

よこそうをよりよく知るためのフリーマガジン

プロムナード

2026年
8月号
Vol.400

毎月1日発行

「糖尿病が本当に怖い理由

～静かに進行する合併症から体を守るために～」

糖尿病専門医 佐田 幸由

よこそうニュース

『第3回市民公開講座レポート』他

連載

Dr.長田の認知症学事始
谷川博士のお薬よもやま話

よこそう医療福祉情報局

TAKE FREE

糖尿病が本当に怖い理由

～静かに進行する合併症から体を守るために～ (糖尿病専門医 佐田 幸由)

①糖尿病とはどのような病気か？

「糖尿病」とは尿に糖が出る病気と書きます。血糖値が一定のラインを越えて高くなると腎臓で糖が回収しきれなくなり、尿の中に糖が漏れ出します。糖は水を引きつける性質があります。血液中の水分も一緒に引きつけるため尿の量が増えます。さらに、血液中にも糖があふれていると脱水症状に近づくため、のどが渇き水分を多くとるようになります。これが糖尿病の典型的な症状である「多尿・口渇・多飲」です。

なぜ、そのようなことになるのでしょうか。血糖をあげるホルモンは多くありますが、血糖をさげるホルモンは膵臓から出される(分泌される)インスリンのみです。膵臓からのインスリンの分泌が少なくなる状態(インスリン分泌低下)、あるいは、インスリンの効きが悪い状態(インスリン抵抗性)があると血糖が上がります。膵臓はインスリンを分泌しますが、分泌の方法は2種類あります。24時間分泌し続ける「基礎分泌」と、食事などで血糖が上昇することで分泌される「追加分泌」です。まず、通常の追加分泌は、30分から60分のところでピークとなりますが、インスリン分泌の悪い方は徐々にインスリンを分泌するためピークが後ろにずれます(図1)。これを、「インスリン初期分泌遅延」といいます。次に、基礎分泌が下がってくる(減ってくる)ことで、空腹時の血糖が上がります。よって、最初は食後の高血糖となり、その後空腹時血糖が上がります。

