

第 35 回

日本老年医学会近畿地方会

プログラム

(抄録集)

テーマ

「協創し、未来を見通す老年医学」

会 期：2024 年 11 月 16 日（土）

会 場：京都府立医科大学 図書館ホール

〒 602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入る中御霊町 410

大会長：的場 聖明

京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学 教授

事 務 局：〒 602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町 465

京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学

事務局長：木谷 友哉

運営事務局：〒 573-1116 大阪府枚方市船橋本町 1-775

株式会社 Atalacia

TEL：072-807-3890 FAX：072-807-3898

Email：35rounen-kinki@atalacia.com

第 35 回日本老年医学会近畿地方会 開催のご挨拶



第 35 回日本老年医学会近畿地方会

会長 的場 聖明

(京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)

2024 年度の第 35 回日本老年医学会 近畿地方会を開催させていただくことになりました京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学の的場聖明でございます。本年は 2024 年 11 月 16 日に京都府立医科大学の図書館ホールで開催します。京都駅から市バスで約 20 分、または京阪出町柳駅から徒歩 8 分の京都府立医科大学の図書館内に位置し京都御所の東隣にあたる閑静な場所です。

本学会では、『協創し、未来を見通す老年医学』をテーマとして、高齢者医療や老年医学の課題を様々な角度から多職種で議論したいと考えています。循環器内科領域では、カテーテルによる弁膜症治療が普及し、これまで困難であった高齢者弁膜症の患者さんの弁置換が、安全かつ確実に実施できるようになりました。脳神経内科領域では、アルツハイマー病に対する新しい薬剤治療が始まり、その成果が期待されています。このような医学の進歩の情報共有と残された課題を認識しつつ、健康で幸福な長寿社会を実現するために医療面からは様々な取り組みがなされています。

特別講演に京都府立医科大学大学院医学研究科 生体免疫栄養学 教授の内藤先生に「健康長寿に向けたフレイル対策」について御講演を賜り、教育講演では 京都大学医学部附属病院 高齢者医療ユニット長、地域ネットワーク医療部の近藤准教授に「寿命の進化論的考察」を基礎と臨床の面から御講演を賜ります。一般講演では、多くの分野からご発表していただく予定です。秋が深まるなか皆さんの熱い議論が交わせる場を心をこめて準備しています。多くの方の御参加をお待ちしています。

会場へのアクセス

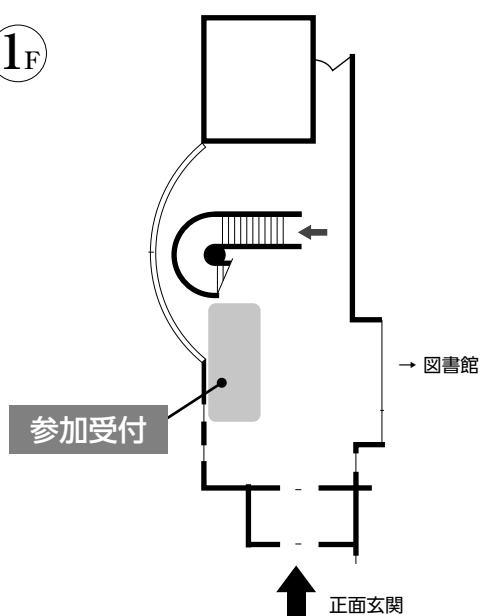
京都府立医科大学 図書館ホール（京都市上京区梶井町）



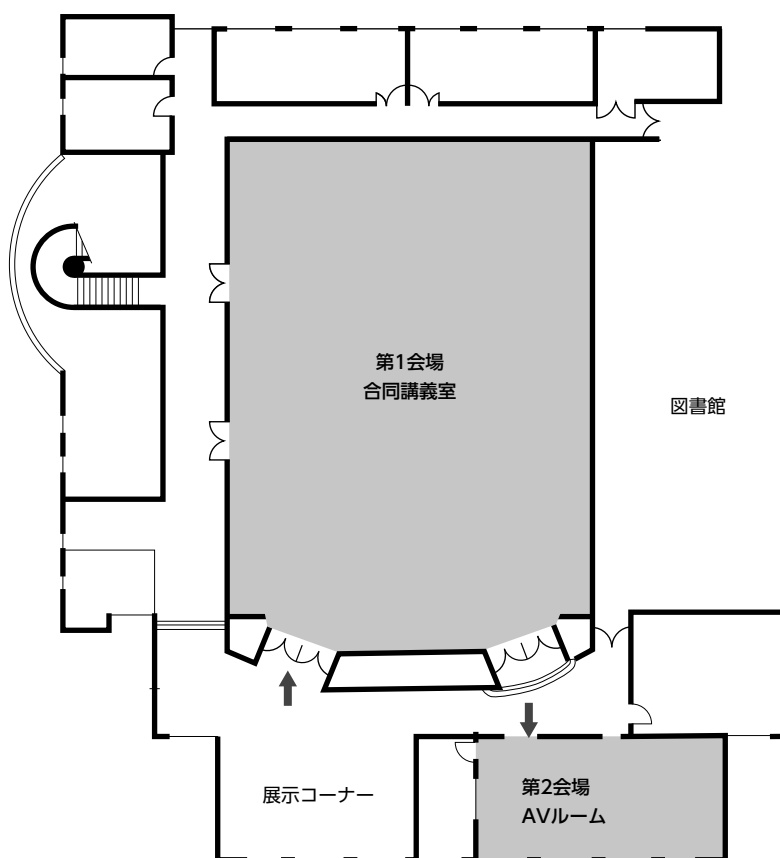
フロア図

京都府立医科大学 図書館ホール

①F



②F



ご参加の皆様へ

【参加受付】

学会当日の午前 8 時 20 分から京都府立医科大学 図書館ホール 1 階エントランスホールで参加受付を行います。参加費として 3,000 円をお支払いください。（※お支払い方法は「現金払い」のみです。）

引き換えに参加証と領収書をお渡しいたします。参加証は必ずご着用ください。

医学生や看護学生など学部学生は無料です。学生証をご提示ください。

初期研修医（卒後 2 年まで）無料。証明できるものを当日受付にご提示ください。

【演者の方へ】

1) データ受付について

- ・発表 30 分前までに、各会場のオペレーター席までご発表データをお持ちください。
- ・発表データは USB フラッシュメモリーまたは PC 本体（Windows または Macintosh）をお持ち込みください。※発表データを Macintosh で作成された場合は必ず PC 本体をお持ち込みください。

2) 発表について

- ・一般演題は発表 7 分／質疑 3 分です。
- ・ご自身の前演題の発表中に、会場内前方左側の「次演者席」にご着席ください。

3) 発表データについて

- ・発表スライドは「16：9」のサイズで作成をお願いいたします。
- ・動画をご使用の際は必ず PC 本体をお持ち込みください。（USB フラッシュメモリーをお持ち込みの場合は、動画をご使用頂けません。）
- ・PowerPoint の発表者ツールはご利用頂けませんのでご注意ください。
- ・講演会場で用意しているパソコンは Windows11、Powerpoint365 です。

<PC 本体をお持ち込みの方へ>

- ・ご自身のパソコンを持ち込む場合の接続端子は HDMI となります。
コンピューターにより変換ケーブルが必要な場合がありますので、必ずご持参ください。

<USB フラッシュメモリーをお持ち込みの方へ>

- ・フォントは OS 標準のみ使用可能です。
日本語：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝
英 語：Arial、Arial Black、Century、Century Gothic
- ・お預かりした発表データは、ご発表後に運営事務局で責任を持って消去いたします。

【座長の方へ】

- ・ご担当セッション開始 10 分前までに、会場内前方右側の「次座長席」にご着席ください。
- ・各セッションの進行は座長一任といたします。時間厳守にて円滑な進行をお願いいたします。

【世話人会・代議員会】

- ・世話人会 11：35～11：45（京都府立医科大学附属図書館 2 階 AV ルーム）
- ・代議員会 11：45～12：00（京都府立医科大学附属図書館 2 階 AV ルーム）

【日本老年医学会認定老年科専門医・高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医資格更新のための研修単位について】

- ・本地方会への参加は 7 単位、発表者および座長は 2 単位追加されます。
- ・更に、本地方会の教育企画・シンポジウム（午前）は日本老年医学会認定制度の教育企画として開催されます。本講演の参加により 3 単位加算されます。専門医・認定医カードをご持参ください。（お忘れの場合は単位登録票をお渡しします。）

日本老年医学会近畿地方会長および開催地

- | | |
|---|---|
| <p>第 1 回 大阪大学 老年病医学
荻原 俊男 教授
平成 2 年 5 月 12 日 (土)
大阪国際交流センター</p> <p>第 2 回 京都大学 老年医学
北 徹 教授
平成 3 年 5 月 11 日 (土)
京都教育文化センター</p> <p>第 3 回 奈良県立医科大学 第一内科
石川 兵衛 教授
平成 4 年 5 月 23 日 (土)
奈良県新公会堂</p> <p>第 4 回 神戸大学 老年医学
千葉 勉 教授
平成 5 年 5 月 22 日 (土)
神戸市勤労会館</p> <p>第 5 回 和歌山県立医科大学 循環器内科
西尾 一郎 教授
平成 6 年 6 月 4 日 (土)
和歌山県民文化会館</p> <p>第 6 回 大阪大学 第一内科
鎌田 武信 教授
平成 7 年 6 月 10 日 (土)
千里ライフサイエンスセンター</p> <p>第 7 回 滋賀医科大学 第二内科
馬場 忠雄 教授
平成 8 年 5 月 11 日 (土)
大津市生涯学習センター</p> <p>第 8 回 京都府立医科大学 第二内科
中川 雅夫 教授
平成 9 年 10 月 25 日 (土)
国立京都国際会館</p> <p>第 9 回 奈良県立医科大学 第一内科
土肥 和紘 教授
平成 10 年 11 月 7 日 (土)
奈良県新公会堂</p> <p>第 10 回 兵庫医科大学 第二内科
垣下 榮三 教授
平成 11 年 11 月 6 日 (土)
テイジンホール</p> <p>第 11 回 京都府立医科大学 神経内科
中島 健二 教授
平成 12 年 11 月 11 日 (土)
京都府立医科大学基礎医学学舎</p> <p>第 12 回 神戸大学 老年内科学
横野 浩一 教授
平成 13 年 11 月 10 日 (土)
神戸市産業振興センター</p> <p>第 13 回 近畿大学 循環器内科
石川 欽司 教授
平成 14 年 11 月 9 日 (土)
大阪国際交流センター</p> <p>第 14 回 大阪医科大学 第二内科
勝 健一 教授
平成 15 年 11 月 1 日 (土)
たかつき京都ホテル</p> <p>第 15 回 関西医科大学 第二内科
岩坂 壽二 教授
平成 16 年 11 月 6 日 (土)
守口ロイヤルバインズホテル</p> <p>第 16 回 大阪市立大学 代謝内分分泌病態内科学
西沢 良記 教授
平成 17 年 11 月 26 日 (土)
大阪国際交流センター</p> <p>第 17 回 大阪大学 保健学専攻
三上 洋 教授
平成 18 年 11 月 25 日 (土)
大阪大学中之島センター</p> <p>第 18 回 滋賀医科大学 内科学講座
藤山 佳秀 教授
平成 19 年 10 月 13 日 (土)
ピアザ淡海</p> | <p>第 19 回 京都大学 臨床創成医学
横出 正之 教授
平成 20 年 11 月 15 日 (土)
京都大学芝蘭会館</p> <p>第 20 回 大阪大学 精神医学
武田 雅俊 教授
平成 21 年 12 月 5 日 (土)
チサンホテル新大阪</p> <p>第 21 回 大阪市立大学 老年内科学
三木 隆己 教授
平成 22 年 11 月 20 日 (土)
大阪市立大学構内</p> <p>第 22 回 兵庫医科大学 内科学糖尿内科
難波 光義 教授
平成 23 年 11 月 5 日 (土)
兵庫医科大学構内</p> <p>第 23 回 大阪医科大学 内科学 I
花房 俊昭 教授
平成 24 年 11 月 24 日 (土)
大阪医科大学構内</p> <p>第 24 回 京都大学東南アジア研究所
松林 公蔵 教授
平成 25 年 11 月 16 日 (土)
京都大学芝蘭会館</p> <p>第 25 回 和歌山県立医科大学
羽野 卓三 教授
平成 26 年 10 月 11 日 (土)
和歌山県立医科大学構内</p> <p>第 26 回 京都府立医科大学
中川正法教授 渡邊能行教授
平成 27 年 11 月 14 日 (土)
京都府立医科大学基礎医学学舎・図書館ホール</p> <p>第 27 回 近畿大学 内分泌・代謝・糖尿病内科
池上 博司 主任教授
平成 28 年 10 月 22 日 (土)
近畿大学東大阪キャンパス</p> <p>第 28 回 奈良県立医科大学 第一内科
齋藤 能彦 教授
平成 29 年 10 月 7 日 (土)
橿原市立かしはら万葉ホール</p> <p>第 29 回 大阪大学 老年・総合内科学
桒木 宏実 教授
平成 30 年 11 月 17 日 (土)
大阪国際交流センター</p> <p>第 30 回 京都府立医科大学 神経内科学
水野 敏樹 教授
令和 1 年 11 月 16 日 (土)
京都府立医科大学</p> <p>第 31 回 兵庫医科大学 内科学総合診療科
新村 健 教授
令和 2 年 11 月 21 日 (土)
大阪大学中之島センター</p> <p>第 32 回 公立甲賀病院
辻川 知之 理事長・院長
令和 3 年 11 月 20 日 (土)
メルパルク京都</p> <p>第 33 回 大阪大学保健学専攻総合ヘルスプロモーション科学講座
神出 計 教授
令和 4 年 11 月 12 日 (土)
大阪大学銀杏会館</p> <p>第 34 回 神戸大学保健学研究科パブリックヘルス領域健康科学分野
安田 尚史 教授
令和 5 年 11 月 18 日 (土)
神戸大学医学部 神緑会館記念ホール</p> <p>第 35 回 京都府立医科大学 循環器・腎臓内科
的場 聖明 教授
令和 6 年 11 月 16 日 (土)
京都府立医科大学 図書館ホール</p> <p>第 36 回 大阪公立大学 脳神経内科学
伊藤 義彰 教授
令和 7 年 11 月 15 日 (土)
大阪公立大学 阿倍野キャンパス</p> |
|---|---|

