

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8回生活習慣病学術講演会

「高齢化社会を生き抜く準備」

日時：令和元年10月6日（日）午後1時—5時45分、
開場：12時15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

問い合わせ先：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8回 生活習慣病フォーラム学術講演会
「高齢化社会を生き抜く準備」

日時:令和元年10月6日(日) 午後1時—5時45分、 開場:12時15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
1:00-1:05

理事長挨拶 林 滋 先生

1:05-1:55 (座長 林 滋 理事長)

1. 特別講演 I 「肝臓の病気アルファベット ABCDEFGHL」

大船中央病院 消化器・IBD センター、(公財) 日本医療機能評価機構
森實敏夫 先生

1:55-2:45 (座長 友安浩 参与)

2. 特別講演 II 「開発途上国でユニークなシステムを実現したキューバ医療の紹介」

健生会立川相互病院 呼吸器外科部長 木村文平 先生

休憩 2:45-2:55 (10分)

2:55-3:40 (座長 高岩伸好 参与)

3. 教育講演 I 「糖尿病によって生じる随意運動を制御するシステムの障害とそのリハビリテーション」

杏林大学保健学部 准教授 村松 憲 先生

3:40-4:25 (座長 長谷川慶華 理事)

4. 教育講演 II 「生活習慣病と歯科関連」(副題) 「身近な歯科、歯科はどんなことをしているのでしょうか」

佐藤歯科医院 佐藤隆夫 先生

休憩 4:25-4:35 (10分)

4:35-5:10 (座長 永田篤史 参与)

5. 基調講演 I 「エッセイ風生命科学論 食べる、太る、痩せるを論ず 肥満その1」

はせがわ内科クリニック、昭和大学客員教授 長谷川慶華 先生

5:10-5:45 (座長 吉田泰行 参与)

6. 基調講演 II 「百寿者が珍しくない社会の到来——備えは大丈夫か」

医療法人社団 桐心会 林クリニック 院長 林 滋 先生

5:45 終了

参加は無料です。 下記へお申込みください。

連絡先: NPO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)、参加者には修了証書を発行いたします。

講演会場の「ルークホール」へはJR四ツ谷駅 四谷口徒歩3分、丸の内線四ツ谷駅赤坂口徒歩4分、南北線四ツ谷駅出入口2 徒歩2分

(持田製薬には電話しないようお願いいたします)

ご挨拶

理事長 林 滋

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第8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年に設立され、平成28年から活動を強化し、平成31年3月までに7回の学術講演会を行ってきました。この間に、平成30年4月からは「あるこも一ね温泉隊」という、ミニ講演会とリハビリ実技指導を兼ねた活動を行ってきました。毎回2～30人の地域の方たちが参加して頂き、高齢化社会に向けて必要な情報を届けてきました。約1年半の活動を通して、「フレイル、サルコペニア」、「認知症について」、慢性心不全の治療、「在宅医療」、リハビリの評価方法とリハビリ症例検討、「高齢者の腰痛対策」、「物忘れ最近の進歩」、「皮膚病変」、「ポリファーマシー」などの講演を行ってきました。毎回熱心に聞いてくださっています。平成31年3月から当法人専用のホームページを開設し、情報提供をしております。過去の学術講演会のプログラム、当会の開催のお知らせも載せるようになりました。今回、開催のお知らせを約300名の方に郵送しました。遠くの県から来て頂く方もあり、またリピータの方が多くなっています。

さて、今回は、「高齢化社会を生き抜く準備」をテーマとして開催します。演題は、「肝臓の病気アルファベットABCDEFGHIJL」、「開発途上でユニークなシステムを実現したキューバの医療の紹介」、「糖尿病によって生じる随意筋運動を制御するシステムの障害とそのリハビリテーション」、「生活習慣病と歯科関連」

(副題)「身近な歯科、歯科はどんなことをしているのでしょうか」、「エッセイ風生命科学論 食べる、太る、痩せるを論ず 肥満その1」、「百寿者が珍しくない社会の到来——備えは大丈夫か」であります。

最後になりますが、毎回無料で使用させていただいている当会場は改装の為当面使えなくなります。第9回は令和2年3月8日(日)を予定していますが。会場はこれから探すことになります。2月頃には開催のお知らせができるかと思いますが、当法人のホームページにも載せますのでご覧ください。今後とも、皆様と一緒に当会を盛り上げていきたいと存じます。どうかよろしくお願いします。

令和元年10月6日

特別講演 I 肝臓の病気アルファベット ABCDEFGHL

大船中央病院 消化器・IBD センター
(公財) 日本医療機能評価機構
森實敏夫

肝臓を構成する細胞の内、肝臓に特有の細胞は肝細胞と胆管細胞です。肝細胞はさまざまな物質の代謝、合成を行う化学工場にたとえられます。たとえば、多くの薬は服用すると、血液中に入り、肝臓に到達すると肝細胞に取り込まれ、薬物代謝酵素で、代謝されて、再び血液に戻されて、腎臓で尿に排泄されます。また、血液中で一番多いアルブミンというタンパクは肝細胞だけが合成することができ、肝機能が低下したり、栄養が足りなかったりすると、低くなります。

肝臓は消化器系に分類されます。肝臓と十二指腸は胆管という管で繋がっており、十二指腸―胃―食道―口腔―外界へとつながっています。一方胆管をさかのぼって、肝臓の中へ進むと、肝臓の中の胆管の枝を通して、一番奥は2つの肝細胞の接する間にある毛細胆管に到達します。肝細胞は、外界へつながっていることになります。そして、毛細胆管も含め胆管には平滑筋があって、外へ外へと胆汁を絞り出すように動いています。

肝臓の病気になると、だるくなったり、食欲がなくなったり、尿の色が赤っぽくなったりしますが、ほとんど症状がない場合も多く、軽度の肝障害では、ほぼ 100% 症状がありません。ひどい肝障害では、黄疸が出て、皮膚や眼球結膜が黄色くなります。最悪の場合は、劇症肝炎の場合のように肝不全となり、意識障害も起きて、死亡します。

文字を並べた、ABCDEFGH Lに沿ってお話します。

Aにはいくつかの肝臓の病気が含まれますが、一つ目は Autoimmune オートイミュンの A です。オートイミュンというのは自己免疫という意味で、ウイルスや細菌に対して起きる免疫反応が自分の体に対して起きるという状態を表します。自己免疫性肝炎という病気は中年以降の女性に多く、健康診断などの血液検査で発見されることが多い病気です。

二つ目は、A 型急性肝炎です。現在の日本では、少なくなりましたが、この病気にかかった人の便中に排泄される A 型肝炎ウイルスで汚染された水や食べ物を経口摂取することで感染します。急性の病気なので、特別な治療無しで、ほぼ 100% 治癒します。ワクチンがあるので、開発途上国の流行地へ行く場合は、接種を受けた方がいいでしょう。

三つ目は、原発性胆汁性胆管炎です。この病気は胆管細胞に対する自己免疫で引き起こされます。中年以降の女性に多く、症状としては、皮膚のかゆみ、黄疸、だるさがでることがありますが、やはり健康診断などの血液検査で見つかることが多い病気です。

四つ目は、アルコール性肝障害です。1 日 3 杯以上飲酒を毎日続けると、肝硬変、慢性膵炎になる可能性が高まります。アルコール依存症になる人もおり、アルコールは諸外国で大き

な健康上の問題です。

BはB型肝炎で、血液を介して感染するB型肝炎ウイルスが原因です。母親から子供へ垂直感染が起きますが、日本では抗体とワクチンにより感染をほぼ100%ブロックしています。また、性行為で感染することがあり、性感染症としての側面もあります。B型肝炎ウイルスに大人が感染すると、肝細胞がかなり障害され、黄疸が出たり、食欲不振になったりします。2-3か月で治癒し、中和抗体である、HBs抗体が陽性になり、二度と感染することはありません。諸外国では、新生児全員にワクチンを接種しています。慢性肝炎でウイルス量が多い人は、抗ウイルス薬を長期間服用して治療します。

CはC型肝炎で、血液を介して感染するC型肝炎ウイルスが原因です。日本では、戦後のヒロポンがまん延したときに感染した人が多くを占めていました。C型慢性肝炎に対して、以前はインターフェロン注射で治療していましたが、現在は経口薬で8週間から12週間飲むだけでほぼ100%治すことができます。

Dは薬物性肝障害で、さまざまな薬が肝障害の原因となります。飲みだしてから、2-4週間後に発症することが多いとされています。服薬をやめると、肝障害は改善しますが、まれに長期にわたる場合があります。また、漢方薬や、サプリメントが原因となる場合もあります。

EはE型肝炎で、イノシシ、鹿などのジビエで感染するE型肝炎ウイルスが原因です。

Fは脂肪肝です。肥満の人に多く、糖尿病、脂質異常症、高血圧など生活習慣病と関連深い病気です。一部は炎症を伴う非アルコール性脂肪肝炎 NASH で、肝硬変へ進行する可能性があるため、服薬も含めた治療と経過観察が必要です。

Gは胆石で、胆石発作の際には、腹痛とともに肝障害が起きます。

Hは肝細胞癌で、B型、C型肝炎ウイルス、アルコールが原因の大半を占めています。肝臓にできる癌としては、その他胆管細胞癌があります。

Lは肝硬変で、いろいろな原因の慢性肝障害の結果、肝臓に線維がたまって、硬くなった状態です。肝細胞癌のリスクが高くなり、食道静脈瘤、腹水貯留、肝性脳症などさまざまな合併症が起きてきます。

