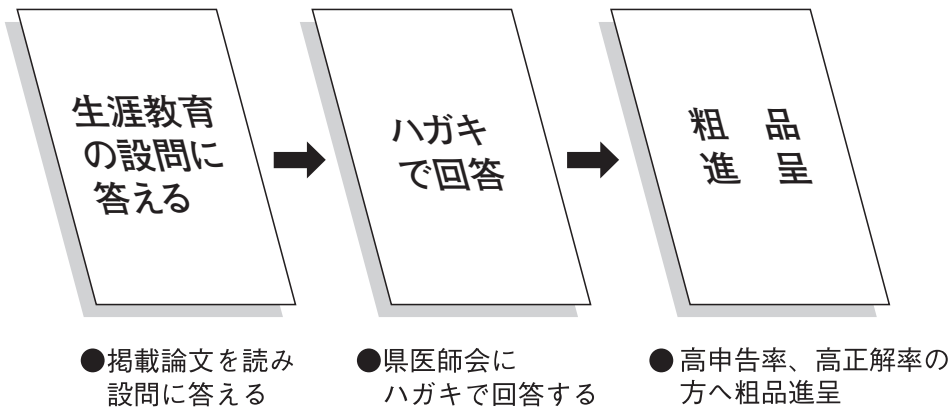


## 沖繩県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



# フレイルの代謝的側面 Reverse metabolic syndrome

<sup>1</sup>豊見城中央病院循環器内科, <sup>2</sup>福岡大学医学部衛生公衆衛生学  
<sup>3</sup>まつみ会松岡医院, <sup>4</sup>友愛医療センター循環器内科  
<sup>1,2</sup>井上 卓, <sup>3</sup>松岡 満照, <sup>4</sup>新崎 修

## 【抄録】

フレイルは高齢者にしばしば認められ、加齢に伴う生理機能の低下、急性ストレス要因に対処する能力が低下した状態である。フレイルは身体的側面に起因したADLの悪化に加え、入院および生命予後が増悪する。フレイルは心血管疾患を含む慢性併存疾患の有病率が高いが、これら対象者の心血管リスク因子の管理基準は明らかではなく、臨床医の経験則に依存している。フレイルな対象者の心血管リスクプロファイルと予後の現状を評価することを介して、これら対象者の健康寿命の延伸に寄与することが本稿の目的である。

Key words : フレイル 心血管リスク因子 標準治療

## 【はじめに】

平成30年の我が国の高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）は28.1%で、高齢化はさらに進行することが予想される。沖縄県は全国で最も高齢化率が低かったが、2018年に高齢化率が21.1%となり超高齢社会に突入した。高齢者はフレイルと呼ばれる、生理的予備能が低下し、生活機能障害や要介護状態に陥りやすい状態になる。フレイルには、しかるべき介入により健康な状態に戻るという可逆性が包含されている。従ってフレイルな対象者の健康寿命の延伸は、我が国にとって健康面のみならず、医療経済的な側面からも早急に解決策を講ずるべき社会問題でもある。心血管疾患発症リスクとしてのメタボリック症候群が世界的な注目を集め、沖縄県でも健康沖縄21において、肥満症・高血圧・糖尿病・高脂血症などの早期発見や発症予防の啓発活動を行っている。その一方でフレイルの心血管リスク因子管理に関する我々の理解は限られている。ほとんどの心血管リスク因子に関するガイドラインからフレイルが除外

されているため、これらガイドラインをフレイルに外挿するエビデンスに欠ける。このような背景を踏まえ、フレイルにおける心血管リスクプロファイルの現状と予後に関するレビューを行った。

## 【フレイルの概念】

フレイルは日本老年医学会が2014年に提唱した概念で、健康な状態と要介護状態の中間に位置し、高齢者の身体機能低下の問題として捉えられることが多い。しかしその本質は、加齢に伴う生理機能の低下、急性ストレス要因に対処する能力の低下した状態にある。フレイルの診断基準は数多くあるが、最も有名な診断基準はFriedらによるCHS indexである。診断項目として1) 体重減少、2) 疲労、3) 身体活動の低下、4) 歩行速度の低下、5) 筋力低下を設定し、3項目以上該当した際に「フレイル」、1～2項目該当した場合を「プレフレイル」、該当項目が0の場合は「健常」と診断するものである<sup>1)</sup>。フレイルの臨床的な意義は、身体的



側面に起因した ADL の悪化に加え、入院および生命予後を予測することにある<sup>1)</sup>。さらにフレイルは慢性併存疾患が多く、心血管疾患の有病率が高いことが知られている。

**【フレイルの疫学】**

(フレイルの有病率)

低中所得国の 65 歳以上の地域住民を対象とした 47 件研究のメタ解析の結果、フレイル有病率は国により多岐にわたった (3.9% ~ 51.4%)。プールされたフレイル有病率は、17.4% (95%CI 14.4 ~ 20.7%)、プレフレイルは、49.3% (95%CI 46.4 ~ 52.2%) であった。一方、高所得国の 65 歳以上の地域住民を対象とした 21 研究のメタ解析の結果でも、フレイル有病率は多岐にわたり (4.0 ~ 59.1%)、フレイルの全体的な有病率は 10.7% (95%CI 10.5 ~

