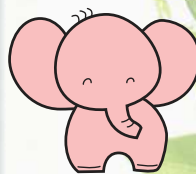


第23号 主な内容

- 2ページ フォーラムの講演から①
特別講演「最後まで自分らしく生きるために」
三和病院顧問 高林 克己氏
- 6ページ フォーラムの講演から②
「予防医学のとりくみ 地域のつながりと健康」
千葉大学予防医学センター特任助教 亀田義人氏
- 9ページ 千葉県医師会「健康格差を知る」講演会報告
理事長 篠宮正樹
- 10ページ『ここが知りたい！糖尿病診療ハンドブック』Ver.3
発刊への思い 副理事長 栗林伸一
- 11ページ 自分に残す遺産のお話
理事 柳澤葉子

会報 第23号
2017年5月1日



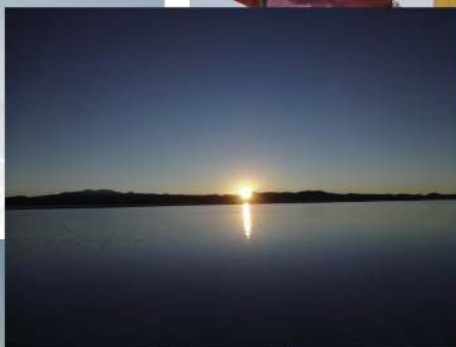
小象の会

最後まで健康に

小象ニュース

●第21回生活習慣病予防治療フォーラム開催

2017年2月25日 ホテルプラザ菜の花において 第21回生活習慣病予防治療フォーラムが開催されました。今回は「最後まで健康に」と題し、講師に三和病院顧問 高林克己氏、千葉大学予防医学センター特任助教 亀田義人の両氏による講演が行われました。会場は、この問題に関心を持つ、各地からの約150名の参加者で満員となりました。講演後も質問が相次ぎ、高林先生の御著書のサイン会には長い列ができるなど、参加者の関心の高さがうかがえました。講演内容を2ページ以降に掲載しました。





特別講演「最後まで自分らしく生きるために」

三和病院顧問 高林克日己

小象の会でお話できることを楽しみにしてやってきました。今日は超高齢社会に対する施策として、在宅医療、終末期医療、PPKの話です。

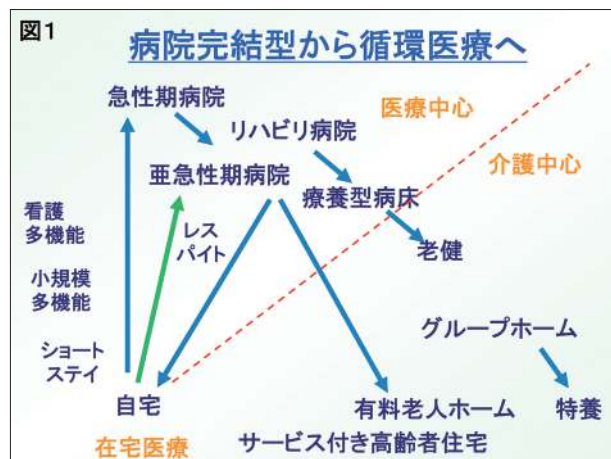
日本の出生数は1950年に200万人以上であったのが、2050年に50万人まで減ります。死ぬ人の数が2040年のピーク時には180万人まで増えます。日本の人口は、江戸時代初期に1千万人、明治維新のころ3千万人、終戦後8千万人。それから一気に人口が増えて、2010年に最高の1億2800万人に達し、わずか百数十年の間に何倍にもなりました。これからは日本の人口は同じように一気に終戦時あるいは明治維新の頃の人口まで減ります。土地も安くなり道路も空き、受験勉強も楽になる。いろいろなことが変わって行き、日本はこれから全く違う姿になります。

若い人の年間医療費が11万円、75歳以上では89万円くらいです。日本の年間医療費は40兆円になろうとしています。今後1年間で1兆円ずつ増えて、2025年には50兆円になります。65歳以上の人口が7～14%を高齢化社会、14%以上を高齢社会、21%以上を超高齢社会と呼びます。日本は今26%です。その後2060年には高齢化率がピークの41%になります。こんな国は世界中、歴史上どこにもありません。千葉県は2005年では館山のあたりだけが30%を超えていたのですが、2021年には千葉県全域が30%を超えます。2030年の予測では高齢化率は35%を超える地域がほとんどです。比率では低い地域でも、実数は大変な数になります。この数の人たちを病院では診られない。東京はもっと大変です。2030年には皆が病院に入るのは不可能になる。病院を作るには医者や看護師などの人材やお金が必要です。今のままの医療ではパンクします。まさに国難です。

若い人の年間医療費が11万円、75歳以上では89万円くらいです。日本の年間医療費は40兆円になろうとしています。今後1年間で1兆円ずつ増えて、2025年には50兆円になります。65歳以上の人口が7～14%を高齢化社会、14%以上を高齢社会、21%以上を超高齢社会と呼びます。日本は今26%です。その後2060年には高齢化率がピークの41%になります。こんな国は世界中、歴史上どこにもありません。千葉県は2005年では館山のあたりだけが30%を超えていたのですが、2021年には千葉県全域が30%を超えます。2030年の予測では高齢化率は35%を超える地域がほとんどです。比率では低い地域でも、実数は大変な数になります。この数の人たちを病院では診られない。東京はもっと大変です。2030年には皆が病院に入るのは不可能になる。病院を作るには医者や看護師などの人材やお金が必要です。今のままの医療ではパンクします。まさに国難です。

県も千葉大にお金を出して、私がセンター長になってプランを作りました。需要をいかに抑えるか、供給をいかにうまく回すかを考えました。大事なことは次のことです。第一に病院に行くという考え方を考え直すこと。第二に終末期医療に対する意識を変えること。第三に高齢者も働くことです。

