

根郷寿大学市民公開講座 生活習慣病予防講座

医療法人社団三結会
みつば脳神経クリニック
理事長 大木 剛



本日の内容

1. 平均寿命と健康寿命
2. 動脈硬化
3. 認知症
4. フレイル・サルコペニア
5. 肺炎
6. がん検診
7. まとめ

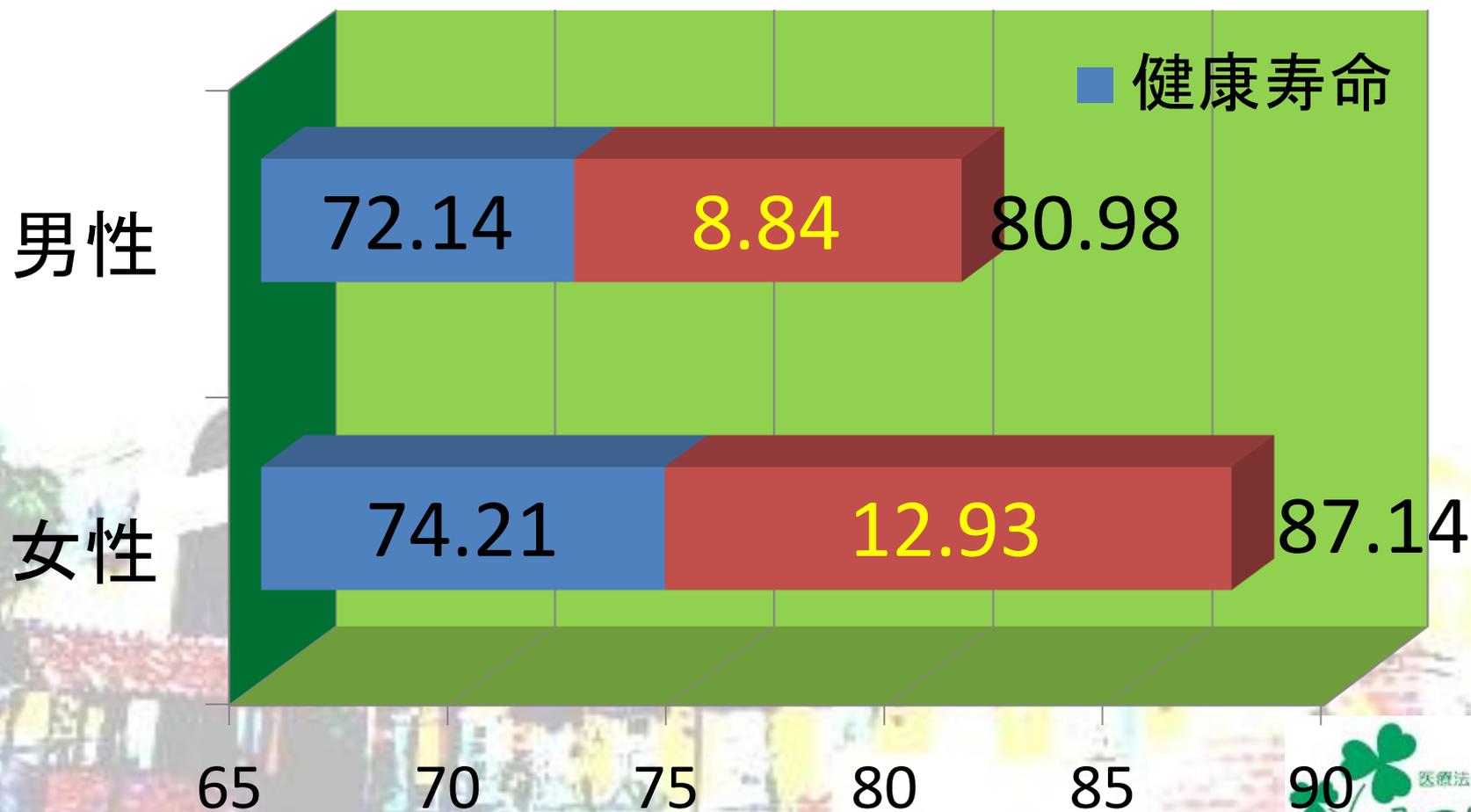
1、平均寿命と健康寿命



Q.1

平均健康寿命は
おおよそ75歳

平均寿命と健康寿命 (2016年)

