

リハビリ施設訪問

—公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院—

～地域リハビリテーションの「要」として～

当院は、JR仙石線の下馬駅前に位置しています。ここは、当院の前身である「私立塩釜病院」を1912年に開設し、当院の初代院長でもある坂定義（さかさだよし）先生のご自宅があった場所でもあります。坂先生が白馬に跨って地域の患者さん達を往診して回り、地道に築かれた地域医療の礎のもと、私たちは日々の診療を行っています。

当院のリハビリテーション医療は、地域のニーズと時代の流れに合わせて発展してきました。その基礎が作られたのは1980年代後半からで、脳卒中診療を志す数名の医師とごく数名の療法士によって始まりました。2000年には、介護保険制度の開始とともに制度化された「回復期リハビリテーション病棟」を立ち上げ、本格的なリハビリテーション診療体制の構築へと向かっています。この頃は、スタッフ皆が手探りの中、自分たちの目指す医療とケアとは何なのか？を徹底して話し合い、実現に向けがむしゃらに取り組みしました。2005年には現在の病棟へと移りましたが、2011年には東日本大震災という未曾有の災害を経験しました。地域の脳卒中患者さんの生活にも大きな影響がありました。その間に、世の中では「医療の質」を求める流れが強まります。2014年には「医療の質」の第三者評価である病院機能評価を受審し、専門性の担保された「回復期リハビリテーション病棟」として宮城県内で初めての認定を受けました。その後も、更なる質の改善に向けた取り組みをチーム一丸となって進めています。

当院のリハビリテーション医療の最大の特徴は、充実した人員体制です。リハビリテーション科専門医は5名在籍しており、他医療機関にはない体制です。リハビリテーション部門には、理学療法士35名・作業療法士25名・言語聴覚士10名が所属しています。急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟、生活期における外来診療まで、専門医の指導と徹底したリスク管理のもとで日々の診療を行っています。

回復期リハビリテーション病棟は46床で運用しており、その7～8割は脳卒中の患者さんです。重度障害の方も含めて積極的に受け入れ、安全・安心を確保し

たうえでの「攻め」のリハビリテーション、よりリアリティのある自宅生活への復帰を念頭においた緻密なケアを提供できるように努めています。

外来診療の特徴は、脳卒中後の自動車運転再開支援、後遺症に対するケアとして装具療法およびボツリヌス毒素療法が挙げられます。自動車運転については、ドライビングシミュレータによる評価や地域の自動車学校との協働による実車評価を積極的に行っており、診療圏外の仙台方面からご紹介をいただきます。装具療法は、義肢装具士と協働した「義肢装具外来」を週2回開き、新規作製や修理にも迅速に対応しています。麻痺した手足の異常な筋緊張である「痙縮」に対するボツリヌス毒素療法は、医師と臨床検査技師および療法士の協働で年間のべ100件以上を実施しています。

今後も、地域や世の中のニーズを確実に捉えながら、標準的かつ心の通ったリハビリテーション医療を提供し続けます。



◇ ◇
公益財団法人宮城厚生協会坂総合病院は、
〒985-8506 宮城県塩釜市錦町16-5
電話 022-365-5175（お問い合わせ窓口）

(リハビリテーション科 診療部長 藤原 大)

脳卒中とてんかんのあれこれ ～知っててお得、てんかん余話～

東北大学病院 脳神経外科 助教

大 沢 伸一郎

はじめに

前回に引き続き、てんかんの話題をお届けします。

今回はてんかんによる色々な悩みが続き、悩んだ末に専門家を頼った方々の話題です。

何人かの興味深い人生を、プライバシーに配慮して多少改変を加え紹介します。

性格が悪い？それはてんかん発作…だけではない

50歳代の男性（Aさん）で、脳出血で1ヶ月程入院しましたが、幸い軽傷で退院後は社会復帰しました（すばらしい！）。頑張り屋のお父さんという感じで、家族を支えるのが生きがいです。でも魔の手は迫り…。

脳卒中から1年後、突然職場で倒れ、救急搬送されました。全身けいれんがあったようですが、脳卒中再発というわけではなく、てんかんと診断されました。（注：このように脳に何か傷がついた後、一定期間を経て「てんかん発作」が起こってくる場合が多いです。）

