菌の投与で、マウスのインスリン抵抗性が改善するなどの報告があります。

一方、個々の細菌を善玉とか悪玉に単純に区別することはできないとの議論もあります。あるヒトの腸内では良い働きをしているものが、別のヒトの腸内、あるいは同じヒトであっても日内の時間経過により別の働きをする可能性があり、その背景の違いを無視して特定の細菌だけに注目するのはナンセンスであるとの見方です。特定の細菌の多寡に注目するのではなく、細菌群全体の変動を見ていくことが重要であるとの考えです。腸内細菌群は多様かつ動的でありながらも、ある一定の平衡状態を維持しており、その破綻が疾患の発症に関与すると考えられるからです。

人体に共生する微生物との関係に思いを馳せる時、「類は友を呼ぶ」（その人の生活習慣に伴って共生微生物群が形成される）的なイメージから「朱に交われば赤くなる」（共生微生物群により人の健康状態は多大な影響を受ける）へと発想の転換が迫られているように感じます。

コラム

超高齢社会到来に対するそなえ—如何に白寿を迎えるか

理事長 林 滋

元気な高齢者が巷に溢れているといっても過言でなくなった。最近の専門学会での定義は、准高齢者（65-74歳）、高齢者（75-89歳）、超高齢者（90歳以上）と区分されている。また、医療制度の面からは前期高齢者は65-74歳、後期高齢者は75歳以上となっている。従来の老人保健制度が立ち行かなくなって、平成20年から新たな後期高齢者医療制度が創設され今に至っている。一時は後期高齢者という言葉にも非難が浴びせられたが今では定着している。

地域医療を担う多くの開業医はかかりつけ医と呼ばれ、医療の高度化・専門化が進んで、一人の医師では到底賄いきれなくなり、かかりつけ医—専門医、診療所—病院での相互連携が脚光を浴びてきた。さらには、医療だけでは、高齢者を支えることは不十分で、看護や介護も新たなパートナーとなって存在感を増している。

また、高齢社会の到来で、虚弱老人、認知症老人、がん患者が多く見られ、その対策は、焦眉の急となっている。最近送られてきた日本内科学会誌の目次をみても、「老年症候群と高齢者機能総合評価」、健康寿命延伸のための簡便なスクリーニング検査」、「高齢者のポリファーマシー」、「フレイル、サルコペニア」、「骨粗鬆症と骨折」、「加齢に伴う認知機能の低下と認知症」、「高齢者と社会」、「高齢者と在宅医療」となっている。巷では、開業医や、病院医のための研修会、講習会が盛んで、ここ5-6年で、高齢者に対する知識、医療技術、連携システム、行政のサポートは間違いなく向上している。

準備ができつつあるが、一番の心配は財政面で崩壊しないかという点である。国家のGDPが伸び悩んでいる現状では、十分な医療、介護が行きわたるか不安である。直近5年間の主要国の経済成長率を見ても、中国（13.2%）、インド（4.0%）、米国（3.8%）、イギリス（3.4%）、ドイツ（0%）、フランス（-1.5%）、イタリア（-2.8%）、日本（-5.2%）となっている。嘆かわしい限りである。

当NPO法人でも、生活習慣病を謳っているが、よくよく考えてみれば、生活習慣病が改善され、その行きつく先は今のような、高齢化社会である。いや超高齢化社会であろう。

私の周りにも90歳を超える超高齢者は珍しくなくなってきている。たまに元気な90歳の方も見受けられる。70-80歳の高齢者をこれから何とかして、元気超高齢者として送り出すのが私たちに課せられた課題である。私は、地域での取り組みとして「あるこも—ね温楽隊（おんらくたい）」活動を、地域の高齢者に声掛けして、超高齢化社会を生き抜くための話題を提供し、体組成計を使った個別リハビリを理学療法士と一緒に実践している。地域の輪を広げていきたいと思っている。

コラム

元気に長く生きていく力をつける

医療法人桐心会 林クリニック 理学療法士 高岩 伸好

明治以降、右肩上がりでは上昇してきた日本の人口は減少に転じている。

とはいえ、年齢階級 0 歳～64 歳までの人口が減り、65 歳以上、なかでも 80 歳以上の高齢者は増加の一途である。

日本において高齢者は増加し、支える側は減少し続けている。だから今、地域単位での介護予防・社会参加促進・マネジメント強化が求められている。

現在、活動・参加の場でのプログラム設定は、集団単位が主流である。デイサービス等では、皆で同じ体操・ゲームを実施することが多い。しかし、集団単位では個人の心身状態に気づきにくく、自分がどのくらいよくなったのかを感じる主観的感覚を得にくい。したがって、自発的な行動習慣につながりにくいという傾向がある。