在宅医療



1950年には75歳以上で亡くなる方はほとんどいみせんでしたが、日本は世界一の長寿国になり、みんなが75歳以上で死ぬようになりました。2040年に亡くなる人の9割は75歳以上です。一方、1950年には82%の人が家で亡くなりました。それが1975年くらいに逆転して、病院で死ぬのが当たり前になりました。これではいくら病院があっても足りず、一方で若い人たちの診るところがなくなってしまいます。千葉大のような大きい病院から自宅にまっすぐ帰れる人はほとんどいません。患者を長期間入院させることができないので、リハビリ病院や私のところのような小さい亜急性期の病院で回復を待ちます。その後療養型の病院・老健など複数の施設をまわって自宅に帰るのです。しかし多くは自宅に帰れません。自宅に帰っても一人では暮らせないからです。するとサポート付の高齢者住宅や老人ホームや特養に入ります。特養などは何百人も待っていてすぐは入れません。自宅に帰るだけでも大変なので、ショートステイや特養やデイサービスを利用する場合があります。あるいは私のいる病院のような小規模の病院で1週間預かることもあります。一方で、老人ホームやサポート付住宅は高額なので多くの場合が自宅か特養になります。在宅医療というのは自宅に私たちが回って行って診るサービスです。昔のように一病院ですべて完結するという時代ではなくなり、地域包括ケアをするようになりました。家で亡くなると医療費が1/10で済みます。自宅は自分の生活の場

です。家に帰ればまず生活があって、その下に医療があります。それをできるのが在宅医療です。(表1)

表1 在宅医療とは	
住み慣れた家で、医療や介護を受けながら、過ごす長年過ごしてきた、その人本来の生活の場で過ごす	
病人であると共に生活者。その人らしく生活し続けること。生活の質を保ち、よく生ききって人生を閉じることができる。	
⇒「治す医療」から「治し、支え、看取る医療」へ	
1 患者の希望、満足度が高い	1 最新の医療はできない
2 病院ほどの資源を要しない	2 介護力の確保
3 医療費の軽減	3 非効率
	4 安易な医療になる懸念

長い間私のテーマは膠原病でした。患者はみんな若い女性で、安らかな臨終などほとんどありませんでした。それが在宅医療を勉強してガラッと変わりました。みんな満足しています。実際に自宅で最期を迎えたい人も30%くらいいますが、実際に自宅で最期を迎える人は10%くらい。皆さんが在宅医療を希望する場合は、病院のソーシャルワーカーや地域包括支援センターなどに相談してください。

実例を述べます。西千葉で在宅ホスピスを始めた大岩先生から、病院で寝たきりだったがん患者さんたちが家に帰ってきてゴルフをやったり、コーラスの指揮をやったり、故郷の熊本に帰ったりした写真を見せてくれました。それで私も在宅医療を始めました。乳がんの末期のお二人は病院から「もうできることはない」と言われ私のところにきました。がんが腰椎に転移して動けない。家でも車椅子で動けばよいと言って、私は家に帰しました。二人とも家に帰ったら元気になって、車いすで沖縄まで里帰りしました。糖尿病性腎症で寝たきりで一言も口をきかずに3か月入院していたお爺さんは、家に帰って千葉大の女学生を連れて行ったら立ち上がって、話し始めました。みんな自然に笑顔になりました。

在宅医療を受けられる人は恵まれた人たちです。キーパーソンと言われる介護をする人の存在が必要だからです。自宅で生活できない人は介護施設に行くのですが、介護施設にもいろいろあり、高額でも終の棲家ではないところがたくさんあります。お金ではなくて最後にどうなるのかをよく聞いてください。

前立腺がんが背骨に転移して足の麻痺が出た方は天涯孤独の身でしたが、「家に帰りたい」と。自分で這って動いて身の回りもきれいにしています。独居

でも本人がやりたいかどうかが一番なのです。

終末期医療

表2

高齢者の終末期医療をどう考えるか

- 死生観：尊厳ある晩年を迎えるため
- 長生きしたから幸せに死ねるわけではない
- 患者・家族・医療者・行政のコンセンサスが必要
- 多死時代だからではなく、長寿社会における高齢者の死に対する認識を深める必要

これがある意味一番大事な表です。高齢者の終末期医療をどう考えるかのコンセンサスを作る必要があります。長生きしたから幸せになるかどうかは分かりません。どうやって尊厳のある晩年を迎えるかです。年をとった人の亡くなり方を考える時代が来たのです。年齢にかかわらず「あなたは終末期です。延命治療しますか？」という3%の人しか延命治療を希望しません。でも我々医療者にとって命は助けるものです。終末期になってどうするかはご本人の自己決定に従って判断します。本人が希望すれば延命治療を行えない、という法律がある国もたくさんあります。

ある朝奥さんがあなたを起こしに行くと言っている。病院に運ばれると「重い脳梗塞で命が危ない。もしもの時にどこまで処置を受けるか決まっていますか？」と聞かれます。がんの場合は、本人がどうするかを考える時間があります。心筋梗塞や脳卒中では、本人が突然何も決められなくなります。でも決めなくてはいけない。そのために事前指示書があります。

事前指示書は、前もって頭がしっかりしているうちに「こうなったらこうしてくれ」と宣言しておくものです。それがあれば我々はその人の意識がなくなっても、点滴や呼吸器などの管だらけのスパゲティ状態にはしないと判断できます。最低限の処置はします。

延命治療とは何か？例えば挿管です。気管に管を入れて息ができるように人工呼吸器につなぎます。すると声は出なくなります。一度つなぐと心臓が止まるまで人工呼吸器を外せません。何年でも。胃瘻

というのはおなかに穴をあけてそこから胃に直接栄養を入れる方法です。口から物が入れない時は、確かに生きていけますから良いのです。問題は認知症の人にやるのか？認知症は脳が萎縮して新しいことが記憶できない状態です。年をとるとだんだん日付や年号などの記憶が曖昧になって「どうでもいいや」となります。最後には食べることもどうでもよくなります。それでもお母さんにずっと生きていてほしい息子さんもいますが、それはお子さんの考えです。お母さん自身がこの状態になった時にどうするのか問われているのです。食べられなかったら痩せていき、のどが渇いて「かわいそうだ」と思うかもしれませんが、実は人間の自然な死に方なのです。本人も辛くありません。皆さんはまだ元気だからお腹が減るわけで、それとは意味が違います。誤嚥性肺炎という問題もあります。胃瘻から食べ物逆流して肺に入ってしまう。ある意味これも最期なのです。「肺炎なら治るだろう」というのは間違いです。