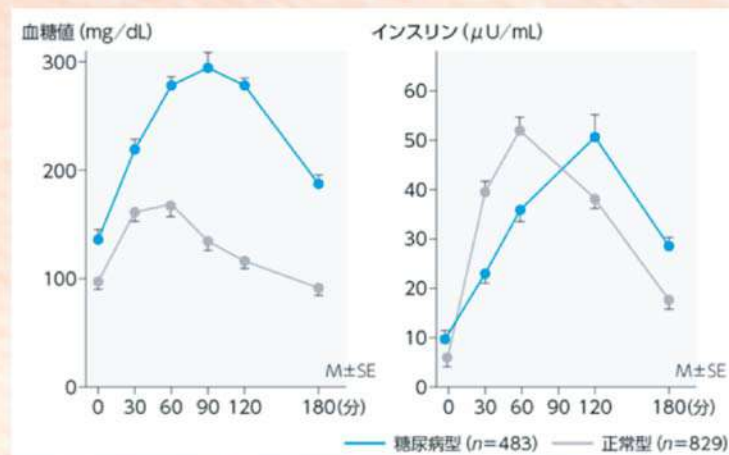


図1. 75gブドウ糖負荷試験にみるインスリン分泌の特徴
田中逸, Diabetes Care 1998 ; 21(7) : 1133-1137 改

②なぜ合併症が怖いのか



血糖が高いだけでは、痛くも痒くもありません。古典的な症状が出ない方もいます。しかし、糖尿病が本当に怖いのは、血管の病気、すなわち「動脈硬化」の病気です。インスリンの追加分泌が少なくなることで食後高血糖となりますが、食事の前の血糖と食事の後の血糖の差を「血糖値(グルコース)スパイク」といいます。この血糖値スパイクの差が大きければ大きいほど、血管の内皮細胞が損傷を受けます。これを繰り返すことで動脈硬化となっていきます。人間のからだには酸素と栄養を送るために全身に動脈があります。太い血管もあれば細い血管もあります。まず、細い血管に関しては、糖尿病の3大合併症といわれているものがあります。神経障害、網膜症(眼)、腎症ですが、典型的にはこの順で出てくることが多いためその頭文字をとって「しめじ」と覚えられます。なぜ合併症が怖いのか。神経障害は非外傷性の四肢切断の原因の第1位、網膜症は成人失明の原因の第3位、腎症は透析導入の第1位になっております。合併症が出ると生活に支障を来すことが多くなります。

③糖尿病3大合併症

糖尿病神経障害

神経は、中枢神経(脳神経)と末梢神経に分かれます。末梢神経は運動神経・感覚神経です。また、内臓を支配している自律神経があります。末梢神経障害は糖尿病の3大合併症の中でもっとも早く現われやすいのが特徴です。神経障害はもっとも長い神経である足の先の感覚神経から現れることが多く、足の裏がジンジンする、砂利を踏んでいる感覚、紙が貼りついたような感覚や、しびれ、痛みがあります。進行すると熱さや痛みが気づかなくなり、やけどや怪我に気づかないことがあります。それが壊疽や骨髄炎となり足切断の原因になる可能性もあります。

自律神経は、内臓(心臓、肺、胃、腸、膀胱など)や腺(内分泌腺、汗腺、唾液腺)、血管などを支配し機能を調整しています。自律神経障害の症状は、胃のもたれ、便秘や下痢の繰り返し、排尿障害、発汗異常、立ちくらみ(起立性低血圧)などがあります。また、低血糖が起こっても動悸や発汗などの警告症状が出せず(無症候性低血糖)、急に意識を失い転倒したり、心筋梗塞が起こっても痛みが気づかず(無痛性心筋梗塞)、重篤になることもあります。

糖尿病網膜症

糖尿病網膜症は、糖尿病によって網膜の血管が障害される病気です。網膜は目の奥で光を感じ取って映像を脳に伝える重要な組織で、細い血管が密に張り巡らされています。血糖値が高い状態が続くと、血管の壁がもろくなって血液が漏れ出し、出血やむくみ(浮腫)、酸素不足が起こります。病気が進行すると、新しい異常な血管(新生血管)が生えてきます。新生血管は非常にもろく、破れて硝子体出血や網膜剥離を引き起こすことがあります。放置すると失明に至ることもあります。

糖尿病性腎症

腎臓の働きは、①からだの水分量を調節する、②老廃物を排泄する、③電解質のバランスを保つ、④血圧の調整をする、⑤血液を産生するホルモン(エリスロポエチン)を分泌する、⑥骨を作るビタミンDを活性化する、などです。腎動脈はどんどん細くなって最後は毛糸の毬みたいになります(糸球体)。その糸球体でろ過されて必要な物質は腎臓で再吸収され、不要なものは尿となり排泄されます。糸球体でどれくらい老廃物をろ過できているかを示す数値が推定糸球体ろ過量(eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate)です。糸球体に動脈硬化が起こると、蛋白質が漏れて、eGFRが低下します。そうすると、腎機能が低下してきて、腎臓の働きの①～⑥が機能しなくなります。最終的には腎不全となり、透析導入となっていきます。

糖尿病性腎症は尿検査(尿中アルブミンや蛋白)と腎機能(eGFR)の値に基づいて5段階に分類されます(次ページ表1)。

第1期(正常アルブミン尿期)	尿に微量アルブミンが出始める時期です。自覚症状はありません。この段階で血糖コントロールを徹底すれば正常に戻る可能性があります。
第2期(微量アルブミン尿期)	尿に継続してアルブミンが漏れ出ます。適切な治療により進行を阻止・遅延させることが極めて重要です。
第3期(顕性アルブミン尿期)	尿に明らかな蛋白が混じるようになります。
第4期(GFR高度低下・末期腎不全期)	腎臓のろ過機能(eGFR)が著しく低下します。
第5期(腎代替療法期)	腎機能が限界に達し、人工透析や腎移植が必要な状態です。

