



2026年
1月15日発行
(季刊、通巻第32号)

健康塾通信



〒604-8111京都市中京区
三条通高倉東入辯屋町57
京都三条ビル401A
公益財団法人
京都健康管理研究会
理事長 長井苑子
制作担当 岡本吉朋
TEL 075-746-2123
FAX 075-746-2092

健康寿命維持、未病維持について

公益財団法人 京都健康管理研究会 理事長 長井苑子

団塊世代が75歳以上となり、社会保障費の増加や労働力不足が顕在化するという2025年問題を抱えたまま新年を迎えた。当財団による研究、留学、国際学会参加、難病団体活動などへの助成は順調に経過している。昨秋に2氏がノーベル賞を受賞したことは、助成をうけた臨床研究者たちには大きな刺激となったであろう。我々も継続して頑張りたいと改めて思う。

当財団の第二の課題、健康寿命延伸については、少子高齢化の中で持続可能な社会福祉費を維持するための一助として大切な課題であり、厚生労働省の提唱する「未病」を病に移行させないための種々な手立てを模索しているのが現状であろう。江戸時代に、頑健ではなかったが84歳で養生訓を出した貝原益軒は、まさに未病を実践しリアルに啓発し、高齢期に示した知的活動は素晴らしい。未病学会のシンボルマークでもある。しかし学会活動と未病維持への商業主義が安易にリンクして、未病維持に多大なコストがかかるとこれも問題である。老後の実相は個人差を含めて多様である。当財団としても個々の実相を探し、格差なく効果的に実行できるような未病維持、健康寿命維持への対応を、科学的エビデンスをもって紹介できればと考えている。

目 次

[追悼]	泉 孝英先生の戦後80年.....	富岡洋海	2
[異文化体験]	学会の旅・留学の旅(10) 紹介序論.....	長井苑子	4
	学会の旅・留学の旅(10) 一私の呼吸器病学一 ヘルシンキ、ストックホルム、ウィーン、ロンドン	泉 孝英	5
	エマージングウイルス感染症.....	山内一也	8
	北米疫学会での研究発表報告 ～アート実践としての疫学研究について～	土生 裕	12
	ヨーロッパリウマチ学会 EULAR 2025 参加報告	茎田祐司	16
[高齢者と健康]	脂質のとりすぎは不健康？～脂質の常識を検証します～	濱田邦夫	20
	私の膠原病診療とステロイド薬について	楳野茂樹	24
	「生、労、描、志」それぞれの生きざま探訪（第3回）三田富佐雄さん	長井苑子	28
	友人が歌うコンサートを聴きに行く	川本卓史	30
	おしゃべり会とその仲間たち	竹内久子	32
[エッセイ]	能登半島地震の被災地支援に行ってきました	二宮 清	33
	嗅覚が一時消失しデュピルマブに課金して回復した件について	浅沼光太郎	35
	ポンペイの埋没とその後	坂井 聰	40
	三度 Hong Kong へ	勝岡英樹	46
	趣味があるって素晴らしい	安野哲也	48
	東京探訪記(22) “多摩地区”の町と“高尾山”	四元秀毅	52
	ライオンは子を谷に突き落とす～わが母は、そのライオンにも似て～	加藤恵三	54

〔追悼〕

泉 孝英先生の戦後80年

富岡洋海

公益財団法人京都健康管理研究会・中央診療所季刊誌「中央診療所だより」記念号を理事長・長井苑子先生から送っていただきました。そこには、令和5年3月23日にご逝去された泉 孝英先生による幾多の論評が、2009年中央診療所広報第22号から2021年大和グループ中央診療所だより第1号まで、13年にわたり、美しい写真とともに記録されていました。

その内容は、医療、介護、福祉にとどまらず、経済、歴史、政治など実に幅広い分野にわたり、博識の泉先生の真骨頂を堪能できるものとなっています。「先人の業績にもとづいて今日の我々がある」との泉先生の信念を受け継ぎ、泉先生がその先人として旅立たれた今、「中央診療所だよりの第一面には僕の言いたいこと書かせてや」(長井先生記載)とされる貴重な資料を保存し、まとめていただいた長井先生はじめ中央診療所の関係者の皆様には心より感謝を申し上げます。

10年後の新型コロナウイルス感染症パンデミックを予見していたかのようだ、2009年第22号「スペイン風邪の話」からはじまり、「世界一幸せな国」デンマークの福祉を紹介した「長寿の時代」(2012年第40号)、STAP細胞騒動と基準値騒動を扱った「これ以上、困ったことが起こらないように」(2014年第43号)、マイナンバー制度の必要性を早くから訴えられてきた泉先生ならではの「マイナンバー元年」(2016年第48号)、福祉の国スウェーデンに留学され、1972年の医療の国営化を目の当

たりにされた経験から、日本の医療公営(国営)論を述べられた「医学部入試」(2017年第55号)など、その先見性をいたるところで垣間見ることができます。

これらはちょうど、泉先生が「叱られてばかり」として回顧されておられた数々の医学界でのエピソード—BCGワクチンの有効性への疑問、サルコイドーシス両側肺門リンパ節腫脹(BHL)のみのステージI期ではステロイド治療不要、特発性間質性肺炎(IIP)と特発性肺線維症(IPF)論争、喘息の吸入ステロイド療法の有効性など—、後年、泉先生の正当性が確認され、現在では常識となっている数々の医学論争を思い起こします。

この「中央診療所だより」記念号からは、泉先生の戦争への思いがところどころに散りばめられていることも、戦争を知らない世代として述べておきたいと思います。当然ながら、今後、戦争を語れる方々が少なくなっていく中で、5歳の幼稚園児でありながら、昭和16年12月8日の日米開戦を告げるNHKラジオ放送を「今も鮮やかに記憶に残っています」と述べられている泉先生の記述はとても貴重なものです。