1. Nakatani S, Ohara T, Ashihara K, Izumi C, Iwanaga S, Eishi K, Okita Y, Daimon M, Kimura T, Toyoda K, Nakase H, Nakano K, Higashi M, Mitsutake K, Murakami T, Yasukochi S, Okazaki S, Sakamoto H, Tanaka H, Nakagawa I, Nomura R, Fujiu K, Miura T, Morizane T, Japanese Circulation Society Joint Working Group: JCS 2017 Guideline on Prevention and Treatment of Infective Endocarditis. Circ J 2019;83:1767-1809. PMID: 31281136
2. Masuda T, Yoshida A, Ueno F, Hara S, Nabeta H, Umezawa S, Shirai M, Morikawa Y, Morizane T, Endo Y, Hibi T: A Patient with KL-6 Elevation with Anti-TNFα Who Could Receive Long-Term Use without Interstitial Pneumonia after Class Switch of Anti-TNFα. Inflamm Intest Dis 2019;4:35-40. PMID: 31172011
3. Yoshida A, Kamata N, Yamada A, Yokoyama Y, Omori T, Fujii T, Hayashi R, Kinjo T, Matsui

- A, Fukata N, Takahashi S, Sakemi R, Ogata N, Ashizuka S, Bamba S, Ooi M, Kanmura S, Endo K, Yoshino T, Tanaka H, Morizane T, Shinzaki S, Kobayashi T: Risk Factors for Mortality in Pneumocystis jirovecii Pneumonia in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Intest Dis* 2019;3:167-172. PMID: 31111032
4. Iwase S, Nakada TA, Hattori N, Takahashi W, Takahashi N, Aizimu T, Yoshida M, Morizane T, Oda S: Interleukin-6 as a diagnostic marker for infection in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2019;37:260-265. PMID: 29887194
 5. Muto M, Matsufuji H, Taguchi T, Tomomasa T, Nio M, Tamai H, Tamura M, Sago H, Toki A, Nosaka S, Kuroda T, Yoshida M, Nakajima A, Kobayashi H, Sou H, Masumoto K, Watanabe Y, Kanamori Y, Hamada Y, Yamataka A, Shimojima N, Kubota A, Ushijima K, Haruma K, Fukudo S, Araki Y, Kudo T, Obata S, Sumita W, Watanabe T, Fukahori S, Fujii Y, Yamada Y, Jimbo K, Kawai F, Fukuoka T, Onuma S, Morizane T, Ieiri S, Esumi G, Jimbo T, Yamasaki T: Japanese clinical practice guidelines for allied disorders of Hirschsprung's disease, 2017. *Pediatr Int* 2018;60:400-410. PMID: 29878629

特別講演ⅠⅠ 開発途上国でユニークなシステムを実現した キューバ医療の紹介

健生会立川相互病院 呼吸器外科部長 木村文平

キューバはカリブ海の最大の島で、面積は本州の半分、人口は1100万人余りの国です。開発途上国に分類されますが、今は少なくなった社会主義体制の国です。米国の封鎖政策もあって経済的に苦境にありますが、中南米で最も治安は良く、物乞いもあまり見かけないゆったりの雰囲気のある国です。世界では米国の経済封鎖政策に反対する国が圧倒的で、2018年の国連総会で193カ国中解除に賛成が189、反対が米国とイスラエルの2カ国だけでした。

私は1997年にキューバ政府からの招聘を受けて2ヶ月間ハバナの病院に出かけ、肺がんの手術を行いました。当時はソ連消滅の影響で物資が非常に不足していましたが、キューバの医師の熱意と人の温さに感銘を受けたことや同国の医療体制に驚かされたことから、帰国後も交流を続けるようになりました。

キューバは1492年のコロンブスの到達以来、スペインの植民地として発展しました。スペインの新大陸交易の中継地および砂糖の生産地として繁栄しましたが、19世紀末の第2次独立戦争には米国が介入してスペインを撤退させました。1902年に独立しましたが、当初はキューバの憲法の中に米国が政治に介入する権利を持つ条項を入れさせられるなど、米国の支配下にありました。国民の平均所得は米国より低いだけでなく国民の間の格差がひどく、農村では砂糖のモノカルチャーのために年に3-4ヶ月の収穫期以外は失業状態になる状況がありました。衛生状態も不良で、平均寿命は60歳以下、乳幼児死亡は1000人あたり60人以上、死因は感染症が主でした。公的医療保険は存在せず、医師不在の農村も多かったとのこと。識字率も低く、1953年の国勢調査では就学年齢以上の人口の4分の1が非識字者でした。革命成功前からフィデル・カストロは教育と医療は国民全員が無料で平等に受けられることを掲げました。1959年の革命以前はキューバに6000名の医師がいましたが、革命成功後3000名が亡命しました。残った医師と新政府は優秀な学生を集め、既存の病院を教育機関に転換して医師を大量に養成しました。2018年現在で医師数は9万2千名となっており、人口比では医師数は日本の3倍となっています。また、革命後に試行錯誤しながら特色のある医療制度を構築してきました。

キューバの医療体制は家庭医、ポリクリニック、病院というネットワークを形成しています。家庭医は全国100%に配置され、地域では一人当たり200家族前後を受け持ち、午前中は診療所で外来、午後は地域回りをして衛生状態や家族全体の健康管理を行います。診療所には簡単な診察器具しかありません。ポリクリニックは血液検査やレントゲン検査、内視鏡検査や歯科を併設し、入院施設はありませんが救急ベッドがありオーバーナイトの対応が可能です。ここには病院の専門医や家庭医が診療単位を持って、相互に連携が可能となっており、若い家庭医や医学生の教育も行っています。このネットワークにより、患者は適切なレベルの医療機

関で診療を受け、病院への患者の過度の集中は防がれているとのこと。医療は全て無料で、入院費などありません。薬は購入しますが安価に設定されています。キューバ医療の特徴の一つに疾病予防が挙げられます。周産期死亡は非常に減少し、年間 1000 人あたり 4.0 人（日本 2.0 人、米国 5.6 人：2015 年）と米国を上回っています。バイオテクノロジーに重点を置き、ワクチンなどの薬剤は輸出もされています。ワクチンは無料で接種され、髄膜炎など 13 の感染症はキューバ国内で根絶されたとのこと。平均寿命は 2016 年 79.7 歳で米国 78.7 歳よりも高くなっています。キューバは国際交流を積極的に行っており、中南米やアフリカを中心に医療過疎地に医師を派遣したり、自然災害が発生した場合に医療団を派遣しています。エボラ熱流行時の医師派遣は記憶に新しいところです。また、医師派遣は外貨獲得の最も重要な手段になっています。一方で、経済的な困難のため新しい医療機器や技術の導入は遅れています。医療供給システムに国民の支持は強いのですが、今後どう持続させるかが課題になってきそうです。

私どもの日本キューバ科学技術交流委員会は 1987 年に創設されました。キューバ政府からの科学技術支援の要請に応じて日本学術会議所属の先生方がバイオテクノロジーや農業分野を中心に交流を進めました。キューバ側にも同名のカウンターパートが設立されています。近代医学の分野の交流は、両国合同の講演会を 2009 年からハバナで開始しました。2018 年には第 6 回の講演会を開催して肺癌の画像診断と睡眠時無呼吸症候群に関しての講演を行いました。日本の医療技術への関心は高いものがあります。今後とも交流を続けていきたいと思っています。

教育講演 I 糖尿病によって生じる随意運動を制御するシステムの障害とそのリハビリテーション

杏林大学 保健学部 理学療法学科 准教授 村松 憲

糖尿病患者には転倒リスクの上昇やバランス障害、下肢筋力低下などの運動障害が生じることが知られ、これには糖尿病性神経障害 (DN) の発症が関与することが疫学調査によって明らかにされてきた。DN は高血糖が原因となって生じる軸索の長さ依存的な末梢神経障害であり、糖尿病の三大合併症の一つに数えられるほど罹患患者数の多い合併症である。一方、同じ神経系でありながら脳血関門によって保護された中枢神経に対する高血糖の影響は相対的に少なく、末梢神経において生じるような神経障害は中枢神経には生じないという考えが支配的であった (Zochodne et al. 2008)。このような背景から、糖尿病患者に観察される運動障害の原因は末梢神経障害や筋実質の異常にのみ求められてきた。

しかし、近年、我々は糖尿病モデル動物の中枢神経について詳細な解析を行った結果、脳血関門によって保護されているはずの脊髄前角に位置する運動ニューロンにも軸索の長さ依存的な神経障害が生じることを明らかにし、中枢神経系もまた高血糖による DN の標的となることを示した (Muramatsu et al., 2012, 2017, Tamaki et al. 2018)。運動ニューロンの障害は運動感覚を作り出すための最も重要な受容器 (センサー) である筋紡錘を支配し、その感度を調節する γ 運動ニューロンに生じやすく、慢性期には筋紡錘に除神経性の変性を生じさせるなどして、バランス障害に関わる可能性があることがわかった。さらに我々は脊髄よりも上位の中枢神経についても解析を進め、随意運動を制御するシステムの最高中枢である大脳皮質一次運動野とそこから脊髄に運動指令を発する皮質脊髄路 (錐体路) にも大きな影響が及ぶことを明らかにした。具体的に述べると、糖尿病発症後間もない時期から一次運動野の後肢、体幹領域を中心に運動野の萎縮が生じ、20 週間後には両運動野は対照群の半分以下まで面積を減らすことと、それに前後して後肢、体幹領域から腰仙髄に投射する皮質脊髄路細胞の軸索に軸索損傷が生じていることを発見した (Muramatsu et al. 2018)。腰仙髄に投射する皮質脊髄路の選択的な損傷は糖尿病患者において観察される下半身に局限した筋力低下と関連する可能性が疑われた。

一連の研究結果は DN の影響が末梢神経だけでなく中枢神経にも及ぶという新しい概念を提唱するものだけでなく、末梢神経や筋実質ばかりに求められてきた糖尿病患者の運動障害に中枢神経系の異常が関与することを示唆するものである。そこで、現在、我々は糖尿病に関連する中枢神経障害からの回復を促す運動療法の可能性について検討するために、糖尿病モデル動物を対象に糖尿病患者の運動療法として推奨される有酸素運動と脳卒中モデル動物の機能回復に用いられるスキルトレーニング (運動学習を伴う複雑な全身運動) を主体とした運動療法の効果を比較する実験を行なっている。その結果、有酸素運動には脳に生じた障害を改善する効果が認められなかったが、スキルトレーニングは萎縮した運動野面積の回復を促し、運動機

