

【松山 幸弘 先生 ご寄稿】

一般財団法人 キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹で、当法人理事の松山幸弘先生より
ご寄稿いただきました。

「『ドラゴン桜2』の『偏差値30台で東大現役合格』は本当です」

自分が馬鹿であることを知る

本年4月25日から放送された人気ドラマ「ドラゴン桜2」を見て、大学受験で苦闘した高校時代を思い出すと同時に、ドラマの中で弁護士桜木が語る東大現役合格勉強法に度々うなずいた。私も高校3年生になったばかりの5月に東京の予備校の模試を受けた結果が偏差値30台だったが、東大経済学部にて現役合格できたからである。

私は、1968年4月に千葉県立木更津高校に入学したが、自分がどの教科書を読んでも理解することができない人間であることに気づいて愕然とした。中学時代は軟式テニスのクラブ活動に夢中で小説などの本を読んだことが一度もなかった。高校受験は基本的参考書を丸暗記しただけだった。そのため、日本語を理解する能力が極端に劣っていたのである。「ドラゴン桜2」では最低点をとった生徒が「馬鹿」鉢巻きをさせられたが、自分の状態が正にそれと自覚したのである。

勉強の仕方がわからず悶々としていた私の前に救世主が現れた。当時3年生であったO先輩である。O先輩は、東大医学部現役合格確実と言われていた英才である。そのO先輩が、1年生と2年生のために受験指導塾を週1回放課後に開いてくれたのである。ある日塾が終わっての帰り際O先輩から「東大現役合格するためには2年生までに3年生までの教科書を全て自力でマスターして3年生では受験対策に特化すること」、「試験で出題者の意図を推理する力を身に付けること」、「数学も基本は暗記。参考書例題を全て暗記すれば出題意図が見えるようになる」と指導を受けた。余談だが、O先輩は、1969年1月に起きた安田講堂事件で東大入試が中止になったため東大医学部に入ることなく別の国立大学医学部に入学、後年医学部長を務められた。



松山 幸弘 (まつやまゆきひろ)
(一財)キヤノングローバル戦略研究所
研究主幹 / 経済学博士
公益社団法人 顔と心と体研究会 理事

(→次ページにつづく)

* Contents *

表紙～P.2 松山 幸弘 先生 ご寄稿

P.3～9 第3回顔と心と体セミナー
天野恵子先生講演内容

P.2 社員総会 開催報告

P.10～15 第3回顔と心と体セミナー
唐澤剛先生講演内容

P.2 「コロナ禍・コロナ後のメイク
ボランティア」シリーズ動画配信

P.16 第5回顔と心と体セミナー 告知

(→表紙からのつづき)

東大受験のライバル同士でチームを組んだ

「ドラゴン桜2」では東大専科参加者たちがライバルでありながらチームを組んでいた。O先輩指導塾に参加した有志メンバーもチームであり、その中に中学時代に千葉県下の高校受験模試で常にトップであったY君がいた。Y君は小学生時代に全国読書感想文コンクールで優勝して皇太子（現在の上皇様）から表彰状を賜った秀才である。Y君の4歳上のお姉さんも東大医学部合格者であり、Y君は受験勉強の方法を熟知していた。現代文どころか古文、漢文がチンプンカンプンだった私は、Y君に古文、漢文の勉強方法を尋ねた。すると「まずは洛陽社の『古文研究法』と教えてくれた。『古文研究法』は小西甚一先生が書かれた古典的名著であり、それを読んだ時身震いしたことを今でも覚えている。漢文については洛陽社が1968年10月に『漢文研究法』（小林信明著）を発売してくれた。これもこの1冊で受験対策になる名著であった。Y君の家と私の家は徒歩で約20分の距離にあった。3年生の9月頃と記憶しているが、夜10時頃自室で勉強していると窓がたたかれる音がした。窓を開けるとY君がいて「東大の試験が論文形式に変わるのでこの参考書を読み」と発売されたばかりの山川出版社の『世界史論述式問題集』をプレゼントしてくれた。Y君のサポートがなければ私の東大現役合格はありえなかったのであり、どんなに感謝してもしきれない。ちなみに、我々の学年の東大受験チームから8名の合格者（現役4名、1浪4名）が出た。これは、1900年創立の木更津高校120年の歴史の中で突出した記録（通常は1～2名）である。

私は、受験勉強を通じて「自分が今理解できていないことは何かを知る」能力を身につけた。生命保険会社に24年間勤務した後46歳で政策研究者に転じ、だいたい3年毎に新しいテーマにチャレンジし続けている。自分が越えねばならない壁の高さをスタート時点で知り得ることは、研究者としての大きな長所と感じている。

令和3年度社員総会 開催報告

令和3年度社員総会を下記のとおり開催し、すべての決議事項が承認可決されましたので、ご報告いたします。

今年度の社員総会も、昨年度に引き続き感染症拡大防止のため会員の皆様の出席を控えていただくという例年のない開催ではございましたが、理事会提案に委任状でのご賛同をいただいた会員の皆様に改めて御礼申し上げます。

◆日時◆ 令和3年6月23日（木） 18:05～18:50

◆場所◆ REIKO KAZKI 東京本社（東京都新宿区左門町20番地 四谷メディアビル5階）


◆報告事項◆2020年度(2020年4月1日から2021年3月31日まで)事業報告の内容報告の件

◆決議事項◆2020年度(2020年4月1日から2021年3月31日まで)計算書類及び財産目録承認の件

「コロナ禍・コロナ後のメイクボランティア」

シリーズ動画配信のお知らせ

メイクボランティア活動は、新型コロナウイルスの影響で、2020年3月より実施を見合わせております。そこで、事務局では、『メイクボランティア感染拡大防止ガイドライン』（会報誌57号に掲載）を作成し、この度、このガイドラインを元に、今後のメイクボランティアの再開に向けて、「With コロナの新しい生活様式」の中で感染防止を実施した「新しいメイクボランティア方法」の動画（導入・メイク実技①・②・コミュニケーションの4本）を作成いたしました。

これらの動画は、これまでメイクボランティア活動にご協力いただいていた当法人の会員様に向けての内容ですので、配信は原則として会員限定となっております。動画視聴ご希望の方は、HPまたは事務局までメールにてお申込み下さい。視聴URL  YouTube をお知らせします。

メイクボランティア再開までの準備、またメイク方法の復習の手段として、是非ご覧下さい。

「第3回顔と心と体セミナー」講演内容

4月24日（土）に開催しました「第3回顔と心と体セミナー」での、天野恵子先生、唐澤剛先生の講演内容についてまとめましたので、会員の皆様へ共有いたします。なお、6月26日（土）に開催いたしました「第4回顔と心と体セミナー」の講演内容につきましては、次号（11月末発送予定）にて掲載予定です。次回のセミナーは、9月25日（土）に開催します。詳しくは最終ページをご覧ください。

【講演（要約）】

●天野恵子 先生（（一財）野中東皓会 静風荘病院 特別顧問 / 日本性差医学・医療学会理事）

「新型コロナウイルス感染症の特徴と死亡率の性差について」

【1. 新型コロナウイルス感染症について】

本日は、事務局の要請により、新型コロナウイルス感染症についてお話しします。

ウイルスには何百という種類があり、コロナウイルスはそのうちの一種です。ヒトに感染するコロナウイルスは7種類あり、新型コロナウイルスはそのうちの1つです。新型コロナウイルスは咳やくしゃみで飛沫感染する可能性が高く、潜伏期間は2～14日といわれています。主な症状は、空咳、発熱、味覚異常、嗅覚異常、のどの痛み、頭痛、息苦しさなどです。2019年12月に中国で報告されてから、世界中で緊急事態を引き起こし、多数の感染者と死者を出しています。インフルエンザと違って、無症状の人が非常に多く、その無症状の人から感染するので非常に厄介です。

4月17日現在、日本でも52万人以上が感染し、1万人弱の方が亡くなっています（※）。世界では300万人の方が亡くなっています。戦争よりも多くの犠牲者を出しており、どの国においても大きな問題になっています。

どのくらいの人が感染してどのような症状が現れるかということについて、国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授が「7段階モデル」を作っています（図1）。それによると、ステージ0が暴露されていない人、ステージ1と2が無症状か風邪のような軽い症状がある人です。新型コロナウイルスは、感染力は強いのですが、細胞内で増殖するウイルス量は少なく、毒性も低いといわれています。患者さんの98%は自然免疫（後述）で治癒します。ステージ3と4はサイトカインストーム（免疫の暴発により自身が害される状態。詳しくは後述）を起こすレベルで、2%の患者さんに起こり得ます。そして、この「7段階モデル」では0.002%の患者さんが重症化し（ステージ5）、0.001%の患者さんが死亡します（ステージ6）。このモデルは、感染症蔓延のかなり初期に出されたものですが、大体このとおりになっていると思います。

