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6回生活習慣病学術講演会

「身近な生活習慣病を考える、医療政策 から看取りまで」

日時:平成30年9月30日(日)午後1時—5時30分

場所:持田製薬株式会社 本社内「ルークホール」、2 F

東京都新宿区四谷1-7

問合わせ先:国際生活習慣病フォーラム事務局

03-3956-2090

特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム主催 第6回 生活習慣病学術講演会

「身近な生活習慣病を考える、医療政策から看取りまで」

日時:平成30年9月30日(日)午後1時—5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

1:00 理事長挨拶

1:05-1:45

座長 NPO理事長 林 滋 先生

特別講演 Ι「安らかな看取りを求めて」

(財)日本尊厳死協会理事長、慶応義塾大学医学部客員教授、(医)社団健育会副理事長 岩尾總一郎 先生

1:45-2:25

座長 NPO理事 長谷川慶華 先生

2. 特別講演 II「意外と知られていない腎臓と生活習慣病の関係~腎臓を大切にして 長生きしよう~」

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院院長 木村健二郎 先生 ミニレクチャー(2:25-2:35) 「生活習慣病に胎児期、乳幼児期の生育環境が 重要か一 "氏より育ちか"?」

はせがわ内科クリニック(品川区大井町)、昭和大学客員教授 長谷川慶華 先生 休憩10分

2:45-3:25

座長 NPO理事長

林 滋 先生

3. 特別講演 I I I 「生活習慣病に関連する保健医療政策について」

東京医科歯科大学大学院 医歯学系専攻 環境社会医歯学講座 政策科学分野 教授 河原和夫 先生

3:25-3:55

座長 NPO参与

吉田泰行 先生

4. 基調講演 「忍びよる動脈硬化症 ~あなたの血管は元気ですか?」

国立国際医療研究センター 国府台病院、 NPO監事

山口秀樹 先生

休憩 15分

4:10-4:40

座長 NPO理事 長谷川慶華 先生

5. 基調講演「医者が病気を患って、無養生を考える」

ながたクリニック

院長 NPO参与 永田篤文 先生

4:40-5:20

座長 NPO参与

鈴木誠二 先生

6. 基調講演「認知症を知って、みんなで支える」

医療法人社団桐心会理事長 (板橋区)、NPO 理事長

林 滋 先生

5:20 終了

参加無料、参加希望の方は特定非営利活動法人国際生活習慣病フォーラム事務局 03-3956-2090 (林クリニック内) に御連絡ください (持田製薬には電話をしないようお願い します) 尚当日直接参加もできます

ご挨拶

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

このたび特定非営利活動法人生活習慣病フォーラム主催の第6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、生活習慣病関連啓発事業等行ってきましたが、健康志向、高齢化による疾病構造の変化を鑑みて平成28年から当法人の活動を強化することになりました。今まで5回の学術講演会を行ってきましたが、今後の本法人のさらなる発展のために平成30年4月1日に主たる事務所を台東区から板橋区小茂根4-28-14に移転しました。

さて、毎回テーマを決めて講演会を行っていますが、今回は「身近な生活習慣病を考える、医療政策から看取りまで」です。近年の高齢化の進行は社会の大きな変革を促しております。特に医療分野では、在宅医療の強化、病院死から在宅死への転換、病院機能の変換、高齢化に対応した医療保険・介護保険制度の改革が急速に進められております。このような社会の大きなうねりの中に生きている現在の状況を反映すべく講演会を企画しました。

まずは、多死社会の到来で避けて通れない尊厳死の問題を専門家の観点から 取り上げていただきます。次に、生活習慣病のメインな疾病である高血圧を腎臓 との関連で深く切り込んでいただきます。ミニレクチャーでは、生活習慣病を生 育環境の視点で解説します。3番目には、生活習慣病に関する医療政策を講演い ただきます。本会で医療政策をお話しいただくのは今回が初めてです。基調講演 としては、動脈硬化の評価での超音波検査の有用性をベテランの先生から、また、 動脈硬化症が起因する心筋梗塞症の実体験から貴重なお話を、最後に高齢化社 会で、社会問題化している「認知症」について医療や介護の面からも詳しくお話 します。

最後になりますが、毎回当ホールを無料で使用させていただいている持田製薬 株式会社に改めて御礼申し上げます。

平成 30 年 9 月 30 日

1. 特別講演 I

安らかな看取りを求めて-リビングウイルの勧め

- (財) 日本尊厳死協会理事長、慶應義塾大学医学部客員教授
- (医) 社団健育会副理事長

岩尾總一郎

2025年問題をご存知だろうか。あと 6-7年もすると、日本の高齢者人口が 3,500万人になり、そのうちの 5人に 1人、700万人が認知症になると言われている。また、高齢者の独り暮らしが 680万世帯に増え、その多くは都市で生活する高齢者であると予測される。そして、それ以上に、年間 140万人以上の高齢者が死んでいくという「高齢多死社会」になるということだ。

「終活」という言葉をよく聞くが、人生の最期に何をしておくべきだろうか。墓 の問題、老後の生活、遺産相続、いろいろな始末をしなければならないが、終末 期にどのような医療を受けるか(受けないか)ということも大きな問題だ。人間 は不老不死ではないのだから、いつかの時点で人生の終焉が来る。その時が来た ら不自然に延命するのではなく、自然な死の過程に任せるのが理想と考える。 人間にとって、尊厳ある最期を迎えることは最も大切なことだ。しかし、認知症 高齢者や障害のある高齢者に対し、本人の意思にかかわらず不必要な延命措置 を行っている医療・療養施設があるとすれば非難されるべきだ。 死が避けられな いなら、痛みや不快な症状を除去する緩和ケアは、自然な最期を迎える上で必要 な医療だが、最適の医療を受けつつも無用な延命措置は排除されるべきである。 私たちは元気でいる間に自分の死後について遺言を書いたり、臓器提供の意思 を表明したりすることができる。同様に、病を得、齢を重ねて自立が難しくなり、 もはや治療しても意味がないという終末期を迎えたとき、どういう最期を過ご すかということについて自己決定し、きちんと意思表示をしておくことは大切 だ。終末期の医療について自分の意思を前もって書面で示すこと、これがリビン グウィル(尊厳死の宣言書)である。

(財)日本尊厳死協会は1976年からリビングウィルの登録管理、普及啓発を進めている団体だ。協会は尊厳死を「自分が不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命措置を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」と定義している。したがって、尊厳死は自然死や満足死と同義で、積極的な方法で死期を早める安楽死とは根本的に異なる。

協会の現在の会員数は約 10 万 3,000 人で、平均年齢は 78 歳である。会員が高齢なので毎年 3 + 5 千人の方がお亡くなりになるが、その際、遺族の方にアン

ケートをお願いしている。それによると、亡くなった方の年齢は80歳代が最多で、90歳代、70歳代と続く。死亡原因はやはり「がん」が一番多く、次いで「肺炎」だ。最近では「老衰死」という診断名も増えてきた。

遺族に対し、私たちのリビングウィルは役に立ったかと聞いているが、「リビングウィルは主治医の先生はじめ医療関係者に理解いただいた」という回答が年々増え、現在では93%以上になっている。かつてはリビングウィルを提示しても無視する先生もいたが、現在では、医療機関では圧倒的に受け入れられる時代になってきた。

今から 5 年前、安倍内閣総理大臣あてに提出された社会保障制度改革国民会議報告書には、「超高齢社会に見合った『地域全体で、治し・支える医療』の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援することーすなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた『QOD (クォリティ・オブ・デス)を高める医療』ーも入ってこよう」とある。

QOD を高める。人の終末期はある程度想定できる。疼痛緩和のための終末期鎮静を除けば、本人も最期まで意識がはっきりしていることが多いと思われる。厚生労働省の推し進める ACP(アドバンス・ケア・プランニング)においても、まず本人の意思確認の重要性が問われている。残された日々を充実したものとするために、リビングウィルが重要な役割を果たすと私たちは考えている。

『いのちの遺言状』とも言うべきリビングウィルは、今後の高齢者多死社会において必要不可欠だが、日本全体でリビングウィルの所持者は 3%、ドイツ(12%)、アメリカ(25~40%)には遠く及ばない。リビングウィルの普及に今後とも注力して行きたい。

2. 特別講演 I I

意外と知られていない腎臓と生活習慣病の関係 ~腎臓を大切にして長生きしよう~

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)東京高輪病院 院長 木村健二郎

腎臓は地味な臓器であるが、実は生命の維持にとって極めて重要な働きをしている。腎臓の働きが落ちて腎不全になると透析あるいは腎移植といった治療が必要になることは良く知られている。しかし、腎臓の病気をもっていると腎不全にならなくても、死亡率が増すという事実はあまり知られていない。本講演では、腎臓を大切にすることが健康で長生きするためにいかに大事かを理解していただきたい。

150 g 程の小さな臓器である腎臓には大量の血液が流れ込み、24 時間 1 分 1 秒 たりとも休まずに尿を作っている。この尿を作るという働きにより、単に体内の水の量を調節し老廃物を排泄しているだけでなく、体液のナトリウム、カリウム、カルシウム、水素イオンなどの電解質の濃度を非常に狭い範囲に正確に維持している。さらに、循環血液量や血圧も調節している。腎臓は 24 時間休みなく体内の環境を監視し、尿を作る過程でこれらの電解質の濃度、循環血液量や血圧を常に一定に保っている。この働きにより私たちは生命活動を正常に営むことができるのである。逆に、腎臓の働きが低下し末期腎不全になると、体内の環境を適正に維持するために透析や腎移植といった治療(腎代替療法)が必要となる。さらに、最近の様々な疫学研究から、腎臓に病気があると、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の発症の危険が増し死亡率も上昇することが明らかになってきた。