10.9%)、プレフレイルは 41.6% (95%CI 41.2 ~ 42.0%) であった。またフレイルの有病率は年齢とともに増加し、男性よりも女性の方が高かった。我が国の 65 歳以上の地域高齢者におけるフレイルの有病率を報告する 5 件の研究のメタ解析の結果、フレイル、プレフレイル、健常の有病率は、それぞれ 7.4% (95%CI 6.1 ~ 9.0)、48.1% (95%CI 41.6 ~ 54.8%)、44.4% (95%CI 37.2 ~ 51.7%) であった。年齢別のフレイル有病率は、65 ~ 69 歳 ; 1.9%、70 ~ 74 歳 ; 3.8%、75 ~ 79 歳 ; 10.0%、80 ~ 84 歳 ; 20.4%、85 歳以上 ; 35.1% で、また女性の有病率が高かった (女性 8.1% vs 男性 7.6%)。他国と比べて日本の高齢者は 70 歳代後半まではフレイルは少ないが、晩年は多くなることが示唆された<sup>2)</sup> (図 1)。

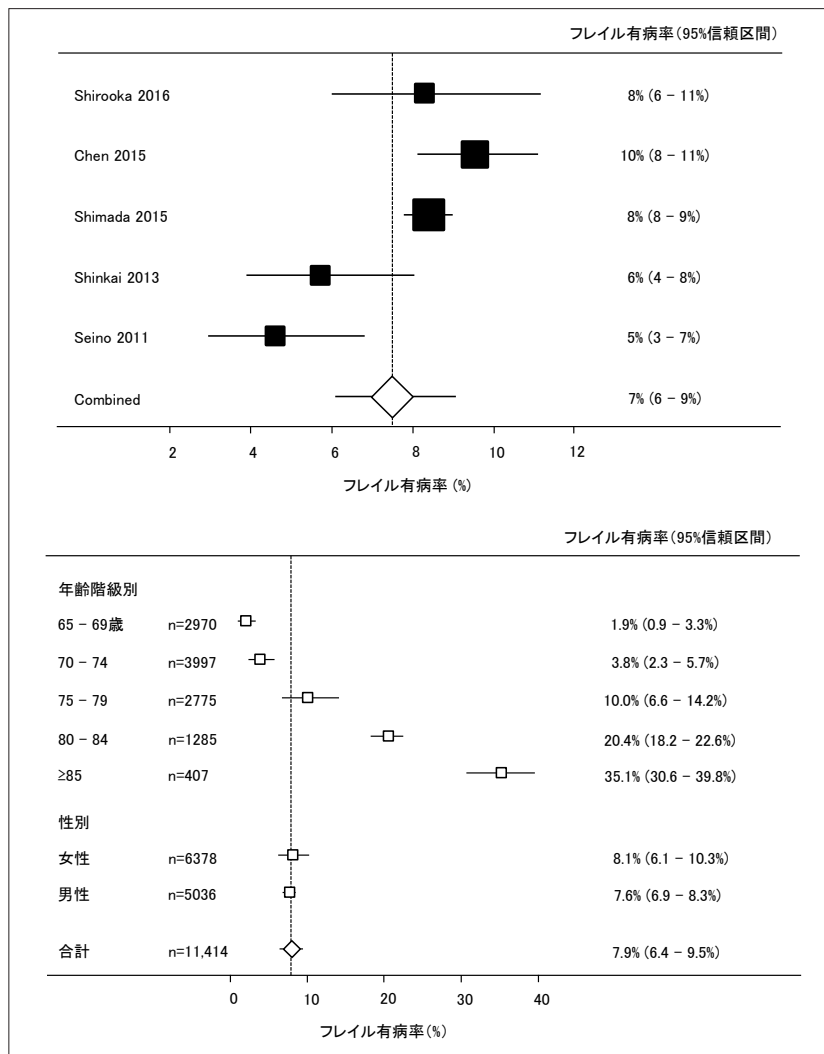


図 1



(フレイルの発症率)

60歳以上の地域住者の成人を対象とした観察研究46件(120,805人、追跡期間3.0[1.0~11.7]年)のメタ解析では、非フレイルの13.6%がフレイルになり、発生率は43.4/1000人年であった。フレイルの発生率は、プレフレイルが健常よりも高く(62.7/1000人年 vs 12.0/1000人年)、フレイルおよびプレフレイルの発症率は、女性で有意に高かった(フレイル: 44.8/1000人年 vs 24.3/1000人年、プレフレイル: 173.2/1000人年 vs 129.0/1000人年)。

【フレイルと心血管リスク因子】

フレイルと心血管リスク因子の関連、特に各心血管リスク因子のレベルを検証した研究は多くない。英国地域高齢男性1,622人(平均79歳)を対象に、フレイルと心血管リスク因子の関連を評価したBritish Regional Heart Studyでは、フレイルはBMI・腹囲径が有意に大であった一方で、HDL-C・収縮期血圧・血糖レベルが有意に低かった。アイルランドの老化研究参加者5,618人(62[55~69]歳)の評価では、フレイルはSCORE(年齢・性・喫煙・総コレステロール・収縮期血圧)で示される心血管リスク因子を多く有していた。さらに収縮期血圧・拡張期血圧・BMIのコントロールレベルがフレイル重症度とともに悪化することが示

された。台湾の一般住民1,839人(63.9±9.3歳)の評価では、年齢、血圧、LDL-C、尿酸、クレアチニン、頸動脈内膜厚はフレイルと関連せず、総コレステロールおよびHDL-C低下、hs-CRP上昇、糖質はフレイルと有意に関連した。我が国の高齢2型DM患者132人(78.3±78.0歳)を対象とした評価では、年齢の増加、HbA1c・Alb・HDL-C・収縮血圧・体重および総コレステロールの低値が独立してフレイルと関連することが示された。