図1 新型コロナウイルス感染症の7段階モデル （国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授による）

- Stage 0 暴露されていない人
- Stage 1~2 無症状か風邪のような軽い症状
- COVID-19は、暴露力（体内に入る力）は強いが、伝染力は低い（インフルに比べ、細胞内で増殖するウイルス量は少ない）、毒性も低い。98%の患者が自然免疫で治癒
- Stage 3~4 2%の患者でサイトカインストームの発生
- Stage 5 重症化 0.002%
- Stage 6 死亡 0.001%

【2. ワクチンについて】

① ワクチンの種類

日本でもワクチン接種が始まりましたが、ワクチンには何種類かあります。まず生ワクチンは、病原性を弱めた病原体そのもので、このワクチン接種により、その病気に自然にかかった場合と同じ免疫がつくことが期待されます。多くの方は軽い症状で済むことが多いのですが、副反応として、その病気にかけたような症状が出る場合があります。代表的なものとしては、麻疹・風疹、水ぼうそう、BCG、おたふくかぜなどのワクチンがあります。

（※ 日本の陽性者数・死亡者数は、8月18日現在、それぞれ1,179,176人、15,467人（厚生労働省））

もう一つは不活化ワクチンです。感染力をなくした病原体やその病原体を構成するタンパク質でできています。1回接種しただけでは必要な免疫を獲得・維持できないので、一般に複数回の接種が必要とされています。私たちの知っているものとしては、ジフテリア・百日ぜき・破傷風・不活化ポリオを組合せた4種混合ワクチン、ジフテリアと破傷風の2種混合ワクチン、日本脳炎、インフルエンザ、B型肝炎などのワクチンがあり、さらに、高齢者のための肺炎球菌ワクチン、また子宮頸がん予防のヒトパピローマウイルスワクチンなどがあります。

② 新型コロナウイルス感染症のワクチン

(1) 組成と免疫反応

今回新しく登場したのが遺伝子を使ったワクチンです。「遺伝子を使う」ということをもう少し詳しく説明すると、ウイルスを構成するタンパク質の遺伝情報を投与し、その遺伝情報を基に体内でウイルスのタンパク質を作って、そのタンパク質に対して抗体ができることで免疫が獲得されるということです。

新型コロナウイルスがヒトの細胞に侵入するには、ウイルス粒子の表面にあるタンパク質（スパイクタンパク質）がヒト細胞上のアンジオテンシン転換酵素2（ACE2）と結合することが必要です。このウイルスのスパイクタンパク質の遺伝子に対する抗体を作ろうとするのが、今回のワクチンの特徴です。

ファイザー社とモデルナ社のワクチンは、いずれもこのスパイクタンパク質の遺伝子全体を用いています。人工的に作ったスパイクタンパク質のmRNA（メッセンジャーRNA）をワクチンとして接種すると、体内でスパイクタンパク質だけが作られ、これを異物と認識した免疫細胞が抗体を大量に作ります。そうすると、同じスパイクタンパク質を持つウイルスが侵入して来たときに、素早く反応して攻撃することができます。

アストラゼネカのウイルスベクターワクチンは、血栓ができるということで日本で使われるかどうかまだわかりませんが、これも遺伝子を使ったワクチンです。ただ方法が少し違います。アデノウイルスなど感染力のあるウイルスに特定の遺伝子を組み込んで人体に投与するものです。アストラゼネカのワクチンは、人体の中で複製できないチンパンジーのアデノウイルスを用いたもので、ベクター（ウイルスの「運び屋」）に新型コロナウイルスのスパイクタンパク質の遺伝子を組み込んであり、スパイクタンパク質に対する免疫が誘導されます。

(2) 遺伝子を使ったワクチンの人体への影響について

ワクチンの遺伝情報を人体に投与するというので、将来の身体への異変や将来持つ予定の子供への影響はありませんかということをよく聞かれます。mRNAワクチンでは、ウイルスのタンパク質を作るものになる情報の一部を注射します。人の身体の中で、この情報をもとに、ウイルスのタンパク質（スパイクタンパク質）の一部が作られ、それに対する抗体などができることで、ウイルスに対する免疫ができます。mRNAは、非常に不安定で、数分から数日といった時間の経過とともに分解されていきます。身体の中では、人の遺伝情報（DNA）からmRNAが作られる仕組みがありますが、mRNAからDNAが作られることはありません。こうしたことから、mRNAを注射することで、その情報が長期に残ったり、精子や卵子の遺伝情報に取り込まれるようなことはありません。

(3) アナフィラキシーとは

もう一つ皆さんからよく聞かれるのは、アナフィラキシーというのはどうして出るんですかというものです。新型コロナウイルスのワクチンはいずれも筋肉注射で、21～28日の間隔で2回接種します。新型コロナワクチン接種後の副反応としては、不活化インフルエンザワクチン接種と比べて、局所反応としての接種部位の痛み、全身反応としての発熱、倦怠感等の頻度が高くなっています。アナフィラキシーショックは薬や食物が体に入ってから、短時間で起こり得るアレルギー反応です。じんま疹などの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しさなどの呼吸器症状が急に起こります。血圧の低下を伴い、意識レベルの低下があって、脱力を来すようなこともあります。特定のワクチンだけに起きるものではなく、さまざまな医薬品やワクチンの投与後にも報告されています。例えばインフルエンザワクチン接種後の副反応の疑い報告では、因果関係があるかどうか分からないものも含めて、1シーズンに20件ぐらゐのアナフィラキシーが報告されています。また、例えば小麦アレルギーの人でも起こりますし、運動後に急に起こることもあります。

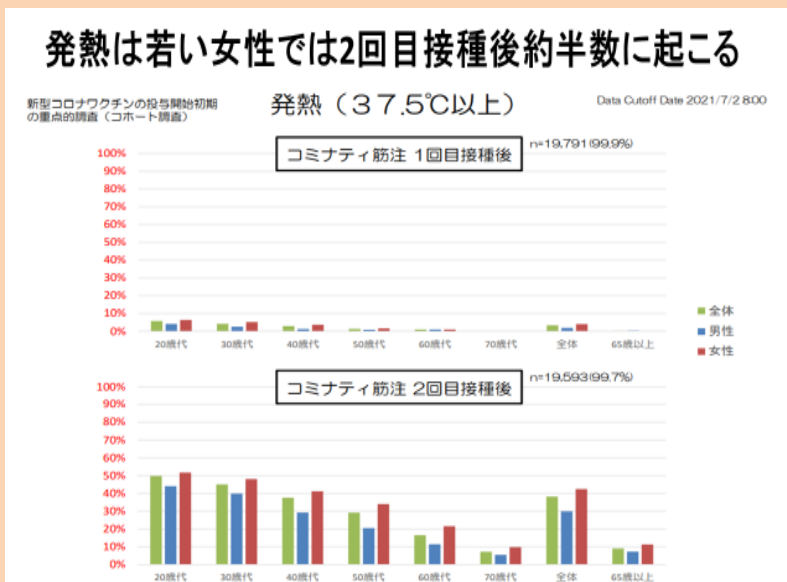
アナフィラキシーショックに対処する方法としては、予防接種後に息苦しさなどの呼吸器症状が見られれば、接種会場や医療機関で、まずエピネフリンという薬の注射を行います。その後、症状を軽くするために

気管支拡張薬の吸入だとか、抗ヒスタミン薬、ステロイド薬の点滴なども行います。接種後にアナフィラキシーが起こってもすぐに対応が可能なように予防接種の接種会場や医療機関ではちゃんと準備していますので、心配は要りません。

(4) 副反応について

接種後どのくらい副反応が起きるのかについては、最近、厚生労働省のホームページに公表されています。20~30代の若い女性に多いといえます。まず、37度以上の発熱では、1回目の接種後にはほとんど起きませんが、2回目の接種後には20~30代では2人に1人くらいの割合で起きています(図2)。全身の倦怠感については、20~40代では70~80%くらいの人に起こります。頭痛についても同じような傾向があります。自分の経験からしても、2回目の接種の翌日は休養を入れるということを考えた方がいいと思います。じんま疹が出たときのための抗ヒスタミン剤や抗頭痛薬が出されることがありますが、これももらっておいた方がいいと思います。

図2



[3. ウイルス・感染・免疫について]

① 細菌とウイルス

ここから少し基本的な話をします。細菌とウイルスはどう違うかということです。私たち動植物は真核生物といいます。その細胞には核があり、細胞膜で包まれ、細胞質があり、代謝をつかさどるミトコンドリアのようなものもあります。すべてのものがキッチンでいえば包丁から食器、鍋釜まで一揃っている状態といえます(図3)。