泉先生がはじめて渡米した際、「サンフランシスコからニューヨークへ、JETで5時間、窓下の広大な大陸を見て、『どうして、こんな国と戦争をしたのだろう。なんとか、我慢ができなかっただろうか』が私の想いでした」(2009年第23号)、そして、医師になって50年を「戦争のなかった、一人の戦死者も出さなかつた、平和な時代だった」(2011年第29号)と記しています。

泉先生の最後の著作である「近代日本医学の150年 ドイツ医学・アメリカ医学と日本人留学生」(文理閣)の104ページからの「昭和戦後期」にも記されている「国民皆保険化に



第44回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会総会理事懇親会（2024年10月10日）にて、泉 孝英先生の「近代日本医学の150年 ドイツ医学・アメリカ医学と日本人留学生」（文理閣）をそえて、長井苑子先生（最前列右から3人目）と並んで、学会理事の先生方と。

代表される医療環境の充実の背景として、戦後は、戦争が一度もない国となり、戦前に比較して軍事費が激減し、民生費、社会保障費の充実をもたらしたことは、明記して強調されねばならない」との言葉は、すべての日本人が心に留め、戦争のない平和な世界の実現を望みたいものです。

さらに「中央診療所だより」記念号では、「戦争と看護」集会での「ビルマ戦線（インパール作戦）における従軍看護師」報告への「お小言」（2013年第39号）、「戦後七十年」と題して、サブタイトル「わが国は、どうして米英に戦線布告をする状況に追い込まれたのか」（2015年第46号）、「北方領土と沖縄」（2015年第47号）と続きます。「真珠湾、ヒロシマ・ナガサキ」（2016年第51号）では、泉先生が米国ロックフェラー留学中の戦後22年目、昭和42年12月のこと、真珠湾攻撃があった8日（米国時間7日）は、指導教官から日本人として身の危

険を案じられ、休むよう勧められたとの逸話もあります。「忘れてはならない戦後引き上げの悲劇」（2018年第58号）では、終戦を国民学校（小学校の戦争中の名称）4年生の9歳で迎え、「小学生であれば、たとえ一年生であっても敗戦前後のわが国の悲惨な状況を少しでも記憶しているはず」と記しています。

泉先生の連載は、2021年大和グループ中央診療所だより第1号での「中央診療所の目指したもの、めざすもの」で突然終わっています。そこには、「老体に鞭打って…、中央診療所の発展に努力したいと考えております」と記されました。今年はちょうど戦後80年の節目の年となります。泉先生がご存命でしたら、どんな「戦後八十年」を書かれていたか、考えてみたいと思います。心よりご冥福をお祈りいたします。

（神戸市立医療センター西市民病院 副院長兼呼吸器内科部長）

【異文化体験】留学・交流
学会の旅・留学の旅(10)
紹介序論

長井苑子

京大病院で泉先生のグループで間質性肺疾患を専門としていた30代から40代は、症例を蓄積して、臨床画像病理診断をつけることもエネルギーのいる仕事であったが、経過観察、治療もステロイド薬をこの病気にどれくらい使うべきかどうか、さらには、代替薬剤はなにか、そして、在宅酸素療法という大変有効な対症療法の意義を普及させたいとの課題など、時間がいくらあっても足りないかのような日々をすごした記憶がある。多分、盆と正月はあまりなかったようと思う。加えて、臨床研究として細胞を分離したり機能を測定したりする実験が加わると、これはもう若さでしか対応できない時期であったろう。

対象疾患は、間質性肺炎、サルコイドーシス、膠原病肺、慢性ベリリウム肺などにしばらくざるを得なかった。泉先生の主催した京都シンポジウムでの症例検討会は10年ちかく年2回継続され、京大胸部研は、間質性肺疾患のメッカとよばれた。

中央診療所に常勤として勤務してからは、肺高血圧に集中したり、間質性肺疾患専門外来を街中で継続し患者向けの本を書いたり、やはり大忙しだった。60歳という年齢は、まだまだエネルギーがあった。呼吸不全の患者さんにとって、こじんまりした場所で検査も診察も治療もできるというのはありがたい

ことであった。臨床研究センターを立ち上げて、患者交流会も継続し、学会発表や啓発講演も継続できたのである。

泉先生が、「1987年12月から1988年9月は、私の喘息学の始まりの10ヶ月であった」と書かれてから、日本へのステロイド吸入薬導入への努力に熱意を注がれたことから、現在では、もう38年ほどの年月が経過している。

NIHの気管支喘息の診断と治療のガイドライン(1993)(写真)がでる前に、泉先生は吸入療法の必要性を強く認識され、数冊の新しい治療管理についての本を出版されており、野にあって吸入療法を実践している若手の医

師5名を発掘し、NIHのガイドラインも監訳し、喘息治療の革命に一石を投じられたのである。

現在、私も診療所外来で、気管支喘息、慢性の咳の患者さんを診察する頻度が多い。先生の頃と違って、診療所には迅速血球計算器、呼気NO測定器があり、治療薬剤も高価な生物製剤もてきて一部の難治性喘息患者さんには有効例も実感している。咳を主訴とする患者さんへの対応にはかなり腕が上がったを感じている。

これも、泉先生が、日本の学会での冷遇をものともせず、ステロイド吸入薬の日本への導入を尽力された日々があつてこそである。喘息は、学業や仕事、結婚にも支障のある病気で突然死も多かった時代が長らくあったのである。前回の健康塾通信で桃陽学園の思い出の原稿の最後に、喘息で長く難儀された方が、喘息吸入薬で救われ、その貢献をした人、泉先生と後年、イノダコーヒーで出会うくだりに感激しながら読んだ次第である。



