

元MRが語る・医療と生物の信じられない実態

～ 目次 ～

1. “少子化”に追い打ちを掛ける！地方発・産婦人科の激減に対する苦悩 2
2. 人の手で広まった“外来種”を、無理矢理減らす事は問題がないのか！？ 8
3. “環境ホルモン”は、人類を、地球上の生物を少しずつ追いつめている 14
4. 差別、裁判沙汰など様々な問題山積。だが医学的に“ハンセン病”を解く 22
5. 寝ている時だけではない！仕事の最中にも“睡眠時無呼吸症候群”の恐怖が 29

企画・製作 より良い医療と生物を考える研究会

<http://www.unlimit517.co.jp/melmaga.htm>

発行責任者 田畑 拓也

1. “少子化”に追い打ちを掛ける！地方発・産婦人科の激減に対する苦悩

全国で、大学病院から“産婦人科医”の派遣を受けている病院が、な～んと約1, 100も存在！！しかし、今年度中に派遣中止が100以上もあるのだ…。

【今ここにある危機・・・】

上記は、“日本産科婦人科学会”の調査である。この調査で、実に深刻な「産婦人科医不足」進行している事が、浮き彫りにされた。特に、人口が少ない地方・地域から、姿を消しているという現実がある。

「それは、どうしてか？」

大学病院では、ただでさえ少ない「産婦人科医」を中核都市に集中させているからだ。まあ、一つは、希少価値である「産婦人科医」を確保し、大学も生き残りを賭けているという事だろう。

もう一つは、少ない「産婦人科医」を効率良く派遣するには、分娩数が多く施設が整った中核都市に集めざろう得ないという切実な問題もある。

そのため、地方では当てにしていた「産婦人科医」を確保出来ないために、これ以上『産婦人科』を続けて行けなくなっているのである。

ところで、私も普通に「産婦人科」と言っているが・・・

【“産婦人科”の実情】

これは皆さんもご存じと思うが、「産科」と「婦人科」が合わさって出来た言葉である。双方に密接な繋がりがあり、切り離せないという事実からも使用されて来たのだと思う。また、“病院経営”の面からも言えるだろう。

『ところで、これら「産科」「婦人科」ってどんな事をしているの？』

「産科」…端的に言えば、“妊娠の可能性”があるのであれば「産科」を選択する。具体的には[分娩][妊婦検診][人工妊娠中絶手術][産褥検診]など

* “産褥”とは＝分娩終了直後から、産道の復旧完成までの約6週間

よく「母体保護法(旧・優生保護法)指定医」という看板を掲げている病院・医院があるが、これは、“人工妊娠中絶”を行う医師がいるという意味である(この看板がない場合は“もぐり”で法律違反)。

「婦人科」…月経やおりものの事から、セックスに関する相談、その他、妊娠、不妊、避妊の事など、トータルで「女性の身体に関する事」の診察・治療を施す。

具体的には[月経異常][月経前症候群][おりものの異常・性感染症]
[不妊症(産科の場合も)][子宮内膜症・子宮・卵巣の疾患(子宮筋腫、卵巣嚢腫など)][避妊相談、緊急避妊][がん検診(子宮がん、卵巣がん、乳がん)]など

「何故、これら人間の根幹を扱う重要な“産婦人科医”が減ってしまったのか？」

ここで「平成14年(2002)と平成6年(1994)の厚労省による“診療科名別にみた医療施設に従事する医師数”という統計を比較してみたい。

	平成14年	平成6年	
全国の医師数(人)	249,574	220,853	(+28,721)
産婦人科医数(人)	10,618	11,039	(-421)
全体に占める割合 (産婦人科医)	4.3%	5.0%	(-0.7%)

8年間で、421人減り、全体の医師に占める割合も、0.7%も減少してしまった。間違いなく、医学生達は“産婦人科医”を目指していない、選択していないという事だ。

それでは・・・

「医者のお達りに映る“産婦人科医”像、又は、

結果として、“選択されない実像”とはどういうものなのだろうか？」

【これだから嫌われる“産婦人科医”】

これだから、“嫌われる”という理由が確かにある。

問題点も含めて、以下に記したい。

1. 病院・医院では、昼夜を問わない「分娩」を扱うために、“医師が長時間の拘束”を受ける。
2. 1に関して、医師の絶対数が少ないために“勤務時間が不規則”。「当直」という夜勤後にも、平常の勤務を強いられるなど、いつも“過重労働体制”である。
3. 予定が立たないため、“診療レベルの向上”を目指すために重要な「学会」の出席などは、制限されたり、無理になったりする。
4. “過重労働”によって、必然的に「診療の質やレベル」が低下してしまう。
5. 他の科目に比べ、「異常分娩」や「出産した胎児」の問題などに関する医療過誤やミスを突かれた『医療訴訟』が非常に多い。
6. 若年層で、“産婦人科医”を選択してくれないために、「産婦人科医の高齢化」が加速されている。また、それらの人は、大学から独立・開業を果たすなどして、“派遣の対象”とはならない。

こういうのが「嫌われる理由」である。現代人気質を考慮に入れると、極めて“当たり前”の事である。ここに無理矢理「医師の倫理」などを押し付けても、どうしようもないだろう。

「問題は、地元(田舎)で“陣痛”が起こっても、処置が出来ないという現実…」

『実際に起こっている事』を、“北海道の事例”で示してみたいと思う。

【北海道でもこれだけある・・・】

皆さん、本音は、地元で「子供を産みたい」と願っていると思う。でも、現実には既に「中核都市」に“産婦人科医”が集められ、そこをセンター化し、[分娩の集中化]が行われている。

それを更に、「より大きな中核都市」に集中しようというのである。北海道などでは、そこに行くまでに1～2時間掛かる事は、ごく普通の事例だ。それを“産婦人科医”の減少を背景として、「もうチョッと妊婦さん、我慢してくれ！」というのが今のやり方だ。

例えば(ほんの数例)、

●道立・紋別病院では、旭川医大が「産婦人科医の不足」を理由に、常勤医2人の引き揚げを決定。7月から分娩取りやめを余儀なくさせられた。だが、ここでは年間約“250例”もの分娩を行っていたのである。

もうチョッと・・・＝遠軽厚生病院をセンター化、出産や手術をここに集中させる(しかし、紋別→遠軽まで車で45分かかる)。

●市立・千歳市民病院でも、一昨年まで3人いた常勤医が、現在は、非常勤が1人。そのしわ寄せとして、3人体制の時は、毎月約50例の分娩を行っていたのだが、今ではその1/5に絞っている。

