

抄録集

特定非営利活動法人

国際生活習慣病フォーラム主催

第2回 生活習慣病学術講演会

「健康長寿をめざして」

日時：平成28年9月3日(土)：午後2時30分—6時30分

場所：持田製薬株式会社 本社内「ルークホール」

東京都新宿区四谷1-7

問合せ先：

林クリニック：03-3956-2090

特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム事務局：

フィンガルリンク株式会社内：03-6802-7199



特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム主催
生活習慣病学術集会 講演抄録

2 : 3 0 理事長挨拶：林 滋 先生

座長：林滋理事長

1 特別講演 I 「健康長寿のための非感染性疾患（NCDs：心臓血管病、がん、糖尿病、肺疾患）の予防と対策」

NPO 法人アジア太平洋心臓病学会理事長、国際心筋症・心不全学会理事長
独立行政法人国立病院機構 京都臨床研究センター 客員部長 松森昭 先生

3 : 1 0 ~

座長：林滋理事長

2 特別講演 II 「ヒト長寿科学のご紹介」—超百寿調査の結果から—

慶應義塾大学医学部百寿総合研究センター特任教授 広瀬信義 先生

休憩 3 : 5 0 ~ 4 : 0 0

4 : 0 0 ~

座長：長谷川慶華理事

3 教育講演 I 「慢性腎臓病を管理する」

東京医科大学腎臓内科主任教授 菅野義彦 先生

4 : 4 0 ~

座長：前場良太理事

4 教育講演 II 「糖尿病と認知症」

東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科総括部長 荒木厚 先生

休憩 5 : 2 0 ~ 5 : 3 0

5 : 3 0 ~

座長：前場良太理事

5 基調講演 I 「地域包括ケアシステムと訪問リハビリテーション」

理事長 林滋 先生

6 : 0 0 ~

座長：井藤等監事

6 基調講演 II 「認知症やがんとは無縁の健康長寿を目的とする自然免疫力の強化方法」

理事 梶本庸右 先生

6 : 3 0

終了

ご挨拶

このたび特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム主催の第2回 学術講演会を開催させていただきます。当法人は平成18年8月に設立し、東京都の認可を得ました。学術集会、研究開発事業、生活習慣病関連啓発事業等を行い、健康志向の世の中の動きを鑑みて当法人の活動を強化することとなりました。

今回の学術講演会のテーマは、“健康長寿をめざして”です。

生活習慣病とは、食事や運動、ストレス、喫煙、飲酒などの生活習慣が影響して発症する病気の総称ですが、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満、心臓病、脳卒中、がんなどが当てはまります。近年は対象の患者さんが増加し、健康長寿と生活習慣との関係について社会的な関心が高まっているのは皆様のご存知のとおりです。

今回も第一線で日常臨床や研究活動を行っている先生方に講演をお願いし、ご快諾を得ました。どうか実りある有意義な学術集会となりますよう心から願っております。

平成28年9月3日

特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム

理事長 林 滋

1 特別講演 I 健康長寿のための非感染性疾患（NCDs：心臓血管病、がん、糖尿病、肺疾患）の予防と対策

NPO 法人アジア太平洋心臓病学会理事長、国際心筋症・心不全学会理事長
独立行政法人国立病院機構 京都臨床研究センター 客員部長 松森 昭

心筋梗塞、脳卒中などの心臓血管病、がん、糖尿病、そして、ぜんそくや肺気腫などの肺疾患の4つの疾患を総称してNCDs（Non-Communicable Diseases、非感染性疾患）と呼びます。2010年の大規模な調査では、全世界の5280万人の死亡のうち、二大死因は、動脈硬化による虚血性心疾患13%、脳卒中11%であり、最近の20年間で両疾患による死亡は全死亡の20%から25%に増加し、NCDsは、全世界の死亡原因の60%を占めています。