〔異文化体験〕留学・交流

学会の旅・留学の旅(10) 一私の呼吸器病学—
ヘルシンキ, ストックホルム, ウィーン,
ロンドン

泉 孝英

欧米で開発された診断機器の我が国への導入・普及は驚くほど早い、大抵、5年以内である。一方、病気の治療法・対応となると、欧米で常識化していることが、日本の常識となると少なくとも10年以上というのが通例である。

ハンセン病がその最たるものである。我が国では1907年に患者の隔離・取り締まりを主眼とする予防法が成立、1953年にらい予防法は改正されている。1937年に治療薬プロミンが開発されており、改正当時、ハンセン病の感染力は弱いことが知られており、WHOは1952年に隔離政策の見直しを提言していくにかかわらず、改正後も隔離・取り締まりの方針は変更されなかった。WHOは1960年に差別法撤廃を提言している。我が国でのらい予防法廃止は1996年3月である。2001年5月に「1960年以降隔離規定の違憲性は明白」との熊本地裁の判決が下され、6月「ハンセン病補償法」が成立している。WHOの提言のなされた1960年からでも、らい予防法廃止まで36年が経過している。

結核にも同じようなことが起こっている。1966年、抗結核薬「リファンピシン」が開発され、欧米では結核治療の革命「入院不要・手術不要」が起こった。しかし、我が国でリファンピシンが広く用いられるようになった、正確に言えば、健康保険で早期から使えるようになったのは1986年、開発から20年後のことである。不要な入院を強いられ、不要な手術を受けた患者は極めて多い。誰も責任を問

われることなく日時が過ぎている。

喘息と例外ではない、吸入ステロイド薬の喘息管理における有効性の確認(1971年、Smith, 英)は別として、欧州では1980年代前半に吸入ステロイド薬の有効性・安全性が確認され、1980年代後半には吸入ステロイド薬療法は広く普及した。私が『最新医学』の特集「喘息1993—喘息治療の革命—」を編集させていただき、喘息管理における吸入ステロイド薬療法の有効性・有用性を提唱させていただいたのは1993年11月号であるが、実際に普及し始めたのは1995年あるいは98年頃である。欧米に10年以上の遅れである。

喘息にほとんど無関心であった私が、喘息の吸入療法を提唱する動機となった旅について、記載させていただくことにしたい。

ヘルシンキ、ストックホルム

1987年12月19日、成田発午前10時のAY(フィンランド航空)915便で出発、ヘルシンキ・ヴァンタ空港午後3時50分着。

フィンランド航空が日本路線を開始したのは1983年4月であるが、機種は中型のDC-10、当時唯一の日欧直行便であったが、航続距離を延ばすため機内のビジネスとエコノミーの間に給油タンクが置かれていた。日欧直行と言っても現在のようなシベリア経路ではなく、北極経路であったので、飛行時間は12時間50分(現在10時間20分)を要していた。

この旅は喘息の勉強に行ったのではない。当時、4年先の1991年9月、第12回世界サルコイドーシス会議の京都での開催を引き受けているので、正月休みを利用して北欧のサルコイドーシスの現況を見よう、目的外ではあるが、北欧のクリスマス、大晦日を楽しもう、見物しようとの話であった。

21日、Dr. Olof Selroos (Meilahti Hospital)に会った。昼食時、入院患者の状況について

話し合っているとき、「喘息の入院患者はなくなった」、「なぜ？ 吸入療法の普及で発作が起らなくなった」との話には驚いた。

当時、私どもの病床では1/3ぐらいを喘息患者が占めており、テオフィリンと抗生物質（当時、喘息の感染説が有力であった）点滴が続けられていた。私自身、喘息は大変だととの認識だから大学ではタッチしていなかった。週1回、京都市内の診療所で喘息患者に、減感作療法をしたり、アストレメジン（炎症性皮膚刺激療法薬）を注射したり、おそるおそる経口ステロイド薬投与、数年すれば副作用が出るのを承知で月1回ケナコルトの注射をしたりと苦労していた私にとっては、まさに目から鱗が落ちる思いであった。1982年以来、リザベン、ザジテンなど数多くの抗アレルギー薬が、我が国の喘息の権威者のお墨付きで発売されていたが、1例も有効な経験例はなかった。

22日夕刻、午後6時、バイキング・ラインのマリエラ号でストックホルムに向かった。

23日午前9時、ストックホルム着。

昼、私のカロリンスカ留学時、奨学金を頂戴したスウェーデン心臓・肺協会を訪ねた。Ake Hanngren 教授は理事長に納まっていた。旧知の先生方が集まってのクリスマス・パーティーを楽しませていただいた。

24日、クリスマスのスカンセンを訪れ、静かなストックホルムのイブをスペア通りのアドルフ・フレドリスク教会で過ごした。

25日、南病院を訪ねた。留学時にお世話をいただいた Erik Rippe 先生が、カロリンスカ病院から呼吸器部長に転勤されていた。病床に COPD 患者はみられたが、喘息は皆無であった。エイズ患者専用の病棟が建設中であった。

26日午前、アーランダ空港からコペンハーゲン・カストロプ空港まで飛び、中央駅午後2時発の列車でアンデルセン誕生の地、オーベンセに向かった、ストア海峡を列車航走でわたり、午後6時オーベンセ着

27日、目的の国鉄博物館は修理中のため閉館中、人影まばらな野外博物館を見物

オーベンセ午後3時56分発の列車で、ユトランド半島中部のシルケボアに向かった。午後6時22分着、日本人はまず来ないのであろう。駅前の銀行は日本円の両替は駄目であった。

Dr. Frode K. Rømer（シルケボア中央病院）の自宅に招かれた。レメル先生は、「午前は診療、午後は研究、夕方は一家団」の暮らしである。愚痴は、「最近、当直医は翌日勤務はしないことになったので医師不足で困る」とのことであった。