表1. 糖尿病性腎症病気分類 (2023)

病期	尿中アルブミン・クレアチニン比 (UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比 (UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 (eGFR, mL/分/1.73 m ²) 注3
正常アルブミン尿期 (第1期) 注2	UACR 30未満	30以上
微量アルブミン尿期 (第2期) 注4	UACR 30～299	30以上
顕性アルブミン尿期 (第3期) 注5	UACR 300以上あるいは UPCR 0.5以上	30以上
GFR 高度低下・末期腎不全期 (第4期) 注6	問わない注7	30未満
腎代替療法期 (第5期) 注8	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、付表を参考として慢性腎臓病 (CKD) 重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR 60 mL/分/1.73 m² 未満の症例は CKD に該当し、糖尿病性腎症以外の CKD が存在しうするため、他の CKD との鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づく eGFR の低下を認めた場合、血清シスタチン C に基づく eGFR を算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準 (糖尿病 48: 757-759, 2005) に従って鑑別診断を行った上で、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行および大血管障害のリスクである。GFR 60 mL/分/1.73 m² 以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR 60 mL/分/1.73 m² 未満から GFR の低下に伴い腎イベント (eGFR の半減、透析導入) が増加するため注意が必要である。

注6: CKD 重症度分類 (日本腎臓学会, 2012 年) との表現を一致させるために、旧分類の「腎不全期」を「GFR 高度低下・末期腎不全期」とした。

注7: GFR 30 mL/分/1.73 m² 未満の症例は、UACR あるいは UPCR にかかわらず、「GFR 高度低下・末期腎不全期」に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の CKD との鑑別診断が必要である。

注8: CKD 重症度分類 (日本腎臓学会, 2012 年) との表現を一致させるために、旧分類の「透析療法期」を腎移植後の患者を含めて「腎代替療法期」とした。

糖尿病 2023 ; 797-805

④心筋梗塞・脳梗塞の関係

大血管障害として怖いものは心筋梗塞と脳梗塞です。心筋梗塞や狭心症は糖尿病の重大な合併症のひとつです。糖尿病患者の冠動脈疾患リスクは非糖尿病患者の2～3倍となっています。特に、血糖・血圧・脂質の管理が不十分な場合に、冠動脈がつまりやすく、突然の心臓発作を引き起こす可能性があります。また、糖尿病患者の脳梗塞発症リスクは約2～4倍となっておりますが、高血圧患者の脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血) の発症リスクは約5倍です。高血圧により常に血管に強い圧力がかかることで血管がもろくなり、さらに糖尿病による血管の炎症や動脈硬化が合わさるため、血管障害のスピードが非常に速くなり両方を抱えている方は脳梗塞だけでなく、心筋梗塞などのリスクも劇的に高まります。

⑤予防のために大切なこと

糖尿病の治療は、食事療法、運動療法が基本であり、それらの補助として薬物療法があります。食事療法ですが、まずは1日3食を基本として、規則正しく食べてもらうのが良いです。朝食を抜かすと、脂肪細胞から遊離脂肪酸が出て、肝臓で糖を作り出す (糖新生の) 材料になります。その遊離脂肪酸が血液中に増加するとインスリンの効きを悪くします。昼食を食べる時にインスリンの効きが悪いため血糖は上昇します (2食現象)。また、朝食後に食物繊維が数時間かけて大腸に届くと腸内細菌によって「短鎖脂肪酸」に変えられます。これがインスリンの効きを高めるホルモン (GLP-1) の分泌をうながし、昼食を食べたときの血糖値を下げやすくしますが、朝欠食すると効果が得られませ