一方、2015年の日本では、心臓病は19万6千人（15.2%）、脳卒中は11万2千人（8.7%）と死亡の2位、4位を占め、心臓血管病とがんを合わせると全死亡の53%を占めています。

NCDsは共通のリスクファクターを持ち、運動不足、喫煙、肥満、高脂血症、高血圧、糖尿病などの心臓血管病のリスクファクターは、がんや認知症とも関連することが知られています。運動、禁煙、健康な食事によりこれらのリスクファクターを減らすことが、がんや認知症の予防にもつながると考えられます。

運動することにより、心臓病は50～70%、脳卒中は25～30%、がんは20%減ることが知られています。

健康な食事として、カロリーだけではなく減塩が重要です。厚生労働省が推奨している日本人の食塩摂取量の目標値は、男性は8g/日未満、女性は7g/日未満ですが、日本高血圧学会による高血圧患者さんの減塩目標は男女とも6g/日未満で、WHOは、健康成人で5g未満を勧めています。

また、NCDs予防には、牛乳、赤肉の摂取を減らし、野菜を多くとるべきだとの多くのエビデンスが示されています。

NCDsの各疾患の発症には炎症が重要な役割を果たしており、一方、腸内細菌（腸内フローラ）は全身の炎症と密接な関係にあります。食事などライフスタイルを改善し腸内細菌をコントロールすることによって、NCDsの予防が可能となることが考えられます。

本講演では、皆様にNCDsのご理解を深めていただき、皆様方の健康長寿のためのNCDsの予防のお役に立てれば幸いです。

2 特別講演 II ヒト長寿科学のご紹介—超百寿者調査の結果から—

慶應義塾大学医学部百寿総合研究センター 広瀬信義

近年急速に少子超高齢化が進行している。さらに日本の総人口の減少もあり、健康長寿は社会的にも個人的にも求められている。従来健康長寿のモデルと考えられていた百寿者(100歳以上の方)を対象に1970年代より世界中で研究が行われてきた。1992年より東京地区で百寿者の医学調査を開始した。医学調査のみでは百寿者の方の全人的な理解は困難であることを痛感して2000年より、包括的な百寿者の調査研究を開始した。この目的のために医師、心理士、看護師、遺伝学者など多分野の専門家を含む研究チームを組織して医生物学的のみならず心理社会的な側面についても調査を行ってきた。2002年より100歳から105歳以上の超百寿者に研究対象を移して、現在まで調査を行ってきた。この発表ではこれらの研究の結果を中心に解説したい。百寿者研究の目的は健康長寿の要因を明らかにすること、ヒトが老化するとどうなるのかを明らかにすることである。高齢者は急増しているが、百寿者も指数関数以上に増加している。男女比については1対7と圧倒的に女性が多い。百寿者について調べると、男性に比較して女性の機能が低いことが判明した。認知症の頻度は60-70%であった。自立しているまたはほぼ自立している百寿者は50%であった。百寿者の医学的特徴については、1)動脈硬化が少ない、2)栄養状態が低下、3)炎症反応の亢進、4)糖尿病が少ないなどがあげられる。栄養状態が良い百寿者では、ADLが良く、認知機能が高く、炎症反応が低く、長生きであった。栄養状態を良好に保つことが機能の保持に重要であることが示唆された。慢性炎症は様々な慢性疾患を引き起こす事が報告されているが老化についても慢性炎症が重要な役割を示すという仮説が提唱されている。

高齢者の病態に重要なフレイルは、老化に伴う様々な臓器機能の予備能力の低下により顕在化する臨床症状と定義されており、現在活発に研究がなされている。85歳以上ではフレイルがある方はない方に比較して余命が有意に短いことが判明した。フレイルの診断、予防、治療は今後の高齢者医療に大切であることが示唆された。