【Nambu Cohort Study】

我々は沖縄県南部地域の高齢外来患者599人(78[70~83]歳)を対象として、身体活動所見・併存疾患・心血管リスク因子・内服治療の現状を随時評価し、予後との関連を検証することにより、健康寿命延伸に関するエビデンスを創出することを目的とした前向き研究であるNambu Cohort Studyを継続している<sup>3)</sup>。本研究の観察開始時の結果では、フレイル・プレフレイルおよび健常の有病率は、それぞれ37%、33%、30%で、地域住民と比較して高率であった<sup>3)</sup>。また心血管リスク因子の評価では、血圧・LDL-Cなどの心血管リスク因子レベルは、フレイルで下降した。さらに各リスク因子が至適レベルへコントロールされるほど、フレイルに対するオッズ比が有意に高くなった(表1)。

表 1

至適レベルにある心血管リスク因子数	N	オッズ比 (95%信頼区間)			
		モデル 1	p	モデル 2	p
0	26	1.0		1.0	
1	156	1.73 (0.60 - 5.90)	0.322	2.30 (0.75 - 8.69)	0.153
2	243	2.21 (0.79 - 7.37)	0.136	3.22 (1.07 - 11.97)	0.038
3	166	4.15 (1.31 - 12.64)	0.013	4.79 (1.56 - 18.05)	0.005
p for trend		0.007		0.008	

心血管 リスク因子: 高血圧・BMI・LDL-C  
 モデル1: 年齢・性・で補正, モデル2: 年齢・性・スタチン・RAAS抑制薬・カルシウム拮抗薬 で補正



つまり高齢者集団においては、血圧・脂質・BMIなどの心血管リスク因子のコントロールが良好なほど、フレイルのリスクが高くなると解釈できる。

以上をまとめると、フレイルは心血管リスク因子の数および併存疾患が集積する一方で、心血管リスク因子のレベルは低下する傾向にあった。

**【フレイルにおける代謝障害と予後】**

日本人高齢者 26,747 人 (65 ~ 79 歳) を対象に BMI と総死亡の関連を検証した結果、BMI が 20.0 ~ 29.9 で総死亡リスクが最も低く、BMI が 20 未満では総死亡のリスクがむしろ高くなった<sup>4)</sup>。英国開業医通院高齢者 144,403 人 (80 歳以上) における検証では、血圧レベル低下およびフレイル重症度とともに総死亡リスクは増加し、重症フレイルかつ収縮期血圧 <110mmHg の対象者の死亡リスクが最大であった<sup>5)</sup>。また英国開業医通院高齢者 99,758 人 (86 [80 ~ 105] 歳) を対象とした、総コレステロールレベルと総死亡の関連の検証でも、スタチン治療に関わらずコレステロールレベルの低下とともに総死亡リスクが増大した<sup>6)</sup>。さらに 65 歳以上の高齢者では、フレイルは死亡リスクを増加させる一方で、メタボリック症候群は増加させないことが示されている<sup>8)</sup>。高齢者で認められた BMI・血圧・脂質など、心血管リスク因子レベルの低下と死亡リスク増大の関連は、一般住民で認められる、心血管リスク因子が有害な臨床転帰となることとは対照的であり、「Reverse metabolic syndrome」と呼ばれ、維持透析患者、進行した悪性腫瘍患者、慢性心不全患者でも同様の現象が示されている。Reverse metabolic syndrome の詳細なメカニズムは未だ明らかではないが、老化を背景とした慢性炎症を介する「異化症候群」の結果と考えられ、因果の逆転を観察している可能性がある。

**【フレイルを対象とした心血管リスク因子治療】**

高齢者とくにフレイルにおける心血管リスク因子に対する薬物治療は、現在議論されており、コンセンサスは未だ得られていない。以下に血圧および脂質に関するこれまでのエビデンスをまとめた。

脂質低下療法：80 歳以上の高齢者に対する脂質低下治療の開始または継続を推奨する十分なデータはなく、心血管疾患のない高齢者では、スタチンが総死亡を高める可能性さえある<sup>7)</sup>。さらに 65 歳以上の高齢者では、フレイルは死亡リスクを増加させる一方で、メタボリック症候群は増加させないことが示されている<sup>8)</sup>。平均余命が 1 年以内で、心血管疾患の一次または二次予防目的にスタチン内服している 381 人 (74.1[11.6] 歳) を対象に、スタチン中止の安全性・臨床および費用への影響を評価したランダム化比較研究では、死亡割合には有意差がなく、QOL はスタチン中止群が優れていたと報告している<sup>9)</sup>。現在 1 次予防のためにスタチンを投与された余命が 1 年以内、75 歳以上の患者において、スタチン中止の費用対効果および生命予後に対する非劣性を検討する SITE Study が行われており、その結果が待たれる。

降圧治療：米国で行われた SPRINT 研究では、SBP<120mmHg と SBP<140mmHg を目指す 2 つの降圧目標群間のイベント発症を比較した。その結果 75 歳以上の高齢者でも SBP<120mmHg を目指す群で有意にイベントが少なく、フレイルな対象者でも同様の結果が得られた<sup>10)</sup> (図 2)。しかし本研究結果の解釈には慎重な意見もあり、JSH2019 においても 75 歳以上の高齢者の降圧目標は SBP< 140mmHg を推奨としており、フレイルや要介護状態にある高齢者の降圧目標は個別に判断するとしている。