そこで、早期に腎臓の病気を発見し対処し住民の健康を維持するために「慢性腎臓病」(CKD, Chronic Kidney Disease)という概念が提唱された(2002 年米国)。CKD の定義は、①糸球体ろ過量(GFR、Glomerular Filtration Rate:腎臓の働きを示すもっとも基本的な検査値)が $60\text{ml}/分/1.73\text{m}^2$ 未満(=腎臓の働きが正常のほぼ 60%未満)、②尿たんぱく(アルブミン)が陽性(=腎臓が傷ついている)、これらの①か②あるいは両方が 3 ヶ月以上続いた状態としている。通常、GFR を知るには蓄尿が必要であるが、それでは日常診療では手間が

かかりすぎて実用的ではない。そこで、血清クレアチニン値、年齢および性別から GFR を推測する式(GFR の推算式)を作った(日本腎臓学会)。この式で計算された GFR を推算 GFR(eGFR, estimated GFR)とよぶ。これにより CKD はどこでも誰でも難しい技術や高額な機器を用いずとも診断できるようになった。 GFR の低下の程度と尿たんぱく(アルブミン)の程度が末期腎不全と心血管疾患発症のリスクと相関する(CKD の重症度分類) 11 ので、CKD では診断と同時に重症度を評価出来る。

図 CKD の重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病 高血圧 多発性嚢胞腎 腎移植 不その他		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30~299	300以上
		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15 未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73 m²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15			

定義から分かるように、CKDは1つの疾患ではなく、様々な疾患や病態を総括した概念である。慢性糸球体腎炎などの慢性の腎疾患や腎毒性物質(鎮痛解熱剤など)への慢性暴露による腎障害もCKDである。しかし、圧倒的に多いのは、加齢、高血圧、糖尿病、脂質異常、肥満、メタボリックシンドローム、高尿酸血症などの「加齢と生活習慣病を背景としたCKD」である。これらは血管障害の古典的な危険因子でもある。腎臓は血管に富む臓器であるため、加齢や生活習慣病により腎臓が障害されたり既存の腎疾患が悪化する。したがって、CKDと診断したら、その背景にある病態を明らかにしなければならない。慢性糸球体腎炎などの腎疾患があれば、その疾患に対する治療(IgA 腎症なら扁桃摘出やステロイド療法など)を行う。もし、CKDの原因や悪化因子に生活習慣病があれば、生活習慣に対する介入・治療が必須である。なかでも血圧の管理はCKDにおいては極めて重要である。

CKD に伴う高血圧は「RAS 阻害薬という降圧薬を第一選択薬にして血圧を 130/80mmHg 未満に下げる」ということがガイドラインに書かれていた。しかし、この治療は糖尿病のある場合には有効であるというエビデンスがあるが、

糖尿病もなく尿たんぱく(アルブミン)も陰性のCKD(ほとんどは加齢や高血圧によるCKDである腎硬化症)では充分なエビデンスがなくむしろ有害事象の発現のリスクが大きいことが分かってきた。そこで、このようなCKDでは「状況に応じてRAS阻害薬、Ca拮抗薬、利尿薬といった降圧薬を使い分け、血圧は140/90mmHg未満を目指す」ことがガイドラインに明記された「。このように、CKDの病態に応じた治療選択が提唱されたことは大きな進歩である。その他、CKDでは糖尿病、肥満、脂質異常も是正する必要がある。最近、高尿酸血症もCKDの悪化因子であることが明らかになってきており、尿酸降下療法のCKDにおける意義が検討されている。

CKD は比較的新しい概念であるが、その診断の容易さと生命予後に対するインパクトの強さから、もっと社会に啓発し対策を立てて行かなければならない。そのために、住民の健康に関わる「かかりつけ医」、行政、保健師などを巻き込んだ社会運動を展開する必要がある。広く住民に CKD の健康への影響の大きさを理解していただき、CKD への適切な対処を通して健康的な生活を送っていただきたいと願っている。

参考文献

日本腎臓学会編「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018」(東京医学社、東京、2018)

3. ミニレクチャー

生活習慣病に胎生期、乳幼児期の生育環境が重要か - "氏より育ち"?

はせがわ内科クリニック 昭和大学医学部客員教授 長谷川慶華

多くの生活習慣病(高血圧、糖尿病、肥満、脂質異常症、高尿酸血症、など多数)は心臓、脳血管、末梢血管、腎臓障害などなど多くの臓器障害を伴って、身体や脳の機能障害を残して認知症、ロコモ症候群やフレイルに陥り、ついには個体の生命を奪う。今後さらに進む超少子超高齢多死社会に伴って多くの人を不幸にし、医学的にも、社会的にもその対策は重要なテーマである。

「生活習慣病」というと、成人を過ぎて"不健全な生活習慣"がもとで発症する病気というイメージを持たないであろうか。確かに喫煙習慣や飽食、運動不足など自己責任的な面も大きい。現在行政も日本全国で禁煙を勧め、メタボ検診を推進している。これはこれで大変大事なことである。 では本人の努力だけで「生活習慣病」は予防出来るであろうか? 飲酒や喫煙の習慣もなく肥満もなく、よく運動もして健康診断の検査結果が全く正常の「健康人」と思しき人に、高血圧、糖尿病、がんが偶然見つかったり、急性冠症候群(重症狭心症や心筋梗塞など)を発症するのはよく経験する。すると「生活習慣病」はむしろ遺伝の影響も大きいのではないかと考えたくもなる。余談であるが「生活習慣病」は以前「成人病」と言われていた。しかし個人個人の生活スタイルが大事ということで、いつしか名称が変わってしまったといういきさつがある。

多くの病気のなかで純粋に遺伝だけが関与するものとして血友病、色盲、早老症などなどがあり、ある単一の病因遺伝子が常染色体や性染色体上に存在し時にヘテロ、また時にはホモの状態によって、ある個体だけに起きるものである。一方環境要因だけで起きる疾患は感染症、環境汚染に因るものなど極めて多い。たとえばエイズ、水俣病やイタイイタイ病、そのほかアスベスト、原子力発電事故による放射線障害、薬物中毒、毒性ガスなどなどである。

ところが多くの病気というのは遺伝も環境要因も相互に複雑に絡んで起きて来ると考えられている。それがどのような機序で起きるのか疾患によって複雑である。 話が変わるが第二次世界大戦中の1944~1945年の冬、オランダ西部においてナチスドイツに占領され食料輸送を阻まれて起きた食料飢饉。当時妊娠中の女性から生まれた低体重児が戦後を生き、数十年経った後糖尿病、肥満などが増え冠動脈疾患で死亡する症例が増えたという事実があった。 英国のバ

ーカー博士は英国のある地域で 1921~1925 年に生まれた男女の生下時体重とそれらの世代の 1969~1978 年における冠動脈疾患罹患率とが負の相関関係があることを発表した(英国の医学雑誌 British Medical Journal 298 564-567 1989)。子宮内での栄養障害によって遺伝子の発育プログラミングが大きく変化するためと考えバーカー仮説と言われる。その後あちこちで臨床及び動物実験から糖尿病、肥満、腎臓疾患などについても胎生期の低栄養状態がこれらの疾患の発生頻度と相関関係にあったことが報告されている。

胎生期の飢餓による流産の危機を何とか乗り越えた胎児が生後何十年も経て 冠動脈疾患をもたらしたのは何故か? よく云われているのは、子宮内低栄養 状態で染色体中の「倹約遺伝システム」が始動し、効率よく発育を助けたものの 生後にもたらされた栄養過多状態が飢餓に耐えた個体にとって逆に糖代謝、脂 質代謝に悪い影響を与え疾患の発症に関与したという考えである。疾患が遺伝 と環境の両者によってひき起きることを如実に表したものとして注目されてい る。最近こうした事例について DOHaD(Developmental Origin of Health and Diseases)という疾患概念が提唱され、生活習慣病の一部の発症についての解明 が進んでいる。環境の変化が遺伝子特に DNA 及びそれらを巻き付けているヒス トン蛋白の化学変化 (DNA のメチル化やアセチル化によるヒストン修飾) を起こ し疾患の発症に影響しているといわれている。近年遺伝子、DNA、ゲノム、など の詳細な研究が進んで「遺伝」について細かいところまで分かって来ているが、 遺伝子そのものの塩基配列を変えずに"エピジェネティック"な変化が責任遺伝 子の作用の発現を抑えたり、逆に促進させることが分かって来ている。しかもそ の影響が次世代にわたって"遺伝する"といった研究報告もなされている。こう なると生活習慣病の発症は遺伝の異常なのか環境変化に因るものなのか一口に 判定できない。生命現象というのは実に複雑怪奇でまだまだ分からないことが 多すぎる。

ここ 10 数年我が国において生下時体重が低くなっているという報告がみられている。その背景には高齢出産の増加、女性の"やせ願望"、ひとり親家庭や非正規労働者夫婦にみられる"こどもの貧困"などが胎生期や乳幼児の栄養不足と関係しているのだろうか? 「小さく生んで、でっかく育てよう。」というのは勇ましいスローガンであるが、現実は違う。さらに乳幼児虐待や胎教などの影響などはどうなのか、疑問は広がるばかり。