認知症や脳梗塞も含めて意識がなくなったり、判断ができなくなったりする前に、どのような医療を選択するのかを書いておくのが事前指示書です。全員に勧めるつもりではなく、書きたい人が書けばいいのです。どこで亡くなりたいか、心臓マッサージをするか、呼吸器につなぐかなどを自分の判断で書いて良いし、医師やお子さんに任せるでも良いと思います。(表3)

表3 事前指示書	
避けられない死が迫っているとき、そして意識のない時に	
1 どこで看取る	家 かかりつけの病院 三次救急施設
2 心肺蘇生	心臓マッサージ 気管挿管 人工呼吸器
3 栄養管理	点滴 高カロリー輸液(中心静脈輸液) 胃管(鼻腔チューブ) 胃瘻(いろう)
(4 輸血)	
決定は、身内(特定のだれか)、信頼できる医師、医師(誰でも)	

事前指示書は、生きているうちに使うものです。しまっておくのは冷蔵庫です。市町村によっては救急隊が冷蔵庫を開けて指示書を探します。がんの末期で「延命処置をしないでくれ」と言ったときに、かかりつけ病院を持っていないと、事前指示書自体がまだ法的に認められていないので、診たことの無

い患者さんに突然事前指示書を渡された三次救急の先生も、「この紙切れでは何もしないわけにはいかない」と言うと思います。遠くの親戚がやってきて「なんで何もしなかったのか？」と訴えられたら負けです。早く事前指示書を法的に認めて欲しいと思っています。

私の病院は小さな病院ですが、無理なことはしません。助ける人は助けますが、それ以上のことはしません。「余計なことはしなくてよい」という人と前もってお約束をした上で、何かあった場合は夜中でも駆けつけるということをしています。

ピンピンコロリ (PPK)

孫と遊びながらバタッと倒れてそのまま逝ってしまう。それは天寿を全うした完璧な死に方です。日本人の平均寿命は、男80.2歳女86.6歳ですが、人の世話にならないで生活できる健康寿命は、男71.2歳女74.2歳です。人の世話になる時期が最後に10年あるということです。世田谷のデータでは、74歳から84歳の年齢で介護保険を使っている人は23%。76%の人は85歳までは生きていれば元気だということです。

高齢者も働きましょう。高齢者は高齢者が看る。高齢者は社会のお荷物になるか、労働力になるかで価値が変わります。”Life is for living人生は生きるためにある“良い言葉ですね。

ちょっといい話

私はミュンヘンに留学していました。私はここが大好きで、患者さんを連れて行くツアーを企画しました。1994年にパリからヨーロッパ旅行に行きました。皆さん大変喜んでくれました。人間は目標ができると欲が出ます。毎年旅行することになり、20年間の夏休みを全部これに注ぎ込んでいます。両足の股関節がつぶれて、10年以上車椅子生活であった方が、一度連れて行ったら「また行きたい」と手術を受けて去年一緒にイギリスに行きました。こちらの人は胆管がんになってあと半年の命と言われたのですが、「夏までもてば連れて行く」と言ったところ、無事にスイスに行くことができ、さらに1年生き延びて去年はイギリスに行きました。目標を持つということは大事なことだと思います。病気の高齢者なら誰でもお連れします。看護師と医者付きでもめっちゃくちゃ高い金額ではありません。私が選んで食事

が良い旅行にお連れします。

まとめ

在宅医療を受けるのは幸せなことです。そして、事前指示書について考えて下さい。考えた上でお子さんに渡してください。かかりつけ医を持って下さい。

私の結論は「どうやって死ぬか」ということは「どうやって生きるか」ということで、元気で生き抜くことが一番幸せな死に方です。死に際を間違えないように指示書を一枚書いておいた方が良くご理解ください。ご清聴ありがとうございました。

参考書：高林克己著「高齢者終末医療―最良の選択」(扶桑社) 今日の話がまとまっています。

質疑応答

会場：最近肺がんの特効薬でオプジーボという薬がでて、異様に高いそうです。先生のお考えを。

高林：国は一生懸命医療費を抑制しようとしていますが、この10年の間にどんどん高い薬が出てきました。リウマチの分野でも年間1～2万円で済んでいたのが、40～50万円かかるのが当たり前になりました。C型肝炎の薬やオプジーボが出てきて、医療費はみんなのお金と国の税金で賄っていますが、このままでは国民皆保険制度の破綻は目に見えています。やはり適切な処方しかないと思います。イギリスでは80歳を超えると透析をしません。そういう国は世界にたくさんあります。これからたくさん高い薬が出てきます。その時にどうするか、ターゲットになる人を決めてやっていくしかないと思います。個人的な意見です。

会場：事前指示書を主人に渡して、私が家で死んだときに何もしないと、主人が罪に問われませんか？

高林：医者や救急車は呼んでください。

会場：かかりつけ医に連絡すればよいのですね。

高林：それが一番良いと思います。事前指示書の最後に医師の署名欄があります。かかりつけ医に署名してもらって先生にも一枚、自分も一枚持っていればよいと思います。夫婦二人だと秘密になってしまうので、第三者としてかかりつけ医にサインしてもらう必要があります。アメリカでは事前指示書は法的なもので、弁護士のサインが必要になります。弁護士のサインと第三者のサインがあって初めて成立します。



会場：かかりつけ医の立場からいうと、患者さんが事前指示書を持ってきたときにサインをする立場としてどうしようかと考えていました。まだ日本では法的なものではないので、尊厳死協会でも悩ましい議論が続いているそうです。今後の国の動きは？