ん。さらに、朝食を食べていないためドカ食いになる可能性があります。次に、野菜から食べるようにします (高齢者は筋肉の維持のため蛋白から取りなさいといわれております。野菜から食べると蛋白の摂取までたどりつかない可能性があります)。食物繊維は20g以上摂取するのが望ましいです。食物繊維を増やす方法として、野菜などを増やして食物繊維を多く取ります。野菜類、きのこ類、海藻類を加熱することでボリュウムを小さくし、多く摂取することで咀嚼 (噛む) 回数が増えて、ゆっくり食べることに繋がります。主食より先に食べることで満腹感も得やすく、食べ過ぎ防止につながります。また、全粒穀物 (玄米、シリアル、ライ麦パン、全粒粉パンなど) にも多く食物繊維が含まれているため摂取するのがお勧めです (表2)。

一方、日本人は夕食に摂取量が多くなる傾向にあります。炭水化物の摂取は夕食時に多く摂取するよりも、朝に多く摂取した方が全体の血糖値は低下します。もし、当院に受診されている

表2. 穀物内に含まれる繊維量の目安

主食の種類	エネルギー量kcal	水溶性繊維 g	不溶性繊維 g	合計繊維量 g
白米ご飯1膳	252	0	0.5	0.5
発芽玄米1膳	250	0.3	2.4	2.7
そば1玉	274	1.0	1.7	2.7
ライ麦パン	264	2.0	3.6	5.6
シリアル	215			8.3

注意: シリアル等に関しては自身で成分表で確認をしてください。

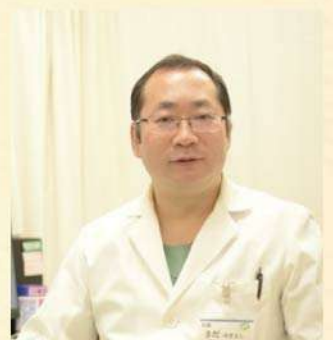
方で、食事で気になることがありましたら、管理栄養士による栄養指導がありますので外来主治医に相談して下さい。次に、運動療法には、有酸素運動とレジスタンス運動があります。有酸素運動は、個人の心肺機能に応じて酸素を十分に取り入れて行う運動です。血糖改善効果や長時間行うことが可能です。レジスタンス運動は、筋肉に負担をかけて行う運動です。筋肉量と筋肉の維持や増加、血糖改善効果があります。また、有酸素運動は食直後から15分以内に10～15分程度行うのが効果的です。さらに、運動に時間が取れない方も立っている時間を多くする、仕事中の動作、家事など日常生活活動だけでも、エネルギー消費量は違ってきます (非運動性熱産生: NEAT)。最後に、体重 (肥満) があると脂肪細胞が大きくなります (肥大化)。肥大化した脂肪細胞からインスリンの効きを悪くする因子を多く出し、インスリンの効きを良くする因子が少なくなります。それによりインスリンの効が悪くなり、血糖の上昇を引き起こします。適切な体重管理が重要になってきます。

⑥健康診断・早期受診の重要性

血糖値が高くても痛くも痒くもなく無症状です。血糖は血液検査をしない限りわかりません。病院やクリニックで薬だけもらっている方は、採血していない方もいると思います。普段から病院にかかっているから大丈夫と思っていて、実際採血してみると血糖が高いことがあるかもしれません。かかりつけ医で定期的に採血を行うか、または健康診断を受けて血糖が高いか否か確認して下さい。健康診断では、空腹時血糖100mg/dL以上、HbA1c5.6%以上を軽度異常や要経過観察に分類します (糖尿病の診断基準は空腹時血糖126mg/dL以上、HbA1c6.5%以上)。もし、基準にひっかかるようでしたら、早期受診し自身の膵臓からのインスリン分泌能がどれくらいあるか精密検査を受けて下さい。早期に発見し、日常生活を注意することで糖尿病の予防につながります。