日本老年医学会近畿支部会役員名簿

近畿支部名誉会員（五十音順）

大澤仲昭、荻原俊男、北 徹、中川雅夫、難波光義、花房俊昭、羽野卓三、松林公蔵、
三上 洋、三木隆己、三木哲郎、横出正之、渡邊能行

世話人（五十音順）

池 上 博 司	所 長	日本経済新聞社 大阪本社 HR 本部大阪保健センター
伊 藤 義 彰	教 授	大阪公立大学脳神経内科学
神 出 計	教 授	大阪大学保健学専攻総合ヘルスプロモーション科学講座
新 村 健	主任教授	兵庫医科大学総合診療内科学
辻 川 知 之	理事長・院長	公立甲賀病院
鶴 屋 和 彦	教 授	奈良県立医科大学腎臓内科学
的 場 聖 明	教 授	京都府立医科大学循環器内科学
水 越 正 人	教 授	宝塚医療大学和歌山保健医療学部
水 野 敏 樹	院 長	京都鞍馬口医療センター
安 田 尚 史	教 授	神戸大学保健学研究科パブリックヘルス領域健康科学分野
山 田 祐一郎	副院長	関西電力病院
樂 木 宏 実	総 長	大阪労災病院（支部長）

監事（五十音順）

山 本 浩 一	教 授	大阪大学老年・総合内科学
---------	-----	--------------

幹事（五十音順）

木 谷 友 哉	助 教	京都府立医科大学循環器内科学（会長付 R5～R6）
辻 浩 史	准教授	大阪公立大学脳神経内科学（会長付 R6～R7）
近 藤 祥 司	准教授	京都大学地域ネットワーク医療部

（支部所在地：大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学 大阪府吹田市山田丘 2-2）

日本老年医学会近畿支部会会則

- 第1条 本会は日本老年医学会近畿支部会と称する。
- 第2条 この団体を次の所在地に置く。
大阪府吹田市山田丘 2-2・B6
大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学
- 第3条 本会は日本老年医学会の目的達成のための事業の一環として、その地域的活動を行うことを目的とする。
- 第4条 本会の目的達成のための下記の事業を行う。
1. 集会
2. 会員相互の連絡及び親睦
3. その他必要な事項
- 第5条 会員は原則として日本老年医学会会員で、近畿地方（大阪府、京都府、滋賀県、奈良県、兵庫県、和歌山県）在住の者、または老年病学に関心を有するものの所属する単位施設で、かつ本会の目的に協力するものにより構成される。世話人会の推薦により地方会名誉会員を置くことが出来る。
- 第6条 退会、資格喪失、除名は日本老年医学会会則に準ずるものとする。
- 第7条 本会に下記の役員を置く。
・支部長1名
・世話人若干名
・監事若干名
・幹事若干名
支部長は世話人中より互選し、会務を統轄する。
世話人は代議員もしくは支部長の推薦する会員より選任され、会の総務をつかさどる。
監事は代議員より選任され、会務を監査する。
代議員は、正会員を代表して近畿地方会代議員会に出席し、重要な案件を審議し、議決する。本地方会に所属する日本老年医学会代議員がこれにあたる。
幹事は支部長の委嘱により会の運営にあたる。幹事のうち1名は学会長の推薦するものとする。
役員の任期は3年とする。但し重任、再任を妨げない。また役員は69歳をもってその資格を消失するものとする。
- 第8条 本会の集会は、地方学会、世話人会、代議員会とする。
地方学会は毎年1回ないし必要に応じて開催し、学術活動にあたる。
世話人会は原則として地方学会と同時に開催する。支部長がこれを主催し議長を務めるものとする。
代議員会は支部長がこれを収集し議長には学会長があたる。
地方学会を主催するための学会長をおく。学会長は世話人会の推薦により、代議員会の議を経て、支部長が委嘱する。
- 第9条 本会の運営経費は、会費、日本老年医学会よりの交付金、及び寄附金を以て充当する。
- 第10条 本会は諸問題が発生した場合は、随時代議員会を開催して審議を行い、その議事は出席者の過半数の同意をもって決定する。

付 則

- 1) 本会会則は平成2年1月1日より実施する。
- 2) 平成3年2月1日一部改正
- 3) 平成3年5月11日一部改正
- 4) 平成8年5月11日一部改正
- 5) 平成15年11月1日一部改正
- 6) 平成16年11月6日一部改正
- 7) 平成18年11月25日一部改正
- 8) 平成22年11月20日一部改正
- 9) 平成25年4月1日一部改正
- 10) 平成31年4月5日一部改正

プログラム

第 35 回 日本老年医学会近畿地方会：進行表

第 1 会場

8:20	受付開始	
8:50 ～ 8:55	開会挨拶	的場 聖明（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学）
9:00 ～ 10:20	一般演題 1 (O1)	「疫学 / サルコペニア」 座長：濱口 真英（京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学） 八木田 和弘（京都府立医科大学医学研究科 統合生理学）
10:25 ～ 11:45	【教育企画・シンポジウム】「チームで創る最善の高齢者医療」 座長：尾原 知行（京都府立医科大学大学院医学研究科 脳神経内科学） 竹屋 泰（大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 老年看護学教室） 「地域コミュニティ全体で目指す健康寿命の延伸と well-being の向上」 演者：西 真宏（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学） 「マルチモビディティと高齢者に対するリハビリテーションの課題」 演者：山端 志保（京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部） 「当院における高齢大動脈弁狭窄症治療の他科連携について」 演者：全 完（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学）	
休憩（30 分）		
12:15 ～ 13:05	【ランチョンセミナー 1】「高齢心房細動患者の抗凝固療法ガイドライン 2024 フォーカスアップデート～私たちはいまだどこにいて、これからどこに向かうのか？～」 座長：白石 裕一（京都府立医科大学 循環器内科 / リハビリテーション部） 演者：鈴木 信也（公益財団法人心臓血管研究所） 共催：第一三共株式会社	
休憩（10 分）		
13:15 ～ 14:15	【特別講演】「健康長寿に向けたフレイル対策を考える～京丹後長寿研究も含めて～」 座長：的場 聖明（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学） 演者：内藤 裕二（京都府立医科大学大学院医学研究科 生体免疫栄養学）	
14:20 ～ 15:20	一般演題 2 (O2)	「脳神経・筋疾患」 座長：笠井 高士（京都府立医科大学大学院医学研究科 脳神経内科学） 郡山 弘（大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学）
15:25 ～ 16:25	【教育講演】「老化と対話する医療から新しい健康概念へ～寿命の進化論的考察、アンチエイジングからセノリシスまで」 座長：池田 宏二（京都府立医科大学循環器内科・医療法人宝持会池田病院） 演者：近藤 祥司（京都大学医学部附属病院高齢者医療ユニット / 地域ネットワーク医療部）	
16:25 ～ 16:30	閉会挨拶	的場 聖明（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学）

第 2 会場			2 階 AVルーム	
8:20	受付開始			
9:00 } 10:20	一般演題 3 (O3)	「介護・看護 / リハビリテーション」 座長：志澤 美保（京都府立医科大学大学院保健看護学研究科 地域看護学） 的場 聖明（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学）		
			11:35 } 11:45	世話人会
			11:45 } 12:00	代議員会
12:15 } 13:05	【ランチョンセミナー 2】「高齢糖尿病患者の包括的管理～SGLT2 阻害薬の活かし方～」 座長：細田 公則（医仁会武田総合病院 糖尿病センター） 演者：榊田 出（三菱京都病院 糖尿病内科・人間ドック科） 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社			
14:20 } 15:20	一般演題 4 (O4)	「高齢者の診療」 座長：池田 宏二（京都府立医科大学循環器内科・医療法人宝持会 池田病院） 白石 裕一（京都府立医科大学大学院 医学研究科 循環器内科学）		

プログラム

第1会場

開会挨拶 (8:50 ~ 8:55)

会長 的場 聖明 (京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)

一般演題1 (O1) 疫学 / サルコペニア (9:00 ~ 10:20)

座長 濱口 真英 (京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学)
八木田 和弘 (京都府立医科大学医学研究科 統合生理学)

O1-1. 地域在住高齢者におけるサルコペニア判定のための下腿周囲長の年代別カットオフ値の検討 —SONIC 研究—

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 | ○堀 千里 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), |
| 2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 | 赤坂 憲 2), 新井康通 5), 平田 匠 4), 権藤恭之 3), |
| 3) 大阪大学大学院人間科学研究科 | 山本浩一 2), 神出 計 1) |
| 4) 東京都健康長寿医療センター研究所 | |
| 5) 慶応大学百寿研究センター | |

O1-2. 高齢者のサルコペニアと視覚機能：京丹後長寿コホート研究からの知見

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1) 京都府立医科大学眼科 | ○山下耀平 1), 北澤耕司 1), 岡田博史 2), 牛込恵美 2), |
| 2) 京都府立医科大 内分泌・糖尿病・代謝内科 | 福岡秀記 1), 吉井健悟 3), 山中隆太 4), 福井道明 2), |
| 3) 京丹後市立弥栄病院 | 的場聖明 5), 外園千恵 1) |
| 4) 京都府立医科大 生命基礎数理学教室 | |
| 5) 京都府立医科大 循環器内科 | |

O1-3. 施設入所高齢者における身体組成・身体機能と客観的な睡眠パラメータとの関連

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 | ○水野稔基 1), 呉代華容 1), 細川真梨子 1), 木戸倫子 1), |
| 2) 大阪行岡医療大学医療学部理学療法学科 | 赤木優也 1), 井坂昌明 2), 龍野洋慶 3), 樋上容子 4), |
| 3) 滋賀医科大学大学院医学系研究科看護学専攻 | 樺山 舞 1), 神出 計 1) |
| 4) 大阪医科薬科大学看護学部 | |

O1-4. 概日リズム障害によって誘発されるサルコペニアのマウス再現モデル系確立

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1) 京都府立医科大学大学院医学研究科 統合生理学 | ○瀬谷 崇 1), 小池宣也 1), 大久保直輝 2), 土谷佳樹 1), |
| 2) 京都府立医大大学院医学研究科
運動器機能再生外科学 (整形外科) | 杉本 暁 1), 梅村康浩 1), 高橋謙治 2), 八木田和弘 1) |

O1-5. 非老化個体の骨格系における老化様細胞の局在・細胞系譜解析および生理的機能の解析

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1) 大阪大学大学院歯学研究科 組織・発生生物学講座 | ○蛭原 薫 1), 阿部真土 1), 大庭伸介 1) |
|----------------------------|----------------------------|

○1-6. 地域在住高齢者における糖尿病有無別の3年後の腎機能低下の検討—SONIC 研究—

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 | ○利光由衣 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), |
| 2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 | 赤坂 憲 2), 権藤恭之 3), 新井康通 5), 平田 匠 4), |
| 3) 大阪大学大学院人間科学研究科 | 山本浩一 2), 神出 計 1) |
| 4) 東京都健康長寿医療センター研究所 | |
| 5) 慶応大学百寿研究センター | |

○1-7. 2型糖尿病における血清ビリルビンとサルコペニアの関係

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1) 京都府立医科大学大学院医学研究科
内分泌・代謝内科学 | ○岡田博史 1), 山本慎大 1), 広中順也 1), 北川功幸 2),
橋本善隆 3), 牛込恵美 1), 中西尚子 1), 濱口真英 1), |
| 2) 亀岡市立病院 糖尿病内科 | 福井道明 1) |
| 3) 松下記念病院 糖尿病・内分泌内科 | |

○1-8. 地域在住高齢者における精神的不健康と動脈硬化との関連性の検討—SONIC 研究—

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 | ○横川玲奈 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), |
| 2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 | 赤坂 憲 2), 新井康通 3), 平田 匠 4), 権藤恭之 5), |
| 3) 慶応大学百寿研究センター | 山本浩一 2), 神出 計 1) |
| 4) 東京都健康長寿医療センター研究所 | |
| 5) 大阪大学大学院人間科学研究科 | |

教育企画・シンポジウム チームで創る最善の高齢者医療 (10:25 ~ 11:45)

座長 尾原 知行 (京都府立医科大学大学院医学研究科 脳神経内科学)
竹屋 泰 (大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 老年看護学教室)

1 地域コミュニティ全体で目指す健康寿命の延伸と well-being の向上

演者 西 真宏 (京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)

2 マルチモビディティと高齢者に対するリハビリテーションの課題

演者 山端 志保 (京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部)

3 当院における高齢大動脈弁狭窄症治療の他科連携について

演者 全 完 (京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)

ランチョンセミナー1 高齢心房細動患者の抗凝固療法ガイドライン2024フォーカスアップデート～私たちはいまどこにいて、これからどこに向かうのか?～ (12:15 ~ 13:05)

座長 白石 裕一 (京都府立医科大学 循環器内科 / リハビリテーション部)
演者 鈴木 信也 (心臓血管研究所 循環器内科)
共催 第一三共株式会社

特別講演 健康長寿に向けたフレイル対策を考える～京丹後長寿研究も含めて～ (13:15 ~ 14:15)

座長 的場 聖明 (京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)
演者 内藤 裕二 (京都府立医科大学大学院医学研究科 生体免疫栄養学)

一般演題 2 (O2) 脳神経・筋疾患 (14:20 ~ 15:20)

座長 笠井 高士 (京都府立医科大学大学院医学研究科 脳神経内科学)
郡山 弘 (大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学)

O2-1. コントロール不良の2型糖尿病に合併した糖尿病性認知症の1例

- 1) 大阪大学老年高血圧内科 ○新藤有夏 1), 山本 翔 1), 井原拾得 1), 吉田紫乃 1),
野里陽一 1), 藤本 拓 1), 赤坂 憲 1), 郡山 弘 1),
鷹見洋一 1), 山本浩一 1)

O2-2. 亜急性に進行しMRIにて長大病変を認めた梅毒性脊髄炎の1例

- 1) 大阪公立大学医学部附属病院脳神経内科 ○藤田知美 1), 青原健太 1), 岡本光佑 1), 三野俊和 1),
武田景敏 1), 辻 浩史 1), 伊藤義彰 1)

O2-3. 高齢で診断された眼咽頭型筋ジストロフィーの一例

- 1) 兵庫医科大学総合診療内科 ○庄嶋健作 1), 山崎博充 1), 長澤康行 1), 川端啓太 1),
新村 健 1)

O2-4. 進行性の末梢神経障害で発症した野生型トランスサイレチンアミロイドーシス (ATTRwt) の一例

- 1) 京都府立医科大学附属病院 脳神経内科 ○岡 優介 1), 苗代悠暉 1), 北大路隆正 1), 小島雄太 1),
田中瑛次郎 1), 尾原知行 1), 笠井高士 1)

O2-5. 脳微小血管内皮における α -シヌクレインの加齢に伴う認知症の新規病態生理機能の解析

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科 ○鷹見洋一 1), Wang Ziwei 1), 高橋利匡 1), 野里陽一 1),
2) 大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学 Guo Yu 1), Liu Weidong 1), Yin Nanxiang 1),
井原拾得 1), 武田朱公 2), 山本浩一 1)

O2-6. 巨細胞性動脈炎による虚血性脳卒中の診断

- 1) 近畿大学病院救急災害センター 脳卒中センター ○大槻俊輔 1)

教育講演 老化と対話する医療から新しい健康概念へ

～寿命の進化論的考察、アンチエイジングからセノリシスまで (15:25 ~ 16:25)

座長 池田 宏二 (京都府立医科大学循環器内科・医療法人宝持会池田病院)