細菌は原核生物といわれ、遺伝子(DNA)があって膜がある。細胞には核がなく、DNAがその他の物質とともに細胞膜内を漂っています(図3)。

細菌とウイルスはどう違うか。細菌は細胞があって栄養を摂取して、そこからエネルギーを生産して、細胞分裂を繰り返すことによって生存と増殖ができます。ところがウイルスになると、まず細胞がありません。タンパク質でできたカプシドという殻の中に遺伝子情報となるDNA(またはRNA)が収められているだけです(図4)。

まず膜がないということが細菌との大きな違いです。栄養を摂取したり、エネルギーを生産したりすることはできません。自分で動くこともできず、誰かの細胞の中に入らないと増殖することもできません。

図3 細菌は原核生物、動植物は真核生物
<https://medicalnote.jp/contents/180508-002-CK>

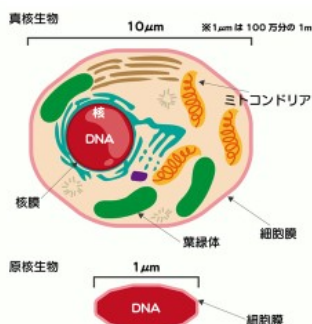
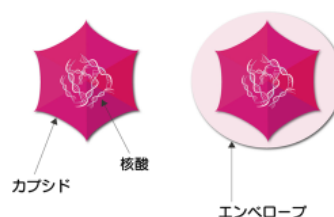


図4

ウイルス

<https://medicalnote.jp/contents/180508-002-CK>

■ ウイルスの基本構造



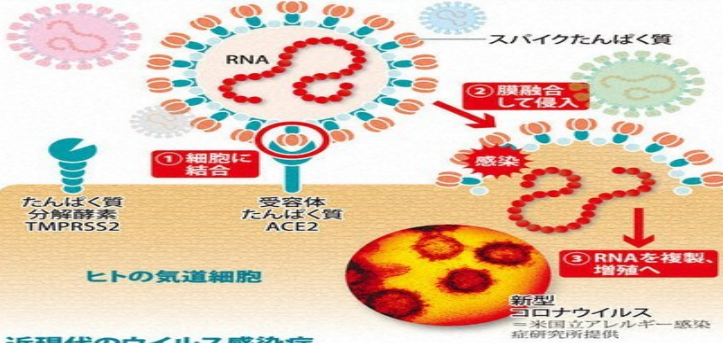
ウイルス感染症の仕組みと歴史

ウイルスとは

- 遺伝情報である核酸 (DNAまたはRNA) をもつ
- 動物などの細胞に感染し増殖。単独では増殖できない
- 細胞はもたないが、似たような構造を有する

図5

新型コロナウイルス感染の仕組み ※東京大の資料を基に作成



近現代のウイルス感染症

1918~19年	76年~	2002~03年	09年
スペイン風邪 世界人口の25~30%が感染。4000万人が死亡 (世界保健機関<WHO>推計) <small>→米疾病対策センター提供</small>	エボラ熱 アフリカを中心に流行。2014~16年には西アフリカで1万1000人以上が死亡	重症急性呼吸器症候群 (SARS) 中国を中心に世界で8096人が感染。774人が死亡	新型インフルエンザ (H1N1) 200以上の国・地域で1万8000人以上が死亡 <small>WHOのホームページから、2003年4月収集 グラフィック・松本隆之</small>

③ 免疫とは

先程98パーセントの人が自然免疫で治りますという話をしました。自然免疫とは生まれたときから備わっているバリアー機能で、例えば、皮膚にはウイルスなどの体内への侵入を防ぐ物理的なバリアーがあり、また殺菌物質のような化学的なバリアーもあります。また鼻や喉には粘膜があり、そこにもバリアー機能があります。仮にバリアーが突破されても白血球の一部である食細胞が直接ウイルスを食べてしまうという機能もっています。

自然免疫では、マクロファージ、貪食細胞、NK (ナチュラルキラー) 細胞などがウイルスを食べてしまいます。そして自分達が食べたものの情報をリンパ球のヘルパーT細胞に伝達します。するとヘルパーT細胞がB細胞にこれを攻撃する抗体を作りなさいという命令を出します。B細胞はそのもらった情報から抗体を作り出し、その抗体が次に体の中にウイルスが入ってきたときにウイルスにくっついて感染を抑制してくれるというものです。ヘルパーT細胞はキラーTリンパ球にも指令を出します。キラーTリンパ球は感染した細胞を撃退してしまいます。これが獲得免疫で、ワクチンは獲得免疫に関係します (図6)。

獲得免疫はできあがるまでに数日かかります。その司令塔はヘルパーT細胞です。獲得免疫は自然免疫と違って、記憶として残り、それによって、再度ウイルスが入ってきたときに発症を防ぐという効果を発揮します。

④ 新型コロナウイルスの受容体とサイトカインストーム

新型コロナウイルスは、最初はインフルエンザと同じような呼吸器疾患と思われていました。ところが、呼吸器以外の全身に症状を起こすという事例が多く出てきました。それは、コロナウイルスが融合するACE2という受容体が肺胞に多いだけでなく、小腸、心筋、腎、尿路、口腔粘膜、舌などにもあって、そういう部位にも障害を起こすからだということが分かってきました。

またサイトカインストームと呼ばれる免疫機能の暴走を起こすことも分かってきました。免疫システムが病原体に対抗するためにはサイトカインが必要不可欠です。感染した細胞からサイトカインが放出されると、T細胞、マクロファージなどの免疫細胞がそれを検知してその細胞の周辺に集まり活性化して、さらにサイトカインを放出します。このメカニズムは、通常は体の監視システムによって過剰放出が起きないように制

② 感染とは

次に、新型コロナウイルスはどのように感染するのかということを説明します。コロナウイルスの真ん中にメッセンジャーRNAがあり、まわりにスパイクタンパク質があります。このタンパク質が人間の細胞の受容体に融合します。するとその周辺のタンパク質分解酵素に助けられてRNAが細胞の中に入っていく、そこで感染が成立することになります (図5)。従って治療薬はウイルスのタンパク質が受容体に融合するのを邪魔するのが有効だということになります。ワクチンもこの考え方で作られています。スパイクタンパク質に対する抗体を作って抗体がスパイクタンパク質にくっついてしまって、細胞までたどり着けないようにするという方法です。

図6

自然免疫と獲得免疫

https://www.mre-lab.com/innate_adaptive



御されていますが、あまりに過剰にサイトカインが出てくると、それが効かなくなって、体の全身に炎症が起こることがあります。これがサイトカインストームです。

【4. 新型コロナウイルス感染症ではなぜ男性の死亡率が女性より高いのか】

私は性差医学・性差医療が専門ですが、新型コロナウイルスに関して、感染するのは男性も女性もほぼ同じですが、死亡率は男性の方が高いということが分かっています。その理由についてお話しします。

Global Health 50/50という団体が全世界の感染者数、男女別の感染率・致死率などのデータを公表しています。50万人以上の感染者を出しているペルー、コロンビア、スペイン、ルーマニア、メキシコ、ウクライナ、イラク、イングランド、フランス、オランダ、チェコ、南アフリカ、チリ、アルゼンチン、インドネシア、米国、ドイツ、ベルギー、ブラジル、インドなどの国々の男女別の致死率を比較してみると、インドを除いてどの国でも男性の致死率が高くなっています。結論からいうと、社会環境が大きく関与しているということが出来ます。

米国の感染症の専門家の作成したガイダンス（米国CDCガイダンス）によると、死亡リスクの高い人の共通点は、以下のとおりです。

- 65歳以上の高齢者
- ナーシングホームや長期療養施設の入所者
- 次のような持病を有する人
 - 脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、心不全などの心血管疾患
 - 糖尿病
 - 慢性呼吸器疾患（ぜんそく、慢性気管支炎、慢性閉塞性肺疾患など）、喫煙者
 - 高血圧、がんの治療中の人、骨髄・臓器の移植をした人、免疫不全症、HIV/AIDS、人工透析中、肝臓疾患、長期コルチコステロイド・免疫抑制薬服用、BMI40以上の肥満者

男性の死亡率が高い理由としては、以下の可能性が考えられます。

(i) 不健康な生活習慣、特に喫煙

喫煙者数は1970年代から下がり続けていますが、それでもまだ3割近い男性がたばこを吸っています。

(ii) 免疫における女性の優位性（逆に言うと、ワクチンを打ったときに女性の方に副反応が強いのは、免疫の反応が強いから）

新型コロナなどのウイルスを識別するタンパク質はX染色体上で情報の書き直しが行われます。男性の遺伝子の組合せはXYであるのに対して女性はXXだから、女性の免疫細胞では男性の2倍発現することになり、女性の新型コロナ感染症撃退能力を高めている可能性があると考えられています。

(iii) 女性ホルモンがコロナの感染に対して抑制的

SARSに関する実験で、SARSのコロナウイルスを雄と雌のマウスに感染させたところ、ヒトの場合と同様に雄の死亡率が高かったのですが、雌から卵巣を取り出してみたところ、雌の死亡率が大幅に上昇したという報告があります。エストロゲンが関与して抑制しているのだろうと考えられています。