さて、今後はまた発作がくるのか、とても不安なAさん。お薬を毎日飲むよう、主治医からお願いされました。てんかんの発作は、サイコロを振って悪い方の当たりがでるようなものです。“ある時”“突然”発作が現れるので内服薬（抗発作薬といわれます）を飲み続ける必要があります、これは終生続くことが多いです。例え話としては、「抗発作薬は湯を沸かしたヤカンのフタです、押さえないと吹きこぼれます」というのが妥当でしょうか。しかも基本的に、ひとりでお湯が冷めてフタが不要になる（内服終了？）という事はありません。

うーん、しょうがない。内服を始めたし、流石に今度は大丈夫かと、職場復帰して6ヶ月が経ちました。病院の受診では主治医の先生「発作はないですか？」Aさん「ないです！」と判で押した

ように問題なく過ぎている、ように見えました…。

実はAさん、このすぐ後にてんかん専門外来へ紹介されることになります。理由は「けいれん以外の発作ありませんか？」と、主治医の先生が気づいてくれたこと。仕事に戻ったのはいいが、打ち合わせの際にボーとしていたり、会話でスケジュールの約束に頷いていたのに、翌日にはすっぱかして大失態とうまくいきません。しかも本人は忘れた自覚はなく、「私がそんな適当なことをするわけないでしょう！」と陰湿な雰囲気になってしまいます。

専門医のO先生、家族と一緒に受診していただくように指示し、初回の診察が始まりました。

Aさん「多少ボーッとしている事はあるかもしれないが、仕事は頑張っている。分かってくれない人もいるが、邪魔されるのは納得いかない。退院した後はけいれんもないし、元気なのに。家族も分かってくれている。」家族「・・・」

O先生「ちなみに、ボーッとしている時には目が合わないとか、返事が生返事とか、動きが鈍いとか（ちょっとジェスチャーを入れながら）、という事はないですかね？」

Aさん「疲れている時はありますけど、そんなわけないでしょう、ハハハ」家族「（遠慮がちに）実はそれ、昨日もありました」「えっ？」

いくつか他の質問、確認をしましたが、特徴的な症状からO先生はてんかんで間違いのないですと断を下しました。だってけいれんは一度もないのに…。

実はてんかん発作の大多数は、「ガタガタとふるえる発作」ではありません。泡を吹いたり、白目をむいたりしませんし、舌を噛んで致命的…にもなりません。99%以上の発作は、周りのものにおつからないよう注意してもらっただけで、勝手に終了してくれるのです。「ずっとけいれんしていて、死んでしまうと思わず助けようと…」と言っても、よく観察すると30秒位だったりします。む

しろ突っ張る手を押さえて骨折したり、タオルを口に突っ込んで窒息したり、過ぎたるは猶及ばざる…を地で行く失敗エピソードは多くあります。

O先生「ちなみに（二回目）、元々頑張り屋さんだったと伺ってますけど、ちょっとやり過ぎな事もないんでしょうか。理由がなくてもイライラしているとか」

家族「言いにくいですけど、退院してから目が怖くて、手を上げたことも」

Aさん「えっ」

場合によりますが、抗てんかん発作薬は脳のために飲んでいながら、脳機能に対する副作用が多いです。眠気やふらつき、吐き気などは困りものですが、言ってくれば対処できるもの。今回のように「イライラする」「食欲減退」「抑うつ」などは自覚がないままに社会生活を悪化させてしまう事があり、真実が判明した時には信頼関係が取り戻せなくなっているという怖い事態もありうるのです。今回のAさんも内服薬の吟味と調整を経て副作用から脱却し、さらに長い家族、職場との話し合いを経て社会生活も元通りに。

O先生「ちなみに（三回目）、脳卒中の後遺症とてんかん発作があっても、うまく人生の軌道に戻ってくれる人は多いんです。あなたはどうですか？」

Aさん「大分賢くなったから、なんとかやってくよ（にこり）」

手術は怖い、で20年間

Bさんは10歳でてんかん発症し、「1分程度ボーッとする発作」がなかなか良くなり、専門医を頼りました。入院精査の結果は「海馬硬化症によるてんかん」で、内服治療が効きづらいタイプでした。ただし発作の原因部位が分かっており、手術で良くなる事が十分期待できるとも言われ…しかし脳外科手術は誰しも怖いものです。一旦経過を見ることになりました。その後なんと18年が経過し、再度同じ専門施設へやってきました。理由は「発作は年1回もないが、眠くて仕方ない」4種類の抗発作薬を全て最大量内服しており、それはそれは眠そうです。入院でのてんかん精査中に減薬を試みたところ、あっという間に発作が何度か見られ、やはり薬を減らすことはできないのか…しかし、Bさんは「薬が減ったら眠くなくなった。腹を括って手術受けます」手術を行い、発作