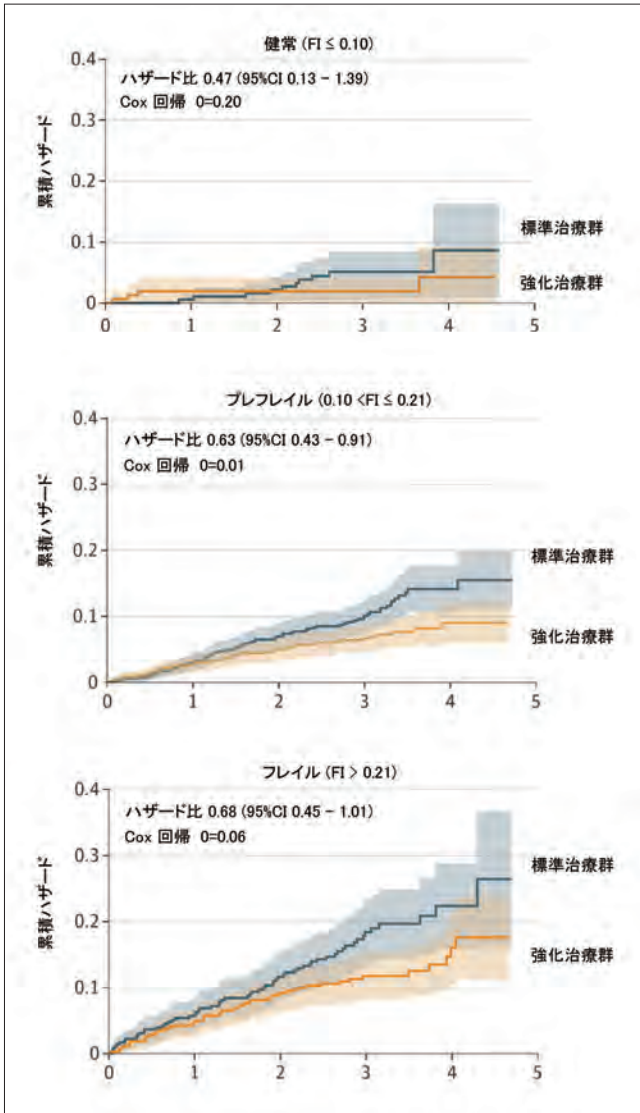


図 2

【おわりに】

フレイルは併存疾患を多く有し、降圧薬・脂質異常症治療薬・経口血糖降下薬など複数の薬剤が用いられていることが多い。しかしフレイルにおける心血管リスク因子に対する標準治療はいまだ明確な指針がなく、臨床医の経験にゆだねられている現状がある。臨床医の経験を集積することで、今後これら対象者に対する標準治療の確立が望まれる。

【謝辞】

本稿作成に際し多大な御協力をいただきました、沖縄リハビリテーション病院内科 長浜一史先生に心より感謝申し上げます。

【参考文献】

- 1) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M146-M156.
- 2) Kojima G, Iliffe S, Taniguchi Y, Shimada H, Rakugi H, Walters K. Prevalence of frailty in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol* 2017; 27:347-353.
- 3) Matsuoka M, Inoue T, Shinjo T, Miiji A, Tamashiro M, Oba K, et al. Cardiovascular risk profile and frailty in Japanese outpatients: the Nambu Cohort Study. *Hypertens Res* 2020; 43:817-823.
- 4) Tamakoshi A, Yatsuya H, Lin Y, Tamakoshi K, Kondo T, Suzuki S, et al. BMI and all-cause mortality among Japanese older adults: Findings from the Japan collaborative cohort study. *Obesity* 2010; 18:362-369.
- 5) Ravindrarajah R, Hazra NC, Hamada S, Charlton J, Jackson SHD, Dregan A, et al. Systolic Blood Pressure Trajectory, Frailty, and All-Cause Mortality >80 Years of Age: Cohort Study Using Electronic Health Records. *Circulation* 2017; 135:2357-2368.
- 6) Charlton J, Ravindrarajah R, Hamada S, Jackson SH, Gulliford MC. Trajectory of Total Cholesterol in the Last Years of Life Over Age 80 Years: Cohort Study of 99,758 Participants. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73:1083-1089.
- 7) Petersen LK, Christensen K, Kragstrup J. Lipid-lowering treatment to the end ? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds. *Age Ageing* 2010; 39:674-680.
- 8) Kane AE, Gregson E, Theou O, Rockwood K, Howlett SE. The association between frailty, the metabolic syndrome, and mortality over the lifespan. *GeroScience* 2017; 39:221-229.
- 9) Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015; 175:691-700.
- 10) Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, Berlowitz DR, Campbell RC, Chertow GM, et al. Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥ 75 Years: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016; 315:2673-82.



**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. フレイルの診断基準に関して、1) 体重減少、2) 疲労、3) 身体活動の低下、4) 歩行速度の低下、5) 筋力低下の中で、2項目を有するとフレイルと診断できる。
- 問 2. フレイルでは、筋力の低下や ADL の低下が認められるが、生命予後は非フレイルと同等である。
- 問 3. フレイルな対象者は慢性併存疾患が多く、心血管疾患の有病率が高い。
- 問 4. フレイルは進行性の病態であるため、回復しない。
- 問 5. 肥満はメタボリック症候群の構成要素であり、予後改善のためには高齢者・フレイルにおいても減量指導が必須である。



2020年12月・  
2021年1月号  
(Vol.56・Vol.57)  
の正解

**アフターコロナでも使える補助循環の基礎知識  
－ ECMO・PCPS の基本的な考え方－**

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. ECMO には通常、遠心ポンプと膜型人工肺が組み込まれている。
- 問 2. 遠心ポンプの流量は前負荷に依存するが、後負荷に依存しない。
- 問 3. ECMO のカニューレ挿入に際して、下肢虚血が生じることは極めて稀である。
- 問 4. 自己心の回復を知るうえで、右上肢における酸素分圧のモニタリングが有用である。
- 問 5. 呼吸不全に対して使用する VV-ECMO では、酸素化血が再び脱血される「再循環」が生じ得る。