(iv) 新型コロナウイルスは、表面にあるスパイクタンパク質によって受容体であるACE2に結合しますが、細胞膜にあるタンパク質の分解酵素TMPRSS2などがウイルスと細胞の融合を助ける働きをしています。TMPRSS2はアンドロゲンという男性ホルモンの受容体でもあるので、男性の方に重症化する患者が多い原因となっている可能性があります。

(v) ACE2の発現量は一般的に男性の方が高いです。またACE2は年齢とともに増加し、運動や喫煙によっても上昇します。また心疾患、高血圧、慢性閉塞性肺疾患等の患者の肺ではACE2の発現量が高くなっており、感染しやすいということになります。

総じていうと、新型コロナウイルス感染症による男性の死亡率が女性より高いのは、喫煙などの生活習慣によるといえるのではないかと思います。

【5. 病気や健康における男女の性差について】

さて、皆さんは病気の中の性差（男女差）、健康診断における性差について考えたことがありますか？男

性と女性は同じように風邪をひいたりがんを患ったりすると考えていらっしゃるかと思いますが、実はかなり違うんです。

平均余命で見ると、日本では女性がおよそ87歳、男性が81歳です。90歳まで生きる人の割合は、男性では27.2%ですが、女性では51.1%です。平均寿命が50歳以下のようなアフリカなどの国々を別にすれば、世界のどの国でも（特に先進国では）男性の平均寿命よりも女性の方が長くなっており、明らかな性差があります。

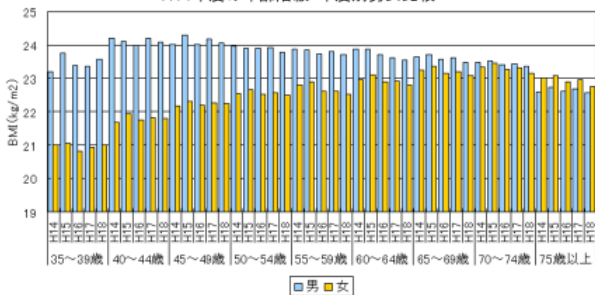
これからお話しする研究成果は、私が千葉にいたときにまとめたものです。

千葉県の各市町村で行われている成人健診について、その標準化、判断基準の統一、データの電子化・匿名化を図り、同一基準による評価、個人の経年データによる評価を行いました。データを集めるだけでも大変だったのですが、それ以上に健診の標準化、判断基準の統一、データの電子化などは非常に苦労しました。2002年から2006年までに22市町村の協力を得て、延べ366,862件のデータを集めることができました。これを男女別に分析してみると、大変面白い結果を見ることができます。

図7

BMI値

H14年度の年齢階級・年度別男女比較

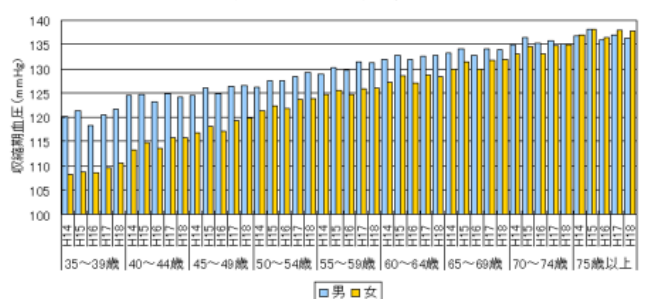


35歳～69歳まで：各年度とも、男>女 (p<0.05)、
70～74歳：H16、H18のみ、男>女 (p<0.05)、75歳以上：各年とも男<女 (p<0.05)

図8

収縮期血圧値

H14年度の年齢階級・年度別男女比較



35歳～69歳まで：各年度とも、男>女 (p<0.05)、
70～74歳：H14～H16は男>女 (p<0.05)、75歳以上：H17、H18は男<女 (p<0.05)

まず肥満度（BMI）ですが、30～40歳代では男性の方が明らかに高いです（図7）。男性の肥満度は40代をピークにしてゆっくり下がりはじめ、逆に女性は上がって行って、70代ではほぼ同じになります。

血圧を見てみましょう。BMIと同じように70代になれば男女ほとんど同じです（図8）。しかし、正常血圧とされている120は男性では35～39歳のときだけです。女性の平均値は50歳の閉経まで正常血圧を下回ります。従って、動脈硬化も男性の方が早く進みます。男性の血管に女性の血管が追い付くのは70歳を超えて80歳近くになってからです。

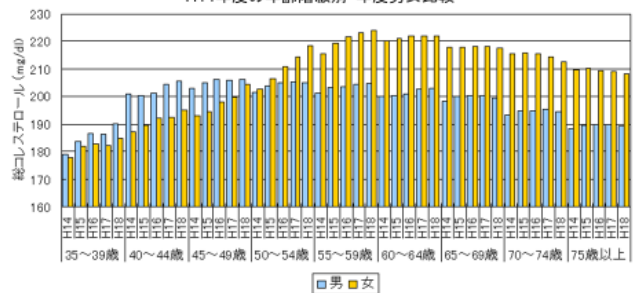
結論からいうと、女性の一生はエストロゲンによって左右されています。エストロゲンは30代の後半から減り始めます。エストロゲンが出なくなると成人病が始まります。女性の平均閉経年齢は50～51歳なので、それまでに排卵回数が減っていきます。閉経になったところで、肥満、動脈硬化、血糖値の上昇、高血圧、高コレステロールなど、すべてが始まったように思われがちですが、女性の加齢は30代後半から始まっているので、閉経になっていろいろな症状が出て慌てるのではなく、30代後半から自分の体がどうなっていくか、それにどう対処するかということをよく学んでおく必要があります。

コレステロールについては、男性では40～50歳代がピークで、その後下がっていきます（図9）。女性は閉経後に急に上昇し、その後高いままで推移します。自分の経験でも閉経後にコレステロール値が上がって慌ててスタチンという抑制剤を飲み始めましたが、考えてみると閉経後の上昇は女性なら誰にでも起こる現象です。いろいろ調べてみると、日本では閉経後の女性にもれなくスタチンが処方されるのに対して（その

図9

総コレステロール値

H14年度の年齢階級別・年度男女比較



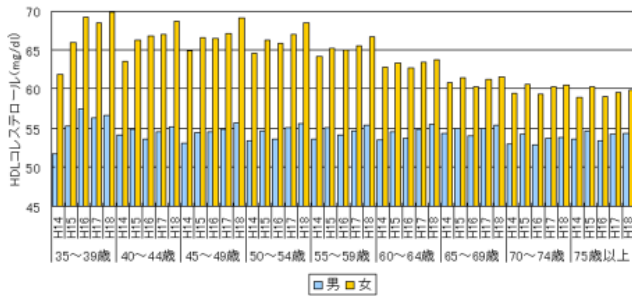
35～39歳：H16～H18は男>女 (p<0.05)、40～44歳：全年度で男>女 (p<0.05)
45～49歳：H14～H17は男>女 (p<0.05)
50～54歳：H15～H18は男<女 (p<0.05)、55歳～：全年度で男<女 (p<0.05)

結果男性：女性が3：7)、米国では、真逆で男性：女性が7：3になっていました。現在では日本でも同様の取り扱いになっていますが。

図10

HDLコレステロール値

H14年度の年齢階級・年度別男女比較



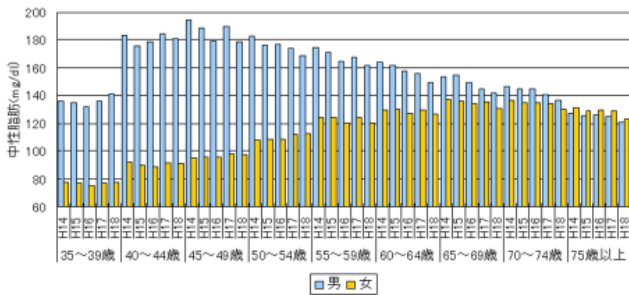
全年代：全年度で男<女 (p<0.05)

他方、善玉 (HDL) コレステロールについては、女性は生涯を通じて高いです (図10)。男性は全年齢を通じて55くらいですが、女性は若い頃は70あり、閉経後も60を維持しており、この点からも女性は動脈硬化になりにくいといえます。善玉コレステロールの働きは、血管の壁に付着した悪玉コレステロールを剥して肝臓に運んでいくことです。肝臓は悪玉コレステロールを取り込んで代謝しますが、そこにまたエストロゲンが働きます。だからエストロゲンがなくなると、肝臓が悪玉コレステロールを取り込む機能が弱り、その結果血液の中に悪玉コレステロールが余剰に出回り、それが高脂血症という病気になるわけです。

図11

中性脂肪値(随時採血)