は全くなくなりました。内服薬も減量でき、ハッピーエンドとも言えますが、皆さんはBさんの悩んだ20年近い年月をどう思われますか？誰かが背中を押してあげる機会があったらばと。脳卒中は時間との勝負と言われ、その日のうちに治療するか否か結論が出てしまう事も多いですが、「考える時間があれば良い」というものでもないのです。

子供の未来を

Cちゃんは4歳で東北大学てんかんセンターへ紹介されました。1歳から家族と共にてんかん発作に悩まされ、2歳以降は毎日10回以上もストンと崩れ落ちてしまう発作（脱力発作）があり、怪我をすることも幾度か。またこの1年は折角覚えた言葉が喋りづらくなり（退行現象）、ご両親にとっては代わってあげたい辛さです。しかも最初にかかった病院では、「MRIで全く異常のない脳ですし、薬が効かなければこれ以上は…。でも東北大学なら、あるいは。」薬をもつかむ思いで入院精査し、数日後に出た結論は両親が驚愕するものでした。すなわち「早期に手術を勧めます。脳梁離断という手術で、左右の脳をつなぐ線維を切った方がいい。」読者の皆さんにもわかに信じがたいと思いますが、我々はそうした決断を日々行っています。直感的にはとても信じられない話でも、我々はこの世で有数の知識と経験を有しており、そうした患者さんが良くなる事を知っている“予言者”なのです。家族挙げての手術説明と逡巡を経て、脳梁離断術は行われました。その結果は…、なんと発作がなくなりました。転倒による怪我もなくなったばかりか、会話もどんどんスムーズになり、雲が晴れたかのように目の輝きも増しています。

このようなケースは、てんかんセンターでは珍しくありません。脳卒中で辛い思いをしたシニアの皆様、もし家族や知り合いがてんかん発作で困っていたら、未来を担う子供や若人のため、専門施設を受診するよう強く勧めてください。人生が変わります。

まとめ

2回にわたり、てんかん余話をお届けしました。脳は様々な働きであなたの体や精神、人生を支えています。病気の形態も千変万化で、色々な事を知っていて損はありませんね。

会 員 名 簿

(順不同・敬称略)

宮城県対脳卒中協会の令和6年11月30日現在の会員数は、法人27、賛助21、個人452人となりました。会員の皆様には、ご協力に感謝申し上げます。

◇法人会員

【一般法人】(株)河北新報社、宮城県商工会議所連合会、仙都魚類(株)、遠山青葉印刷(株)、(株)江陽グランドホテル、(株)天洋、(株)飛田組、エーザイ(株)、田辺三菱製薬(株)、(株)バイタルネット、第一三共(株)、(株)シバインテック、ネクセラファーマージャパン(株)

【医療法人】(一財)広南会広南病院、公立刈田総合病院、(医)浄仁会大泉記念病院、(公財)宮城厚生協会泉病院、(医)華桜会古川星陵病院、(医)仙石病院、石巻赤十字病院、(医)徳洲会仙台徳洲会病院、(医)赤石会赤石病院、大崎市民病院、(医)将道会総合南東北病院、気仙沼市立病院、(医)仁明会齋藤病院、みやぎ県南中核病院

◇賛助会員 (次の皆様よりご寄附を頂戴しました)

(株)テークアイ、(株)オートランドリータカノ、(株)ニューロサポート、コセキ(株)、東日本メディカルシステム(株)、上杉脳外科クリニック、(医)のごころ会愛宕橋にしざわ脳神経外科クリニック、あべ脳神経クリニック、(医)青楓会あおば脳神経内科、(医)金上仁友会金上病院、脳外科内科すずきクリニック、(医)本多友愛会仙南病院、ふるさと往診クリニック、(医)寶樹会仙塩総合病院、(医)慈篤会三浦病院、あらい脳神経外科クリニック、(医)悠聡会仙台やまと町脳外科クリニック、東北医科薬科大学病院、(医)友仁会松島病院、(医)松田会仙台脳外科クリニック泉中央、(医)脳健会仙台東脳神経外科病院、さいとう脳外科クリニック