28日、シルケボア中央病院訪問、地域の中核病院である。喘息が入院対象とは誰も考えていなかった。剖検日とのことで、オーフスの大学病院から剖検車が来ていたのには驚いた剖検体を安置しておいて、週に1回まとめて剖検である。日本人の感覚ではない。

29日朝、7時48分発の列車でシルケボアを出発、スカンデンボー、フレデリシアと乗り換えて、11時45分西ドイツ国境の街、フレンスブルグ到着。ホームを徒歩で国境を越え、午後0時6分発の列車でレンドスブルグで乗り換えて、2時31分ハンブルグ中央駅到着。

30日、ハーゲンベック動物園、美術館観光。

31日、午前11時10分発の SK477便の小型機（F27）でコペンハーゲンへ、低高度で飛び、快晴のこととて、素晴らしい遊覧飛行であった。パレスホテルに宿泊、大晦日のテレビの全欧各地の教会からの中継は感動ものであった。午前零時、爆竹が鳴り、ホテルの前の市庁舎前広場は新年を祝う老若男女で大騒ぎとなつた。

1988年1月1日午後、カストロプ空港を出発、途中、大雪のトゥルク（フィンランド）

を経て、ヘルシンキ着。午後7時20分ヴァンタ空港を出発したが、強い偏西風のため燃料不足となり、アンカレッジにて給油、3時間遅れで2日午後8時46分成田着。サルコイドーシスを勉強するはずの旅が、喘息勉強の旅となった。

ウィーン

1988年9月、ブダペストでの欧州呼吸器学会(ERS)参加の前に、ウィーンで開催された“An International Conference on Corticosteroids: Their Biological Mechanisms and Application to the Treatment of Asthma”(Glaxo主催)に参加した。前年12月、北欧で体験したことを確認させられた会議であった。

この会議で記憶に残っていることは、旧知のReuben M. Cherniack教授(National Jewish Hospital, Denver, 米)との問答である。

「日本の喘息治療の主流はなにかね?」、「さまざまですが、減感作療法などもかなり行われています」、「なに、減感作療法、減感作療法が意味あることであれば、世の中、アレルゲンは無数にあることだし、結局は地球を焼き払うしかないですか」。確かにそうである。

ウィーンの後、ブダペストのERSに参加し、ローマに向かった。ローマでは、Dr. D. Geraint James (Royal Northern Hospital, London), Gianfranco Rizzato教授(Niaguarda Hospital, Milan)と落ち合い、サルコイドーシス学会の今後の在り方、運営方法について話し合ったが、一応のことは分かった段階で学会の維持は容易でないことは、いずれの領域も同じことである。ローマ滞在中、教授会が教授昇進を決めたとの通知を受けた。

ロンドン

1988年12月、ボーフムでのドイツの国内学会でのDPBの講演の後、パリを経てロンドン

に向かった。British Thoracic Society Winter Meetingに参加するためである。

Peter Barnes教授(Brompton Hospital)の特別講演“Changing concepts in asthma”を拝聴した。Normal airway, bronchoconstriction, chronic asthmaを対比させた図に始まり、asthma=chronic eosinophilic bronchitis, treatment=antieosinophilic drugs e. g. corticosteroidsと結論づける内容であった。1987年12月から1988年9月は、私の喘息学の始まりの10ヵ月であった。当時の回想記(アレルギー・免疫6巻3号, 1999)を転載させていただくことにする。

“欧米の喘息治療に合理性を見いだした私は、欧米式の喘息治療「吸入ステロイド薬療法」を導入するとともに、ある種の自信をもって、わが国における喘息治療変革の必要性を説くことにしました。しかし、わが国では、吸入ステロイド薬療法に異論が多く、とても普及できるような状態ではありませんでした。最大の理由は、わが国の喘息専門の先生方がステロイド薬の副作用にあまりにも敏感であったことだろうと思います。吸入ステロイド薬療法の有効性・有用性は、私のような喘息非専門医だからこそ提唱できたのかも知れません。また、当時、抗アレルギー薬開発の全盛時代で、さまざまの立場思惑から抗アレルギー薬への期待が大きかったことも否定できないことだと思います。

1989年10月、日本国内の学会で初めて「吸入ステロイド薬療法の有効性・有用性」について報告した。無視された、異論視されたのが真相で、ただ、小林節雄先生(群馬大学)に「もしかしたら、泉君の言うとおりかも知れないよ」と言っていただけたことを記憶しています。”

京都大学名誉教授
(最新医学64巻11号, 2009年11月)

〔異文化体験〕

エマージングウイルス 感染症

山内一也

マールブルグウイルスとの出会い

1965年、私が北里研究所から国立予防衛生研究所（予研、現・国立感染症研究所）麻疹ウイルス部に移った当時、予研ではポリオワクチンと麻疹ワクチンの検定や研究用に年間1000頭を超す野生サルが東南アジアやアフリカから輸入されていた。野生サルは、危険なウイルスなどの病原体を保有していることが問題になっていた。獣医学出身のウイルス専門家である私が転勤してきたので、実験動物委員会にサル部会が設けられ、私が部会長をつとめることになった。

それから2年後の夏、西ドイツのマールブルグとフランクフルトで、医学研究所の職員数名が未知の病原体に感染して、死亡したという衝撃的なニュースが飛び込んできた。約1ヶ月後、感染源はアフリカ、ウガンダから輸入したミドリザルといったことが明らかになった。同じ時期に東京にも、同じ輸出業者を通じてウガンダから500頭が輸入されていた。そこで早速、輸入時の検査を強化した。幸い、日本に輸入されたサルで感染していたものはないなかった。

病原体の探索は、マールブルグ大学のルドルフ・ジーゲルト教授のチームが行った。患者発生から約4ヶ月後、患者血液が接種されたモルモットが死亡し、その血液中に電子顕微鏡で紐状のウイルス粒子が見つかり、マールブルグウイルスと命名された。マールブルグウイルスは、その後、私が人獣共通感染症