●後志管内(小樽市も含まれる)にある余市協会病院でも、一昨年秋から、産婦人科医が“非常勤”となり、現在は“外来のみ”の対応。

○伊達赤十字病院は、すんでのところ助かる。現在の産科の派遣医が、北大に引き揚げてしまうため、4月から分娩の休止を予定していたが、札幌東豊病院から、新たに医師を派遣してもらう事になった。

北海道と遠く離れた「沖縄」でも次のような事例アリ

●名護市にある県立・北部病院の産婦人科でも、“産婦人科医”が不足し、存続が危ぶまれている。現在は、県立・中部病院の応援を得ているが、既に1人の退職が予定されている。

中部病院も、他の県立病院への応援で業務が逼迫しているために、これ以上の“派遣継続は困難”になっている。今まで、北部地区の中核病院として「異常分娩」や「緊急手術」などが集中していた北部病院の産婦人科廃止は、地域医療に深刻な影響を与える(2003年度・救急受け入れが611件)。

「これは決して、北海道や沖縄だけの問題ではない。全国でも・・・」

大学病院から派遣を受けている病院 1, 096

2003～4年度で“産婦人科医”が減少	173 (15%)
	↓
“産婦人科医”がゼロになってしまった	117 (減少の中で約68%)
	↓
定員が4人以下の病院	105 (ゼロの中で約90%)

つまり、大学病院が「小規模な病院」との提携を切ったのである。ハッキリ言えば、『金にならない地域の病院』は切り捨てた。“産婦人科医”が不足してしょうがないんだから、後は、「妊婦さん、勝手にしてよ」もうちょっと付け加えれば、「嫌なら、都会に住めば」という割り切りが見て取れる。

こんな折りに・・・

【国の“少子化対策”の中で】

厚労省も、実は、“少子化対策”の努力をしている。

☆2005年度から始まっている「不妊治療費の助成制度」。体外受精などの「不妊治療」は、“医療保険の適用外”である。しかし、実際に体外受精1回当たりに、30～40万円と高額の治療費が必要。

それらを助成するために新設された。対象は、年収が650万円以下の夫婦。都道府県が指定する医療機関で「体外受精などの不妊治療」を受けると、年間最高で10万円(何かエラく少くないか?)を援助。

↓

この安い金額のせいか、国のPR不足かは分からないが、「申請者」が今のところ、“すごく少ない”との事だ。

☆2006年の通常国会に提出を目指しているという。それらは、医療制度改革の一環として検討される「医療保険が使えない出産費用の保険適用」や「出産時に支払われる一時金30万円の増額」などである。

「両制度とも、“少子化対策”としては、良いと思うし、必要だ」

ただし、出口(産婦人科)のところで、『動脈硬化』を起こしているのをどうにかしないと、女性だっても“生む気”にはならないだろう。

《私の考える解決策(“医師の倫理”とは程遠いが…)》

- ◎拘束時間を緩和するために「シフト制勤務」をしっかりと守らせる。翌日に、勤務を無理強いしないように。
- ◎給与面において、「他の科」の医師との差別化を図る。勤務医(常勤)においては、基本給で1.5～2倍くらいの差を付ける。
- ◎住宅手当、夜勤手当、不規則生活手当など、“福利厚生”を充実させる。
- ◎男性の“産婦人科医”は減っているが、女性は増えている。彼女らへ最大限の協力とサポート体制を確立させる。男性のサポートも手厚くする。
- ◎「産婦人科」を色眼鏡で見ないようにする(特に男性がスケベ心で)。
- ◎大学などの派閥で「医師を取り合う」などという愚かな事を止める。
- ◎病院・医院に頼れないのであれば、「助産師(旧・産婆さん)」を増やすのと同時に、その人達が見える「助産所」などの施設を増加し、拡充させる。
- ◎病院同士の「オープン・ネットワーク(開かれた連携)」による結び付きを、今よりもっと強める。

「直ぐにでも、対策を進めないと・・・」

こんな言葉が、近い将来、たくさん聞かれるかもしれない。

「私、貴方が田舎の人だから結婚しない！」

だって、田舎じゃ、子供も生めないものねえ～」

2. 人の手で広まった“外来種”を、無理矢理減らす事は問題がないのか！？

「外来種」が「在来種」を駆逐している事は以前から、問題になっていた。だが、人工的に変えてしまった“生態系”を再び人が変えてしまう事に不都合は…。

【“外来種”=外国の動物！？】

“外来種”って、全部「外国から来た種」なんじゃないの？と誤解されている方はないだろうか。実は、私も最初はそういう風に思っていた。

「でも、本当は・・・」

元来、「野生生物」というのは、気候や地形など風土的な条件によって、生息出来る範囲が限定され、それ故に、「地域ごとに特色を持った“生態系”」が形成されている。

しかし、それでうまくバランスが取られていた環境の中に、珍しい魚や動物、昆虫などが、ペットとして輸入されたり、植物が観賞や栽培などの目的で、持ち込まれたりするケースが増えると、結果として、

「本来、その地域に生息しない生物、植物が定着してしまう」

そして、その場所で、「野生化」してしまう事により、地域固有の生物であった「在来種」を駆逐してしまうことが、現在、大問題になっているのである。

この駆逐してしまう様な種。上記のような目的で、動植物が“本来持つ移動能力”を大きく超えて、意図的(ほとんどがこちら側)・非意図的に移動させられた生物を、

「“外来種”と呼ぶ」

すなわち、日本国内であっても、無人島などにおいて周囲を隔離されている地域などでは、国内の他の地域から、新たな動植物などが持ち込まれる可能性もある。その持ち込まれた種も、やはり“外来種”なのである。

【“外来種”にはどんな動物がいるの？】

現在、日本では、明治以降、動物、植物を含めて、「約1,900種」の外来種が定着している。既に、いるのが“普通”というくらいに、日本人の中で定着している種も珍しくない。例えば、ミドリガメ(ミシシッピーアカミミガメ)は縁日などで、ニジマスも、釣り堀などでは代表的な魚である。

それでは“外来種”が、駆逐以外にもどういう悪さをしているか具体的な事例と“在来種”などと比較しながら、箇条書きにして行きたい。

[1. “在来種”を駆逐している事例]

[外来種]

[在来種]

- ウチダザリガニ→北海道東部のニホンザリガニが駆逐されつつある。
(最近では、ミンク[外来種]のエサになっている)
- イタチ、ミンク→北海道のエゾオコジョ、イイズナ、エゾクロテンのエサ(ニホンザリガニ含めて)を横取りするなど駆逐する。
- カダヤシ(蚊絶やし)→メダカを駆逐している。
- セイヨウタンポポ→ニホンタンポポを駆逐している。
- ブタクサ・セイタカアワダチソウ→カワラノギク等の在来植物を駆逐。
(花粉症の原因にもなっている)

