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９回生活習慣病学術講演会

「元気、健康を取り戻す！」

日時:令和２年３日（日）午後１２時５５分―５時４０分、
開場:12 時１５分
場所：大日本住友製薬東京支店３Ｆ
東京都中央区京橋１－１３－１

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９回　生活習慣病フォーラム学術講演会

「元気、健康を取り戻す！」

日時:令和２年３月８日（日）午後１２時５５分―５時４０分、開場:12 時 15 分
場所：大日本住友製薬東京支店３Ｆ，カンファレンスルーム
場所：東京都中央区京橋１－１３－１

１２：５５－１：００
理事長　　挨拶　　林　　滋
１：００－２：００　　（座長　理事　長谷川慶華）
１．基調講演　Ｉ　「IgG、IgE 食物抗体検査と食物関連疾患」
篠原クリニック　院長　　篠原隆雄
関連講演「現代食考; 食の確保、安全・安心―篠原医師講演に寄せて」
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
２：００－３：００　　（座長　　理事長　林　滋　）
２．特別講演　Ｉ　「肺がん治療の最近の進歩　その光と影」
―来たる超高齢化社会を見据えてー
帝京大学医学部長、　外科学講座主任教授　　川村雅文
休憩　３：００－３：１０
３：１０－４：１０　　（座長　参与　佐藤隆夫）
３．特別講演　ＩＩ「心臓弁膜症に対する低侵襲カテーテル治療　最新の知見と今後の展望」
慶応義塾大学医学部循環器内科特任准教授　　林田健太郎
４：１０－４：５０　　（座長　参与　吉田泰行）
４．基調講演　ＩＩ「検診でみる非結核性抗酸菌症、忍び寄る手強い細菌、決して侮るなかれ」
ながたクリニック　　参与　永田篤文
４：５０－５：４０
（座長　参与　友安浩　）
５．基調講演　ＩＩＩ　「認知症は予防できる」
―英国の認知症研究から考える―
理事長　　林　　滋

参加は無料です。自由にお越しください。参加された方には修了証書を発行いたします。
連絡先：ＮＰＯ法人国際生活習慣病フォーラム事務局、０３－３９５６－２０９０
今回は講演会場が四谷ではありませんのでご注意ください。
講演会場：住友商事八重洲ビル３Ｆ（大日本住友製薬東京支店，カンファレンスルーム、東京都中央区京橋１－１３－１）へは地下鉄銀座線、京橋駅徒歩３－４分、地下鉄．有楽町線、銀座一丁目駅徒歩７－８分、地下鉄都営浅草線、宝町駅徒歩１分です。昭和通りに面しています。駐車場はありません。

ご挨拶

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５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を行い、健康志向、高齢化による疾病構造の変化を鑑みて当法人の活動を強化することになりました。第１回学術講演会を平成２８年２月１３日（土）に持田製薬株式会社本社「ルークホール」で開催し１００名近くの方が参加されました。その後毎年春、秋の２回ずつ開催し今回で９回目となりました。

毎回テーマを決めて講演会を行っていますが、今回は「元気、健康を取り戻す！」です。わが国では急速な高齢化とともに高齢者が多くなっています。少子化とともに国の活力を低下させる要因となっており、年金、医療、介護の持続的な発展が危ぶまれています。

しかし、高齢者が元気を保つことは我が国の元気を取り戻す源であると確信しております。生活習慣病は単に高血圧、糖尿病、脂質異常症だけでなく、高齢化、動脈硬化に深く関わっていることが明らかとなっています。わが国の死亡原因の多くを占める脳卒中、心疾患、がん、感染症、果ては認知症にも関与が指摘されています。

食の大切さは近年マスコミ等で大いに喧伝されていますが、長年アレルギーと食の関連を研究し実践されてきた篠原隆雄先生、関連講演として、食の安全・安心について長谷川慶華先生、肺がんの外科治療に長年取り組み、我が国の第１人者である川村雅文先生、高齢化とともに心臓弁膜疾患が増加し、内科的カテーテル治療で多くの患者さんを治してきた林田健太郎先生、高齢化とともに急増している、非結核性抗酸菌症を永田篤文先生から講演があり、最後に私のほうから、長年認知症患者さんを地域医療の観点から取り組んできたものとして、我が国認知症の問題点や取り組みなどを報告します。

最後になりますが、今回は大日本住友製薬株式会社様のご厚意により会場を無料で使用させていただきました。心より感謝申し上げます。また、当法人は非営利であり、参加者や会員の活動に支えられております。参加していただきました方々に対して厚く御礼申し上げるとともに、今後ともご協力をお願いする次第であります。

令和２年３月８日

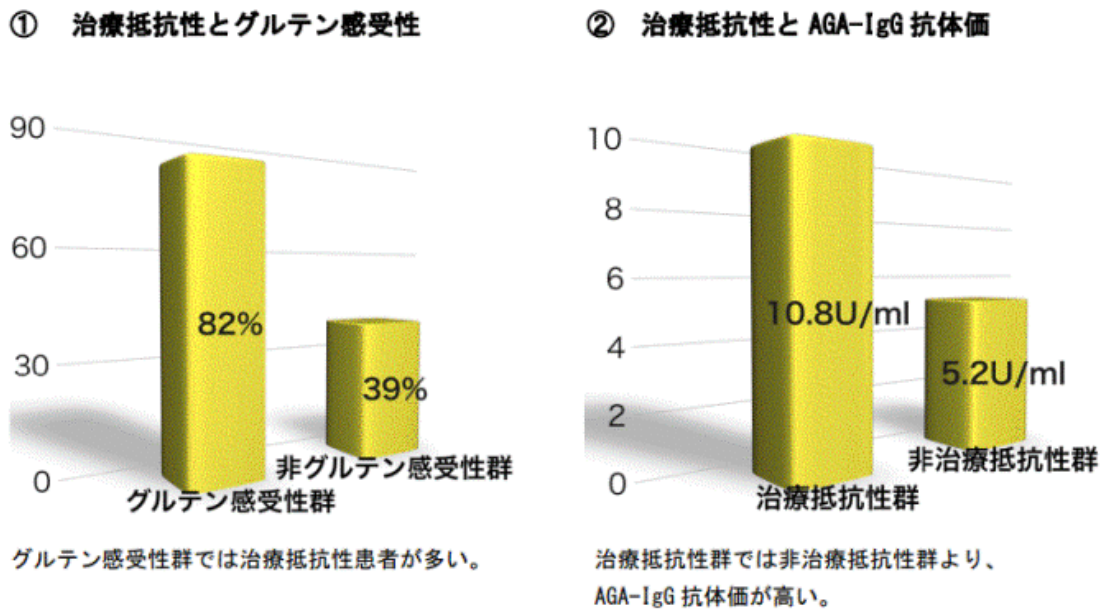
基調講演Ⅰ　　IgG、IgE 食物抗体検査と食物関連疾患

篠原クリニック　篠原隆雄

血清中の免疫グロブリンには GAMDE の種類があるが食物アレルギーとして
本邦で検査が可能なものは IgE による食物抗体のみである。
免疫グロブリンの量は IgE はわずか 0.02%程度と少量ですが、即時型のアレルギーに関与し激しい反応を起こすため、本邦では重要視されてきました。一方、免疫グロブリンの 75%を占める IgG については最近 IgG4 関連疾患が注目されるまでは注目されていませんでした。IgE 食物検査はアレルギー症状を起こす食材でも検査の陽性率は高くない事が知られています。その為、あえて IgE の食物アレルギー検査をしない医師も少なくありません。
私のクリニックでは 10 数年にわたり、海外のラボで IgG、IgA などの食物抗体を測定しそれにより抗体高値を認めた食材を一時的または永続的に控えることで原因不明と言われていた症状が改善する多くの症例を経験しました。学生時代勉強した、免疫学の知識の復習も兼ねて食物抗体検査と食物関連疾患について症例も合わせて報告します。
免疫学ではアレルギーはⅠ～Ⅳ型に分類されています。Ⅰ型とⅣ型には喘息、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患が並びますが、Ⅱ、Ⅲ型アレルギーはバセドウ病、重症筋無力症、リウマチなどの自己免疫性疾患が並びます。IgG を介する
食物アレルギーはⅢ型アレルギーと考えられていて、補体などと免疫複合体を作り慢性炎症を起こします。リウマチの病態を考えるとわかりやすいと思います。
まず、IgE を介してアナフィラキシーショックなどの急性の症状を起こす 3 大食材は卵、牛乳、小麦です。症状としては皮膚、粘膜、呼吸器、消化器、神経、循環器、全身性のショックなどです。
特殊なタイプとしては花粉アレルギー症候群（(PollenFoodAllergySyndrome:PFAS)として有名な口腔アレルギー症候群（OralAllergySyndrome:OAS）や医療業界ではよく見られる
ラテックス-フルーツ症候群（Latex-Fruit Syndrome）などがあります。これらは果物や野菜に含まれる抗原と花粉抗原やラテックス抗原との交差反応性に起因すると考えられています。
また、食物依存性運動誘発アナフィラキシーという病態比較的まれな疾患ですが、IgE 依存性で小麦、甲殻類、抗炎症薬の摂取後 2 時間以内に負荷量の多い球技やランニングをした際に起こるアナフィラキシーショックです。
これに対して IgG を介するⅢ型アレルギーの食物アレルギー（食物過敏症）はリウマチのような病態で全身に慢性炎症を引き起こしますが症状としては皮膚、粘膜、呼吸器、消化器、神経症状が主でアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、頭痛、イライラ、うつ、不安障害、片頭痛、原因不明の関節痛などです。
また、最近のトピックスとしてはグルテン感受性の有る統合失調症の患者さんは治療抵抗性があり、グルテンフリーの食事にしたところ症状の改善効果有ったとの論文が今年秋に兵庫医大精神科から発表され注目されています。(図 1)

当院では多くの患者さんが IgG の食物抗体検査を受けに来られますが以前連続 140 例の症例をまとめました。
結果は IgG 抗体検査で何らかの食事療法を行う必要の有るⅢ以上の方が卵黄、卵白で約 7 割、牛乳、カゼインで約 5 割、ヨーグルトで約 5 割、小麦で 2 割の方で認められた。
症例においては過敏性腸症候群、蕁麻疹、頭痛、イライラ、不安障害などが多かった。
治療はまずは食事療法として、反応が強い場合は除去食とし中程度の反応の場合は 4 日に 1 回のローテーション食とするのみで、半分程度の症例で症状が軽減または消失します。
また、食事療法で効果のない場合は腸に問題の有る方が多く、便秘を改善し、ビオチン療法を併用すると改善する症例も多いです。また、それでも効果が少ない場合、酵素療法を行いプレプロバイオテックを追加すると効果認める場合があります。
医療は病気になった後の敗戦処理になってしまっていて、殆どの病気は食と環境により引き起こされているため、医師はそれらについて勉強をしていくことが必要と考えられます。

（図 1）



兵庫医科大学精神科神経科学講座 大学院生 本山 美久仁、講師 山田 恒らの研究グループは、
統合失調症患者さんの一部にグルテン感受性が治療の妨げに
関連している可能性のある一群が存在することを明らかにしました。

Comprehensive Psychiatry 23th, July, 2019 出典 兵庫医科大学 HP より

関連講演　現代食考；食の確保、安全・安心―篠原医師講演に寄せて

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

あらゆる生命はエネルギーなしには生を維持できない。
主要なエネルギーは糖質（炭水化物）であり就中グルコース（ブドウ糖）が基本である。
グルコースは植物が太陽光と二酸化炭素、土壌の養分、水から作り出されるものであり、
すべての生き物のため植物をスタートとする食物連鎖の上に人類の栄養も巡り巡っても確保されている。

その他に脂質、蛋白質なども重要で三大栄養素と呼ぶ。これらは人工的に工業生産することは不可能であり、自然の恵みやエネルギーを利用して人が栽培したり、多種の動物を飼育することによってのみ得られる。さらにミネラル、ビタミン、微量金属も必要である。
こうして人は日々笑い、泣き、歌い、愛し合い、学問を究め、産業活動したり、イザコザや戦（いくさ）をしているのである。

ところで食餌量は動物の出生数に見合う程には充分な供給がないのが現実である。ライオンなどの肉食獣が草食動物をいとも簡単に襲い獲物を口にする場面をよく目にするが、実はそんなに簡単に獲物が狩れるというわけではない。取り逃がすことも多く、餌にありつけず餓死する猛獣も多い。その上 1 部の植物や小動物もそう易々被食されないように、毒物や中毒物を産生し捕食生物に対抗するものがあり、益々捕食動物にとって生命エネルギーを得ることは本当に命がけである。人間社会でも食料事情は常に安定しているわけではない。大昔狩猟採集の時代、食料の確保には相当困難を伴い、命も落とすことも多かったであろう。農耕生活が始まってからも収穫は不安定で気候、土壌、水、作物の病気、戦（いくさ）の影響で飢餓が当たり前であった。つい 150 年前でも大飢饉で日本全国何万もの民が亡くなったとの古文書の記述が多数ある。　さらに食材中の生物毒や化学毒によって人類も過去多くの命が失われている。そうした多くの「中毒死」の上に古来先祖は経験的に食べてよいもの、悪いものを選別する能力を学んだ。