佐田 幸由/Yukiyoshi Sada 部長

- ・聖マリアンナ医科大学 (2004年卒)
- ・聖マリアンナ医科大学病院
- ・医学博士
- ・日本内科学会認定内科医・指導医
- ・日本糖尿病学会専門医・研修指導医
- ・日本内分泌学会専門医・研修指導医
- ・日本肥満学会認定肥満症専門医
- ・老年科専門医・指導医
- ・日本医師会認定産業医
- ・日本専門医機構 内分泌代謝・糖尿病内科領域専門研修指導医





にんちしょうがくことはじめ

脳の大きさと優れた能力

今から87年前の昭和14年(1939年)に岩波書店から発行された「傑出人の脳の研究」という書籍には、明治以降の日本における偉人や著名人の脳の重量や形状について詳細に記載されています。日露戦争時に内閣総理大臣を務め66歳で亡くなった桂太郎の脳は1600g、内閣総理大臣や立憲民政党総裁などを歴任し61歳で亡くなった濱口雄幸の脳は1495g、1916年に49歳で

亡くなった文豪夏目漱石の脳は1425gで、いずれもその当時の日本人男性の脳重量の平均値の1350gよりも随分重く大きかったことから、著者は「優れた能力を発揮した人物の脳は一般人よりも重く、その能力に相当する中枢が発達している」と考察しています。すなわち、大きな脳は優れた認知機能に関連する可能性を示唆していますが、74歳で亡くなった理論物理学者の湯川秀樹の脳は1370gと平均的サイズで、76歳で亡くなったアルバート・アインシュタインの脳は1230gと平均よりも小さかったことが報告されており、脳の大きさと優れた能力との関連性は必ずしも全ての人には当てはまらないようです。

脳の大きさと認知レジリエンス

Text & Illustration by
Ken Nagata

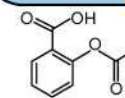
ところが、米国で1990年代から続けられている修道女を対象にした研究では、頭囲すなわち帽子のサイズの大きな女性は、頭囲の小さな女性に比べて老年期に認知症を発症するリスクが低いことが報告されました。さらに、米国で65歳以上の地域住民450人を対象にした研究では、頭囲の大小は認知症発症のリスクとは直接は関連しませんでした。認知症を発症した人の中では、頭囲が大きい人は頭囲が小さい人に比べて認知症の進行が緩やかなことが示され、頭囲

が大きいこと、すなわち大きな脳は、認知症になり難く、認知症の進行に抗う認知レジリエンスにつながる可能性が示唆されます。また英国で66歳から75歳までの男女215人を対象に3.5年間追跡した研究では、生まれた時の頭囲は、大人になってからの記憶などの認知機能検査の成績や認知機能低下のリスクとは関連しませんでした。大人になってからの頭囲が大きな人は、頭囲

が小さな人に比べて、認知機能検査の成績が優れ、観察期間中に記憶を含む認知機能低下を呈するリスクも低いことが明らかにされました。こうした結果から、幼児期や学童期の脳の発達、老年期の認知レジリエンスを培う可能性が注目されています。

次号連載第四十七回
に続きますお薬にまつわる
あんな話こんな話
そんな話

谷川博士の



お薬 よもやま話

薬剤部長
谷川 浩司

<連載第37回>

Illustration by Ken Nagata

戦国時代とお薬(前編)

—— 応仁の乱から大坂の陣へ、乱世の中で薬はどう変わったか ——

応仁の乱が始まった1467年、日本は長い戦乱の時代に入りました。そして1615年の大坂夏の陣で豊臣氏が滅びるころ、戦国の時代は大きく幕を閉じます。この約150年のあいだに、人びとの暮らしは大きく変わりましたが、「お薬」もまた、静かに姿を変えていきました。寺や公家の知識として守られていた薬が、戦場や城下町、そして庶民の暮らしへと広がっていったのです。