[2. “在来種”の捕食(食い尽くす可能性)]

- ブラックバス・ブルーギル→全国の在来淡水魚を捕食
- マングース(ハブの天敵)→アマミノクロウサギなど、奄美の希少動物の捕食
- ノネコ(イエネコが野生化)→ヤンバルクイナ、カラスバト等の地上性小動物の捕食
- イタチ→三宅島のアカコッコ、トカラ列島のアカヒゲ等、地上性小動物の捕食

- テン→ 佐渡島に生息する在来小動物の捕食

[3. 交雑・遺伝的かく乱(在来純粋種の危機)]

- タイワンザル→和歌山県、青森県・下北等のニホンザルとの交雑による遺伝子かく乱の危険性
- セイヨウオオマルハナバチ→在来マルハナバチの遺伝子汚染の危険性
- タイリクバラタナゴ→西日本に生息する在来ニッポンバラタナゴとの交雑による遺伝子かく乱の危険性
- ミナミイシガメ→沖縄に生息するリュウキュウヤマガメとの交雑による遺伝子かく乱の危険性

[4. 植生破壊、農林業被害など]

- ノヤギ(野生化したヤギ)→ 小笠原諸島の植生破壊、農林業の被害
- アライグマ→ 北海道、関東、中部地方などでの植生破壊、農作物の食害
- ヌートリア(巨大ネズミ)→ 中部、中国地方の植生破壊、農林業の被害
- キョン(八丈島のキョン by こまわり)→千葉、伊豆大島の植生破壊
- タイワンリス→ 神奈川県等の植生破壊、木を齧るため、家屋の損傷なども
- リンゴガイ(ジャンボタニシ)→ 水中の植生破壊

[5. 人間への直接危害など]

- ワニ、カミツキガメ、タイワンハブなどの主に捨てられた凶暴なペットによる直接的な危害。これは、無責任なペット飼い主の増加に起因する。
- アライグマ→アライグマ回虫の恐れ。この他にも、寄生虫やウィルスなどによる疾病をヒトに移す可能性のある“外来種”が存在する。

【“外来種”を法律でバツサリ切れるのか？】

ここからは、ちょっと法律の話になるので勘弁を・・・

上に箇条書きにただけで、これだけの事例が挙げられる。その中で、今回、環境省は、固有の自然を守るとというのが目的の「外来種被害防止法」に基づいて、“動植物37種”を対象として、リストアップし、了承された。

「これらは、“特定外来生物”に指定される」

“特定外来生物”(哺乳類・鳥類、は虫類・両生類、魚類、昆虫類、無脊椎動物、植物の6つのグループに分けられる)は原則として・・・

×飼育・栽培の禁止

×運搬・保管・輸入の禁止

×野外に放つ・植える・まくなどの禁止(オオクチバスの“キャッチアンドリリース”は許可された＝スポーツフィッシングの経済効果に配慮??)

×許可を受けていない者に対する譲渡・引き渡し

×それらに違反すると「最高1億円の罰金、個人だと3年以下の懲役か300万円以下の罰金」という罰則が設けられる。

この法律の根本的な理念は、1992年に制定され、世界184カ国が締結する「生物多様性条約」が基本とされている。

[目的は以下の3点]

1. 地球上の多様な生物を、“その生息環境とともに保全”すること
2. “生物資源を持続可能”であるように利用すること
3. “遺伝資源の利用から生ずる利益”を、公正かつ平衡に配分すること

* 詳細は→ http://www.biodic.go.jp/biolaw/jo_hon.html

「これらの法律を作ることや条例を制定する事は非常に良く分かるが・・・」

だが、同植物たちには、実に『様々な事情』があるのだ。

ペットとして連れてこられた動物、動物園で観賞用として輸入された動物、かっこいいペットとして輸入された昆虫、観賞や栽培のために持ち込まれた植物、上に挙げた「問題になっている“外来種”」にしても、最初は“ある目的”があったのだ。

例えば、

◇ウチダザリガニ…“動物性タンパク源”が少ないのを、補っていた。

◇カダヤシ(蚊絶やし)…その名の通り、“ボウフラ対策”のため。

◇ノヤギ…元々が、“家畜”。その後、島に、人間が遺棄している。

◇ブラックバス(オオクチバス)…最初は、“漁業用”として、輸入された。

◇セイヨウオオマルハナバチ…“温室トマトの栽培の受粉”に利用。

◇ミンク…“高級な毛皮”を取るため。

◇マングース…“ハブ、ノネズミなど駆除”を目的とした。

植物でも、

◇シロツメクサ(クローバー)…“牧草”として、輸入された。

◇ホテイアオイ…“金魚の水草”として、輸入された。etc…

[これらの“導入経路”を、まとめてみると・・・]

1. 天敵、ある目的(受粉、漁業用、毛皮用など)のため、観賞用、緑化用など

2. ペットの遺棄

3. 動物園(その他の商業施設)からの逃走など“過失による野外への逸出”

4. 人、物資などに、付着しての非意図的な導入

* 1～3 意図的

どの項目をあげつらっても、結局は「人間の勝手にリリース(動植物を持ち込み、離し)」「人間の勝手に“在来種だけ”の保護」「人間の勝手に条約、法律の制定」「人間の勝手に役目を終えた“外来種”の始末」…余りにも“身勝手”!!

～こんな人類のする事に、私は次の懸念を抱いています～

- “在来種”を守るために入口を狭くするのは理解出来るが、“外来種”を駆逐する事により、『二次的な生態系の破壊』ということにはならないのか？
- “外来種”を駆逐した後、本当に“在来種”をその地域に取り戻せる事が出来るのか？逆に、“生物不毛地帯”などということに、なりはしないのか？？
- “在来種”と“外来種”の『共存の道』というものは、全く不可能なことなのか？本当に、“外来種”だけが、その地域の生態系に悪影響を及ぼすのか？？

「自然保護至上主義者ではないが、少しでも、無益な殺傷は好まない」

3. “環境ホルモン”は、人類を、地球上の生物を少しずつ追いつめている…

「ペットボトル」にテーマを絞ろうと思ったが、それを含めて、予想以上に進行している問題が『環境ホルモン』である。生物の未来に暗雲が立ち込める。

【“環境ホルモン”とは何物？】

その説明をする前に、ちょっと思ったことなのだが、“環境ホルモン”というネーミング、中途半端な感じがしないだろうか？これは、体に、「良い物」それとも「悪い物」と一見しても、判断出来ない。

「痴呆症」を「認知症」と言い換えたり、「看護婦」を無理矢理「看護師」と直してみたり、最近では、一見すると『それって、何のこと？』というネーミングが多過ぎるのではないだろうか。