高林：国は「世論や状況をみて」というと思いますので、我々が作っていかなくてはならないし、医療者でないとまとめられないと思います。全然診ていない人が突然亡くなっても、医師は対応できません。その前後が分かっていることが前提で決めることになります。先週、事前指示書を持っている膵臓がんの方が、血を吐いて連絡が来ました。吐血は想定外なので、救急病院で診てもらいました。その辺の理解を深める必要があります。

会場：インフルエンザの注射をしてもらう程度の近所の先生に、事前指示書を書いて持って行ってよいのでしょうか？

高林：未だにかかりつけ医の定義は曖昧です。その人がどういう家で、どういう病気があって、ご家族がどういう人たちで、本人がどう思っているのかが分かっている関係が本当のホームドクターです。かかりつけ医を作ることは大きな課題なのです。日本は大学病院でもだれでも受診できる制度です。これからはホームドクターをもつべき時代です。とくに高齢者はそうです。国もそう思っています。

会場：40代、50代の医師に、先生のような考え方が継承されているのでしょうか？

高林：我々の世代でコンセンサスを作って、次の世代に伝えないと難しいと思います。さらに幼稚園児や小学生にも話をしなくてはならないと思っています。私一人だけでは限界があるので、いろいろな伝道者を作って同じ考え方の人を増やしたいと思います。押しつけるつもりはありません。こういう考え方もあるという話をしていきたいと思っています。



講演「予防医学のとりくみ 地域のつながりと健康」

千葉大学予防医学センター特任助教 亀田義人

高齢者人口の著しい増加 と健康寿命、健康格差への注目

千葉県は今後著しく高齢化が進む地域である。2010年で56.3万人、人口に対する割合9.1%であった千葉県の後期高齢者数は2025年には108.2万人18.1%となりその比、実に1.9倍になる。長寿は本来、公衆衛生の目指してきた喜ばしいことだが、健康寿命と平均寿命の差が2001年の男性8.67年、女性12.28年から2013年には男性9.02年、女性12.40年に拡大し、疾病を抱えた期間が長引きその人数が多くなるほど医療費や介護費用が増大することが問題となっている。また、地域や社会経済的背景により健康の度合いに格差があることも注目されるようになり、新聞やテレビ等のマスメディアでも健康格差として取り上げられるようになった。

健康の格差は自己責任で解決するか

- 健康の社会的決定要因への注目 -

健康の格差は自己責任、すなわち、個人が健康に配慮していないせいであろうか？健康を個人の問題とする事に賛否両論あることは承知している。日頃から健康に気をつけている方から見れば、暴飲暴食し病気を悪化させ保険料から賄われる多額の医療・介護費を使う人がいることに、その個人に問題があると思うことも理解はできる。一方で、健康の格差を解消する方策、問題解決手法として、健康は自己責任とする方策は正しいであろうか。

問題解決手法は、収益に直接つながる企業が特に熱心に取り組んでいる領域である。トヨタ自動車では、問題解決のプロセスを踏んでいく過程で欠かせないのは、真の要因(真因)を突き止めることにあり「なぜを5回繰り返す」という。そして、真因を探る際、個人の責任に帰する場合はまだ十分に真因に迫った分析はできておらず、問題の解決に至ることは難しい。多くの場合真因は環境、システムや手順の問題に至るという。ここで、「どうしてジャクソンは病院にいるの？」というカナダの寓話を一つ紹介したい。

「『どうしてジャクソンは病院にいるの？』→それは

足を切ってしまって悪い病気がはいつたんだよ。『どうして切ってしまったの？』→アパートのとなりのガラクタ置き場で遊んでいたらケガをしたんだよ。『どうしてガラクタ置き場に？』→それは荒廃した地域に住んでいるからだよ。誰も監督もしていないんだ。『どうしてそういう場所に住んでいたの？』→ご両親がより良い場所に住む余裕がないからさ。『それはどうして？』→御父上は仕事がなくお母上は病気だからね。『お父さんに仕事がないのはどうして？』→それは御父上が多く教育を受けていないんだ。→『どうして?...』」

上記の寓話では病気の原因は周囲の環境や社会環境から来ていることを表している。このような社会環境が健康に影響しているという概念は、健康の社会的決定要因と呼ばれ、2000年ごろから世界中で注目されるようになった。WHO欧州地域事務局は健康の社会的決定要因に関する科学的な根拠を集めて「健康の社会的決定要因THE SOLID FACT（確かな事実）」を報告し、世界保健機関（WHO）健康の社会的決定要因に関する委員会は「一世代のうちに健康格差をなくそう」と呼びかける報告書を出版している。日本では、厚生労働省が健康日本21（第二次）において、健康寿命の延伸・健康格差の縮小のためには個人の行動変容だけでなく、「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現する」と厚生労働大臣告示で言及している。2016年9月には、日本医師会が当時の世界医師会の会長、サー・マイケル・マーモット氏を招いて健康の社会的決定要因についての講演をいただき、医師にも健康の社会的決定要因への配慮の機運が高まっている。

健康状態に影響する様々な要因

図1は生物・心理・社会モデルといい、健康状態に影響を与える因子を図式化したものである。医療従事者にとっては身近な、代謝・免疫や生活習慣等の生物学的因子や主観的健康観・生き抜く力などの心理的因子、趣味・生きがいなどの心理社会的因子に加え、社会的因子として個人の社会的サポートや

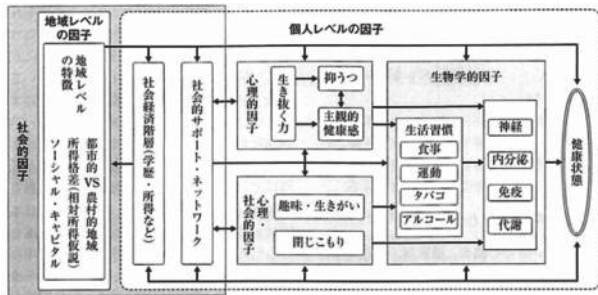


図1 生物・心理・社会モデル（近藤克則：健康格差社会 2005）

ネットワーク、学歴や所得といった社会経済階層などが個人の健康に影響を与えている。また、住んでいる地域がどのような地域かによって健康状態に影響を与える。例えば、都市であるか農村的であるか、地域の所得格差は大きい小さいか、次に述べるソーシャル・キャピタルの醸成はできているかなどが影響する。