能を大きく改善させることが明らかになってきた。現在行われている糖尿病運動療法（有酸素運動やレジスタンス運動）は糖尿病そのものの改善を促すという点においてその効果を疑うものではないが、すでに生じてしまった神経障害に対する運動療法という点では標準的な糖尿病運動療法に加えて、スキルトレーニングのようなリハビリテーションを行うことが重要である可能性がある。

本講演では最新の基礎研究によって明らかにされた随意運動を制御する脳内のシステムの異常とそれを改善する運動療法の可能性について紹介したい。

参考文献

1. Zochodne DW et al. Neuronal targeting in diabetes mellitus: a story of sensory neurons and motor neurons. *Neuroscientist* 2008; 14: 311-318.
2. Muramatsu K et al. Effect of streptozotocin-induced diabetes on motor representations in the motor cortex and corticospinal tract in rats. *Brain Res.* 2018; 1680: 115-126.
3. Tamaki T, Muramatsu K et al. Effects of streptozotocin-induced diabetes on leg muscle contractile properties and motor neuron morphology in rats. *Anat Sci Int.* 2018; 93: 502-513
4. Muramatsu K et al. Effect of streptozotocin-induced diabetes on motoneurons and muscle spindles in rats. *Neurosci Res.* 2017; 115: 21-28
5. Muramatsu K et al. The size of motoneurons of the gastrocnemius muscle in rats with diabetes. *Neurosci Lett.* 2012; 531: 109-113

教育講演 I I 「生活習慣病と歯科関連」(副題)「身近な歯科、歯科はどんなことをしているのでしょうか」

佐藤歯科医院 佐藤隆夫

高齢化社会を迎え元気な高齢者は言うまでもなく病気や障害を抱えた高齢者の多くが歯科の疾患を有しています。歯の喪失による摂食障害、歯周病(歯槽膿漏)が関連している全身に影響を及ぼす疾患、日本臨床歯周病学会によれば、「狭心症」「心筋梗塞」「脳梗塞」「糖尿病」「妊娠性歯肉炎」「歯周病と低体重児や早産」「誤嚥性肺炎」など そのメカニズムは、歯周病菌は腫れた歯肉から容易に血管内に侵入し全身に回り、その毒素などが免疫などの体の働きにいろいろ影響を及ぼすためと考えられています。

今回このフォーラムに歯科は初めての参加でありますので、講演内容を二つに分けて、前段は歯科全体の理解を深めるために「歯科はどんなことをしているのか」後段は「高齢社会に関わる歯科」このような観点からお話をしてみたいと思います。前段で扱う項目は、まず歯科で一番身近な「むしば」です、講演者が歯科校医をしている川崎市立小学校では、昭和 56 年度全校生 812 人中、治療を必要とする永久歯う蝕(むし歯)を有する者は 329 人で 40%でした。平成 22 年度では、384 人に対して 32 人 8.3%となっています。しかしながら高齢者のう蝕はここ 25 年ほどで 50%から 80%に増加しています。高齢になっても健康で何でも食べられる口を維持するには、正しい知識による予防と実践が大切です、まさに生活習慣に関わってきます。また口の健康(歯や、飲み込むこと、話をする、社会性)を維持していくことがより良い高齢期を過ごすことにいかに大切が問われています。

次に取り上げる項目は予防です、前項に続いている項目です。そして次の項目が歯周病(歯槽膿漏)です、歯を支える歯ぐきと骨の疾患、全身とのかかわりや生活習慣とのかかわりが大きいところ。さらに口腔外科、皆様にはあまり馴染みのない分野かもしれませんが、さらに歯科矯正、一般の方にはまだ知識が乏しく、まだまだ社会的な周知が必要な分野だと思います。そして最近普及してきているインプラントについても触れてみます、身近に話題が出てきていると感じています、しかしまだはっきり分からないというところではないでしょうか、まったく新しい素材による義歯(入れ歯)、画期的で使い勝手が良く、見た目も良好(義歯が入っていることがほとんど分からない)など最後にこれが歯科の治療という、審美歯科にも触れてみたいと思います。各項目は細かく講演を行うと、それぞれ一つの演題になってしまいますので、「歯科はこういうことをやっているのだと」知っていただければ幸いです。

基調講演 I エッセー(随想)風 生命科学論

“食べる、太る 痩せる”を論ず 肥満その1

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

<はじめに>

本講演(口炎? ; □が災いして炎上する)は市(区)民公開講座やマスメディアの健康番組のような啓蒙的なものではないし、と言って各々専門領域の医師や研究者が集まって口角泡を飛ばし、科学的根拠の厳密さを議論し合うような学術会議の講演でもない。 演者である私は生命現象を題材としながらも、人間(ホモ・サピエンス)社会の矛盾と滑稽に満ちた日々の行為や考え方や風潮などといったものに焦点をあて、一応生命科学の立場に立ちつつも演者なりの考えをエッセイ風にまとめてみたものである。従って一般的な医学講演でなく、言いたい放題で結論を明確にしないことをご容赦願いたい。

すなわち EBM (Evidence Based Medicine ; 根拠に基づく医学) でなく PBM (Philosophy Based Medicine ; 哲学に基づく医学) という言い方が最も適切に小生の講演内容を表現している。

<講演要旨>

今回主に肥満に焦点を当てた。 さてさて今日この地球上で人類社会が直面する大問題は何か、 地球温暖化と気候変動? 人口爆発と食糧や環境問題? 暴走しギャンブル化したグローバル金融資本主義と経済格差? AI やビッグデータ、ロボットなど異常なほど発展深化する情報化(IT) 社会? などなどどれも我々人間社会の政治、経済、社会、環境に陰に陽に大きな影を落とすものばかりである。このうち演者は人口爆発の問題は上に挙げたそれぞれの問題と深く関連しており、今後の人類の生存を脅かす大々テーマであると思うので今回の講演をここから入ってゆく。

有史以来世界の人口は18世紀までは1から数億人で推移していたのが19世紀に急増し始め、20世紀初頭16億人となり、そしてこの世紀だけで60億人以上となった。21世紀にはいった今日すでに70億人を超えやがて100億人になるといわれる。多くはアジア、アフリカ、中南米を中心に発展途上国で増加している。食料、水、衛生の問題は重大で国連や政府の対策は追いついておらず、今世界で約8億以上の人達が飢えや内戦で命の危機に瀕している。一方食料(農業、牧畜、加工食品)の計画的増産や改良も行なわれ、先進国、新興国は勿論、発展途上国の一部地域ではあふれんばかりの食材が我々の日常生活に不自由なく存在し、栄養や衛生状態が大幅に改善され、飢餓に直面せずに生きていられる。特に栄養密度の高い飲食物が安価で手に入るようになったことが、ますます肥満者の増加に拍車をかけ、却って貧しい者ほど肥満者が多いという結果になっている。今世界では飢餓人口に近い7~8億人くらいの肥満者がいるといわれる。

肥満⇐太ることとは何か、単純に言えば消費されなかった摂取エネルギーが中性脂肪とな

って皮下もしくは内臓の周りの白色脂肪組織に沈着することである。この体内の脂肪量は正確には測れないため評価法として便宜的に体重 (Kg) に対し身長 (m) の二乗を除いて体格指数またはボディマス指数 (Body Mass Index; BMI) として表し、これが 30 以上を欧米では肥満としている。例えば身長が 170 cm の人の場合 86.7Kg 以上を肥満と定義している。アメリカ合衆国では成人男女とも 3~40% が肥満である！ 日本では BMI が 30 超える人はほとんどいない。ただそれ以下でも“太ること”に因る様々な障害が出ているので日本肥満学会では BMI25 以上を肥満と決めている。ここで単なる肥満と肥満症とは違うということを強調しておきたい。肥満はただ太っているだけで特に検査上も異常がないが、肥満症は明らかに肥満に因る何らかの障害を認めるものである。肥満を皮下脂肪型と内臓脂肪型に分類することがよく行われる。皮下脂肪型肥満の場合は問題ないが、内臓脂肪型肥満は問題があるといわれる。では内臓脂肪肥満のすべてが将来の肥満症予備軍で不健康か？ 一概にそうとも言えない。事実肥満のまま長寿の人も立派に存在しているし高齢者では「痩せ」より肥満の方が多くの疾病での生命予後が良いといわれる。これを“肥満パラドックス”と呼ぶ人もいる。だいたい痩せている人間にとって肥満者のその逞しい姿は羨ましい限りである。昔多くの人は痩せていたがその中で太っている人は恰幅の良い、社会の上流階級を表すステータスの象徴であった。生命科学的に考えても生命が飢餓に陥った際、体にエネルギーの元である脂肪がいっぱいついていの方が生命を長らえること出来る。では今の世で肥満はどうして良くないのか？それは栄養が多くの人に行き渡り過剰な栄養やカロリーが摂取され肥満の人が増え、寿命が延びたことも相俟ってその人達の中で一定割合に糖代謝異常、高血圧、脂質代謝異常などの病態を引き起こし、心臓、脳血管障害、脂肪肝、糖尿病、腎臓障害、失明、認知症などを合併する人が急増したということであろう。それらが肥満や老化とどのように関連して起きるのか。そこには遺伝 (ゲノムやエピゲノム)、様々な環境、食生活、腸内細菌の変化、ホルモン分泌、慢性炎症や免疫、人類の進化における脳の肥大化に伴った脂肪代謝やエネルギー需要の増加などなど無数の要因が関与している。最近の研究で脂肪細胞は立派な内臓でその働きについて様々な知見が発表され肥満の生理が明らかとなっている。これについては講演の中でももう少し詳しく触れたい。だから肥満であっても合併症もなく一生“医者知らず”で健康に過ごせば大いに結構なことである。ここで注意しなければならないのはカロリーの過剰摂取に因る一次性的肥満と薬剤及び内分泌 (ホルモンや活性ペプチド) 異常による二次性肥満があり、肥満=個人の自己責任と単純に考えてはいけないことである。