遺伝と寿命については双子調査の結果から遺伝の役割は20-30%と報告されている。しかし100歳などの長寿達成には遺伝要因はもっと強くなるという研究者が多い。現在長寿に関係する遺伝子については、アポE(認知症、動脈硬化に関係する)、FOXO3(カロリー制限と関係する)が報告され、追試確認されている。現在長寿は数百の遺伝子の組み合わせで決まると考えられている。現在研究の対象は100歳から105歳、さらに110歳(スーパーセンテナリアン、SC)に移っている。SCは2010年国勢調査では78名と極めて少ない。100歳の時点での機能が高く、生涯を通してほとんど疾患に罹患しておらず、子の年代の方が真の健康長寿モデルと考えられる。現在SCの方を対象に、iPS細胞調査、病理解剖、遺伝素因の研究を行っているが、その途中経過についてご紹介したい。

参考文献 広瀬信義：人生は80歳から 毎日新聞出版社 2015年

Keyword：百寿者、超百寿者、炎症、フレイル、長寿遺伝子、スーパーセンテナリアン

3 教育講演 I 慢性腎臓病を管理する

東京医科大学腎臓内科主任教授 菅野義彦

腎臓の機能低下を表す疾患名を慢性腎不全から慢性腎臓病 (CKD) に変更して十年以上が経過した。言葉遊びに過ぎないと言われていた時期もあったが、ようやく言葉として定着した感がある。CKD 患者は 20 歳以上の人口で約 13% を占める。そのため日常診療で遭遇する可能性の高い疾患であり、腎臓専門医とかかりつけ医あるいは医療スタッフとの医療連携は必須である。日本腎臓学会は CKD 診療の標準化を進め、医療連携を促進するためのツールとして CKD 診療ガイドを刊行した。このガイドは CKD に関する日本人のエビデンスが未だ十分存在しないために、とりあえず腎臓専門医のコンセンサスという形で公表されている。現在、日本人のエビデンスをふまえながら、より完全なガイドライン作りが進行中である。すでに刊行された診療ガイドには、CKD の定義とステージ分類、CKD 対策の重要性、CKD の診断と検査、フォローアップ、腎臓専門医への紹介基準、治療法、腎機能障害患者への薬物投与など日常診療に必要な指針が具体的に示されている。日本腎臓学会が意図したとおり、現在 CKD 診療の様々な場面で活用されている。CKD の診断には尿検査 (尿蛋白チェック) と GFR (糸球体濾過量) の測定が必須である。このうち、GFR はイヌリンクリアランスで直接測定可能であるが、手技が煩雑であるため、通常は血清クレアチニン値、年齢、性別から計算式で求める。このようにして推算したものは eGFR (estimated GFR) と呼ばれ、世界中で広く使用されるようになっている。米国で 2002 年に作成され、その後改訂された MDRD 簡易式は最もよく普及している推算式であるが、日本人に適用した場合には日本人係数をかけても正確ではなかった。そこで日本腎臓学会は日本人向けの新しい式を作成するプロジェクトを実施し、新しい日本人用の推算式を公表した。これにより、様々な臨床疫学的研究の促進や、日常診療における腎機能の指標としての GFR の普及などが期待される。こうした CKD に関する活動の目的は腎臓病を進行させずに透析患者を減らすことであったが、その成果は上がってきているのだろうか？ またそれによって管理の方法は変化したのだろうか？ 新しい薬剤や治療法はどうなっていくのだろうか？ ほかの生活習慣病との関連は？ この十年間で腎臓病について新たに判明したエビデンスを基にして、専門医が、一般内科医が、医師以外のスタッフが、そして患者自身がそれぞれできることをもう一度検討したい。