正解 1.○ 2.× 3.× 4.○ 5.○



# インタビュー コーナー

- ①医療の質の向上
- ②経営の質の向上
- ③教育の質の向上

この3つを全部署共通の目標として掲げ、それぞれがその達成のために一丸となって取り組んでいく、そんな一体感のある病院にしていきたいと考えています。



沖縄県立中部病院 院長  
玉城 和光 先生

質問 1. 沖縄県立中部病院院長ご就任おめでとうございます。ご就任されてから1年経過されておりますが、これまでの新型コロナウイルス対策を振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

また、県立中部病院は県全体のコロナ対策を担う重要な役割もあると思いますが、その様な中で思う事、または医療機関や県民に訴えたいことなどありましたらお聞かせください。

人材育成の重要性を改めて認識させられた1年であったというのが率直な感想です。1967年に卒後医学臨床研修事業が開始されて以来、当院は沖縄県の医療を担う人材を多く育ててきました。その中で感染症診療とその教育にも力を注ぎ、多くの人材を輩出してきました。今回のパンデミックでは5人の感染症医だけでなく、感染症診療に造詣の深い医師や看護師らが縦横無尽な活躍を見せてくれました。宮古島と石垣島では当院を巣立ったばかりの医師たちが中心となって頑張ってくれました。彼らのような人材がいなければ、離島医療は守り切れなかったと思います。これまで一貫した方針で研修医教育に取り組んできたことが間違っていなかったと改めて認識させられた次第です。医療機関や県民の皆様には、卒後医学臨床研修事業で当院が取り組んできた人材育成の意義をコロ

ナ禍の今だからこそ考え、評価していただきたいと思う次第です。

質問 2. 沖縄県立中部病院は、沖縄県の第三次救急医療機関として日夜重要な役割を担われておりますが、限られた医療資源の中で現体制を維持するための工夫や救急医療を取り巻く現状と課題についてお伺い致します。

当院の救急室は、いつでも、どのような重症患者であっても受け入れることを使命としております。そのためには夜間でも医療の質（医療レベル）を落とさずに保つ必要があります。当直とオンコールには手厚く多くの人を当てています。限られた人員の中でそれを実現するために変形労働やシフト体制の導入も始めています。それは同時に働き方改革への対策を意識しているものでもあります。当院は長年に渡り救急医療とその教育にも力を注ぎ、多くの人材を輩出してきました。そのおかげで、病院として救急医の増員を行うことができ、既に勤務体制は完全シフト制を実現しています。救急室が全科の初療を担う体制ができているからこそ、全科が24時間、365日、医療の質（医療レベル）を落とさずに保つことができているのです。もちろん逆もしかりで、全科が救急室をバックアップする体制ができているからこそ、このような



救急体制ができあがり、24時間、昼も夜も医療の質（医療レベル）を落とさないでいられるのです。“救急室のベッド数はいくつですか？”と聞かれれば、私は“559床です”と答えるようにしております。

**質問3. 本県は他県に比べて多くの初期臨床研修医が集まる現状にあります。それらの研修医を後期臨床研修へ誘導することが課題となっております。県全体として、また中部病院としてどのような対策取組が必要だと思いますか。**

2年間の初期研修修了後に、手技や手術を多く経験できる、主に都市部の High Volume Center で後期研修を行うために沖縄を離れる者が多いように感じています。あくまでも個人的な意見ですが、プライマリ・ケアを十分に修めることなく、そのうえ一般内科（総合内科）や一般外科等の一般診療も十分に修めないまま専門分野の研修へ入っていく状況は変えていくのが望ましいと考えています。専門分野の患者であっても様々な問題を抱えているわけであり（いや、むしろ専門分野の患者だからこそ多くの複雑な問題を抱えているわけであり）、それらに適切に対処し、適切な全身管理を行えなければ、それらの患者を十分に診たと言えないのではないかと私は思います。より複雑な問題を抱えている専門分野の患者だからこそ、より十分な全身管理が必要となることを認識してほしいと思います。私は、（時間をかけてでも）プライマリ・ケアと一般診療を十分に修めた後で専門研修に入っていくことが、結局はより良い医療の提供につながるものと考えています。沖縄には、プライマリ・ケアと一般診療が十分に学べる環境が整っており、むしろそれをアドバンテージとして打ち出し、他県へアピールしていくことが必要だと感じています。

**質問4. 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせください。**

高齢化が進行し、間もなく沖縄も多死社会へと突入していきます。私の思い過ごしかも知れ

ませんが、無策のまましていると病院は看取りの患者で溢れ、ベッドコントロールが機能しなくなり、救急医療等の当院の使命を果たせなくなるのではないかと危惧しております。地域における在宅医療、特に自宅や施設での看取りについては、やはり医師会が中心となって行われるべきだと考えています。多死社会に入った最初のうちは、それらを24時間、365日、医師会だけで対応するのは困難が伴うのではないかと感じています。当院は研修医が多くいることもあって、医師の年齢層は35歳以下が50%以上を占めています。あくまでも個人的な意見ではありますが、医師会が地域での在宅医療や看取りを24時間、365日、完全に対応できるようになるまでの繋ぎとして、例えば、地域での看取りの教育・研修を目的に夜間帯に限って、当院のような基幹型臨床研修病院の若い医師が研修医と一緒に医師会の先生方を代行するなどのサポートができるのではないかと考えています。もちろん、翌日には代行した医師へのフィードバックを研修医教育の一環として行ってもらうこととなりますが、経験豊富な医師会の先生方から指導を直接に受ける環境は、研修医を必ずや地域医療に貢献する人材に育てあげてくれるものと信じております。既に研修医教育へ積極的に参加されている医師会の先生方も多くおられるのですが、このような教育への参加形態も医師会に進めていただきたいというのが私の要望です。そうすることにより、地域全体で医師（人材）を育て上げる形が作られていくのだと考えております。