まあ、それはさておき・・・

“環境ホルモン”とは一体何物なのだろうか。いい物、それとも、悪い物？

『環境ホルモン』…生体における成長、生殖、行動に関する“ホルモンの作用を阻害”する化学物質のこと。

「そうすると、間違いなく、“悪い物”ですね」

“環境ホルモン”というのは、一般名称であって、正式には「(外因性)内分泌攪乱化学物質」と呼びます。英語では、

Endocrine Disrupting Chemicals または

Endocrine Disruptors となります。

そもそも、

「内分泌系」というのは、ホルモンとそれを分泌する内分泌腺から成り立っています。どのホルモンでも、その過剰や不足によって、病的症状を引き起こす。

元々、体の中にある「天然ホルモン」は、精巣や卵巣、副腎、甲状腺、脳下

垂体といった、内分泌器官で作られ、体内の各所に運ばれる。

“環境ホルモン”は、外部から生体に取り込まれ、体内で「天然ホルモンに似た作用」をもたらし、本来のホルモンの働きを攪乱したり、邪魔したりして、生体の生殖や発育という「基本的な機能に障害」を与える。

日本でも、現在、約70種類くらいが「内分泌攪乱化学物質」として、疑われてリストアップされています。ただ、「環境ホルモン」の定義がまだ定かではなく、厳密に判定する国際的基準や方法は、未だ、確立されていません。

【“環境ホルモン”汚染、その実例】

先に申しました通り、あくまでも「確立されていない」ので、次に挙げる事例は、“環境ホルモン”が「容疑者」という扱いです。判断は、読者の皆様にお任せします。

1. [成人男性の「平均精子数」が、ここ50年くらいの間に、半減した]

若年層ほど、この傾向が高くなり、「平均精子数＝減少」「奇形精子＝増加」などという図式が成り立っている。ここから、導き出される事は、「母胎での発育環境」に問題があるのではないかということだ。

2. [性器の先天性発育不全や悪性腫瘍(がん)の増加]

停留睪丸(タマが降りてこない)や尿道下裂(尿の出る穴の位置が違う)などの先天性発育不全が増加。特に、先進国を中心に、「精巣がん」が増加の一途を辿っている。

3. [DES(合成女性ホルモン)による影響＝DES症候群]

1971年まで、アメリカを中心に「流産防止」目的などのために使用されていた合成エストロゲン。。DES＝ジエチルstilbestrol。妊娠中に、DESを服用していた母親から生まれた女の子に、若年層には稀な「膣がん」の発症率が高いことが判明。

男の子においても、精子数の低下、停留睪丸、尿道下裂、精巣の腫瘍など

生殖器官の異常が多く見られ、精巣がんの割合も高くなっていた。

4. [“エストロゲン類似作用”が、様々な物質で発見される]

上記のDESに限らず、エストロゲンとは全く異なる物質に、類似作用のあることを発見。現在までに判明しているのは、次の物質である。

- ダイオキシン、DDT、PCBなど…有機塩素化合物
- ノニルフェノール…プラスチック製品、工業用洗剤、殺虫剤、家庭用洗剤などに多く含まれる界面活性剤など
- ビスフェノール…食器などの日用品に使われているポリカーボネート、缶詰などの内側のプラスチック・コーティング、最近では、「ペットボトル」など

これらの「エストロゲン類似化学物質」は、自然界で分解されにくい。しかも、脂肪と結合しやすいという特性で、生体の脂肪内で蓄積される。それらが、母胎の胎盤を通じて、また、生まれてからも母乳から、胎児に移動し、蓄積されてしまう。

5. [PCB等を含む高レベルの汚染物質(魚)を食べることによる影響]

PCB等を含む高レベルの汚染物質環境にいた魚を食べることにより、それらを頻繁に食した女性から生まれた子供達には、次のような特徴が顕われた。「低体重」「小頭症」「けいれん」「認識能力の欠陥」「知能テストの成績が悪い」「軽度のストレスに対する過剰反応」など。

これは、母体と胎児を繋ぐ「臍帯血」のPCB濃度が高い子供ほど、“神経系の発育が悪くなる”傾向があった。

6. [低レベルでも危険なPCB、ダイオキシン]

極めて、低レベルのPCBやダイオキシンでも、母親と胎児の甲状腺機能を変化させ、神経発達を妨げる。これらによって、「多動症(AHDH含む)」「学習障害」「知的障害」の可能性があると指摘された。

7. [エストロゲン総量が増えると“乳がん”も増加]

エストロゲン類似化学物質の存在によって、エストロゲンの総量が増えてしまう。その事により、元々、エストロゲン反応性である“乳がん”も増加してしまう可能性。出生前に、こういう環境を与えられると、後年“乳がん”を誘発しやすくなる。

8. [“前立腺がん”も誘発される]

高レベルのエストロゲンに曝されたマウスのみは、前立腺内のアンドロゲン(男性ホルモン)受容体が増加、その結果、アンドロゲンに対し、敏感になってしまう。

そのため、成長後、エストロゲンの量が少し増えただけで、前立腺内のアンドロゲン受容体の数は、5割増しになってしまう。あふれかえった受容体のために、前立腺は、アンドロゲンに対して、常に過敏となり、肥大化しやすくなる(前立腺肥大)。エストロゲンに曝される期間が長くなると、“前立腺がん”を誘発させる。

9. [ダイオキシンにより、“子宮内膜症”]

ダイオキシンに曝され10年経ったアカゲザルに、「子宮内膜症」が発生。曝される量が多ければ、多いほど、“重症”であった。

10. [母乳から、BPA検出]

BPAとは、最初に説明したプラスチックの原材料・ビスフェノールAのことである。この物質が、母乳から検出された。そして、「ペットボトル飲料を多く摂っていた」母親の方に、統計的有意差(多く検出)が出た。

★ [アザラシの生殖障害を引き起こす]

バルト海の汚染魚(バルト海のニシンには、ダイオキシンのように作用する“エストロゲン類似化学物質”が、北大西洋産の10倍も含まれていた)を、2年間食べさせられていた「アザラシに生殖障害」が確認される。

汚染度の低い北大西洋産を食べさせられていた群には、一切、問題がなかった。この後も、バルト海においては、おそらくこの物質が原因とされる

“アザラシやイルカの大量死”が続発した。

* * これ以外にも、動物での例は、枚挙に暇がない。しかも、これら汚染物質の最も被害を受けるのは、水に住む動物達です。しかも、発生源から、遠いところより近いところ。。小さい魚より、大きな海洋動物の方が、食物連鎖の絡みなどもあり、体内の蓄積率が莫大に高くなってしまふ。