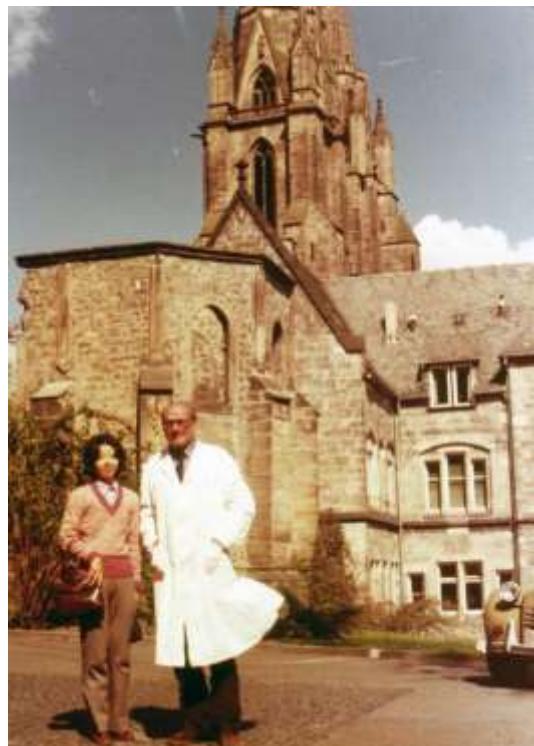


図1 ルドルフ・ジーゲルト教授。マールブルグ大学で筆者撮影。

の問題に関わるきっかけになった〔注：マールブルグウイルスは1976年に分離されたエボラウイルスと近縁で、両ウイルスはフィロウイルス科に分類されている。フィロはフィラメント（細い紐）に由来する〕。

1974年、私はジーゲルト教授を訪ねて、ウイルス発見の経緯を聞かせていただいた。驚いたことに、モルモットへの接種実験は、20世紀はじめに、エミール・ベーリング（北里柴三郎と共同でジフテリアの血清療法を発見し、第1回ノーベル賞受賞）が使用していた建物だった。現在、マールブルグウイルスはバイオセーフティ・レベル（BSL）4実験室とよばれる最高度の隔離施設で取り扱うことになっている。ジーゲルトは緊急事態でやむを得なかったと話していた⁽¹⁾（図1）。

疫学調査の結果、感染源となったミドリザルは、マールブルグウイルスの自然宿主では

なく、輸送の途中、自然宿主の動物から感染していたことが明らかになった。そこで自然宿主の探査が始まった。

2007年、ウガンダ西部のキタカ洞窟の銅鉱山の作業員の間でマールブルグウイルス病が発生した。この際の状況証拠から、洞窟内にマールブルグウイルスの自然宿主がいることが推測された。米国疾病制圧予防センター(CDC)、世界保健機関(WHO)、ウガンダ・ウイルス研究所の合同調査隊により、エジプト・ルーセットコウモリからマールブルグウイルスが分離され、このコウモリが自然宿主と判断された⁽²⁾。

マールブルグウイルス病は、その後もアフリカで散発していて、2024年にはルワンダ、2025年にはタンザニアで発生している。

東北大学で発生したマールブルグウイルス病疑似患者の意外な結末

1975年3月から5月にかけて、東北大学医学部で外科の医師3人が相次いで高熱をだし、肝臓や脾臓が腫れて入院した。いずれも重い症状で危篤状態になった人もいたが、幸い全員が回復した。これらの人たちがニホンザルを用いて腎臓移植の実験を行っていたことから、サルからの感染が疑われた。病原体として候補にのぼったのはマールブルグウイルスだった。たまたま、患者発生の1月前に、南アフリカで2回目のマールブルグウイルス病発生が起きていたためである。

マールブルグウイルスを取り扱えたのはCDCの特殊病原部だけだった。ここには、最初のマールブルグウイルス病の発生がきっかけで、BSL4実験室が建設されていた。私は前の年にその施設を訪れ、カール・ジョンソン部長に内部を案内してもらっていた。東北大学医学部長の石田名香雄教授から要請さ



図2 1976年、予研のBSL4実験室調査チーム・リーダーとしてCDC訪問の際に視察したBSL4実験室内。左端がジョンソン、北村敬、清水文七。ちょうどマールブルグウイルスの実験中だった。筆者撮影。

れて、7月に患者のサンプルをジョンソンに送って検査を依頼した(図2)。

検査の結果は9月にもどってきた。幸い、マールブルグ病ではなかった。数年後、東北大学の症例は、ハンタウイルス感染だったことが明らかになった。このウイルスは、最初、韓国の38度線の近くを流れるハンターン河(漢灘江)の岸に生息するネズミから分離されたものである。

日中戦争の際には、ハンタウイルス感染は流行性出血熱とよばれ、関東軍731部隊は人体実験を行っていた。国際的に注目を浴びたのは、1951年から1954年にかけての朝鮮戦争で、約3200人の連合国軍兵士が感染・発病したことだった。

1960年代、大阪の梅田の住居密集地で梅田の奇病とか梅田熱とよばれた病気が発生していたが、これもハンタウイルス感染だった。この際の感染源はドブネズミと推測されている⁽³⁾。