4. 特別講演 I I I

生活習慣病に関連する保健医療政策について

東京医科歯科大学大学院 医歯学系専攻 環境社会医歯学講座 政策科学分野 教授 河原 和夫

1. はじめに

がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、COPD(慢性閉塞性肺疾患)などの生活習慣病は、日本人の主たる死因であり、これらの疾患で医療機関を受診する機会も多い。また、医療費適正化の面からも対策の必要性が指摘されている。

生活習慣病が増加した理由はさまざまであるが、名前のとおり長年にわたる 好ましくない生活習慣を持つ者が増えたことが引き金になったと言えよう。高 齢化も影響を与えている。生活習慣としては、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、 飲酒などが挙げられる。

2. 政策

(1)健康増進政策(1 次予防対策)

生活習慣病を予防するためには、悪い生活習慣の改善が必要である。まず、医療機関を受診するまでに至っていない段階で生活習慣を改めるのが"1次予防"活動である。政策としては、21世紀における国民の健康づくり活動である「健康日本21」といわゆる"メタボ健診"としての「特定健康診査・特定保健指導」がある。特に、東京オリンピックを控えて健康増進法が改正され、不十分ながら"たばこ対策の強化"が謳われている。また、第2次の健康日本21には従来のたばこ対策に加えて新たにCOPD(慢性閉塞性肺疾患)の予防に関する記述も登場している。

(2)健康診査・検診(2次予防対策)および事後指導

次に病気の早期発見・早期治療を目指した"2次予防"活動としては、職場や学校、そして市区町村単位で行われている健康診査(がん検診や歯科健診も含む)や前述のメタボ健診がある。ここまでが本格的な病気になる前段階の予防活動であり健診やその結果についての事後指導が政策として展開されている。残念なことは、こうした機会があるにも関わらず、がん検診を含む各種健(検)診や事後指導の受診率・利用率が低いことである。

(3) 生活習慣病に関する医療政策

①医療計画および地域医療構想

ここまでが生活習慣病予防に関連する政策であるが、健康異常が進み医療機関を受診することになる場合のために、生活習慣病に対する医療体制の充実が図られている。自分が住み慣れた地域の医療提供体制を良くするために、法律に基づき都道府県は医療計画や地域医療構想を策定しなければならない。東京都でも当然策定されている。これらの計画には、5疾病(がん、心血管疾患、脳卒中、糖尿病、精神疾患)、5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)および在宅医療と医療従事者の確保対策等が記されているとともに各病院が患者に提供すべき医療機能についての検討が行われている。当然、生活習慣病は医療計画や地域医療構想の内容の大部分に言及されている。

東京都の医療計画を例に取ると、「がん」では"がん診療連携拠点病院"、「脳卒中」の"医療連携の取組"や"脳卒中対応医療機関(回復期・維持期)"の記述がされている。「急性心筋梗塞」は"CCU(心疾患集中治療室)ネットワーク加盟医療施設"、「糖尿病」では"糖尿病医療連携の取組"について記載がある。②がん対策

なかでも「がん」については、がん対策基本法に基づいて、予防から治療及び 療養生活の質の向上に至るまでの総合的な計画である「がん対策推進計画」が策 定されている。本格的な高齢社会を迎え、がん患者の増加や小児がん対策、がん 患者の就労支援等の新たな課題への対応の必要性を踏まえた記述となっている。 ③医療費適正化計画

生活習慣病に要する医療費は、全体の約3割、そして全死亡者数の約6割を 占めていると言われている。

今後、高齢者人口が増加する中、医療費の急増を抑え、国民皆保険を維持していくために生活習慣病の発症・重症化を予防するとともに医療資源の効率的な活用を推進するために医療費適正化計画が定められている。

内容は、「生活習慣病の予防と健康の保持増進に向けた取組」として、"特定健康診査・保健指導の推進"、"生活習慣病の重症化予防の推進"、"たばこによる健康影響防止対策の取組"、「医療資源の効率的な活用に向けた取組」として"切れ目ない保健医療体制の推進"、"地域医療構想による病床機能の分化・連携"、"がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患医療への取組"、"在宅療養の取組"、"地域包括ケアシステムの構築に向けた取組"の推進などが盛り込まれている。しかし、国が進める医療費適正化計画の内容は効果があるとは言い難いものである。

3. 今後の生活習慣病対策

今回の講演では十分に触れていないが、生活習慣病に対する医療のあとには介護保険が控えている。生活習慣病対策として健康増進から医療、さらに介護に至るまでの切れ目がない政策の立案が必要である。加えて、いくら理想的な生活習慣病対策を立案しても国民が自らの健康は自ら守るという自覚がなければ画餅に過ぎなくなる。

5. 基調講演

検査でわかる動脈硬化症 ~あなたの血管は元気 ですか?~

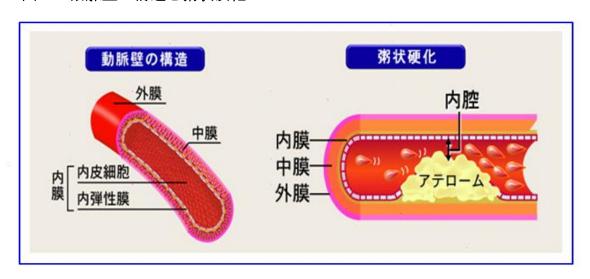
国立国際医療研究センター国府台病院 中央検査部 山口秀樹

<動脈硬化とは>

全身に血液をおくる動脈は、弾性力に富んだしなやかな組織です。 しかし、年齢とともに老化現象が進行すると、しだいに弾性力が失われ、血管は 硬くなります。また、血管内にアテロームなどの変性物質(プラーク)が沈着する ことで血管内腔が狭くなり、血液が流れにくい状態になります(図1)。

この血液の流れが滞る状態を「動脈硬化」とよび、動脈硬化が原因で身体に様々な症状が出現することを「動脈硬化症」といいます。

図1 動脈壁の構造と粥状硬化



日本医師会ホームページより転載

<動脈硬化が進行すると>

- ① 心臓に負担がかかる
- ② 臓器や組織の機能が低下する
- ③ 臓器や組織が壊死に陥る
- ④ 血管が破れやすくなる

などの状態が出現します。

これらの現象により、心肥大・心不全・高血圧・心筋梗塞・狭心症・脳梗塞・

閉塞性動脈硬化症・クモ膜下出血・脳出血などのさまざまな疾患が発症します。

<動脈硬化の危険因子>

加齢・遺伝的要因・高脂血症・糖尿病・痛風・肥満・メタボリックシンドローム・運動不足・ストレス・喫煙などが動脈硬化の危険因子と考えられています。 また、これらの要因が重複することで危険度が増加します。

<検査でわかる動脈硬化>

動脈硬化の状態を把握するための生理学的検査として、頸動脈超音波検査と 血圧脈波伝播速度(ABI/PWV)検査が挙げられます。

1. 頸動脈超音波検査

超音波により血管の断層像を描出し、血管壁の厚さ・血管内変性物(プラーク)・血流速度などを評価する検査です。

動脈硬化では、血管壁の肥厚・プラーク沈着などの変化が出現し、血液の流れに変化が生じます(図 2)。

2. CAVI 検査(脈波伝播速度)

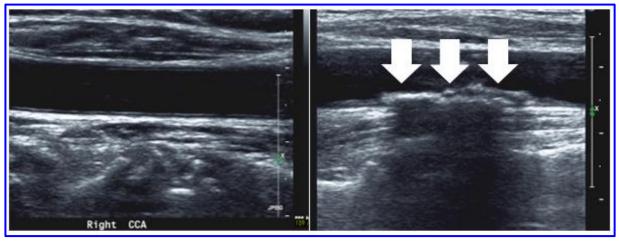
心臓の拍動(脈波)が動脈を通じて手や足にまで届くまでの時間を測定し、 血管の弾性力を評価する検査です(図3)。

動脈硬化では、血管の弾性力が低下し、脈波の伝わる時間が速くなります。

3. ABI 検査(足関節上腕血圧比)

上腕と足首の血圧比によって血管の狭窄や閉塞の程度を評価する検査です。 動脈硬化が進行すると、動脈に狭窄や閉塞が生じ、その部分の血圧は低下します(図3)。

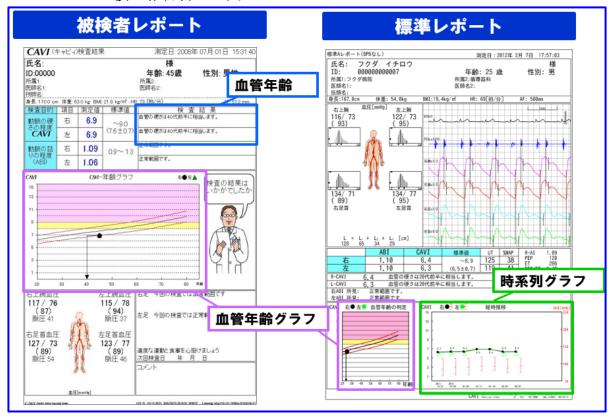
<頸部超音波検査で見る総頚動脈の状態> 図2



<正常症例> 血管壁肥厚やプラーク沈着は認めない

<高度動脈硬化症例> 血管壁肥厚に加えて高度プラーク沈着 を認める

<CAVI/PWV 検査報告書> 図3



<あなたの血管は元気ですか?>

動脈硬化症は、心臓疾患や脳血管障害の原因となる怖い疾患です。 そこで、生活習慣病や脳血管障害などを心配されている方は、これらの検査を行って、現在の血管年齢や血管の硬化状態を調べてみてはいかがでしょうか?