**質問5. 大変ご多忙の身ですが、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。**

健康のためにやっているのはバドミントンとウォーキングです。最近、バドミントンはできていないのが残念です。体は相当太いですが、意外と強かったんですよ（体つきを見て、相手が油断するから勝てたのではないかと批判も一部にあります）。歩くのも好きで、休み

の日には20 km以上歩くこともしばしばです。座右の銘と言えるほどではありませんが、論語の中にある「敏而好學 不恥下問:敏にして學を好み、下問を恥じず(つとめて学ぶことを好み、わからないことがあれば、後輩や目下の者に教えを受けても恥ずかしいとは思わないこと)」を教育・指導の基本として常に意識しています。今でも朝のカンファレンスには可能な限り出席していますし、初期研修医から学ぶこ

とも本当に多くあります。わからない点があれば、遠慮なく(恥じずに)聴くようにしています。経営については、事務方にも遠慮なく(恥じずに)聴いています。そうすることでコミュニケーションがスムーズに行われると感じています。“下問を恥じず”は大事なコミュニケーション・ツールだと最近思うようになりました。

インタビューアー 広報委員 玉井 修



## タバコを吸う大学生との対話 ～世界禁煙デー(5/31)に因んで～



名桜大学国際学群上級准教授・病理専門医 大城 真理子

K君は大学3年生。リトルリーグの頃から野球を続けていて、大学の野球部でもポジションはピッチャー、エースです。私が担当する授業をいくつか履修し、人を笑わせ楽しませる話術で授業を明るくしてくれるムードメーカーです。

ただ、教室の中で彼の席に近づくと、タバコの匂いがします。大学内の喫煙場所の方向に歩いて行くK君を見かけたこともあります。

ある日の午後、大学のカフェに座って一人で勉強しているK君を見かけました。

「K君、こんにちは。」

「あ、大城先生、こんにちは。」

「いつもしっかり勉強してて偉いね。ちょっと今、話してもいい？」

「いいっすよ。」

「K君って、スモーカーだよな。タバコ吸い始めたのって大学に入ってから？」

私が単刀直入に尋ねると、彼は屈託なく答えてくれました。

「や、入学前からっす。」

「えっ？K君、現役でウチの大学に入ったよね？ということは高校の時から吸ってたの？」

「はい」

「信じられない…生活指導とか、されなかった？」

「ぜんぜん大丈夫っす。バレないように吸ってましたから。」

「なにが大丈夫なのか、わからないなー。」

「スポーツマンでタバコ吸ってるって信じられない。」

「大丈夫っす。この前も俺が投げて試合に勝ちました。」

「へー、すごいね。どこで試合したの？…」

「いやいや、野球の話じゃなくて。」

「タバコ。健康に良くないの、わかってるよね。」

「彼女ができたら、やめますよ。」

「あれ？K君、彼女いたんじゃないか？」

「ハハハっ。バレてましたか。」

八重歯をのぞかせて笑う彼につられて私も、笑顔になります。

が、ここで負けて彼のペースに乗せられてはいけない、と自分を励まして続けます。

「タバコ、やめた方がいいと思うんだけど。」

「よく言われます。これでもだいぶ本数、減らしてますよ。」

「一日何本ぐらい吸ってるの？」

「20本ぐらいっすかねー。」

「うーん…減らすんじゃないくて、きっぱりやめた方が良くない？」

「俺もそう思うっす。やめようとしたこともありますよ。」

「でも、やめてはいないのね。」

「はい。」

「大学卒業するまでに、タバコ、やめられない？」

「そうっすね…。」

「禁煙外来やってるクリニック、大学の近くにもあるよ。」

「うーん…。」

気乗りしなさそうなK君の返事に、私は将来の話をすることにしました。

「K君は卒業後、病院の事務職を希望してたよね。今どき、喫煙者は採用しない病院多いよ。」

「それは困るっす。」

「じゃあ俺、卒業までにタバコやめます！」

あっさり宣言されて、私はちょっと脱力しました。

「なんか、むちゃくちゃ軽いなー。」

「ホントに、やめる気あるの？」

「やめますやめます。」

「俺、意思強いですよ。見ててください。」

「いや、そう言われるとますます、やめそうにない気がする…」

「俺の本気を先生に見せます、卒業までにタバコやめます！」

その場をごまかされてしまったような気がしましたが、こう宣言されては話を続けることができませんでした。

K君の話は実話をもとにしたフィクションですが、現実として、名桜大学の学生喫煙率は2019年度の学生生活実態調査によると5.2%です。決して多くはないものの、K君のように高校時代から隠れて吸っていた学生や、大学に入ってからタバコをおぼえた、という学生が残念ながら一定数おり、教員の立場での禁煙指導の難しさを感じています。大学時代を通してタバコを吸い続けた学生は、卒業後も続けていることでしょう。

北海道医療大学学長の浅香正博先生は、大学生から始める「がん」予防の第一として「禁煙」を挙げています。将来有望な大学生の発がんリスクを思うと、私は哀しくなります。タバコを吸わない私には、タバコを吸う人の気持ちはわかりきれませんし、依存症としての専門的な治療が喫煙者の大学生にも必要かもしれません。教職員の喫煙者が一定数いるのも気になります。

若いうちから「がん」予防となる禁煙を習慣化した方が良いのは明らかですが、禁煙は「いつ始めても遅すぎるなんてことはない」とも言われています。今年(2021年)の世界禁煙デーは5月31日です。もし、あなたが喫煙を習慣としておられるのであれば、世界禁煙デーを1つのチャンスと思って禁煙してみませんか。またもし、あなたご自身が喫煙者ではなく身近に喫煙者がおられましたら、この機会にその方と「禁煙」を話題にしてみてもいいのではないでしょうか。