◇個人会員

【仙台市】赤井沢孝子、浅野国雄、石川功、石田茂、泉山昌洋、板橋順子、伊藤知江美、柏木光子、桂田啓生、菅野かつ子、菅野良平、菊地きよ、木須理利、木之村重雄、木村和雄、木元智、小林卯太郎、斎重光、佐藤一榮、佐藤ウタノ、佐藤徳昭、佐藤義輝、在家正、庄司まゆみ、庄司尚志、庄子健次郎、庄司なか子、庄子惣一郎、白石潔、菅原正一、菅原久、杉田宏實、鈴木紘一、鈴木繁雄、関久友、高橋克、高橋智恵子、高柳義伸、高屋りえ子、武田克子、竹村篤人、千葉守、中嶋俊之、南城公夫、西川通、西澤義彦、新田千代美、畠山るり子、蜂屋みどり、深田一弥、舟田彰、細川京

一、松井正夫、松浦英子、松浦善見、松田喜美子、道又勇一、嶺岸敏子、守威、山口悦子、山田勝義、湯目とし子、横山秀保、我妻忠

【中田支部】相澤重子、阿部和男、阿部京子、阿部清、阿部重二、阿部千賀子、阿部簾七、阿部久志、阿部正夫、阿部善夫、阿部喜一、生島将光、石森恵美子、井筒泰司郎、伊藤寿美子、伊藤長悦、伊藤てる、伊藤宏一、伊藤文雄、伊深剛彦、伊深忠、伊深利美、伊深裕次、岩井敏子、遠藤美德、及川和子、及川賢二、太田勝康、太田功治、大友敏、大友仁一、大友はな子、大山富夫、大和田真、岡本三男、小野寺二郎、小野寺文男、柿沼政克、笠松雄一、加藤ちよ、加藤暢久、金成脩、鹿日陽子、川村幸毅、川村太郎、川村友二、菊地伸志、菊池節子、菊地春利、菊地浩、木澤畑富雄、木村達郎、熊谷吉夫、小井土忠義、今野金一、昆野正則、齋藤敏、斎藤勉、佐久間善行、佐々木孝子、佐々木猛、佐藤栄一、佐藤勝基、佐藤勝也、佐藤清、佐藤誠輝、佐藤節雄、佐藤忠雄、佐藤初男、佐藤由雄、佐藤嘉郎、嶋本多摩子、庄司勘一郎、庄子政志、白鳥清正、菅井伸吾、菅井裕規、菅沢鐵蔵、鈴木喜三夫、鈴木佐代子、鈴木正、鈴木通、鈴木利一、須田久、関谷ユキエ、高橋恵子、高橋次男、高橋福治、高橋康次、高橋護、丹野彰、丹野寿子、丹野博次、丹野幸男、長沢兵右エ門、中野妙子、中村勝弥、中村眞一、新野知恵子、日塔勝好、沼倉尚、根岸正志、芳賀義武、針生利勝、曳地けい子、平間菊二、前田ひで子、松浦茂、三塚米雄、峰岸澄子、村井幸一、最上芳信、守圭一、守健一郎、守信也、守正志、守由記子、山田栄一、横田八十一、吉田利二、吉田洋子、吉田よしみ、若生正宏、渡辺喜枝子、渡辺キヨ、渡辺純子、渡辺伸一郎、渡邊隆、渡辺武郎、渡辺徳男、渡辺秀博、渡辺正美、渡邊勝、渡邊康夫

【栗原市】佐々木英代、舘田嘉代子 【登米市】太布磯雄、太布恵子 【大崎市】青木チドリ、高橋郁朗 【美里町】小茄子川亨 【石巻市】武山裕記、遊佐艶子 【東松島市】小野ミサ子 【松島町】高野りょう子 【七ヶ浜町】佐藤民恵