演者 近藤 祥司 (京都大学医学部附属病院高齢者医療ユニット/地域ネットワーク医療部)

閉会挨拶 (16:25 ~ 16:30)

会長 的場 聖明 (京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)

第2会場

一般演題3 (O3) 介護・看護 / リハビリテーション (9:00 ~ 10:20)

座長 志澤 美保 (京都府立医科大学大学院保健看護学研究科 地域看護学)
的場 聖明 (京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学)

O3-1. TKA および THA 術後症例の運動耐容能の変化

- 1) 医療法人宝持会池田病院 ○大原佳孝 1), 池田宏二 1)

O3-2. 回復期心臓リハビリテーションが奏功した高齢心大血管疾患2症例の経験

- 1) 医療法人宝持会池田病院 ○吉岡愛望 1), 大原佳孝 1), 池田宏二 1)

O3-3. 高齢慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難事項の検討

- 1) 京都府立医科大学医学部看護学科 ○山本裕子 1), 室田昌子 1), 岩脇陽子 2), 木下涼子 3),
2) 前京都府立医科大学医学部看護学科 白石裕一 4), 谷口琢也 4), 的場聖明 4)
3) 京都府立医科大学附属病院循環器センター
4) 京都府立医科大学大学院循環器内科学

O3-4. 急性期病院においてアドバンス・ケア・プランニングを行う対象者の抽出 ～70歳以上の高齢者に焦点をあてて～

- 1) 市立池田病院 ○稲野聖子 1)

O3-5. 高齢入院患者へのせん妄予防対策：多職種チームにおける看護師の役割

- 1) 大阪大学医学部附属病院看護部 ○眞鍋芳恵 1), 佐藤都也子 2), 味舌春佳 3), 福山和樹 3),
2) 大阪大学大学院人間科学研究科 濱口芽衣 3), 吉山顕次 4), 鷹見洋一 5), 末廣 聖 4),
3) 大阪大学医学部附属病院薬剤部 竹屋 泰 6)
4) 大阪大学医学部附属病院神経科・精神科
5) 大阪大学医学部附属病院老年・高血圧内科
6) 大阪大学大学院医学系研究科

O3-6. 地域在住高齢者における、自宅近隣環境と将来の要介護認定との関連性

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 ○三谷茉矢 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1),
2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 赤坂 憲 2), 権藤恭之 3), 新井康通 4), 山本浩一 2),
3) 大阪大学大学院人間科学研究科 神出 計 1)
4) 慶応大学百寿研究センター

O3-7. 地域在住高齢者における多剤併用と腎機能の関連—SONIC 研究—

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 ○豊田佳世 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1),
2) 東京都健康長寿医療センター研究所 増井幸恵 2), 平田 匠 2), 山本浩一 3), 池邊一典 4),
3) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 権藤恭之 5), 神出 計 1)
4) 大阪大学大学院歯学研究科
5) 大阪大学大学院人間科学研究科

03-8. 急性期治療後にリハビリテーション治療を行なった封入体筋炎の2症例

1) 京都鞍馬口医療センター

○横関恵美 1), 毛受奏子 1), 西村 功 1), 後藤美紀子 1),
赤木淳也 1), 坂田理恵子 1), 藤村三穂 1), 水野敏樹 1)

ランチョンセミナー2 高齢糖尿病患者の包括的管理～SGLT2阻害薬の活かし方～ (12:15～13:05)

座長 細田 公則 (医仁会武田総合病院 糖尿病センター)

演者 榎田 出 (三菱京都病院 糖尿病内科・人間ドック科)

共催 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

一般演題4 (O4) 高齢者の診療 (14:20～15:20)

座長 池田 宏二 (京都府立医科大学循環器内科・医療法人宝持会池田病院)

白石 裕一 (京都府立医科大学大学院 医学研究科 循環器内科学)

O4-1. 看護師付きオンライン診療形式 (Doctor to Patient with Nurse = D to P with N) が 早期発見に有用だった高齢者脳梗塞の一例

1) 藍野病院内科

○山本直宗 1), 三善博史 2), 渡辺雄太 3), 上妻裕弥 4)

2) 障がい者しごと支援センター木の実

3) アウトリーチソリューションズ株式会社

4) 訪問ステーション奏

O4-2. 老人保健施設で看取りの方針となったが、リバスチグミンとインスリン導入により回復した症例

1) 介護老人保健施設ケアセンターこうせい

○古川智之 1)

O4-3. ACP 未実施の大動脈弁狭窄症による心不全急性増悪に対して適切な診療プロセスを経て円滑に緩和 ケアを実施できた症例

1) 大阪大学 老年・総合内科学

○大河原桃子 1), 鷹見洋一 1), 野里陽一 1), 浅田侑樹 1),
大西友理 1), 吉田紫乃 1), 山本浩一 1)

O4-4. 糖尿病性胃不全麻痺により反復性嘔吐を呈した2型糖尿病の1例

1) 大阪大学医学部附属病院老年総合内科

○藪本知里 1), 山本 翔 1), 井原拾得 1), 吉田紫乃 1),
藤本 拓 1), 野里陽一 1), 本行一博 1), 郡山 弘 1),
鷹見洋一 1), 山本浩一 1)

O4-5. 病態受容困難のため終末期治療選択に難渋した末期心不全の一例

1) 大阪大学医学系研究科 老年・総合内科学

○吉田紫乃 1), 藤本 拓 1), 上野泰祐 1), 浅田侑樹 1),
大河原桃子 1), 大西友理 1), 山本浩一 1)

O4-6. 高齢者の肺原発悪性リンパ腫に対して化学療法で良好なコントロールを得ている一例

1) 西脇市立西脇病院内科・老年内科

○松島 萌 1), 来住 稔 1), 堀 尚也 1), 柏木明香 1),
岩井正秀 1)

抄 録

健康長寿に向けたフレイル対策を考える～京丹後長寿研究も含めて～

京都府立医科大学大学院医学研究科 生体免疫栄養学
内藤 裕二

京都府の最北部に位置する京丹後地域（京丹後市・宮津市・与謝野町・伊根町）は、高齢化率が38%を超え、京都府で最も高齢化が進んだ地域となっている。しかしその一方で、同地域の10万人あたりの百寿者の割合は、全国平均の約3倍と高く、日本有数の健康長寿地域でもある。京都府立医科大学では、長寿・地域疫学講座を開設し、2017年より同地域で健診事業およびコホート研究を展開し、この地域の高齢者の健康長寿の秘密を探る研究を開始している。コホート研究のデータから、65歳以上、腸内細菌叢データ、フレイル指標、食栄養調査のデータ取得済の条件を満たす786人を解析の対象とし、フレイルに関連する因子の解析を進めた。フレイル指標はSearleらが報告している40項目の中から32項目を選択し、0（障害なし）から1（障害あり）に点数化し、現状の国際基準である0.21以上をフレイルと診断した。結果、786人中119人（15.1%）がフレイルと診断され、非フレイル群に比較してフレイル群では、年齢、腹囲、BMI、生活習慣病（糖尿病、高血圧、がん既往歴）、ポリファーマシー、睡眠の質、日常的身体活動度に有意な差を認めた。これまでの報告を参考にフレイルに関わる因子として、1）代謝因子（生活習慣病、がんを含めて）、2）運動因子、3）睡眠因子（睡眠の質、時間、概日リズム）、4）環境要因（薬剤、食・栄養、環境化学物質）の4つが重要であることが明らかとなりつつある。自記式食事歴法質問票（BDHQ）を使用した食・栄養調査を実施した。非フレイル群とフレイル群の比較では、摂取エネルギー量と水分量には差はなく、3大栄養素のなかでは脂質、炭水化物の摂取量には差はなく、総たんぱく質、たんぱく質%PFCはフレイル群で有意に低値であり、植物性たんぱく質摂取も有意に低値であった。興味深いことに、K、Mg、Feなどのミネラル類、ビタミンK、B群、葉酸などのビタミン類もフレイル群で有意に摂取量が低値であり、総食物繊維、水溶性・不溶性食物繊維も有意に低値であった。さらに日本食に関して修正rJDI12で評価すると非フレイル群 6.82 ± 2.57 、フレイル群 6.27 ± 2.59 とフレイル群で有意に低値であった。本横断研究からは因果関係を示すことはできないが、今回の地域住民による解析からはフレイルと大豆摂取、食物繊維との相関は明らかになったと考える。

Naito Y, et al. J Clin Biochem Nutr 2024, 75: 161-173.

老化と対話する医療から新しい健康概念へ ～寿命の進化論的考察、アンチエイジングからセノリシスまで

京都大学医学部附属病院高齢者医療ユニット / 地域ネットワーク医療部

近藤 祥司

本邦で健康寿命の重要性が強調され、その2年延長目標が掲げられている（健康フロンティア戦略）。今後グローバル高齢化により、加齢性疾患は更に増加する。2021年から、老化研究成果の社会実装化を目指す、世界的ムーブメントが始まった。米国NIHで老化研究SenNetが始まり、英国政府のLife Science Vision10か年計画の7テーマの一つに老化があげられ、日本JSTが「老化制御モダリティのシーズ創出」を提出した。従来、老化治療は夢物語であったが、臨床・基礎研究で、「寿命（量）」から「老化制御（質）」に興味が移行しつつある。

「老化」とは、加齢に伴う細胞・臓器の機能低下による、老年期の個体の衰退・機能喪失から最終段階の死にいたるまで、を意味する。1960年頃には、A. Comfortらが「老化とは死に易くなる事」と定義し、BL. Strehlerは、老化の特徴を4項目（普遍性、内在性、進行性、有害性）とした。しかし、その見直し・再定義の必要性が指摘される。

「老化の内在性」に反し、老化先進国日本では、健康長寿者と寝たきり・フレイル両者の増加という、「高齢者・老化の多様化」が観察される。基礎研究で、「細胞老化の（正と負の）両面性」が発見され、「老化の有害性」も再考されている。テロメア非依存性“ストレス老化”が発癌抑制機構（正の側面）である一方、老化細胞が抗アポトーシス能獲得に重要な転写因子NF- κ Bを活性化し、「慢性炎症」の原因となる（負の側面）。発生過程では一部の細胞老化誘導が性器形成に必要である（プログラム細胞老化）。これらは、「老化」が多面的で複雑な生命現象であり、「多様性」がその本質である事の証左でもある。「多様性」の議論の一助として、「寿命の進化論的考察」も提唱されている。

「老化の進行性」より、むしろ、「老化制御の可能性」が指摘されつつある。「老化時計」テロメアは、ヒト血液細胞で定量計測が可能となった。テロメア長は加齢性疾患と相関する一方、生活習慣改善によるテロメア長回復が確認された。カロリー制限仮説では、長寿遺伝子サーチュインが見出された。サーチュイン活性化するNMN（NAD前駆体）のマウスやヒトでの健康効果が判明した。抗IL-1抗体薬では、慢性炎症除去による加齢性疾患改善が報告された。老化マーカーp16Ink4a陽性の老化細胞だけを死滅させる巧妙な手法は、老化細胞除去（セノリシス）と呼ばれ、抗アポトーシス遺伝子Bcl-2阻害薬が報告された。「老化」と対話する医療から生まれる新しい健康概念を概観する。

地域コミュニティ全体で目指す健康寿命の延伸と well-being の向上

京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学
西 真宏

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を健康寿命と言う。日本や欧米では国民調査を行い、日常生活での活動制限や自覚的な健康状態をもとに健康寿命を算出している。筆者らは機械学習を用いて健康寿命の新たな指標を開発し、健康寿命に大きな影響を与える要因が、年齢、うつ病などこころの病気、腰痛や骨折など筋骨格系の問題、脳神経疾患などであることを示した (JMIR Public Health Surveill. 2023)。そこで身体機能の向上とメンタルケアにも効果があるウォーキングに着目し、歩数と健康寿命との関係を調べた結果、健康寿命を延伸するためには 9,000 歩/日、自覚的な健康状態を改善するためには 11,000 歩/日を妥当な目標値として提唱するに至った (BMJ Health Care Info. 2024)。目標歩数を超えなくても一歩でも多く歩くことが大切だが、多く歩きすぎてもそれ以上の効果は期待できないことに留意を要する。健康寿命の延伸と well-being の向上のためには、高齢者とその家族、医療者、自治体を巻き込んだ地域コミュニティ全体で効果的な取り組みを行うことが望まれる。

マルチモビディティと高齢者に対するリハビリテーションの課題

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部

山端 志保

マルチモビディティ（多疾患併存）は、複数の慢性疾患が同時に存在し、診療やリハビリテーションの優先順位がつけにくい状態を指す。高齢者は特にこの状態に陥る割合が高く、リハビリテーション治療においても、ガイドラインに沿った介入が困難となることが多い。さらに、高齢者に多く見られるフレイル、サルコペニア、認知症、低栄養の合併は、早期離床や入院中のADL（Activities of Daily Living: 日常生活動作）自立を遅らせ、場合によっては入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability: HAD）へと進行する。HADは、入院した高齢患者の20～50%に発生し、退院後の死亡率や再入院率の増加と密接な関係を認める。

また、当院の経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）患者の介護者に対する調査では、術前の介護負担感の重症度にかかわらず、SPPB（Short Physical Performance Battery）が低い症例ほど、術後の介護負担が増加していることが明らかになった。これにより、身体機能低下が患者本人だけでなく、介護者にも大きな影響を与えることが示唆された。

このような高齢者特有の複雑な背景に対して、我々リハビリ専門職は、慎重なリスク管理や多職種との連携を通じた、個別的かつ多面的なリハビリテーションプログラムの立案が求められている。本セッションでは、これらの課題を踏まえ、理学療法士としてどのように高齢者医療に貢献できるかをディスカッションしたいと思う。

当院における高齢大動脈弁狭窄症治療の他科連携について

京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学

全 完, 的場 聖明

高齢大動脈弁狭窄症（AS）患者に対する治療方針は内科，外科，コメディカルスタッフを含むハートチームカンファレンスで決定する．当院では毎週火曜日に必ず行っており，AS以外にも多くの患者が議題にあがる．全例を議論することは困難なので，迅速な決議が必要な場合は臨時で行い，メール回覧でも同様の議論を行うようにしてほぼ全症例が把握されて治療に臨むことになる．Alternative approach や大腿部カットダウン approach の場合には心臓血管外科とのコラボが必須であり，TAVI+ オフポンプバイパスを行う場合もある．大腿骨頸部骨折患者に対する準緊急 TAVI も比較的多く経験する．TAVI を行うタイミングには議論も多いが，安全に行える手技であり整形外科側からも望ましいであろう．担癌患者の重症 AS に対しても TAVI を行うことは多く，化学療法時の補液量の問題をクリアすることでその治療に寄与できる．透析 AS 患者に対する TAVI を行う場合には腎臓内科との連携が重要である．Heyde 症候群では消化管出血が併存する貧血患者に対して TAVI を行う必要がありそのリスク管理も重要である．TAVI 術後せん妄が予後にも影響を与える可能性が指摘されており，精神科との連携も重要である．重症 AS 患者に対して低侵襲な TAVI が広まるなかで新たな可能性や問題がでてくるなかで，当院でのデータや経験とともに考察する．