6. 基調講演

医者が病気を患って、無養生を考える

ながたクリニック 院長 NPO参与

永田篤文

小生は医師免許を取得し34年になる医師である。一歳半の時、腸重積という病気の手術を受けた以外、今まで入院、手術歴はない。ここ最近10年ほどの健康診断もおおむね良好と判断されてきた。今年還暦を迎えた小生が丁度今から二年前の夏、心筋梗塞を起こした。人は病気を患うと、なぜ病気になったのか考える人は多い。本講演ではその心筋梗塞という病気に至った経緯を私見を交えてお話ししたい。

小生の趣味は山登りで、天気が良ければ休みの日は山に出かける。山登り歴 は医者歴よりも長く50年以上になる。目標は『日本の山4000』を目指し ているやま中毒症である。今回の病気に気付くきっかけは山に登っている最中 だった。おかしいなと感じたのは2016年の2月21日、栃木百名山の笹目 倉山を登っていた時のことである。登り始めた時、左の首から下顎にかけて、 痛みとは違う何とも言えない重苦しい不快感に襲われた。しかしその症状は2 0分足らずで、登っているうちに落ち着いた。その日は笹目倉山を三時間ほど で登り終え、さらに時間があるため、栃木百名山をもう一山、火戸尻山にも登 った。その山に登っている時は、特に症状はなかった。その後も月に二から三 回ほど、山に登っていたが、気になるほどの症状はなかった。同4月には職場 の健康診断を受けたが、心電図、胸部レントゲン、血液検査、尿検査、例年と 特に変わった所はなかった。次にその不快な症状が起こったのは同7月4日に 北海道百名山の一つ、日高山脈の芽室岳に登っている時のことである。同じよ うな左の首から下顎の不快感が約一時間ほど続いた。その不快感は傾斜が急な 登りになると強くなり、勾配が緩やかになると改善した。両親、兄弟はもとよ り血縁者には心臓疾患はいなかったため、心臓だけは病気にならないと過信し ていた。むしろ冷えによる三叉神経痛や歯の問題と考えていた。北海道ではそ の後も連日、大雪山の白雲岳や札幌市郊外の無意根山に登ったが気になるほど の症状はなかった。芽室岳は天気が悪かったが、白雲岳や無意根山は天気に恵 まれ、天気との関係、無我夢中になった気持ちとの関係も考えられた。次にそ の不快な症状を強く自覚したのは、同7月24日、長野県飯綱町の信州ふるさ と120山の一つ、霊仙寺山に登っている時だった。さすがにこの時は登り始 めて頂上に着くまで大なり小なり症状が持続していて、疲労感も自覚した。頂

上はガスに覆われていて天気も良くなかった。その後自宅に帰って、階段を上 っていると少なからず症状があることに気付いた。心臓の病気を念のた め否定する意味で、同7月26日の朝、心電図に異変がないかどうか検査をし た。その心電図を見て不安が的中した。心筋梗塞を起こしている所見だった。 早速S病院に連絡し、駅の階段を普段通りに上り下りして、同日歩いて受診し た。既に心筋梗塞は完成した状態ではないかと勝手に想像して、階段の上り下 りをした。最近の症状と変化しているような自覚はなかった。S病院の心電 図、血液検査が済み、結果を待っていたら、突如歩行禁止を指示され、車いす で移動、そのまま入院となった。同日午後、緊急で心臓のカテーテル検査が行 われた。右冠動脈に99%の狭窄病変(詰まっている所)が判明し、同時にその 病変部位に第二世代の金属ステントが挿入された。なぜ緊急入院、精密検査に なったのか、それは血液検査でトロポニンIという心臓の筋肉が壊れることに よって出るたんぱく質が増えていたためである。つまり病院に受診した時点 も、心臓の筋肉が壊れ続けていて、病気自体が進行していることを意味してい た。その病気の進行を抑えるために詰まっている血管を確認して、拡げる治療 が行われたということである。幸い治療は無事に終了し、4日間で退院でき

退院時に主治医から病気の説明を受けた。心筋梗塞は動脈硬化からくる代表的な病気だが、入院中の検査で分かった結果に愕然とした。今回の症状をもたらした以外にも、血管(動脈)の至る所で、狭くなっていることが判明した。場所は他の冠動脈や頸動脈だが、単純にそこだけではなく、全身の動脈に、既に動脈硬化を起こしていて、狭く老化していることだった。入院する5年程度の直近の健康診断では、動脈硬化の危険因子は軽症の高血圧くらいで、他の問題、脂質、糖尿病、メタボリック症候群、喫煙歴、家族歴はなかった。しかしそこに落とし穴があった。多数の人は病気にならないと健康がどのくらい損なわれているか自覚することはない。周囲の同僚の中にも高血圧や糖尿病の薬を飲んでいる人がいる。治療薬を飲むか飲まないかはその個人個人の健康に対する意識、関心によるところが大きいと思う。病気を患って、今回自分の健康に対する意識が多少なりとも変わった。そして動脈硬化という心臓、血管の老化現象に対して自分なりに過去を反省して、考えてみた。

本講演ではその落とし穴を中心に、動脈硬化という病気、心臓、血管という循環器の老化現象について私見を交えて、わかりやすく報告したい。

7. 基調講演

認知症を知って、みんなで支える

林クリニック院長NPO理事長林 滋

目次

- 1. 認知症とは
- 2. 認知症の頻度
- 3. 認知症の原因疾患
- 4. アルツハイマー型認知症
- 5. レビー小体型認知症
- 6. 血管性認知症
- 7. 前頭側頭葉型認知症
- 8. 認知症の診断
- 9. 簡易認知機能検査
- 10. MCI(軽度認知障害)とは
- 11. プレクリニカル認知症
- 12. アミロイドカスケード仮説
- 13. 生活習慣病と認知症
- 14. 中核症状と周辺症状 (BPSD)
- 15. 認知症の治療
- 16. 認知症の予防
- 17. 認知症のケア
- 18. 認知症の施策
- 19. 認知症と地域包括ケア
- 20. 症例提示
- 21. 結語

1. 認知症とは

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態(およそ6ヵ月以上継続)を指す。

2. 認知症の頻度

我が国における年齢と認知症との関係は、認知症は年齢とともに増加する。

75 歳を超えると有病率は 10%を超え、80 歳で 20%、85 歳では 30%と急増する。また、日常生活自立度 II 以上を認知症とみると、平成 22 年 (2010 年) 280 万人が、27 年 (2015 年) は 345 万人、37 年 (2025 年) は 470 万人と急増すると予想されている(表 1)。

表1認知症高齢者の変遷

参考:要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を推計

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度	280	305	345	410	470
Ⅱ以上	9.5%	9.9%	10.2%	11.3%	12.8%

※下段は65歳以上人口に対する比率

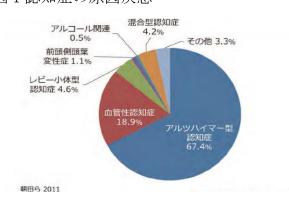
(参考:平成24年8月24日老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室公表資料))

3. 認知症の原因疾患

図1に示すように、アルツハイマー型認知症が一番多く67.4%、次いで血管性認知症が18.9%、3番目がレビー小体型認知症で4.6%、その後は、前頭側頭葉型認知症が1.1%、アルコール関連が0.5%、アルツハイマー型認知症と血管性認知症の混合型認知症が4.2%、その他3.3%となっている。

特に近年ではアルツハイマー型認知症が急増し、血管性認知症をはるかに凌駕 している。

図1認知症の原因疾患



さらに細かく病因別に分類すると以下のようになる。

- (1)神経変性性疾患:アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側 頭型認知症、大脳皮質基底変性症、進行性核上性麻痺 など
 - (2) 脳血管障害:脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、ビンスヴァンガー病
 - (3)炎症:細菌性脳炎、ウィルス性脳炎(日本脳炎、単純ヘルペス脳炎、エイ

ズ等)、クロイツフェルトヤコブ病、その他の脳炎(結核、梅毒等)

- (4) 脳腫瘍:脳腫瘍
- (5) 外傷等:頭部外傷、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症
- (6) 内科的疾患:甲状腺機能低下症、肝性脳症(肝不全)、腎不全、呼吸不全、 ビタミン(B1、B12、葉酸等)欠乏、中毒(薬物、一酸化炭素、アルコール等) 4.アルツハイマー型認知症

脳に異常蛋白(タウ蛋白)が蓄積し神経細胞が死滅し、脳が萎縮して、知的レベルが徐々に低下する病気。記憶能力の低下から始まり、計算能力、判断力がやられ、次第に人格も崩壊し、排泄機能がやられ失禁状態となり、末期には言葉が出なくなり会話もできなくなる。

5. 血管性認知症

生活習慣病が起因して、脳梗塞や脳出血になり脳細胞が死滅し、機能が段階的に低下する病気。病感は比較的保たれ、うつ病が出たり、比較的早期に失禁状態が出たりする。

6. レビー小体型認知症

脳の神経細胞内にレビー小体という α-シヌクレインを主体とする同心円状の特殊な構造物が形成され、脳全体に点在し進行していく病気。しばしばパーキンソン症状を伴い、妄想、幻視が著明となり、作話があり、転倒を繰り返す特徴を示す病気である。