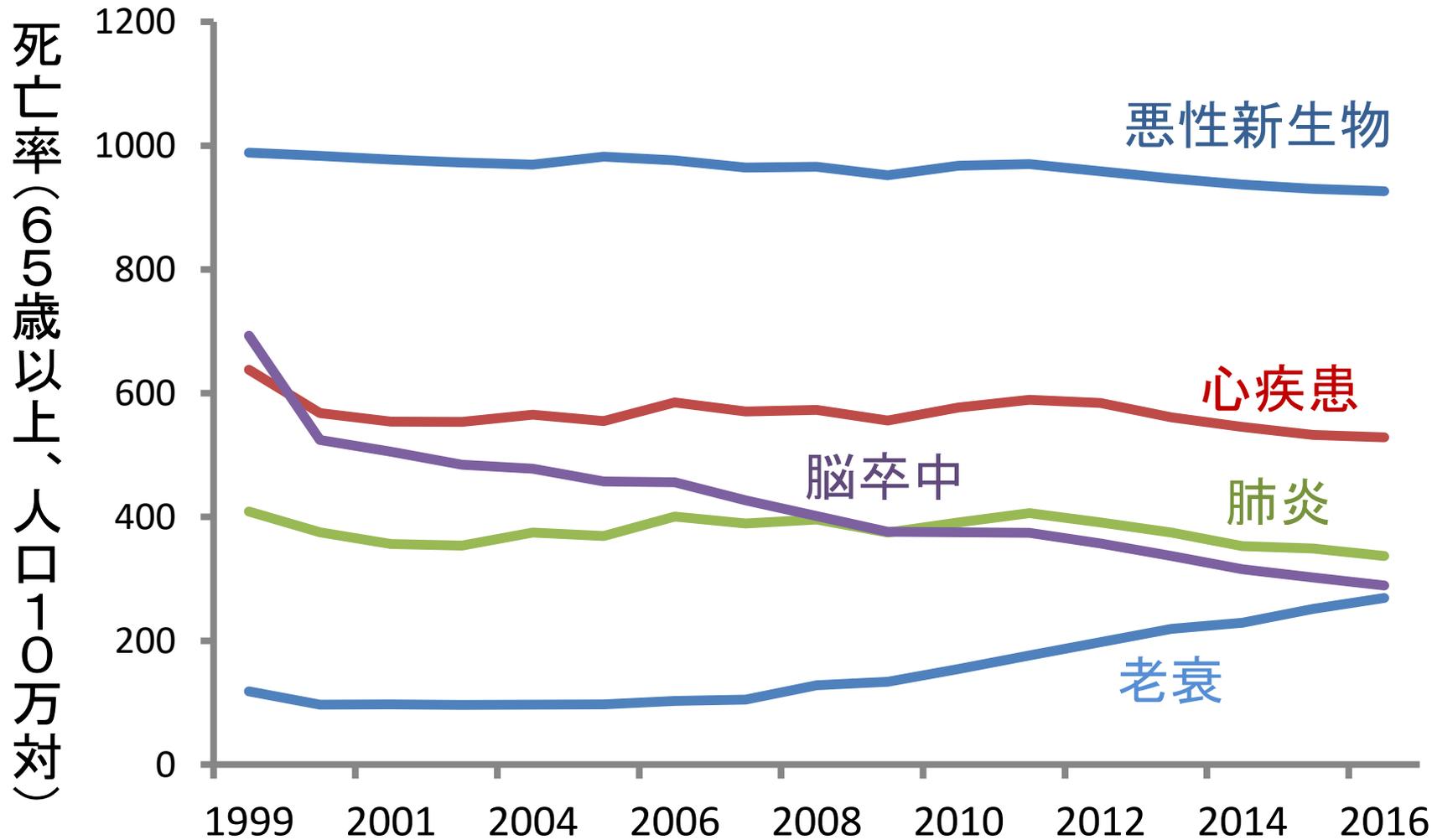


Q.1

男性 ×

女性 ○

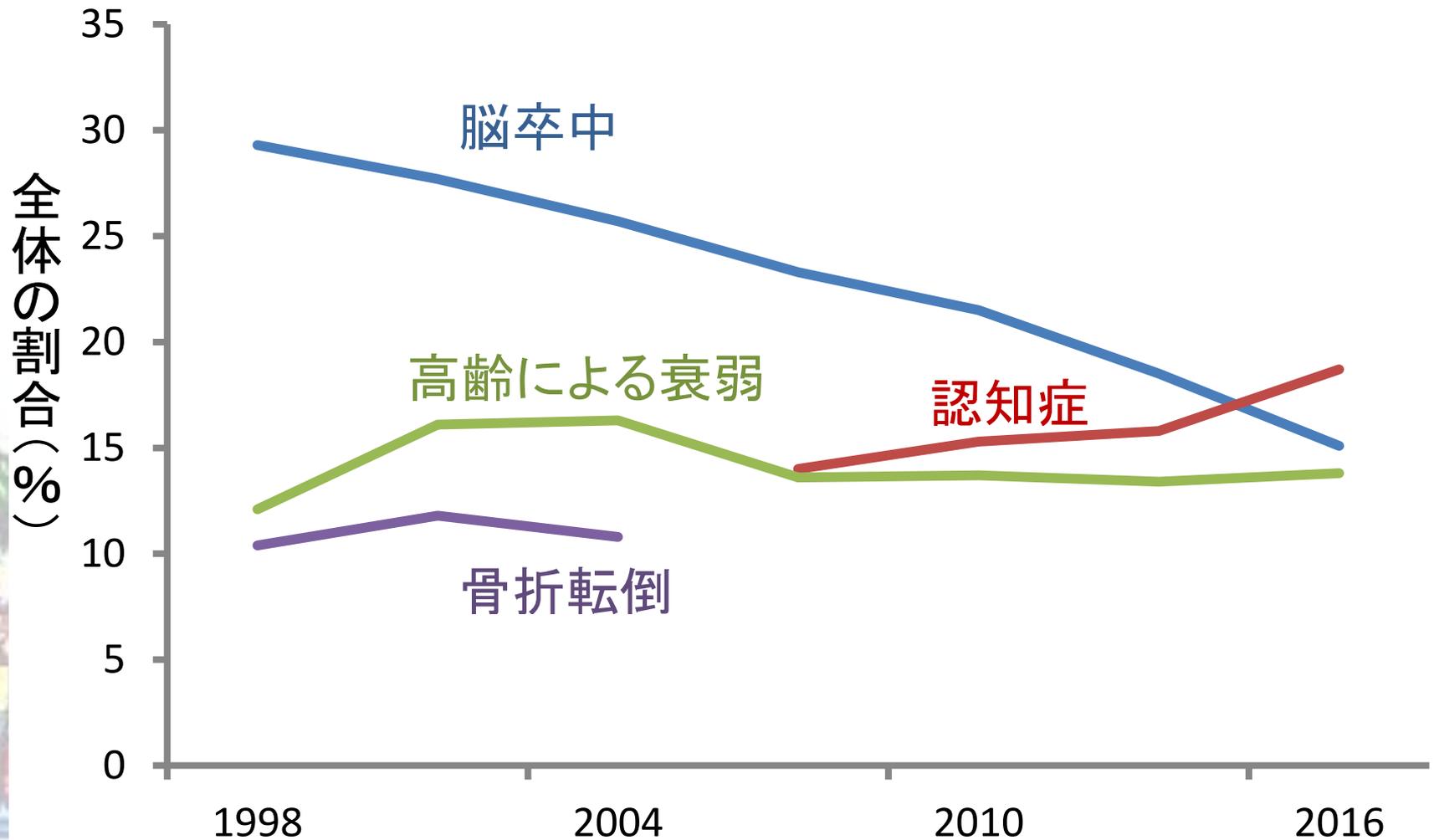
死因別の死亡率年次推移 <1999～2016>



Q.2

要介護の原因は、死亡率と同様、悪性新生物が一位である

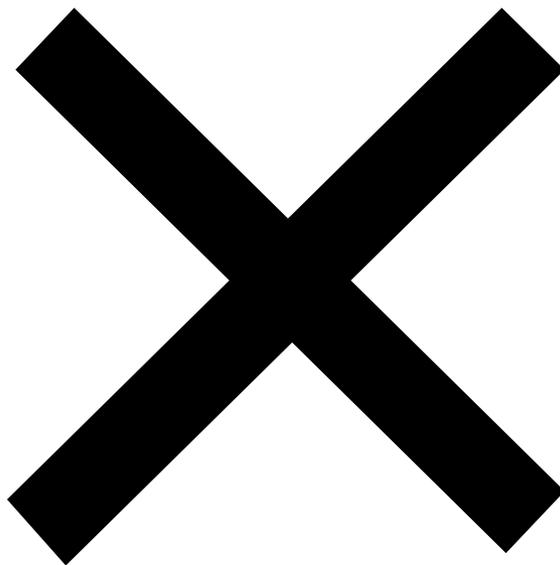
要介護になる原因の上位三位 ＜1998～2016＞



「元気で長生き」の敵

1. 悪性新生物
2. 動脈硬化（心疾患、脳卒中）
3. 認知症
4. 高齢による衰弱
5. 肺炎

Q.2



2、動脈硬化

動脈硬化疾患

- 心臓の血管が詰まる

→ 心疾患 (狭心症、心筋梗塞)

- 脳の血管が詰まる、破れる

→ 脳卒中 (脳梗塞、脳内出血)

Q.3

<脳梗塞>

夕食後、左手足の動きが悪くなってきた。

今日は遅いから、早めに寝て、明朝になっても様子がおかしければ病院に行こう

何かへん……おかしいな……もしかして……**脳卒中**…!?

Check!

FAST!!

Face 顔の麻痺

顔の片側が下がる
ゆがみがある

うまく笑顔が
作れますか?

Arm 腕の麻痺

片腕に力が入らない

両腕を上げたまま
キープできますか?

Speech ことばの障害

……それで…
えーと…
…ね……

ことばが出てこない
るれつが回らない

短い文がいつも通り
しゃべれますか?

Face
Arm
Speech

1つでも症状が
出ていれば **脳卒中** の
可能性大!

救急車は
大ゲサよね…
とりあえず
様子を見て…

NO!!

脳卒中 は治療の
遅れが命にかかわる
病気です!

Time 発症時刻

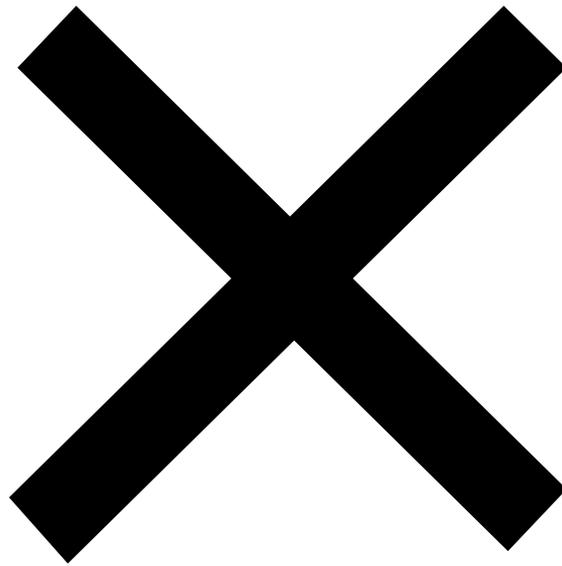
8時です!!