「次に、最近、特に問題になっている“ダイオキシン”を取り上げます」

【“ダイオキシン”発生のメカニズム】

それでは、“ダイオキシンの発生”から、辿って行きます。

[発生]

ダイオキシンの80%は、ゴミ焼却場から発生。どんな条件の時に、発生するかというと、「塩化ビニールなどを含んだプラスチック類や人工合成品を、300～600℃の比較的低温で、酸素が足りない“不完全燃焼”をさせた時などに出やすい(黒い煙)。

* 塩化ビニール製品…食品のラップ類、トレー、コンビニ弁当の容器、おかず(身近なモノ) の残り、ハムなどの密着包装、靴下、農業用ビニール、サンダル、ゴム手袋、人形、ペットボトル、カセットテープなど

「850℃以上の高温では、ほとんど発生しない」

日本の場合、“小型焼却炉が多い”ため、燃焼温度が上がりにくく、結果として、ダイオキシンの発生量が多くなってしまふ。ゴミの種類で言うと、水分を多く含んだ生ゴミを多く含む“台所ゴミ”が、燃焼温度を引き下げ、ダイオキシンを発生しやすくする。

だから、

「家庭用の“小型簡易焼却炉”が、最も危ない」

その他、ダイオキシンの発生原因として・・・

殺虫剤、木材用防腐剤に使われる塩素含有化学物質の製造、塩素による紙の漂白、工場排煙、などである。しかし、現在の物質至上主義である暮らし方では、ほとんど日常で使うモノについて、ダイオキシンに関係すると思われる。

「日本のゴミ焼却量は・・・世界一である」

従って、

全国のゴミ焼却施設から出る“年間ダイオキシン発生量”＝ 5, 300 g

数字だけだとピンと来ないかもしれないが、この量は、ゴミ対策を徹底的に行っているドイツの約1, 300倍(独はたった4 g)にも当たるのである。

[侵入ルート]

焼却炉から発生したダイオキシンは、風に乗って、広範囲にばらまかれる。野菜、果物、牧草なども汚染される。また、焼却灰にも、ダイオキシンは含まれている。ただ、植物においては、有機物にある「生物濃縮」はない。

地上に落下したダイオキシンは、雨によって流され、川から池や海に流れ込み、水底に堆積。他の堆積物と結合し、植物プランクトン、動物プランクトンに摂取される。

次いで、オキアミなどのアミ類→小さい魚→大きい魚と食物連鎖の中で、順次濃縮され、更に、魚のみを補食するカモメなどの鳥類、アザラシなど海洋生物の順に、「生物濃縮」が進行される。

そのために、

「アザラシを食べる“北極グマ”の濃縮度が一番高い」

人へは、呼吸や皮膚接触によっても、侵入するが、日本人では、95%は食物から、その内、60%は、魚介類を通して、体内に入る。

すなわち・・・

たくさんの「魚介類」を食べる日本人は、“ダイオキシン”の危険性が高いと言える。その魚介類にしても、近海物の方が、遠洋物より10倍もダイオキシン濃度が高い。また、脂肪が多い魚(特に、マグロのトロの部分など)は、多くのダイオキシンを蓄積しやすい。

牛、豚、鶏に関しては、穀類、干し草などを飼料とし、「生物濃縮」が少ないため、汚染度が低い。生産動物のため、生存期間も短く、全体の蓄積量も少ないと言えるだろう。

「それじゃ、なにもかにもダメ！？どうすりゃいいの、私達！！」

【現代生活で影響力を減らすには…】

清潔で、便利な現代生活を営む以上、まったく「環境ホルモン」の影響をなくすことは、不可能である。何とか、影響を減らしながら、生活するしかない。自分はもちろんのこと、家族、子供を何とか守りたい。

少しでも、ダイオキシンを始めとする「環境ホルモン」から、身を守るためには、どうしたらいいのか？次に、その対策を箇条書きで列記したい。

■ “環境ホルモン”から身を守る施策 ■

- ダイオキシンの量を減らすには、「ゴミの量を減らす」。特に、焼却炉の温度を下げる“生ゴミ”の量を減らす。
- 「塩化ビニール製品」のゴミの量を、極力、減らす。
- リサイクルで、同じ容器を何度も使う。例えば、スーパーには、買い物袋持参、飲み物などを量り売りのところで買う(ペットボトルの流通を少なくするために)、過剰包装は断るなど
- 子供と出産年齢に達していない女性は、「環境ホルモン」の残留性の高い魚を、食べ過ぎないようにする。
- プラスチック容器との接触を最小限で抑える。本当は、コンビニ弁当や発泡スチロールのトレーなどの総菜なども、他の皿に移して、加熱した方がよい。そして、電子レンジで加熱する時に、ラップなどしない方がよい。何故なら、

加熱した時に、「環境ホルモン」の流出する可能性が高いからだ。
(ファブリーズの宣伝を見れば分かりやすい。加熱するとにおいが出るのだ)

- ペットボトルに入っている飲料で、「暖かい物」はなるべく購入しない。
- 妊婦さんは、特に上記のような「プラスチック容器」に気を配る。ガラスのコップや容器、陶器などを利用して、全てそちらに移すクセを付ける。
- 若年層に多いが、「ペットボトルの回し飲み」は極力、避ける。
- カップに入った麺類は、避けた方が無難。メーカーは「安全宣言」を出しているが、先にも述べたように「環境ホルモン」自体の定義が定まってないのを、逆手に取っているに過ぎない。
- 「ペットボトル飲料」は、出来る限り、一回で飲み切ってしまう。
- 「殺虫剤」や「雑草剤」などは、本当に必要なのかを考え、注意して、使用すること。マスクやフェースガードなども必要に応じて使う。
- 日本の会社も、コストのことばかりでなく、もう少し、「環境に配慮した商品開発」を目指して欲しい。→ 進んでいる分野と遅れている分野がハッキリしている。etc…。

「環境ホルモン」が、ボディブローのように地球を痛めつけている・・・」

4. 差別、裁判沙汰など様々な問題山積。だが医学的に“ハンセン病”を解く

今回は、敢えて、“ハンセン病”を読み解く上で、不可欠な「差別」「裁判」などには、余り触れません。出来るだけ『医学的』な見地から迫ります…。

【“ハンセン病”とはどんな病気？】

日本では、長い間「癩病(らい病)」と呼ばれていた病気は、2～3千年前から、存在していたと言われている。それを証明するように“旧・新約聖書”や“日本書紀”などの書物にも、記述が残っている。