ソーシャル・キャピタルとは社会関係資本とも訳され、アメリカの政治学者ロバート・パットナムによれば『人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会的仕組みの特徴』とされる概念である。端的に言うと「地域社会における人間関係の豊かさ」「地域の絆」と言い換えることもできるかもしれない。仮にすべてを金額に換算するという費用便益分析で経済学的説明をするならば、ご近所での助け合いや情報の取得やその地域に住んでいることによる利益をすべて有料のサービスに置き換えた場合の金額（資本）の多寡と言えるのではないだろうか。この地域の絆、ソーシャル・キャピタルが健康にも影響することが分かっている。ソーシャル・キャピタルの指標の一つである一般的信頼感、すなわち地域の人々のことを一般的に信頼できると回答した割合が高い地域では主観的健康観が良くない人の割合が小さいことが分かっている。主観的健康観は実際に死亡率と相関するため、地域の絆の強さと不健康な人の少なさに関連するといえる。そこで、地域の繋がりを醸成することによって、健康を高めることはできないかと千葉大学予防医学センターでは全国地方公共団体と協力して研究を行っている。

日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）プロジェクト

JAGESプロジェクトは健康長寿社会をめざした

予防政策の科学的な基盤づくりを目標としている。2010年度調査では全国の30市町村と共同し、14万人の高齢者を対象に郵送調査を行い、10万人から回答を得ている。千葉大学予防医学センター近藤克則教授を代表として、全国の大学・国立研究所などの30人を超える様々な分野の研究者が学際的、多面的な分析を進めている。2016年度調査では40の市区町村30万人と規模を増している。調査内容は、「健康とくらしの調査」と称して、地域の信頼度や社会的サポートの授受の有無、社会経済状況、社会参加の有無や頻度等の高齢者の生活機能を多面的に評価している。結果は参加した地域の中で当該地域がどのくらいの位置にいるかを見える化（ベンチマーク）している。読者の方も、自分が住んでいる市区町村の中にも建物や地域の様相が地域により様々に差異があることに思い当たると思うが、研究の中では、市区町村の健康指標について一覧化し、地域診断書としてまとめ、また小学校～中学校区ごとに分析して、地域の中でもどの小地域がどのような課題を持っているか、地図上に見える化して、行政施策に役立てる取り組みを行っている（図2）。

地域診断書



地図上に指標見える化

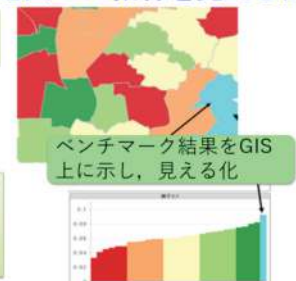


図2 地域課題の見える化

何点が具体的な事例を挙げよう。読者の方々は、「転びやすいまち」があるということを知ったことがあるだろうか。調査研究の結果から、小学校区ごとに過去1年間に転倒したことがあると回答した人の割合を調べたところ、7.4%～31.1%と、なんと4倍もの差が認められた。すなわち、転倒率には大きな差があり「転びやすいまち」があるということである。なぜそのような差が生まれているか分析してみた結果、スポーツ組織へ週一回以上参加する人の割合の低い地域では転倒率が高いということが判明した。また、別の分析では、同じように運動を週一回以上行っている人たちの中でも、スポーツ組織に参加している人に比べ、一人で運動していると思われるスポーツ組織に参加していない人では4年間の追跡で要介護状態に

なる人が1.29倍多いことが判明した。同じ運動をするのでも、地域のスポーツの会に参加の方がより健康に良い、ということであり、社会参加の重要性を示した結果といえる。

スポーツ以外にも、趣味のグループへの参加割合が高いほど、抑うつ状態になりにくく、男性では、抑うつ傾向になる割合が、あまり社会参加していない人では19.0%であったのに対し、社会参加している人では8.5%、とくに役割を持って社会参加している人では1.2%と大きな差があり、役割を担って社会参加することの重要性が分かっている。

高齢化に伴って2025年にはおよそ700万人、高齢者の5人に1人が認知症になると言われているが、3年間の追跡で、地域組織に参加していない人では参加している人に比べ認知症の発症の危険性が男性で2.08倍、女性で1.53倍多いことが分かっている。このように社会参加と健康には大きな関連が認められており、いかに自然に社会参加できるようなまちづくりをしていくかが重要となっている。

社会参加を促すまちづくりと効果検証

JAGESプロジェクトでは健康なまちづくりに取り組んでおり、愛知県武豊町と協力して、地域で社会参加の通いの場を作る「サロン事業」を展開、ボランティアを活用して運営し、身体や頭を使った様々な取り組みを住民主体に実施している。効果検証に武豊町の高齢者に全数調査を実施し、サロンへの参加者を5年間追跡した結果、要介護認定率は非参加者群の14%に対して参加者群では7.7%と半分程度に抑制されていた。また、同様に7年間追跡した結果認知症により要介護認定を受ける割合がサロン参加者では3割減少した。

今後の高齢人口の増加率が高いのは都市部であるが、都市部で同様の介護予防効果が挙げられるかはまだ検証されていない。そこで、2016年11月より千葉県松戸市と協力してまちづくりによる介護予防を行う共同プロジェクトを立ち上げた。この共同プロジェクトでは住民が主体となり、行政、大学、営利非営利問わず地域の事業者らが連携し、都市部ならではの人材も活用して、介護予防を実践し、効果検証する。他の地域に一般化できる形で介護予防の都市型モデルを作りたいと考え、今後住民主体に地域の社会参加の場を作り、またそれをマネジメント