ところで現在世界の人口は　18 世紀末から 19 世紀にかけて急増し始め 20 世紀を過ぎて爆発的に増加し 2020 年現在 70 億人を超えている。　どのように食料の確保が行われているか考えてみよう。森林を伐採して耕地面積を増やし、栽培方法が進歩し、次から次と肥料や農薬が改良されて収穫量は格段に増加し、加工食品、高密度栄養食材も精製され、さらに遺伝子組み換え作物も拡大している。また冷凍技術などで遠隔地への大量輸送や長期保存も可能となっている。そのため飢餓人口が世界で 7 億人いるといっても多くは戦乱や流通の未発達、食材を手に入れる資金がないなどの理由が起因している。従って近年では多くの貧困層でも低価格で食糧を得られ、ファーストフードなど偏食に伴う肥満が顕著になっていることは前回の講演会で演者は述べた。

さらに食材や調味料、添加物などに目を向けると実は我々は現代社会においてさえ、いや現代社会だからこそ？常に食事アレルギー、様々な毒性物質、腐敗や汚染に伴う臓器や組織への細菌やウイルス中毒、プリオン（狂牛病などの伝染性海綿状脳症）、有害金属汚染、PCB、ダイオキシン、残

留農薬など有機汚染物質、殺虫剤、内分泌かく乱物質、放射線汚染、有害食品添加物、その他の様々な発がん物質、遺伝子組み換え作物などによる「健康被害」を被ることがある。こうした問題のいくつかを列挙し今後この問題も少しづつ取り上げてみたい。今回は手始めに食物アレルギーについて自らも農業を実践し、「食」について造詣の深い篠原医師に講演をお願いした次第である。

我々は常日頃食材や調理されたものを安全や安心は保証されているものと考え口にしているが、本当にそうなのか本講演を通して「食の様々な問題」をあらためて見直すきっかけとなればと考える。

特別講演　Ⅰ　肺がん治療の最近の進歩　その光と影
―来たる超高齢化社会を見据えてー

帝京大学医学部長、外科学講座主任教授　川村雅文

団塊の世代が後期高齢者の 75 歳に達する 2025 年問題は目前となったが、高齢者の数はその後も増え続け 2040 年にピークに達すると予想される。一方労働人口の減少は 2000 年頃から始まっており、2040 年には 1 人の高齢者を 1.4 人の勤労者が支えることになると予想されている。
一方、肺がんで亡くなる人の増加が著しい。我国の喫煙率の減少が思うように進まないことも一因であるが、増加の最大の原因は高齢化である。肺がんは加齢と共にその罹患率が指数関数的に上昇する。65 歳以上の人口が 700－800 万人しかいなかった 1960 年代には肺がんはあまり話題に上るような疾患ではなかったが、3000 万を優に超えた現代では年間 12 万人以上が肺がんに罹患しており、2040 年までは罹患者数が増え続けることが予想される。
肺がんはこれまで世間一般には不治の病のイメージが強かった。かつて肺がん全体の 5 年生存率（5 生率）が 10％台であったからと思われる。当時は確かにステージ 4 で発見された肺がんの 5 生率はほぼ 0％であったし、肺がんが発見された時点で既にステージ 3 か 4 で手術ができない人の割合が 70％を超えていた。しかし現在ステージ 1 の手術成績は 5 生率で 80％に達し、手術内容も肋骨を切断して胸を大きく開く術式に替わって、内視鏡を用いて体に 4 カ所程度孔をあけるだけ患部を切除できる術式が主流となっている。昨年からはこれをロボット支援下に行う手術方法も保険収載され、手術はより低侵襲かつより精度の高いものに変わってきている。ステージ 1 や 2 のうちに発見するために、喫煙者など肺がんのリスクの高い人を中心に CT による肺がん検診も普及してきており、切除すれば 100％治癒する早期肺がんの発見も増えている。また高齢化により心臓病や低肺機能など手術に耐えられない合併症有する人も増えているが、ステージ 1 や 2 の肺がんに対しては重粒子線治療や定位放射線治療など従来の放射線治療に比べ治癒率が高く、周辺臓器への影響も少ない治療法も普及しつつある。
一方ステージ 3，4 の進行肺がんに対しては 2000 年代前半に分子標的治療薬が登場すると、その効果は一定の遺伝子変異を有する肺がんに限定されるものではあるが、極めて高い奏効率を示し生存期間の延長が得られるようになった。現在肺がんでは 4 つの遺伝子のいずれかに変異がみられる場合、対応する分子標的治療薬が使用可能で、肺がん全体の 50～60％がカバーされる。分子標的治療薬が登場する以前の肺がんステージ 4 の中間生存期間（全体の半分の人が亡くなる時期）は 10 ヶ月程度であったものが、化学療法と分子標的治療薬の組み合わせることにより 3 年以上に伸びてきている。更に本庶佑京都大学特別教授のノーベル賞受賞で話題となった免疫チェックポイント阻害薬が 2015 年には保険収載された。この薬剤はがん細胞の表面に PD-L1 という免疫細胞からの攻撃をすり抜けるための抗原をより多く発現しているがん細胞ほどよく効くという特徴がある。しかもこの抗原の発現は分子標的治療薬の治療対象となる遺伝子変異を持たないがん細胞ほど発現している確率が高いことが知られており、分子標的治療薬でカバーされない 40－50％の患者にとっては福音となっている。更にこの免疫チェックポイント阻害薬を使用したうち 20％程度の患者が完全治癒すると考えられている。すなわち薬によって肺がんが治る症例がみられるようになったわけである。こ

のように近年肺がん治療は革新的な薬剤や治療機器の登場により、かつて予想もできなかったような治療成績が得られるようになった。
一方革新的な治療薬や治療機器はその治療成績と同様に従来の治療とは比較にならない高額の費用を必要とする。新聞紙上をにぎわしたオプジーボ（世界に先駆けて我国で開発された免疫チェックポイント阻害薬）の 1 年間に要する治療費は発売当初 3500 万円であった（その後の度重なる薬価切り下げで現在 1000 万円以下にはなっている）。分子標的治療薬も毎日服薬することが必要なため、年間の治療費は 1000 万円近くになるものが少なくない。放射線治療も従来の治療装置であれば 60－80 万円程度であったものが、重粒子線治療では 300 万円程度は必要である。ロボット手術支援装置は 1 台 2－3 億である。もっともロボット手術料は従来の手術料と同じに据え置かれているため、患者さんたちの負担は増えていないが、その分、病院側は青息吐息である。
冒頭に述べたように、我国の高齢化は高齢者人口の上昇だけではなく労働人口の減少も同時に進行しているため、社会保障費の増大はそれを支える層の負担増に直結する。肺がんのように治療成績の悪かった疾患が治る時代になってきたこと自体は大変喜ばしいことであるが、単純に喜んでばかりもいられない時代になってきたわけである。
ただ一つ、お金を掛けずに肺がんで亡くなる方を減らせる方法がある。肺がんの予防、すなわち禁煙あるいは若者にたばこに手を出せないことである。禁煙運動の推進は医療費削減が叫ばれている今の日本にとってもっとも効率のよい問題解決策である。

特別講演　ＩＩ　心臓弁膜症に対する低侵襲カテーテル治療　最新の知見と今後の展望

慶応義塾大学医学部循環器内科　特任准教授　　林田健太郎

弁膜症に対するカテーテル治療は古くは僧帽弁狭窄症に対する井上バルーンによる拡張（PTMC）から始まった。近年では 2013 年に本邦でも保険償還となった大動脈弁狭窄症（AS）に対する経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）が最も大きなイノベーションの一つとして挙げられる。TAVI は当初開胸手術が高リスクな患者群が対象の治療として誕生したが、その後デバイスの発展や合併症の克服などから適応が低リスク化しており 2017 年には中等度リスク患者に対する TAVI が欧米ではすでに承認されている。その根拠となった無作為比較試験（RCT）である PARTNER
2 や SURTAVI では TAVI は開胸手術に比べ、同等もしくは良好な生存率を示した。近年では低リスク患者に対する TAVI と開胸手術の RCT である PARTNER
3 試験が施行され、2019 年のアメリカ心臓病学会（ACC）で結果が発表され、TAVI の SAVR に対する優位性、もしくは非劣性が証明されたため、欧米において全てのリスクにおいて TAVI が承認されていた。今後 TAVI が AS 治療の第一選択となる可能性も十分あると考えられているが、一方で耐久性データなどまだまだ克服すべき点が残っていることも事実である。また 2018 年より本邦でも僧帽弁閉鎖不全症（MR）に対するカテーテル治療である MitraClip が保険償還となっている。この治療は開胸手術が困難である症候性の MR 患者に対する新しい治療として期待されている。実際 2018 年秋に発表された COAPT 試験では、機能性 MR に対する MitraClip 治療が薬物治療のみに比べ心不全再入院のみならず死亡も有意に減少させたというデータも出ており、今後さらに適応が拡大されることが期待される。さらに 2019 年からは非弁膜症生心房細動に対する左心耳閉鎖デバイスである Watchman が保険召喚されている。
本講演では、このように近年発展が目覚ましい弁膜症を含む心構造疾患（SHD）に対するカテーテル治療について、本邦や世界の現状と、今後の展望について紹介させていただきたい。

基調講演　ＩＩ　検診でみる非結核性抗酸菌症、忍び寄る手強い細菌、決して侮るなかれ

ながたクリニック　　永田篤文

健康診断で胸部レントゲン写真を診ておりますと、最近よく見かけるようになった所見に肺の非結核性抗酸菌症という疾患があります。この病気自体、初期は自覚症状がないことが多く、たまたま健康診断などで胸部レントゲン写真を撮った際、偶然指摘されることが多いです。前回、この会場で非結核性抗酸菌症という疾患について、お話しを聴きたいという要望があり、本日、健康診断時によく見かけるようになったため、お話しすることと致しました。非結核性抗酸菌という細菌は結核菌とらい菌を除いた抗酸菌のことです。抗酸菌とはいったん染色されると酸性アルコールなどで脱色されない性質をもつ菌の総称です。現在 200 種類近くまで同定されております。その中で人に感染して発病するのは 30 種類程度とされております。日本では 1970 年代初頭から肺を中心とした非結核性抗酸菌症が増加しており、1990 年以降、それが顕著となってきております。現在、他国に比べ日本は高蔓延状態にあると報告されております。日本で問題となっている非結核性抗酸菌は主に

Mycobacterium avium(以下アビウム菌)
Mycobacterium intracellulare(以下イントラセルラーレ菌)
Mycobacterium kansasii
Mycobacterium abscessus

の 4 種類です。その中でもアビウム菌とイントラセルラーレ菌を MAC(Mycobacterium avium complex)と呼び、日本の非結核性抗酸菌症の 90％程度を占めるとされております。アビウム菌は風呂場から多く検出されるため、家庭環境から感染するとされております。イントラセルラーレ菌は家庭環境からは検出されることは少なく、土壌など自然環境から感染するとされております。細菌の遺伝子検査では自宅土壌からの感染が多いとされております。また感染者は東日本ではアビウム菌が多く、四国以西はイントラセルラーレ菌が多いと報告されております。非結核性抗酸菌症は皮膚軟部組織、骨、頚部リンパ節など全身の様々な臓器に感染症を引き起こしますが、最も頻度が高い所は肺です。健康な肺や健康な免疫を持っている人には、一般には発病しないとされております。また結核と違って、人から人への感染はないとされております(ただし海外では嚢胞線維症という病気の人は人から人へ感染したという報告があります)。非結核性抗酸菌症を起こす人の特徴はだいたい三つのタイプがあるそうです。

１）免疫の働きが悪い人
２）タバコや以前かかった結核などによって肺に問題を抱えている人
３）中高年のやせた女性(ただし原因は定かではない)

です。しかしこの病気はいったん感染すると多くの人が慢性難治性肺感染症に至ります。日本に多い肺 MAC 症の特徴は下記です。

１）初期は無症状であることが多く(つまり検診で発見されることが多々ある)、進行して慢性の咳、痰、血痰、喀血、体重減少、呼吸困難などの症状が徐々に現れ、高熱が出ることは稀です。
２）徐々に進行することが多く、直ちに治療を開始しなくても、すぐに生命にかかわることは稀です。胃のピロリ菌感染胃炎と似たような面がありますが、ピロリ菌と違ってがんとの関連はないとされております。
３）薬物治療は一定の効果はあるとされておりますが、治癒に至るような殺菌力を持つ薬剤は今のところありません。また一部では治療をしても悪化が止められないこともあります。その意味ではがんのような一面も持っているといえます。
４）薬物治療は非常に長期にわたって継続する必要があり、一部では何年も治療を継続しなければならない。
５）いったん薬物治療を終了しても、再発や再燃が高頻度に見られ、再治療を要することが少なくない。

非結核性抗酸菌は池、沼、湿地帯の水や土壌、トリ、ブタ、ウシなどの動物に生息しております。また人の生活環境では、

１）　病院や家庭の飲料水
２）　飲料用の水道管
３）　製氷機
４）　浴室
５）　シャワーヘッド
６）　農地や庭などの土壌
７）　鉢植えの土
８）　ハウスダスト(家の埃)
９）　温水プール
１０）　加湿器