H14年度の年齢階級・年度別男女比較



35~74歳：全年度で男>女 (p<0.05)、 75歳~ :H14~H17で男<女 (p<0.05)

中性脂肪の男女の性差はもっと極端に出ます (図11)。男性は40~50歳代がピークで、平均値が脂肪異常症の基準である150を超えています。その後徐々に下がって70歳代では女性と同じレベルになります。女性は若い頃は100以下で、閉経後に120を超えていきます。

肝機能の性差も明らかです (図12)。男性は40~50歳代がピークで、それ以後徐々に下がっていきます。女性は生涯を通じて20以下。20を超えるような場合は、脂肪肝などの疑いで腹部エコーの検査を受けてもらうことにしています。

空腹時血糖値は、今まで見た他のデータと比べると性差はそれほどはっきりとはしませんが、それでも男性の血糖値が高いことが分かります (図13)。女性だけを見ると、39歳までとその後の年齢とで差が出ています。これもやはりエストロゲンの量の問題です。

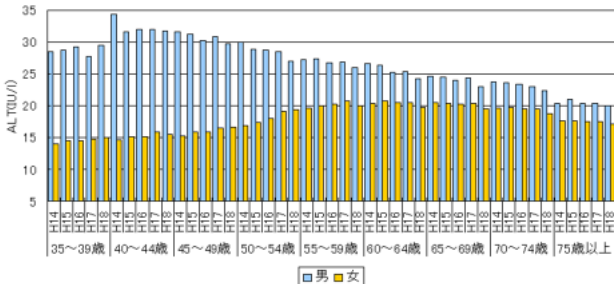
以上見てきたように、男性と女性では基本的な健康状態がかなり違います。その結果が疾患別の死亡率に出てきます。厚生労働省の人口10万人あたりの死亡率のデータ (2015年人口動態統計) を見ると、がん、急性心筋梗塞、脳梗塞で死亡する人数は圧倒的に男性の方が多く、女性が男性を上回るのは、100歳以上の脳梗塞による死者数だけです。その結果、女性の方が男性より平均寿命が長いということになります。

以上、新型コロナウイルス感染症やワクチン、それから男女の性差というお話をさせていただきました。

図12

ALT (GPT) 値

H14年度の年齢階級・年度別男女比較

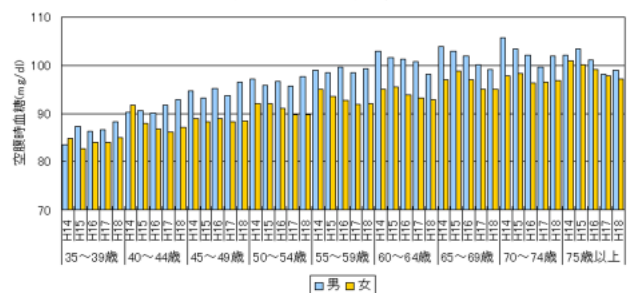


全年代：全年度で男>女 (p<0.05)

図13

空腹時血糖

H14年度の年齢階級・年度別男女比較



35~44歳：H15~H18で男>女 (p<0.05)、45歳~74歳：全年度で男>女 (p<0.05)
75歳以上：H15のみ男>女 (p<0.05)

「ごちゃまぜで進める地域包括ケア・地域共生社会」

【はじめにー地域包括ケア・地方創生・地域の活性化】

日本は今後一層の少子高齢化が進んでいきますが、その中で、人がその人らしく尊厳をもって安心して暮らせる社会をつくっていく必要があります。そのための方法は地域包括ケア以外にありません。地域包括ケアとは何かというのが本日のテーマです。

併せて、地方創生ということにも触れます。少子高齢化の進んでいる地域、特に超高齢化が進んでいる地方の山村地域での生活をどのようにしていくかという大きな課題があります。人々が暮らしているそれぞれの地域が元気で、住んでいる人が生き生きと誇らしく生きていくために必要なのが地方創生です。地方創生というと、例えば工場の誘致とか、職場づくりということを考えるようですが、それだけではありません。地方創生の1つ目は地域経済の活性化です。これは工場の誘致もありますが、それだけではなく、農林水産業が元気になったり、中心市街地の活動が活発になるとということにも関わります。そして経済だけでなく、安心できる暮らしも必要です。医療、介護、子育て支援、福祉、教育。こういう問題にもきちんと対応できている地域生活の確保が2番目です。そして3つ目が地域文化の振興です。歴史、文化、自然などに関係しますが、誇らしい郷土を創りあげる必要があります。

地域の活性化にとって一番の問題は、若者、特に若い女性がどれくらい定着するかということです。若い女性の定着によって次の世代を育てることが重要なのですが、これがなかなか難しいのです。例えば、東京圏1都3県に日本中から若者が集まってきます。特に近隣諸県一静岡、山梨、長野、新潟など一から女性が集まってきます。ひとつには、地元で大学の選択肢が少ないからです。専門性を身につけたい、高いレベルの知識を得たいというと、やっぱり東京圏の大学を選ぶことが多くなります。また距離が近いので、頻りに親元に帰ることができ、両親も安心です。でも、卒業したら東京圏に残ってしまいます。それは、働き甲斐がありかつ働きやすい職場、処遇も適正でその人の能力と関心に合った仕事が地方には少ないからです。そういうものを地方が提供して女性が定着しやすいようにしていく。特に移動性の高い20代よりも定着性の高い30代の女性を定着させることができれば地域の活性化につながります。

それでは、本日の本題に入ります。今日お話しするのは以下の3つです。

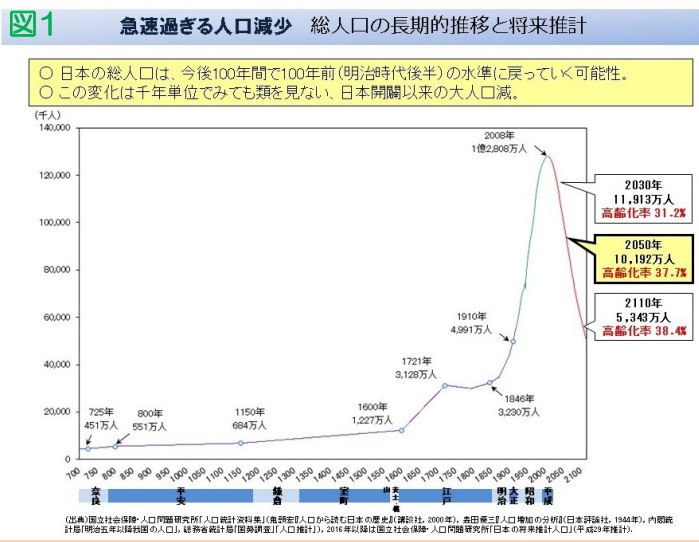
- ① 私が考える日本の課題
- ② 地域包括ケアとは何か
- ③ ごちゃまぜで進める地域包括ケア・地域共生社会

【1. 私が考える日本の5つの課題】

まず、私の考える日本の課題です。いろいろな課題がありますが、私は厚生労働省で長く医療や介護に携わってきましたので、その関連で次の5つの課題が重要だと考えています。

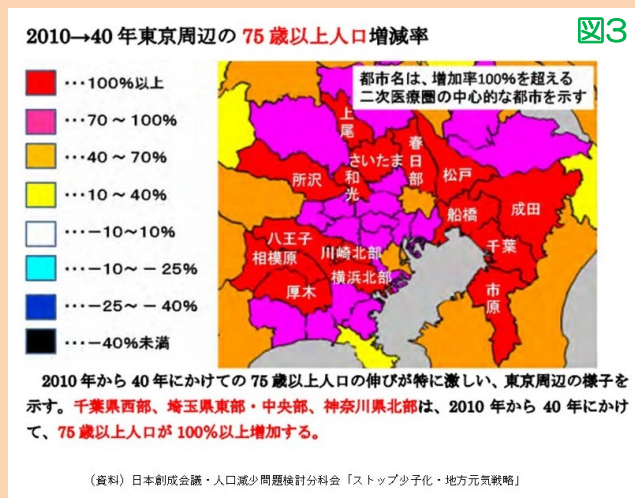
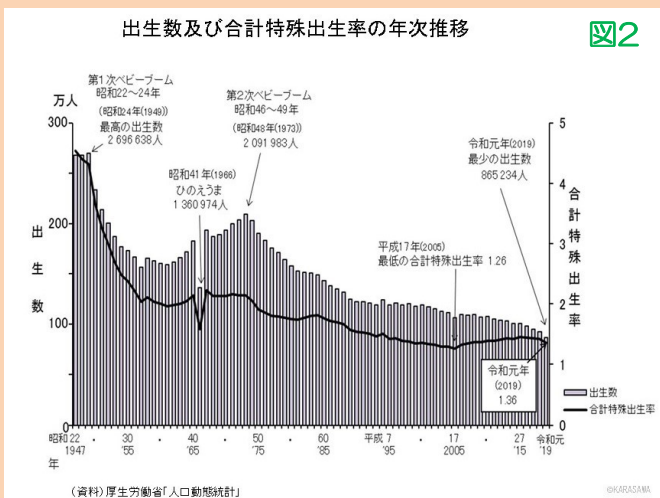
① 急速過ぎる人口減少