「病気の犯人を、判明させるのに、何と1873年(明治6)までかかった」

それまでは・・・

原因不明の病気で、もちろん、効果のある薬や治療法などは見つからず、「伝染性で“不治の病”」と認識されていた。しかも、患者は、顔面や手足に酷い潰瘍が出来、醜い形相になり、悪臭を放つことから、忌み嫌われていた。

近所にいる人々はもちろんのこと、自分の親兄弟までも、「偏見と差別の眼差し」で、患者を見た。結局は、その親兄弟など家族達も、「天の報い＝“天刑病、業病”」として、周囲からは差別を受けた。

1873年、そんな人々に一筋の光明が・・・

ノルウェーの医学者アルマウエル・ハンセン氏によって、原因菌である結核菌に似た抗酸菌の一種「らい菌」を発見した。“不治の病”でも、ましてや、“天刑病、業病”などでもなく、「*らい菌」による“慢性感染症”である事が判明。

*らい菌 = *Mycobacterium leprae*

調べてみると、この「らい菌」の特徴は、“感染力は弱く、毒素も持たない”という比較的病原菌としては、弱いものであった。しかし、“毒素を持たない”という事によって、「時代差」「地域差」「個体差」などの環境因子で、感染・発症が左右されることになる。

また、結核菌とは似ているが大きな相違点がある。それは、結核菌が「体内の臓器を冒す」のに対して、らい菌は「体外の皮膚や末梢神経を冒す」点である。

【感染経路と臨床症状】

[感染経路]

1. 未治療の患者に、直接、しかも、濃厚な接触をする事によって、皮膚に出来る傷や鼻の粘膜、口腔粘膜、上気道粘膜などの一部から、感染する。
2. しかし、上記の通り、らい菌の感染力は極めて弱く、生後間もない赤ちゃんや生まれつき免疫を持たない人など個体として抵抗性の発達が不十分なヒトが、衛生環境や栄養状態の悪い時に、感染する程度。
3. また、感染したとしても、直ぐに、発症するとは言えず、発病までの潜伏期間が、数年から数十年に及ぶ事も、少なくない。
4. 19世紀まで、この病気が「伝染病」や「遺伝病」などと誤解されていた理由は、“感染経路が特定しにくい”事と潜伏期間が長い事で、“母子感染しやすい”事に、起因している。
5. 実際、現在も、全国に「ハンセン病の療養所」があるが、そこで働いている医療従事者の感染例は、1件もない。大人の志願者に「らい菌」を接種しても、発病しないし、結婚後の発症も少ない。

「すなわち、普通に暮らしている分には、感染・発病はほとんどあり得ない」

[臨床症状とその進行] ハンセン病には、多くの類型があり、一括りにする事は難しい。ここでは、一般的に多い症状を記す。

1. 始めは、「皮膚のかすかな異常」として、現れる(ほとんど気付かない)。
2. その内に、皮膚が変色したり、腫れ物のようなものが出現し始め、進行すると、顔や手足などの末梢神経が冒されてくる。“らい菌”は、低温を好むため、初期は、皮膚や眼など、比較的低温で、神経組織の豊富な部分に見られる。

3. 2の段階で、適切な治療を受けないと、知覚・運動神経障害を起こしやすく、顔面、四肢等の変形、手足の機能の変調、眼など様々な組織に障害。

「顔の容貌が、明らかに変わってしまう」

4. その後、耳や鼻が萎縮、見た目にもハッキリと「醜い形相」に変化。
5. 指や手足の硬直が始まると、歩き方や動作が、ぎこちなくなる。
6. この時点まで至ると、知覚障害も起き始め、転倒する事が多くなる。それに伴って、傷などが増え、免疫力が低下しているために、治りも遅く、放っておくと、化膿し、膿を持つ。

* 個体の菌に対する「細胞性免疫能力」によって、極めて多彩な症状を示す。
先に述べたように、らい菌自体に毒性はなく、多様な障害は、個体の菌に対する免疫反応の結果を示す。

7. 絶えず、「神経痛」に襲われ、その内に、歩くのも動くのも困難になる。
8. ここまでになると、全身にらい菌が回り、死に至る可能性が高い。
9. 2の段階などで、早期に治療を開始すれば、現代医学においては、ほとんど、さしたる後遺症もなく、治癒して行く可能性が高いが、遅くなればなるほど、末梢神経が冒されるため、「手足の変形」や「歩行障害」などの後遺症が出て来てしまう。

「どんな病気でも鉄則だが、“ハンセン病”も早期発見・早期治療である」

【治療と治療薬の進化】

実は・・・

1873年に、ハンセン氏が「らい菌」を発見してから、有効な治療薬が見つかるまでに、約70年近く掛ってしまう。どうしてこんなに掛ってしまったかということ、そこには「らい菌」の特性が絡んでいたのがあった。

その特性とは・・・

「結核菌」は、試験管の中で、培養するのが可能なため、新薬の研究・開発も比較的容易に行われてきた。一方、「らい菌」の場合は、試験管での培養は困難というより、ほとんど不可能に近い。従って、「有効な治療薬」の研究・開発に時間が掛った。

現在では、低温を好む特性を利用して、ヌードマウス(先天的に無毛で胸腺が欠損しているマウス)の足底で、増殖を行っている。

* 最初は、“アルマジロの足の裏”で、「増殖」に成功したとの事だ。

[治療薬の進化]

○プロミン以前…大風子油。しばらくの間「らい病」の特効薬だった。元々は、熱帯・亜熱帯地方に自生する“大風子”という樹木の種子から精製した油。「大風」というのは、“癩病”の事。

——らい病治療の夜明け↓

○1943年(昭和18)…アメリカ・ルイジアナ州にある国立カービル・ハンセン病療養所で、特効薬“プロミン”(サルファ剤)が、世界で初めて使用される。『カービルの奇跡』

* サルファ剤…化学構造の中に、“サルファ基”を持った合成抗菌剤の総称。抗生物質ほど、強力ではないが、特定の菌(例：らい菌)には未だ有効な薬剤。

○1940年代後半～1960年代(サルファ剤・ダブソン時代)

更に研究は進み、“プロミン”は、精製され“ダブソン”(DDS、Diamo-Dipenyl-Sulfone)という簡単な構造物に、その有効性がある事が判明。

プロミンは「静脈注射」でしか使用出来なかったが、ダブソンは「経口剤」だったために、広く長く普及した。

その後、結核菌に有効な抗生物質である“カナマイシン”、“ストレプトマイ

シン”丸山ワクチン”なども用いられたが、“ダブソン”以上の効果には至らなかった。

○1970年代(抗生物質・リファンピシンの時代)