応仁の乱のころ

—— 薬はまだ“限られた人の知”だった ——

応仁の乱の前後、医療や薬の知識は、主に寺院、僧侶、公家、そして一部の知識人が担っていました。中世の日本では、病気を治すことは、祈りやまじないと完全に切り離されていたわけではなく、仏教や陰陽道的な考え方も重なっていました。その一方で、中国から伝わった医学書にもとづく薬の知識はすでに広まりつつあり、薬草や生薬を組み合わせて使う実践も行われていました。つまりこの時代の「お薬」は、まだ近代的な意味での治療薬ではないものの、経験と文献の両方に支えられた技術だったのです。

戦乱の拡大

—— “戦場の薬”が重要になる ——

戦国時代に入ると、薬の役割は大きく変わります。戦が増えると、刀傷、矢傷、火傷、

打撲、出血、感染のような外傷への対応が重要になりました。ここで力を発揮したのが、いわゆる金創医の世界です。気付け薬、止血薬、貼り薬、煎じ薬などが用いられ、傷を負った人を生かすための技術が蓄積されました。国立国会図書館系の調査資料でも、室町後期の^{やましなときづく}**山科言継**が、火傷に対して気付け薬、血止め薬、付け薬、内服薬を使ったことが紹介されており、乱世の医療がかなり実践的であったことがうかがえます。

ここで大事なことは、戦国時代の薬が「病気のためだけ」でなく、「生き延びるための道具」でもあったことです。戦で傷ついた武士はもちろん、兵の移動や避難で疲れきった人びとにとっても、体力を保つ薬、腹痛や熱に対応する薬、傷をふさぐ薬は欠かせませんでした。乱世は悲惨でしたが、そのぶん、効く薬・役立つ薬への要求は強かったのです。



京都市上京区の清浄華院にある山科言継の墓

【山科言継】

戦国時代の公卿であり、父は山科言綱、実母は女孺で、養母は中御門宣胤の娘です。永正17年(1520年)に元服し、

内蔵頭として朝廷に正式に出仕しました。言継は、医薬の専門知識を持ち、知人や近所の町衆に診察・投薬を行いました。

参考文献

1. 新村拓 編『日本医療史』吉川弘文館、2006年。
2. 服部敏良『室町安土桃山時代医学史の研究』吉川弘文館、1971年。
3. 龍野一雄『漢方医学大系 第16巻』雄渾社、1978年。

次号も博士のよもやまが続きます



よこそう 医療福祉情報局 No.39

外来からの予定入院、救急車で搬送された突然の入院など、入院経路はさまざまです。不安なこともあると思いますが、入退院支援の相談窓口がありますので、お声がけください。

入退院支援相談

【入院前支援】

入院前支援は、入院が予定されている患者さんを対象に、入院前から退院後に向けさまざまな支援が行われています。

※メリット

入院するまでの不安や入院に対する疑問など、必要に応じてさまざまな専門職と相談ができます。

事務…入院の手続きや必要なものの案内
薬剤師…お薬の相談
管理栄養士…アレルギーや食事の相談
入退院支援看護師…入院生活や退院後の相談
医療ソーシャルワーカー…福祉・社会的な課題の相談

【退院支援】

退院支援は、患者さんが安心して入院生活を送り、退院後も安全に療養を継続できるよう、患者さんやご家族と相談しながら療養先を選定し、環境を整えていきます。各病棟には担当の入退院支援看護師と医療ソーシャルワーカーが配置されています。

入院前の生活状況から退院後の生活の場の検討

【身体面】

ADL
認知機能
既往歴
服薬状況

【生活面】

自宅の構造
お暮しの人数
介護保険の有無

【社会面】

キーパーソンの有無
家族の介護力
経済的な課題
就労状況

【心理面】

入院・治療への不安
意思決定能力

入院中から始める退院の準備

退院直前になってから退院準備を始めると、時間が足りず、必要な手続きやサービス手配が間に合わないことがあります。入院中に治療と並行して、介護保険の申請など各種手続き、療養先の相談、在宅サービスの調整など相談しながら進めていきましょう。