そもそも有史以来の人類は十分な栄養が摂れず、衛生状態も悪く多くの乳幼児、妊産婦は栄養失調、感染症などで命を落とし、若者も様々な病気、事故。戦乱でどんどん死んでいった。だからつい 100 年くらい前まで平均寿命はそんなに長くはなかった。それでも生命力のある者は当時でも 80、90 歳まで生きられたのである。逆に現在でも戦乱状態の国では平均寿命はなんと 30 から 50 歳くらいなものである。だから考え方によっては人類の歴史は“肥満と共に寿命は延びた”？のである (笑い)。

でもつらづら鑑みるに今の世、折角摂取したカロリーをスポーツジムで汗をかいてまで余分

な？エネルギーを燃やす。いくら食べても栄養が吸収しない薬を飲んで大いに食べるなどのことを日常見聞する。その一方で我が国の若い女性にみられる“痩せ願望”や神経性食思不振症という病態によって、食料不足でもないのに飢餓に陥って病気になったり、命を落とすという例もある。これらはホモ・サピエンス 30 万年の歴史のなかでここ数十年にして現れた魔訶不思議な事象の一つであろう。ある TV の健康番組で高名な講師がダイエットの必要性を口酸っぱく説いていたが、他の番組ではショッピングモールでのおいしいスイーツや食材豊富で腹いっぱい食べられるレストラン街の紹介などが次々と放送されていた。食品業界は食べることを煽り、一方健康産業はダイエットの方法やサプリを宣伝する。まるで“マッチ・ポンプ”である。先進国の人々は食で支出し、ダイエットでまた支出するという矛盾と滑稽に満ちて生活している。これで経済が活性化し世界はより進歩と幸福に向かって進んで行けば良いが――

<最後に>

狩猟採集時代や農耕が始まったばかりの古代人は、食べきれないほどの食材に囲まれて近所の人を呼んで宴を開くことなどあったのだろうか？ まあそれは想像の域を出ないが、一般に生命体は毎日十分な獲物や草植物にありつけるわけではない。常に腹を空かせ食物を得るためにエネルギーを使う。すると益々腹を空かせてより多くの摂取エネルギーを必要とするという悪（良？）循環の中で生きている。ヒトの世も需要より常に供給が少ないことが当たり前であり、これによって供給側の生産意欲が向上し経済は回る？（もちろん一時的には供給が需要を上まわって「デフレ」になることもあるけどね）。

人類の進化（類人猿―ラミダス猿人―アウストラロピテクス―ホモ属）の過程で「食べる」ということはどう変わってきたのだろうか？ 食生活と体形の急速な変化が人類の今後にどう影響を及ぼすのか？いろいろ疑問や不安がつきまとう。我々個人々々はこうした時代にどう食生活を選択するか？諸君はどう考える？ 演者は世の中のフェイク情報や「扇動」に惑わされず、自分が食べたいと思う物を一応考えながら選んで楽しく食べ、今日まで食にありつけて生きて来られたことに感謝し、世のため人のため最後の力を振り絞って生を全うしようと考えている。

参考文献は多数あるも省略する

基調講演 I I 百寿者が珍しくない社会の到来 ——備えは大丈夫か

理事長 林 滋

目次

1. 超高齢化社会の現実

- (1) 我が国の人口の高齢化
- (2) 要介護者の変遷
- (3) 認知症の変遷
- (4) 死因の変遷
- (5) 生活習慣病関連疾患の死亡数・死亡率
がん、心疾患、脳血管障害、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、骨粗しょう症
- (6) 健康寿命の延伸

2. 国の対策

- (1) 医療制度
- (2) 介護保険制度
- (3) 地域包括ケアシステム

3. 百寿者の現状

4. 後期高齢者・超高齢者の備え

はじめに

最近、患者さんを診ていて特に感じることは、高齢者が多くなったということである。

80 歳代はごく普通であり、90 歳代でも珍しくなくなっている。また、施設を往診すれば、元気でない方が大半であるが、外来では元気な高齢者が多くなり、デイサービスに通っている方も多くなっている。さて、そのような高齢者が百歳まで元気で過ごすにはどうしたらよいのか考えてみた。

本稿は私の経験から発した答えの一部であるが、結局は今までやってきた医療・介護・保健活動の積み重ねが重要であると思うようになった次第である。

1. 超高齢化社会の現実

(1) 我が国の人口の高齢化 (図 1)

我が国の総人口は、平成 29 (2017) 年 10 月 1 日現在、1 億 2,671 万人となっている。

65 歳以上人口は、3,515 万人で、総人口に占める割合 (高齢化率) も 27.7% となった。

65 歳以上人口を男女別にみると、男性は 1,526 万人、女性は 1,989 万人で、性比 (女性人口 100 人に対する男性人口) は 76.7 であり、男性対女性の比は約 3 対 4 となっている。

また、65 歳以上人口のうち、「65～74 歳人口」は 1,767 万人 (男性 843 万人、女性 924 万人、

性比 91.2) で総人口に占める割合は 13.9%、「75 歳以上人口」は 1,748 万人（男性 684 万人、女性 1,065 万人、性比 64.2）で、総人口に占める割合は 13.8%である。

将来推計人口でみる平成 77（2065）年の日本は、平成 41（2029）年に人口 1 億 2,000 万人を下回った後も減少を続け、平成 65（2053）年には 1 億人を割って 9,924 万人となり、77（2065）年には 8,808 万人になると推計されている。65 歳以上人口は、「団塊の世代」が 65 歳以上となった平成 27（2015）年に 3,387 万人となり、「団塊の世代」が 75 歳以上となる平成 37（2025）年には 3,677 万人に達すると見込まれている。一方、75 歳以上人口は増加を続け、平成 30（2018）年には 65～74 歳人口を上回り、その後も平成 66（2054）年まで増加傾向が続くものと見込まれている。

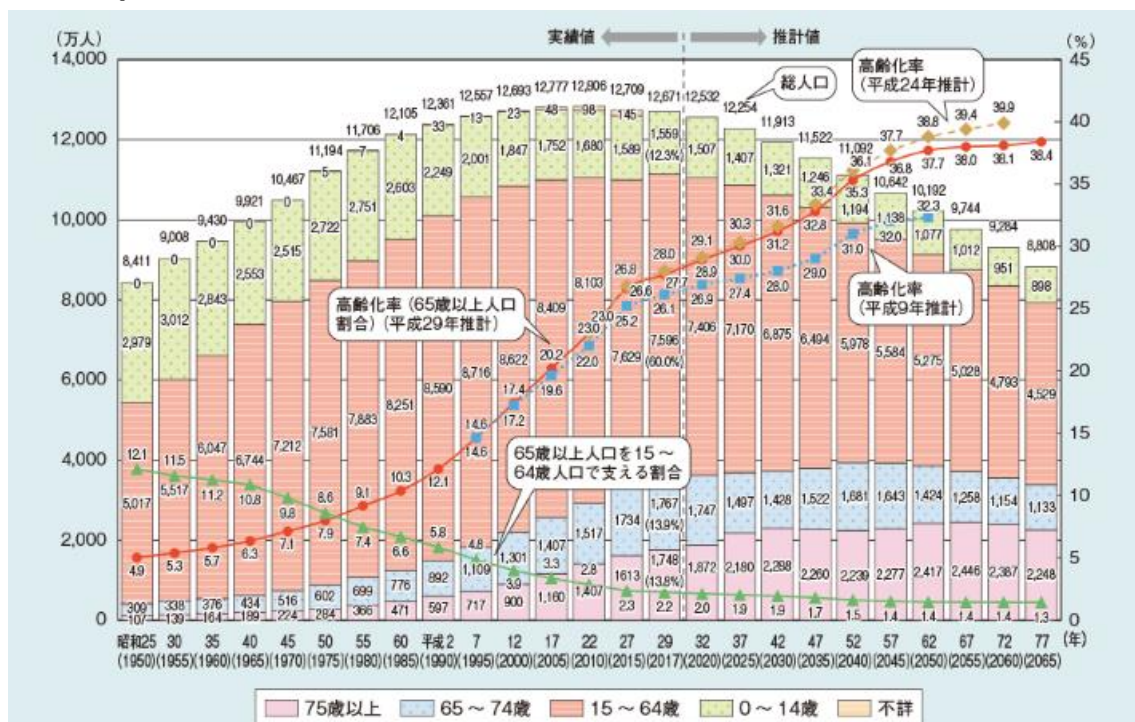


図1 日本の人口の高齢化

（2）要介護者の変遷（図2）

2000年に介護保険制度が始まり、要介護者は218万人で、2016年には633万人で17年間で実に2.90倍に増加した。その内訳をみると一番重度である要介護5は60.3万人(9.5%)、要介護3は83.6万人(13.2%)、要介護1は126.3万(19.9%)となった。ある程度身の回りの事ができる要支援者は1と2合わせて157.7万人(27.8%)となった。

将来の推計は、2025年は要介護5は89万人、要介護3は112万人、要介護1は154万人、2035年は要介護5は108万人、要介護3は135万人、要介護1は178万人、2045年は要介護5は117万人、要介護3は143万人、要介護1は178万人となると予想されている。重度の人が増えていく状況がうかがわれる（図3）。

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在633万人で、この17年間で約2.90倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