する組織も構築して自律して機能する環境を作るべく現在進行形で取り組んでいるところである。

現在残存している問題はある分野の人だけで解決するような単純な問題よりも色々な事象が絡んだ複雑な問題が多い。これを解決するためには、様々な立場の異なる組織（行政、企業、NPO、財団、有志団体など）が、組織の壁を越えてお互いの強みを出し合い社会的課題の解決を目指すことが重要である。このアプローチはコレクティブ・インパクトといわれる。今後はこの分野横断的なアプローチが重要と考え、松戸市の取り組みに採り入れている。英国では社会参加の場が整っており、医療専門職が患者をコミュニティの非医療的サポート資源につなぐというソーシャル・プリスクライビング（社会的処方）という取り組みが行われている。患者の健康を地域で支えるという、医療という分野に縛られない取り組みであるといえる。今後日本にも導入するための街づくりを行っていく必要がある。

ライフ（人生）をサイエンス（科学）する

筆者の尊敬する人物の一人にルドルフ・ルートヴィヒ・カール・ウィルヒョウという人物がいる。医療者の中では病理学者として有名なドイツの医師である。彼は公衆衛生の改善を強く訴え、ベルリンに近代的な上・下水道を作るために政治家として働いた。彼の行動はミクロからマクロまで様々な視点で健康を考えた結果ではないだろうか。

近年、公衆衛生の分野ではライフコース疫学というものが注目されている。胎児期、小児期、思春期、青年期、そしてその後の成人期における物理的また社会的な暴露についての、その後の健康や疾病リスクへの長期的な影響に関する研究をいう。実例として、低出生体重で2型糖尿病の発症率が高いことや小児期の経済状況が高齢期の抑うつと関連する事などが報告されている。企業では健康づくりへの取り組みとして健康経営が注目されており、経済産業省が顕彰制度に取り組んでいる。今後は健康を考える上で、包括的な視点でライフ（人生）について考える必要がある。

ミクロ・マクロ、世代、分野を超え、一堂に会して問題解決に当たり、人々が自然に健康になれるような環境と、それを支える人をつくる。筆者は今後ともこの姿勢で取り組んで行きたい。

千葉県医師会「健康格差を知る」講演会報告

理事長 篠宮正樹

いまこの日本で貧困が進んでいます。子どもの6人に一人が相対的貧困です。OECD加盟の先進30カ国でメキシコ・トルコ・アメリカに次いで4番目の高さです。ひとり親家庭の子どもの貧困率は58%で30カ国中最悪なのです。一億総中流といわれたこの日本が、今や生活貧困層を抱える社会となったのです。

貧困という金銭からの剥奪（給食しか食べ物がない子、医者にかかれない子）から、人とのつながりの剥奪（運動靴が買えず部活に入れない子）、教育や経験の剥奪（本が買えない子）、そして自己肯定感が低下し将来に希望が持てない。それは日本の将来を憂うくします。「夏休みには、給食しか食べ物がないあの子はどうしているのか？」と養護教諭が心配しているなんて！ 胸が痛みます。

アフリカなどの最貧国（日収1ドル！）に比べればまだまだ幸せだ、努力しなかったせいだ、資本主義社会では必要悪だと思っている向きがありますが、それは当たりません。昨年来日したM・マーモット世界医師会長（当時）も、「第一に取り組むべきは健康格差である」と訴えました。健康日本21も「社会環境の質の向上による健康格差の縮小」を掲げました。

2017年1月に千葉県医師会生活習慣病研修会「健康格差を知る－より元気な社会の実現のために」が千葉県医師会館で開催されました。本研修会企画の意図を篠宮正樹が解説。「生まれたことの素晴らしさを説いて、自分を大切に病気を予防してもらおうと活動してきた。しかし明日食べるものがないのでは、生まれてきたことを幸福とは思えないであろう。この現状認識を共有する必要がある。」次いで高柳佐土美・千葉大学教育学部附属中学校養護教諭が「養護教諭が見てきた健康格差」として、「学校で貧困が広がっていることを実感、それが健康格差、知識・情報・教育格差、人間関係格差を生んでいる。学校でも制服を集めて渡すなどの努力は始まっている。子どもの幸せとは何か？ どう実現するか？」と。佐藤好範・千葉市小児科医会会長が「小児科医が見てきた健康格差」として、学力と学習意欲の低さ、人間関係の希薄化、受診を控える、予防接種率の低さ（どんな医療を受けられるかの情報が届かない）、虐待との関連などに言及、貧困が親から子へと連鎖することを強調されま

した。森本浩司・千葉県医師会副会長が「精神科医が見てきた健康格差－うつや自殺との関連も含めて」として、生活習慣の改善は重要な自殺対策である、うつ病も肥満も貧困から生じる健康格差であると述べられました。

そして「健康格差社会」への処方箋－政策・実践へのヒント」と題して、近藤克則・千葉大学予防医学センター教授が講演されました。近藤教授は、1983年千葉大学医学部を卒業され、日本福祉大学教授を経て、2014年に千葉大学教授に就任。2005年の著書『健康格差社会－なにが心と健康を蝕むのか』で社会政策学会賞奨励賞を受賞。社会的格差が健康の格差を生むという主張の日本の代表的存在です。

様々な世界のデータと近藤先生の豊富な調査結果が提示されました。日本の教育投資の少なさ（GDPに占める公的教育補助金は3.5%でOECD32カ国中最低）や貧困対策の遅れの酷さが分かります。能力のある子が学校に行けないのは日本の損失だと。1）ミクロレベルでは、子どもの貧困や肥満、自尊心を含む能力などを開発する教育支援、2）中間レベルでは、社会参加を促し、心理社会的ストレスを緩和し、より健康的な行動を促すような地域の絆や都市構造環境などに着目した地域・職域・学校における対策、笑わない人で健康感悪いが1.5倍、サロン参加者で介護認定率は低いなどのデータを示されました。3）マクロレベルでは、受診格差を減らす医療資源の配置や非正規雇用対策、社会保障政策による社会経済格差の縮小など。その担い手は、保健医療専門職に加えて、教育、都市、地域、労働などの社会政策担当者や企業、NPOなども含まれます。イギリスでは様々な対策の結果、健康格差が縮小しています。