7. 前頭側頭葉型認知症

主に前頭葉や側頭葉が萎縮して、認知機能、言語機能が低下し、人格障害、異常行動が見られる病気で、50歳代に好発する若年性認知症の一つである。

8. 認知症の診断

認知症の診断には、患者との医療面接から始まる。本人や家族から、病状、経 過を詳しく聴取する。

(1) 一般的身体検査として

- ①尿検査、②血液検査、③内分泌検査、④血清梅毒反応、⑤胸部 X 線写真、⑥心電図検査などがある。
- (2)脳の検査として、①腱反射などの神経学的検査、②脳波検査、③脳脊髄液 検査などある。
- (3) 脳画像診断検査として①X線検査、②コンピューター断層撮影(CT)、③電磁線を応用したMRI、アイソトープを用いて脳の血流の状態を調べるSPECT、脳糖代謝量を調べるPETなどがある。
- (4) 知的機能を測定する心理テストとして①ウエクセラ成人用知能検査第三版(WAIS-III)、②改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)、③Mini-Mental

State Examination (MMSE)、④アルツハイマーアセスメントスケール日本語版 (ADAS-Jcog) がある。

(5) その他の検査として①遺伝子検査、②病理検査がある。

これらの検査を必ずしもすべて行う訳ではなく、経過を見ながら、状態により検査方法を選択することになる。

9. 簡易認知機能検査

(1)長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

1974 年に作成された長谷川式簡易知能評価スケールは、質問項目 と採点基準等の見直しが行われ、1991 年に改訂長谷川式 簡易知能評価スケール (HDS-R) として改訂され、現在スクリーニングテストとして広く利用されている。記憶を中心とした 高齢者の大まかな認知機能障害の有無をとらえることを 目的としている. 年齢、日時の見当識、場所の見当識、3 つの言葉の記銘、計算問題(100から7を引いていく)、3 桁と4 桁の数字の逆唱、3 つの言葉の遅延再生、5 つの物品記銘、言葉の流暢性(野菜の名前)より構成されている。HDS-R は30点満点で、カットオフ値は、非認知症は24.45±3.60点、軽度認知症は17.85±4.00点、中等度認知症は14.10±2.83点、やや高度認知症は9.23±4.46点、高度認知症は4.75±2.95点である。

(2) Mini-Mental State Examination (MMSE): ミニメンタルステートエグザミネション

MMSE は 1975 年に Folstein らよって開発され、広く世界中で使用されている認知症の疑いを判断するスクリーニング検査である。時間の見当識、場所の見当識、3 単語の即時再生と遅延再生、計算、物品呼称、文章復唱、3 段階の口頭命令、書字命令、文章書字、図形模写の計 11 項目から構成される 30 点満点の認知機能検査である。HDS-R と異なっている点として、4 つの動作性の検査(3 段階の口頭命令、読解、書字、図形模写)が含まれていることが挙げられる。MMSE は動作性の検査も含まれていること,HDS-R は言語性の問題に重点を置いている点に差異が認められる。MMSE のカットオフ値は 21 点以下である。

10. MCI(軽度認知障害)とは

(1) MCI とは、アルツハイマー型認知症などとはいえないが、知的にも正常ともいえない状態をいう。具体的には、①物忘れがひどいと自覚があり、他の人からもそれを指摘されている、②記憶検査で年齢に比して異常な記憶力低下がある、③全般的な認知機能は正常(認知症ではない)、④運転や家計など日常生活の能力は保たれていると理解されている。最近の分類では、amnestic MCI(認知障害は記憶障害のみ)か non-amnestic MCI(認知障害は1領域に限られる)に

分け、さらに、single domain か multi domain かに分けている。

アルツハイマー型認知症の早期診断が根本的な治療につながる可能性もなくはないので細かく分類されてきた経緯がある。

(2) MCI の疫学

有症率は65歳以上住民で11-17%、一方、発症率はamnestic MCI は65歳以上住民で1-2%、amnestic+non-amnestic MCIで5.1%とされている。

リバート率:一旦は MCI と診断されても後日正常と判定されることがあり、リバージョンといい、14-44%である。

コンバート率とは MCI から AD へ移行する率で、年間 10%である。

(浅田隆 2009)

11. プレクリニカル認知症

プレクリニカル認知症とは、アルツハイマー型認知症やその前段階とされる 軽度認知障害 (MCI) の発症には至っていないが、脳画像診断やバイオマーカー に基づいてその兆候が見られる段階をいう。2011 年に米国国立老化研究所 (NIA) とアルツハイマー病協会が行った診断ガイドラインの改訂に伴い、新たに導入 された概念である。アルツハイマー型認知症 (AD)、軽度認知障害 (MCI)、プレク リニカル認知症 (PD) の 3 分類は、AD の発症機序として現在最も広く受け入れら れている「アミロイド・カスケード仮説」に基づいている考え方であり、この説 が誤っていたら根本的に変えられる可能性も否定できない。

12. アミロイドカスケード仮説

アルツハイマー病の病理は次のように説明されている。まずアミロイド β (A β) が脳の神経細胞外に蓄積し、老人斑を形成すると、タウ蛋白質のリン酸化が起こり、凝集し、神経原線維変化を起こす。次に A β の蓄積の過程で生じるオリゴマーや神経原線維変化が神経細胞の機能障害を誘発し、細胞死に至らしめるという考えである。

しかし、最近のアルツハイマー型認知症の薬剤の治験結果のほとんどが有効性が示されないばかりか、悪化してきたというデータが出ており、そもそも $A\beta$ 仮説が誤りだったのではないかとの疑念が沸き起こってきている。最近の (2017年 11月) $A\beta$ に対するモノクロナール抗体による治験の失敗(有意な進行抑制が得られなかった)や、アミロイド前駆体蛋白質 (APP) を細胞膜にて切断しアミロイドベータを産生する酵素である γ セクレターゼの働きを抑制する阻害薬を投与した大規模臨床試験では、かえって認知機能を悪化させてしまった。これ以外の多くの治験薬の失敗によりこの仮説が揺らいできているのも事実である。

また、ウォール・ストリート・ジャーナルの記事によれば、過去 10 年間に世界中で行われたアルツハイマー病の薬の試験のうち 99.6%が失敗しているとい

うことである (2017 年 4 月)。一例をあげれば、アルツハイマー病による認知症になった人に、アミロイド β を減らすワクチンを投与してみが、脳にたまったアミロイド β を減らすことができたにもかかわらず、脳の機能の低下を防ぐような効果はなかった。

13. 生活習慣病と認知症

生活習慣病には、糖尿病、高血圧症、脂質異常症があり、血管性認知症、アルツハイマー型認知症の発症・増悪に関与している。高齢者において認知症を発症してからも病像を修飾し、進行に影響することから生活習慣病の適切な治療や管理が求められる.一部の降圧剤(Ca 拮抗薬や ACE 阻害薬、ARB)やインスリン抵抗性改善薬(チアゾリジン)、高脂血症の治療薬スタチンなどには、認知症の発症を抑制したり、進行の抑制が期待されるものもある. 高齢の認知症患者では、混合型認知症もあり、生活習慣病の合併も多く、さらに転倒、誤嚥、肺炎、サルコペニア、骨粗鬆症、尿失禁などの高齢者特有の身体機能障害を伴うことから、包括的な治療・ケアが必要となる。

14. 中核症状と周辺症状 (BPSD)

(1) 中核症状と周辺症状 (BPSD) とは

脳の機能が低下することによって直接的に起こる記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能障害、言語障害(失語)、失行・失認などの認知機能の障害を中核症状といい、中核症状が本来の性格や本人を取り巻く環境などに影響して現れる妄想、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、幻覚、意欲の低下などの精神機能や行動の症状を周辺症状(BPSD)という。

- (2) BPSD の分類 (表 2 国際老年精神医学会 (IPA、1995) 分類) 以下の3分類がある。
- (1)グループ1(厄介で対処が難しい症状)
- ②グループ2(やや処理に悩まされる症状)
- ③グループ3(比較的対処しやすい症状)

心理症状、行動症状が対処しやすさの程度から3分類に分けられている。

表 2 BPSD の分類(国際老年精神医学会(IPA、1995)分類)

グループ1	グループ2	グループ3
(厄介で対処が難しい症	(やや処置に悩まされる	(比較的対処しやすい症状)
状)	症状)	
心理症状	心理症状	行動症状
妄想・不眠・幻覚・不安・抑	誤認	泣き叫ぶ・ののしる・無気力・繰り返し尋ねる・
うつ		シャドーイング
行動症状	行動症状	
身体的攻撃性・徘徊・不穏	焦燥・社会通念上の不適当な	
	行動と性的脱抑制・部屋の中	
	を行ったり来たりする・わめ	
	き声	

(3) BPSD の治療

- ①治療法は薬物療法、非薬物療法があり、薬物治療には過活動症状と低活動症状 の2つに対する治療法がある。
- ②興奮などの過活動症状では定型、非定型の抗精神病薬および気分安定化作用 を期待しての抗てんかん薬を処方する。
- ③抑うつ、意欲低下などの低活動症状では抑うつに対しては選択的セロトニン 再取り込み阻害薬 (SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬が 有効である。
- ④アルツハイマー病の場合アリセプト投与が有効である。
- ⑤漢方薬の効果が注目され、中でも抑肝散(よくかんさん)は認知症の幻覚、興奮・攻撃性、焦燥感・易刺激性、異常行動において効果が期待できる。
- ⑥薬物療法は精神症状に対しては比較的効果があるが、徘徊、性的脱抑制などの 行動異常には効果が乏しく、対応に困難が多いことも事実である。また、薬剤の 投与量によっては副作用も出るので、十分慎重に観察しながら投与することが 重要である。