119

症状に気づいたら
発症時刻を確認して
すぐに**119番**を!!

大切な人を守るのは
そばにいるあなた!

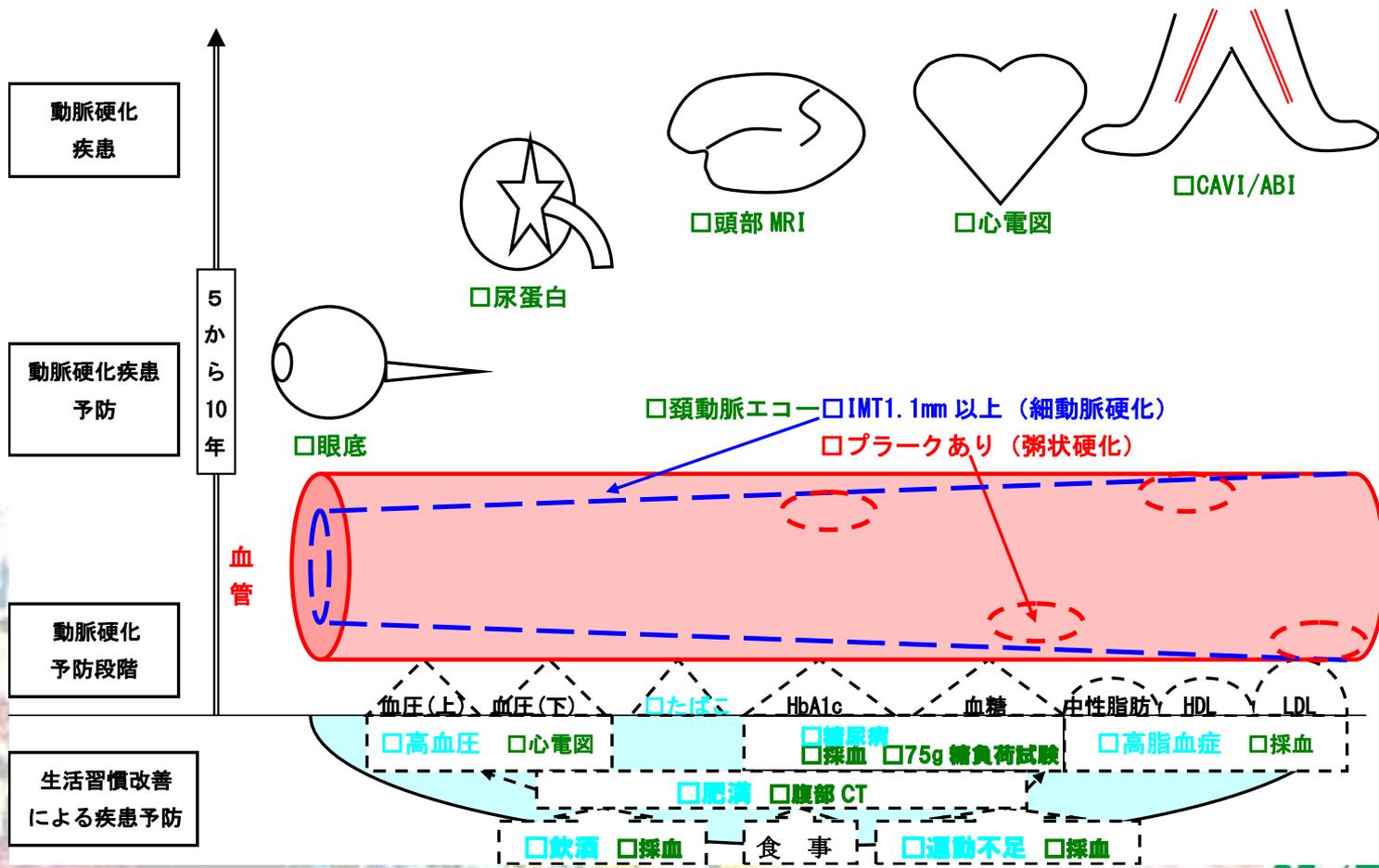
Q.3



動脈硬化の原因

- 高血圧
- 糖尿病
- 脂質異常症
- 喫煙
- 加齢

動脈硬化の原因と影響



医療法人社団三結会

2-①高血圧

高血圧治療ガイドライン2019

降圧目標 ※日本高血圧学会の指針に基づき作成。単位はmmHg。赤字が変更点。数字はいずれも未満

患者のタイプ		前回		今回	
		最高血圧	最低血圧	最高血圧	最低血圧
成人	75歳未満	140	90	130	80
	75歳以上	150	90	140	90
糖尿病患者		130	80	130	80
冠動脈疾患患者		140	90	130	80
慢性腎臓病患者 (たんぱく尿陽性)		130	80	130	80
慢性腎臓病患者 (たんぱく尿陰性)		140	90	140	90

2-②糖尿病

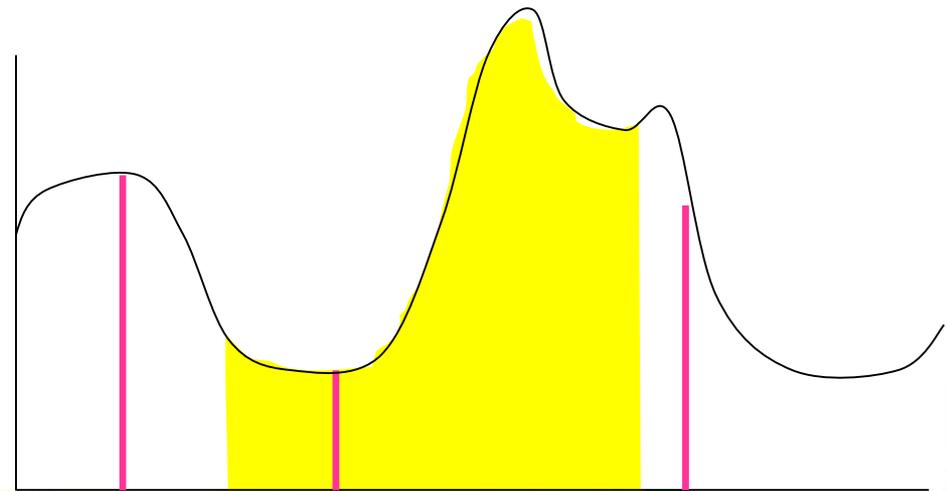
糖尿病の診断基準

- **血糖値**

- 早朝空腹時126mg/dl以上
- 75gOGTT2時間値200mg/dl以上
- 随時200mg/dl以上

- **HbA1c**

- 6.5%以上



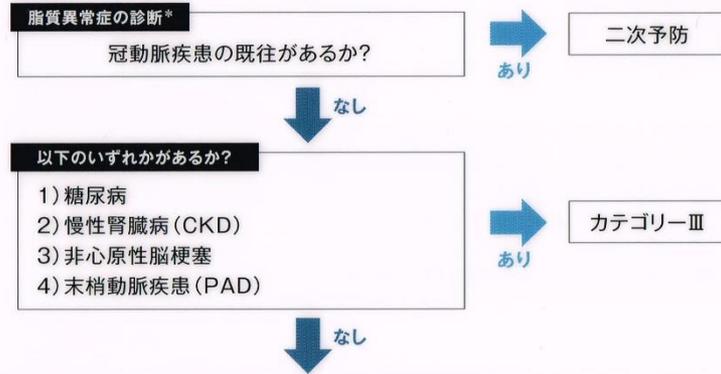
血糖値: 血糖のいわば“瞬間風速”