ワシントンで起きたサルのエボラ出血熱

1960年代終わり、世界保健機関(WHO)の天然痘根絶計画が達成される見込みが出てきた頃、米国公衆衛生長官ウイリアム・スチ

ュアートは、「人類は感染症を克服した」と語り、これからはガンや生活習慣病が重要な課題になると発言した。しかし、感染症の克服は幻想に過ぎなかった。

マールブルグ病発生の2年後、1969年にはラッサ熱、1976年にはエボラ出血熱が発生した。この3つは現在も3大出血熱として、もっとも危険なウイルス感染症とみなされている。しかし、これらはアフリカの出来事だったため、一般の人たちはあまり関心を持っていなかった。ところが、1989年11月、米国ワシントンの郊外のレストンにある霊長類の検疫施設で、フィリピンから輸入したカニクイザルが相次いで死亡する事態が起きた。調査の結果、サルはエボラウイルスに感染していた。90%にも達する致死率のエボラウイルスが、輸入したサルにより首都に持ち込まれていたため、大きな注目を浴びた。12月には、その施設で生き残っていたサル450頭すべてが安楽死させられた。その際の様子は、ベストセラーとなったノンフィクションの『ホットゾーン』のクライマックスで生々しく紹介されている。

このサルの一部は、検疫が終わったあと、日本にも送られる予定だった。しかし、検疫中に感染が見つかったので、日本には送られずに済んだ。サルから分離されたウイルスはレストン・ウイルスと名づけられた。このウイルスもエボラウイルスの仲間だったが、ヒトには感染はするが、ほとんど病気を起こさないことが明らかにされた⁽⁴⁾。

2008年、レストン・ウイルスは、フィリピンの養豚場で豚繁殖・呼吸障害 (PRRS) ウィルスに感染したブタから偶然、分離された。サル以外の動物では初めてだった。2009年から2011年の生態調査の結果、レストン・ウイルスのRNAと抗体がルーセットオオコウモリ

で発見され、これがレストン・ウイルスの自然宿主と考えられている⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

エマージング感染症の認識

マールブルグウイルスを初めとして、いくつもの新しい致死的ウイルスが見つかってきたことから、多くのウイルス専門家は新しいウイルス出現への懸念を抱くようになった。その一人にロックフェラー大学の若手ウイルス研究者、スティーブ・モースがいた。彼は、ロックフェラー大学名誉学長のジョシュア・レーダーバーグ（分子生物学者で1958年、ノーベル生理学・医学賞を受賞）の協力を得て、出現するウイルスについての調査を始めた。最初は米国科学アカデミーが中心となった活動だったが、国際的レベルに拡大された。その結果、1993年にWHO、全米科学者協会、国連食糧農業機関、国際獣疫事務局が合同でエマージング感染症の国際監視計画についての会議をスイスのジュネーブで開いた。

この会議で採択されたのは次のような声明だった。「最近になって新しく出現、もしくはふたたび出現した感染症は数多くある。動物や植物の世界でも同様のことが起きて経済や環境に危険をもたらしている。世界全体はいまだに感染症に対してもいかにもろいかということを示したものである。ヒト、動物、植物の感染症の、地球規模での監視体制の確立が急務である」。

これがきっかけになって、エマージング感染症という名称が普及した。エマージングとは突然出現するという意味で、和訳では新興感染症になっている。

感染症情報ネットワーク「プロメド」の設立

エマージング感染症の国際的監視に関する会議は、情報ネットワークの設立を勧告し、

それを受けた翌1994年、インターネットによる感染症情報ネットワーク「プロメド」(Program for monitoring emerging diseases: ProMED, <http://www.fas.org/promed/>) が設立された。最初の委員長は「エマージング感染症」という名前の生みの親であるスティーブ・モースがつとめた(図3)。

プロメドが活動を開始した翌年、1995年5月には、ザイール(現、コンゴ民主共和国)でエボラ出血熱の大発生が起こり、現地からのリアルタイムの情報がプロメドに掲載された。私は、たまたまその1ヶ月前、4月14日から「人獣共通感染症」という連載講座(https://www.jsvetsci.jp/05_byouki/ProfYamauchi.html)を始めていたので、プロメドからのエボラ出血熱の情報を紹介した(注:この講座は2009年9月に180回で終え、「生命科学の雑記帳」(<https://primate.or.jp/category/zakki/>)という連載に切り替えた)。

2003年に発生した重症急性呼吸器症候群(SARS)の第1報は、2月10日にプロメドに掲載された、中国での致死的肺炎についての情報提供を求める記事だった。

2019年12月、中国湖北省武漢市で発生した新型コロナウイルス感染の第1報も、プロメドの2019年12月30日のメールだった。それには、「湖北省でおきている診断未確定の肺炎の集団発生」についてという表題で、「約20人の患者が異形肺炎と診

断されており、そのうちの7人が重症」と述べられていた。このメールが届いた翌日、大晦日に、中国政府は初めて、武漢市における異形肺炎の発生についての報告を、WHOの中国事務所に提出したのである⁽⁷⁾。

2024年12月現在、プロメドは世界185カ国、7万人以上の加入者に毎月900万通以上のメールを送っている。

(東京大学名誉教授)

〈文献〉

1. 山内一也: エマージングウイルスの世紀。河出書房新社、1997。
2. 山内一也: エボラ出血熱とエマージングウイルス。岩波書店、2015。
3. 山内一也: キラーウイルス感染症。逆襲する病原体とどう共存するか。双葉社、2001。
4. Jahrling, P. B. et al.: Experimental infection of cynomolgus monkeys with Ebola-Reston filoviruses from the 1989-1990 U.S. outbreak. Archives of Virology, Suppl. 11, 115-134, 1996.
5. Barrette, R. W. et al.: Discovery of swine as a host for the Reston ebolavirus. Science. 325, 204-206, 2009.
6. Taniguchi, S. et al.: Reston Ebolavirus antibodies in bats, the Philippines. Emerging Infectious Diseases. 17, 1559-1560, 2011.
7. 山内一也: ウィルスの世紀。なぜ繰り返し出現するのか。みすず書房、2020。