これぞ特効薬といわれた抗生物質”リファンピシン”が開発される。これにより、[薬物療法]は大いに変貌を遂げる。この薬剤が、らい菌に対して、極めて強い殺菌作用を有している事が、明らかになった。

わずか、数回の服用によって、「らい菌は、感染性を完全に失う」事が、動物実験でも証明される。

* リファンピシン=抗生物質リファマイシン誘導体

○1980年代～(MDT[多剤併用療法]時代)

1980年代、世界保健機関(WHO)の大きな目標の一つが”ハンセン病の根絶”であった。このため、世界各国に対して、「患者数の正確な把握」「MDT(Multi Drug Therapy=多剤併用療法)による治療」「治療完了後のフォロー」といった活動を、精力的に開始。

この頃から、現在まで「WHOのレジメ」によって、主に3種類の抗ハンセン病薬が使われている。RFP=リファンピシン、DDS=ダブソン(ジアフェニルスルホン)、CLF=クロファミジン(色素系抗菌薬)

かつて、「ハンセン病」は、専門の医療機関(ハンセン病療養所や特定大学の皮膚科特別外来など)で治療が為されていた。現在は、日本も含めて、世界的に、他の普通の病気と同じ一般診療所や病院で治療可能。

日本では、1996年4月から「保険診療の適応」になっている。そのため、上記の3種類以外に、OFLX=フロキサシン(ニューキノロン系抗生物質)という薬剤も保険適応である(日本では、この4種類)。

【治療上の注意と世界の状況】

治療には、長い期間が必要です。最初に、医師から「インフォームド・コンセント」をしっかり受け、二人三脚で”治療計画”を立てる。そして、短くても、数ヶ月、普通は、数年かかる治療の最中、“起こりえる合併症”を考慮する。

“起こりえる合併症”としては次のようなものです。

●末梢神経炎・神経痛

- ・知覚麻痺（感じが、鈍くなる）
- ・運動麻痺（しびれて、動かなくなる）

●虹彩炎（まぶしさ、かすみ）

●らい反応

- ・境界群反応（急に皮膚が赤く腫れる。神経痛の悪化など）
- ・らい性結節性紅斑（熱と皮膚の発赤・化膿）

* これらの「合併症」により、一時的に、症状が悪化する事は考えられます。しかし、適切な治療を行えば、再び、良好に向かいます。上記のような症状を感じたら、直ぐに医師に相談して下さい。

「特に、注意すべき症状は、“眼のまぶしさ” と “神経痛”」

[現在の治療で懸念される事]

★MDTという多剤を併用する薬物用法により、「耐性菌」の出現。

★薬剤の副作用（どれによる副作用かが、分からない場合も）

ただ、今のところ・・・

「リファンピシンを含む多剤療法＝治療終了10年後の再発率1%程度」

実際に、

WHO及び世界各国の努力で、1985年に、有病率が1/10,000を超える国は122カ国もあったのに、2000年末には、わずか15カ国に減少している(↓87.7%)。

日本でも、「差別」という点を除くと、ほとんど問題がなくなっている病気(年間発病者数10名前後)だが、未だに、世界では62万人以上が、新規患者となっています。登録患者数も、53万人以上います(2002年調べ)。

驚く事なかれ・・・

この内、新規患者数の76.3%、登録患者数の64.5%が、“インド”一
国だけの数字です。ハンセン病は「地域性」があると言えども、これはあまり
に極端です。

インド以外に多い国を列挙すると・・・

ブラジル、ネパール、モザンビーク、アンゴラ、ミャンマーなどの「熱帯・
亜熱帯に含まれる地域」です。これらの国々で、今以上に「ハンセン病対策」
を万全に行えば、WHOが目標とする“根絶”という事も、現実的なものとして、
視野に入ってくると思われます。

「何れにしても、姿形だけで、謂れなき感情を、

“元・ハンセン病患者”にぶつけない事。私自身の反省も含めて、そう思う」

5. 寝ている時だけではない！仕事の最中にも“睡眠時無呼吸症候群”の恐怖が…

幸せそうな寝顔。でも、途中で止まる呼吸。「死んだ？」と思うくらいだ。しかし、本人は全く知らない。本当にこれは現代に立ち塞がる『大病』なのだ。

【人事(ひとごと)ではない！“睡眠時無呼吸症候群”】

実は、私もこの病気の可能性がある。しかし、今のところ、検査などは受けていない。肥満体型、酷いいびきなど“睡眠時無呼吸症候群”の要素は、ほとんど備えている。

実際に、友人宅などに宿泊すると、翌日、彼の家族の機嫌が悪い。原因は、いつ止まるか分からない「いびき」である。しかも、友人自体も酷いから、家族の心中を察するにあまりある。

だが、この病気の危険性は、寝ている時だけではない。これについても、私自身、経験している。それは約10年くらい前、動物薬のMRをしていた頃である。その仕事は、地方の日帰り出張が多く、1日で350km程、運転するのもざらであった。

「夜、帰社しようとする車の中で、何度、意識を失った事か・・・」

今、考えても、非常に恐ろしい事である。事故にならなかったのは、ただ単に「運が良かった」だけだ。しかし、この頃は“睡眠時無呼吸症候群”などという病名も、一般には普及していなかった(医療関連従事者の間でも)。

今になって思うと、昔は「居眠り運転事故」として処理されていたケースの中に、この“睡眠時無呼吸症候群”がかなり含まれていたのではないかと推測される。

しかし、日本では認知度が低かったこの病気も、欧米では、1800年代から認知されていたようである。それは、ディケンズの小説「ピックウィック物語」に登場する(“ピックウィック症候群”という病名もここから)。

この時代から見ると、欧米各国、特に日本は、コンビニなどが激増し、“24時間眠らない街”を標榜しているために、人工の明かりが途切れる事がなく、人々の睡眠時間を約1.5時間程、削る結果となっている。

現状に戻ると、日本で、“睡眠時無呼吸症候群”を発症しているのは、人口の約2%前後の「約200万人」と推定されている。この内訳は、男性9割、女性1割と言われている。

ただ、女性の場合、「閉経後に発症率が高まる」ことや、大規模調査が実施されていないため、女性患者の割合が本当に“1割”しかいないのか、不明な点が多い。

全体の患者数も、私みたいに「治療を受けていない人々」を含めると、もっともっと数は多いと思われる。日本における“現代のライフスタイル”からすると、非常に罹りやすい環境が整っていると、言わざるを得ない。

また、日本の場合「“睡眠時無呼吸症候群”＝肥満者」という図式だけでは捉えられない。欧米では確かに、患者の80%が肥満だが、日本ではその割合が60～70%くらいに下がる。