個人の努力を称賛する態度はとても重要だと近藤教授も述べられています。ご自分で始められることを一緒に始められればと願います。この会報の亀田先生の講演記録をご参照ください。

これらは、近藤克則先生の近著「健康格差社会への処方箋」（医学書院）にまとめられています。

この講演会で私は「患者がどんな病気を患っているかだけでなく、どんな患者が病気を患っているかを考えよう」とのDr. D. Ofri の言葉を噛みしめました。



『ここが知りたい! 糖尿病診療ハンドブック』Ver.3発刊への思い 小象の会副理事長（三咲内科クリニック） 栗林伸一

2012年12月に発行した『ここが知りたい! 糖尿病診療ハンドブック』はおかげさまで販売部数は1万部を突破しました。2年ごと改定を重ね、2017年1月にVer.3を発行致しました。この出版不況の中、医学専門書で1万部を超えることはなかなかないことです。

えっ! 何で小象の会の会報で医学書なんぞの紹介をするかって! まあまあ、その関係については今から説明しましょう。

＜糖尿病という病気の特長性＞

厚生労働省が糖尿病対策に躍起になっていることは皆さまご存知ですね。患者さんの急増以外に、糖尿病には病気の特長性があるからです。第1に、糖尿病は全身に深刻な合併症を引き起こします。厚生労働省が5大疾病と位置付けている「がん」「脳卒中」「心筋梗塞」「糖尿病」「精神疾患（うつ病や認知症）」と、昨年から重症化予防に取り組み始めた「糖尿病（性）腎症」の総てに糖尿病は関わっています。第2に、糖尿病はよほどの高血糖になるか、深刻なほど合併症が進行しないと自覚症状が出てこないことです。そのため、せっかく検診やドックで見つかったりしても診療を受けなかったり、治療を中断する人が少なくありません。第3に、インスリンを作る膵臓の細胞の数は放置するとどんどん減り、血糖管理がどんどん難しくなります。第4に、治療法が進歩したとはいえ、糖尿病を管理するには日常生活そのものをうまく調節する必要があります。つまり、患者さんの日常生活そのものが療養の善し悪しと直結している病気ですが、無責任な医療情報や誤った健康情報で療養や治療を中断し、取り返しのつかなくなる人も決して少なくありません。

＜糖尿病診療のサポート役を育成する!＞

私も糖尿病対策推進会議に働きかけて、5年前に千葉県糖尿病療養指導士／支援士（CDE-Chiba）認定制度を作りました。CDE-Chibaには医師や医療者のサポート役、施設間の連携のサポート、患者さんの療養相談役、医師と患者さんの仲介役などが期待されています。現在までに1128名が認定されていますが、今後どここの施設でもCDE-Chibaが働いて

いるようになれば大きな力になると思っています。

＜主治医は誰?＞

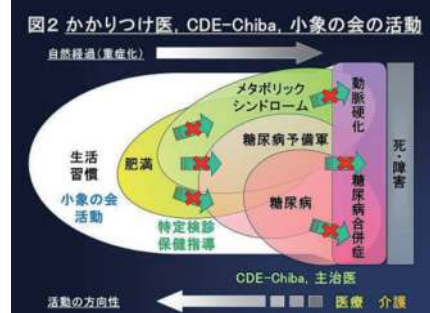
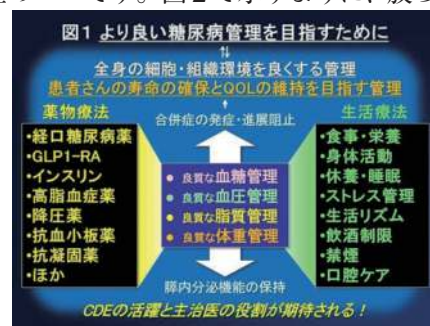
糖尿病は医師の診察を受ける必要がありますが、誰が主治医になったら良いのでしょうか。糖尿病専門医ですか? 糖尿病患者さんが激増していますから専門医のみでは数が足りません。おまけに働き盛りの人では予約時間に合わせ、長い時間待つほど暇はありません。また、高齢者では近隣の医療機関へしか通えません。したがって、かかりつけ医が主治医にふさわしいのです。

＜だからこの本が役立つのです＞

医学の進歩は目覚ましく、糖尿病でも新薬が続々と登場し、ガイドラインも次から次へと出され、医師が学習すべき内容が非常に増えてきています。そこで、合併症の予防や管理の仕方、薬物療法、生活療法（食事療法・運動療法など）を効率良く理解し、実践できるよう工夫した本が必要になるのです。本書は糖尿病の診療をされている医師だけでなく、療養をサポートするCDE-Chibaも気軽に読める診療ハンドブックです。糖尿病のより良い管理にお役立て頂ければ幸いです（図1参照）。

＜小象の会活動との関係＞

小象の会は、市民と医療者が協力して生活習慣病の予防と進行の防止に取り組む組織で、糖尿病対策もその大きな柱の一つです。図2で示すように、放っておくと右向きになってしまいがちで、その流れを阻止し（図の×）、左向きに戻すよう、主治医、CDE-Chibaと共に取り組んでいきたいですね。



自分に残す遺産のお話

理事 柳澤葉子

私は内科医として、糖尿病などの生活習慣病の患者さんを毎日拝見しています。糖尿病はとくにこれといった症状もなく、自分では何の不自由も感じていないのに、食べる楽しみを制限されたり、好きでもない運動をやらなきゃだめだと言われたり、実に面倒くさい病気です。しかも受診するたびに採血されて、この1、2か月の生活態度がどうだったかすぐわかってしまい、誤魔化すこともできません。患者さんもさぞ憂鬱なことでしょうが、診療している医師の方も、自分のいい加減な生活習慣を棚に上げてあれこれ“指導”しなくてはいけないところに辛さがあるのです。そして患者さんご自身以上に自分の力不足を痛感することも多々あります。