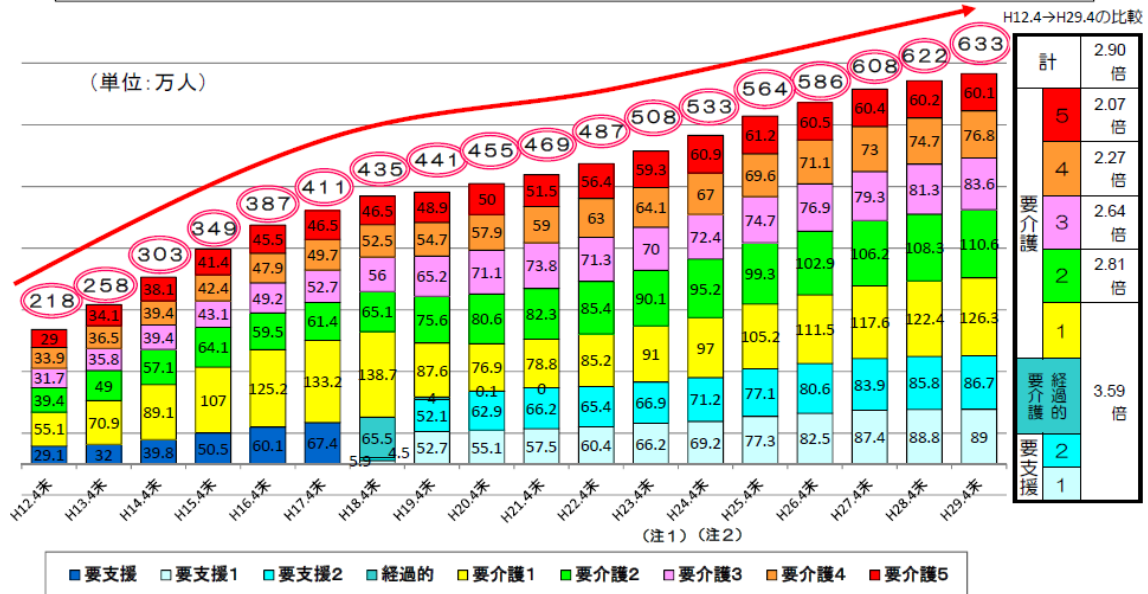


図2 要介護者数の変遷

要介護認定者数等の見通し(性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないとした場合)



(資料)「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査(平成26年10月審査分)」(厚生労働省)、「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)
(推計方法)性・年齢階級別認定率、年齢階級別施設利用率が現状(平成26年)のまま変わらないとして、これを将来推計人口に乘じて機械的に推計。なお、制度改正(予防給付の地域支援事業への移行等)による影響等は織り込まれていない推計であるため、留意が必要。

図3 要介護認定者数等の見通し

(3) 認知症の変遷

2012年には認知症は462万人で65歳以上の高齢者の15%で、2025年には700万人で25%と予測されている。2050年には802－953万人（21.8－27.8%）と予測されている（図4）。2013年における年齢別認知症の割合は74歳未満では5－6%だが、80歳を超えると急上昇し35%になり、90歳を超えると60－70%となる。90歳を超えると半数は認知症となっている（図5）。

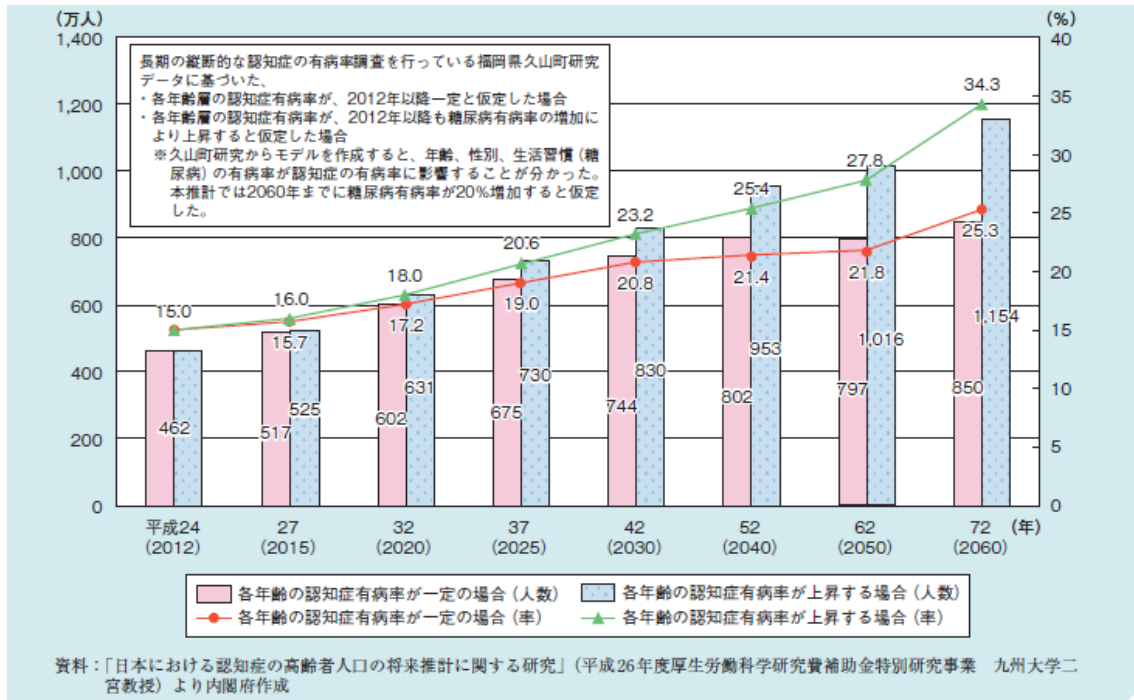
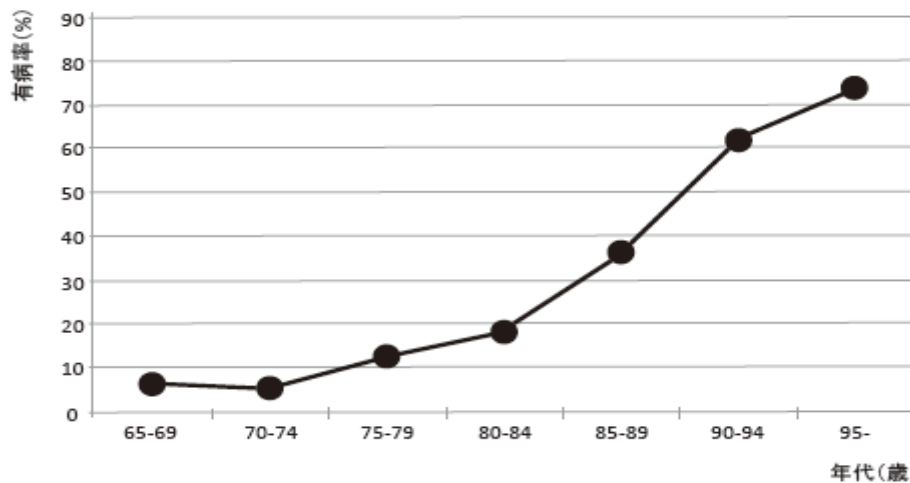


図4 日本の認知症の高齢者人口の将来推計



我が国の年齢階級別認知症有病率

（朝田 隆；厚生労働科学研究費補助金 認知症総合対策事業、2013）

図5 我が国の年齢階級別認知症有病率

(4) 死因の変遷

2017 年の死因の順位は、1 位悪性新生物（27.8%）2 位心疾患（15.2%）、3 位脳血管疾患（8.2%）、4 位老衰（7.6%）、5 位肺炎（7.2%）、6 位不慮の事故（3.0%）、7 位誤嚥性肺炎（2.7%）、8 位腎不全（1.9%）、9 位自殺（1.5%）、10 位血管性及び詳細不明の認知症（1.5%）その他（23.4%）となっている。最近でも、1 位と 2 位の順位は変わりなく、脳血管疾患が 3 位から 4 位へ、代わって老衰と肺炎が 4 位、5 位を争っている。

（5）生活習慣病関連疾患の死亡数・死亡率

表 1 生活習慣病に関する患者数、死亡数

	総患者数（千人）	死亡数（人）	死亡率（人口 10 万人対）
悪性新生物	1,626	372,801	298.2
糖尿病	3,166	13,454	10.8
高血圧性疾患	10,108	6,830	5.5
心疾患（高血圧性を除く）	1,729	197,807	158.2
脳血管疾患	1,179	109,233	87.4

資料：総死亡数：厚生労働省政策統括官付保健統計室（平成 26 年患者調査）

死亡数・死亡率：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」（平成 28 年概数）

表 1 のように、総患者数は 1 位高血圧疾患で 1010 万人、2 位は糖尿病で 316 万人、3 位は心疾患で 172 万人、4 位は悪性新生物で 162 万人、5 位は脳血管疾患で 117 万人となっている。死亡数は 1 位悪性新生物で 37.2 万人、2 位は心疾患で 19.7 万人、3 位は脳血管疾患で 10.9 万人、4 位は糖尿病で 1.3 万人、5 位は高血圧疾患で 0.68 万人となっている。死亡率はやはり悪性新生物が一番高く 10 万人当たり 298.2 人、2 位以下は心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧性疾患と続いている。死亡数の多いことから見ても、国の対策として生活習慣病を治療、コントロールすることが重要であることが分かる。脂質異常症、骨粗しょう症は直接死因にならないので統計ははっきりしない。

（6）健康寿命の延伸

健康寿命は延びているが平均寿命に比べて伸びが小さい。日常生活を送るのに不自由のない期間（健康寿命）は平成 25 年時点で男性が 71.19 年、女性が 74.21 年となっており、それぞれ 13 年前と比べて伸びている。しかし、13 年から 25 年までの健康寿命の伸びは男性 1.79 年、女性 1.56 年となっており、同期間の平均寿命の伸び男性 2.14 年、女性 1.68 年と比べて小さい。

2. 国の対策

（1）医療制度

在宅医療の推進に関する各種制度の変遷は以下のとおりである。

1983 年、老人保健法実施（高齢者医療費無料制度の廃止）

70 歳以上の老人を既存の医療保険制度から別にし、その財源を各医療保険から拠出する仕組が創設された。

1984 年、健保法改正され、

①健保本人に 2 割の医療費自己負担導入、②特定療養費制度創設の導入による差額徴収の公認と「自由診療」の拡大（療養費支給制度の一種）、③国保への国庫負担の大幅削減、④国庫負担ぬきの退職者医療制度の新設