## 第131回沖縄県医師会医学会総会の開催について（ご案内）

本会では、標記医学会総会を下記のとおり開催致します。

今回の医学会総会は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、前回同様、現地参加と併せて、WebシステムによるLive配信を併用するハイブリット開催となります。

ご多忙中誠に恐縮に存じますが、是非ご参加賜りますようご案内申し上げます。

会 期：令和3年6月13日（日） 9時～14時30分

場 所：沖縄県医師会館（ZoomによるLive配信併用）

内 容：

○ミニレクチャー（09:10～10:15）

①「周産期のメンタルヘルス～コロナ禍で見えてきたもの～」

社会医療法人葦の会オリブ山病院 精神科 宮 貴子 先生

②「新型コロナウイルス感染症のワクチンの話題について」

沖縄県立中部病院 感染症内科 椎木 創一 先生

○特別講演（10:20～11:20）

「骨格筋疾患としてのサルコペニアの定義と診断に関する新の話題」

熊本リハビリテーション病院

サルコペニア・低栄養研究センター長 吉村 芳弘 先生

○沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）（口演） 14題（12:00～13:00）

※従来のポスターセッションからスライドを用いた口演発表となります。

○一般講演 70題

※ポスターセッションは実施せず、一般演題の発表スライドデータ及び抄録を学会専用WEBページへ掲載することで正式な発表と致します。

※プログラムの詳細は本会ホームページをご覧ください。

（[http://www.okinawa.med.or.jp/html/sagyo\\_gakujutu/igakukai/program/igakukai131/igakukai131.html](http://www.okinawa.med.or.jp/html/sagyo_gakujutu/igakukai/program/igakukai131/igakukai131.html)）



※現地参加申込や、学会専用WEBページへのアクセス方法（抄録・発表スライドの閲覧、WEB配信の視聴方法）などの詳細については、別途文書にてご案内いたします。

問合先：沖縄県医師会業務1課（TEL：098-888-0087）

## 厚生労働大臣功労者表彰を受賞して

山本クリニック院長 / EAP 産業ストレス研究所所長 山本 和儀



この度、地方労災医員としての永年にわたる活動が功績として認められ、厚生労働大臣功労者表彰の栄に浴しました。僣越ながら、これまでの経緯を含めて会員の皆様に紹介させていただきます。沖縄県医師会を始め、多くの関係者の皆様の御支援助の賜物と感謝しています。とりわけ、労災医療の道に導いて下さいました元琉球大学保健管理センター所長（教授）の高良宏明先生、沖縄県医師会産業医研修会の講師として推薦し産業医学へ導いて下さった元琉球大学医学部保健医学講座教授の有泉誠先生に深く感謝致します。

私は母校である熊本大学医学部附属病院神経精神科での研修、国立療養所菊池病院での勤務を終えて、厚生省派遣医として1985年4月から沖縄県立宮古病院精神科に2年間勤務した後、県立病院の職員として1年間、合計3年間、宮古保健所と連携しながら宮古群島の地域精神医療活動に従事しました。ご縁があり、琉球大学医学部附属病院精神科神経科の助手、講師、総合診療センター・副センター長となり、学外では沖縄産業保健推進センター（現沖縄産業保健総合支援センター）の設立時からの相談員・研修講師、中央労働災害防止協会専門家、官公庁産業医、沖縄障害者職業センターアドバイザー、沖縄県医師会推薦による沖縄県教育委員会健康管理審査委員会委員などの活動をしてきました。海外では、琉球アジア太平洋医学交流協会事務局長として、タイ・チェンマイ大学との交流、ラオス・セタティラート病院の支援にかかわり、文部科学省在外研究員としてオーストラリア・メルボルン大学へ留学、神戸大学医学部兼任講師・研究員として、インドネシアでの共同研究に取り組みました。WHOの良

きパートナーである世界精神保健連盟（World Federation for Mental Health）の理事・副会長として西太平洋地域の国々のメンタルヘルスの向上のために活動し、沖縄でも国際精神保健シンポジウム in 沖縄（WFMH 西太平洋地区会議）を開催しました。

そして2004年の大学退官後はEAP産業ストレス研究所を設立して、産業精神保健活動に取り組むとともに、性同一性障害や在日外国人の診療にも取り組む自前のクリニックを開設し、現在に至っています。また多くの休職者を支援するためのリワーク（ショートケア）を開設し、効率的・効果的な復職支援に取り組みました。おかげ様で、大学の教官や大学院生との共同研究の成果が日本認知・行動療法学会内山記念賞（学会賞）を受け、日本産業精神保健学会からは委員会や研究班、理事としての活動が認められ、第27回理事長賞（功労賞）を受賞致しました。

ところで、我が国の精神障害等の労災補償の制度が整ったのは、2000年4月からですが、年々請求件数が増加しており2019年度は2,060件で、そのうち509件に支給が決定されています。なお、年によって違いはありますが、沖縄県では、2019年度は請求件数12件、支給決定件数9件、2000年度からの通算請求件数188件、支給決定件数65件でした。「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が1999年9月に通達され、各都道府県3名程の地方労災医員が東京に集まり研修を受けてから、これまで20年間、部会長として、他の（故稲富洋明元沖縄県医師会長等）地方労災医員と共に事業を審議し、局医として調査の指導に当たり、

若手の地方労災医員の勧誘にも当たって来ました。また沖縄県医師会との共催により17回にわたり労災医療に関する学術的研修を開催し、本土から多くの専門家を沖縄に招聘して、本土との格差是正、沖縄県の労災医療の質の向上に務めました。この間、「労災補償の判断指針」が2011年12月、「認定基準」に改められましたが、2010年度と2020年度の厚労省委託「ストレス評価に関する調査」研究班に参画し、社会の変化による心理的負荷を伴う新たな出来事の収集と心理的負荷程度の評価を行い、認定基準やその改定の基になるデータを提供することができたことは大きな喜びでした。