高齢心房細動患者の抗凝固療法ガイドライン 2024 フォーカスアップデート ～私たちはいまどこにいて、これからどこに向かうのか？～

公益財団法人心臓血管研究所

鈴木 信也

2024年3月に日本循環器学会・日本不整脈心電学会合同の「フォーカスアップデート版不整脈治療」が発表された。その中から、心房細動の抗凝固療法に関する内容である、「本邦独自の脳梗塞リスク評価ツール：HELT-E2S2 スコア」と「抗凝固療法高リスクの高齢患者への対応」の2章について、その概要を解説する。かつて、ワルファリン時代において、海外のエビデンスをもとにPT-INR 2.0-3.0が治療域として日本の診療現場に導入されたが、日本人高齢患者を対象としたエビデンスをもとに、1.6-2.6という治療域が至適と判明し、日常診療に導入された。さらに、国内最大規模の多施設研究であるJ-RHYTHMレジストリから、年齢によらずPT-INR 1.6-2.6の治療域が日本人患者に最適であることが判明し、2020年ガイドラインよりその治療域が日本の診療現場に導入された。抗凝固療法の用量設定という問題に関しては、日本人独自のエビデンスに基づいて判断すべきであることが日本全体で共有された瞬間であった。一方で、ワルファリンに代わる抗凝固薬として、直接抗凝固薬（DOAC）が登場した。DOACの「添付文書通りの用量設定」を守ればよいという「モニタリング不要」のコンセプトは、抗凝固療法導入を簡便なものとし、その普及を後押しした。しかし、欧米人中心の、かつ、85歳未満の患者が大半を占める臨床試験によって設定されたDOACの用量が、日本人高齢患者に果たしてフィットするものであるのかについて、自信の持てない先生方も多いと思われる。このような「knowledge gap」に対して、日本人心房細動レジストリの統合解析であるJ-RISK AF研究、日本人高齢患者（75歳以上）30000人超を対象に行われたANAFIEレジストリ、日本人超高齢高出血リスク患者（80歳以上、CHADS2スコア2点以上、出血リスクにより通常の抗凝固療法が行えない患者）を対象に行われたELDERCARE-AF試験は、多くの示唆を与えてくれており、改めて日本人高齢心房細動患者に対する至適な抗凝固療法のあり方を私たちに示している。新しいガイドラインは、これらのエビデンスをもとに記載された。老年病の専門家として高齢者の診療にあたる先生方におかれては、必ずしも循環器の専門ではなかったとしても、心房細動患者の抗凝固療法を行う状況に遭遇する機会が多いと思われる。そのような先生方に、新しいガイドラインに記載された高齢心房細動患者への抗凝固療法に関する内容をわかりやすく解説し、明日からの診療にお役立ていただきたいと考える所存である。

高齢糖尿病患者の包括的管理～ SGLT2 阻害薬の活かし方～

三菱京都病院 糖尿病内科・人間ドック科

梶田 出

糖尿病患者の 7 割は高齢者であり、高齢糖尿病患者は通常の合併症に加えてサルコペニア・フレイル、認知症など Multimorbidity を来しやすい。サルコペニア・フレイル、認知症自体も糖尿病の増悪因子となる。心合併症においても、動脈硬化性疾患だけでなく心不全や心房細動の発症を増加させ、その予後を悪化させる。

糖尿病治療薬として開発された SGLT2 阻害薬は、EMPA-REG OUTCOME 試験などの大規模臨床研究で糖尿病患者の心腎保護効果が報告された。さらに、エンパグリフロジンは EMPA-KIDNEY 試験などの結果に基づいて非糖尿病患者の慢性腎臓病、心不全にまで適応拡大されている。高齢者でも SGLT2 阻害薬の使用頻度が増加するなか、浸透圧利尿に伴う脱水やエネルギーロスに伴うサルコペニア・フレイルなど安全性が懸念されている。

EMPA-ELDERLY 試験は、わが国の高齢 2 型糖尿病患者への有効性・安全性を検討した SGLT2 阻害薬エンパグリフロジンの国内第 IV 相臨床試験である。エンパグリフロジン 52 週投与により、血糖コントロールは有意に改善した。体重減少は主に脂肪量の減少によるものであり、筋肉量や握力、5 回椅子立ち上がりテストには有意な変化はみられなかった。また、忍容性も良好で問題となる新たな安全性の所見は認められなかった。

心・腎・代謝（CKM）症候群は、肥満や糖尿病などの代謝リスク因子、慢性腎臓病、心不全・冠動脈疾患・脳卒中などの心血管疾患の関連に起因する健康障害と定義された新たな疾患概念である。SGLT2 阻害薬の効果発現機序の解明や安全性を確立することによって、CKM 症候群に関連した医療が進展することを期待したい。

一般演題 1 (O1) 疫学 / サルコペニア

O1-1. 地域在住高齢者におけるサルコペニア判定のための下腿周囲長の年代別カットオフ値の検討—SONIC 研究—

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
- 2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学
- 3) 大阪大学大学院人間科学研究科
- 4) 東京都健康長寿医療センター研究所
- 5) 慶応大学百寿研究センター

○堀 千里 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), 赤坂 憲 2), 新井康通 5), 平田 匠 4), 権藤恭之 3), 山本浩一 2), 神出 計 1)

【目的】サルコペニアの判定において、簡便に測定可能な下腿周囲長を用いたスクリーニングの基準値が設定されている。本研究では加齢による体形変化を考慮して、年代別の下腿周囲長のより精度の高いカットオフ値を検討することを目的とした。【方法】地域在住高齢者を対象とした長期縦断疫学 (SONIC) 研究の参加者のうち、2015~2019 年に参加した 1840 人を解析対象とした。サルコペニア判定は、AWGS2019 に基づき握力・歩行速度・骨格筋量 BIA 法を用いて評価を行い、年代別・男女別で ROC 解析を行った。【結果】下腿周囲長のカットオフ値は、男性では 70 代 33.6cm-80 代 32.8cm-90 代 33.3cm、女性では 70 代 31.9cm-80 代 32.0cm-90 代 31.0cm であった。【結論】サルコペニア判定において、年代別の下腿周囲長のカットオフ値を検討したところ、男性では 70-90 代で 33cm、女性では 70-80 代で 32cm、90 代で 31cm が提案される。

O1-3. 施設入所高齢者における身体組成・身体機能と客観的な睡眠パラメータとの関連

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
- 2) 大阪行岡医療大学医療学部理学療法学科
- 3) 滋賀医科大学大学院医学系研究科看護学専攻
- 4) 大阪医科薬科大学看護学部

○水野稔基 1), 呉代華容 1), 細川真梨子 1), 木戸倫子 1), 赤木優也 1), 井坂昌明 2), 龍野洋慶 3), 樋上容子 4), 樺山 舞 1), 神出 計 1)

【目的】施設入所高齢者における身体組成・身体機能と客観的な睡眠パラメータとの関連を検討すること。【方法】有料老人ホームに入所する歩行可能な高齢者 20 名 (平均年齢 85.4 ± 6.1 歳, 要介護度: 平均 2.3) を対象とした。身体組成は、体組成計 (タニタ社: MC-780A) を用いて、生体インピーダンス法による骨格筋量, 位相角 (下肢 PhA, 全身 PhA) を測定し, 身体機能は Timed up and go test と握力を測定した。睡眠パラメータはセンサーマット型睡眠計 (パラマウントベッド社: 眠りスキャン) を用いて, 総就床時間, 総睡眠時間, 睡眠効率, 睡眠潜時, 中途覚醒時間, 離床回数を測定した。身体組成・身体機能と睡眠パラメータの関連について相関分析を行い有意水準は 5% 未満とした。【結果】身体組成と睡眠パラメータとの相関は, 下肢 PhA ($r = 0.64$) および全身 PhA ($r = 0.53$) が睡眠効率と有意な相関を認めたが, 身体機能とは明らかな関連を認めなかった。【結論】身体組成と睡眠パラメータとの関連性において, 骨格筋の質や細胞の健康状態を示す位相角が睡眠の質を反映する睡眠効率と関連することが示唆された。

O1-2. 高齢者のサルコペニアと視覚機能：京丹後長寿コホート研究からの知見

- 1) 京都府立医科大学眼科
- 2) 京都府立医科大 内分泌・糖尿病・代謝内科
- 3) 京丹後市立弥栄病院
- 4) 京都府立医科大 生命基礎数理学教室
- 5) 京都府立医科大 循環器内科

○山下耀平 1), 北澤耕司 1), 岡田博史 2), 牛込恵美 2), 福岡秀記 1), 吉井健悟 3), 山中隆太 4), 福井道明 2), 的場聖明 5), 外園千恵 1)

【目的】サルコペニアは加齢に伴い筋肉量が低下した状態である。京丹後長寿コホート研究参加者のサルコペニアと視力の関連を検討した。【方法】65 歳以上の参加者のサルコペニアの有無と最良矯正視力 (BCVA) との関連をロジスティック回帰分析にて統計学的に検討した。交絡因子として、年齢、性別、HbA1c、BMI、喫煙歴、飲酒歴で調整した。【結果】2020 年から 2022 年までの参加者 874 例が対象で、男性 356 例、女性 518 例、平均年齢 73.1 歳 (65-98 歳) であった。サルコペニアの有病率は、男性 24 例 (6.7%)、女性 27 例 (5.2%) であった。サルコペニア症例の BCVA の中央値は男性で 0.08、女性で 0.00 であった。非サルコペニア症例では男女ともに -0.08 で、サルコペニア症例で有意に視力は低値であった ($p < 0.001$)。ロジスティック回帰分析にて BCVA とサルコペニアに有意な相関を認めた (男性: OR: 1.86, 95%CI: 1.23-2.81, $p = 0.002$, 女性: OR: 1.45, 95%CI: 1.01-2.02, $p = 0.038$)。【結論】視力とサルコペニアには有意な関連を認めた。

O1-4. 概日リズム障害によって誘発されるサルコペニアのマウス再現モデル系確立

- 1) 京都府立医科大学大学院医学研究科 統合生理学
- 2) 京都府立医大大学院医学研究科 運動器機能再生外科学 (整形外科)

○瀬谷 崇 1), 小池宣也 1), 大久保直輝 2), 土谷佳樹 1), 杉本 暁 1), 梅村康浩 1), 高橋謙治 2), 八木田和弘 1)

【目的】概日リズムは生体の恒常性維持に不可欠である。近年、シフトワーカーの疫学研究から概日リズム障害がサルコペニアの危険因子となる可能性が示唆されているが、ヒト研究では多様な交絡因子のため病態メカニズムの解明は困難である。そこで本研究では、遺伝的背景が均一な野生型 C57BL/6J マウスを光環境周期のみを変化させた条件で飼育することで交絡因子を排除した「マウスコホートモデル」を確立し、慢性的な概日リズム攪乱がサルコペニアの発症に与するかを検討した。【方法】10 週齢の雄マウスを順化飼育後、明暗周期を固定した群 (LD 群, $N = 16$) と、4 日おきに 8 時間位相前進する群 (ADV 群, $N = 16$) に分けて 18 か月飼育した。測定項目は体重、食餌量、四肢筋力、輪回し活動量、後肢筋量とした。【結果】食餌量は両群間で有意差は認めなかったが、体重は ADV 群で有意に増加していた。活動量、筋力、後肢筋量は、ADV 群で有意に低下していた。【考察】以上の結果は、概日リズム障害がサルコペニアの危険因子であることを示唆し、「マウスコホートモデル」が予防法開発を含めたサルコペニア研究の有効なモデル系である可能性を示している。

O1-5. 非老化個体の骨格系における老化様細胞の局在・細胞系譜解析および生理的機能の解析

1) 大阪大学大学院歯学研究科 組織・発生生物学講座

○蛸原 薫 1), 阿部真土 1), 大庭伸介 1)

細胞老化は細胞の不可逆的な増殖停止を誘導し、異常細胞を排除するシステムである。しかし老化細胞はすぐに細胞死を起こさず、個体老化に伴い蓄積することで、細胞老化随伴分泌現象により慢性疾患を引き起こす。加齢に伴う老化細胞の「負」の作用に対し、近年では発生過程においても老化(様)細胞が出現し形態形成に関わるなど「正」の役割も見出されつつある。今回、老化細胞マーカーである p16 の陽性細胞を蛍光標識するマウスを用い、骨格系における発生・成熟段階での老化(様)細胞の検出を試みた。その結果、p16 陽性細胞は、若年期である生後 6 週齢から長管骨の骨芽細胞に観察され、ラベル開始から 6 週間経過後の 12 週齢個体では長管骨の骨芽細胞に加え骨細胞、また肋軟骨細胞にも存在することを見出した。p16 陽性細胞の骨格系への影響を検討するため、ジフテリア毒素を用いるシステム (TRECK 法) により、若年期個体の p16 陽性細胞を除去したところ、長管骨の骨量増加が見られた。以上の結果は、p16 陽性を示す老化(様)細胞が個体老化以前の段階から出現し、正常な骨格系の成熟過程において生理的機能を担うことを示唆している。

O1-6. 地域在住高齢者における糖尿病有無別の 3 年後の腎機能低下の検討—SONIC 研究—

1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻

2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学

3) 大阪大学大学院人間科学研究科

4) 東京都健康長寿医療センター研究所

5) 慶応大学百寿研究センター

○利光由衣 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), 赤坂 憲 2), 権藤恭之 3), 新井康通 5), 平田 匠 4), 山本浩一 2), 神出 計 1)

【目的】超高齢社会の我が国において増加している高齢者糖尿病と合併症である腎障害に対して適切な治療が求められる。本研究は糖尿病を有する地域在住高齢者における腎機能低下の実態を縦断的に解析することを目的とした。【方法】高齢者長期縦断疫学研究 (SONIC 研究) に 2010 年~2012 年に参加した 70 ± 1 歳、80 ± 1 歳、90 ± 1 歳の参加者のうち、3 年後の追跡調査にてデータを収集した 1221 名を解析対象とした。糖尿病は糖尿病治療ガイド (2018 年) に準拠し、腎機能は推算糸球体濾過量 (eGFR) を用いて評価した。【結果】ベースライン時に糖尿病を有していたのは 205 名で全体の 16.8% を占めていた。3 年後の eGFR 値について、ベースライン時に 60mL/分/1.73m² 未満の集団を見ると、糖尿病がある群はない群よりも eGFR の低い人が有意に多かった。またこの特徴は 80 代では有意に見られたが 70 代、90 代では見られなかった。【結論】糖尿病患者における腎機能低下の特徴は年代ごとに異なっており、高齢者においては加齢の影響を踏まえた上で年代ごとに糖尿病管理と腎機能低下予防を進めていく必要性が示唆される。