「特定療養費制度」：「特に定められた高度な医療や特別なサービス（アメニティ部分）を含んだ療養を受けた場合、療養全体にかかる費用のうち一般治療と共通する部分に保険を適用（特定療養費）し、特別サービス部分を自己負担とする制度

「退職者医療制度」創設理由：サラリーマンなどの高齢退職者は、退職後国保の被保険者となるため、給付水準が下がる（1984 年改正までは、勤めている間は 10 割給付だが、退職し国保にはいることで 7 割給付になる）ため改善を迫られていた→退職者を「退職者医療制度」という別枠にし 8 割給付を保証する。ただし、この制度の財源は健保や共済などの保健からの拠出金でまかなうことにすることで、国庫負担の削減をはかる。

1986 年、老人保健法改正：一部負担引上げられ、老人保健施設が創設された。

1989 年、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」の策定（今後 10 年間でヘルパー10 万人の確保を掲げる）

1992 年、「老人訪問看護ステーション」創設された。

1994 年、「新ゴールドプラン策定」（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）

1997 年、第 3 次医療法が改正され、療養型病床群の診療所設置・「地域医療支援病院」が制度化された。

2000 年、介護保険スタート「ゴールドプラン 21」策定 政府は 2000 年度からのゴールドプラン 21 において、「新寝たきり老人ゼロ作戦」を打ち出した。高齢者それぞれの状態に応じ、リハビリテーション医学に基づく、急性期、回復期、維持期の適切なリハビリテーションが提供されることが必要であるとされた。

2007 年、がん対策基本法施行、患者側の意思決定への参加を規定した初めての医療制度改革である。

2007 年、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」により、いわゆる「終末期医療のガイドライン」制定された。

2008 年、長寿（後期高齢者）医療制度施行された。

(3) 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムであって、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくシステムである。これが円滑に運用されるためには、①地域包括支援センター、②地域ケア会議が運用され、③医療と介護の連携が行われ、④生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加が行われる必要がある。

3. 百寿者の現状

(1) 百寿者の現状

厚労省の発表によれば、2018年度9月で百歳になる人は69,785人で、このうち男性は8,331人、女性は61,454人で、女性は88.1%であった。

百歳以上の高齢者のうち、「男性」は8,331人、「女性」は61,454人で、女性が前述のように88.1%を占めている。なお、2017年9月の時点では、男性の最高齢者は113歳、女性の最高齢者は115歳となっている。

百歳以上は急激に増えていて、老人福祉法が制定された1963年には、百歳以上の人口は全国で153人、1981年に1,000人を超え、1998年に10,000人を超えた。その後は勢いを増して、2012年に50,000人を超えている。平成時代の百寿者数の推移をみると、女性では増加の伸びは止まっていないが、男性では平成28年頃より多少伸びは鈍化している。

(2) 百寿者の研究で分かってきたこと

2003年の百寿者1,907人を対象とした研究では、日常生活自立者は男性で30.9%、女性で13.6%、認知機能保持者は男性58.1%、女性35.6%であった。別の研究では、95名のADLは、22.1%がランクJ（生活自立）、26.3%がランクA（準寝たきり）、24.2%がランクB（寝たきりではあるが座位可能）、27.3%がランクC（寝たきり）であった（尾崎章子、日本老年医学会誌、1998）。百寿者の多くは自立していないのが実態で、女性の方が寝たきりの率が高い。

百寿者にはどんな病気があるのか。慶応義塾大学医学部予防医療センターによれば、百寿者の病気は、高血圧(63.6%)、骨折(46.4%)、白内障(46.4%)、心疾患(28.8%)、呼吸器疾患(20.9%)、脳血管障害(15.9%)、がん(9.9%)、糖尿病(6.0%)であった。がんと糖尿病がかなり少ないことが特徴的である。

百寿者の血液データの特徴は低アルブミン値、総コレステロール低値、HDL-コレステロールの低値、貧血で、炎症の検査値(CRP)が高値で、頸動脈を超音波で調べると動脈硬化が少ないことが明らかにされている。最近では、体の脂肪組織から分泌されるアデポネクチンという物質が高値であることも分かってきた。アデポネクチンは、糖尿病、動脈硬化、炎症反応を抑える作用がある。やはり、糖尿病や動脈硬化になりにくいということが長寿の条件といえる。

百寿者の性格調査によれば、外向的、几帳面、仕事熱心で、精神的に安定し、不安感が少なく、多幸感があり自分自身を健康的と考えている。

認知症の程度は、62.6%は認知症ありで、高度認知症は20.2%に認められ、男女比では、男性は42.9%、女性は70.9%が認知症レベルで、女性に認知症の割合が明らかに高かった。百寿者の多くは認知症になっているといえる。外国の研究でも、100歳では60%以上が認知症となっている。

百寿者をまとめてしまうと上記のように、低栄養で、脂質が低く、貧血気味で炎症がみられるようになってしまうが、栄養の良い百寿者と栄養の悪い百寿者を比較した広瀬ら（慶応義塾大学）の研究によれば、前者では、RBC（赤血球数） $407(x10^4/u1)$ 、Hb（ヘモグロビン）12.4(g/dl)、Alb（アルブミン）3.9(g/dl)、ADLscore（スコア）13.4、一方後者では、RBC（赤血球数） $350(1x10^4/u1)$ 、Hb（ヘモグロビン）10.6(g/dl)、Alb（アルブミン）3.02(g/dl)、ADLscore（スコア）7.3で後者で低値となっていた。一方、認知症は前者で36.4%でみられ、後者で92.3%と明らかに多くなっていた。要するに栄養状態が良い百寿者は、貧血は軽度で、体の動きもよく、認知機能も保たれていると考えられる。

百寿者のBMIは19.5で幾分やせた体格である。筋肉や脂肪が少ないためであるが、死亡組織と高齢化の関係を考えてみたい。脂肪組織にはアデポネクチンというホルモンの一種が分泌されている。アデポネクチンは、糖尿病や動脈硬化、炎症反応を抑制する働きがあり、体にとっては都合のいい物質である。アデポネクチンはやせている人に多く分泌され、百寿者の女性では、若いやせた女性の2倍の高い値であることが判明した。アデポネクチンは長寿を促進する善玉因子と考えられているが、中高年者でアデポネクチンが高い群で死亡率や心疾患の罹患率がかえって高かったという、本来の作用の逆の結果が示され、アデポネクチンパラドックスといわれ、その理由はまだ解明されていない。

次に、筋肉であるが、百寿者では筋力も低下し、運動能力も落ちている。骨粗鬆症も合併しており、転倒すると骨折して寝たきりになることが多い。

この事実は元気な高齢者になるのは、脂肪組織や筋肉も重要であるということを示している。このことについては、最近明らかになって注目されている健康寿命を延ばすメカニズムが明らかにされつつあり、身近な健康食品で補えるかもしれないという。

（3）百寿者のまとめ

百寿者は69,000人で約9割が女性で、近年著明に増加している。多くは自立してはなく、女性では寝たきりの率が高く、7割が認知症である。男性は4割が認知症である。百寿者は、やせ形で、筋肉が少なく、低栄養、脂質が低く、貧血気味で、炎症が見られ、アデポネクチンが高い。百寿者では、がんと糖尿病が少ない。

4. 後期高齢者・超高齢者の備え

高齢者の健康状態の特性として、図7に示すように、高血圧、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）、呼吸器疾患、悪性腫瘍、骨粗鬆症、変形性関節症等生活習慣や加齢に伴う疾患を持っており、状態としては、認知機能障害、めまい、摂食・嚥下障害、視力障害、うつ、貧血、難聴、せん妄、易感染性、体重減少、サルコペニア（筋量低下）が挙げられる。寝たきりでない健康な百寿者を目指すためには、後期高齢者（75歳以上）、超高齢者（90歳以上）の

時からこれら疾患や状態の治療、是正が必要となってくることは自明である。

後期高齢者の特性として、前期高齢者と比較して、フレイルが顕著となっている、複数の慢性疾患を保有している、医療では複数の医療機関を受診し、多剤併用で、残薬が多く、健康状態や生活機能に個人差が大きく、医療と介護ニーズをはせ持っている。最近の国の施策としては、後期高齢者を対象としたものとして保健事業を推奨している。フレイル対策、生活習慣病重症化予防、多剤服薬による有害事象の予防、対象者個別の栄養指導、健康状態不明者に対する積極的な介入による医療・介護サービスの提供である。

具体的な個々の取り組みとしては、適正受診・服薬（かかりつけ医を見つける、受診中断の早期対処、重複・残薬の指導）、禁煙・適性飲酒の指導、栄養食生活の改善（たんぱく質摂取、体重管理、塩分、水分調整）、口腔機能改善（摂食・嚥下体操、義歯の補正）、運動・リハビリ強化（転倒・骨折防止のための運動機器等の指導、リハビリの継続）、外出・社会参加の推進が国では挙げられている。