今回の受賞を機に、ますます精進して参りますので、ご指導・ご鞭撻の程、お願いします。

**【主な業績紹介】**

1. 地域精神保健福祉活動への寄与

1985年、県立宮古病院に厚生省派遣医として着任して以来、診療に加え保健所との連携による離島等の地域巡回診療や地域デイケア活動、自助グループの組織化など地域精神医療保健福祉活動に積極的に取り組み、患者や家族等の自助活動を支援し、地位向上や偏見・差別対策に取り組んだ。クリニックを開業してからは、(公益法人)日本精神神経科診療所協会の活動に参画し、沖縄県精神科診療所協会を設立してクリニックの組織化を進め、行政や関係団体との連携を推進している。

2. 精神障害者治療の積極的で多彩な取り組み

一般診療に加え、復職支援に特化したショー

トケアに取り組み、復職支援の水準を高めた。性同一性障害の治療・社会的支援にいち早く取り組み、これまで700名余の患者の診療に加え、学会認定医・理事として社会の啓発、学術大会開催、おきなわジェンダーセンター(県立中部病院)の設置・運営を支援している。在日外国人の診療という難題にも果敢に挑戦している。

3. 産業メンタルヘルス活動・労災医療の推進

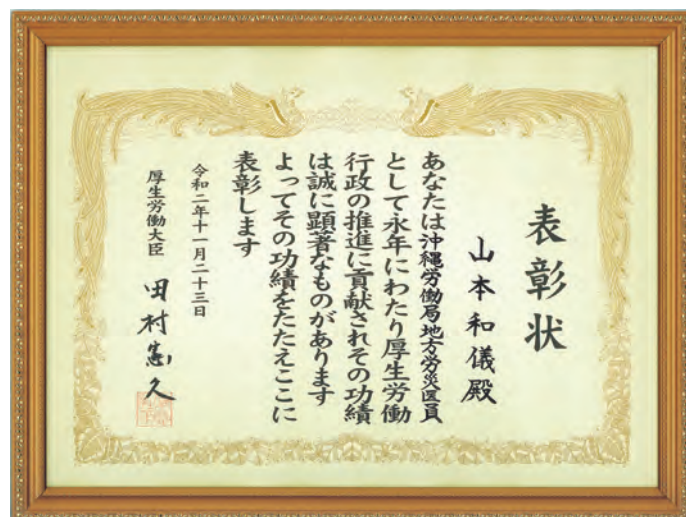
EAP産業ストレス研究所を設立して官公庁や民間企業の産業医活動、産業看護やカウンセリング、ストレスチェック等を提供して職場のメンタルヘルス活動を推進。沖縄県医師会の産業医研修会の講師を28年間、沖縄産業保健総合支援センター相談員・講師20年間、沖縄労働局地方労災医員を20年間勤めている。学会活動の傍ら代表世話人として沖縄産業メンタルヘルス研究会を組織化し、多職種連携による産業メンタルヘルス活動・労災医療を推進している。

4. 地域医療を担う医師の養成・資質向上への貢献

琉球大学病院に17年間勤務して医学生・研修医の教育に携わり、開業後も琉球大学や県立看護大学の非常勤講師として医学生・看護学生の教育に関与し、臨床研修指導医養成セミナーの講師としても10年間貢献している。

5. 国際精神保健活動への参画と沖縄県や日本の精神医療の国際化への寄与

神戸大学医学部兼任講師や世界精神保健連盟(WFMH)の理事・副会長として、国際精神保健活動に参画し、アジア太平洋地域の国々の精神医療・保健活動に寄与した。







類があり、軽くて着火しやすい針葉樹と重くて長時間もつ広葉樹、安くて燃えやすい木炭と高価で長持ちする備長炭を使い分けるようになりました。キャンプも行っていないのに、キャンプ道具収集の沼にハマっていました。キャンプ用具のシンプルで機能的なアイテムに魅力を感じてしまったのです。蚊や虫が大嫌いな妻の後方からの冷やかな視線を感じながら、庭のデッキの上であれやこれやとアイテムの実験に明け暮れていました。ふと考えると、「オール電化で便利な時代にどうしてこんな不便なアイテムに魅了されているのでしょうか。」と強い疑問も抱きましたが、おそらく数万年も不便な時代を生き抜いた人間の脳のDNAにその魅力が強制的にきざみ込まれているのでしょうか。遠い過去の野生動物に襲われる可能性もあった人類の歴史において、「火を起し工夫して調理する」ことが、身を守る安心感や癒しとして感じる人間の本能となったのでしょうか。他方では、災害時にも利用できる多くのアイテムもあります。停電時にはポータブル電源やカセットガスコンロ、ヘッドライトやランタンなどが有用です。特にポータブル電源は有用で大容量の蓄電が可能となり、制限はありますが100Vコンセント使用が可能な機種もあります。パソコンやスマホの充電はもちろん、テレビやモニターなどを使用できるものもあります。

つい最近まで「動力を使わずに自分の脚力だけで遠くまで行けるロードバイク」の沼から抜

けきれなかった私ですが、さらに電気やガスなどのエネルギーを使用しないキャンプ道具収集の第二の沼にはまり込んでいます。どうも近代文明に逆行することが本能的に好きなようで自分でも困っています。

蒔蓄はさておき、屋外での風を感じ小鳥のさえずりを聞きながら、最小限の道具とエネルギーで調理し食すことがなんとも心地良いことでしょう。どなたか、お願いですから私と一緒にキャンプに行きましょう。