などから検出された報告があります。また抗生物質や消毒薬(塩素消毒を含む)にも抵抗性を示し、紫外線、高温、低酸素、酸性条件下(胃酸に抵抗性あり)でも生存できるようです。そのような細菌のため、なかなか予防に対するコンセンサスは得られておりません。一応家庭内での非結核性抗酸菌の曝露を減らす方法として

１）　2 週間ごとに給水タンク内の温水を排水し、再度貯水する
２）　給湯水の温度を 55 度以上に上げる
３）　シャワーヘッドを外して清掃する
４）　シャワーヘッドの噴出口は霧状のものではなく、口径１ｍｍ以上の流水とする
５）　浴室内では換気、開窓してエアロゾルの曝露を減らす
６）　シャワーや水道取水口に細菌除去フィルターを取り付ける
７）　2 週間ごとに活性炭フィルターを取り換える
８）　加湿器は使用しない
９）　エアコンの加湿モードを使用しない

１０）　10 分間加湿で抗酸菌を殺菌する
１１）　鉢植え土壌からの埃を避ける
などが提案されております。
　以上をまとめますと、非結核性抗酸菌症は、患者数が現在増加し、環境から人に感染します。しかし潜伏期間とか、感染の証拠や病巣成立の経過は明瞭ではなく、治療法や予防法も確立しておりません。本日は若干の私見も入れてお話ししたいと思います。

参考文献）　結核・非結核性抗酸菌症　呼吸器ジャーナル　2018 年 4 月号

基調講演　ＩＩＩ　　認知症は予防できる
――英国の認知症研究から考える――

理事長　　林　　滋

目次

はじめに
１．我国では認知症は増えているのに英国では 30%も減っている
２．フランスリール大学の研究
３．英国の認知症対策(国家戦略)
４．英国の認知症減少の取り組み
５．我国の認知症対策
　１）認知症の予測
　２）認知症対策の変遷
６．認知症発症と生活習慣病
　１）認知症が増える理由は
　２）認知症の予防可能な要因の割合
　３）年代別にみた認知症の危険因子と保護因子
　４）認知症発症のリスク
　５）認知症と高血圧
　６）認知症と糖尿病
　７）認知症と脂質異常症
　８）認知症と喫煙
７．認知症予防の運動療法
　１）認知症に対する運動療法の有効性
　２）運動療法の実際
８．認知症予防と栄養
　１）認知症になりやすい食事
　２）認知症予防のための食事(健康長寿ネットより)
　３）認知症疾患診療ガイドライン 2017 より
　４）肥満と認知症
　５）FINGER 研究の紹介
９．まとめ

はじめに

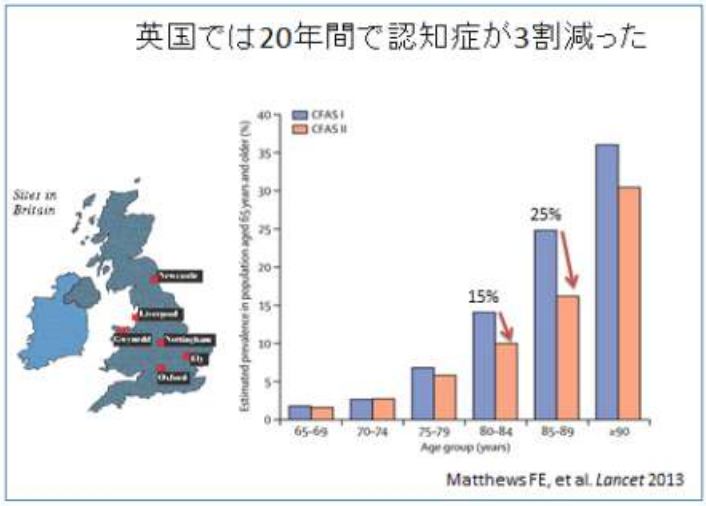
内閣府によると、現在（平成 24 年：2012 年）の日本の 65 歳以上の高齢者は 3,079 万人で、認知症は 7 人に１人で約 15%で 462 万人、軽度認知障害（ＭＣＩといい、正常者と認知症者の中間にあたる）は１３％で 400 万人と推定されている。それが令和 2 年(2020 年)には、602 万人となり、140 万人もの認知症の増加が見込まれている。しかも、団塊の世代が一斉に後期高齢者(75 歳)になる 2025 年には少なく見積もっても 675 万人と推定されている。この推計値に国は驚愕し、後述するように、オレンジプラン、新オレンジプランを策定し、全国的に準備を進めてきた。

著者も、地域医療の現場で診てきていて、確かに、認知症高齢者は増えていると実感してきた。ところが、最近認知症の検索を行っていたところ、「認知症は予防できる」、「英国では認知症が減っている」という報告を知って、大変驚きかつ、国の施策の前提が崩れるのではないかと思わずにはいられなくなった。また、アルツハイマー型認知症の原因としてアミロイドβ説が主流となっているが、これを基にして治療薬やワクチンが全世界的に開発されたが、2019 年時点でほぼ全滅しているのが現状である。

このような状況で、「認知症は予防できる」という立場で報告をする。

１．我国では認知症は増えているのに英国では 30%も減っている

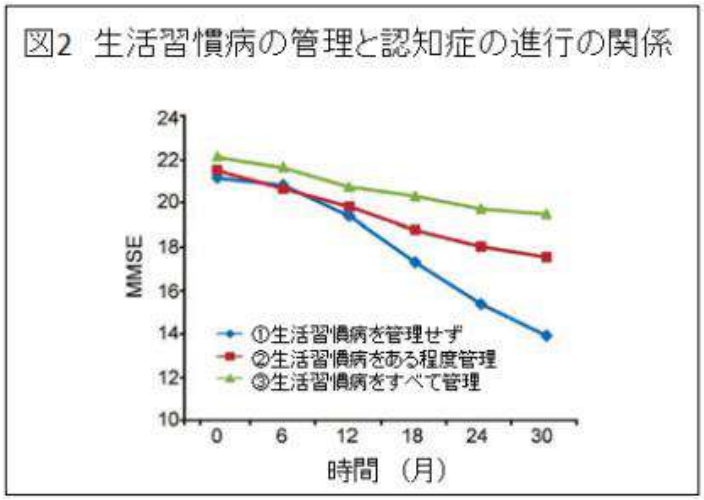
2013 年、イギリスの医学専門誌（Lancet：382 ,1405-1412, 2013）に、イギリスでは認知症が減少したという報告がなされた。これは日本の認知症研究者の認識とは非常に異なっていて驚きであったという（国立循環病研究センター、猪原匡史）。 「CFAS＊ 研究」という住民を対象にした臨床研究が 20 年以上前からイギリスでは行われていて、この研究の成果として、75 歳以上のすべての年代において認知症が 2～3 割減少したと報告されて、世界中の認知症研究者の驚きとなったのである。日本では次項で述べるように、２０年前に比べて認知症は格段に増加しかつ今後も著増するという予想が専門家や行政の共通の認識であるからである。75 歳以上の全ての年代においてイギリスでは減少しており、日本では増加しているので、単に高齢化が原因ではない。この違いを解明することが認知症の減少に繋がると考えられる。２０年前は認知症の日本と割合は同じで、その後２０年間生活習慣病克服に国を挙げて取り組んだのである。
次にフランスの研究を紹介する。



＊CFAS ：Cognitive Function and Ageing Study ：英国ケンブリッジ大学の認知機能と加齢に関する研究チーム

２．フランスリール大学の研究

フランスのデシェンテ(Neurology,2009)によるとアルツハイマー病を１００例ずつ 3 群に分けて生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症や喫煙者）を①管理せず、②ある程度管理、③すべて管理した場合、③では MMSE という認知症評価法で３０か月後に２０点(30 点満点)ぐらいを保持し、自立可能のレベルであった。しかし、①では１４点まで低下し、中等度の認知症になっていた。このことは、アルツハイマー病でも生活習慣病を厳格に管理すれば認知症の進行が抑えられるということを意味している。



３．英国の認知症対策(国家戦略)

それでは英国ではどのような取り組みを行ってきたのであろうか。英国政府は 2009 年 2 月『認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略』(Living well with dementia: A National Dementia Strategy) を発表した。2014 年までの 5 年間を認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針を打ち出した。

①早期診断と早期支援
②総合病院における認知症対応の改善
③介護施設における認知症対応の改善
④ケアラー＊支援の強化
⑤抗精神病薬使用の低減

その結果、プライマリケアにおける認知症診断率の上昇、認知症の人に対する抗精神病薬処方率の低下などの具体的な成果がみられた。

2012 年 3 月には、市民啓発と地域づくり、さらなるケアの質的な向上、研究の強力な推進の 3 つの推進課題が掲げられ、政策推進体制の強化が図られてきた。

＊ケアラー：無償の介護者を意味する。 英国では、家族だけにとどまらず、友人や法的な婚姻関係を結んでいないパートナーなども含まれる。

４．英国の認知症減少の取り組み

英国では、2005 年から「心臓病の治療が認知症予防」というキャンペーンを行って、認知症予防に取り組んできた。英国では煙草は 1 箱 1000 円以上で高額なため、一人当たりの喫煙本数は日本の 3 分の 1 程度で、喫煙量は減少している。また、国を挙げて減塩に取り組み、塩分を 3 年間で 10%削減することに成功した。既に英国では 2005 年の時点で、 一日当たりの男性の塩分摂取量は 10ｇ未満、女性の塩分摂取量は 8ｇを下回っている。これらの効果が認知症減少に寄与していると考えられる。

５．我国の認知症対策

上記のような英国の対策に比べて我国ではどう対処してきたのであろうか。

１）認知症の予測

図1－2－11　65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率

資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成２６年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授）より内閣府作成

６５歳以上の認知症患者の推定者数と推定有病率（平成２６年、内閣府）によれば、平成２４年時点では有病率は１５％で４６２万人で、平成３２年（２０２０年）では１７．５％で６０２万人と１１０万人の増加が見込まれている。さらに、団塊の世代の高齢者が７５歳以上となる２０２５年には有病率は２０．０％で６７５万人、２０５０年には有病率は２７％で、７９７万人となると予想さ

れている。有病率が一定でなく上昇すると仮定するとさらに認知症患者が増えることになる。
　２）認知症対策の変遷
認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト（平成 20 年）
昭和６２年（１９８７）に 厚生省の痴呆性老人対策本部が在宅の認知症高齢者の全国推計を行った。
平成３年（１９９１）に厚生科学研究（長寿科学総合研究事業 「痴呆性疾患患者のケア及びケア ）システムに関する研究」が全国の認知症高齢者数の推計を行っている。それ以降は我が国全体の認知症の有病率は把握されていない。
平成１４（２００２）年９月末の日常生活自立度Ⅱ以上の 高齢者は１４９万人と推計した。
平成１７（２００５）年には当該高齢者が １６９万人、平成２７（２０１５）年には２５０万人になると推計された。
（本推計は、医学的に認知症と診断されたものではなく、認定調査員による「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータを基に推計したものであり、 また、要介護認定申請をしていない人は含まれていないことなどから、当該推計数が我が国における認知症の患者数を正確に反映しているとはいえない。）と注記されている。
今後の認知症施策の方向性について 平 成 ２ ４ 年 （２０１２）厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム
具体的な対応方策
１．標準的な認知症ケアパスの作成・普及
２．早期診断・早期対応
３．地域での生活を支える医療サービスの構築
４．地域での生活を支える介護サービスの構築
５．地域での日常生活・家族の支援の強化
６．若年性認知症施策の強化
７．医療・介護サービスを担う人材の育成
「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」 （平成 25 年度（２０１３）から 29 年度（２０１７）までの計画）
１．標準的な認知症ケアパスの作成・普及
２．早期診断・早期対応
３．地域での生活を支える医療サービスの構築
４．地域での生活を支える介護サービスの構築
５．地域での日常生活・家族の支援の強化
６．若年性認知症施策の強化
７．医療・介護サービスを担う人材の育成
そしてついには新オレンジプランも出てきた。
認知症施策推進総合戦略
（新オレンジプラン）
　厚生労働省では、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（平成 37）年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）を関係府省庁と共同で策定（平成 27 年 1 月 27 日）し、その後、数値目標の更新や施策を効果的に実行するための改訂をした（平成 29 年 7 月 5 日）。
Ⅰ 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
Ⅲ 若年性認知症施策の強化
Ⅳ 認知症の人の介護者への支援
Ⅴ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
Ⅵ 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

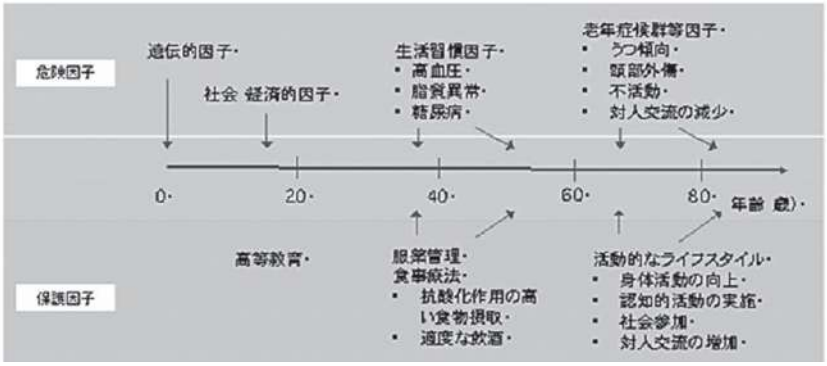
Ⅶ 認知症の人やその家族の視点の重視
現在では新オレンジプランに乗って各種の認知症対策が実施されている。このように我国は真剣に認知症対策に取り組んできたことは明らかであるが、認知症患者減少という成果に関しては全くできていないことは明らかである。認知症対策の方向性が正しくなかったと思われる。この政策のミス（英国では実績ができているのに、日本ではできていない）については真剣に検討することが必要と思われる。ただ一つ心配なことは、日本では正確な認知症患者数等の全国レベルでの調査ができていないので、政策の効果の正しい判断もできないのも知れない。