HbA1c: およそ過去一ヶ月間の血糖値の推移を示す

2-③脂質異常症

LDL(悪玉)コレステロール管理基準

LDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート



冠動脈疾患の一次予防のための絶対リスクに基づく管理区分

[絶対リスクは冠動脈疾患絶対リスク評価チャート(一次予防)参照]

NIPPON DATA80による 10年間の 冠動脈疾患による死亡確率 (絶対リスク)	追加リスクの有無	
	追加リスクなし	以下のうちいずれかあり
0.5%未満	カテゴリーⅠ	1) 低HDL-C血症 (HDL-C<40mg/dL) 2) 早発性冠動脈疾患家族歴 (第1度近親者 かつ 男性 55歳未満、女性 65歳未満) 3) 耐糖能異常
0.5以上2.0%未満	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
2.0%以上	カテゴリーⅢ	カテゴリーⅢ

*家族性高コレステロール血症(FH)については本フローチャートを適用しない。

冠動脈疾患絶対リスク評価チャート(一次予防)

10年間の冠動脈疾患死亡率 0.5%未満 0.5以上1%未満 1以上2%未満 2以上5%未満 5以上10%未満

男性	非喫煙						喫煙						女性	非喫煙						喫煙					
	血清コレステロール区分*																								
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
収縮期血圧 (mmHg)	180~199						180~199						年齢 60~69 (74歳まで準用)						180~199						
	160~179						160~179						年齢 50~59						160~179						
	140~159						140~159						年齢 40~49						140~159						
	120~139						120~139												120~139						
	100~119						100~119												100~119						
	180~199						180~199												180~199						
	160~179						160~179												160~179						
	140~159						140~159												140~159						
	120~139						120~139												120~139						

*血清コレステロール区分:
TCの場合、1=160~179、2=180~199、3=200~219、4=220~239、5=240~259、6=260~279 (mg/dL)

リスク区別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	HDL-C	TG	non HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、 薬物療法の適用を考慮する	カテゴリーⅠ	<160	≥40	<150	<190
	カテゴリーⅡ	<140			<170
	カテゴリーⅢ	<120			<150
二次予防 生活習慣の是正とともに 薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100			<130

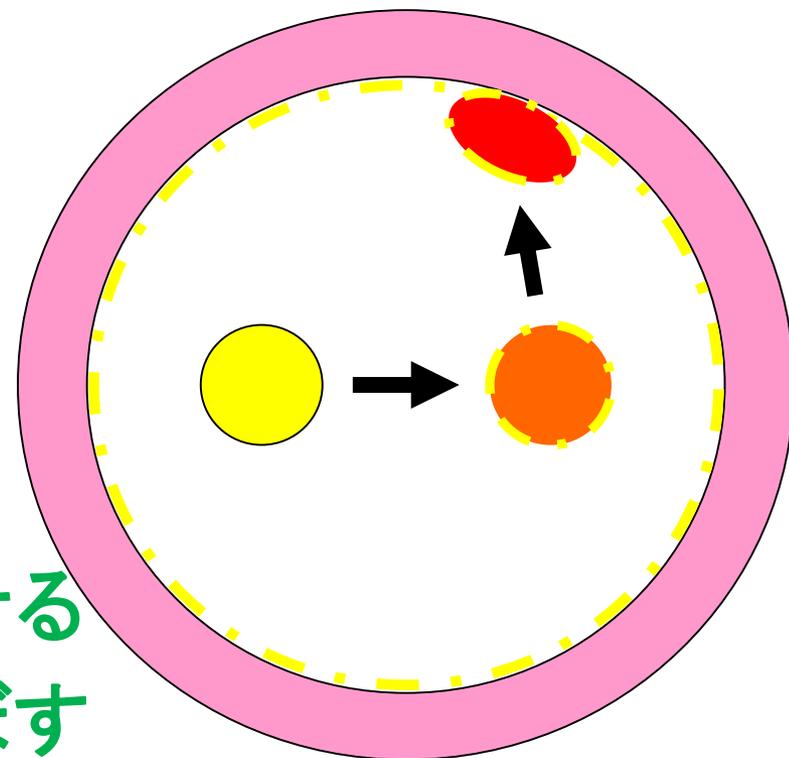
- 家族性高コレステロール血症・高齢者(75歳以上)についてはそれぞれ該当する値を参照のこと。
- 若年者などで絶対リスクが低い場合は相対リスクチャートを活用し、生活習慣の改善の動機づけを行うと同時に絶対リスクの推移を注意深く観察する。
- これらの値はあくまでも到達努力目標値である。
- LDL-Cは20~30%の低下を目標とすることも考慮する。
- non HDL-Cの管理目標は、高TG血症の場合にLDL-Cの管理目標を達成したのちの二次目標である。TGが400mg/dL以上および食後採血の場合は、non HDL-Cを用いる。
- いずれのカテゴリーにおいても管理目標達成の基本はあくまでも生活習慣の改善である。
- カテゴリーⅠにおける薬物療法の適用を考慮するLDL-Cの基準は180mg/dL以上とする。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版:13.2012 [L20120704001]
監修:帝京大学医学部 医学部長 寺本 民生 先生

2-④, ⑤喫煙・飲酒

喫煙

- ニコチンが血管収縮させる
- 活性酸素が動脈硬化促進
 - 血管壁を傷つける
 - 悪玉を“極”悪玉に変える
- タバコ1本血圧1mg/Hg
- くも膜下出血、癌も増加させる
- 周囲にも同様の影響を及ぼす



Q.4

喫煙はしているが、電子タバコに変えたので心配ない

加熱式タバコと紙巻きタバコ

	加熱式たばこ (アイコス)	紙巻きたばこ (ラッキーストライク)	比率*
ニコチン	301 μ g	361 μ g	84%
アクロレイン	0.9	1.1	82
ベンズアルデヒド	1.2	2.4	50
ホルムアルデヒド	3.2	4.3	74
アセナフタレン	145	49	295

各国の反応:

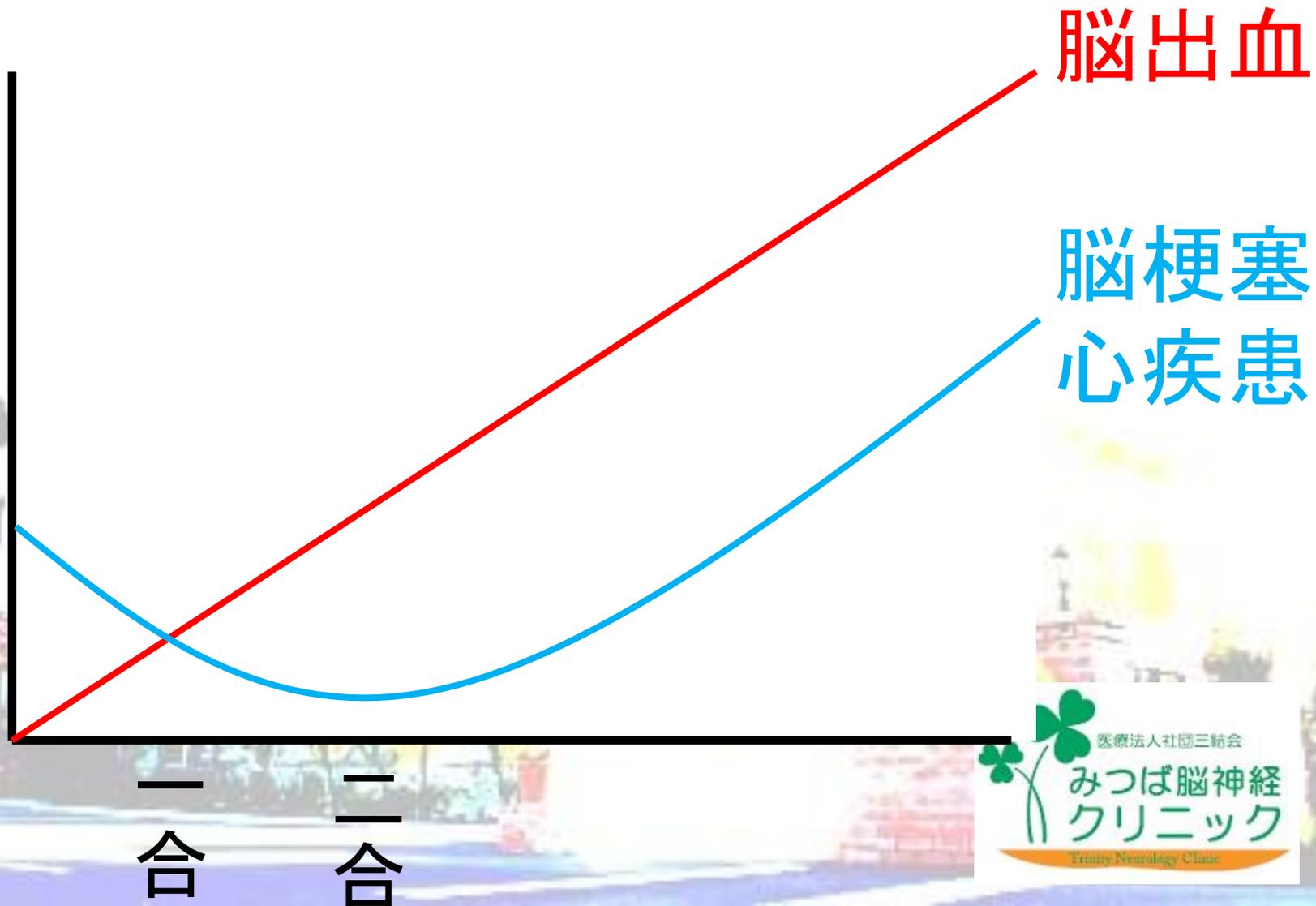
WHO(世界保健機構)
イギリス
スウェーデン

加熱式タバコは紙巻き同様規制すべき
加熱式タバコは健康へのリスクがあると声明
加熱式と紙巻きタバコの二重使用は呼吸器系の
症状が4倍になる

Q.4



飲酒



動脈硬化予防のための食事

1. エネルギー摂取量と身体活動量を考慮して標準体重（身長(m)²×22）を維持する
2. 脂肪エネルギー比率を20～25%、飽和脂肪酸を4.5%以上7%未満、コレステロール摂取量を200mg/日未満に抑える
3. n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす
4. 炭水化物エネルギー比率を50～60%とし食物繊維の摂取を増やす
5. 食塩の摂取は6g/日未満を目標にする
6. アルコール摂取を25g/日以下に抑える

3、認知症

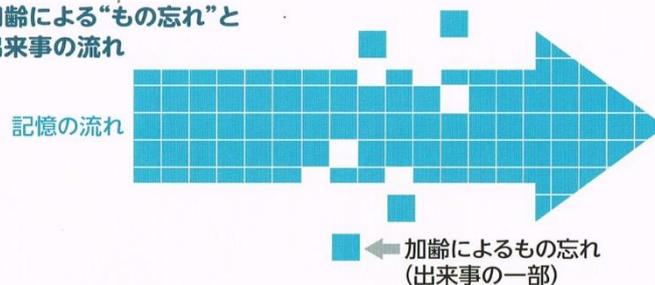
Q.5

認知症になると、判断出来なくなるので、本人の意見を取り入れる必要はない

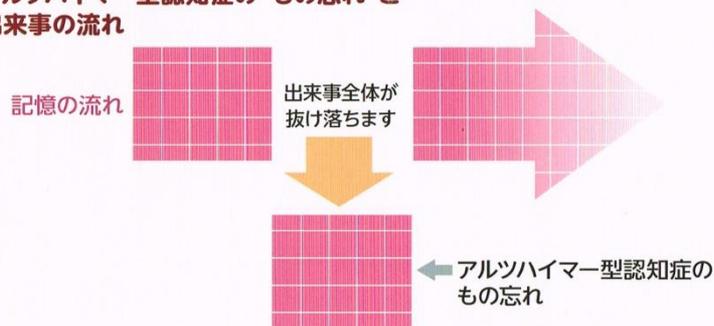
物忘れ

<加齢とアルツハイマー型認知症>

加齢による“もの忘れ”と 出来事の流れ



アルツハイマー型認知症の“もの忘れ”と 出来事の流れ



加齢による“もの忘れ”

体験の一部分を忘れる

ヒントを与えられると思い出せる

時間や場所などは正しく認識

日常生活に支障はない

アルツハイマー型認知症の“もの忘れ”