図3 1996年、パリのパストール研究所で開かれた第1回国際エマージング感染症シンポジウム。右端から、ドナルド・ヘンダーソン(天然痘根絶計画のリーダー)、スティーブ・モース(プロメド初代委員長)、リチャード・ライカード(国際獣疫事務局科学官)、ブライアン・マーヒー(CDCウイルス・リケッチャ病部門長)、フレデリック・マーヒー(カリフォルニア大学獣医学部長、エボラウイルス分離者のひとり)、マーヒー夫人、甲斐知恵子(東大医科学研究所教授)、モース夫人、筆者。

〔異文化体験〕

北米疫学会での研究発表報告

～アート実践としての疫学研究について～

土生 裕

1. はじめに

2025年6月10日から13日にかけて、アメリカのボストンにおいて、疫学分野における国際的な主要学会の一つである Society for Epidemiologic Research (SER) Annual Meeting 2025が開催された(写真1)。SERは北米において最も歴史が古く、最大規模の総合的な疫学会である。本稿は、SERでの研究発表に至る経緯や現地での体験を記すものであり、将来、国際学会で研究発表を希望する方々の一助となれば幸いである。

2. 疫学とは

以前は「“えきがく”を研究しています」と説明すると「占いの“易学”ですか？」と聞かれることがあり、これは疫学者の間で知られる自虐ネタであった。

しかし、COVID-19のパンデミックを契機に、メディアで「積極的疫学調査」という言葉が繰り返し報じられ、感染症疫学の専門家が多く登場するようになったことで「疫学」という言葉は一躍、世間に広く知られるようになった。

一方で、疫学は感染症のみを扱っている分

野という新たな誤解も生まれた。確かに、疫学の父と呼ばれるジョン・スノウがコレラ流行の原因を特定・制御したように、感染症対策は疫学の大きな源流である。しかし、現代の疫学は、公衆衛生の基盤を成すだけでなく、臨床医学から社会医学まで幅広い領域をカバーしている。

疫学とは、人間集団における健康や病気の発生パターン（分布）と、その発生や変化に影響を与える要因（決定要因）を定量的に明らかにし、その知見を健康問題の予防や制御に応用する学問である。

疫学は EBM (Evidence-Based Medicine) や EBPH (Evidence-Based Public Health) などの根幹を支える学問であり、臨床現場における診断や治療の意思決定から、地域や国レベルの政策の立案に至るまで、幅広く活用されるエビデンスを提供する。

3. 学会参加に至る経緯

毎年、アメリカの各都市を巡回して開催している SER は、世界各地から疫学研究者が集まり、最新の研究成果や方法論に触れること



写真1 SER のメイン会場

ができる貴重な機会であり、以前からぜひ参加したいと考えていた。近年のアメリカにおける物価高騰で、なかなか参加することが難しい状況にあったが、2025年の開催地がボストンに決まったと知り、私はこの機会を逃すべきではないと強く感じた。というのも、私は博士課程在籍中にハーバード公衆衛生大学院へ8ヶ月間留学した経験があり、ボストンは私の人生を大きく変えた特別な地だからだ。今回の開催は、SERに参加し、ボストンを再訪できる絶好の機会と考え、演題募集に応募することを決めた。

4. アート行為としての疫学

発表題目は「ePi Art: A new paradigm for epidemiologic research as an art practice」である。これは、疫学研究や定量的評価の営みを、アート行為として再構築する試みである。アートが本来有する存在の非代替性や、ネガティブなものをポジティブに転換する力を疫学に取り入れるものである。

では、なぜ疫学をアート行為にする必要があるのか。先に述べた通り、疫学は公衆衛生の基盤となる学問であり、その目的は「人々の健康・ウェルビーイングの実現」にある。しかし現在の研究の実情では、どのようなエビデンスを生み出すかに重点が置かれ、そのアウトプットをどのようなプロセスで生成するかはほとんど重視されていない。もちろん研究倫理は担保されるべきであるが、それは技術的な大前提であり、積極的な意味づけは薄い。

本来、疫学が対象とする「人々」には、研究に関わるすべての人々が含まれるべきである。COVID-19のパンデミックは、専門家と一般の人々の間のギャップや不信、トップダウン型政策への反感、異文化間の対話不足な

どの課題を浮き彫りにし、すべての人の健康・ウェルビーイングの実現を目指す疫学・公衆衛生学に大きな課題を突きつけた。

その一方で、アートの領域では制作者間の関係性や対話、作品制作のプロセスが重視される。私は、疫学研究の課題を乗り越えるために、アートのパラダイムから疫学を捉え直す必要性を強く感じた。そして、研究の過程全体や関係者間の関係性、対話、多様なアウトプットに価値を置く協働研究・創作の方法として「ePi Art (エピアート)」を提案し、現在はその開発に取り組んでいる。

「ePi」には epidemiology (疫学) や evidence (エビデンス)、大文字の「P」には Process, Play, Performance, Practice, Participation, Poem, Public health などの意味を込めている。

疫学は無数の領域を横断する非常に懐の深い分野であるが、この提案が国際的な学会でどのように評価されるかを確かめたく、応募締め切りの1月にダメ元で研究概要を提出した。

5. 演題採択と助成金による支援

結果を待つこと約3ヶ月、4月1日にポスター発表採択の通知が届いた。娘たちと新宿御苑で鬼ごっこをしている最中であり、その時のことを今でも鮮明に覚えている。従来の疫学研究とは異なる角度からの提案であったため採択は難しいと考えていたが、その分、通知を受けたときは心が躍った。

しかし、念願のSERでの発表が決まったものの、前年度に予算を計上していなかったため、資金の確保が必要となった。そこで国際学会参加を助成するプログラムを探し始めたが、採択通知が学会の約2ヶ月前だったこともあり難航した。そうした中で唯一募集していたのが、公益財団法人京都健康管理研究会