６．認知症発症と生活習慣病

１）認知症が増える理由は
認知症が増える理由の第一は運動不足である。運動をしない人は、運動をする人より相当に認知症の危険にさらされている。第二に高血圧や糖尿病で、これらの生活習慣病を無治療のまま放置すると、認知症の危険を倍加させる。
第三に喫煙、アルコールの長期多飲やストレスである。たばこは人間のＤＮＡを損傷し、がんや認知症を引き起こす。長時間労働、非正規雇用、ブラック企業の存在などによる過大なストレスも、さまざまな形で認知症を引き起こす誘因となっている。

２）認知症の予防可能な要因の割合
認知症予防・介入・治療のためのランセット委員会の資料から認知症の予防可能な要因のリスクの割合は以下のようになっている。
①中年期の聴力低下　9%、②中等教育の未修了　8%、③喫煙　5%、④うつ　4%、⑤運動不足　3%、⑥社会的孤立　2%、⑦高血圧　2%、⑧肥満　1%、⑨2 型糖尿病　1%。
これより予防が可能とされる上記要因のリスク度を合計すると 35%になる。残りの 65%は今のところ個人の努力では変えられないリスクと考えられている。聴力低下、教育レベル、喫煙が予想以上に大きく寄与しているようであり、生活習慣病である高血圧、肥満、糖尿病は意外と低い寄与となっている。

３）年代別にみた認知症の危険因子と保護因子



危険因子では、誕生時には遺伝的因子が関与し、３０代ごろより高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が関与し、さらに６０歳ごろより老年症候群的な因子、うつ、頭部外傷、不活動、対人交流の減少が加わってくる。一方、保護因子では、２０代ぐらいまでに教育の影響が加わり、３０代以降より、正しい服薬や食事の影響が加わり、６０代ぐらいになってくると活動的なライフスタイル（身体活動の向上、認知活動の実施、社会参加、対人交流の増加）が関与してくる。

４）認知症発症のリスク
認知症発症のリスクとして挙げられるのは高血圧、糖尿病、喫煙、睡眠、運動不足、食事である。
高齢期の生活習慣病の中で糖尿病とメタボリックシンドロームは認知症発症の危険因子となる。糖尿病は中年期のみならず、80 歳以上の高齢者糖尿病でも認知症発症の危険因子となる。高齢者のメタボリックシンドロームは認知機能低下や認知症発症と関連するという報告が多く、特に慢性炎症の存在下でその関連は強くなる。メタボリックシンドロームの構成要素の数が増えると認知機能低下を来たしやすい。しかしながら、75 歳以上の高齢者においてはメタボリックシンドロームと認

知機能低下との関連は明らかではない。

上記のように中年期の肥満は認知症発症の危険因子となるが、高齢期の肥満はリスクとはならず、やせや体重減少を来たした群で認知症になりやすい。

高血圧は血管性認知症発症と関連し、収縮期と拡張期の差である脈圧が大きい程アルツハイマー病発症が多くなってくる。

５）認知症と高血圧

・血管性認知症発症の相対危険は中年期及び老年期で血圧レベルの上昇とともに直線的に増加した。中年期のほうがより関連性が強かった。しかし，アルツハイマー病の発症では中年期および老年期の血圧レベルとの間に明らかな関連はみられなかった。

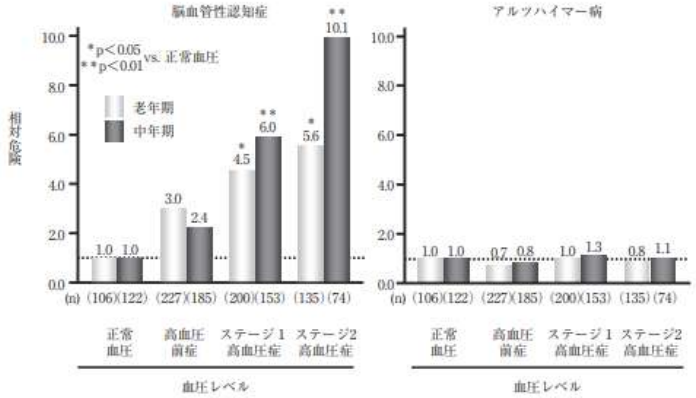
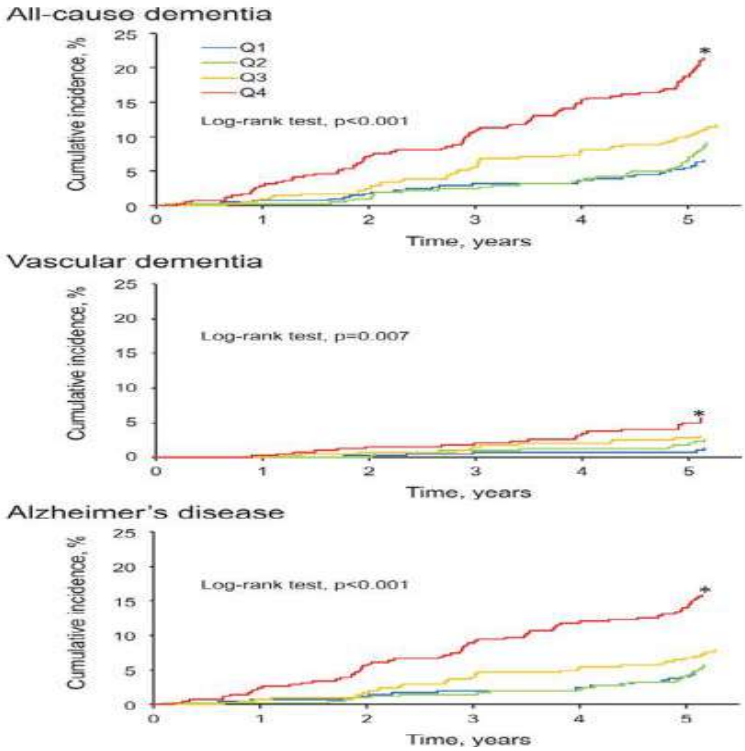


Fig. 1 老年期および中年期血圧レベル別にみた認知症発症の相対危険（多変量調整）.
老年期：1988 ～ 2005 年，久山町男女 668 人，65 ～ 79 歳，中年期：1973 ～ 2005 年，534 人
調整因子：性，年齢，学歴，降圧薬服用，糖尿病，血清総コレステロール，慢性腎臓病，脳卒中既往歴，BMI，喫煙，飲酒

・認知症と高血圧（血圧の変動幅）との関係

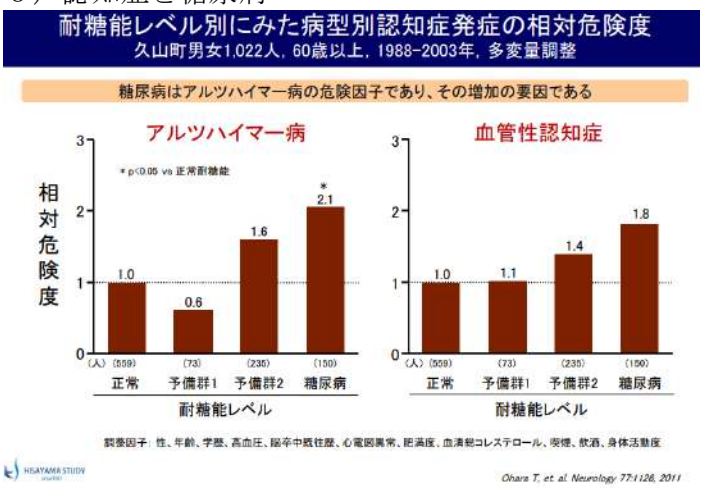
家庭血圧の日間変動と認知症発症リスクとの関連について，日本人一般住民を対象とした前向きコホート研究によると、5 年間の追跡の結果，家庭血圧でみた血圧日間変動が大きいほど，血圧値そのものやその他の危険因子とは独立して，全認知症，血管性認知症およびアルツハイマー病の発症リスクが有意に高くなることが示された。



図の説明：[SBP 収縮期血圧] Q1： 5.07%以下，Q2： 5.08%～6.21%，Q3： 6.22%～7.59%，Q4： 7.60%以上、[DBP 拡張期血圧] Q1： 4.83%以下，Q2： 4.84%～5.99%，Q3： 6.00%～7.60%，Q4： 7.61%以上、縦軸は累積の認知症発症割合、横軸は観察年数。

まとめとして、血管性認知症は高血圧と相関し、アルツハイマー病では脈圧（収縮期と拡張期血圧の差）と相関している。

６）認知症と糖尿病



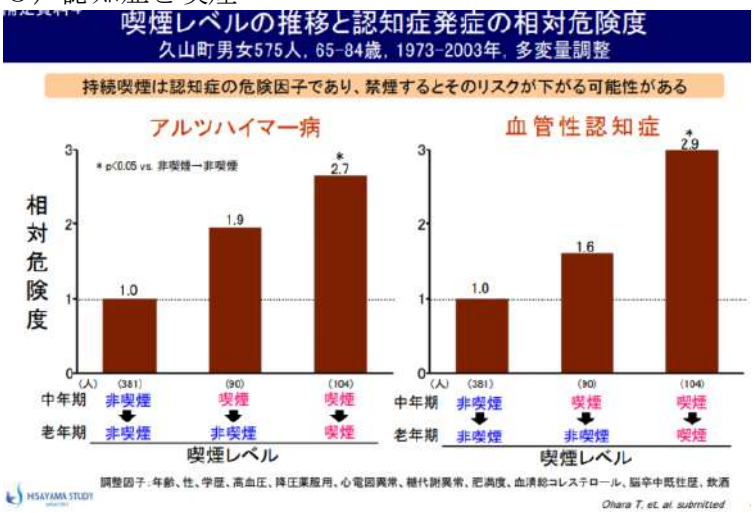
アルツハイマー病と糖尿病との関連は、耐糖能以上レベルですでに１．６倍の発症増加が見られ、糖尿病になると２．１倍の発症増加となる。一方、血管性認知症もそれぞれ１．４倍、１．８倍の発症増加となる。したがって、糖尿病はアルツハイマー病と血管性認知症の両タイプの認知症でリスク因子である。

７）認知症と脂質異常症

脂質異常症と認知症の発症との関連性はいまだ一定の結論が出ていない。血清コレステロール値や血清 HDL コレステロール値とアルツハイマハイマー病の発症との関連性は今のところなし。また、高齢期における血清 LDL コレステロール値やトリグリセリド値と認知症発症に関しても一定の傾向

を認めない。

８）認知症と喫煙



認知症と喫煙に関しては、アルツハイマー病では、中年期から老年期まで喫煙していると２．７倍、中年期で喫煙し老年期でやめていると１．９倍の発症リスクが認められた。一方、血管性認知症では、それぞれ２．９倍、１．６倍の発症リスクであった。喫煙期間が長くなると両タイプの認知症のリスクが高まった。

７．認知症予防の運動療法

１）認知症に対する運動療法の有効性

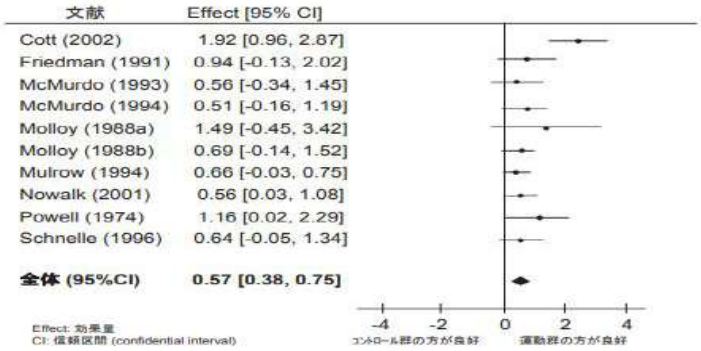


図 1.　認知症患者の認知機能に対する運動療法のメタアナリシス（Heyn P. Arch Phys Med Rehabil, 2004 を改変）

認知症患者の認知機能に対する運動療法の有効性に関するメタアナリシスの結果は、１９７４年から２００２年にかけて発表された 65 歳以上の高齢者を対象とした１０篇の論文をメタ解析すると、図の下端に示された菱形の 0.57 でわずかに有効となっている。上端の Cott（２００２）の論文では 1.92 でかなりの効果が見られた。一方、認知症を含む神経疾患患者に対する運動療法がもたらす神経心理検査の検査（下図）では、認知機能検査（MMSE）では 1.0、選択肢から答えを選ぶ反応時間は 55.0、日常生活での注意機能は 2.0 の改善が見られた。