4 教育講演 II 糖尿病と認知症

東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科総括部長 荒木 厚

1. 糖尿病と認知機能低下、認知症

糖尿病患者は糖尿病がない人と比べて、血管性認知症が約 2.5 倍、アルツハイマー病が約 1.5 倍多い。また、糖尿病患者は軽度認知障害 (MCI) もおこりやすく、注意力、情報処理能力、実行機能 (遂行機能)、学習・記憶能力が障害されやすい。とくに実行機能障害は買い物や食事の準備などの手段的 ADL の低下を伴い、服薬管理やインスリン注射のアドヒアランスの低下をもたらす。アドヒアランスの低下は高血糖をきたし、さらに実行機能障害をもたらすという悪循環を形成しうる。

2. 認知症の早期発見の手がかりとスクリーニング検査

糖尿病における認知症や認知機能障害を早期発見するためには、①記憶障害、②手段的 ADL (買い物、金銭管理など) 低下、③心理状態の変化 (うつ、意欲低下)、④服薬、インスリン注射のアドヒアランス低下などが手がかりとなる。

糖尿病患者における認知機能障害や認知症をスクリーニングする検査としては MMSE、改訂長谷川式知能検査、MoCA、Mini-Cog、DASC-21 などがある。MoCA は時計描画試験などが含まれており、MMSE よりも糖尿病における認知機能障害を見出すことができる。DASC-21 は手段的、基本的 ADL の質問が含まれており認知症の重症度判定も可能である。

3. 糖尿病における認知症発症を加速する要因

糖尿病の認知機能障害を加速する要因は、①インスリン抵抗性、②血糖コントロール不良、③動脈硬化危険因子や脳卒中の合併、④低栄養がある。肥満、高脂肪食、身体活動量低下、睡眠障害、うつなどは糖尿病の前段階から、インスリン抵抗性を高くする状態であり、認知症発症の危険因子となりうる。高血糖のみならず、重症低血糖も認知症発症をきたしうる。運動は認知症を予防する手段の一つである。既に MCI や認知症がある場合でも、レジスタンス運動を含む運動を行うことが進行防止に有効である。その他、心理サポート、栄養サポート、社会資源の確保、重症低血糖の防止、治療の単純化を行う。

4. 認知機能を考慮した高齢者の血糖コントロール目標

最近、日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会から高齢者の血糖コントロール目標 (HbA1c 値) が発表された。この目標値は認知機能、ADL、併存疾患、低血糖のリスクを考慮して設定する。SU 薬やインスリンなど重症低血糖が危惧される薬剤を使用し、中等度以上の認知症がある場合は HbA1c 8.5%未満が目標となる。認知症がない後期高齢者は HbA1c 8.0%未満が目標で、前期高齢者で認知機能正常で ADL が自立している場合には HbA1c 7.5%未満が目標となる。SU 薬やインスリンなど使用している場合は重症低血糖を避けるために目標下限値を設けて、安全な治療を行う。

一方、食事・運動療法のみや重症低血糖をおこしにくい薬剤で治療している場合は HbA1c 7.0%未満が目標であり、目標下限値を設けない。

5 基調講演 I 地域包括ケアシステムと訪問リハビリテーション

理事長 林 滋

1. 我が国の現状

我が国の少子高齢化は近年急速に進行し、2010年時点で65歳以上の高齢者の比率は23%になっており、団塊の世代が75歳以上となる2025年には30.4%にまで増加すると予想されている。

2050年頃までに総人口は8670万人まで減少するが、65歳以上の高齢者は39.9%と高いままとなるように予想されている。即ち今後40年間は30-39%を維持し、3400-3500万人の高齢者が生存している社会が到来するのである。しかし、喜んではいられなく、2014年で要介護者は586万人となっており、およそ4.5%にもなっている。このように介護を必要とするお年寄りが急増する社会となっているのである。

2. 介護保険制度の成り立ち

公的介護保険制度は2000年に立ち上げられ、このとき高齢化率は17.3%であった。高齢者の介護には従前の老人福祉制度と老人医療制度があったが、これでは要介護老人に対応するのは限界となった。2000年には要介護高齢者は218万が2012年には533万人に増加し、認知症高齢者も2012年には462万人になっている。このため、介護保険制度は3年ごとに改定され、介護給付額も2000年の3.6兆円から2012年には8.9兆円に膨れ上がってきた。