【蔵王支部】相沢繁雄、會田照、会田直隆、会田光男、会田好昭、相原勇、相原清悦、相原美由紀、赤間正敏、赤間良信、阿子島洋、浅沼一郎、芦立東暁、芦立敏彦、阿部正志、阿部美佐子、飯倉実、石井久義、石沢保、石澤由佳、伊藤東、伊藤和男、伊藤登茂雄、伊藤廣志、伊藤征雄、遠藤たかし、遠藤忠良、遠藤英文、遠藤正二、遠藤裕一(角田)、近江勝彦、近江浩光、大泉竹寿、大浦茂、大谷啓一、大谷敏明、大谷昌浩、大谷ノブ子、太田英男、大沼二男、大沼昌昭、大野健一、大庭彰、大庭儀四郎、大宮茂、大宮忠彦、岡田明広、小野博志、小原一信、小原研一、開沼裕司、片倉泰二、加藤晴朗、加藤幹夫、金塚孝浩、亀井雄一、亀山まり子、河村吉宏、菅野悦郎、菅野和茂、菅野勝司、菅野勝彦、菊地

治、北沢廣男、葛西清、熊坂稔、蔵田ひろみ、黒井憲二、
 國分富夫、小熊久男、小島一夫、小島亀治、小島義夫、
 小室龍雄、今野和夫、紺野銀市、齊藤一美、齋藤孝吉、
 齋藤さなえ、齋藤淑子、齋藤俊一、齋藤広、齋藤不二雄、
 齋藤ふじ子、佐々木弘見、佐々木文彦、佐竹一、佐藤
 功、佐藤栄一、佐藤修、佐藤勝厚、佐藤京子、佐藤京治、
 佐藤清寿、佐藤憲治、佐藤耕造、佐藤栄昭、佐藤繁和、
 佐藤秀一、佐藤正一、佐藤正二、佐藤二郎、佐藤信一、
 佐藤清悦、佐藤宗一、佐藤孝、佐藤長朗、佐藤輝夫、
 佐藤敏文、佐藤直久、佐藤長成、佐藤憲夫、佐藤詔雄、
 佐藤久子、佐藤秀和、佐藤秀弘、佐藤広子、佐藤政明、
 佐藤政市、佐藤正旗、佐藤正彦、佐藤美枝子、佐藤光
 雄、佐藤光男、佐藤光由、佐藤恵、佐藤幸夫、佐藤喜
 文、狭山明夫、柴崎喜一、庄子光、杉浦ヒロ子、鈴木
 清治、鈴木剛、鈴木利正、鈴木正明、鈴木三夫、清野
 友子、関根昌幸、大道寺十四男、高砂善徳、高沢春光、
 高橋裕子、武田三男、竹花純栄、田中陽一、玉根良清、
 丹野昭、丹野昭一、丹野康義、勅使瓦幸一、勅使瓦秀
 洋、寺島三七子、外門清、永久保秀男、新潟正幸、沼
 辺勝夫、橋浦いくよ、橋本喜一、羽田保之、馬場勝彦、

馬場伸夫、馬場昌喜、林せつ、樋口喜久雄、樋口正雄、
 平間喜久夫、平間徹也、平間久一、平間裕喜、平間三男、
 平間ミヤ子、福田やい子、牧野謙一、三沢茂、水澤智
 孝、村上一郎、村山一夫、村上要、村上敬一、村上功一、
 村上貞二、村上新一、村上善吉、村上輝雄、村上英人、
 村上正男、村上正文、村上八三郎、村上利八、山内隆文、
 山岸秀一、山岸利男、山口真路、鎗水克洋、鎗水千恵
 子、山家一彦、山家栄、山家文一、山家正好、山家康男、
 吉田清隆、吉田清四郎、我妻昭、我妻和幸、我妻敬一郎、
 我妻研一、我妻聡美、我妻修一、我妻純悦、我妻千枝
 子、我妻仁、我妻博宣、我妻政美、我妻みつ子、我妻
 洋子、我妻律子

【川崎町】石井信孝、近江亮、大宮正義、大宮一、佐藤
 新一郎、佐藤保、高山恵弘 【名取市】阿部秀一、石垣
 直貴千、板橋正友、伊藤哲夫、長田信子、黒田輝俊、佐々
 木進、庄司昌治、須田弘、武田勝夫、洞口富美子 【岩
 沼市】大内康寛、長谷部新一 【柴田町】阿部アイ 【大
 河原町】大沼歩、佐藤信子 【山形県】鈴木直美 【福
 島県】松本登