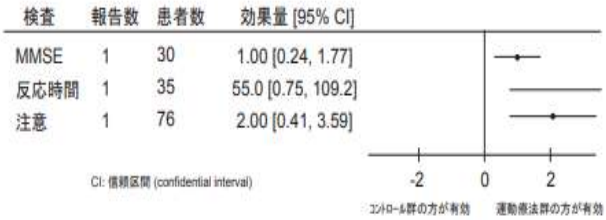
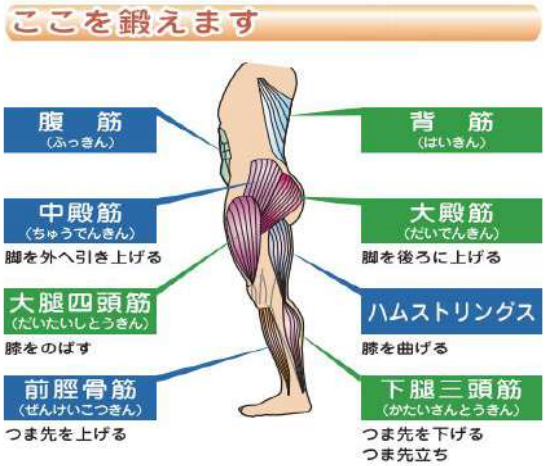


図 2. 神経疾患患者に対する運動療法がもたらす神経心理検査の変化（文献 3）を改変）

２）運動療法の実際

・運動療法に使われる筋肉の名称：



下半身や歩行の安定性、下肢筋力増強に必要な筋肉は図に例示する。腹筋、背筋、中殿筋、大殿筋、大腿四頭筋、ハムストリングス、前脛骨筋、下腿三頭筋を鍛えることにより安定性を維持することが重要である。

（１）有酸素運動

有酸素運動とは、一定時間、無理なく続けられるような軽い運動のことで、脂肪を燃やす際に酸素が必要となるため、有酸素運動と呼ばれている。

有酸素運動の効果は、脂肪を燃焼させて内臓脂肪が減り、全身の血行が良くなり、脳細胞を活性化したり、筋肉を動かすことで脳の前頭葉が活性化すると言われている。

有酸素運動の種類は、ウォーキング、水中ウォーキング、水泳、ヨガ、階段昇降、踏み台昇降運動、椅子に座って足踏み、エアロバイク、サイクリング、軽いジョギング等。

（２）多面的運動プログラム（国立長寿医療研究センターの認知症予防マニュアルより）

・初級プログラム

・中級プログラム

（3）応用的な運動（Dual-task exercise）

デュアルタスク運動とは二重課題運動ともいい ウォーキングをしながら足し算や引き算やしりとりを行ったり，階段を上りながらも行う運動である。日常生活は，まさに二重課題の連続である。デュアルタスク運動で，カラダと脳に適切な負荷をかけることが認知機能を高めることにつながる。同様な運動にコグニサイズがあるが、これは、国立長寿医療研究センターが開発した運動と認知課題（計算、しりとりなど）を組み合わせた、認知症予防を目的とした取り組みの総称を表した造語である。コグニサイズは、どんな運動や認知課題でもよいとされているが、以下の 2 点が考慮された課題であることが前提となっている。すなわち、運動は全身を使った中強度程度の負荷（軽く息がはずむ程度）がかかるものであり、脈拍数が上昇する（身体負荷のかかる運動）、運動と同時に実施する認知課題によって、運動の方法や認知課題自体をたまに間違えてしまう程度の負荷がかかっている（難易度の高い認知課題）。

８．認知症予防と栄養

１）認知症になりやすい食事

偏食で、野菜と魚を嫌い、肉だけを好み、ビタミンＢ群、C、E、ミネラルの摂取が少ない食事。女性は小食で、食事の代わりにお菓子やケーキを食べるのは認知症には良くない。

女性は男性と比べると認知症になりやすいので、食事や運動に十分心がけることが望ましい。

２）認知症予防のための食事(健康長寿ネットより)：

具体的には、まずコレステロールを減少させる不飽和脂肪酸 DHA（ドコサヘキサエン酸）や EPA（エイコサペンタエン酸）を多く含む魚、特にサバ・イワシ・サンマなどの青魚を摂る。米・タフツ大学がおこなった調査によれば、魚を週 2 回食べている人は、月 1 回しか食べない人に比べてアルツハイマー病の発症は約 41%減少するという結果が出ている。また、血中コレステロールや中性脂肪を低下させる働きがあるレシチンを多く含む大豆製品を摂る。血栓の主成分フィブリンを溶かす働きをもつナットウキナーゼを含む納豆も有効な食品である。活性酸素によってうける神経細胞膜のダメージを減らす作用のある抗酸化成分を多く含む緑黄野菜、ざくろ・ベリー類・果物、アーモンド・ナッツ類なども有効で、黒ゴマには抗酸化作用があると言われるセサミンが含まれている。

３）認知症疾患診療ガイドライン 2017 より

①適度な飲酒は認知機能の低下や認知症の予防に有効か 適度の飲酒が認知症の予防的効果があるという報告がある。“適度な飲酒量”には人種差、個人差の違いがあるので注意が必要である。飲酒ができない人には勧めるべきではない。

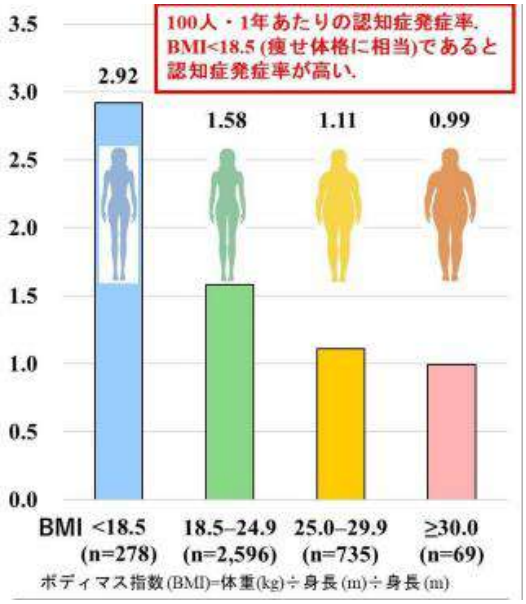
②低・適度の飲酒では認知機能低下ないし認知症のオッズ比が低下する(すなわち、認知症が抑制される)。大量の飲酒では MCI（軽度認知障害）から認知症への移行リスクが高まる 。赤ワインには認知機能低下の予防的効果がある。ビール、白ワイン、酒精強化ワイン、スピリッツにはその効果がない。高齢者の習慣的飲酒は血管性認知症の発症を抑制する 。

４）肥満と認知症

（１）中年期の肥満は認知症のリスク

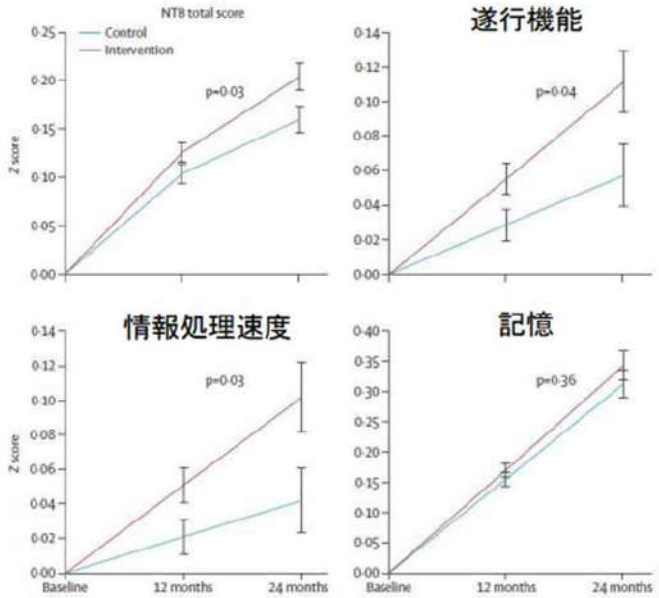
図の説明：認知症の危険因子（オッズ比）は中年期左から糖尿病で２．２倍、高血圧２．３倍、脂質異常症２．１倍、肥満２．０となっている。しかし、６５歳以上の高齢期では左から糖尿病１．６倍、高血圧１．１倍、脂質異常症１．０倍、肥満０．８倍と低下している。

（２）高齢者の肥満は認知症を抑制し、高齢者のやせは認知症を増加させる



図の説明：６５歳以上の高齢者３６９６人中、３３８人の認知症が発症した。１００人・１年当たりの認知症発症率は左から痩せ（BMI18.5 以下）で２．９２倍、標準体重（BMI18.5-24.9）は１．５８倍、肥満（BMI25.0-29.9）は１．１１倍、高度肥満（BMI30 以上）は０．９９倍であった（Journal of Diabetes Investigation 誌オンライン版 2019 年 6 月号)。脂質異常症を持たない標準体重の男性と比較して、脂質異常症を持つ痩せた男性は 4.15 倍、高血圧症を持たない標準体重の女性と比較して高血圧症を持つ痩せた女性は 3.79 倍認知症リスクが高かった。

５）FINGER 研究の紹介

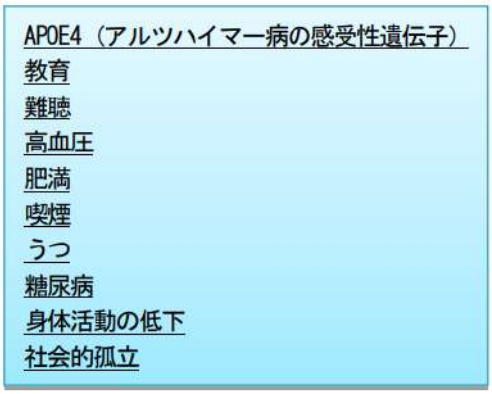


FINGER 研究は、認知症発症リスクのある患者（軽度認知機能障害、MCI の状態）を対象に運動・食事・認知トレーニング・血管リスク管理を行った２年間の大規模ランダム化試験で 2009 年から 2011 年にかけてフィンランドで行われた。研究に参加したのは 60 歳から 77 歳までの 1260 人で、この中から半分を「生活習慣改善群」として、食事療法、運動、脳のトレーニング、血圧管理など様々なプログラムを 2 年にわたって実施し、残りの半分は「対照群」として、一般的な健康アドバイスだけを定期的に受けた。 プログラム実施前、１年後、さらに２年後のプログラム終了時に「認知機能テスト」を行い、結果を比較した。

「生活習慣改善グループ（図の上の線)」は明らかに認知機能が改善し、対照群と比較して 25%もの

改善を認めた。また、遂行機能、処理速度に有意な改善が認められ、遂行機能は 83%、処理速度にいたっては 150% の改善を認め、記憶は改善の傾向を示していた。この研究では「認知症は多くの因子が関係する多因子疾患であり、多因子への介入を同時に行うべきである」という仮説に基づき行われたのである。これまでの研究では認知症リスクの高い患者に対する予防は困難とされていたことから、この研究は多大なインパクトを認知症研究者に与えた。そして今年（２０１７）アルツハイマー病国際会議から、認知症の 10 個の危険因子と 予防のための 9 つの因子（10 本の指を FINGER 研究になぞらえてフィンガーと表現した）が発表された（下図）。９本の指の項目を実行すると認知症になる確率が 35%減少するとしている。これは前項６の２）認知症の予防可能な要因の割合に占めされた内容に対応するものである。

下図：９因子の制御で認知症の３５％は予防可能 （Lancet 認知症予防・介入・ケア委員会， 2017）



さて、「生活習慣改善群」が行った食事療法は以下にようになっている。

①タンパク質は 1 日に摂取する総エネルギーの 10%から 20%にする

②脂肪分は 1 日に摂取する総エネルギーの 25%から 35%におさめ、以下の内容にも気をつける

・飽和脂肪酸およびトランス脂肪酸は 10%以下

・一価不飽和脂肪酸は 10%から 20%

・多価不飽和脂肪酸を 5%から 10%

（オメガ 3 脂肪酸を１日に 2.5 グラムから 3 グラム含める）

③炭水化物は 1 日に摂取する総エネルギーの 45%から 55%にする

④食物繊維を 1 日に 25 グラムから 30 グラムとる

⑤塩分は 1 日 5 グラム以下

⑥アルコールは 1 日に摂取する総エネルギーの 5%まで

⑦砂糖は 1 日 50 グラムまで

⑧バターの代わりに植物性マーガリンや菜種油を使用

⑨少なくとも 1 週間に 2 回魚を食べる

⑩野菜や果物を豊富に取り、精製していない穀物、低脂肪牛乳、肉製品を積極的にとりいれる。

さらに、「生活習慣改善群」参加者たちは「運動」と「脳のトレーニング」も行った。運動プログラムはそれぞれの人の体力や体調に合わせて用意され、ジムで理学療法士の指導のもとで行った。内容は膝屈伸や腹筋、背筋などを含む週に 1 回から 3 回の筋肉トレーニング、そして週に 2 回から 5 回の有酸素運動であった。

９．まとめ

①英国ではここ２０年間で認知症が３０％減少している。生活習慣病対策として減塩や喫煙の減少に取り組み成果を上げてきた。

②フランスでも生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）を厳格に管理することにより認知症進行を抑制した。