横浜総合病院の相談窓口は地域医療総合支援センターです。お気軽にお声がけください。☎ 045-903-7152（患者相談室）

急な入院！不謹慎だけど…



Text & Illustration by
Masami Honna
(Medical Social Worker)

今月の 健康 ごはん

材料があれば5分で簡単に作れます。

豆腐とシラスで良質なたんぱく質を手軽に補給できる一品です。オクラには食物繊維やビタミン類が含まれ、腸内環境を整える働きも期待できます。火を使わずに短時間で作れるので、暑い季節やあと一品欲しい時にもおすすめです。

シラスのさっぱり冷奴

材料(1人前)

木綿豆腐…1/3丁(100g)
シラス干し…10g
オクラ…1本
ポン酢しょうゆ…小さじ1

作り方

- 1 オクラを5mm幅程度の小口切りにする
- 2 豆腐の上にオクラとシラスをのせる
ポン酢しょうゆをかけたら完成



エネルギー90kcal
たんぱく質10.9g
食塩相当量0.7g

江崎 朋香(管理栄養士)

医療を支える寄付のお願い

当院では今後も地域の皆様に安全で安心な医療を提供していくため、寄附金を受け付けております。皆様の格別のご支援を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。皆様からいただいた寄附金は診療機能の向上のための医療機器等の購入、療養環境の整備等に活用させていただきます。



ご質問・ご不明な点がございましたらメールまたはお電話にて下記までお問合せください。

医療法人社団 緑成会
横浜総合病院
総務人事課

☎ 045-902-0001 (代)

メール
yokoso-info@yokoso.or.jp

お詫びと訂正

プロムナード 2026 年 7 月号の特集記事におきまして掲載内容に誤りがございました。読者の皆様ならびに関係者の皆様にご迷惑をおかけいたしましたことを深くお詫び申し上げます。

(プロムナード編集部)

【訂正箇所】P3 最下段「開腹手術」の項目

開腹手術

進行がん・痔がん・進行大腸がん・緊急手術

体への負担：
メリット：

回復目安：

誤

開腹手術

進行がん・痔がん・進行大腸がん・緊急手術

体への負担：大
メリット：視野が広く複雑な操作に対応できる
回復目安：2～4週間・入院2～4週間程度

正

第3回市民公開講座レポート

開催レポート「フレイル予防で長寿社会をイキイキと！実践編」

当日の様子

6月27日、第3回市民公開講座を開催しました。
今回は、前回ご好評をいただいた「フレイル予防で長寿社会をイキイキと！」の続編として、「実践編」をテーマに実施。地域の皆さまに多数ご参加いただきました。
講座では、医師・理学療法士・作業療法士・管理栄養士が、それぞれの専門的な視点から、日常生活の中で取り組めるフレイル予防についてわかりやすく解説しました。
「運動」「頭とこころの活動」「食事と栄養」。
健康寿命を延ばし、いつまでも自分らしく生活するためのヒントが詰まった2時間となりました。



岩淵 聡 病院長



長田 乾 神経内科医師



会場の様子

講演ダイジェスト

「身体的フレイルの予防
～人生100年時代！サルコペニア・
フレイルに負けない体づくり～」
福島 隆史 理学療法士 (PT)



大切なポイント
身体を動かすこと

- ・ 下肢筋力
- ・ 転倒予防
- ・ 継続が大切

「生活からはじめるフレイル予防
～頭・こころを動かすために～」
森下 容丞 作業療法士 (OT)