会員募集のお知らせ

宮城県対脳卒中協会は、脳卒中予防、治療および研究、患者の社会復帰訓練を推進し、脳
 卒中の追放を目指して、昭和55年に設立されました。

脳卒中中の予防啓発のため、会報の配布や、講演会の主催、講師派遣などを実施しています。

こうした活動は、当協会の基金からの益金のほか、維持会員の会費によって支えられてい
 ます。ぜひご入会ください。

維持会員

■ 個人会員 1口 5,000円 ■ 法人・団体会員 1口 100,000円

(1口以上で上限はありません)

問い合わせ

公益財団法人宮城県対脳卒中協会事務局

〒982-0012 仙台市太白区長町南4丁目20-1

電話・FAX 022-247-9749

ホームページアドレス：<http://www.miyagi-tainou.or.jp/>

予防と治療のコラボレーションで活力ある高齢化社会を

東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野 教授

寶 澤 篤

わが国は高齢化が進んでおり、高齢化率がまもなく30%に届こうとしています。少子化の結果としての生産年齢人口（15～64歳）割合の低下も著しく、60%を下回る状況となっています。

この社会を維持していくためには高齢者が要介護にならないことが重要で、高齢者本人が社会に貢献するだけでなく介護負担を減らすことで生産年齢人口の活力を維持することも重要だと考えます。

これまでの脳卒中对策の成功もあり、長く日本人における要介護原因疾患1位であった脳血管疾患は男女合計では1位の座を認知症に譲りました。しかし、いまだに男女合計で2位、男性ではいまなお原因疾患の1位として健康長寿社会実現のハードルとなり続けています。

その脳卒中の社会的負担を軽減するにはどのようなアプローチが必要でしょうか。それには基本的な危険因子の予防・管理が重要であると考えています。

私のこれまでの研究で、基本的な危険因子が心疾患を含む脳心血管疾患の発症・死亡を予測すると報告させていただいています。アメリカの代表的なコホート研究であるARIC研究を用いた分析ですが、全てのコホート対象者の血圧が120/80mmHg未満、総コレステロール200mg/dL未満、生涯非喫煙で糖尿病をもたなければ実に3/4の循環器疾患は予防できることを報告しました（図1）。

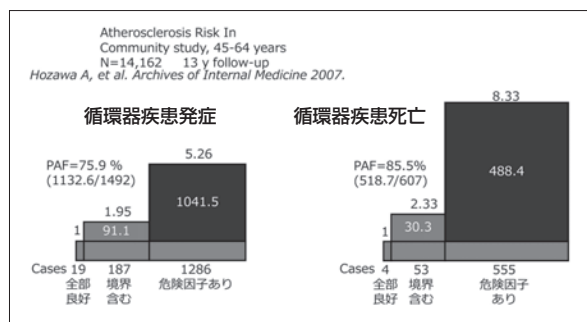


図1 危険因子の集積と循環器疾患の集団寄与危険度割合 (PAF)

同様の検討を日本のNIPPON DATA80を用いて分析しましたが、やはり我が国においても循環器疾患の70%弱は高血圧・高脂血症・喫煙・糖尿病、で予防が可能なことを示しました。

すなわちこれらの危険因子を持たないようにする（一次予防）、持ったとしても早期に発見して早期に治療することで脳卒中に至らないようにすること（脳卒中の危険因子の二次予防）でまだまだ脳卒中の負荷を減らしようと思っています。

脳卒中の危険因子の一次予防

——生活習慣の見直しによる高血圧・

糖尿病・脂質異常症の予防と防煙・禁煙——

まず、我々公衆衛生関係者がやるべきことは、脳卒中の危険因子の一次予防、すなわち高血圧にしない、糖尿病にしない、脂質異常症にしない、タバコを手をさせない、といった努力が必要だと思っています。そのためには生活習慣の見直し、肥満の改善・減塩・増野菜意識の改善が重要となります。残念ながら宮城県はメタボリックシンドロームの有病率が全国でも指折り、特に改善が必要です。宮城県や各市町村では令和6年度より開始する健康増進計画で積極的な対策を打つことを宣言しています。今後、12年間この計画で進んでいきますので産官学をあわせて宮城のメタボ減少に取り組んでいく必要があると思います。私たちが宮城県で取り組んでいるもののもう一つに健診時での尿ナトリウム比測定があります。食事時の減塩・増野菜が重要なことは皆知っているのですが、その値を客観的に評価することは簡単ではありません。理想的には24時間蓄尿（それも複数日）が必要ですが、病気でない一般の人に行うことは現実的ではありません。そこで尿中のナトリウムとカリウムのバランスを簡易に測定するナトリウム計を用いて健診時に測定するという事業を始めました。COI東北拠点の事業の一環として2017年度に登米市から開始し、現在では栗原市・大崎市など県北を中心に測定が広がっています。登米市で