③我国では、ここ２０年間認知症は増え続け、さらに今後も増加が見込まれている。我国の認知症対策として２０１２年プロジェクトティームを立ち上げ、オレンジプラン（２０１３）、新オレンジプラン（２０１７）を実行し現在に至っている。

④認知症予防可能な要因とその割合は⑴中年期の聴力低下　9%、⑵中等教育の未修了　8%、⑶喫

煙　5%、⑷うつ　4%、⑸運動不足　3%、⑹社会的孤立　2%、⑺高血圧　2%、⑻肥満　1%、⑼2型糖尿病　1%。であった。
⑤血管性認知症では高血圧が、アルツハイマー病では脈圧（収縮期と拡張期の差）が認知症発症のリスクである。
⑥糖尿病は認知症（アルツハイマー病と血管性認知症）のリスクである。
⑦脂質異常症は、はっきりした認知症発症リスクは認められていない。
⑧運動は認知症の予防効果が認められる。有酸素運動、多面的運動プログラム，デュアルタスク運動が推奨される。
⑨高齢者の肥満は認知症を抑制し、やせは増悪させる。生活習慣改善の食事が認知症にも有効である。

コラム

喫煙と糖尿病

理事　　前場良太

最近のニュースで、アメリカ大統領トランス氏の再選に、電子タバコの愛好家の支持が無視できないとの報道がありました。電子タバコによる健康被害の報告が相次ぐ中で、「電子タバコの規制」に乗り出したところ、11 月の大統領選挙で電子タバコの愛好家がトランプ離れしてしまうのではないかとの危惧が生じ、規制の見直しに迫られているようです。特に、前回の選挙で接戦を演じた州では、こうした電子タバコの規制をめぐる政策のゆくえが、選挙の勝敗を決める決定打になりかねないと分析されているそうです。

電子タバコは、従来の燃焼式タバコと比べて、「煙が出ない、あるいは煙が見えにくいので禁煙のエリアでも吸える」、「受動喫煙の危険がない」、「従来の燃焼式タバコより健康リスクが少ない」などと言われ、日本でも愛好家の急速な広がりをみせています。しかし、このような状況に対して、日本呼吸器学会は「電子タバコも健康に悪影響を与える可能性がある」、「受動吸引による健康被害が生じる可能性がある」との警鐘を鳴らしています。

喫煙による健康被害には癌をはじめ、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）や結核などの呼吸器疾患、2 型糖尿病、歯周病などがあり、実に多くの病気に関係しますが、今回のコラムでは「喫煙と糖尿病」の関係について少し触れていきたいと思います。

喫煙と糖尿病との密接な関係は、国内外の多くの研究によって明らかにされており、糖尿病に関係する他のリスク要因（BMI・身体活動・飲酒など）を調整しても、喫煙者では 2 型糖尿病に 1.4 倍かかりやすいことが報告されています。また喫煙本数が多いほど糖尿病になりやすく、禁煙した人ではリスクの低下がみられています。禁煙に伴う体重増加やそれに伴う血糖上昇のリスクを差し引いても、禁煙の効果は顕著で、禁煙後に体重が増加したヒトでも心筋梗塞や脳卒中のリスクは半減することが明らかになっています。

喫煙は交感神経を刺激して血糖値を上昇させるだけでなく、体内のインスリンの働きを妨げる作用があるため、糖尿病にかかりやすくなると考えられています。しかし、その仕組みはまだよく分かっていませんでした。2019 年 10 月号の Nature によると、ラットを用いた実験でニコチンによって活性化される脳内のニューロンと、膵臓による血糖調節に関わるシグナル伝達回路とをつなぐ転写因子の存在が明らかにされました。今までの状況証拠に加え、現行犯が特定されたことで、禁煙へのモチベーションが高まれば良いのですが、人間の悪知恵は転写因子の阻害薬の開発により喫煙しても糖尿病にならない方向に向かうような予感がします。

私自身も二十歳から四十代半ばまで喫煙し、何度も禁煙の挫折を繰り返し、やっと禁煙に至った苦い経験から、喫煙の誘惑が如何に大きいかを身にしみて感じています。最初からタバコには手を出させないという徹底した健康教育がとても大切だと思います。

コラム

飲酒、喫煙はがんのもと

理事長　　林　滋

私は産業医として毎月会社訪問し、過重労働の面接や健康診査の事後指導を行っているが、年２回労働安全委員会で健康に関する講和を行っている。そのための資料を漁っていたら、食道・下咽頭がんと飲酒喫煙の関連という報告を探しあてた。愛知県がんセンター２０００年のデータで、飲酒と喫煙をしていると食道がん・下咽頭がんがどのくらい発症しやすいかというもので、高度喫煙（箱ｘ年数）が３０以上でかつ日本酒換算１．５合以上だと実に３０倍となるという（下図)。

	喫煙なし	高度喫煙 ３０(箱Ｘ年)以上
飲酒なし	１倍	４倍
日本酒換算１日１．５合以上	８倍	３０倍

アルコールと疾患の関連を挙げると、
①消化管疾患：食道炎、胃十二指腸潰瘍、肝硬変に伴う食道静脈瘤
②悪性腫瘍：食道がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、大腸がん、
　肝臓がん、膵臓がん、乳がん
③肝・膵疾患:アルコール性肝障害、アルコール性膵炎
④循環器疾患：高血圧、心筋症、不整脈、
⑤内分泌・代謝障害：糖尿病、脂質異常症、肥満、高尿酸血症、
　メタボリック症候群
⑥造血器疾患:貧血、血小板減少
⑦整形外科疾患:骨粗鬆症、転倒、骨折、大腿骨骨頭壊死、
⑧精神神経疾患：アルコール依存症、うつ病、自殺、睡眠障害、
　記憶力低下、　末梢神経障害、認知症、アルコール性ミオパティー、脳萎縮
⑨その他：胎児性アルコール障害
となる。一方喫煙と疾患の関連は、厚労省のデータによると、因果関係を推定する証拠が十分（確実）なものとして、①がん：肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝、膵、膀胱、子宮頸部、肺がん患者の生命予後悪化、がん患者の二次がん罹患、かぎたばこによる発がん、②循環器の病気：虚血性心疾患、脳卒中、腹部大動脈瘤、末梢動脈硬化症、③呼吸器の病気：慢性閉塞性肺疾患（COPD)、呼吸機能低下、結核による死亡、
④糖尿病：2 型糖尿病の発症、⑤その他：歯周病、ニコチン依存症、妊婦の喫煙による乳幼児突然死症候群（SIDS)、早産、低出生体重・胎児発育遅延がある。

以前の話だが、外来の患者さんが食道の違和感を訴えて来院し、食道のバリウム検査をしたところ、進行性の食道がんが見つかった。生活歴を聞くとアルコールは毎日１－２合以上飲んで、喫煙も２０本ぐらいやっていた。咽頭がんはなかったものの、病名を告げるのは辛かったが、結局がん専門病院に紹介して手術を受けたが１年ぐらいで亡くなってしまった。ダブルでやっている人は

十二分に注意しなくてはいけないと思う。

もうひとつ、個人的な話であるが、以前私も属していた団体の会長さんのことである。喫煙は若い頃はともかく、今は吸ってなく、団体の長ということで、土日も会合、委員会、研究会、下部組織での挨拶等多忙を極め、飲酒の機会は多かった。定例の会議で会長の声がおかしいという噂がたった。仲間同士で薄々感じていたが、表沙汰にすることもできず日々が過ぎていた。ある日突然手術のため休むということになった。咽頭がんと判明した。仲間から手術の内容を聞いたところ、咽頭がんを取って、胃を引っ張り上げて食道として、その後抗がん剤投与をしたという。はっきりした内容は思い出せないが、思っていたよりも大掛かりな手術のようであった。しかし、幸いなことに声はしわがれていたが、話すこともでき、職場復帰を果たした。がんサバイバーである。

それから３－４年の月日がたっていただろうか、風の噂で、会長を辞したと聞いた。立派な決断だと思った。それが、昨年突然訃報に接した。しかも亡くなって家族が発表を伏せていたようである。憶測だが、奥様が夫を仕事に奪われたというような気持ちがあったのではないか。

コラム

自分が不幸にならないということ、人を不幸にしないということ

医療法人　桐心会　林クリニック　理学療法士　　参与　髙岩　伸好

現在、定説になっている地球温暖化の影響による世界中で起こっている大洪水、巨大ハリケーン等の異常気象。日本でも集中豪雨被害、河川の決壊は毎年のように起こっている。阪神淡路大震災、東日本大震災に代表される日本各地で頻発する地震災害や火山噴火も加えると、以前よりも友達や親族、自分、多くの方が災害に巻き込まれる可能性は高くなっているように感じる。

私達が以前よりもこのように『感じる』ようになった背景には、インターネットやＳＮＳ等の情報氾濫も影響しているのかもしれない。これらの発達により利便性は高まり、今、現場で起こっている事象がリアルタイムに、臨場感溢れる状況下で視覚にて観察できるようになった。情報伝達速度は飛躍的に向上し、個人レベルで遠い国に住む人々にも自分で考えた内容を発信できるようになり、様々な分野でイノベーションを生み出している。しかし、それは、これまで人間が日々粛々と営んできた生活や業務の分野に限られている気がしてならない。

古来より、人間を不幸にしてきた自然災害に関しては、無力であり、ただ傍観するしかない部分が多い。結果、自然災害への畏怖の念は決して払拭できない。

ひとたび自然災害に関する情報が氾濫すると、自身が経験したことのない災害に対して、得体のしれない恐怖感が増長してしまい、過敏に反応して社会的にマイナスな行動を起こすこともある。自然災害でないが、最近のマスク欠品騒動もそのひとつではないだろうか。『新型ウイルス』という言葉に対して得体のしれない恐怖を感じてしまい、本来全ての人にいきわたる数のマスクを人の分まで購入してしまう行動を発現する。

自分が感じていた恐怖感を解消したいが為の行動は、人のさらなる恐怖心を煽るのである。『備えあれば憂いなし』という言葉は、スーパーや小売店で、自然災害を予兆させて物品購入意欲を意識させる言葉として良く使われることもある。

しかし、決してそうではないと思う。備えるのは物品(マスク)ではなく、感染源や感染ルートにさらされない為にどうするかという衛生管理の知識である。

正しい知識が予防につながり新型肺炎の蔓延の抑止に繋がると思われる。

当ＮＰＯ法人の活動も年２回の学術活動を行い、医師が病気の患者治療にあたるだけではなく、皆様に病気や治療に関する正しい知識を持って頂き、事が起こってから対処するのでなく、起こらないようにするにはどうしたらよいかという視点を持ってもらうのが目的である。病気にならないように心がければ、自分も人も不幸にならない。

私は理学療法士である。これまで、身体に障害のある方々の存在により業を成してきたが、今後はそれだけでなく、リハビリテーションに関する正しい知識を持って頂き、障害の発生を予防したり、いざ、周囲の方や家族や自分が障害を抱えて生きていく事となっても慌てずに対処できるようにすることが重要であると考えている。

つまり、予防をすることにより、自分が不幸にならずに人を不幸にしないことにつながるのではないか。

コラム

動物の直立の秘密

栗山中央病院、　　参与　吉田泰行

小生は研究的な物はそうはしては来なかったが、キリンの首から始まって強いて言えば脊椎動物の進化に於ける体格と血圧や死腔の関係であり、今関心の有るのは呼吸と歩行の相互関係である。と言えば難しく聞こえるが、尾鰭のある魚類から始まったしっぽを左右に振って推力を得る事の評価である。魚類。両棲類・爬虫類となるに従い水から縁を切っていくのだが呼吸と移動のための泳法は相互に絡み合っている。何故なら両棲類→爬虫類になっても四肢は体躯の側方から水平に出ており、鰐に見るが如く体をくねらせながら歩行するのである。もっと分かりやすく言えばコモド・ドラゴン（インドネシアのコモド島にいる５m 位の肉食トカゲ）は爬虫類とは言っても腹を引きずって地面を歩くと言うより四肢を使ってアーチ型に体躯を持ち上げているが真上から見れば所詮体をくねらせて歩いており呼吸と歩行は連立している、すなわちお互いの影響を受けて夫れ夫れに最適な動きをしている訳では無い。逆に言えば、爬虫類の中でも一グループを成す恐竜類、爬虫類よりも早く古生代の内から横隔膜を作りその鞴（ふいご）作用で古生代末の無酸素事変を乗り切った哺乳類型爬虫類の単弓亜網、は夫れ夫れ直立歩行を取り入れてこの難問を乗り切った。特に人類は二足直立歩行であるため、短距離ではチータ・約（１００km /h)、中距離では熊等の（５０km /h）にさえも負けてしまうが、約４０km を２時間少しで走り切る事ができ、この様な事は人類以外不可能という意見もある。こう思ってオリンピックのマラソンを見ればその感慨は一入（ひとしお）であろう。