大切なポイント
考える力とやる気を育てる

- ・ 家事で頭を使う
- ・ 趣味や生きがいを持つ
- ・ 人と繋がり、社会に参加する

「おいしく食べてフレイル予防
～カンタン調理で栄養UP～」
江崎 朋香 管理栄養士



大切なポイント
楽しく作って美味しく食べること

- ・ タンパク質
- ・ 簡単調理
- ・ 低栄養予防

参加者の皆さんからこのような質問を頂きました

Q1：一日に必要なタンパク質は
どれくらいですか？

A：目安は1日約80gです。
ただし、食材の重さ＝タンパク質の量ではありません。
例えば、100gのお肉に含まれるタンパク質は、部位によって異なりますが、平均すると約20～25gです。
そのため、必要なタンパク質量を意識しながら、肉や魚、卵、大豆製品などを組み合わせて摂取することをおすすめします。

Q2：タンパク質を摂りたいのですが、お肉を食べる際のおすす
めの調理方法はありますか？

A：少量の油を使って炒める調理法がおすすめです。脂溶性ビタミンの吸収を助けるほか、お肉もやわらかく食べやすくなります。また、野菜と一緒に調理することで、栄養バランスも整いやすくなります。

Q3：足上げ運動では、足首の向き
や足を上げる高さはどれくら
いがよいですか？

A：足首の向きは自由で構いません。リラックスした状態で行いましょう。足を高く上げるほど負荷は大きくなりますが、無理をせず、ご自身が続けられる範囲で行うことが大切です。

参加者の声



60代・女性
「運動や食事について分かりやすく説明していただき、自宅でも実践してみようと思いました。日頃の生活を見直す良いきっかけになりました。」

60代・女性
「実際に体を動かしながら学べたので、とても分かりやすかったです。これからも健康維持のために続けていきたいです。次回の講座も楽しみにしています。」

70代・男性
「講師の先生のお話がとても分かりやすく、楽しく学ぶことができました。普段から気になっていたことも理解でき、大変参考になりました。」



まとめ

フレイル予防に大切なのは、特別なことではなく、毎日の生活の中で「身体を動かす」「人とつながる」「しっかり食べる」といった習慣を、無理なく続けていくことです。

今回の市民公開講座では、医師をはじめ、理学療法士・作業療法士・管理栄養士が、それぞれの専門的な視点から、今日から実践できるフレイル予防についてお話ししました。

当院では、地域の皆さまが住み慣れた地域で、いつまでも自分らしく元気に暮らせるよう、今後も健康づくりに役立つ情報発信や市民公開講座を継続してまいります。

なお、第4回市民公開講座は冬頃の開催を予定しています。どうぞお楽しみに。



8/1(土)~

あざみ野駅循環コース

循環バス 増便します！



お昼時に

2本

増えます！

増便！

病院発	あざみ野駅	病院着
11:50	12:00	12:10
12:20	12:30	12:40

12:50 13:00 13:10

*土曜日の午後は運休です

13:20 13:30 13:40

13:50	14:00	14:10
14:20	14:30	14:40

時刻表はこちら▶



編集後記

毎日暑いですね。病院では「冷房が寒い」という声と、「いや、暑い」という声が同じ日に聞こえてきます。室温の正解は、どうやら永遠のテーマのようです。暑さで食欲が落ちやすい季節ですが、そんな時こそ食事は健康づくりの基本。今月号からは、管理栄養士監修による「簡単レシピ」の連載もスタートしました。手軽に作れて栄養もしっかり摂れる一品をご紹介します。まだまだ暑い日が続きますので、水分補給を忘れず、元気に夏を乗り切りましょう。

(TOMO KAWAI)

院外処方に始まり集中会計、バスの増便…。今年は色々とよこそう変革の年なのかもしれませんが、地域に根差した医療という基本に変わりはありません。今月号も無事脱稿いたしましたことをご協力いただいた関係各位に厚く御礼申し上げます。

(TAKEHITO OGOMA)

プロムナード VOL.400

〒225-0025 横浜市青葉区鉄町2201-5

TEL 045-902-0001

発行日：2026年8月1日

制作・編集：医療法人社団 緑成会 横浜総合病院
総務人事課『プロムナード』編集室

発行人：岩淵 聡



よこそう