日本の人口は、奈良時代には451万人、江戸時代に入って3,129万人、そして明治以降急激に増加して現在1億2,800万人になっています。日本はいま人口の頂点が過ぎ、毎年減り始めています。現在の1.44人の出生率（1人の女性が生涯に出産する子供の平均値）が今後100年続くと仮定すると、2110年には日本の人口は5,300万人ー現在の半分以下ーになります（図1）。人口が減ること自体が悪いというわけではありません。人口が増え続けなければならぬというのは、力で周辺の国々を圧倒しようとする覇権国家の発想です。日本がそういう国を目指す必要はありません。日本の目指す国の姿は、安全な社会、優しいおもてなし、深みのある繊細な文化、医療介護の素晴らしい制度などを備えて、それらを世界に発信していく国、その結果他国から尊敬される国を目指す



すべきだと思います。しかし、このままでは人口の減り方が急激すぎます。その結果、社会の制度がその変化に追いつかなくなってしまう可能性があります。そこで、出産と子育てを支援する仕組みをきちんとつくる必要があります。

15歳未満の年少人口をみると、1985年くらいまでは2,000万人を超えて安定していましたが、そこから急激に減っています。1947～49年生まれの「団塊の世代」といわれる人達があります。毎年200万人くらいの子供が出生して、1947～1951年の5年間で現在でも約1,000万人の人口になります。この人達が、25年後くらいに子供をもうけて、1971～1974年生まれの「団塊ジュニア」といわれる人口の山をつくっています。この山が1971～1975年の5年間で「団塊の世代」と同規模の980万人くらいです。すると、この人達が30歳くらいで結婚して子供をもうけるとして、人口の山が2000～2005年くらいに存在しないとイケないのですが、それがありません（図2）。これが日本社会の大きな問題です。バブルが崩壊して就職氷河期が来て、また一方で非正規労働が増えて身分も収入も不安定な状態の中で、結婚や出産に困難を感じる人々が多くなったということです。この問題は、団塊ジュニアの責任ではなく、日本経済や社会の責任であると言わなければなりません。



② 大都市の高齢者人口の爆発的増加

東京の都心を取り巻く地域では、2040年には75歳以上の人口が2010年に比べて実数で2倍になる地域が非常に多いです（図3）。これは2025年には「団塊の世代」が75歳以上になることと関係しています。これらの地域ではいま保育園に入れない待機児童が大きな問題になっています。この若い世代中心の地域があと20年経つと他の地域と同じように高齢化の問題を抱えることとなります。つまり、2040年には日本全土が同じように高齢化するという事なのです。そこで、2040年の大都市の高齢化に向けて、どのようなケアを受けて暮らせる社会をつくるのかということが喫緊の課題になっています。保育園の待機児童の問題などを早く片付けて、この大都市の高齢化に対応しなければならないのです。日本全体から見ると、待機児童の問題はかなり限られた大都市の問題なのです。地方では、若者の定着のために保育園を無料化したり、住宅補助を出したり、いろいろな工夫をしています。大都市でも、保育園問題は早く片付けて、次に来る高齢化の問題に備えなければならないのです。

③ 東京一極集中

2019年の東京圏（東京、埼玉、千葉、神奈川）への転入超過は約15万人です。そのほとんどが大学進学や就職のために転入してくる10代20代の若者です。転入しても一定程度が転出していけばいいのですが、そのようにはなっていません。アンケートによると、大学生の半数くらいは東京に残って日本全体を相手に、あるいはグローバルに働きたいと考えているようですが、その一方で、地方で安定した暮らしをしたいと希望する人達も半数くらいはいるようです。しかし実際には東京圏の3分の2の大学生が東京圏に残っています。これを解決するためには、地方に魅力的な仕事やその受け皿をつくるのが重要です。

この超過する転入者はどこから来ているのか？住民基本台帳調査を特別集計したデータによると、東京圏により多くの人を送り込んでいる市町村は、大阪市や札幌市、仙台市などの大都市や県庁所在地なのです。これらの都市自体は転入超過ですので人口は減っていませんが、東京圏に多くの若者を送り出しています。例えば、札幌市でいえば、北海道中から人材を集めて転入が増えているのに、その中から東京圏に送り込んでいるとい

うこととなります。つまり、1都市しか勝ち残らないトーナメント戦をやっているわけです。しかし、東京圏がいつまでも地方から若者を吸い上げることはできません。なぜなら地方が高齢化して若者が払底してくるからです。東京は、日本のグローバルな拠点として世界中から人材と資金を集め、地方はサービス業を中心に経済を活性化、繁栄させて安定した暮らしを築き、東京と地方が共存共栄するという国をつくっていかねばならないのです。

④ 大人手不足時代

総務省の2018年の「労働力調査」の結果でみると、「卸売業・小売業」「製造業」の就労者はそれぞれ約1,000万人、「医療、福祉」は831万人います。2000年には、「卸売業・小売業」「製造業」はそれぞれ1,200万人くらい、「医療、福祉」は400万人程度でした。時代に合わせて産業間で人口が移動しているのがわかります。しかし、全体として労働人口は減っています。2015年に「団塊の世代」が65歳に達し、多くの人達が退職しているからです。この構造的な人手不足に対する対策は、第1に、女性や高齢者の就業の促進です。2つ目は、ICTやAI、あるいはロボットの活用。3つ目は、外国人人材の活用。これについてはいろいろな議論がありますが、外国人人材の活用なくして人手不足を補うことはできません。ただし、その数は限りがあり、大体30~50万人です。日本の労働人口の不足は300~500万人規模ですから、外国人を活用したとしても、一部をカバーできるにとどまります。女性や高齢者の活用は必須です。女性が働きやすい職場、子供がいても働ける職場、フルタイムでなくても高齢者が働ける仕事。こういうものが非常に重要になってきます。

⑤ 情報化やICT・AIの活用

医療や介護は、情報化やICTやAIで生活と融合すると考えられます。京都大学医学部教授の黒田知宏先生(医療情報学)によると、ネットワークを介して病院が町に広がる、つまり医療が町の生活に近づいていくことになるということです。この背景には高齢化があります。新型コロナウイルス感染症のオンライン診療を除けば、現在の診療体制は、病院の外来に来てくださいという通院医療と、もう動けなくなった人を訪問診療する在宅医療の2つから成っていますが、これからは、その中間の人達=自力では医療機関に行きづらいという人達、あるいは要介護の配偶者を介護しているために医療機関に行けないという人達が増えてきます。85歳以上のような人達です。そういう人達を対象とするのがオンライン診療です。このほかに、難病の子どもさんなどもオンライン診療の対象として考えられます。オンライン診療や訪問診療を自らはしない医療機関は、オンライン診療をする医療機関、訪問診療をする医療機関と協力して医療サービスを提供していく。それに介護も加わり、いろいろな職種の人達が、生活者の住まいを中心として、その人の生活に重点を置いた医療や介護のサービスを提供していくという形になっていくと思います。これが地域包括ケアということになるわけです。

【2. 地域包括ケアとは何か】

今後一層進んでいく少子高齢化社会において、地域包括ケアに関して次の2つの重要な目標があります。1つは国民皆保険の堅持、2つ目が地域包括ケアの推進です。

日本の国民皆保険について簡単に触れると、人の一生は良い時も悪い時もありますが、たとえ悪い時でも誰でも必要な医療は受けられるようにしようという国民の合意が国民皆保険です。いつどのような病気になるかはわからないから、みんなで助け合って必要な人が必要な医療を受けられるようにしようという考え方に基づいているのです。これは必ずしも世界共通というわけではありません。ヨーロッパの国々は国民皆保険のような仕組みですが、アメリカにはそうした仕組みはありません。アメリカの医療保障の問題は、長い間大きな政治課題になっていて、現在オバマケアという取組みが行われています。またフリーアクセスも、日本の医療の特徴です。