コラム

新型コロナウイルス感染症(COVID－19)についての私見

ながたクリニック　参与　永田篤文

新型コロナウイルスによる感染が蔓延してきております。マスコミの報道ではその予防には手洗い、うがい、マスクの励行を呼び掛けております。感染経路は飛沫感染、接触感染という観点から、その予防策です。手洗いについては、人は手でいろいろなものに触れることから、身体でウイルスが最も多く付着する所から理解できます。手を洗うことによって、手で鼻や口などをたとえ触っても、身体に入るウイルス量を減らす可能性があります。うがいはのどや口に付着したウイルスを少しでも洗い流す可能性があります。しかし人は絶えず唾や水を飲み込んだりしておりますから、どのくらいのどや口にウイルスが付着しているかはっきりしません。マスクは鼻や口を覆てくれますが、息を楽に吸うレベルでは、ウイルス粒子を侵入することは困難です。ただしマスクの中はある程度湿気があり、ウイルスが侵入しても多少は肺の奥の方まで入るのを防いでいる気がいたします。そして何よりも付けた安心感があると思います。以上予防策はある程度有効だと思いますが、過信は禁物です。スウェーデンの研究ですが、同じ飛沫感染、接触感染をするインフルエンザについて、1 日の手洗いを 2 から 4 回、5 から 9 回、10 から 19 回、20 回以上の 4 グループに分けて調べた報告があります。その報告によると、インフルエンザ症状を訴える人の割合はあまり変わらなかったそうです。その考察として手の洗い方の問題ではないかと記載されております。手の洗い方は指の間、爪の中までしっかりよく洗い、少なくとも 20 秒間こすることが推奨されております。小生の周囲の人はそこまできちんと手を洗っているのを見たことありません。小生は手が荒れることが多く、ほどほどにしております。

ところでこの新型コロナウイルスは空気感染することは報告されておりませんが、比較的空気中に漂い続ける可能性はないのでしょうか。SARS コロナウイルスの場合、プラスチック製品に 48 時間、感染粒子が存在したという報告があります。ウイルスは軽いですから漂い続ける可能性は十分あると思うのですが、花粉と違ってウイルス飛散量を測定することは、現時点では困難です。春の黄砂に乗って、細菌やウイルスなどが付着しているといいます。電車のつり革やドアのノブについたウイルスはちょっとした風に運ばれますし、そのウイルスが漂い続けた場合、おそらく着ている服や髪の毛にも付着すると思います。花粉と同じように服を着たまま家の中に入ると、部屋がウイルスの感染粒子で汚染される可能性があると思います。出来たら家の外で服に付着したウイルス粒子を払い落として、家の中に入りたいものです。また着ていた服は脱いで、なるべく玄関の付近にかけて、部屋の中に入りたいです。またうがいも大事ですが、鼻をかむのも鼻の中についたウイルスを多少減らす効果はあると思います。コロナウイルス自体は以前から風邪のウイルスとして子供を中心に流行(子供の重症者が少ないことと関係？)しております。アメリカの報告ではインフルエンザと同じ冬場に流行します。夏場はほとんどみられません。流行要因として気温もあるかもしれませんが、ウイルスが空気中に浮遊しやすいという観点から乾燥もあると思います。SARS コロナウイルスの終息宣言が発表されたのは 7 月 2 日でした。今回の新型コロナウイルスも同じようなウイルスと考えると、東京オリンピックが開催される頃は終息される可能性があります。乾燥が流行要因とすると、加湿は大事かもしれません。あとは密室状態が問題となってい

るクルーズ船や屋形船の感染事例から換気も非常に大事だと思います。以上小生の私見ですが、万一罹っても比較的多くの方が経験している無症状、軽症(少なくとも大量にウイルスを浴びない)でいたいものです。それで免疫が付けば万々歳です。

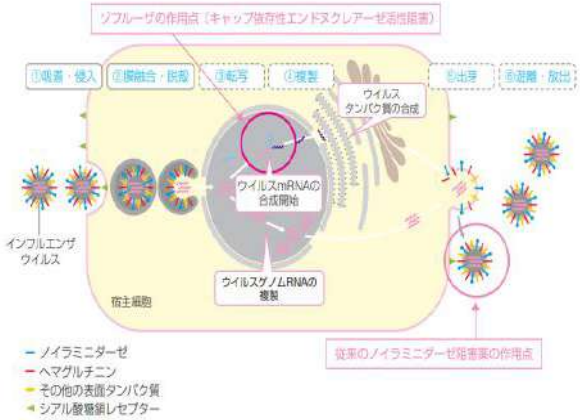
コラム

インフルエンザウイルス、新型コロナウイルスについて

理事長　　林　滋

まずはインフルエンザの治療と予防について。気になるのはインフルエンザワクチンが効くのかどうかということ。データは古いが国立三重病院の研究では、１９９７年から１９９９年の３年間の観察で、６５歳以上の高齢者で、発病リスクが３４－５５％低下し、死亡リスクは８２％低下した。また、米国 CDC(疾病管理センター)の研究では、６５歳未満の健常者で発病のリスクがワクチン投与により１０－３０％に低下し、老人施設入所者では入院のリスクは４０－５０％低下し、死亡のリスクは２０％低下したという。臨床の現場では、個々の患者さんはワクチンを打ったが効かなかったという声も聞くが、統計的に解析すれば有効性はあると判断できよう。今年の流行期の印象では、２０代の若者と、３０－４０代の勤労者が多く罹患したように思うが、６５歳以上の高齢者は１－２名ぐらいしか発症しなかった。その方は「私は大丈夫」と言って高を括っていたが、正月に高熱を発して、救急車で病院に搬送され、肺炎で入院してしまった。幸いにも元気になって帰ってきた。高齢者は、ワクチン接種者が若者より多いためかもしれないが、今までにインフルエンザを経験して免疫が多少なりとも得られているのではなかろうか。

次に、抗インフルエンザ薬について。２０１８年の流行期に新規の抗インフルエンザ薬「ゾフルーザ」が登場し、１回の服用で十分有効という触れ込みで大いに普及した。しかし使用することによりウイルスに対する耐性が多くみられることが判明した。従来のタミフルでは耐性率成人９．７％、小児１％だが、ゾフルーザでは成人２３．３％、小児５－１０％であった。さらに２０１９年１１月の日本経済新聞の記事では、薬価のことが問題として取り上げられていた。ゾフルーザはタミフルと比べて症状の改善が１日短縮されるだけで、その費用はゾフルーザ４８８０円にたいして、タミフルは２６８０円という。しかも耐性が出やすいという欠点が明らかになり２０２０年では使用が減っている。耐性の出やすさの差は、両者の作用機序が異なるからである。タミフルはインフルエンザウイルスが人の細胞に侵入するとき受容体と結合してから細胞内に取り込まれるが、この時ノイラミダーゼという酵素の力を利用しているがタミフルはこれをブロックすることによりウイルスの侵入を阻止する。一方、ゾフルーザは、細胞の中に侵入したウイルスが核内に入ってそこでウイルスのメッセンジャーRNA(mRNA)の合成を阻害することにより、ウイルスの増殖を阻害する。mRNA の合成阻害の時耐性が起きやすくなるのである(下図参照)。



次に、今はやっているコロナウイルスについて考えてみる。まだ制圧どころか、拡大調子で恐ろしい限りである。ワクチンは当面できそうもないし、一説によれば１年半かかるという。治療薬は今のところはない。しかし、ネットではいろんな情報が飛び交っている。インドの研究者は、新型コロナウイルス（2019 - nCoV）がエイズウイルス（HIV）遺伝子配列と高度に類似していると発表したが、影響が大きすぎて撤回した。しかし、タイ保健省は２０２０年１月、タイを旅行で訪れた 70 代の中国人女性が新型のコロナウイルスに感染し、エイズの発症を抑える薬単独では効かなかったためインフルエンザの治療薬と両方を投与したところ、48 時間以内に呼吸器系から新型コロナウイルスが検出されなくなったと発表した。2 月 4 日の昼時点までに米国と中国の臨床試験登録システムに、新型コロナウイルス（2019-nCoV）関連の患者を対象に介入を行う臨床試験が計 24 本、登録されているという。

これらの臨床試験で介入群に投与する薬剤として最も多かったのは、ロピナビルとリトナビルの配合薬だった(わが国ではカレトラ＊(製薬会社名：アッヴィ)といい、わが国では HIV の治療薬として薬価収載されている)。ロピナビルは、HIV のプロテアーゼ活性を阻害して、感染性のある成熟した HIV の産生を抑制する作用機序を有する。また、リトナビルは、薬物代謝酵素のシトクロム P450（CYP）3A にロピナビルが代謝されるのを競合的に阻害し、ロピナビルの血中濃度を上昇させる役割を担う。米国や日本では、米 AbbVie 社の抗 HIV 薬「カレトラ」（ロピナビル・リトナビル配合）として知られているもので、一部報道では、AbbVie 社も臨床試験で投与されていることを認めている。

リトナビルとロピナビルの併用療法は、過去に SARS（重症急性呼吸器症候群）コロナウイルス（SARS-CoV）に感染した患者への効果が示唆されており、サウジアラビアでは MERS（中東呼吸器症候群）コロナウイルス（MERS-CoV）に感染した患者を対象に、ロピナビルとリトナビル、インターフェロンβ-1b を併用する臨床試験も実施されていることなどから、新型コロナウイルスに対する臨床試験にも用いられているとみられる。

＊カレトラは（東京都立駒込病院感染症科医長 今村 顕史先生)、HIV 感染症の治療として使われる抗 HIV 薬の中でも、プロテアーゼ阻害薬 という作用機序の薬剤に分類されている。１錠中にロピナビル（２００ｍｇ）とリトナビル（５０ｍｇ）という、二つのプロテアーゼ阻害薬を含む配合剤となっており、<u>１回２錠１日２回、 食後に服用する</u>。カレトラに含まれるリトナビルは、それ自体で十分なウイルス効果を示す量が配合されてはいない。薬剤の相互作用を利用して、いっしょに配合されているロピナビルの有効血中濃度を高く維持し、さらに抗ウイルス作用を強力にするための、ブ

ースター薬として使われている。　また、カレトラには、この含有するリトナビルの特性のため、併用注意薬や禁忌薬が多いという問題点がある。他の薬剤の併用がある時には、開始時に必ず相互作用を確認すること。 ●カレトラの副作用● 海外で行われた第Ⅰ、第Ⅱ相および第Ⅲ相試験における総症例 701 例の報告では、下痢と吐き気が、頻度の高い副作用症状だが、多くは軽度から中等度であった。吐き気は、軽度であれば継続している間に消失することも多く、その程度により治療継続可能である。 また、検査値異常としてはトリグリセライドの上昇が問題となることが多く、他には AST、 ALT、ビリルビン、コレステロールの上昇などが報告されている。

さて、新型コロナウイルスの発生の原因について調べてみた。中国人ウイルス研究者で欧州在住の董宇紅氏(女性)は新型コロナウイルスは人工的産物だと結論した。2003 年北京で流行した重症急性呼吸器症候群（SARS）のワクチン研究と関連があるという。リチャード・エブライト博士(米国)は、SARS ワクチン作成では遺伝子組み換え技術を使って行われるが、コロナウイルスを組み替えているうちに新しい非自然のウイルスを作り出したのであろうと結論している。

人工産物と結論した根拠を探ってみたい。

①新型コロナウイルスは非常に新しいメンバーでコウモリ由来のコロナウイルスと似ているがゲノム配列の相同性は高くないという。②コロナウイルスには共通点があり、特有のスパイク-タンパク質（Spike Protein）を持っており、これが人の細胞に侵入する際に関与していて、宿主細胞に対する親和性と毒性を発揮するという。スパイク・タンパク質の遺伝子配列が新型コロナウイルスと通常のコロナウイルスでは 70％の相同性で、普通は 80―90％程度の相同性が期待できるものだが、相当低いので専門家が驚愕したという。③スパイク・タンパク質の遺伝子配列の中間配列についてその起源が見つからないという。すなわち、この中間配列のうち数千の塩基対はすべてのウイルスデータベースに照合しても見つからなかったという。④新型コロナウイルスのスパイク・タンパク質にある 4 つの重要なアミノ酸残基が人為的に変えられたという。しかも、4 つのアミノ酸残基が替えられたにもかかわらず、スパイク・タンパク質と受容体の結合性に変化がなかった。これに関する 2 つの論文があり、一つは中国科学院パスツール研究所の専門家、崔傑氏が書いたもの。もう 1 本の論文は、インド工科大学のプラダン（Pradhan）教授らが執筆したもので、インドの研究チームは、前出のように新型コロナウイルスのタンパク質は HIV ウイルスと酷似していると指摘した。中国の研究チームは、新型コロナウイルスが ACE2（血管機能に関わるアンジオテンシン変換酵素 2）細胞受容体に結合して感染するとの見方を示した。⑤遺伝子の突然変異について、特にウイルスの遺伝子突然変異は一般的に、自然突然変異と言う。これは無作為で、いかなる機能性や目的性を持たないので、遺伝的浮動（genetic drift）と言い、ウイルスの自然的な再集合とも言う。しかし、新型コロナウイルスについて、このウイルスが、受容体タンパク質の働きを保ちながら、正確に「異変」していることに研究者は驚いている。自然界では、このような現象はあるが、ウイルス研究者として、このような現象を目にする確率は非常に低いという。だから、その 2 本の論文は、新型コロナウイルスが人為的に合成されたものだという仮説を唱えたのである。さらにまだ続く。⑥米国の科学者ジェームス・ライオンズ・ウェイラー(James Lyons-Weiler)博士、彼はエボラウイルス(Ebola)について研究してきて、中国で新型コロナウイルスの感染が拡大してから、新型コロナウイルスに注目し、ウイルスのデータベースを通じて、新型コロナウイルスのゲノム配列を調べていた。ウェイラー博士は、新型コロナウイルスのスパイク・タンパク質が、このウイルスのほかのタンパク質