むしろ、「顎が小さい」「顔面の奥行が狭い」など、日本人を含めたアジア人に共通した骨格の特徴が、“咽頭を閉塞しやすい”などの危険因子となっている。だから、欧米人に比べ、同じ身長・体重なら、アジアの方が罹りやすいと考える方が、自然かもしれない。

若い女性の間では「小顔」に人気があるが、それが“睡眠時無呼吸症候群”という病気の原因になるという事を、きちり認識していた方が良い。格好(顔)ばかり気にしていると、重大な病を引き寄せてしまう可能性が高い。

「でも、“睡眠時無呼吸症候群”って、どんな病気なの？」

【“睡眠時無呼吸症候群”とは？】

最初にこれを取り上げるべきだと思ったが、敢えて、自分自身の経験とこの病気の現状をトップにした。それじゃ、実際にこの病気がどんなものか？について、説明する。

“睡眠時無呼吸症候群”=Sleep Apnea Syndrome (SAS)
良く“SAS”と省略されて記されている(サザンオールスターズでは×(^^;)。

[1. 症状&診断基準]

- 毎晩、大きな「いびき」をかく人の中で、息が止まった状態が、断続的に繰り返される場合をいう。健康と思われる成人の中にも、多数潜在する。呼吸が10秒以上止まっている状態を「無呼吸」という。

“診断基準”としては、無呼吸が、「一晩(7時間)に30回以上」、あるいは、「1時間当たり5回以上」ある状態。

[2. 病気の型]

大きく分けると、次の2種類。

- 閉塞型…ほとんどの患者が、この型。上気道が閉塞し、口や鼻からの呼吸が停止し、「無呼吸」になるタイプ。原因は、“肥満”や“小顔”などにより、「扁桃肥大」や「舌根の沈下」を引き起こし、上気道を閉鎖してしまう。

「いびき」というのは、無呼吸中は起こらないが、呼吸を再開する時に、「大きいいびき」が起こる。

- 中枢型…呼吸中枢の機能が低下するために、呼吸筋の運動が停止して、「無呼吸」を起こす場合。頻度は非常に少ない。

▲閉塞型と中枢型の「混合型」もあり。

[3. “SAS”に関する体制(態勢)の日米比較]

	《日本》	《米国》
学会認定医療機関 (米国の場合、睡眠専門病院)	30施設	400施設以上
睡眠医療・専門医	238人	6,000人以上
睡眠専門・検査技師	100人	2,000人

★1993年、米・連邦議会特別委員会は「ウェークアップ・アメリカ(アメリカよ!目覚めよ!!)」と題する報告書を発表。この中で、“睡眠不足による交通事故”や“産業事故などの経済損失”は『毎年・数兆円』になると試算。

その後、毎年、「睡眠の研究費」に“100億円”の国家予算を組んできた。

日本ではどうか・・・

●米国から遅れること10年。漸く2002年に、“睡眠障害治療”に携わる医療関係者で作る「日本睡眠学会」が、専門医などの認定制度を定める。しかし、「睡眠の研究費」などは、米国の1/10にも満たない。

欧州各国でも、米国に劣らないだけの「睡眠研究」や「専門医や施設の充実」等が計られている。この分野で、日本は、先進国の中において、非常に遅れを取っている事が、データからも体制からも明らかである。

【“SAS”は、何故『経済損失』を引き起こすのか?】

「無呼吸」で、深い睡眠が取れないため、[眠気による“交通事故”]、[産業事故]、[労働災害]、[仕事や学業の能率低下]等が起こり、重大な社会問題を引き起こす可能性がある。

SAS患者が、“交通事故”を起こす確率は、一般の人に比べて、「2～7倍」高まるとの報告もある。厚労省でも、2004年の6月に「重症のSAS患者の約13%が過去5年間に居眠り事故を起こしている」との調査報告を発表。

【“SAS”など睡眠の問題が絡んで起きたとされる事故】

1. 米国・スリーマイル島 原発事故(1979)
2. 米国・スペースシャトル「チャレンジャー」爆発事故(1986)
3. ソ連・チェルノブイリ 原発事故(1986)
4. アラスカ沖・タンカー 座礁事故(1995) *
5. 客船「スター・プリンセス号」座礁事故(1995)

6. JR山陽新幹線「ひかり126号」で居眠り運転（2003）

7. JR北海道・保線作業員の死亡事故（2005）→私の推測

* = “SAS”が原因と明確に認定された。

しかも、この問題は、患者本人だけじゃなく、周辺の人々（特に家族）にも“いびき”によって、SASでなくても、睡眠不足を招き、結果的に上記のような『経済損失』を相乗的に起こしてしまうのである。

“合併症”に関しても・・・

SASから起きる酸素不足のために、“循環機能に負担”を掛け、「不整脈」「狭心症」「急性心筋梗塞」「脳梗塞」「高血圧」「心不全」「糖尿病」といった様々な病気を併発したり、悪化させたりする。

一般の人に比べ、「糖尿病」= 1.5～2倍、「高血圧症」= 3倍、「急性心筋梗塞」= 6倍、「脳梗塞」= 10倍も、罹りやすいと言われている。

最近の調査では、「高血圧」「糖尿病」「高脂血症」のいわゆる“三大生活習慣病”に罹っている人は、『不眠に悩む人が多く、眠りの質も良くない』との報告がなされている。

その他にも、男性関連では、ED（勃起不全）を引き起こし、、女性関連では、妊婦が、“無呼吸状態”になると血液中の酸素濃度が低下してしまうために、「胎児に何らかの影響」を与えてしまうのではないかとの懸念もされている。

上記のように、SASは、心身両面から、現代人を襲い、社会や経済に莫大な被害を及ぼしている。これ以上、日本の対策が後手に回ると、ただでさえ逼迫している国家予算に大打撃を与えかねない。

「何れにしても、“睡眠時無呼吸症候群”=“SAS”は頭に入れておかないと…」

最後に・・・

ここまで、読んでいただきまして、有り難う御座います。

私は、まだまだ、「医療」「薬品」「生物」「自然」など、“生”に関する現状に不満があります。これからも、タイムリーな情報、見過ごされた情報などに、スポットを当て、発信し続けて行きます。

田畑 拓也

注 意

- この特別レポートの著作権は「より良い医療と生物を考える研究会」に属します。
- この特別レポートは、加筆、修正の上、“有料レポート”として販売されます。
- この特別レポートは、あなたが個人的に使用することだけを認めます。
- この特別レポートの全体、または、一部転載やコピーを、自分以外の他人に無料、有料にかかわらず、転送、配布、閲覧させることを、一切禁じます。

Version1.0

著者 より良い医療と生物を考える研究会 田畑 拓也

連絡先 iryoy@unlimit517.co.jp