は特に開始直後の2年間で尿ナトリウム比が下がるとともに血圧値の低下も観察しており、薄く、しかし広く住民の食事意識を変えることに成功したと考えています（図2）。これはこれまでの長年にわたる保健師さんたちによる減塩教育に生活習慣の「見える化」が結びついた結果だと考えています。

メタボ対策・減塩増野菜・そして言うまでもなく喫煙開始予防・禁煙の励行が今後も重要になってくると考えます。

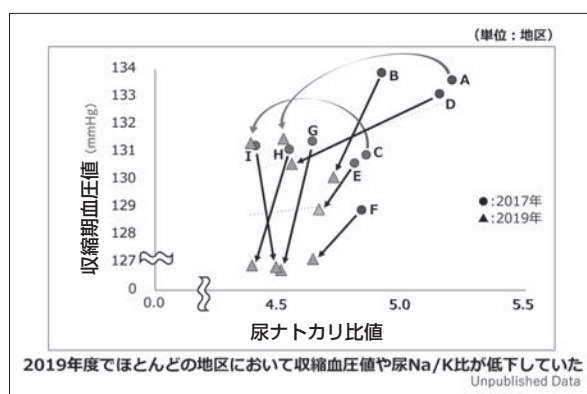


図2 登米市での性別・年齢を考慮した尿Na/K比値と収縮期血圧の相関

脳卒中の危険因子の二次予防

——高血圧・糖尿病・脂質異常症の

早期発見・早期治療——

高血圧・糖尿病・脂質異常症を適切に管理するためには一次予防としての生活習慣改善を行いつつ、定期的な健康診査の受診が必要になってきます。我が国の優れた保健制度である健康診査は国民全員に何かしら定期的な健康をチェックする制度です。しかしながら必ずしもその受診率は高くなく、この制度の恩恵にあずからない人たちが多くいます。これも私の研究ですが、健診受診者と非受診者の特性を傾向性スコアでマッチングした上で健診受診と死亡率の関連を分析しましたが、健診受診には約30%の死亡率減少効果があると推定されます。この機会を十全に国民全員に活用いただくことも公衆衛生関係者としての大きな役割だと思っています。一方、せっかく健康診査を受けて疾病を指摘されても必ずしも受診につながらないという現状があります。公開されている最新の国民健康栄養調査（令和元年）の結果（表1）を分析すると全対象者2601名のうち降圧薬を

表1 令和元年国民健康栄養調査に基づく高血圧管理状況

(人数)

	降圧薬非服用者	降圧薬服用者
至 適 血 圧	694	76
正 常 血 圧	381	189
正常高値血圧	273	221
I 度 高 血 圧	315	271
II 度 高 血 圧	83	72
III 度 高 血 圧	23	3

高血圧者割合	1,253/	2601	48%
降圧薬服用割合	832/	1253	66%
降圧薬服用者高血圧管理割合	486/	832	58%
高血圧者中管理良好割合	486/	1253	39%

服用している者が832名、降圧薬を服用せずに高血圧の基準を満たしている者が421名でした。この2つのグループの合計を高血圧者とする高血圧者の降圧薬内服率は約66%でした。また、降圧薬を内服している者のうち、血圧が高血圧域にない者（コントロール良好）であった者は58%でした。双方を合わせると高血圧患者のうち適切に管理されているのは39%となります。ここまでエビデンスが揃ってきたにも関わらず、まだまだやるべきことが山積みであるとの認識です。健診を受けない人たちへの健診受診勧奨、健診を受けて指摘された人たちへの医療機関受診勧奨、治療を始めた患者さんのコントロールに課題があることを医療・保健の垣根を越えて共有していくことが重要だと考えます。

終わりに

我が国の脳卒中に対する予防は世界的にみても大きな成果をあげ、高齢化が進んでいるにもかかわらず脳卒中の粗死亡率が低下しています。しかしながら相変わらず、認知症・脳卒中といった脳の関連の疾患が我が国の介護の最大原因となっています。そのためにはさらなる危険因子の管理の強化が必須だと考えています。予防と治療を上手に組み合わせることで活力ある高齢化社会につなげていきたいと思っています。いろいろとご一緒にやらせていただければと思います。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