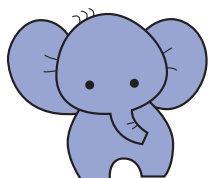
医師を悩ます患者さんにはいろいろなタイプがあります。一番典型的なのは、自分の健康状態にあまり興味のない方たちです。高血糖が長く続くことが健康に及ぼす様々な影響を知っている私としては、そんな患者さんたちの検査結果を見て、これは大変！何とかしなくては、と毎回あの手この手で自覚を促そうとするのですが一向に変わる様子がありません。メガ盛りなんていう牛丼を食べてみたり、(だってお得じゃないですか！) ケーキ食べ放題のバイキングに行ってみたり(だって友達が行こうっていうから・・・)と自由なようできてバラエティの少ない食生活。血糖値が上がると体がだるくなるのか、運動にも気が乗らない様子です。ストレスにさらされた時に気持ちを切り替えることができる趣味や、生きがいになるような仕事を持っていない方、おしゃれなどにもあまり興味のない方が多いような気がします。将来を考え、計画的に生活するのは苦手だし、まあいいやと思ってしまうタイプです。

また、逆にとてもストイックな方たちもいます。健康についての情報を集め、身体に良いという食べ物やサプリメントの知識も豊富で、それを試すことにも積極的です。そして、薬はなるべく飲みたくない、できるだけ自分の力でやってみたいとおっしゃいます。検査の結果が悪いと、もっと運動します！とか食事を減らします！とおっしゃるのですが、なかなか成果が上がりません。このタイプの皆さんはご自分が病気であることを認めたくないのかもしれ

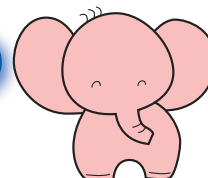
ません。健康のために努力するのは素晴らしいことですが、人それぞれ体質が違います。一般人には良いとされるサプリメントや食べ物も、糖尿病のあるかたに良いとは限りません。しかし確実に効果があり副作用も少ないと証明されている『薬』という武器を持って、さらにこれだけの努力をされたら、もう無敵です。きっと病気とうまく付き合っていけるのに違いありません、それなのに…。大事な時間を無駄にしているように思えてなりません。

糖尿病は合併症が怖い病気です。治療で達成される血糖値と将来の合併症との関係を表す『レガシーエフェクト(遺産効果)』という言葉があります。イギリスで4000人以上の糖尿病患者さんを、薬をがっちり使ってしっかりコントロールする人(平均HbA1c7%)と、普通にコントロールする人(平均HbA1c7.9%)にわけ10年間経過を見ました。すると、腎臓や目に起こる細い血管の障害による合併症はしっかりコントロールした方たちに少なかったのですが、心筋梗塞や脳梗塞などやや太い血管に起こる合併症には差がなく、死亡率にも影響がないように見えました。ところが、その後、両方の人たちの治療に特に差をつけることなくさらに10年間様子を見ると、やがてコントロール状態には差がなくなったのですが、初めにしっかりコントロールした人たちはずっと腎臓や目の合併症が少ないだけでなく、心筋梗塞や脳梗塞も明らかに少なく、死亡率も低いことがわかりました。以前にしっかり治療した効果が遺産となってその後の健康状態を変えたのです。逆に言えば、コントロールが悪かった時の傷はなかなか癒えないのだとも言えます。(これをメタボリックメモリーと言います。) 1990年ごろに比べ今は格段に治療方法が進歩しています。副作用の少ない優秀な薬がたくさん登場しました。そのような薬を少量使う、そしてご自分の体の状態をよく知って、それに合った生活を送ることができたなら検査の結果を聞くのも楽しみになることうけあいです。努力や我慢は大変だけれど、未来の自分に素敵な遺産を残すためにチャレンジしてみましょう。





小象の会総会とフォーラムの お知らせ



日 時：2017年5月14日（日）
 14時25分 小象の会総会（14時開場）
 15時00分 第22回生活習慣病予防治療フォーラム

場 所：ホテルプラザ菜の花 4階「楨」
 千葉市中央区長洲1-8-1
 電話（043）222-8271
 千葉駅より千葉モノレールで5分「県庁前駅」下車徒歩0分
 千葉駅よりバスで10分「県庁前」下車徒歩1分

参加資格：生活習慣病の予防や治療について考えている方

参 加 費：無 料

プログラム

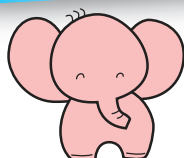
14：25／総 会：

15：00／一般講演 内田 大学 理事
 （ほたるのセントラル内科院長）
 演 題 『糖尿病診断と治療の大進歩 夢がそこまで』

15：30／特別講演 森本 浩司 先生
 （千葉県医師会副会長、稲毛海岸神経科クリニック院長）
 演 題 『生活習慣とメンタルヘルス』

☆本フォーラム出席により「CDE-Chiba認定更新のための研修会」2単位を取得できます☆

NPO法人「小象の会」会員募集



小象の会では会員を募集しています。小象の会に入会して、一緒に生活習慣病を防止するNPOのさまざまな活動に参加しませんか。個人会員は入会金1,000円、年会費一口2,000円、法人会員は入会金10,000円、年会費一口20,000円となっています。詳しくは小象の会事務局に電話又はFAX、メールでお問い合わせください。

お問い合わせ・連絡先 小象の会 事務局

〒260-0808千葉市中央区星久喜町946-7
 電話：043-263-1118 FAX：043-265-8148

E-mail：naika@2427.jp

小象の会ホームページ：<http://www.kozonokai.org>

小象の会役員

理 事 長	篠宮正樹
副理事長	栗林伸一 高橋金雄 中野英昭
理 事	内田大学 梅宮敏文 小倉 明 小田部譲 櫛方絢子 釘持登志子 高橋信一 田代 淳 古市雅雄 柳澤葉子
監 事	田所直子 蛭田 隆
顧 問	小倉敬一 金塚 東 齋藤 康 渡邊 武