体験全体を忘れる

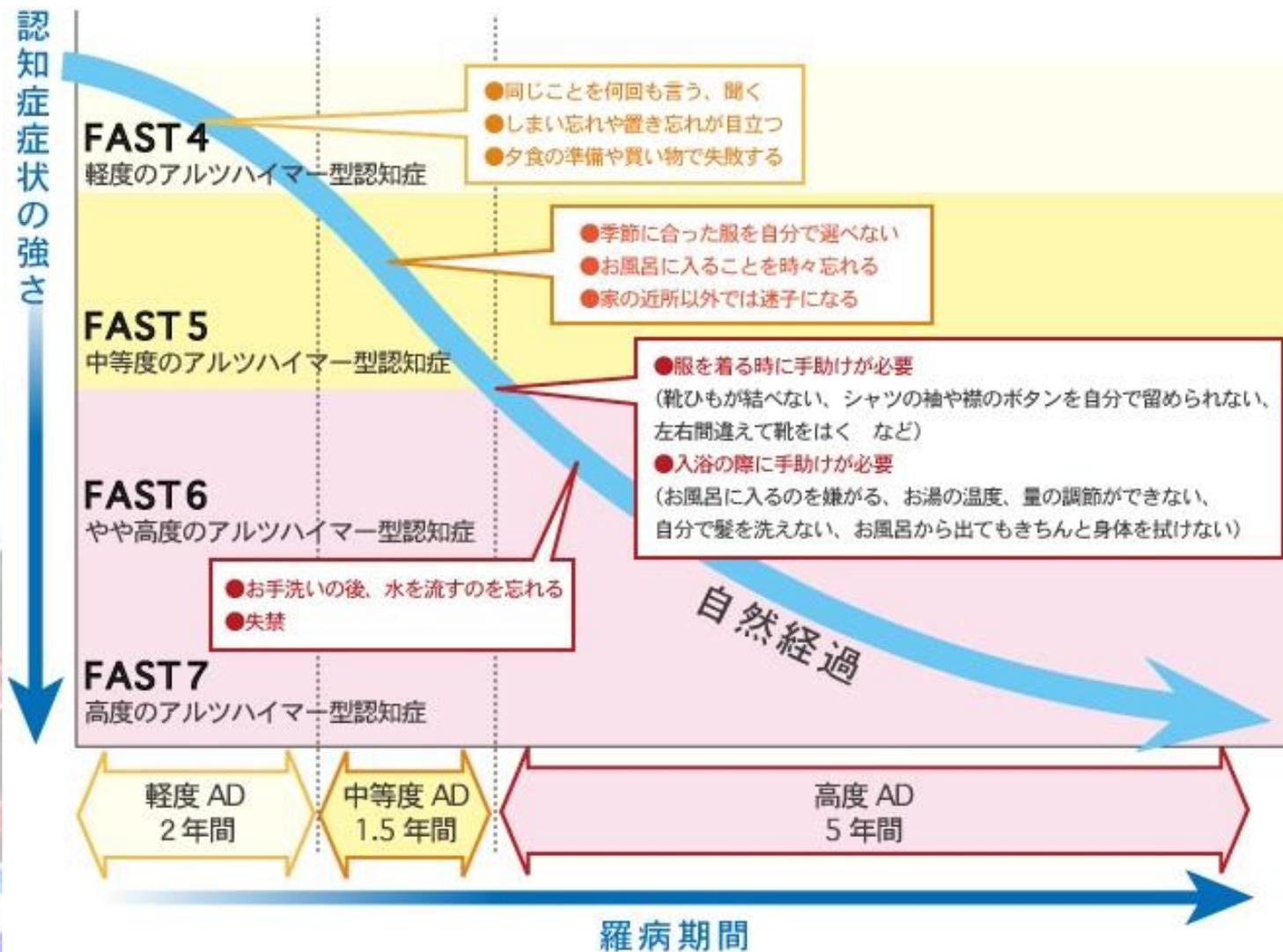
新しい出来事を記憶できない

ヒントを与られても思い出せない

時間や場所などの認識が混乱

日常生活に支障がある

アルツハイマー型認知症



Q.5



認知症予防

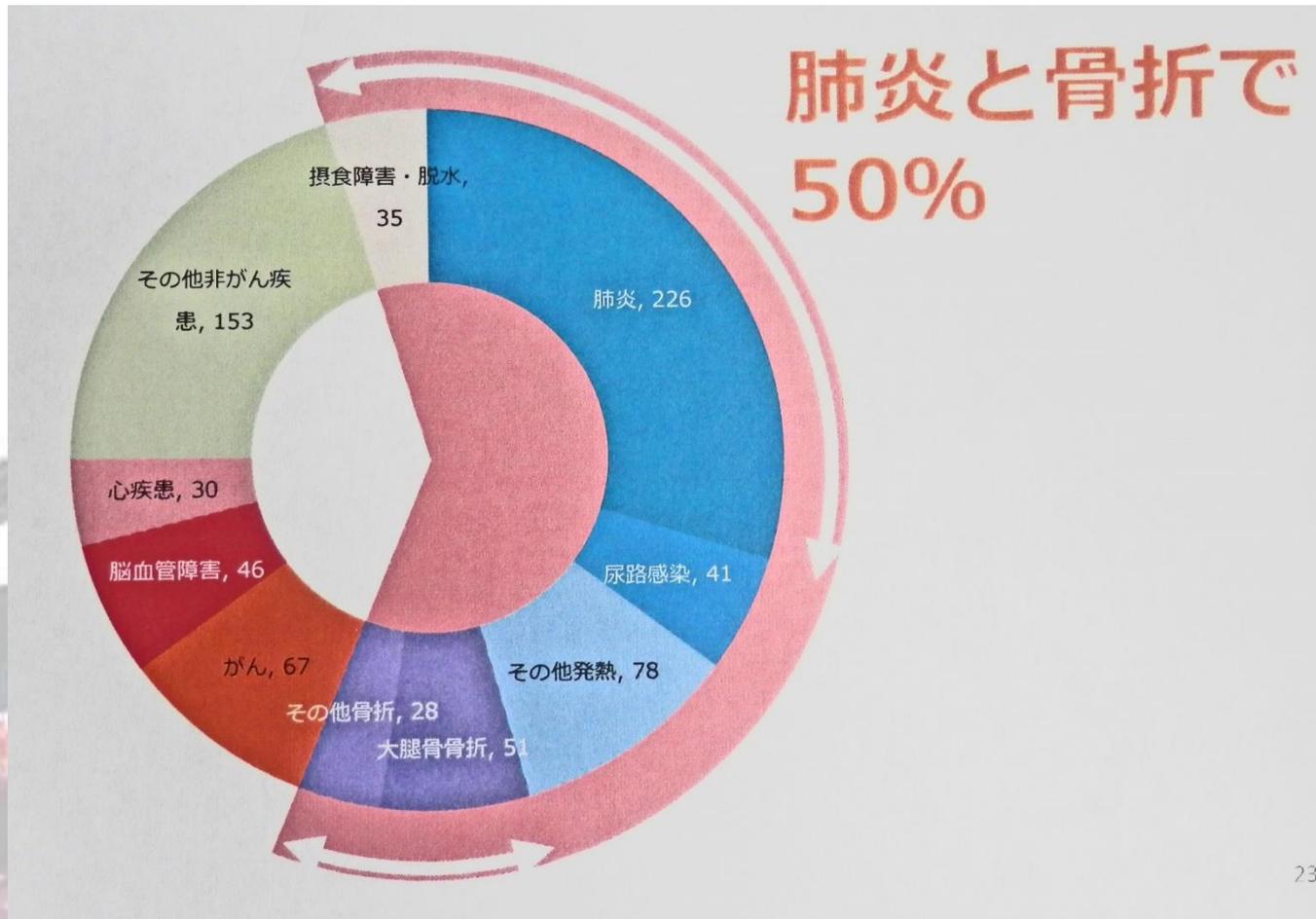
- 食事
 - 魚、野菜、赤ワイン(地中海食)、抗酸化ビタミン(ビタミンC、E)、緑茶
- 運動
 - 定期的な運動習慣
- 睡眠
 - 1日30分以内の昼寝(1時間以上では逆効果)
- 知的活動
 - 新聞・雑誌を読む、知的なゲーム、博物館に行く

4、フレイル・サルコペニア

Q.6

私（75歳）は、コレステロールは高いが、肥満指数（BMI）では「低体重」だから、食事療法は不要だ

在宅高齢者の緊急入院



在宅高齢者の肺炎、骨折の原因

▶肺炎も骨折も原因は同じ

在宅高齢者



肺炎



骨折



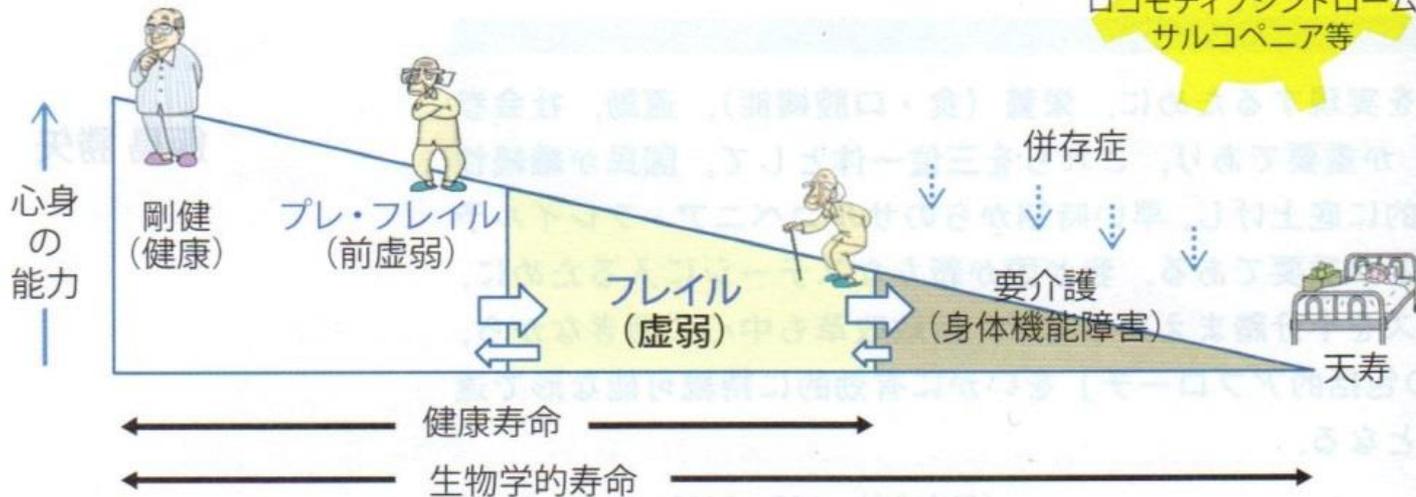
25

療法人社団三結会

フレイル(虚弱)