O1-7. 2 型糖尿病における血清ビリルビンとサルコペニアの関係

1) 京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学

2) 亀岡市立病院 糖尿病内科

3) 松下記念病院 糖尿病・内分泌内科

○岡田博史 1), 山本慎大 1), 広中順也 1), 北川功幸 2), 橋本善隆 3), 牛込恵美 1), 中西尚子 1), 濱口真英 1), 福井道明 1)

背景: 本研究は、2 型糖尿病における総ビリルビンと骨格筋量指数 (SMI)、握力 (HGS)、およびサルコペニアとの関連を調査することを目的とした。方法: 2 型糖尿病を有する 1,108 人 (男性 57%) を対象とした。総ビリルビンと SMI、HGS、サルコペニアとの関係は、重回帰分析およびロジスティック回帰分析で検討した。結果: 年齢の中央値 (四分位範囲)、体格指数、病歴の期間、および HbA1c はそれぞれ 67 歳 (59-73 歳)、24.5 (22.0-27.6) kg/m²、7 年 (0-16 年)、および 7.4% (6.7-8.6%) であった。女性の 11%、男性の 12% がサルコペニアであった。男性では総ビリルビンと HGS の間に有意な関連を認めなかったが、女性では正の相関を認めた ($\beta = 0.18$, $p = 0.005$)。また、総ビリルビンは女性のサルコペニアとも関連していた ($OR = 0.82$, 95%CI: 0.66-1.00, interaction for $p = 0.04$)。結論: 総ビリルビンは日本人女性のサルコペニアの有用な指標となる可能性が示唆された。

O1-8. 地域在住高齢者における精神的不健康と動脈硬化との関連性の検討—SONIC 研究—

1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻

2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学

3) 慶応大学百寿研究センター

4) 東京都健康長寿医療センター研究所

5) 大阪大学大学院人間科学研究科

○横川玲奈 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), 赤坂 憲 2), 新井康通 3), 平田 匠 4), 権藤恭之 5), 山本浩一 2), 神出 計 1)

【目的】うつやストレスが循環器病発症に関連することが報告されている。本研究では、循環器病の主な病態である動脈硬化に着目し、地域在住高齢者における精神的不健康と動脈硬化との関連を明らかにすることを目的とした。【方法】高齢者長期縦断疫学研究 (SONIC 研究) に参加した 70 ± 1 歳 905 名、80 ± 1 歳 957 名を対象とした。動脈硬化の指標は総頸動脈内中膜複合体肥厚度 (IMT) を用い、1.1mm 以上を動脈硬化ありとした。精神的健康度は WHO-5-J、GDS5 で評価し、IMT との関連を年代別・男女別に横断的に解析した。【結果】年代別・男女別に精神的健康度と IMT を U 検定で比較したところ、女性においてのみ、GDS5 で評価したうつ傾向あり群で IMT が有意に高値であった ($p=0.039$)。また、動脈硬化ありを従属変数としたロジスティック回帰分析では、年代別・男女別ともに、WHO-5-J、GDS5 それぞれとの間に有意な関連はみられなかった。【結論】地域在住高齢者において、精神的不健康と動脈硬化の関連は限定的である可能性が示唆された。今後、本関連に関して縦断解析など詳細な検討が必要である。

一般演題 2 (O2) 脳神経・筋疾患

O2-1. コントロール不良の 2 型糖尿病に合併した糖尿病性認知症の 1 例

1) 大阪大学老年高血圧内科

○新藤有夏 1), 山本 翔 1), 井原拾得 1), 吉田紫乃 1), 野里陽一 1), 藤本 拓 1), 赤坂 憲 1), 郡山 弘 1), 鷹見洋一 1), 山本浩一 1)

症例: 83 歳女性 主訴: なし 現病歴: 10 年以上前から 2 型糖尿病, 高血圧等で近医に通院していた。3 年前より家族から物忘れを指摘され, 徐々に悪化したため当院に受診。初診時に HbA1c 10.4% と高値を指摘され, 認知機能精査ならびに血糖マネジメント目的に入院した。頭部 MRI ではごく軽度の白質病変, 頭頂葉の軽度萎縮以外に異常を認めなかった。糖毒性解除のため強化インスリン療法を行い, 速やかに血糖値は改善した。髄液検査でアルツハイマー病理は陰性であり, コントロール不良な糖尿病の併存などから糖尿病性認知症を疑った。糖尿病性認知症は発症に糖代謝異常が強く関与し, 記憶障害よりも注意力障害が目立つ, 海馬領域の萎縮は軽度, 緩徐進行という特徴を持つ。本例は白質病変に乏しく, 記憶障害は軽微で意欲低下を伴い, 診断基準に即する所が多い。また血糖値の改善で認知機能が一時的に改善する報告があり, 本例も治療に伴い活気や意欲の改善を認め糖尿病性認知症に矛盾しないと考えた。予防や一時的な改善が期待できる認知症として糖尿病性認知症を積極的に鑑別にあげ, 治療介入することが重要である。

O2-3. 高齢で診断された眼咽頭型筋ジストロフィーの一例

1) 兵庫医科大学総合診療内科

○庄嶋健作 1), 山崎博充 1), 長澤康行 1), 川端啓太 1), 新村 健 1)

【背景】高齢者における眼瞼下垂や嚥下機能低下は老化の一環と見なされがちで, 原因検索が適切に行われないケースが多い。しかし, これらの症状が遺伝性の神経・筋疾患に起因することもある。今回, 高齢で眼咽頭筋ジストロフィーの確定診断に至った一例を経験したので報告する。【症例】80 歳女性【主訴】眼瞼下垂・嚥下障害【既往歴】高血圧、逆流性食道炎【現病歴】14 年前に両側眼瞼下垂を認め、眼瞼挙筋短縮術を施行。7 年前に両側眼瞼下垂が再発し、再手術を実施。この頃から嚥下障害が出現し、徐々に増悪を認めた。【現症】軽度両側眼瞼下垂、嚥下障害、顔面の筋萎縮、立ち上がり困難を認めるが、複視は認めなかった。【経過】症状から眼咽頭筋ジストロフィーや眼咽頭遠位型ミオパチーを疑い、遺伝子検査を同時に行ったところ、眼咽頭型筋ジストロフィーの原因遺伝子である PABPN1 遺伝子の変異が明らかとなった。【考察】現時点では眼咽頭型筋ジストロフィーの特異的な治療法はないが、正確な診断に基づきリハビリテーションなどのケアが症状管理に役立ち、患者の生活の質を向上させる可能性がある。適切な診断は患者の予後において重要な要素と考えられる。

O2-2. 亜急性に進行し MRI にて長大病変を認めた梅毒性脊髄炎の 1 例

1) 大阪公立大学医学部附属病院脳神経内科

○藤田知美 1), 青原健太 1), 岡本光佑 1), 三野俊和 1), 武田景敏 1), 辻 浩史 1), 伊藤義彰 1)

【症例】64 歳、男性。【主訴】下肢筋力低下【現病歴】X-3 年に無症状だったが梅毒検査にて陽性を指摘され近医で内服治療を受けた。X 年 5 月に右下肢筋力低下が出現、症状は緩徐に増悪し 1 週間後には歩行困難となり、排尿困難、便秘を合併した。その後、歩行障害は改善したが、6 月末より、左下肢筋力低下、腹部および右下肢の異常感覚が出現したために入院となった。血液検査では STS 法、TPHA 法ともに陽性で、FTA-ABS 法でも抗体価の上昇を認めた。髄液検査では単核球優位の細胞数増多と蛋白上昇および TPHA 法は陽性であった。胸椎 MRI 検査では胸髄に造影効果を伴う病変および C7 レベルから Th12 レベルにかけて長大な T2 高信号病変を認めた。梅毒性脊髄炎と診断し、ペニシリン G での治療を開始、下肢筋力低下や異常感覚は軽快した。【考察】梅毒による脊髄障害は感染長期後に発症する脊髄痙が有名であるが、最近では梅毒感染が増加している中で感染早期から様々な時期に発症する脊髄炎も報告が増えている。特徴的な MRI を呈し、高齢者の脊髄症の鑑別疾患として重要である。

O2-4. 進行性の末梢神経障害で発症した野生型トランスサイレチンアミロイドーシス (ATTRwt) の一例

1) 京都府立医科大学附属病院 脳神経内科

○岡 優介 1), 苗代悠暉 1), 北大路隆正 1), 小島雄太 1), 田中瑛次郎 1), 尾原知行 1), 笠井高士 1)

88 歳、男性。家族歴なし。X-1 年 11 月にびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫に対して化学療法 (Pola-R-CHP 療法) を開始された。同時期に下肢筋力低下による歩行障害が出現し、X 年 2 月に化学療法は終了した。しかし、X 年 4 月に両下肢のしびれ感と疼痛が出現し、上下肢で筋力低下が進行、箸の使用や起立歩行も困難となり、X 年 5 月に当院に転院した。診察で四肢筋力低下と深部腱反射消失、下肢遠位優位の全感覚低下を認め、神経伝導検査で四肢の運動・感覚神経に広く軸索障害があり、手根管症候群の所見がみられた。心電図では完全右脚ブロックを認めた。アミロイドーシスを疑いピロリン酸シンチグラフィを実施し、左室前壁から下壁に集積があった。心筋生検でアミロイドの沈着があり ATTR 陽性であった。トランスサイレチン遺伝子の変異はなく ATTRwt と診断した。ATTRwt の主要症候としては心症候と手根管症候群が多く、末梢神経障害をきたす例は多くない。また経過としては緩徐に進行することが一般的である。本症例ではポラツズマブによる神経障害が重なったことで、ATTRwt に伴う末梢神経障害が顕在化し亜急性に経過したと考えられた。

O2-5. 脳微小血管内皮における α -シヌクレインの加齢に伴う認知症の新規病態生理機能の解析

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科
- 2) 大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学

○鷹見洋一 1), Wang Ziwei 1), 高橋利匡 1), 野里陽一 1), Guo Yul 1), Liu Weidong 1), Yin Nanxiang 1), 井原拾得 1), 武田朱公 2), 山本浩一 1)

シヌクレイノパチーの原因分子である α -シヌクレイン (SNCA) について、これまで我々は内皮細胞にも発現し、加齢に伴う減少が内皮機能障害や高血圧に関連している可能性を報告した。本研究では、脳微小血管内皮 (BMEC) における SNCA の認知症における病態生理機能を検討した。BMEC において継代による細胞老化により SNCA 発現は低下し、siRNA によるノックダウンは細胞老化を誘導した。さらに、BMEC における SNCA の機能喪失はタイトジャンクション蛋白の発現低下及び血管透過性亢進を惹起した。この機序としては eNOS 発現低下に伴うアミロイド β ($A\beta$) 産生関連酵素 BACE1 発現の上昇の可能性が考えられた。また、SNCA 機能喪失は BMEC における $A\beta$ の取り込みを増加させるが、ARB 添加により抑制され、AT1 と RAGE などの $A\beta$ 受容体の複合体を介する β アレスチン活性の上昇が関与している可能性があった。以上より加齢に伴う HBMC の SNCA 機能喪失が血管内皮機能障害や血管透過性亢進、 $A\beta$ の取り込みを促進し、アミロイドアンギオパチーやアルツハイマー病などの加齢に伴う認知症の病態に関連する可能性が示唆された。

O2-6. 巨細胞性動脈炎による虚血性脳卒中の診断

- 1) 近畿大学病院救急災害センター 脳卒中センター
○大槻俊輔 1)

リウマチ性多発筋痛症を先行、循環器病リスク因子を有さない椎骨動脈系 TIA3 症例に対し CTA/MRA、超音波 halo サイン、MRI BB 法、DWI scrolling artery sign (DSAS)、FDG-PET を組み合わせ、巨細胞性動脈炎と診断した。症例 1 (85 歳女性) 霧視、咀嚼痛を訴え、DSAS 陽性も Halo 陰性、頭蓋内左椎骨動脈狭窄を認めたが、PET 集積および BB 法全周性肥厚は両側椎骨動脈起始部に限定した。症例 2 (92 歳女性)：頭痛と歩行困難を主訴、構音障害と体幹失調を呈し、MRA で両側椎骨動脈ビーズサインと halo 陽性も、DSAS と PET 陰性であった。症例 3 (90 歳女性)：急性発症の歩行困難と側頭部痛を主訴、体幹失調、右上下肢解離性感覚障害を呈した。左椎骨動脈のビーズサイン陽性、DSAS および halo、PET 陰性であった。ACR/EULAR2022 巨細胞性動脈炎分類基準では各 15、10、7 点、再発予防として抗血栓薬を導入し側頭動脈生検を回避、限局した椎骨動脈多巣性狭窄への各検査の不一致から確定診断が揺らぎ、ステロイド治療追加に迷いを生じた。

一般演題 3 (O3) 介護・看護 / リハビリテーション

O3-1. TKA および THA 術後症例の運動耐容能の変化

1) 医療法人宝持会池田病院

○大原佳孝 1), 池田宏二 1)

【背景】運動耐容能は健康寿命と関連し重要であるが、人工関節置換術後に運動耐容能がどのように変化するか明らかではない。【目的】人工膝関節置換術 (TKA)、人工股関節全置換術 (THA) 術後症例の運動耐容能の変化とその要因を明らかにすること。【方法】令和 4 年度に医療法人宝持会池田病院で TKA もしくは THA の手術を受けた 15 例を対象に、術前評価 (手術 1 週間前) と術後評価 (退院日より 3 日前) にスパイロメトリーによる呼吸機能検査、大腿四頭筋筋力、6MWD、日常生活動作能力、疼痛、一般血液検査、心肺運動負荷試験の項目を測定した。【結果】Peak VO_2/W 、AT 時 VO_2/W 、 O_2pulse 、 $\Delta \text{VO}_2/\Delta \text{LADO}$ 、疼痛、血清 Hb 値は術後有意に減少した ($p<0.01$)。Peak VO_2/W 変化率と有意な相関関係を示したのは 6MWD、VE、TV、 O_2pulse 、 $\Delta \text{VO}_2/\Delta \text{LADO}$ であった ($p<0.05$)。【考察】人工関節置換術後に運動耐容能が減少した。その要因として、VE、TV および SV の減少、Hb 値の減少による酸素運搬能低下、骨格筋代謝能の低下が示唆された。

O3-2. 回復期心臓リハビリテーションが奏功した高齢心大血管疾患 2 症例の経験

1) 医療法人宝持会池田病院

○吉岡愛望 1), 大原佳孝 1), 池田宏二 1)