この 100 年間の医療の進歩と最近の予防医療は、個人の生活様式に多様性を加え、文化・文明の発展にも貢献してきた。

リハビリテーションの世界において、個人の生活様式の多様性は QOL(生活の質)の評価を複雑にした。結果、集団単位での QOL の向上を目的としたプログラムの効果はややかすみつつある。

実際のところ、集団体操でエビデンスが豊富で効果的とされるのは太極拳であることは知られている。ならば、集団体操は全て太極拳で行えばよいかというとそうもいかない。テレビで放映されたみんなが知っている運動や簡単に楽に実施する運動が好まれる傾向が強いからである。

個人の生活様式が多様化した現在では、活動・参加の場を集団単位より個人単位の設定にフォーカスをあてると良いのかもしれない。運動・体操する場ではなく、住民ひとりひとりが自身の身体に気づきを得て、自主トレ・自己学習の習慣が付き自発的な行動変容につながるかもしれない。このようなサイクルで自己効力感を得る為の活動が必要となってくる。

今後の日本では、多くの方が 100 年生きると予測されている。

つまり、『長く生きる』ことは自然で普通なことになる。そして、予防医療のさらなる発展は『元気で長く生きる』ことを実現するであろう。

そして、『元気で長く生きていく力をつける』には、今の生活習慣に気づききっかけづくりと、自己学習の習慣化と自発的な行動変容につながるような自己効力感を得る為に教育の場が必要であろう。

生活習慣病、以前の呼び名は成人病

監事 山口秀樹



「生活習慣病」とは、誤った生活習慣を続けることにより発症する病気の総称をいいます。

「生活習慣病」は、かつて「成人病」と呼ばれ、高血圧・動脈硬化・糖尿病・がん・脳卒中・心臓病など、成人になってから発病するものと考えられていたからです。しかし、これらの病気の発症は、長年の生活習慣の積み重ねが病態の進行に深く関与することが証明され、1996年に「成人

病」は「生活習慣病」へ名称が改められました。

現在では、高血圧・動脈硬化・糖尿病・がん・脳卒中・心臓病に加えて、肝臓病・腎臓病・肥満・骨粗鬆症・歯周病も生活習慣病として位置づけられています。

特に、肥満・高血圧・高脂血症・糖尿病は「死の四重奏」や「サイレントキラー（沈黙の殺人者）」と呼称され、早期の治療（予防）対応が不可欠となっています。

文頭でも述べたとおり、生活習慣病は誤った生活習慣の積み重ねにより発症する一方、正しい生活習慣により、その予防が可能なことから、食生活の改善や運動不足の解消・血圧管理・禁煙（節煙）に努められることをお勧めいたします。



<メタボリックシンドロームへの対応>



生活習慣病は、それぞれが独立した別の病気ではなく、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）が原因であることがわかってきました。そして、内臓脂肪型肥満により、様々な病気が引き起こされやすくなった状態を「メタボリックシンドローム」といいます。

放置すれば、高脂血症・糖尿病・高血圧症などが進行し、ひいては心臓病や脳卒中を引き起こすこととなります。

メタボリックシンドロームも生活習慣病と同様に、食生活の改善・運動不足の解消などを継続することで、病態の改善が可能となります。

日頃から、自分のからだの状態を理解し、定期的な健康診断や血液検査を受診し、その結果に注意しましょう。また、体重計測・血圧計測などの自己管理を習慣化することも効果的な予防法となります。めんどくさい対応策ですが、継続することが重要です。なお、生活習慣病を予防するためには、①適正体重の維持・②脂肪摂取量の管理・③野菜摂取量の増進・④規則正しい食生活の維持・⑤日常生活内の歩数増進・⑥質の高い睡眠摂取・⑧禁煙（節煙）の励行・⑨酒類摂取の適正化・⑩口腔内ケアの充実などを行うことが重要となります。

生活習慣病の予防 ⑩の心得

① 適正体重を維持する

② 脂肪の摂り過ぎに注意する

③ 野菜の摂取量を増やす

④ 規則正しい食生活を維持する
(1日3食)