虚弱 (Frailty) ⇒ フレイル

- ①中間の時期
(⇒健康と要介護の間)
- ②可逆性
(⇒様々な機能を戻せる段階)
- ③多面的
(⇒色々な側面)



フレイルの評価 (J-CHS基準)

項目	評価基準
体重減少	6ヶ月で、2～3kg以上の体重減少
筋力低下	握力：男性<26kg、女性<18kg
疲労感	(ここ2週間) 訳もなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

3つ以上該当：フレイル、1～2つ該当：プレフレイル

サルコペニア

と

ロコモティブシンドローム

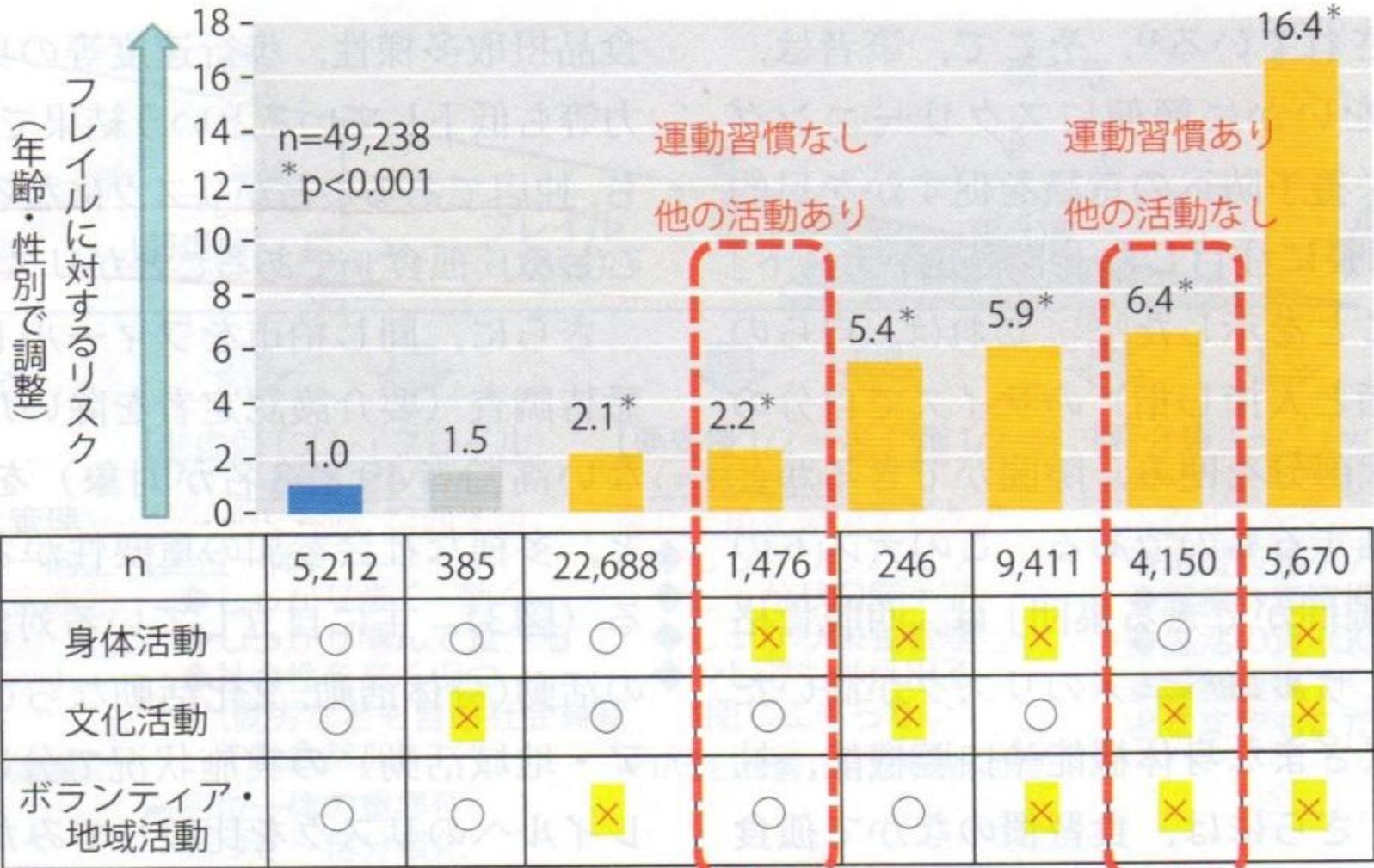
• サルコペニア

- **定義**:筋量と筋力の進行性かつ全身性の減少に特徴づけられる症候群で、身体機能障害、QOL低下、死のリスクを伴うもの
- **診断基準**:歩行速度・握力・筋肉量

• ロコモティブシンドローム

- **定義**:骨、関節、軟骨、椎間板ならびに筋肉といたった運動器のいずれか、あるいはそれらの複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下した状態
- **疾患**:骨粗鬆症、変形性関節症、サルコペニア等