【はじめに】高齢の心大血管疾患症例は併存疾患やフレイル等を有すること多いことから、急性期治療に続く回復期心臓リハビリテーション (以下、心リハ) が重要視されている。【症例報告】症例 1) 80 歳、男性。慢性心不全急性増悪。症例 2) 80 歳、男性。胸部大動脈瘤に対する人工血管置換術後。症例 1) , 2) 共に、80-120 分 / 日の心リハプログラムを実施し、体組成評価、身体機能評価、ADL 評価に加えて KCCQ スコアを用いた QOL 評価を実施した。【結果】症例 1) : 入院時 $\text{SIM}5.3\text{kg}/\text{m}^2$ 、SPPB4 点、6MWD105m、FIM80 点、KCCQ295.8 点であった。退院時 $\text{SIM}5.9\text{kg}/\text{m}^2$ 、SPPB11 点、6MWD240m、FIM97 点、KCCQ545.8 点に改善した。症例 2) : 入院時 $\text{SIM}5.1\text{kg}/\text{m}^2$ 、SPPB6 点、6MWD130m、FIM80 点、KCCQ370.8 点であった。退院時 $\text{SIM}5.8\text{kg}/\text{m}^2$ 、SPPB12 点、6MWD360m、FIM109 点、KCCQ435.8 点に改善した。【考察】回復期心リハにより、身体機能と ADL だけでなく、QOL の顕著な改善を認めた。

O3-3. 高齢慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難事項の検討

1) 京都府立医科大学医学部看護学科

2) 前京都府立医科大学医学部看護学科

3) 京都府立医科大学附属病院循環器センター

4) 京都府立医科大学大学院循環器内科学

○山本裕子 1), 室田昌子 1), 岩脇陽子 2), 木下涼子 3), 白石裕一 4), 谷口琢也 4), 的場聖明 4)

<目的> 高齢慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難事項について検討する。<方法> 入院中の 65 歳以上の慢性心不全患者 (14 名、男性 6 名)、年齢 72.8 ± 4.9 歳、 $\text{BNP}448.1 \pm 266.4\text{pg}/\text{ml}$ 、 HFrEF 5 名、 HFmrEF 4 名、 HFpEF 5 名、心不全治療期間中央値 3.5 年 (1、6) を対象に半構造化面接を実施し、内容分析の手法を用いて質的帰納的に分析した。<結果> 23 サブカテゴリから 9 カテゴリが抽出された。高齢慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難事項は、患者が【心不全について判断ができない】【自己管理の効果を実感できない】ことで、【自己管理を生活に織り込めない】ことであった。患者は【自分なりに心不全に向き合っている】が【辛い思いのまま生活に喜びや楽しみがない】【社会的リソースが活用できない】【仕事の調整ができない】ことや【心機能の低下により失ったものが多い】ことから【心不全の自分に価値が持てない】困難事項を抱えていた。<考察・結論> 高齢慢性心不全患者のセルフマネジメントに対しては身体面・精神面・社会面のみならずスピリチュアルな側面への支援の必要性が示唆された。

O3-4. 急性期病院においてアドバンス・ケア・プランニングを行う対象者の抽出

～ 70 歳以上の高齢者に焦点をあてて～

1) 市立池田病院

○稲野聖子 1)

目的：急性期病院では入院中の全高齢患者にアドバンス・ケア・プランニング (以下 ACP) を行うことは現実的に不可能である。そこで、対象者を絞り、ACP を定着させることを目標にし、ACP の対象者の抽出をするために調査を行った。方法：2024 年 4 月と 5 月の 2 か月の間に、当院に入院した患者の 70 歳以上の患者のデータを分析した。倫理的配慮：データ収集は個人が特定されないようになンパリングをした。結果：眼科入院を除く 70 歳以上の総入院患者は 835 人であり、予定入院は 504 人、救急外来受診後に緊急入院したのは 275 人、その他は開業医からの紹介入院であった。介護度別では、要介護 5 の緊急入院は 19 人、予定入院は 6 人であり、介護保険未申請の自立者の緊急入院は 115 人、予定入院は 373 人であった。要介護 5 の緊急入院の患者の 19 人の内、同じ病名で複数回緊急入院となった患者が 3 人含まれていた。考察：緊急入院の患者は要介護者が多く、入院関連機能障害を発症し、入退院を繰り返す頻度も高い。そのため、入院後は早期から ACP を行う必要があり、救急外来と連携して入院時から ACP を行う体制構築が必要と考える。

一般演題 3 (O3) 介護・看護/リハビリテーション

O3-5. 高齢入院患者へのせん妄予防対策：多職種チームにおける看護師の役割

- 1) 大阪大学医学部附属病院看護部
 - 2) 大阪大学大学院人間科学研究科
 - 3) 大阪大学医学部附属病院薬剤部
 - 4) 大阪大学医学部附属病院神経科・精神科
 - 5) 大阪大学医学部附属病院老年・高血圧内科
 - 6) 大阪大学大学院医学系研究科
- 眞鍋芳恵 1), 佐藤都也子 2), 味舌春佳 3), 福山和樹 3), 濱口芽衣 3), 吉山顕次 4), 鷹見洋一 5), 末廣 聖 4), 竹屋 泰 6)

せん妄は、高齢入院患者の約 3 割に発症すると報告されており、患者の有害なアウトカムと関連するのみならず、家族や医療者にも多大な負担を強いる。大阪大学医学部附属病院では、65 歳以上の高齢患者と家族が安心・安全に入院治療を受けることを目指し、せん妄予防を目的とした看護師中心の多職種連携チーム“高齢者ライフケアチーム”が活動している。2022 年 4 月から 2023 年 12 月末の期間において、病棟看護師と密に協働した 25 症例の看護記録から実践内容を抽出し、質的帰納的に検討した。チーム看護師は共感的態度で患者や家族と関わり、病棟看護師の困りごととも共有し、患者の観察とアセスメントを行うなど、多岐にわたりサポートをしていた。不眠・不穏に対しては院内マニュアルに従い、マニュアルで対応が困難な事例ではチームの精神科・老年科の専門医師や薬剤師と連携して対応していた。また必要に応じて、リエゾンチームや緩和ケアチームとの連携をコーディネートしていた。せん妄発症の促進因子に対しては、日常生活の変化へのケアや物理的・人的環境の調整を行い、患者の認知レベルに応じた働きかけを病棟看護師と協働して実施していた。

O3-7. 地域在住高齢者における多剤併用と腎機能の関連—SONIC 研究—

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
 - 2) 東京都健康長寿医療センター研究所
 - 3) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学
 - 4) 大阪大学大学院歯学研究科
 - 5) 大阪大学大学院人間科学研究科
- 豊田佳世 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), 増井幸恵 2), 平田 匠 2), 山本浩一 3), 池邊一典 4), 権藤恭之 5), 神出 計 1)

本研究では地域在住高齢者における多剤併用と腎機能の関連を横断的に明らかにすることを目的とした。高齢者長期縦断疫学研究 (SONIC 研究) において 2010 年～2012 年に登録された 70 ± 1 歳、80 ± 1 歳、90 ± 1 歳の研究参加者 2175 名を解析対象とし、腎機能について多剤併用の有無別に比較した。各年代の対象者は 939 名、966 名、270 名であり、多剤併用 (5-9 剤) は 22.7%、35.3%、39.6%、超多剤併用 (10 剤以上) は 3.5%、9.0%、14.8% であった。70 歳代では超多剤併用群、80 歳代では多剤併用群において、非多剤併用群に比して有意に eGFR が低値であった (無服用、1-4 剤服用、多剤併用、超多剤併用について 70 歳代: 75.9、72.7、71.2、65.9、80 歳代: 68.5、67.9、64.5、65.5)。90 歳代ではいずれの群間においても有意差は見られなかった (59.5、59.1、56.4、51.5)。70 歳代、80 歳代の高齢者において、多剤併用者は非多剤併用者と比べ腎機能が有意に低いことが明らかになったため、今後多剤併用と腎機能低下の関連を縦断的に検討する必要がある。

O3-6. 地域在住高齢者における、自宅近隣環境と将来の要介護認定との関連性

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻
 - 2) 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学
 - 3) 大阪大学大学院人間科学研究科
 - 4) 慶応大学百寿研究センター
- 三谷美矢 1), 赤木優也 1), 樺山 舞 1), 木戸倫子 1), 赤坂 憲 2), 権藤恭之 3), 新井康通 4), 山本浩一 2), 神出 計 1)

目的: 移動能力が低下する高齢者では自宅近隣環境がライフスタイルの決定要因となり、身体機能等へ影響を与える。本研究は地域在住高齢者を対象に、都市の歩きやすさの指標である Walk Score と要介護認定の発生との関連を縦断的に検討した。方法: 高齢者長期縦断疫学研究 (SONIC 研究) に 2010 年～2012 年に参加した地域在住高齢者のうち、2016 年～2018 年の追跡調査に参加した、1,783 名 (70 代 1,242 名、80 代 523 名、90 代 18 名) を解析対象とした。Walk Score は対象者の住所データから 5 つに分類し、ベースライン時から追跡調査時点までの、新規要介護認定との関連を検討した。結果: 要介護新規発生率は Walkers' Paradise で 6.2% (調整済み残差 < 1.96) であり、割合が低かった。Car dependent に比べて有意に発生率が低かった ($p < 0.05$)。結論: 地域在住高齢者において、ウォーカビリティと要介護認定との関連が認められた。居住地域によって、要介護状態になる要因が異なると考えられるため、今後、疾病やライフスタイルを考慮に入れた関連性を詳細に検討する必要がある。

O3-8. 急性期治療後にリハビリテーション治療を行なった封入体筋炎の 2 症例

- 1) 京都鞍馬口医療センター
- 横関恵美 1), 毛受奏子 1), 西村 功 1), 後藤美紀子 1), 赤木淳也 1), 坂田理恵子 1), 藤村三穂 1), 水野敏樹 1)

【症例 1】81 歳男性。9 年前に封入体筋炎と診断され歩行障害が進行した。X 年 5 月、喘息発作を契機に前医へ入院し 21 病日に当院に転院となった。転院時尿路感染症を合併し、体動困難な状態で 38 病日には副腎不全となり、約 60 日間臥床状態が続いたが、94 病日には歩行器歩行が可能となり、回復期リハビリテーション病棟へ転院となった。【症例 2】68 歳女性。出血性ショックで前医へ入院となり、治療された。経腸栄養となり、第 22 病日に当院へ転院となった。初回の嚥下内視鏡検査では咽頭収縮不良のため、嚥下後誤嚥を認めた。舌骨上筋群を中心とした間接嚥下訓練を実施し、65 病日には軟菜食を摂取できるようになり自宅退院となった。【考察】急性期治療により廃用状態となったが、リハビリテーション治療により入院前と同じ身体機能に改善した封入体筋炎の 2 症例を経験した。封入体筋炎では積極的な運動負荷が原疾患の増悪をきたす可能性が示唆されており、至適運動強度や活動量の指標は明らかにされていない。不動により廃用にいたった筋群を対象にリハビリテーション治療を行う有用性が示唆された。

一般演題 4 (O4) 高齢者の診療

O4-1. 看護師付きオンライン診療形式 (Doctor to Patient with Nurse = D to P with N) が早期発見に有用だった高齢者脳梗塞の一例

- 1) 藍野病院内科
 - 2) 障がい者しごと支援センター木の実
 - 3) アウトリーチソリューションズ株式会社
 - 4) 訪問ステーション奏
- 山本直宗 1), 三善博史 2), 渡辺雄太 3), 上妻裕弥 4)

【症例】87歳、男性 【主訴】呂律困難【現病歴】当院外来に高血圧で通院中であった。92歳の妻と二人暮らしで歩行困難となり外来通院が1か月に1回から2か月に1回に減っていた。そこで1週間に1回の訪問看護を導入し、その訪問看護の際に専用のタブレットを使用したオンライン診療 (Doctor to Patient with Nurse = D to P with N) を1か月に1回導入することを書面で同意を得て施行した。【経過】202X年4月オンライン診療の際に、話し方がいつもより拙劣でありナースからも呂律困難を認めるとの報告があった。本人からは特に受診が必要な状態とは思わなかったとの発言があったが、オンライン診療にて、は行の発音が拙劣であり、血圧も157/99mmHg高値であり脳梗塞を疑い当院緊急受診を訪問看護スタッフに依頼。来院後MRIにてDWIで基底核近傍に3.5mmのHIAを認めラクナ脳梗塞と診断、緊急入院となり、オザグレルの点滴、言語リハビリを行い第10病日に後遺症なく軽快退院となった。【考察】D to P with Nは高齢者のオンライン診療に有用である。

O4-2. 老人保健施設で看取りの方針となったが、リバスチグミンとインスリン導入により回復した症例

- 1) 介護老人保健施設ケアセンターこうせい
- 古川智之 1)

<症例> 96歳、女性。2023年11月在宅より老人保健施設に入所となる。既往歴は左大腿骨頸部骨折、悪性リンパ腫加療後、アルツハイマー型認知症、2型糖尿病であった。身長148cm、体重46.1kg。<経過> 11月下旬から食事量が低下し、12月初旬から主食を食べなくなり、家人は食欲不振の精査を希望されず、当所での看取りを希望された。入所時より約10kgの体重減少がみられていた。その後リバスチグミンテープを開始したところ、食事量が上がり、随時血糖値も上昇したため、持効型インスリン導入を選択した。食事カロリーを上げ、インスリン投与量も増量し順調に体重も戻る方向であったが、導入約1か月後低血糖がみられるようになり内服に変更することとした。体重は約6kg戻すことができた。<考察> 認知症の食欲不振にはリバスチグミンを試す価値があると思われ、やせ型、フレイルの糖尿病高齢者には可能であればインスリン治療が適当だと考える。インスリン治療により耐糖能が改善し、内因性インスリンが効果を示すようになったことから、内服にて血糖コントロールは良好となった。しかし体重増加につながるインスリン治療の継続はできなかった。

O4-3. ACP未実施の大動脈弁狭窄症による心不全急性増悪に対して適切な診療プロセスを経て円滑に緩和ケアを実施できた症例

- 1) 大阪大学 老年・総合内科学
- 大河原桃子 1), 鷹見洋一 1), 野里陽一 1), 浅田侑樹 1), 大西友理 1), 吉田紫乃 1), 山本浩一 1)

【背景】高齢化社会のなかで心不全患者数は増加しており、生命予後延長のみならず緩和ケアの重要性が高まっている。【症例】中等度大動脈弁狭窄症に対する薬物加療中の89歳女性。心不全増悪歴はなく、外来ではACP未実施であった。安静時息切れを自覚した約半月後の外来検査で心拡大や肺うっ血、心電図上の虚血性変化、左室機能低下と局所壁運動異常、重度大動脈弁狭窄症を指摘された。うっ血性心不全・虚血性心疾患・大動脈弁狭窄症増悪を疑われ、同日緊急入院となった。一旦ICU入室となるも、弁膜症や冠動脈疾患に対する侵襲的検査や根治的治療、非侵襲的陽圧換気療法を含む人工呼吸器管理は希望されず心不全緩和ケアの方針となった。利尿薬・昇圧剤を使用した心不全治療と並行して、モルヒネ・ミダゾラムでの苦痛緩和を行った。循環動態は安定し、特に呼吸困難や不眠、不安、せん妄の軽減に努め、第16病日に心室細動が出現し永眠される同日までQOLを維持することができた。【考察】高齢心不全患者に対して、適切な心不全治療および緩和ケアが実施可能であったことを、文献的考察および反省点を含めて報告する。