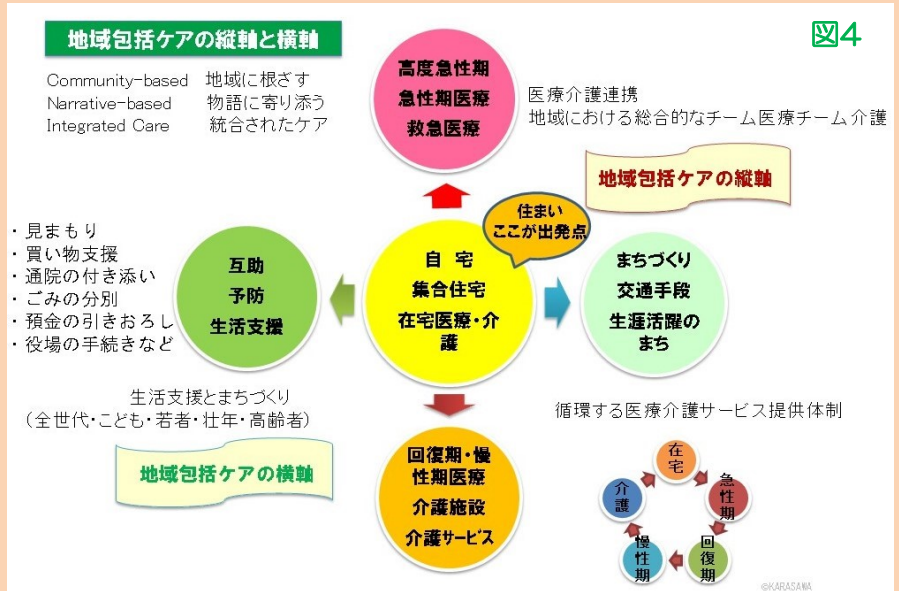
地域包括ケアは、「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した生活を送ることができるように、医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

わかりやすく説明しましょう。

① 地域包括ケアの縦軸と横軸

地域包括ケアを縦軸と横軸に分けて考えてみると、縦軸は、医療と介護がうまくつながっていること、つまり「医療介護連携」です。横軸は、地方創生の課題である「生活支援とまちづくり」です(図4)。中心にそ

それぞれの人の住まいがあります。上には、高度急性期や急性期医療があり、下には、回復期・慢性期医療（リハビリテーション）や介護施設や介護サービスがあります。縦軸の地域包括ケアは医療介護連携ですから、この流れがスムーズに動けばいいわけです。例えば、自宅で脳卒中で倒れて救急車で運ばれて、急性期病院に入って手術を受けます。そこからリハビリテーション病院に移ってリハビリを受けます。脳卒中で入院し、退院して自宅に戻ったら、訪問診療を受けたり、訪問看護師さんやヘルパーさんに来てもらったり、デイサービスに行ったりして、今までと同じように暮らすことができればいいわけです。



横軸の地域包括ケアは生活支援とまちづくりで、左側に、見守り、通院の付き添い、ごみの分別、預金の引き出し、役場の手続きなどがありますが、これらは暮らしていくために必ず必要なことです。医療介護連携ができれば、医療や介護は安心ですが、人は医療と介護だけでは暮らせません。ここに挙げたような生活支援が必要なのです。しかし、例えば、見守りといっても、1人暮らしの高齢女性の家に知らない人が訪ねて来て「お元気ですか。お変わりありませんか。」と言われても、玄関のドアを開けることはできないでしょう。これでは、見守りはなりません。知っている人同士でしかできないのです。このような見守りなどの体制を、東京などの大都市でどうやってつくっていくか。これが大きな課題なのです。

② 地域包括ケアの課題

縦軸の地域包括ケアは、言い換えれば、地域における総合的なチーム医療・チーム介護ということになります。多職種連携ネットワークの構築ともいえます。

しかし、医療介護連携にはいくつかの克服すべき課題があります。先述のとおり、病気になって急性期病院に行って、リハビリを受けて、自宅に戻って訪問診療や訪問看護してもらったり、ヘルパーさんに来てもらったりして暮らすということですが、これが簡単ではありません。

ひとつには、急性期医療とその後の医療・介護の考え方の違いです。急性期医療の目標は救命と治癒です。その後のリハビリや在宅医療や介護は、病気を治しながら生活を支えることを基本にしています。若い世代の患者ではこの違いはそれほど顕著にはなりません。病気が治れば会社に戻ってまたバリバリ働くというのが普通です。しかし高齢者は、今までと同じような暮らしを続けるためにどういう支援をするかということが重要になります。

急性期病院の平均入院日数は12日間ほどです。つまり、急性期病院の医師や看護師などは12日間くらいしか患者を見たことがない人も多いわけです。急性期病院の医師や看護師などが、その患者が退院後自宅でどう暮らしができるかということを想像して適切なアドバイスをする、そのための知識や経験を得ることが必要です。そのようにして医療と介護の相互理解を進めることが必要なのです。

もうひとつは、地域で患者の自宅を中心にさまざまな職種の人達がワンチームとなってサービスを提供する体制をつくることです。ところが、このさまざまな職種の人達はそれぞれ違う組織に属しているので、地域での支援のネットワークをつくるためにはそれぞれの人達がお互いに「顔の見える関係」(図5)をつくり上げておくことが必要になります。



③ 「得意」を持ち寄る

心理学者の河合隼雄先生は、その書『こころの処方箋』の中で「自立ということは、依存を排除することではなく、必要な依存を受け入れ、自分がどれほど依存しているかを自覚し、感謝していることではなかろうか。依存を排して自立を急ぐ人は、自立ではなく孤立になってしまう」と述べておられます。

また、東京大学先端科学技術研究センター准教授で小児科医の熊谷晋一郎先生は「自立と依存は、反対語ではない。依存先を増やし、分散させることが自立支援」(『BetterCare』2019年秋号)と述べておられます。

人は誰でも一人で生きていくわけではありません。誰かを頼って生きています。それが当然なのです。そして、そのことを自覚し、たくさんの人にいろいろな相談ができるチャンネルを持っていることが必要なのです。例えば、在宅ケアを考えると、家族が全部やらなければならないと考えがちですが、そうではないのです。家族は家族の得意なことをやり、ロボットはロボットの得意なこと、介護のプロは介護のプロが得意なことをそれぞれがやると考えればいいのです。

そして、地域包括ケアのネットワークが発展していけば、医療制度や介護制度の周辺にヘルスケアや種々の支援サービスのビジネスが生まれます。医療や介護のサービスだけではなく、孤立を防ぎ社会とのつながりを維持することがとても重要なのです。人間の健康にとって一番重要なのが社会とのつながり、人との交流だといわれています。社会参加を支援するメンタルメイクセラピストも、この観点から重要な役割を果たし得ると考えられます。

そして、この地域包括ケアを世界に発信していくべきだと思います。これから東アジアの国々は日本と同じように少子高齢化を迎えます。韓国や台湾の出生率は日本より低く、また中国も一人っ子政策の影響から逃れることはできません。東南アジアの国々においても遠からず少子高齢化の波が及んできます。世界のどの国も少子高齢化の例外ではありません。どの国もこうした状況に対する処方箋を持っていません。少子高齢化のトップランナーである日本は、医療介護連携と地域包括ケアのモデルをつくり、これを世界に示すことで、尊敬される国になることができるのではないかと考えています。

【3. ごちゃまぜで進める地域包括ケア・地域共生社会】

図6は、私の描く21世紀の世界です。この中で特に大事なものは、個性の大切さ、異質なものの相互作用、ごちゃまぜです。

「ごちゃまぜ」とは何か? 「ごちゃまぜ=ダイバーシティ×インターアクション」と考えています。多様な異質のものが集まって、それらが相互作用を引き起こす。認知症の人も、障がいのある人もない人も、高齢者も子どもも若者もニートも引きこもりの人も、あらゆる人達をごちゃまぜにして、自然に楽しくその力を引き出し、元気と活気のある地域、あらゆる人に開かれた地域をつくっていかうことなのです。そこで重要なことは、孤立を防ぐということなのです。実例を3つ挙げましょう。

1つ目は、長久手の吉田一平市長が主導する長久手市と社会福祉法人「愛知たいようの杜」の活動です。雑木林の思想と私が名付けたものがあります。横浜国立大学名誉教授・理学博士の宮脇昭先生によると、「林をつくるために木を植えるときは、上下左右、どこも同じ木が並ばないように植えなさい、そうすれば絶対枯れない」ということです。同じようなものばかりが集まるのは不自然で、いろいろなものが集まるところに雑木林の強さができるのだと思います。吉田市長は「自然も雑木林も子どももお年寄りも生きとし生けるものがつながって暮らす」のがよいのだといっています。また「遠まわりするほどおおぜいが楽しめ、うまいかないことがあるほど、いろんな人に役割がうまれる」ともいっています。そういうことを目指して「たいようの杜」という社会福祉法人をつくりました。通称「ゴジカラ村」と呼ばれています。午後5時から楽しい村にするという意味です。

2つ目はシェア金沢です。雄谷良成さんが主導しています。雄谷さんは、社会福祉法人佛子園の理事長で、

21世紀の世界は(唐澤剛作成)



20世紀の世界	21世紀の世界
工業化	サービス化・情報化
大量生産	多品種少量生産
効率	ブランド(付加価値の向上)
同じ作業の反復	異なる作業の融合
均一化(結晶構造)	ごちゃまぜ(多様性・ダイバーシティ)
同質なものの集積	異質なものの相互作用(インタラクション)
巨大都市・高層ビル	地域居住・サテライトオフィス
過密	分散
遠距離通勤	在宅勤務(テレワーク)
ストレスの多い暮らし	健康で穏やかな暮らし
東京一極集中	地方創生