3. 地域包括ケアシステム

これからの要介護高齢者の増大をできるだけ効率的に対処するために地域包括ケアシステムが提唱された。重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らしていけるよう住居・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムのことである。

4. 要介護状態の原因と生活習慣病

介護が必要となる原因としては、脳卒中(27.7%)、衰弱(16.1%)、転倒・骨折(11.8%)、認知症(10.7%)、関節疾患(10.5%)、その他(23.3%)となっている。脳卒中や認知症に生活習慣病は深くかかわりあっており、がんも生活習慣病と関連しており、衰弱の原因となりうる。このように、生活習慣病を予防、治療することは多くの国民にとって介護状態になることを減らすことになる。

5. 医療保険によるリハビリと介護保険によるリハビリ

リハビリテーションは医療行為であり、そのため、リハビリの実施には医療保険でも介護保険でも医師の指示により行われる。実際のリハビリは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職が行う。医療保険では、身体機能の早期改善を目的に疾患ごとにそれぞれのプログラムに沿ってリハビリを行う。ただし、リハビリを受けられる日数には疾患により制限がある。一方、介護保険では、主に身体・生活機能の維持・向上を目的としたリハビリを行う。主治医が、リハビリの必要性があると判断しその指示のもとでリハビリが行われる。基本的には同一の病状においては医療保険と介護保険のリハビリの併用はできない。

6. 訪問リハビリと通所リハビリ

①訪問リハビリ：訪問リハビリは病院で行うリハビリとは異なり、実際に生活されている環境で快適に生活できるように助言・援助し、生活の再構築を図る。なお、訪問リハビリテーションには、要介護・支援認定された本人および家族の依頼により行う介護保険指定リハビリと、医療保険対応による訪問リハビリがある。

②通所リハビリ：病院や診療所、老人保健施設等に併設された施設である。入浴、食事、排

泄などの介護サービスの他、理学療法士など、リハビリスタッフによるリハビリテーションを受けることが出来る。リハビリは計画書を作成し、定期的に見直しを行いながら、利用者の目標に合わせたリハビリテーションを実施する。

7. 急性期、回復期、維持期のリハビリと訪問リハビリ、生活リハビリ

- ①急性期のリハビリ：病気、外傷、手術などの後に、早期に機能回復や基本動作ができるように行うリハビリのこと。
- ②回復期のリハビリ：急性期が過ぎて自宅復帰を目指して日常生活動作（ADL）の改善を目的に行うリハビリのこと。
- ③維持期のリハビリ：病院でのリハビリが終わって、自宅に戻り日常生活を継続できるように行うリハビリ。通院、買い物のための外出をサポートしたり、杖や手押し車で移動するのをサポートし、住宅改修のアドバイス、福祉機器利用の提案も行なう。
- ④訪問リハビリ：リハ師が患者宅や施設に訪問して、日常生活が円滑に行えるよう、具体的な必要な動作をサポートする。患者の残された機能維持や更なる向上のために、室内や外での日常生活関連動作訓練を行う。
- ⑤生活リハビリ：利用者が普通の生活を送れるように、心身の状況に合わせてケアプランを作成し、生活場面で、最適な介助を行うことで、能力の向上維持を図ることを生活リハビリという。

8. 東京都地域リハビリテーション支援センター

東京都の12か所の医療圏ごとに置かれていて、地域のリハビリテーションの中心的な役割を担っている病院内に設置されている。主な役割として、地域リハビリ提供体制の強化、訪問・通所リハビリの強化、地域リハ関係者の連携強化、若手リハ師の実務研修の受け入れが挙げられている。