O4-4. 糖尿病性胃不全麻痺により反復性嘔吐を呈した2型糖尿病の1例

- 1) 大阪大学医学部附属病院老年総合内科

○藪本知里 1), 山本 翔 1), 井原拾得 1), 吉田紫乃 1), 藤本 拓 1), 野里陽一 1), 本行一博 1), 郡山 弘 1), 鷹見洋一 1), 山本浩一 1)

【症例】67歳、男性。【主訴】反復性嘔吐【現病歴】糖尿病歴約20年の患者。繰り返す嘔吐、意識レベル低下で当院へ救急搬送された。画像検査で嘔吐や意識障害の原因となる異常は認めなかった。採血検査で糖尿病性ケトosisと嘔吐による脱水からの意識障害が疑われ絶食、補液、インスリン強化療法を開始。経時的に意識レベルは改善し嘔気、嘔吐の症状も軽快。その後食事摂取を再開し低血糖予防に目標血糖を高めにマネジメントを実施したが経過中に嘔気、嘔吐の症状が再度悪化した。そのため糖尿病性神経障害による胃不全麻痺を疑い、厳格な血糖マネジメントを行い症状は消失。一方で無自覚低血糖が出現したため連続皮下ブドウ糖濃度測定を導入し低血糖に対する教育を行い、薬剤調整し退院した。【考察】糖尿病性胃不全麻痺は糖尿病性神経障害による症状の一つであり、胃排泄遅延能の低下により血糖値の不安定化、食思不振、嘔気、嘔吐などの症状を引き起こす。本症例では経過から胃不全麻痺を疑い厳格な血糖マネジメントを行うことで症状が消失した。糖尿病患者の嘔吐の原因として糖尿病性胃不全麻痺の鑑別は重要である。

一般演題 4 (O4) 高齢者の診療

O4-5. 病態受容困難のため終末期治療選択に難渋した末期心不全の一例

1) 大阪大学医学系研究科老年・総合内科学

○吉田紫乃 1), 藤本 拓 1), 上野泰祐 1), 浅田侑樹 1), 大河原桃子 1), 大西友理 1), 山本浩一 1)

90 歳代女性。X-5 年に鬱血性心不全及び心房細動と診断・内服調整され、以後は当院外来に通院し、心不全で入院することなく企業経営者として完全に自立した生活だった。3 週間前から仙骨骨折のため歩行困難となり、1 週間前より感染巣不明の感染を契機とした慢性心不全急性増悪を呈し X 月 X 日に当院へ転院した。NYHA 4 度の心不全かつ超高齢症例であったが、積極的治療をして最期は必ず自宅で過ごしたいとの意思を明確に示していた。利尿薬増量とカテコラミン投与に反応性不良であったため非侵襲的陽圧換気と持続的血液濾過透析を施行した。一時は改善が得られたが、投薬調整中に心不全が再増悪した。終末期の心不全と考えられたが、患者は譫妄を呈したため病態理解に基づいた意思決定ができないと判断し、当院で緩和医療を行う方針とした。その後本人も終末期であることを理解したが介護負担と人間関係を理由に家族が在宅介護を拒否したため、院内で緩和医療を行う方針が変更できず当院で逝去した。本症例では患者が病態を理解しながらも受容を拒否しており、実情に即した方針を家族と共有できなかった。病状説明や悪い知らせの受容支援の方法について考察する。

O4-6. 高齢者の肺原発悪性リンパ腫に対して化学療法で良好なコントロールを得ている一例

1) 西脇市立西脇病院内科・老年内科

○松島 萌 1), 来住 稔 1), 堀 尚也 1), 柏木明香 1), 岩井正秀 1)

【症例】89 歳女性【主訴】呼吸困難【現病歴】1 型糖尿病で外来加療中の患者。4 年前に胸椎圧迫骨折で入院、1 年前に左橈骨骨折手術時に両肺に浸潤影を認めたが無症状で精査を希望されず。7 月頃から労作性呼吸困難が出現し浸潤影は肺全体に広がり、精査希望あり気管支鏡にて肺濾胞性リンパ腫と診断し入院した。【入院後経過】10 月よりミニ CHOP 療法を開始、化学療法により浸潤影は著明に改善し自覚症状も消失した。2 コース目よりリツキサン追加し途中腰椎脆弱性骨折を認めつつも終了後 CR となった。その後リツキサン単剤投与を行いリハビリ目的で翌年 3 月に転院。7 月に転倒し大腿骨頸部骨折で当院入院し手術を行った。術後再度リツキサン単剤投与を行い 9 月に転院となった。【考察】高齢者の腫瘍性疾患においては積極的治療を行わないこともあり、本症例も当初は精査を希望しなかったが症状が出たため緩和目的も兼ね治療したが結果 CR となり良好な経過を得ている。血液疾患の場合進行した病期や QOL が低下していても治療で有効な効果を得ることがあるため、効果・有害事象・全身状態を踏まえた化学療法の適応の判断に難渋すると考えられた。

Otsuka-people creating new products for better health worldwide

両輪で"身体全体を考える

世界の人々の健康に貢献する
トータルヘルスケアカンパニーを目指します

ニュートラシューティカルズ関連事業

日々の健康維持・増進をサポートする

医療関連事業

疾病の診断から治療まで"を担う



Otsuka 大塚製薬

<https://www.otsuka.co.jp/>

Quality time for better care

Quality time for better care は、Terumo Medical Care Solutions のブランドプロミスです。

TERUMO MEDICAL CARE SOLUTIONS

シンプルケア、みんなでケア だから続けられるテルモPDマイケア

患者向け
腹膜透析管理アプリケーション

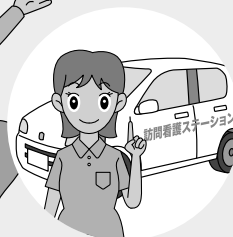
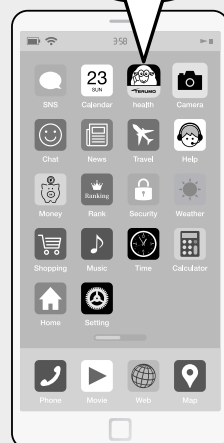
テルモPDマイケア™

医療従事者向け
遠隔モニタリングアプリケーション

テルモPDマイケア™ for Hospital



テルモPDマイケア アプリ

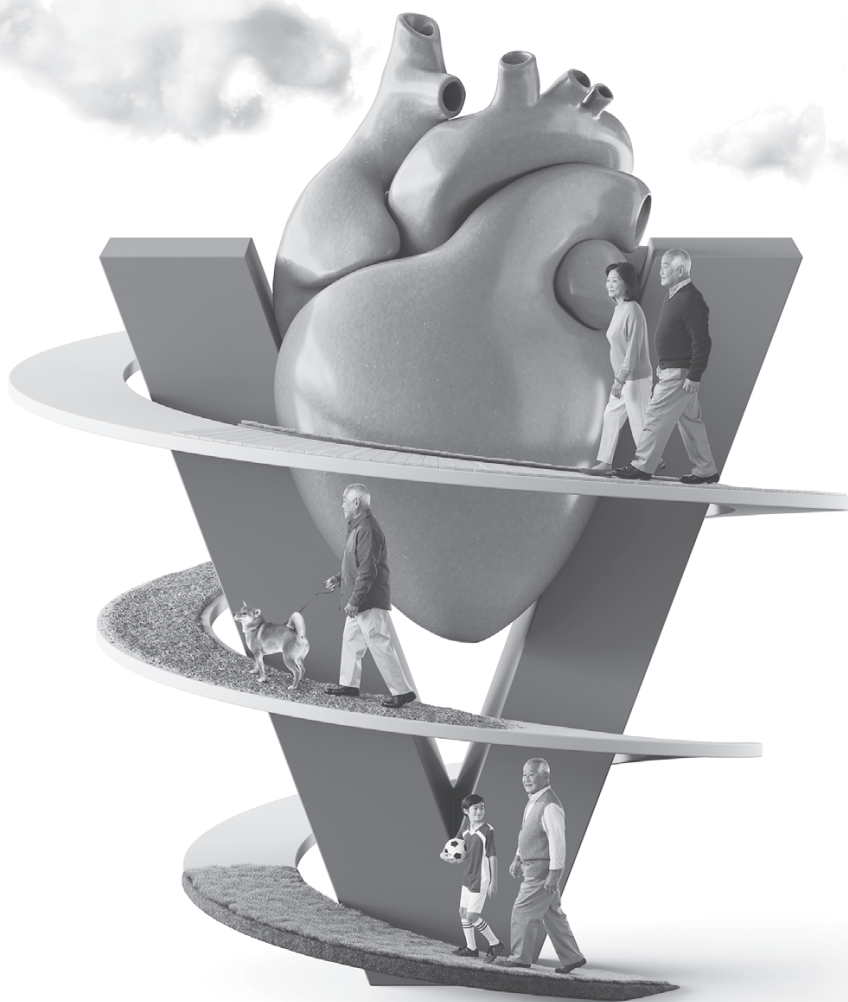


一般的名称:自動腹膜灌流用装置 販売名:マイホームびこ 医療機器承認番号 21300BZZ00199000

ご使用の際は、電子添文、および取扱説明書、その他使用上の注意等をよくお読みの上、正しくお使いください。

製造販売業者 **テルモ株式会社** 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

©テルモ株式会社 2024年4月
23RC018



TTR型アミロイドーシス治療薬

ビンマック[®] カプセル61mg

Vynmac[®] capsules 61mg タファミジスカプセル

薬価基準収載

劇薬 処方箋医薬品^(注) 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

●「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「効能又は効果に関連する注意」等につきましては電子添文をご参照ください。

製造販売

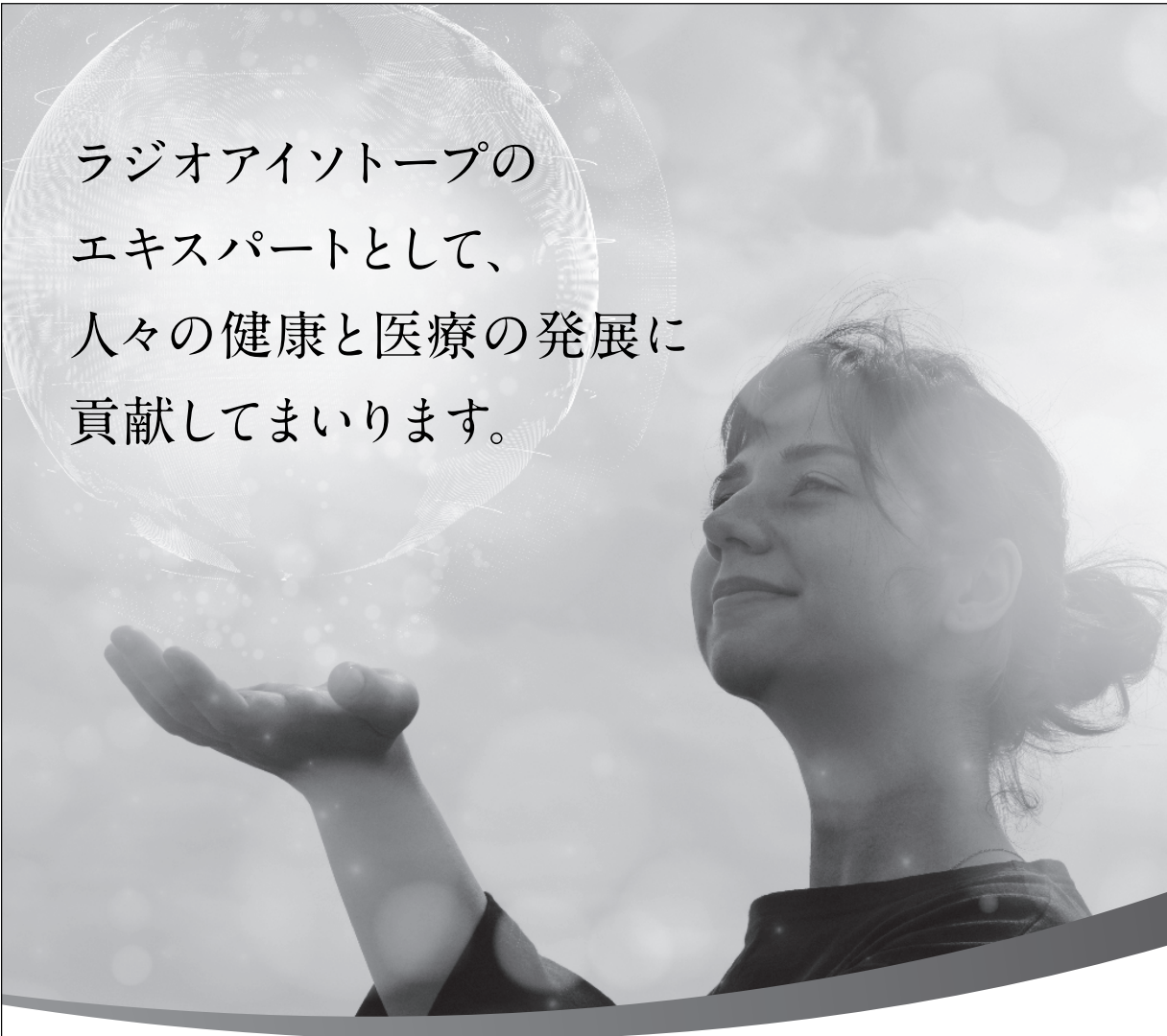
ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
文献請求先及び問い合わせ先: 製品情報センター

文献請求先及び製品の問い合わせ先:
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467
<https://pfizerpro.jp/> (PfizerPro) にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見:
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

VMC72L001B
2023年6月作成



ラジオアイソトープの
エキスパートとして、
人々の健康と医療の発展に
貢献してまいります。

PDRファーマは、1968年 第一ラジオアイソトープ研究所の創業以来、
半世紀に亘り、核医学の発展に寄与してきました。

高品質な診断用放射性医薬品（SPECT検査、PET検査）の迅速確実なデリバリーに加え、
治療用放射性医薬品の分野を積極的に推し進め、
診断薬と一体となった各種治療薬の更なる拡充を図っていきます。

ペプチドリームグループの革新的な創薬力により、
最先端の放射性医薬品をグローバルに展開し、核医学の広がり貢献してまいります。



PDRファーマ株式会社

〒104-0031 東京都中央区京橋2-14-1 兼松ビルディング
<https://www.pdradiopharma.com> TEL 03-3538-3624

2022年5月作成



選択的直接作用型第Xa因子阻害剤

イグザレルト® 錠 2.5mg
錠・OD錠・細粒分包 10mg 15mg
ドライシロップ小児用 51.7mg 103.4mg

Xarelto® (リバーロキサバン)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報の詳細については、最新の電子添文をご参照ください。

製造販売元 [文献請求先及び問い合わせ先]

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<https://pharma.bayer.jp>

[コンタクトセンター]

0120-106-398

<受付時間> 9:00～17:30 (土日祝日・当社休日を除く)

処方箋医薬品[※]

クロライドチャンネルアクチベーター

薬価基準収載

アミティーザ[®]カプセル 12 μ g 24 μ g

ルビプロストンカプセル

Amitiza[®] Capsules 12 μ g 24 μ g

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、「6. 用法及び用量」、「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 ヴィアトリス製薬株式会社

東京都港区虎ノ門5丁目11番2号

〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部

フリーダイヤル 0120-419-043



AMT72N004
2023年1月作成

AMGEN



To serve patients

患者さんのために、今できるすべてを

アムジェンは1980年、バイオテクノロジーの黎明期に米国カリフォルニア州ロサンゼルス近郊にて産声を上げました。

バイオテクノロジーを患者さんのために役立てることを決意し、以来、探求を重ねてきました。

40年を経た現在、アムジェンは世界最大規模の独立バイオテクノロジー企業へと成長しました。

日本では、循環器疾患、がん、骨疾患、炎症・免疫性疾患、神経疾患の領域に重点を置き、アンメット・メディカルニーズに応える製品開発を進めています。

アムジェン株式会社の
詳細につきましては
こちらをご覧ください



2024年6月 CA240033SHI



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



NIKKE.
Group

Patients are our first priority.

