

ング) 検査の臨床導入により, 短時間に網羅的なゲノム解析が可能となり, ゲノム情報に基づく探索的な個別化医療が進んでいる. Precision

Medicine(高精度医療)とよばれるこの手法は, 今後, ゲノム情報に基づく臓器横断的がん治療を推進する.

## 10. 睡眠呼吸障害の臨床

川崎医科大学呼吸器内科学 小賀 徹

睡眠呼吸障害は, 睡眠中に異常な呼吸を呈する病態の総称であり, その代表疾患は, 睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome : SAS) である. 睡眠時無呼吸は, 睡眠中に呼吸努力を伴う閉塞性睡眠時無呼吸と, 呼吸努力を伴わない中枢性睡眠時無呼吸とに大別され, 多くは前者である. 閉塞性睡眠時無呼吸では, 通常いびきを伴い, 肥満はその重大な危険因子であるが, 加齢や顎顔面形態も関連する. 眠気など自覚症状は多彩だが, 必ずしも頻度は高いわけではないので, 注意する. SASは, 肥満度の高い欧米人に多いと誤解されやすいが, アジア最大級の「ながはまコホースタディ」においても, 中等症以上が12%と, 本邦においても欧米と同等の有病率の高い疾患であった (ERJ 2020). 肥満がなくても, 高血圧や糖尿病といった生活習慣病の

存在だけでもSASの頻度は上がっており, 肥満だけでなく全身性疾患の特性が明らかとなった. 同時に, 呼吸器関連では, 慢性の咳の症状や, 喘息, COPD (chronic obstructive pulmonary disease), 肺線維症などの疾患とも関連し, それらの局所病態に影響するので, その合併には注意が必要である. 近年, SAS患者の第一選択治療である持続気道陽圧 (continuous positive airway pressure : CPAP) 管理において, 遠隔モニタリング加算が導入されて普及し, アドヒアランスを維持しながら対面診療間隔を延長し, 診療向上に貢献している. またCPAP不耐の場合, 舌下神経電気刺激法といった治療も最近保険適用になり, 治療の選択肢は増えている. また, 「睡眠時無呼吸症候群 (SAS) の診療ガイドライン 2020」が発刊され, 診療に役立っている.

## 11. 結核診療の最前線

国立病院機構東京病院呼吸器センター呼吸器内科 佐々木結花

結核診療は本邦において旧弊な印象が持たれがちであるが, 罹患率が本邦に比しはるかに低い米国でも, 年々結核の教科書は改訂され, 基礎研究, 臨床の面で歩みが止まることはない. 2021年, 本邦は結核低蔓延国である人口10万人当たりの新登録全結核患者数が10.0人を下回る9.2となった. しかしCOVID-19の世界的なパンデミックの影響を受けているため, 2022年以降

の対策の手を緩めてはならない.

本邦の結核患者の特徴として, 1) 高齢者の比率が高い, 2) 小児結核患者数が少ない, 3) HIV患者の影響が少ない, 4) 薬剤耐性, 特に多剤耐性結核患者の影響が少ない, 5) 外国出生結核患者が若年者の罹患率を押し上げている, という特徴がある. 結核診療においては, 「早期発見・早期診断・完全な治癒」が必須である. 早期発

見では受診・診断の遅れの短縮化が重要であり、特に高齢者における結核発病をいかに早く診断するかが、今後の課題となる。特に身体的・精神的状況から、画像検査を受けがたく喀痰を採取しがたい状況にある高齢者の結核診断は困難な場合が多い。治療においては、欧米においては薬剤感受性・多剤耐性結核の両者で新規薬剤の導入、治療期間の短縮化が進行中であり、本邦で保険収載されていない薬剤の導入を含め、これらの治療を本邦でどのように取り入れるかが課題となる。

今後、結核患者数が減少し、「病棟単位での感染性結核患者の入院治療」から、「一般病院における結核病床(ユニット化、2類病床の転用、モデル病床)における入院治療」が行われる地域が増えていくことが予想される。また、結核診療における解決すべき問題として、海外出生者の入国前検診、迅速な主要抗結核薬薬剤感受性検査結果を得ること、高齢者の結核治療、などが挙げられる。結核への関心を失わず、人材を育成し、結核治療の質の向上を図っていく必要がある。

## 12. 心疾患患者における緩和ケア

北海道大学大学院医学研究院循環病態内科学教室 安齊 俊久

心血管疾患に対しては、近年多くの薬物・非薬物治療が開発され、生命予後は改善された。しかしながら、救命率の向上は疾患の慢性化をもたらし、社会の高齢化と相まって、生活の質(QOL)をいかに改善させるかが喫緊の課題となっている。患者・家族のQOLを改善させるためのチームアプローチである緩和ケアは、治療が有効でなくなった患者だけでなく、生命を脅かす全ての病が対象とされており、2014年に発表された世界保健機関の報告によれば、終末期に緩和ケアを必要とする疾患の中で、心血管疾患はがんを抜いて第一位を占めている。また、たとえ終末期に至らなくても、心不全をはじめとした心血管疾患患者の多くは、身体的な苦痛に加えて、不安や抑うつなどの心理的苦痛、経済的あるいは仕事・家庭内での問題といった社会的な苦痛、さらには生きがいの喪失といったスピリチュアルな苦痛を抱えている。QOLを改善させるためには、これらの全人的苦痛を早期の段

階から多職種協働チームによって適切にアセスメントし、対処することが重要である。最近、日本循環器学会より「循環器疾患における緩和ケアについての提言」が発表され、脳卒中を含む全ての循環器疾患において、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)による意思決定支援ならびに患者・家族の生活の質改善を目指した多職種アプローチの重要性が提唱された。低侵襲カテーテル治療や植込み型の医療機器などにより心血管疾患患者の生命予後は大きく改善してきたが、これらの治療を受けるに当たっての意思決定支援やQOLを改善させるためのチーム医療の重要性はますます高まっており、高度医療と表裏一体を成す緩和ケアの普及が循環器領域においても求められている。ただし、適切かつ十分な循環器医療を実施されていることは緩和ケアを行う上での必須条件であり、循環器診療の質を担保した上での適切な緩和ケアの普及・均霑化が重要である。