このような取り組みに積極的に参加することにより、百寿者もより多く出てくると思われる。目出度し目出度し。財源は？

高齢者の健康状態の特性等について

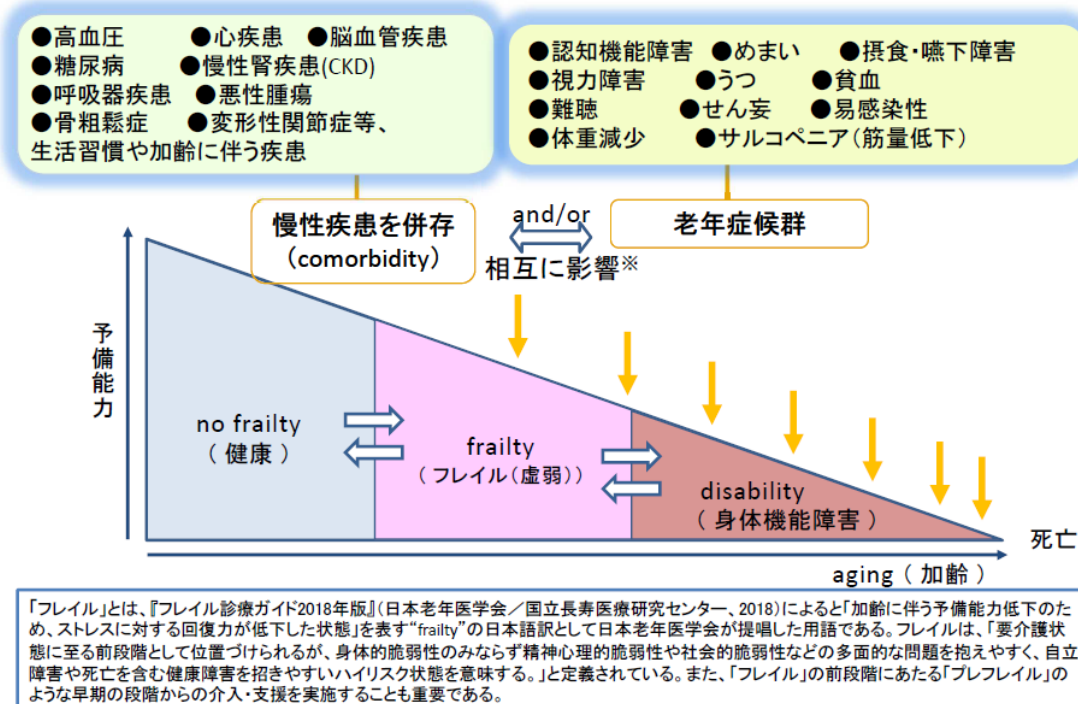


図7 高齢者の健康状態の特性等について

コラム

口からはじめる生活習慣病予防

佐藤歯科医院、 参与 佐藤隆夫

生活習慣病は一日にしてなることはなく、まさに毎日の積み重ねの結果として発症してきます。もちろん中には本人の体質や受け継いだ遺伝的形質などが影響している場合がありますが、生活習慣と名付けてあるその理由は、これが知識と実践により十分コントロール可能な疾患である、という意味付けであります。

ここに歯科における生活習慣病についていくつか触れてみたいと思います。厚労省によれば「口からはじめる生活習慣病予防」というタイトルで保険者を通じて啓発しているところでもあります。

(むしば・歯周病)→(歯や歯肉の痛み・歯のぐらつき)→(歯の喪失)
→(よく噛めない)→(全身健康状態の悪化)

このような一連の流れとして「歯や口と全身の健康との関係性」を捉えています。そして一番先頭の(むし歯・歯周病)、ここでより良い生活習慣を身につけることにより、疾患としての進行を十分止めることが可能ということです。歯科領域では昭和30年頃から、むし歯の氾濫を経験し、学校歯科保健領域(文科省)において「むし歯予防保健活動」を実践し、その成果として昭和59年には12歳児一人当たりの永久歯のむし歯(治療済の歯も含める)

4,75本に対して平成30年速報値によれば0,75本と激減しています。地道な学校歯科保健活動の成果といえます。ただし近年は高齢者人口増加につれて高齢者のむし歯や歯周病が増えてきています。その理由は歯肉退縮による歯ぐき根元部分のむし歯の増加、唾液減少によりむし歯に対する抵抗力の低下、歯の経年劣化・磨り減りなどに起因します。また糖尿病の方は感染症に対して抵抗力が弱く虫歯や歯周病が進行しやすく、また歯周病の進行が糖尿病の悪化に繋がるなど歯と全身疾患との強い関連が指摘されているところでもあります。さらにまだ因果関係ははっきり究明されていませんが動脈硬化を起こした血管の中のプラーク(動脈硬化の病巣)を調べると、歯周病菌が見つかるというケースが、アメリカでも日本でも相次いで報告されています。歯周病に侵されている歯の深いところに存在する歯周病菌がDNAの同定により見つかっています。

生涯を通して健康な生活を送るために、まず口と歯の健康が大切です。

分かり易く言えば、歳をとっても何でもおいしくいただくには、健康な口と歯がとても重要ということです。それが全身の健康にも繋がっているのです。

今は全年代に対して、予防という観念から歯科保健指導が、学校や職場、通っている歯科医院で行われています。皆様も積極的に生活習慣病の予防に努めてください。この拙文が啓発に繋がれば幸いです。

コラム

健康経営とメンタルヘルス

理事長 林 滋

健康経営とは、企業が従業員の健康に配慮することにより従業員の健康増進を図り、健康管理を経営課題として捉え、従業員の健康の維持・増進と会社の生産性向上の両方を目指す経営手法のことである。具体的には、精神面、身体面の双方の状態を改善する取り組みを全社的にを行い、一方、従業員の健康増進の方法には、食生活や運動、飲酒、喫煙、メンタルなど従業員個人に対して直接アプローチしたり、労働時間や業務環境など企業の仕組みに対してアプローチする方法がある。

健康経営が必要とされる背景には、少子高齢化による労働人口の減少、メンタルヘルス不調者の増加、生活習慣病の増加による医療費の増加、外部環境の変化に伴う経営合理化の必要性の増大が挙げられている。また、企業にとってのメリットは、欠勤率低下、業務効率の向上による生産性向上、疾病手当支払いの減少、健康保険負担額の減少による企業負担の軽減化、企業ブランドイメージの向上、事故・不祥事・労災事故の予防・減少が挙げられる。

実際の取り組み例としては、企業検診にストレスチェックを導入し、要注意者の従業員を救い上げ、精神科医への受診を勧奨する。臨床心理士の面談の機会を設定し、メンタルヘルスに問題のある従業員を精神科医へ受診勧奨をする。感染症対策として、インフルエンザワクチンの接種を推奨する。残業減少化の取り組みとして、産業医への面談の徹底、企業健康診査受診率の向上、健診異常者に対する精密検査として医療機関への受診の徹底化などがある。私自身こんな事例を経験した。

30代の男性で、土木工事の現場を任されていた。ある日、作業員がクレーンの操作を誤り、電線を切断してしまった。地域が停電し大変なことになってしまった。直属の上肢は役所に向いて平謝りし、なんとかおさまった。しかし、本人は責任を感じて出社困難となり相談を受けた。本人は萎れて、食欲がなくなっていたが、まだ元気そうにしていた。上層部の雰囲気も本人に対して、責任感のある若者で、悪い印象はもっていない、私自身もこういうことで将来の社員がつぶれては会社の損失であるので、とにかく「気にしないように、会社としても体調のことを心配している」と説明した。その後元気を回復し出社できるようになったという。

メンタルヘルスは、精神科で治療していると期間が長くなり症状が不安定なことが多く、休業期間も1-2年に及ぶことも稀ではない。個人情報保護の観点からも企業サイドも相当気を使って対処しているのが現状である。身体面のように一筋縄ではいかないのが難点であるが、近年従業員のメンタルヘルスの異常が増加しており産業医の役割が大きくなっている。

コラム

たばこの害

ながたクリニック、 参与 永田 篤文

あくまでも私見です。誰でもご存じですが、“タバコは百害あって一利なし”と言われます。このようなものがどうして販売されているのでしょうか。受動喫煙は広く社会では、取り上げられておりますが、禁煙については取り上げられることが少ないように感じます。果たしてタバコの財政上のメリットは、タバコ税収だけでしょうか。喫煙者の方は、肺の病気は必ずと言っていいほど心配されます。またなかにはがんも心配されます。しかしタバコと関連が深い、歯周病、黄斑変性症、難聴、椎間板ヘルニア、関節リウマチ、掌蹠膿疱症、脳動脈瘤等々、ご存じのない方は多いです。喫煙者はただタバコ煙を吸っているだけだと思っておられる方が多く、タバコ煙を飲み込んでいるという意識をお持ちの方は乏しいようです。タバコは外に捨ててあっても虫も集ってきませんし、カラスも持っていきません。着ている服も部屋も汚れます。喫煙者はそのようなことをみんなご存じですが、そのようなものを水、お茶、唾で絶えず飲み込んでいるという感覚は乏しいようです。肺やのど、口の中の病気はともかく、全身の病気にタバコが影響するのは食品のように飲み込んでしまっているからだと考えます。タバコは命を縮めても、命を延ばす作用はありません。タバコ一箱で約3時間程度寿命が縮まるとも言われます。すなわち1日20本タバコを吸うと、寿命の1/8を縮める計算になります。タバコはいろいろな病気を引き起こしますが、その医療費についてはよく取り上げられます。しかし命を縮めることによる財政上のメリットは取り上げられません。命を縮めることによって、国にとって、その分年金支給が減ります。小生の外来診療で生活保護を受けておられる方は、既往歴まで含めると、9割近い方がタバコと関連致します。そのように考えると国家財政上欠かせなくなります。タバコの値段は海外ではだいたい五百円以上、国によっては千円するところもあるようです。しかし日本ではそこまで価格を上げてしまうと生活保護を受けておられる方々には買ってもらえず、かえって財政上デメリットになるのではないかと考えます。タバコはタバコ税収に社会保障費削減効果、今の日本の財政上、非常に大事ではないかと思えます。以上あくまでも私見です。しかしそのように考えるとタバコを売っている意味が理解できます。

コラム

ゲノム編集の功罪

理事 前場良太

遺伝性疾患の根治療法の一つとしてゲノム編集が注目されている。

ゲノム編集とは、DNA上の標的遺伝子（塩基配列）を自由に切り取ったり、別の遺伝子（塩基配列）に置き換えたりする技術で、中でも「クリスパー・キャス9」という手法は編集精度が高く、かつ容易に実施できることから、臨床応用への期待も高まっている。

ゲノム編集技術を使えば、これまで根治が困難であった遺伝性疾患や遺伝性要因が強い体質改善などにも福音をもたらすと考えられる一方、受精卵や生殖細胞へのゲノム編集技術の利用については「危うさ」を指摘する声も聞かれる。

生殖細胞レベルで遺伝性疾患の原因遺伝子を改変できれば、子孫への疾患の遺伝も阻止できる。しかし、このような自然への介入が人類のもつ多様性を狭め、生態系の変化に対する耐性を低下させ、やがては人類を滅亡させてしまうのではないかと危惧されている。