患者さまの生命と健康を第一に。

患者様の命と健康を第一に、医療機器の販売だけでなく製品の研究開発や製造などの事業活動に取り組み人と地球に「やさしく、あったかい」企業グループとして私たちは情熱と誇りをもってチャレンジして行きます。

研究開発
医療材料

販売
医療機器
販売

製造
医療機器
製造



こんにちは、
う～るんです。

ニッケグループ
キャラクター
「う～るん」

株式会社 京都医療設計

KYOTO MEDICAL PLANNING



なんとかしたい。
だから、挑む。

人類の歴史にはさまざまな挑戦者がいた。どんなに失敗しても、彼らの熱意や想いが何度も立ち上がらせ、その結果、常識を打ち破り新しい世界を見せてくれた。医薬はどうだ。空を自由に飛び、宇宙にまで届く時代に、私たちの体の中には未解決の課題が山積している。私たちにはやるべきことがある。助けなければならない人がいる。だから、挑む。住友ファーマは、精神神経領域およびがん領域を重点疾患領域とし、これまで紡ぎあげてきた当社の経験と知識を最大限生かせるこれらの領域において、引き続き、医薬品、再生・細胞医薬、非医薬等の研究開発に挑み続けます。



Sumitomo Pharma

Innovation today, healthier tomorrows



詳しくはこちら

SANKOU
MEDICAL

不整脈関連機器・医療機器

株式会社 山光メディカル

〒615-0885 京都市右京区西京極午塚町32番地

TEL 075-313-3623

FAX 075-313-3624

E-mail medical-sankou@s8.dion.ne.jp

Medtronic

Lifetime synchrony, with Micra

Micra™ AV2/VR2



日本メドトロニック株式会社

カーディアックリズムマネジメント
〒108-0075 東京都港区港南 1-2-70

medtronic.co.jp

販売名 / 医療機器承認番号

Micra 経カテーテルペースングシステム / 22900BZX00047000

使用目的、警告・禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の電子添文をご参照ください。

© 2024 Medtronic. Medtronic及びMedtronicロゴマークは、Medtronicの商標です。

TMを付記した商標は、Medtronic companyの商標です。

FY24-CRM229_Ver.1.0

弛まぬ努力、限りなき探求心



八洲薬品株式会社

本 社 〒567-0085 大阪府茨木市彩都あさぎ7丁目7番18号
彩都バイオヒルズセンター

TEL (072)640-1260 FAX (072)640-1271

堺営業所 〒592-8333 大阪府堺市西区浜寺石津町西1丁4番20号

TEL (072)244-1368 FAX (072)244-4055

京 阪 奈 〒574-0057 大阪府大東市新田西町3 番1 0号

営 業 所 TEL (072)870-2711 FAX (072)870-2710

和 歌 山 〒640-8303 和歌山県和歌山市鳴神746-3番地

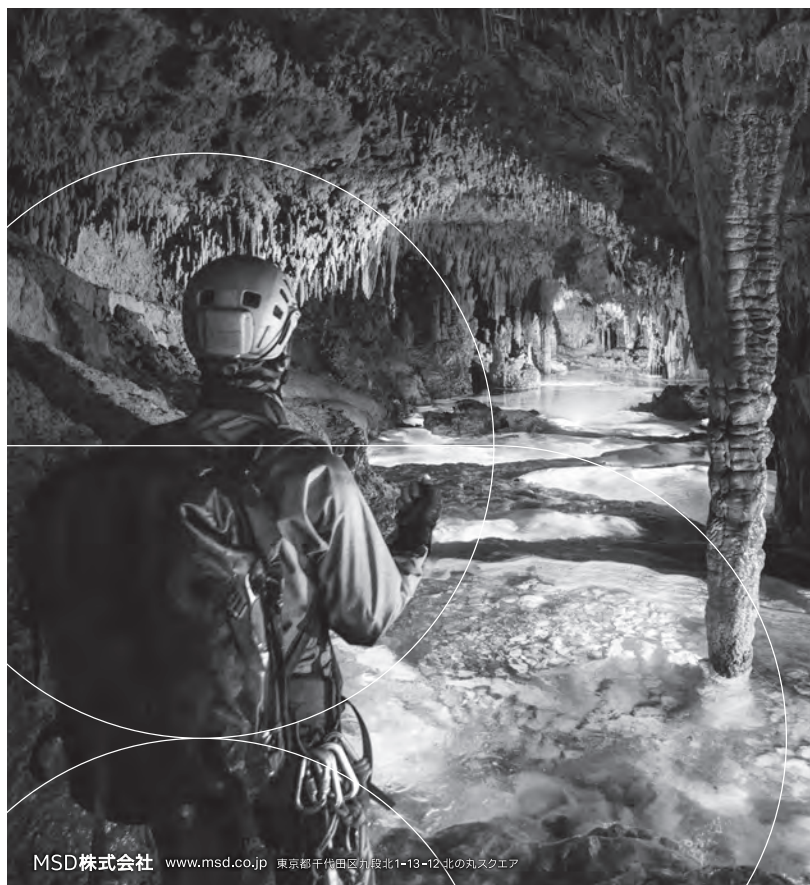
営 業 所 TEL (073)473-5951 FAX (073)474-0453

神 戸 〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町1丁目5番地

営 業 所 神戸キメックセンタービル8階

TEL (078)306-1739 FAX (078)306-1751

<http://www.yashimachem.co.jp>



MSD株式会社 www.msd.co.jp 東京都千代田区九段北1-13-12北の丸スクエア

INVENTING FOR LIFE

人々の生命を救い
人生を健やかにするために、挑みつづける。

最先端の医薬品の創造。それは長く険しい道なのです。
懸命な研究開発の99%以上は裏を結ばない現実。
でも、決してあきらめない。
あなたや、あなたの大切な人の「いのち」のために、
革新的な新薬とワクチンの発見、開発、提供を
私たちは続けていきます。



hvc
human health care

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合いたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ

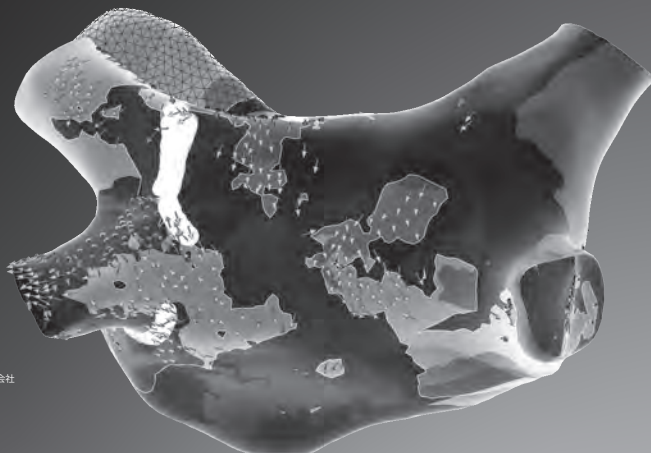
エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



ENSITE™ OT NEAR FIELD

局所電位の視覚化を目指して、洞察を得る

OT Near Fieldを使用してローカライズされた電位特性を自動的に明らかにすることで、より深い洞察を提供します。



販売名: EnSite X EP システム 承認番号: 30300BZX00166000 製造販売元: アボットメディカルジャパン合同会社

アボットメディカルジャパン合同会社

〒105-7115 東京都港区東新橋一丁目5番2号 汐留シティセンター
Tel: 03-6255-5740 Fax: 03-6255-5801

※本品のご使用に際しては、添付文書を必ずお読みください。

™ Indicates a trademark of the Abbott group of companies.
© 2023 Abbott. All Rights Reserved. MAT-2308481 v1.0 | Item approved for Japan use only.



アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載



アリドネ® パッチ **27.5mg**
55mg

ALLYDONE® Patches

ドネペジル経皮吸収型製剤 劇薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。



製造販売元
帝國製薬株式会社
香川県東かがわ市三本松567番地



販売元（文献請求先及び問い合わせ先）
興和株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2024年1月作成

日本ライフライン
医療従事者向け会員制サイト [JLLプラス]

JLLplus⁺



<https://jllplus.jp>

医療現場に役立つプラスを

JLLプラス(JLLplus)は、
医療従事者の皆様の日常業務に寄り添い、
様々な情報や学びの場をお届けする会員制サイトです。



日本ライフライン株式会社
〒140-0002 東京都品川区東品川二丁目2番20号

JLL Japan Lifeline

医療器械・器具販売を通じ、
明日の医療に貢献します。

DMS

株式会社 ダテ・メディカルサービス
DATE MEDICAL SERVICE CO.,LTD.



URL <https://dt-med.co.jp/>

京都本社/支店 〒612-8419 京都市伏見区竹田東三ツ路48
TEL.075-646-1818 FAX.075-646-1822

滋賀支店 〒525-0036 滋賀県東洋市津町1890-2
TEL.077-599-3311 FAX.077-599-3390

大阪支店 〒564-0062 大阪府吹田市金水町3丁目27番27号 第2江坂三昌ビル 6F
TEL.06-6368-6766 FAX.06-6387-8111

北陸営業所 〒910-0371 福井県坂井市丸岡町ハツロ21-13-4
TEL.0776-50-6535 FAX.0776-50-6536

東京営業所 〒140-0011 東京都品川区東大井4-1-11-807
TEL・FAX 03-6388-1384

選択的DPP-4阻害剤—2型糖尿病治療剤—

薬価基準収載

テネリア錠・OD錠 20mg / 40mg

TENELIA® TABLETS テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物錠
TENELIA® OD TABLETS テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物口腔内崩壊錠

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

選択的DPP-4阻害剤 / SGLT2阻害剤 配合剤
—2型糖尿病治療剤—

カナリア配合錠

CANALIA® COMBINATION TABLETS
(テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物 / カナグリフロジン水和物配合錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること) 薬価基準収載

SGLT2阻害剤

薬価基準収載

カナグル錠・OD錠 100mg

CANAGLU® Tablets (カナグリフロジン水和物錠)
CANAGLU® OD Tablets (カナグリフロジン水和物口腔内崩壊錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)



「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文等をご参照ください。



製造販売元 (文献請求先及び問い合わせ先)
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10

2024年9月作成

医療を支える企業としての使命感を忘れずに
今までもこれからも…いつも生命のそばに

<http://www.ishiguro-medical.jp/>



石黒メディカルシステム株式会社

京都本社：〒612-8412 京都市伏見区竹田中川原町381番地
TEL 075-641-1496 FAX 075-641-0010
大阪支店：〒569-1145 大阪府高槻市富田丘町9番5号
TEL 072-696-1496 FAX 072-696-1961
東大阪支店：〒577-0062 大阪府東大阪市森河内東1丁目26番19号
TEL 06-4308-5710 FAX 06-4308-5772
神戸支店：〒651-2113 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬977番地1
TEL 078-975-3015 FAX 078-975-3016
滋賀支店：〒524-0041 滋賀県守山市勝部6丁目4番36号
TEL 077-582-7770 FAX 077-582-7796
奈良営業所：〒639-1124 奈良県大和郡山市馬司町130番地
TEL 0743-23-1496 FAX 0743-23-1497
京浜営業所：〒210-0856 神奈川県川崎市川崎区田辺新田1-1
TEL 044-328-6270 FAX 044-333-0121

病 医 院 設 備
医 療 機 器
介 護 用 品
病 医 院 の 開 業 支 援

協賛企業一覧

第 35 回日本老年医学会近畿地方会開催にあたり、次の企業よりご支援を頂戴しました。

ここに銘記して、その御厚意に心より感謝申し上げます。

アボットメディカルジャパン合同会社
アムジェン株式会社
石黒メディカルシステム株式会社
ヴィアトリス製薬株式会社
エーザイ株式会社
MSD 株式会社
大塚製薬株式会社
株式会社京都医療設計
興和株式会社
株式会社山光メディカル
住友ファーマ株式会社
第一三共株式会社
武田薬品工業株式会社
株式会社ダテ・メディカルサービス
田辺三菱製薬株式会社
テルモ株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
日本メドトロニック株式会社
日本ライフライン株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
バイエル薬品株式会社
PDR ファーマ株式会社
ファイザー株式会社
八洲薬品株式会社

(五十音順)

2024 年 10 月 10 日現在



アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI)

薬価基準収載

エンレスト錠 50mg
100mg
200mg

Entresto® Tablets サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物錠

処方箋医薬品 注意－医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、
禁忌を含む注意事項等
情報等につきましては
電子添文をご参照ください。

製造販売

(文献請求先及び問い合わせ先)

ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

ノバルティスダイレクト

TEL: 0120-003-293

販売情報提供活動に関するご意見

TEL: 0120-907-026

受付時間: 月～金 9:00～17:30 (祝日及び当社休日を除く)

提携

大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

文献請求先及び問い合わせ先

大塚製薬株式会社 医薬情報センター

〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

ENR00006IH0003

2023年2月作成

ER2302024



持続型LDLコレステロール低下 siRNA 製剤 薬価基準収載

レクビオ®

皮下注 300mg シリンジ

LEQVIO® for s.c. injection syringe 300mg インクシランナトリウム注剤

処方箋医薬品 注意－医師等の処方箋により使用すること

新発売



製造販売 (輸入)

(文献請求先及び問い合わせ先)

ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

ノバルティスダイレクト

TEL: 0120-003-293

販売情報提供活動に関するご意見

TEL: 0120-907-026

受付時間: 月～金 9:00～17:30 (祝日及び当社休日を除く)

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等
情報等につきましては、電子添文をご参照ください。