15. 認知症の治療

(1) 薬物療法(表3)

①中核症状に対する治療としてコリンエステラーゼ阻害薬:ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンがある。 N-メチル-アスパラギン酸 (NMDA) 受容体拮抗薬としてメマンチンがある。作用・投与法については図のとおりである。

表3 アルツハイマー型認知症の治療薬の種類と特徴

一般名	塩酸ドネベジル	リバスチグミン	ガランタミン	メマンチン
製品名	製品名 アリセプト リバスタッチ イクセロンバッ・		レミニール	メマリー
作用機序	作用機序 コリンエステラーゼ阻害 コリンエステラーゼ阻等 BuChE 阻害作用		コリンエステラーゼ阻害 アロステリック効果 (APL 作用)	NMDA 受容体阻害
アルツハイマー型 認知症の適応基準	軽度~高度	軽症~中等度	軽度~中等度	中等度~高度
製剤型	錠剤, 口腔内崩壊錠, 散剤, ゼリー 貼布薬		錠剤,口腔内崩壊錠, 内用液	錠剤
投与回数	1日1回	1日1回	1日2回	1日1回
特記事項	陰性症状に効果 中核症状に効果 使用実績が豊富である	貼り薬である DLB/PDD にも効果? 進行例にも効果?	長期的に効果 血管障害合併例に効果 中止した場合 認知機能低下が mild.	周辺症状に効果 コリンエステラーゼ阻害 薬との併用で進行を抑制

(倉田智子、阿部康二、2014)

②表 4 BPSD に対する治療薬一覧

うつ : ドネペジル (AD), SSRI, SNRI

アパシー : ドネペジル (AD, DLB), ドパミン作動薬

幻覚 : ドネペジル (DLB), 釣藤散 (VD), 抑肝散, 非定型抗精神病薬 妄想 : ドネペジル (DLB), 釣藤散 (VD), 抑肝散, 非定型抗精神病薬

興奮, 易刺激性 : 抑肝散, バルプロ酸, 非定型抗精神病薬 不安 : ドネペジル (AD), タンドスピロン

せん妄 : チアプリド、非定型抗精神病薬、トラゾドン、ミアンセリン、抑肝散、釣藤散

(水上勝義、2011)

(2) 非薬物療法

非薬物療法には、リハビリ療法と認知症ケアがある。

①リハビリ療法

音楽療法:楽器をたたいてリズムをとったり、歌をうたったりする。リズムや音の刺激で元気がわき、情緒が安定する。好きな音楽を聴くだけでも有効である。回想法:過去の思い出を語りかけ、会話をすることで脳を活性化させる療法である。

運動療法:理学療法士の指導のもとで行う。自立した状態を保つため、体操したり、リハビリを行う。

作業療法:日常生活の中で行うものとして、料理、掃除、洗濯、整理整頓、買い物、食事、入浴、排せつなどがあり、集団で行うものとして、映画の上映会、音楽鑑賞、絵をかく、編み物や陶芸、折り紙などの手工芸、塗り絵、書道、囲碁・将棋等がある。

アニマルセラピー:動物と触れ合うことにより、意欲をたかめ、気持ちを和らげる効果がある。

②認知症ケア(後記)

(3)将来の治療法

前述のように、アルツハイマー型認知症の新しい 治療法としてアミロイド β 産生抑制薬やアミロイド β 凝集抑制薬,アミロイド β 分解促進薬などの薬剤 開発,ワクチン療法,ホルモン療法、遺伝子治療などの研究が進んでいるが,殆 どが失敗しており、現在,本邦ではまだ,日常診療レベルでは実用化されていない。従って、現時点では、薬に過度な希望を抱くのではなく、現実的な対応が必要である。

16. 認知症の予防

現在のところ、アルツハイマー型認知症を予防する方法は確立していない.これは介入試験の困難さ、特に生活習慣に関連する因子に関しては厳密な意味で

のランダム化比較試験が困難であるためである。あるいは、アミロイドカスケード仮説が間違っているために研究の方向が正しくないのかもしれない。

しかし,多くの観察研究の結果からは危険因子として遺伝的危険因子、生活習慣病因子(高血圧,糖尿病,高脂血症),喫煙が挙げられ,防御因子としては定期的な運動,食事因子,余暇活動認知症のケア,社会的参加,活発な精神活動,認知訓練が挙げられる。今後も認知症患者の増加が予想され,治療と共に予防含めた危険因子への対策は今後極めて重要となってくる。

17. 認知症のケア

- (1) 認知症高齢者の医療とケアの目標として
 - ①生活機能を長く維持する
 - ②行動・心理症状 (BPSD) の緩和
 - ③家族の介護負担の軽減が挙げられる。
- (2) 認知症ケアの基本として
 - (1)認知症患者の尊厳を尊重するケアを実践する
 - ②環境の変化を避け、生活の継続性を尊重する
 - ③認知症患者のペースでゆっくりと安心感を大切に
 - ④心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築することが挙げられている
 - ⑤ケアの原則として表 5 に具体的な対応が示されている。
 - 表 5. 認知症高齢者ケアの原則(室伏君士、1998)
 - 1. なじみの人間関係(仲間)をつくって、安心・安住させる.
 - 2. 高齢者の心や言動を受容・理解し、信頼・依存関係をつくる.
 - 3. 高齢者の心身の動きやペースやレベルに合わせ、よい交流を!
 - 4. ふさわしい状況を与え、隠れた能力(手続き記憶)の発揮を!
 - 5. 理屈による説得よりも共感的納得をはかり自覚言動を促す。
 - 6. よい刺激を絶えず与え、情意の活性化と生きがいを得させる.
 - 7. 孤独の放置や安易に寝たきりにしない、廃用性低下を防ぐ、
 - 8. 高齢者は変化に弱いので急激な変化を避ける. また変化するものほど忘れやすいので、変化させずパターン化して教える.
 - 9. 高齢者のよい点を認めよい付き合いをして、生き方の援助を!
 - 高齢者は過去と未来がないので、"今"の安住を常にはかり、時間の観念がないので日課を与え順序・時間づけを得させる。
- (3) サービスのあり方として
 - ①小規模な、家庭的な居住環境
 - ②馴染みある安定的な人間関係
 - ③住み慣れた地域での生活の継続が挙げられている。
- (4) 具体的方策として
 - ①グループホーム

- ②小規模多機能ケア
- ③大規模施設の地域への積極的な取り組み
- ④施設内でのユニットケア普及展開が挙げられている。
- 18. 認知症の施策

新オレンジプランの基本的考え方(厚生労働省:平成27年(2015年)1月)

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等 の研究開発及びその成果の普及の推進
- (7)認知症の人やその家族の視点の重視
- 19. 認知症と地域包括ケア
- (1) 地域包括ケアシステム

可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活を送ることができるよう、地域に おける住まい、医療、介護、予防、生活支援の5つのサービスを一体的に提供で きるケア体制を構築しようというのが地域包括ケアシステムである。

(2) 地域包括支援センター

介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関で、各区市町村に設置されている。保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士が置かれ、専門性を生かして相互連携しながら業務にあたる。

(3) 認知症の人への支援体制

認知症の人への支援体制として、適切な医療の提供、専門的なケアサービスの相談と提供、さらに本人の権利擁護や見守り、家族支援を行う。市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る。

(4) 地域ケア会議

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。 具体的には、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の行うケアマネジメントを援助し、高齢者の個別課題の解決のために、①地域支援ネットワークの構築②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援③地域課題の把握などを行う。

(5) 認知症ケアパス

認知症ケアパスとは、認知症の患者を中心として、地域で医療・介護に関わ

る職種の人がそれぞれの役割分担を行い、お互いに情報共有して、今後の診療の目標や注意点を明確にし、チームで患者さんを支えてゆくための仕組みで、工程表でもある。このケアパスを用いることで認知症の人が地域で安心して暮らせるために必要な医療と福祉の連携を一目でわかるように示したものである。

- 20. 症例提示
- (1) アルツハイマー型認知症: K さん、78歳、女性

病名:アルツハイマー型認知症、高血圧症

介護サービス状況:要介護2、デイサービスあり

経過:従来高血圧として外来通院していたが、平成26年頃より、夫により物忘れを指摘されていた。平成26年1月、HDS-R15、MMSE18、頭部MRIにて脳室拡大、下角の拡大及びVSRAD2.29で海馬の萎縮が著明であった。専門病院にて脳血流シンチ実施、左頭頂葉、左側頭葉に血流低下がみられ、アルツハイマー型認知症と確定した。その後、平成26年HDS-R9、MMSE19、平成29年2月HDS-R3、MMSE11と著明に認知検査が低下した。平成28年より迷子、徘徊を繰り返すようになり、平成30年4月徘徊で板橋から神奈川県戸塚まで歩き続け警察に保護された。その後、夫も物忘れが出始めてきて、在宅生活が困難となり、息子さんの近所の老人ホームに夫婦で入所した。

(2) レビー小体型認知症: M さん、89歳、男性

病名:レビー小体型認知症

介護サービス状況:要介護2、介護サービスは利用なし。

経過:平成25年訪問診療を頼まれ、介入となる。初診時、「部屋の片隅に人が立っている」という明らかな幻視、「夜間他人が入って来て、部屋の本を盗んでいく」という妄想を年中繰り返している。時々転倒もあり、短期記憶は低下。物忘れ症状よりは、幻視が目立つ症例であり、アリセプト投与により幻視は消失した。しかし、入浴拒否、整理整頓拒否、介護サービス拒否が続く。約1年して、奥さんの介護・世話が限界に達し、平成26年12月施設入所となった。