のゲノム配列と大きく相違していると指摘した。彼曰く「なぜこのウイルス（2019-nCoV）の多くの遺伝子の中で、このタンパク質だけが配列が全く異なっているのであろうか。これは全く筋道が通らないことである。他の場所から由来したとしか考えられない。」と。⑦ジェームス博士は、新型コロナウイルスのスパイク・タンパク質のゲノム配列にマッチするゲノム配列がないと気づき、仮説として、ヘビ由来のコロナウイルスのゲノム配列と関連性があると主張した。しかし、その後この仮説は覆された。⑧ジェームス博士はその後、分子生物学のゲノム解析方法で、新型コロナウイルスのあの不自然なシークエンス（遺伝子配列）を、非ウイルス由来のシークエンスと比較した。この結果、博士は、SARS ウイルスの再集合に必要な pShuttle-SN と呼ばれる特異の遺伝子配列に非常に近いと気づいた。pShuttle-SN とは「Shuttle は、定期往復便という意味で、遺伝子の研究では、Shuttle というのはある種を別の種に運ぶことを指す。遺伝子を運ぶ道具だ」と理解しやすい。⑨この pShuttle-SN を開発した実験室は、中国の SARS 遺伝子ワクチンタンパク質を生成した実験室である。

ジェームス博士は、新型コロナウイルスが人為的に作られた生物兵器だとは思っていまいが、しかし実験室で行われた遺伝子組み換えによって、非常に危険なウイルスが合成されたとの見方をしている。研究員があるウイルスの一部の配列を別のウイルスの一部の配列に組み込んだことで、人工的な遺伝子組み換えウイルスを作り出したのである。このような人工的な遺伝子組み換えウイルスは、予想もしなかった毒性を持つようになるかもしれない。

⑩以上をまとめると、中国の SARS ウイルスワクチン作成者が遺伝子組み換え技術を使って毒性の強い、感染力の強い新型のウイルスを作ってしまい、誤って実験室から外へ漏らしてしまったのであろう。

これが事実であろうと思われる。心底から激しい怒りがこみあげてくる。

略歴

篠原　隆雄先生

昭和５６年３月私立成蹊高校卒業
昭和５７年４月東海大学医学部入学
平成元年東海大学医学部卒業
東京医大病院第３内科入局(神経内科専攻)
平成 3 年６月都立広尾病院内科(内科全般、1-3 次救急)
平成 6 年４月秋田県立脳血管研究センター(脳卒中救急、神経内科)
平成 10 年４月都立大塚病院内科(脳卒中救急、内科全般)
平成 13 年 11 月医療法人容生会　ほきまクリニック(在宅医療)
平成 15 年 7 月　篠原クリニック開設　現在に至る
所属学会　　脳卒中学会　内科学会　日本神経学会

医学博士　日本医師会認定産業医　昭和大学医学部兼任講師
品川区医師会理事　アンチエイジングフ-ド協会リーダーマイスター
学位取得時の論文は「喫煙の脳血流に対する影響」で、
ポジトロンＣＴで喫煙前後に脳血流などを測定する研究でした。

川村　雅文先生（かわむら　まさふみ）先生　　2020 年 1 月 15 日現在

昭和 31 年 11 月 5 日生（満 63 歳）

学歴・研究歴

昭和 57 年 3 月　慶應義塾大学医学部卒業
平成 4 年 10 月　慶應義塾大学大学院　博士（医学）（博乙第 2529 号）
平成 11 年 4 月　慶應義塾大学専任講師（学部内）（医学部外科学）
平成 19 年 4 月　慶應義塾大学准教授（医学部外科学）
平成 22 年 4 月　帝京大学病院教授（医学部外科学）
平成 27 年 4 月　帝京大学医学部外科学講座主任教授
同附属病院副院長（診療担当）（平成 30 年 3 月まで）
帝京がんセンター長（平成 30 年 3 月まで）
平成 30 年 4 月　帝京大学医学部長
日本外科学会認定医、指導医、外科専門医
日本胸部外科学会認定医、指導医
日本呼吸器外科学会指導医、呼吸器外科専門医
日本気管支学会専門医、指導医
日本がん治療認定医
日本医師会認定産業医

日本呼吸器外科学会評議員・理事
日本呼吸器内視鏡学会評議員・監事・第 42 回日本呼吸器内視鏡学会会長
日本肺癌学会評議員・理事
日本気胸・嚢胞性肺疾患学会評議員・理事
日本胸部外科学会評議員
日本外科学会代議員
日本低温医学会評議員
厚生労働省先進医療会議技術委員
厚生労働省患者申出療養評価会議技術専門委員
肺・心肺移植関連学会協議会　中央肺移植適応検討委員会委員
東京都がん診療連携協議会委員
外科系保険連合会委員（外科学会、肺癌学会）
帝京医師会副会長
日本医療安全調査機構　医療事故調査・支援センター　調査部会長

林田 健太郎（はやしだ けんたろう）先生

生年月日 昭和50年10月24日
学歴・職歴
平成12年3月 慶應義塾大学医学部卒業
平成16年3月 慶應義塾大学医学部大学院医学研究科博士課程修了
平成16年4月 慶應義塾大学医学部循環器内科助手
平成19年7月 慶應義塾大学医学部循環器内科助教
心臓カテーテル室副主任
平成21年4月 杏林大学医学部第二内科助教、心臓カテーテル室副主任
平成21年9月 Institut Cardiovasculaire Paris Sud, France留学
平成24年12月 慶應義塾大学医学部循環器内科特任助教、心臓カテーテル室共同主任
平成25年3月 慶應義塾大学医学部循環器内科特任講師
平成26年4月 慶應義塾大学医学部循環器内科専任講師（学部内）
平成29年4月 心臓カテーテル室主任
平成31年4月 慶應義塾大学医学部循環器内科特任准教授
現在に至る。
資格
平成18年3月 医学博士号
平成18年 日本内科学会認定内科専門医
平成18年 日本循環器学会認定循環器専門医
平成19年 日本心血管インターベンション学会認定医
平成23年 日本心血管インターベンション治療学会専門医
平成24年 経カテーテル大動脈弁留置術指導医（Edwards Lifesciences）

平成25年 ヨーロッパ心臓病学会特別正会員（FESC）
平成30年 日本循環器学会特別正会員（FJCS）
平成30年 アメリカ心臓病学会特別正会員（FACC）
賞罰
平成16年11月 Caridopulmonary Best Abstract Award, America Heart Association 2008
平成20年3月 Young Investigators Award (2nd degree), American College of Cardiology 2008
平成21年10月 Research Award, Banyu Fellowship Program
平成24年3月 Young Investigators Award, America College of Cardiology 2012
平成24年8月 Best Poster Award, European Society of Cardiology 2012
委員等
日本心不全学会デバイス委員会委員
日本心血管インターベンション治療学会 編集委員会委員
日本心血管インターベンション治療学会 ライブ委員会委員
日本心血管インターベンション治療学会 研修カリキュラム小委員会委員
日本心血管インターベンション治療学会 SHD小委員会委員
日本心臓弁膜症学会 世話人
日本経カテーテル心臓弁治療学会理事
日本循環器学会MitraClip基準策定委員会委員
日本循環器学会弁膜症ガイドライン 班員
TAVR関連学会協議会 委員

永田篤文先生

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

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

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
第４回杏林医学会誌優秀論文賞受賞（旧杏林医学会賞）令和１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

○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

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。

☆ＮＰＯ法人国際生活習慣病フォーラムと「あるこもーね温楽隊」実技・ミニ講演会の実績報告

第38回あるこもーね温楽隊のお知らせ

日時：令和2年1月9日（木）午後1時30分～3時00分まで

次回「あるこもーね温楽隊」第３８回
実技・ミニ講演会ご案内

ＮＰＯ法人国際生活習慣病フォーラム・林クリニック主催

当クリニックでは地域の虚弱高齢者の方の元気を取り戻すために、「サルコ、フレイル、ロコモ撲滅キャンペーン」として、「あるこもーね温楽隊」の第３８回（通算）の実技・ミニ講演会を開催します。毎月テーマを変えてミニ講演会を行っています。
費用は無料です。筋肉・脂肪やバランス状態が分かる体組計を使った個人検診も受けられます。

時：令和2年1月9日（木）午後１時30－3時00分

次回も第2木曜日です。

場所：林クリニック（別棟１F:診療所の隣りの建物です）入場無料
板橋区小茂根４－２８－１４、環七木曽路裏６０ｍです。

今回は「高齢者のがん対策」をお話します。

がんを知ってサバイバーを目指す

TEL:03－3956－2090　（申し込み先）

講師：林滋（医師）：講演：「高齢者のがん対策」
高岩伸好(理学療法士):リハビリ実技

ミニ講演の後に皆様の状態に合わせてリハビリテーション栄養と転倒予防のお話と実技を行います。

林クリニックは環七木曽路裏60mにあります。
小竹向原駅より1番出口より徒歩7－8分です。
西武有楽町線、新桜台駅　7分
西武池袋線、江古田駅　北口　12分

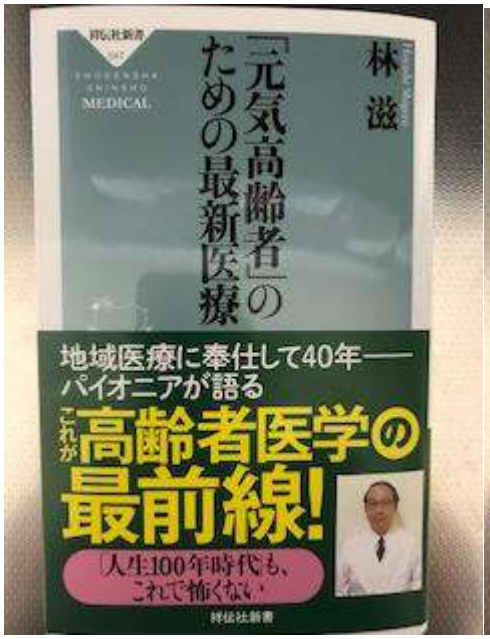
ＮＰＯ法人国際生活習慣病フォーラム　理事長
医療法人社団楓心会　林クリニック　　院長　林　滋

今までの講演内容と今後の予定です。

第２０回　平成３１年４月１１日　「物忘れの最近の進歩」
第２２回　令和元年５月９日　「皮膚病変」
第２４回　令和元年６月１３日「皮膚病変」と「高齢者と多剤投与(ポリファーマシー)の弊害」
第２６回　令和元年７月１１日　「百寿者を知る：元気に暮らすには」
第２８回　令和元年８月８日　「高齢者の肺炎と高齢者の脱水」
第３０回　令和元年９月１２日　「高齢者の健康診査の重要性」
第３２回　令和元年１０月１０日「インフルエンザについて」、
第３５回　令和元年１１月２８日「高血圧について」
第３６回　令和元年１２月１２日　「高齢者の感染症対策」
第３８回　次回は　令和２年１月９日(木)　「高齢者のがん対策」です
第４０回　次々回は令和２年２月１３日(木)　「認知症は予防できる」の予定です

☆出版のお知らせ

理事長林滋が令和元年１１月祥伝社新書で「元気高齢者」のための最新医療を出版しました。当学術講演会やあるこもーねなどで講演した内容などをまとめてさらに詳しく書かれています。９８０円です。元気な高齢者を目指す方には有用な情報が満載です。


祥伝社新書
MEDICAL
林 滋
「元気高齢者」のための最新医療
地域医療に奉仕して40年——
パイオニアが語る
これが高齢者医学の最前線!
「人生100年時代」も、これで怖くない!
祥伝社新書

9784396115470
1920247009804
ISBN978-4-396-11547-0
C0247 ¥980E
定価：本体980円＋税
林 滋
●フレイル、ロコモ、サルコペニアにならない、元気高齢者を目指そう
●リハビリテーション医療の有用性
●褥瘡ケア
●高齢者の腰痛対策
●骨粗鬆症
●在宅医療
●地域包括システムと訪問リハビリテーション
●認知症を知って、みんなで支える
●脳梗塞の予防と治療
●百寿者を目指すには？　若返りは？
●慢性心不全
●高齢者の誤嚥

☆お知らせ☆

当会監事山口秀樹先生が令和２年１月２６日ご逝去されました。謹んでご冥福をお祈りするとともに生前の先生の当法人に対する貢献に対して心より感謝申し上げます。

理事長　　林　滋

人事：理事長　林滋
　　理事　　前場良太　　長谷川慶華
　　参与　　吉田泰行　永田篤文　友安浩　高岩伸好　佐藤隆夫　笠巻祐二
総会：令和元年度総会を令和２年３月２９日（日）　銀座ルノワールを予定しています。
総会に関するお問い合わせは事務局（林クリニック；０３－３９５６－２０９０）へお願いします。
第１０回学術講演会：令和２年１０月４日（予定）場所は未定です。

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）