遺伝性疾患と生態系との関係を示す上で、よく取り上げられる例に、鎌状赤血球症がある。これはアフリカなどの熱帯地域で暮らす黒人に多発する遺伝病で、赤血球の形が鎌状になり酸素運搬能が低下した結果生じる貧血症である。かつて、アメリカ大陸に奴隷として売られ労働を強いられた黒人が、直ぐに息が切れ休んでいる姿を見て、白人から「黒人はレイジー（怠け者）だ」と蔑まれたという話があるが、実は貧血症状のせいだったようである。貧血症自体は生存に有利でないことは自明であるが、この地域でこの遺伝性疾患が淘汰されず一定の割合で存続してきた要因に、原虫が赤血球に寄生して発症するマラリアに鎌状赤血球は感染し難いという事実がある。マラリアによる死亡のリスクは高く、鎌状赤血球症の原因遺伝子を持つことが、生存に有利であったと考えられる。

生活習慣病は多因子疾患の代表格で、環境要因に加え遺伝要因の寄与も大きい。肥満体質やインスリン感受性、高血圧素因なども、将来的にはゲノム編集のターゲットに成ると思われる。たとえ、一世代であっても遺伝的多様性を画一化していくような方向に進むと、人類の生存に危機的状況をもたらさないか心配である。

コラム

動物の進化と歩行

参与 吉田泰行

小生が労災病院(九州労災病院)に居た時の事である、内科系 260 床・外科系 300 床という変則的な病院で外科系の殆どが整形外科の手術であった。しかもその殆どが高齢者の大腿骨頸部骨折であった。当時の小生は整形外科やリハビリの事は全く分からず何の考えも持ってはいなかったが、今の病院で本職の耳鼻咽喉科をやりながら新しく訪問リハもすることになってみると思わず考える事が有る。

その基礎に有るのは、小生が長谷川先生と動物の呼吸について考え出した事である。エヴェレストに登るのに人間は普通酸素ボンベを担いで登るが(三浦雄一郎氏しかり)、インドガン・アネハヅルといった鳥類は何の助けもなく 9000m 近くの空を飛び越える。これは人類を含む哺乳類はピストン型呼吸、鳥類は気嚢で肺呼吸を駆動する一方向性呼吸を行う為であり、この気嚢式呼吸は人類のピストン型呼吸より死腔が無く格段に優れているからである。この点について考えてみると動物は水中の少ない酸素から大気中の豊富な酸素を求めて古生代には上陸を果たしたが、魚類の鰭(ヒレ)から進化した四肢は側方に突出しており主役の両棲類(イモリ・サンショウウオ)は背骨をくねらせながらロコモーションを行いその結果、呼吸は歩行に常に同期していた。中生代には両棲類から進化した爬虫類でも側方に突出した四肢で地を這う(爬う)事は同じで、ワニ・トカゲに見るごとく呼吸と歩行はやはり同期していた。しかし此処で凄いことが起こった、すなわち同じ爬虫類ながら四肢を直立させてロコモーションを行い、呼吸を歩行と同期せざるを得ないというくびきから解放するものたちが現れたのである。それは何を隠そう今またブームの来た恐竜類であり、また哺乳類である。これを実現するには当然大腿骨の変化を要するが、恐竜と人類は別の道を選んだ。人類の場合は大腿骨上部が大腿頸部を作り出したが、この部位は一目すれば分かる通り剪断力が働き一度骨折が起こると保存的にはもう接着しないのである。そこで高齢者の大腿骨頸部骨折は手術と相成ったのである。

略歴

森實敏夫（もりざねとしお）先生

1949年2月28日生まれ 愛媛県出身

所属

大船中央病院 消化器・IBD センター 非常勤

（公財）日本医療機能評価機構 客員研究主幹、診療ガイドライン作成支援部会 部会長

1973(昭和48)年 3月 慶応義塾大学医学部 卒業

1977(昭和52)年 3月 慶応義塾大学医学部大学院(内科学専攻)修了

1980(昭和55)年 10月 スウェーデン・ルンド大学留学

1983(昭和58)年 11月 慶応義塾大学医学部 内科助手

1986(昭和61)年 4月 慶応義塾大学医学部 内科専任講師

1992(平成3)年 4月 神奈川歯科大学 内科教授

2005(平成17)年 4月 神奈川歯科大学附属横浜研修センター・横浜クリニック センター長

2008(平成20)年 4月 神奈川歯科大学 副学長

2010(平成22)年 1月 国際医療福祉大学 塩谷病院 副院長 内科教授

2012(平成24)年 4月 公益財団法人 日本医療機能評価機構 客員研究主幹（現在に至る）

2013(平成25)年 5月 大船中央病院 消化器・IBD センター 非常勤（現在に至る）

公的委員会活動：

（財）日本医療機能評価機構 診療ガイドライン作成支援部会 部会長

（社）私立大学情報教育協会 歯学教育FD/ICT活用研究委員会アドバイザー

業績：

森實敏夫：入門医療統計解析。2016年、東京図書。

森實敏夫：新版 入門医療統計学。2016年、東京図書。

森實敏夫：統計学で答えを出すクリニカルクエスション。2016年、東京図書。

あいみつく 医学統計学シリーズ連載（2007年より現在50回）

略歴

木村文平（きむらぶんぺい）先生

1949年東京生まれ。

1975年東京医科歯科大学医学部卒業。

同年東京保健生活協同組合氷川下セツルメント病院外科入職

1982年4月東京保健生活協同組合東京健生病院呼吸器外科

2002-2006年 同病院院長 以後副理事長

2008年6月健生会立川相互病院副院長、

2011年5月31日副院長解任

2011年6月1日呼吸器外科部長、

2015年3月31日定年。部長職留任のまま現在に至る。

上記病院在籍のまま、以下の施設で研修を行った。

1977年医科歯科大学呼吸器外科グループの橋爪満（はしづめみつる）、城所達士（きどころたつお）先生に師事。

1980年国立療養所中野病院外科にて平田正信（ひらたまさのぶ）、荒井他嘉司（あらいたかし）先生に師事

1981年1-3月国立がんセンター中央病院肺診断部、池田茂人（いけだしげと）、小野良輔（おのりょうすけ）先生に師事

1981年4-9月東京医科歯科大学第2外科心臓班にて研修

1987-88年ドイツ連邦共和国西ベルリン州ヘッケスホルン肺クリニック外科

1990年4-6月ドイツ民主共和国フンボルト大学シャリテ病院外科

同年7-8月ドイツ連邦共和国ハンブルグ、グロースハンズドルフ病院外科

1997年1-3月キューバ共和国エルマノス・アメイヘイラス病院招聘

以後、キューバとの交流を続ける。同国への渡航歴15回

呼吸器外科専門医、日本外科学会指導医、日本胸部外科学会指導医、日本呼吸器学会指導医、日本呼吸器内視鏡学会指導医、肺がんCT検診認定医師

日本呼吸器外科学会評議員（2016年まで）

日本気胸・嚢胞性肺疾患学会評議員（2018年まで）

日本キューバ科学技術交流委員会会長（2018年2月より）

略歴

村松 憲 先生

平成 15 年 3 月 茨城県立医療大学 保健医療学部 理学療法学科卒業

平成 20 年 3 月 東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科 博士（後期）課程修了

平成 20 年 4 月 健康科学大学 健康科学部 理学療法学科 助教

平成 25 年 4 月 健康科学大学 健康科学部 理学療法学科 准教授

平成 30 年 4 月 杏林大学 保健学部 理学療法学科 准教授

略歴

佐藤隆夫（さとうたかお）先生

昭和 51 年 神奈川歯科大学卒業

昭和 54 年 Principles of Occlusion & Practice 終了

昭和 63 年 CORE-VENT-IMPLANTS 終了

平成 2 年 SOPHIA 矯正 終了

平成 14 年 SHP スポーツマウスガード 認定

平成 19 年 日本スポーツ歯科医学会 認定

略歴

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

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 腎臓内分泌代謝内科 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つて、広報、学術を担当資格など

日本内科学会認定内科医。

日本腎臓学会認定専門医、指導医。学術評議員（元）現功労会員

日本透析学会認定専門医。

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

略歴

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・認定医、

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）平成29年

板橋区医師会顧問（平成31年）

大豊建設(株) 産業医

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、厚生省委嘱介護支援専門員指導者、東京都ケアマネジメント事例検討会委員、その他

メモ

[illegible]

[illegible]

特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム ホームページのお知らせ

特定非営利活動法人
国際生活習慣病フォーラム

特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム



MENU

トップページ ▶

法人情報 ▶

活動報告 ▶

交通案内 ▶

リンク集 ▶

理事長ごあいさつ

地域の皆様のすこやかな毎日を応援するため、慢性の病気や生活習慣病などの予防にも力を注いでいきたいと思っていますので、安心して気軽にご相談いただければ幸いです。



お知らせ

- 第8回NPO法人国際生活習慣病フォーラム講演会は
令和1年10月6日(日)午後1時から行います
場所:東京都新宿区四谷1-7持田製薬本社内「ルークホール」
です。
詳細は下記ご案内をご確認ください。

お知らせ

令和元年9月14日

特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム 主催

第9回 学術講演会は 令和2年3月8日（日）を予定しています。

会場は変更となります。まだ未定です。

当フォーラムのホームページができております。過去の講演会の内容を読むことができます。

詳細は当会ホームページで確認してください。

<http://www.kokusai-seikatu.jp> または

ヤフーで 特定非営利活動法人 国際生活習慣病フォーラム で検索してみてください。

林クリニックのホームページ (<http://hayashi-medical.com/>) で、NPO法人 国際生活習慣病フォーラムをクリックすると今までの講演会の抄録が読めます。また、当フォーラムのホームページとリンクできます。

人事

参与：吉田泰行、友安浩、永田篤史、佐藤隆夫、高岩伸好

理事長 林 滋

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)