(3) 前頭側頭型認知症: K さん、86 歳、男性

病名:前頭側頭型認知症(ピック病)、狭心症、胆石症、総胆管結石症、脂肪肝、 骨粗鬆症、脳梗塞

介護サービス状況:要介護 5、訪問リハビリ、訪問看護、泊まり込みヘルパー経過:平成 26 年頃より認知症が見られた。平成 26 年 12 月 HDS-R15, MMSE26 頭部 MRI で VSRAD6.07 で海馬の萎縮が著明,その後、認知機能低下し、易怒性、常同行動、暴力性があり、幻視なし、2 度窃盗歴有、平成 26 年、警察に捕まり、検察より捜査事項の照会があり、認知症のためと回答。裁判で執行猶予 2 年となった。

平成27年4月脳血流シンチ実施、両側前頭葉、頭頂葉、両側側頭葉先端部の血流低下あり、前頭側頭型認知症 or 進行性核上性麻痺とされ、臨床経過を考慮して前頭側頭型認知症(ピック病)と診断した。

薬剤:アリセプト、カルブロック、グラマリール、ウルソ、エンシュアリキッド、 テリボン(注射)

入退院歴:平成27年9月吐血で入院、同年11月総胆管結石で入院、平成28年9月脳梗塞で入院、平成30年7月、高張性脱水で入院し、胃瘻、IVHが必要となり、在宅での介護力に問題が生じ施設入院を予定していたが、肺炎を繰り返すうち、退院できなくなり結局本年8月に肺炎で亡くなった。

問題点: 脳血流シンチにより診断がついて、認知症の悪化よりは併存症の悪化により入退院を繰り返し、施設入所にならず死亡した。

21. 結語

認知症患者は人口の高齢化とともに、爆発的に増加しており、国や地方の行政の対策は後追い的で不十分である。平成29年12月に提唱された地域包括ケアシステムは、地域でもって医療・介護・福祉の連携により、その地域のお年寄りを支える仕組みであって、この中に認知症高齢者を支える工夫がなされている。しかし、認知症、サルコペニア、フレイル、骨粗鬆症といった高齢者が患う病態をみんなが知り、さらに予防・治療し、ケアするには、多職種連携のみならず、地域の住民の理解と協力が重要である。多くの人たちの理解と参加によって、この難題に立ち向かうことが必要である。

コラム 1 メタボ検診に思う

理事 前場良太

いわゆる「メタボ健診」が導入されてから今年で10年目を迎え、その効果を検証した様々なレポートが散見されます。概ね、健診の有効性を評価するもので、保健指導受診者では30%程度のメタボ改善効果が認められ、その結果として受診者の医療費が2割も削減できたと報告されています。これは、保健指導を契機に自助努力し体重を減らしたことでメタボの改善や医療費の抑制が実現できたものと考えられます。

その一方で、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の疾病全体に 占める割合は増加傾向で、死亡原因の約6割、国民医療費の約3割を生活習慣病 が占めている状況です。「メタボ健診」の有効性は立証されたものの、その恩恵 は広く国民全体にまでは広がっていないという現状分析になるかと思われます。 実際、メタボ健診自体の受診率は今だ50%程度と低く、さらに特定保健指導の 実施率は2割にも満たない状況です。保健指導の有効性が疫学的にも証明され つつある現状を踏まえると、医療費適正化のためにも国をあげて更なるメタボ 解消への取り組みが求められていくと思われます。

国民のほとんどがメタボ改善の必要性や有効性を認識し、健康寿命を延ばしたいと願っていながら、改善のための行動に移れない状況を如何に打破していくか、行動変容を促すかが今後の焦点になっていくと思われます。しかし、今までの長い人生の中で身についた生活習慣を変えていくことが如何に大変であるかは誰もが自覚することだと思います。各人にとって、そのような生活習慣が身についた経緯は様々でしょうが、必ずしも本人が望み、快適だと感じて身についた習慣ばかりとはいえないでしょう。例えば、早食いや夜遅い食事の習慣は仕事環境から止む無く身についたものかもしれません。喫煙や過度の飲酒も仕事のストレスに原因があるかもしれません。日本人のまじめで勤勉な性格から考えて、「メタボ健診」の保健指導対象者の8割以上が指導を受けていない状況も、必ずしも本人の怠慢や認識不足のためとは言い切れないように思います。「メタボ健診」の受診率や保健指導の実施率のデータは、ある意味で、従来の保健指導による取り組みの限界を示す数字と言えるかもしれません。今後は「働き方改革」をはじめ、より複合的な観点からメタボ解消に向けての総合的な取り組みが求められていくものと思われます。

我々、NPO国際生活習慣病フォーラムも今後、ますます多岐な観点から生活 習慣病にアプローチし、皆様の健康増進に少しでも役立つ情報などをお届けし たいと考えております。

コラム 2

生活習慣病と遠隔診療

理事長 林 滋

遠隔診療(医療)はテレメディシンともいい、医師と患者が距離を隔てたところでインターネットなどの通信技術を用いて診療を行う行為である。オンライン診療とは、ICTを活用し、医師と患者が離れた場所でありながら、患者の状態を把握し、診療を行うものであり、患者の外来通院あるいは医師の訪問診療など、対面による診療行為を補完するものである。即ち、遠隔診療=オンライン診療である。

1948 年に制定された医師法第 20 条に無診察診療の禁止規定があって、長い間、実際に患者を対面で診察しなければ診療行為とはみなされなかった。1997 年離島や僻地での患者の治療に例外的に IT を使った遠隔診療が認められ、2017 年規制改革実施計画の閣議決定により、テレビ電話、電子メール、SNS 等を組み合わせた遠隔診療が部分解禁され、2018 年 4 月に、オンライン診療と医学管理料が正式に診療報酬に設定された。生活習慣病管理料以外に小児科療養指導料、認知症地域包括診療料、てんかん指導料等が認められ、直近の 6 か月の対面診療を行っていること、オンライン診療計画書を作成すること、4 回目ごとに対面診療を受けること等の条件が設けられた。

私も、昨年から、興味があったので細々と遠隔診療を始めたが、PCに慣れるまで相当なストレスだった。一方患者さんも年配の人はスマホを扱って遠隔診療を利用するのはまだ難しい印象がある。ただ、在宅診療ではかなり威力を発揮することは間違いない。

遠隔診療が普及すれば医療が大きく変わることは十分予想されるが、医療現場に混乱が起きる心配もある。日本医師会と内閣府の規制改革会議とのせめぎ合いが今後も続くと思うが、平成15年内閣府の総合規制改革会議での「医薬品の一般小売店における販売」の解禁にみるように、徐々に遠隔診療の条件が緩められ、普及することは間違いないであろう。これから、多くのIT企業がこの業界に参入するであろう。

一方、私は産業医をしているが、過重労働による健康障害を防止するために、 毎回長時間勤務の労働者を呼び出して面接指導を行っている。しかし、忙しい労 働者はなかなか面談に応じない場合が多く見受けられた。本年4月から、わざわ ざ面接に本社まで来なくてもラインによるテレビ面接が解禁された。

これで、多少の面接頻度の向上が得られた。さらにまた、私は、医療機関から訪問リハビリを提供しているが、国は、訪問リハビリの介護・医療報酬を削減するために、訪問リハビリの指示書を書く医師の3か月ごとの訪問と、その後の多職種による会議を義務化した。これが実行できなければ、報酬がカットされる仕

組みである。これでは医師に負担があまりにも多くなりすぎると国は心配したのか、テレビ会議で代用してもよいとされた。実際には、多職種を集めてテレビ会議をするのも、忙しい人たちの時間調整をしなければならず大変な労力だが、やってみると患者、家族、ケアマネ、PTの意見が交わされ、訪問リハビリの指示書作成に大いに役立ったと実感された。

今年の4月から3つの分野でテレビ電話が導入されたのは偶然ではあるまい。 医療のIT化はもうそこまで来ているのである。

講演者略歴

1. 岩尾總一郎(いわお そういちろう) 先生

1973 年慶應義塾大学医学部卒業、同大学院にて医学博士号取得後、テキサス大学留学。81⁸⁵ 年産業医科大学助教授。その後、厚生省(当時)入省。88⁹⁰ 年佐賀県出向(保健環境部長)、本省に戻り環境庁(当時)室長、厚生省疾病対策課長、研究開発振興課長、厚生科学課長など6つの課長を経て2001 年環境省環境保健部長、02 年自然環境局長、03 年厚生労働省医政局長。05 年退官後、WHO 健康開発センター長、国際医療福祉大学副学長を歴任し、現在は医療法人健育会副理事長。慶応義塾大学客員教授。

日本尊厳死協会へは 06 年入会、08 年常任理事、10 年副理事長、12 年より第 6 代日本尊厳死協 会理事長。現在に至る。

2. 木村健二郎(きむらけんじろう)先生

昭和43年 私立開成学園高校卒業

昭和49年 東京大学医学部卒業

昭和58年 デンマークコペンハーゲン大学病理学研究所留学(2年間)

平成 6年 東京大学医学部講師(第二内科)

平成 9年 東京大学大学院医学系研究科講師 (腎臓内科学) 平成13年 聖マリアンナ医科大学教授 (腎臓・高血圧内科)