フレイルの予防



Q.6

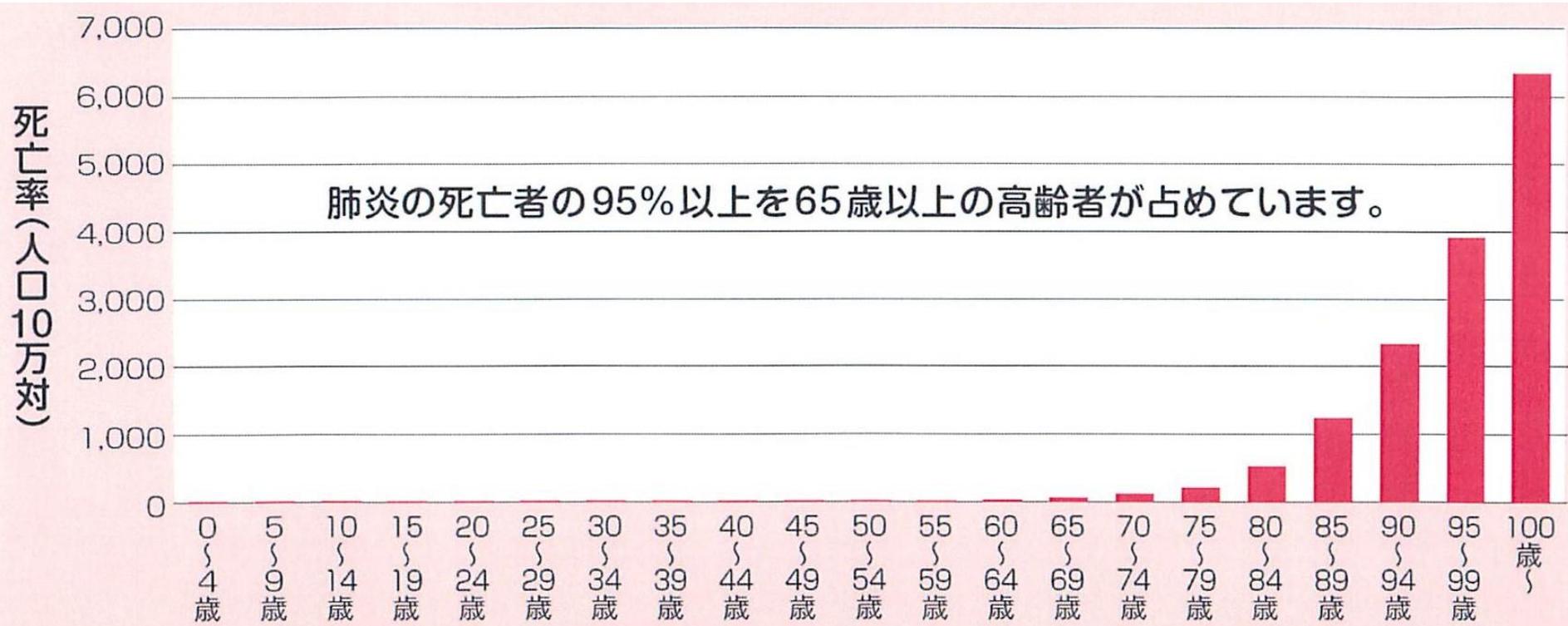


ただし、心疾患のある方、極端な高コレステロール血症の方は治療が必要です。

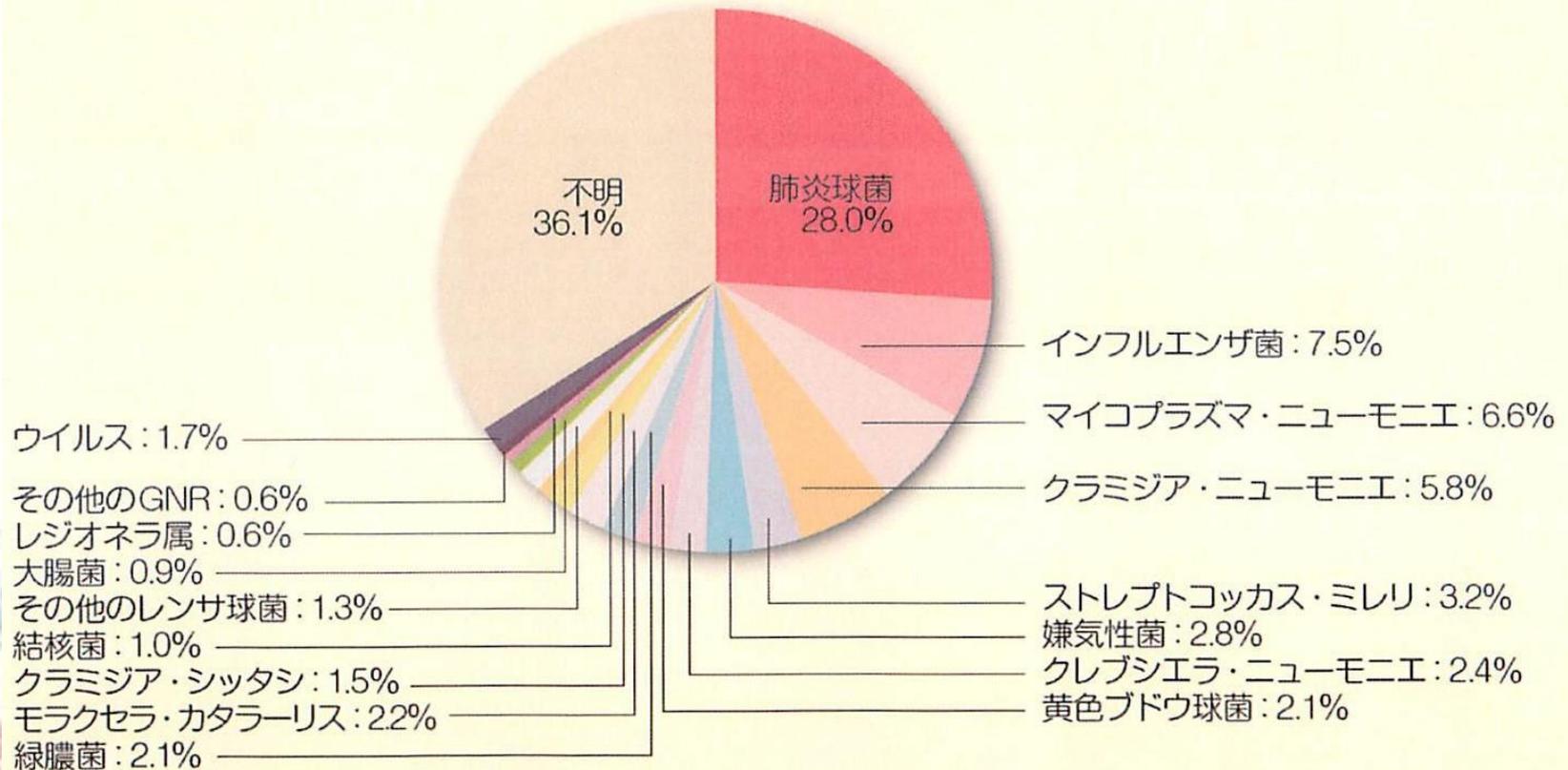
5、肺炎

肺炎の年齢別死亡率

<2011年>



市中肺炎の原因菌



肺炎の原因菌の中で最も頻度が高いのが肺炎球菌です。

※市中肺炎とは、普段の社会生活を送っている中で発症した肺炎です。

(石田 直. 呼吸器ケア 2003 より作成)

神経
|| クリニック

日本呼吸器学会 「ストップ肺炎」 より

肺炎予防

1. 手洗い・うがい
2. ワクチン接種
 - － 肺炎球菌、インフルエンザ
3. 栄養不良の予防
4. むせこみの予防
5. 禁煙
6. 口内を清潔に

Q.7

肺炎球菌ワクチンを注射したとき、注射部位が腫れたので、5年経ったが、再接種はしない

Q.7



6、がん検診

がん検診の基本条件

1. がんになる人が多く、また重大な死亡原因になること
2. がん検診を行うことで、そのがんの死亡減少すること
3. がん検診を行う検査方法があること
4. 検査が安全であること
5. 検査の精度が高いこと
6. 発見されたがんについて治療法があること
7. 総合的にみて、検診を受けるメリットがデメリットを上回ること

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針 (平成28年一部改正)」で定められたがん検診の内容

対象臓器	効果のある検診方法	対象者	受診間隔
胃	問診 ＋ バリウム検査ある いは胃内視鏡検査	50歳以上 ^{※1} ※1:当分の間、バリウム検査 に関しては40歳以上に実 施も可	2年に1回 ^{※2} ※2:当分の間、バリウム検査 に関しては年1回の実施 も可
肺	問診＋胸部X線＋ 痰細胞診 (ただし喀痰細胞診は、原 則50歳以上で喫煙指数が 600以上の方のみ。過去の 喫煙者も含む)	40歳以上	年1回
大腸	問診＋便潜血	40歳以上	年1回
子宮頸部	問診＋視診＋細胞 診＋内診	20歳以上	2年に1回
乳房	問診＋マンモグラ フィー	40歳以上	2年に1回

アドバンスケアプランニング

患者さん本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、意思決定が出来なくなったときに備えて、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセス

・終末期においては、約70%の患者で意思決定が不可能である

Silveria MJ, et al : Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med 362 : 1211-1218, 2010.

・人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 厚生労働省, 平成30年3月.

7、まとめ

- 動脈硬化は万病のもと
- 日本食と寿大学で認知症予防
- 筋肉維持を心がけて
- 肺炎にも気を付けて
- がん検診をお忘れなく
- もしもの時の話し合い、心づもりも