9. 高齢者リハビリテーションの考え方

- ①脳卒中後のリハビリ：発症直後からリハビリを実施し、自宅復帰を目指して短期集中してリハビリを行い、自宅復帰後は、通所リハ、訪問リハ自己訓練等を行う。
- ②廃用症候群のリハビリ：脳卒中のような急性発症ではなく、徐々に身体機能・日常生活機能が低下してくるので、早期にリハビリを導入し、期間を決めて、計画的に行う。
- ③認知症高齢者のリハビリ：認知症高齢者は環境の変化に対応することが難しくなるために、生活環境・人間関係が維持されている状態でケアやリハビリが一体的に提供され、かつ専門医療と連携しながら行うことが必要である。

10. 林クリニックの訪問リハビリテーション

- ①概要：東京都板橋区小茂根、平成12年開設、
- ②連携ケアマネ事業所：板橋区66か所、練馬区24か所、豊島区7か所
- ③患者在住場所：板橋区内43町、練馬区内15町、豊島区内7町
- ④PT, OT, ST: 16名
- ⑤患者構成：主な病名：脳梗塞、脳出血、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、多系統萎縮症、脊柱管狭窄症、大腿骨頸部骨折術後、骨粗鬆症、胸椎・腰椎圧迫骨折、変形性膝関節症、認知症（アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型）、廃用性症候群、腎不全（透析）、COPD、がん、関節リウマチ等
- ⑥患者件数：H23-H27, 221件、男性87名、女性134名、平均79.8±11.1歳
- ⑦事例検討会議、事例当日供覧。

6 基調講演 II 認知症やがんとは無縁の健康長寿を目的とする自然免疫力の強化方法

理事 梶本庸右

豊かで幸福な人生を全うするには、日々の健康が大切であり、老後には認知症やがんとは無縁で過ごしたいものです。すでに国内の認知症の患者数は、462万人に達し、認知症に進展する可能性が高い軽度認知障害者数は、約400万人と報告されています。がん患者は約92万人です。約50%の人が生涯一度はがん罹患し、死亡原因の1位（約30%）は、がんです。他人ごとでしょうか。

認知症やがんになってから治療を受けても、すでに手遅れであることが多く、せっかくの人生の老後を健康に過ごしたいと願えども、認知症やがんにならない確かな健康対策をどのように実行するかは確証が持てない。そんな皆様と、認知症やがんとは無縁の健康長寿の実現方法を考えてみましょう。

ヒトの体を健康に維持するために、免疫システム、ホルモンシステム及び中枢神経システム三つのシステムが相互に連携して働いています。

免疫システムは、自然免疫と獲得免疫からなっていて、外敵に対する生体防御システムです。特に自然免疫力が外敵に対して有効な防御を行っています。

主にストレスや加齢のより自然免疫力が低下し、認知症の原因物質の除去やがんの芽の増大を免疫力で阻止できなくて、長い時を経て認知症やがんの発症に至ると考えられています。そこで、低下した免疫力を高めるために役立つ生活習慣や、食べ物が重要になってきます。

自然免疫力を高める食品として、パン酵母から得られた多糖類化合物であるパン酵母ベータグルカン、最も効果的な自然免疫力の強化食品なのです。パン酵母ベータグルカンのサプリメントを毎日飲む臨床試験で、免疫力レベルの向上改善効果が確認されました。唾液中のHHV-7（ヘルペスウイルスの一種）を定量して判定する、新しく発見された免疫測定方法でわかりました。

他にも健康長寿に効果的な方法が提唱されていますので、ご紹介します。

高齢化に伴う認知症の発症阻止、軽度認知障害の患者での病状改善や認知症への進展阻止の効果も明確に確認されるであろうと思われます。

ストレスによる障害の改善や健康増進、インフルエンザなど感染症の感染阻止、感染後の早期回復、がんの発症阻止などのために、すでに毎日パン酵母ベータグルカンを飲んでいる人達やこれから飲み始める人達が、免疫力の強化により年を経ても、認知症や、がんから無縁になるだろうと予想し、切望しています。