⑤ 日常生活における歩数を増やす

⑥ 運動習慣をつける

⑦ 質の高い睡眠をとる

⑧ 禁煙（節煙）する

⑨ お酒は適量を守る

⑩ 歯を大切にす

特別講演者略歴

1. 栗林 幸夫（くりばやし さちお）先生

昭和 48 年 3 月 慶應義塾大学医学部卒業

平成 元年 9 月 医学博士

昭和 54 年 9 月～56 年 8 月 Harvard 大学医学部放射線科学教室 (Brigham and Women's 病 院)に留学

昭和 58 年 東海大学医学部放射線科学 I 教室 講師

平成 3 年 東海大学医学部放射線科学 I 教室 助教授

平成 4 年 国立循環器病センター放射線診療部 医長

平成 12 年 慶應義塾大学医学部放射線科学 (診断) 教授

平成 13 年 慶應義塾大学医学部 学部長補佐

平成 15 年 慶應義塾大学放射線科学 教室主任

平成 26 年 慶應義塾大学 名誉教授

平成 26 年 医療法人社団山中湖クリニック 放射線診断センター長

平成 30 年 5 月 グランドハイメディック倶楽部 理事長

資格

日本医学放射線学会放射線科専門医、日本 IVR 学会 IVR 専門医、日本脈管学会脈管専門医、日本心臓血管内視鏡学会専門医、日本医学放射線学会研修指導者、日本 IVR 学会指導医他

学会関連

日本医学放射線学会 (理事長)、日本心血管画像動態学会 (理事長)、日本インターベンショナルラジオロジー学会 (理事長)、日本脈管学会 (副理事長)

その他、放射線科関連学会・研究会、心臓血管画像関連学会・研究会、循環器、脈管関連学会・研究会の理事、評議員、幹事、世話人など多数歴任。

2. 及川 孝光（おいかわ たかみつ）先生

専門 産業医学、生活習慣病の病態生理と予防・治療、循環器病、脂質代謝、

臨床疫学、アルコール関連疾患、老年医学、メンタルヘルス

略歴 昭和 48 年 慶應義塾大学医学部卒業

同年 同大学内科学教室入局

昭和 50 年 東京都済生会中央病院内科勤務

昭和 53 年 慶應義塾大学病院内科 (老人内科) 勤務、内科医長

平成 3 年 三和銀行東京健康管理センター勤務 副所長

平成 18 年 三菱東京UFJ銀行健康センター (大手町ビル) 所長

平成 22 年 医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ常務理事 統括所長

平成 30 年 医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ理事 特任所長

医療法人社団 大地の会 (KRD 日本橋) 理事長

産業保健関係役職 労働衛生コンサルタント、関東産業健康管理研究会顧問 (前会長)

日本産業衛生学会関東地方会幹事、日本産業衛生学会代議員

慶應産業保健研究会顧問 (前会長)、アルコール関連問題学会理事 (産

業ブロック代表)、千代田区医師会理事、日本総合健診医学会審議員など
日本循環器学会専門医、日本老年医学会専門医・指導医、
日本内科学会認定内科医、人間ドック認定医
社会医学系指導医、千代田区保健衛生功労者(平成30年)

3. 笠巻祐二(かさまきゆうじ)先生

昭和60年 日本大学医学部卒業

平成元年 日本大学医学部内科大学院卒業(医学博士)

平成18年 日本大学医学部講師

平成24年 日本大学医学部准教授

平成28年 金沢医科大学氷見市民病院総合診療科 臨床教授

平成30年 金沢医科大学大学院医学研究科生命医科学専攻 地域医療学講座教授(講座主任)

資格

日本内科学会認定医、日本内科学会総合内科専門医、日本循環器学会専門医、日本医師会認定産業医、
日本内科学会臨床研修指導医、日本超音波医学会専門医、日本抗加齢医学会専門医、日本超音波医学会
指導医、日本不整脈学会専門医

受賞歴

平成13年 25th Annual Conference of International Society for Computerized Electrocardiology:

 Jos Willems Young Investigators Award

平成24年 日本大学医学部同窓会60周年記念医学奨励基金研究助成金奨励賞

平成26年 日本大学医学部同窓会学術奨励賞

特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム
法人番号：0133-05-001190
事務所：東京都板橋区小茂根4-28-14
(事務局：林クリニック：TEL03-3956-2090)
理事長：林滋
理事：前場良太、長谷川慶華
監事：山口秀樹

(平成30年4月1日現在)