1 大量にあるものは付加価値が高まらない。作品数の少ないものの方が価値が高い。
2 オンラインやテレワークが普及すれば、その分面談の価値は高まる。

©GORASAMA

青年海外協力隊のOBがつくっている公益社団法人青年海外協力協会の理事長もやっていて、お寺の住職でもあります。シェア金沢は、金沢市のちょっと郊外にあって、学生向け住宅、サービス付き高齢者住宅、障がい児のための施設、さらに温泉とレストランや居酒屋があります。これはいわば地域密着型の生活テーマパークといえます。コンセプトは「ごちゃまぜと開放」です。誰が集まってきても排除しない。それによって地域への移住を増加させ、地元の雇用を確保し、健康ビジネスの拠点をつくり出します。高齢者・障がい児・学生などいろいろな種類の人達が集まって交流し、それぞれが好きなようにアクティブに楽しく暮らす。そういう「生涯活躍のまちづくり（日本版CCRC）」の拠点となっています。

最後に、茨城県の常陸大宮市の志村フロイデグループ。これは、志村大宮病院を中核とするグループですが、その理事長は鈴木邦彦先生です。中医協（中央社会保険医療協議会）の委員や日本医師会の常任理事などを務められ、現在は茨城県医師会の会長を務めています。鈴木先生は「中小病院は地域と運命共同体」（＝町がなくなれば病院もなくなる）との考えから、人口3万9千人の常陸大宮市のまちづくりに努めています。医療や介護以外に、高齢者雇用、出産・子育て支援、看護学校による人材育成、医商連携による中心商店街の活性化などを進めています。目指すのは、地域密着型多機能病院です。これは、生活と融合する医療介護を行い、地域に密着して地域創生の拠点となる場所です。

我が国の病院は、近い将来、広域高度急性期病院と地域密着型多機能病院の2つが主軸になると私は考えています。広域高度急性期病院は、広域をカバーし、高度で最先端の医療を提供する急性期の病院です。広域高度急性期病院は、医師、看護師など多数の医療スタッフが必要ですし、高度な医療機器などを備えていなければなりませんから、少数に集約されていきます。他方、100～200床規模の病院は、地域密着型の多機能病院になります。いろいろな人がそこに集まって交流して楽しい場所、毎日来たくなる場所になるわけです。2次救急医療や外来に介護サービスを加え、子育て支援や障がい者サービスも備え、さらに、生活支援やまちづくりの拠点となる人が集まる楽しい場所です。

例えば、志村大宮病院は街の真ん中にあります。駅から数百メートルで、誰もが来やすい場所です。病院に隣接した敷地に高齢者住宅や特養（特別養護老人ホーム）などがあり、その広場で月1回地元農産物を販売する「楽市」が開かれます。駅の横にはコミュニティカフェがあります。志村フロイデグループのスタッフでつくる「フロイデ DAN」というチームが健康教室などの催し物を開いたりします。「誰もが気軽に集まって楽しいことを」というコンセプトです。「みんくる塾」というのは、フロイデ DANのメンバーが夏休みと冬休みに地域の子どもの宿題を見る取組みです。期間は3日間で、費用はお昼のカレー代100円だけ。冬には駅前でイルミネーションの点灯式などをやったりもします。これらは皆、町を元気にするためにやっていることなのです。

これらの例で明らかのように、地域包括ケアで地域を元気にしていくには、次のような要素が欠かせません。

- ◎誰が来てもよい場所がある（開放）
- ◎その場所は無料である（開放）
- ◎いろいろな人が集まる（ごちゃまぜ）
- ◎高齢者や障がいのある人もない人も集まる（ごちゃまぜ）
- ◎お母さんと小さな子どもが集まる（ごちゃまぜ）
- ◎小中高生が集まる（ごちゃまぜ）
- ◎交流する（相互作用による化学反応が起こる）

これは、縦軸に医療介護連携があり、横軸に生活支援とまちづくりがある縦軸横軸両方の地域包括ケアが必要だということを示していると思います。それは「人のつながりを取り戻す」活動であり、新しい総合的なヘルスケアなのではないかと思います。

金子みすゞの詩『私と小鳥と鈴と』の中に「みんなちがって、みんないい」という一節があります。SMAPの『世界に一つだけの花』にあるように、「ナンバーワンにならなくてもいい。もともと特別なオンリーワン」だということです。

「ごちゃまぜ」は自然で、楽しくて、イノベーションを生み、世界を救うと思っています。「ごちゃまぜの地域包括ケア」を世界に発信していきたいと考えています。

メンタルメイクセラピストの方々も、ぜひ活躍をお願いしたいと思います。

第5回「顔と心と体セミナー」参加者募集

日時：2021年9月25日(土) 13:00~15:30(12:30より受付)

会場：四谷三丁目付近(予定)

定員：会場 15名 / オンライン 40名

参加費：一般：3,500円 / 当法人正会員：3,000円 / 学生：無料

スケジュール：13:00~14:10 市川 笑也(いちかわ えみや) 様

「体を通して心が伝わる・女性らしさとは」

14:10~14:15 休憩

14:15~15:25 二川 浩樹(にかわ ひろき) 先生

「口腔衛生から抗菌剤の開発・商品化・その将来性」

15:25~15:30 理事長 かづきれいこ より挨拶

申込締切：9月17日(金)

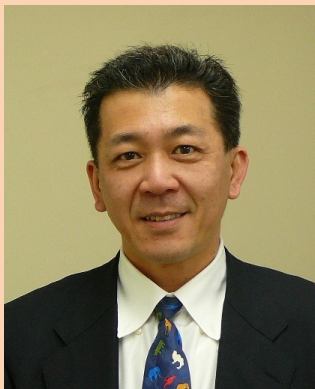
講師プロフィール(敬称略)



市川笑也(いちかわ えみや) / 歌舞伎俳優・伝統歌舞伎保存会会員

1959年青森県八戸市出身。高校卒業後に国立劇場の歌舞伎俳優研修生となり、1981年三代目市川猿之助(現・猿翁)に入門し、二代目市川笑也を名のる。1990年には猿之助の部屋子となり、1998年7月歌舞伎座「義経千本桜」鳥居前の静御前で名題昇進した。澤瀉屋を代表する女形である。

『新・三国志』などのスーパー歌舞伎シリーズで三代目猿之助(現二代目猿翁)の相手役を勤め、以後猿之助歌舞伎の全般にわたってヒロイン役に次々と抜擢された。歌舞伎以外でも、2003年「第5回冬季アジア大会」では開会式の演出を担当、2009年のNHK大河ドラマ『天地人』に武田勝頼役で出演した。また2017年には、歌舞伎とアイスショーのコラボ「氷艶「破沙羅」」にて得意のスケート技術を披露、岩長姫を演じ存在感を示した。



二川浩樹(にかわ ひろき)

広島大学大学院 医系科学研究科 口腔生物工学研究室 教授

歯科医師・歯学博士 日本補綴歯科学会専門医・指導医

1986年広島大学歯学部卒業、同大学大学院入学1990年歯学研究科修了。

歯学部附属病院講師を経て、2005年広島大学歯学部教授に。

2012年広島大学歯学部副学部長、2013年文部科学大臣表彰

主な業績として、虫歯菌の発育を阻止し、殺菌効果のある乳酸菌の一種「ロイテリ菌」の発見や、感染の拡大を防ぐ固定化できる抗菌抗ウイルス消毒薬「Etak®(イータック)」開発、むし歯菌・歯周病菌・カンジダ菌の発育を阻止する、殺菌効果のある乳酸菌の一種「L8020菌」の発見などがある。

<事務局における感染症対策に関して>

イベント実施に当たり、事務局といたしましては皆様に安心してご参加頂けるよう、下記の取り組みを実施いたします。

- ・事務局スタッフのマスク着用
 - ・受付、会場など参加者やスタッフが触れる場所の消毒
 - ・参加人数の2倍以上の定員の会場にて、他の参加者と十分な距離を取って聴講ができるようにする
- また、当日は、参加者の皆様にもマスクの着用、アルコール製剤による手指消毒、非接触型体温計での検温及び体調等に関する確認にご協力をお願いいたします。

(※当日に、熱または咳の症状がある方や体調のすぐれない方は参加をお控えいただきますようお願いいたします。)

<お問い合わせ・申込先> 公益社団法人顔と心と体研究会 事務局

Tel:03-3350-1035(月~金 9:30~18:00 土日祝休み)

Fax:03-3350-0176 E-mail: info@kaokorokarada.org

顔と心と体研究会ホームページ: <https://www.kaokorokarada.org>