平成 2 6 年 JCHO 東京高輪病院 院長

平成30年 JCHO東日本地区理事

3. 長谷川慶華(はせがわけいか) 先生

若き時代の略歴

20 世紀の半ば東京品川の地にて生を受く。日本は敗戦後東西冷戦の下、高度経済成長まっしぐらであり様々なひずみも起きていた。そのような時代地元の公立小、中学校を卒業。

国立東京学芸大学付属高等学校を経て

国立群馬大学医学部に進学。

激動の60~70年代に青春を過ごす。

卒後医師国家試験に合格し、医師免許取得。

慶應義塾大学病院の内科研修医に応募し合格。

同大学および関連病院で4年間みっちりと

内科全般を修練し、内科医師としての基礎力、

医療人としての見方、考え方を確立。

慶應義塾大学医学部 腎臟内分泌代謝内科 助手

腎臓と高血圧の関連などの研究にて博士号授与。

その後

東京都立大久保、大塚病院内科医長

国立大蔵病院 内科医長 および腎透析室担当

この間内科全般の指導的立場と主に腎臓病学、高血圧症の診療、研究に従事する。一方 漢方医学にも興味を持ち、北京、上海市の中医学院、富山医科薬科大学医学部〈現;富 山大学医学部〉和漢診療部に短期留学や視察を経験。多様な物の考え方や広い知識に触 れる。

さらには当 NPO 法人の理事長の林とは血栓症化学研究所(当理事長経営)での栓、止血の研究を共同で行う。

50歳台を過ぎ、医師人生の後半は地元での地域に貢献すべく「はせがわ内科クリニック」開業。現在に至っている。この間品川区医師会の理事となって、広報、学術を担当資格など

日本内科学会認定内科医。

日本腎臟学会認定専門医、指導医。学術評議員(元)現功労会員

日本诱析学会認定専門医。

日本東洋医学会認定専門医(元)

日本循環器学会、日本高血圧学会正会員(元)。

医学博士 (慶應義塾大学大学院)

品川区医師会理事(元)

昭和大学医学部客員教授

4. 河原和夫(かわはらかずお)先生

生年月日 昭和31 (1956) 年6月30日 満62歳

現職 国立大学法人東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯学系専攻 環境社会 医歯学講座 政策科学分野 教授

学歴

昭和55(1980)年3月 神戸大学法学部 卒業 昭和61(1986)年3月 長崎大学医学部 卒業

職歴

昭和61(1986)年4月 厚生省入省 健康政策局計画課 技官

4月 長崎県出向 長崎県松浦保健所 医師

昭和63(1988)年4月 大阪府出向 大阪府寝屋川保健所 医師、大阪府立 病院(兼務) 医師、 大阪府環境保健部医療対策課(兼務)技術吏員

平成 3(1991)年4月 国立病院医療センター (現国立国際医療研究センター) 国際医療協力部情報企画課 課長

及び厚生省大臣官房国際課(併任) 技官

平成 4(1992)年7月 厚生省保健医療局国立病院部政策医療課 課長補佐

平成 6(1994)年4月 福井県福祉保健部健康増進課 課長

平成 9(1997)年4月 厚生省保健医療局健康増進栄養課 課長補佐

7月 厚生省保健医療局地域保健·健康增進栄養課 課長補佐

平成10(1998)年9月 厚生省医薬安全局血液対策課 課長補佐

平成12(2000)年4月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座医療管理学分野 教授

平成16(2004)年4月 国立大学法人東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯学系専攻 環境社会医歯学講座 政策科学分野 教授

現在に至る

現時点での非常勤講師等

一橋大学大学院経済学研究科 講師 東京外国語大学大学院総合国際学研究科 講師 お茶の水女子大学生活科学部 講師 日本大学医学部(公衆衛生学) 非常勤講師 財団法人 日本医療機能評価機構 客員研究主幹

免許・資格等

医師免許、医学博士(福井医科大学)、社会医学専門医・指導医、 日本公衆衛生学会 認定専門家

専門分野

医療政策学、血液事業政策学、公衆衛生学

所属学会

日本公衆衛生学会、日本医療・病院管理学会、日本輸血・細胞治療学会、日本血液事業学会、日本医事法学会、日本疫学会、日本集団災害医学会

社会活動等

日本赤十字社血液事業審議会委員、 日本医学会医学用語委員会委員、 環境省疫学研究に関する審査検討会 委員、 東京都保健医療計画策定部会部会長、 東京都健康増進計画プラン 21 検討委員会委員長、 東京都地域医療構想検討協議会副座長、 福井県小浜市「杉田玄白賞」審査委員会副委員長、 地方独立行政法人神戸市民病院機構評価委員会委員、 東京都医療費適正化計画検討委員会委員長、 台東区中核病院運営協議会委員長、 福井県医師確保アドバイザー、 NPO 法人「医療の質に関する研究会」理事長 東京都医師会病院委員会委員長、新潟大学病院運営委員会委員 など

5. 山口秀樹(やまぐちひでき)先生

昭和医療技術専門学院卒 臨床検査技師 認定超音波検査士

国立研究開発法人国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部副技師長

国立病院臨床檢查技師協会関東信越地区学術委員会委員長

日本超音波検査学会理事

6. 永田篤文(ながたあつふみ)先生

昭和59年 昭和大学医学部卒業

昭和63年 昭和大学大学院修了(医学博士)

昭和63年 昭和大学病院泌尿器科

平成2年 東京都立大塚病院内科

平成11年 座間中央病院内科

平成 15 年 稲城市立病院内科糖尿病医長

平成19年 きよせの森総合病院内科部長

平成21年 ながたクリニック 妻と一緒に開業、現在埼玉県の検診施設、七か所の事業所の産業医を兼務

資格

日本泌尿器科学会認定専門医

日本内科学会認定医・認定総合内科専門医

日本腎臓学会認定専門医

日本消化器病学会認定専門医

日本老年医学会認定専門医

日本アレルギー学会認定専門医

7. 林 滋 (はやししげる) 先生

1973年慶應義塾大学医学部卒、医学博士

日本内科学会認定医、日本血液学会専門医·指導医、日本血管血流学会理事、日本血栓止血学会 代議員、

元杏林大学医学部第2生化学非常勤講師(11年間)

公益財団法人持田記念医学薬学振興財団研究助成金授与(昭和61,62年)

第5回日本 AS 研究会会長 (平成 17年)

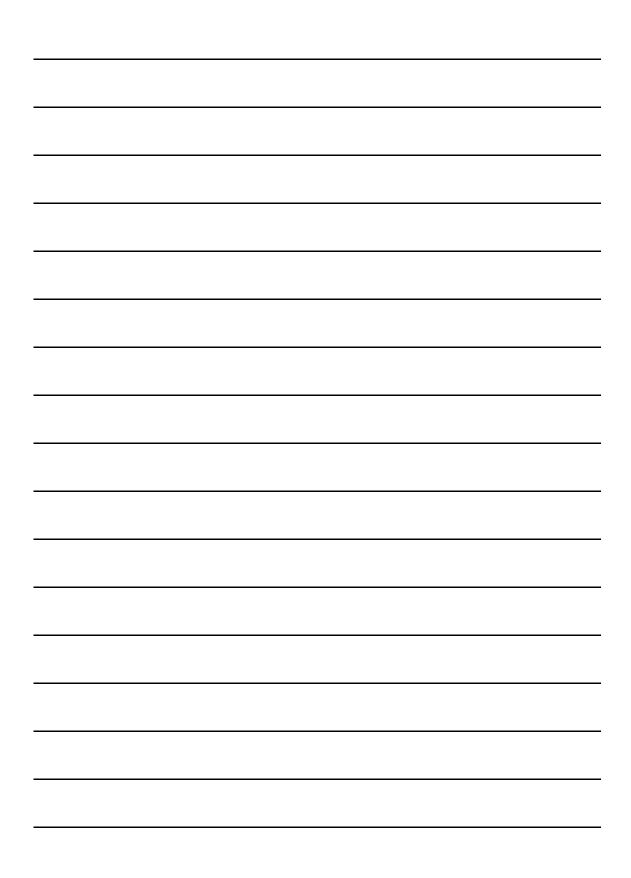
板橋区医師会表彰(板橋区医師会医学会の発展に対して)平成23年

第 2 回杏林医学会誌優秀論文賞受賞(旧杏林医学会賞)平 29 年

以下元職:公益信託美原脳血管障害研究振興基金美原賞推薦人

東京都国民健康保険団体連合会介護給付費審査会会長、東京都社会福祉審議会臨時委員、東京都医療保健計画推進協議会委員、救急医療対策協議会委員(東京都)、救急医療機関認定審査会委員(東京都)、東京都脳卒中医療連携協議会地域連携パス部会委員、東京都脳卒中医療連携協議会評価検証部会委員、東京都糖尿病医療連携協議会委員、東京都リハビリテーション協議会委員、東京都在宅療養推進会議委員、東京都地域がん登録事業運営委員会委員、東京都立駒込病院運営協議会委員、東京

都立東部療育センター運営協議会委員、東京都医療公社豊島病院運営協議会委員、東京都リハビリテーション病院運営協議会委員、東京都医師会地域福祉委員長、東京都医師会理事、板橋区医師会副会長、日本医師会地域医療対策委員、板橋区介護保険事業計画作成委員 その他



特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム 法人番号:0133-05-001190

事務所:東京都板橋区小茂根4-28-14

(事務局: 林クリニック: TEL03-3956-2090)

理事長: 林滋

理事:前場良太、長谷川慶華

監事:山口秀樹

(平成30年4月1日現在)