早期アルツハイマー病の新規治療薬について

東北大学大学院医学系研究科 高次機能障害学分野 准教授
菅 野 重 範

はじめに

現在、本邦を含めた多くの国々で超高齢社会を迎え、認知症診療の重要性がますます高まっています。残念ながら、認知症性疾患の多くは治療が不可能であり、その場合は対症療法とケアが診療の中心になるのですが、なかには進行の遅延が可能となった疾患や治療介入が可能な疾患もあり、それらを正しく診断することが認知症専門医の重要なスキルになりました。

本号では早期アルツハイマー病の新規治療薬をご紹介します、次号では治療介入が可能な特発性正常圧水頭症についてお話ししたいと思います。

早期アルツハイマー病の新規治療薬（レカネマブとドナネマブ）

・作用機序と効果

早期アルツハイマー病の新規治療薬として、2023年12月にレカネマブが本邦で承認され、2024年9月にはドナネマブも本邦で承認されました。両薬剤はアルツハイマー病における初の疾患修飾薬（疾患の原因を標的とした治療薬）です。どちらの薬剤もアミロイド β （A β ）の凝集体に作用しますが、ドナネマブは線維化して暫く経過した凝集体（老人斑）に作用し、レカネマブでは老人斑だけではなく、線維化する前の凝集体（プロトフィブリル）にも作用します。残念ながら、どちらの薬剤も症状の改善を得ることができませんでした。プラセボ群での偽薬投与終了時点（開始18カ月後）を基準とした際、両薬剤共に約7.5カ月の遅延効果が確認されました。

・適応基準と投与方法

両薬剤を使用する場合、アミロイドPETもしくは髄液バイオマーカー（A β 42/A β 40比）で脳皮質にA β が沈着していることを証明する必要があります。レカネマブの適応基準は簡易的な認知機能検査であるMini-Mental State Examinationの成績が22点以上であること、認知症の重症度を評価するClinical Dementia Rating 包括的スコアが0.5もしくは1（軽度認知障害もしくは軽度認知症）であることです。ドナネマブの適応基準は現在審議中です。

両薬剤では投与方法が異なります。レカネマブでは2週に1回の点滴静注になりますが、ドナネマブでは

4週に1回の点滴静注になります。また、レカネマブでは少なくとも1年半の投与期間が推奨されていますが、ドナネマブの臨床試験ではアミロイドPETでA β の除去が確認された時点で投与を終了することが可能でした。ただし、同試験では1年間投与した方が半年間投与した場合よりも遅延効果が強かったため、ドナネマブの使用ガイドラインでは1年間以上の投与が推奨されるのではないかと考えられます（最長18カ月間）。

・最も注意すべき有害事象

両薬剤共にアミロイド関連画像異常（ARIA）が最も留意すべき有害事象であり、脳実質の脳浮腫や脳溝の浸出液貯留（ARIA-E）、脳出血や脳表ヘモジデリン沈着症（ARIA-H）を呈する可能性があります。その多くは無症候性ですが、レカネマブの臨床試験ではARIA-EとARIA-Hがそれぞれ12.6%と17.3%、ドナネマブの臨床試験ではそれぞれ24.0%と31.4%の例で確認されており、その頻度は低くありません。両薬剤共に、アポリポ蛋白E 遺伝子 ϵ 4の保有者ではARIAのリスクが高くなることが明らかになりました。

さいごに

私たちはレカネマブとドナネマブという新たな治療薬を手にしりましたが、これらの薬剤はARIAのみならず費用対効果の低さ、長期的な効果が不明であるなどの問題も抱えており、今のところ適応基準を満たせばどの患者さんにも推奨される薬剤ではないと私は考えています。ただし、患者さんとそのご家族がこれらの薬剤の問題点を理解した上で、それでもなお使用を希望された場合、私は積極的に使用しています。

両薬剤の効果は患者さんやそのご家族、医療従事者の期待に十分応えられるものではないのかもしれませんが、両薬剤の開発によって私たちはやっとアルツハイマー病の発症予防を目指す出発点に立つことができたのではないのでしょうか。両薬剤の使用経験が将来のアルツハイマー病の発症予防の実現に繋がることを、私は切に願っています。