の泉孝英記念助成であった。最後の望みを託して応募したところ、幸いにも採択された。

本助成は、国際学会に参加する際の経済的負担という大きな障壁を取り除き、挑戦を後押しするものである。このような取り組みに対し、深く感謝の意を表したい。

6. 渡航

渡航準備にあたって、ESTA申請や、飛行機チケットや宿泊の手配も進めつつ、ボストン留学時に参加していたバンド（私はドラムを演奏している）の仲間にも連絡を取っていたところ、メンバーの一人から「家族でイタリアにバケーションに行くから家を丸ごと使ってよいよ」というメールを受け取った。その有難い提案に目を疑い、英語の読み間違いかと思い再確認したが、確かに家を貸し切りで使ってよいとのことだった。感激のあまり目頭が熱くなった。そのため、渡航準備で最も力を入れたのはお土産の準備であった。私が所属する京都大学の周辺には趣向を凝らした京菓子が多く、荷物の半分以上がお土産となつた。

渡航は関西国際空港から香港を経由し（約4時間）、ボストン・ローガン国際空港へ（約16時間）向かった。機内は幸運にも隣席が空いており、ゆっくり休むことができた。機内



写真2 ポスター SESSIONの様子

のワインを味わいながらニコラ・ブリオーの『関係性の美学』を精読し、優雅な時間を過ごした。到着は真夜中の11時であったが、友人が車で迎えに来てくれた。友人に助けられてばかりいる。久しぶりのボストンはまるで夢の時間に戻ったかのようであった。

7. SERへの参加と発表

会場では、因果推論、社会疫学、ヘルスエクイティ、環境疫学など、様々なセッションが同時進行で行われていた。そのジャンルの多彩さと各分野の研究者層の厚さに驚かされた。疫学における因果推論のバイブルともいえる『What If』の著者や、著名な研究者の講演を直接聞くことができた。

留学中のスーパーバイザーであるイチロー・カワチ先生は社会疫学の第一人者であり、一年ぶりに再会した。先生のセッションでは現在のアメリカの社会疫学分野で、どのようなトピックについてどのように議論されているかについて確認することができた。私の問題意識と重なる点も多く、大きな励みとなった。

ポスターセッション（写真2）も非常にレベルが高く、一つひとつがハイインパクトな学術誌に掲載されるような内容であり、見応えがあった。国内ではポスター発表が形骸化していることが多いが、SERのポスターセッションは実のある白熱した場となっていた。

私の発表は、約1時間、自身のポスターの横に立ち、参加者の質問に答えたり、研究内容を説明したり、議論を行う形であった。今回は現地でポスターを印刷し、発表前には会場のベンチで説明や想定質問への回答を小声でリハーサルした。ニッチな演題のため聴衆の反応が不安だったが、始まってみると休憩する間もなく1時間半ほど話し続けていた。

多数のポスターが並ぶ中、文字だけで説明しても伝わりにくいと考え、今回は研究背景の説明に4コマ漫画を用いた。これが参加者らの目にとまるきっかけとなり、「さすがJAPANだね」という声をいただいた。予想以上に私の問題意識に共感してくれる参加者も多く、大きな励みとなった。

特に印象深かったのは、ボストン大学のEric Rubenstein氏との対話である。氏はダウン症の当事者と共同で研究を行い、その実績により今回のSERで「Sherman James Diverse and Inclusive Award」を受賞された。当事者との協働のあり方や成果の還元方法について、多くの示唆を得ることができた。

8. 学会以外のアクティビティ

滞在中は、友人やバンド仲間と再会した。留学中に音楽を通じて築いた絆は時を経ても色あせず、互いの近況を語り合う時間は、まるでタイムスリップしたかのようであった。ボストン在住の研究者たちとの交流会も催され、異なる大学や研究機関に所属する研究者らと疫学話に花が咲いた。

また、留学時に関わっていたホームレス支援の炊き出しにも参加した。二年ぶりにもかかわらず、当時の仲間たちは変わらず温かく迎えてくれた。留学中の炊き出しボランティアで知り合ったホームレスの友人とボストンの中心地を散歩したのだが、彼が町なかに住んでいる彼のホームレスの友人を次々と紹介してくれたことは忘れ難い体験となった。

アメリカではホームレス人口が増加しており、昨年度は統計開始の2007年以降で最多の77万人に達した。路上で他人として出会うと怖さを感じることがあるが、友人を介して出会うと印象は大きく変わる。ホームレスに関する様々な課題が、アメリカにおける公衆衛生の重要な課題であることを改めて実感した。

9. おわりに

今回の訪問は二年ぶりであり、懐かしさとともに、自らの歩みを確かめる機会となつた。また、現在の自身の関心や研究の可能性を再確認することができ、今後の大きな力を得ることができた。自らの立ち位置や世界の動向を把握し、プレゼンスを高めるためにも、定期的に国際学会で発表することは非常に重要であると改めて実感した。来年以降も自らをアップデートし、ネットワークを構築するためにも、SERを中心に国際学会での発表に積極的に挑戦していきたい。まだ国際学会に参加、または発表したことのない研究者には強く参加をお勧めしたい。

最後に、今回の貴重な参加機会を与えてくださった公益財団法人京都健康管理研究会の皆様に深く感謝申し上げる。この経験を糧として研究をさらに発展させ、その成果を広く世に還元できるよう努めていきたい。

（京都大学大学院医学研究科社会疫学分野・特定助教）

〔異文化体験〕

ヨーロッパリウマチ 学会 EULAR 2025 参加報告

茎田祐司

はじめに

この度、2025年6月11～14日にスペインのバルセロナで開催されたヨーロッパリウマチ学会 (EULAR) の学術集会に公益財団法人京都健康管理研究会のご支援をいただき参加したのでここに報告させていただきます。

自己紹介

はじめに私の簡単な自己紹介をさせていただきます。私は2007年に京都府立医科大学を卒業し、初期臨床研修の後に同大学の免疫内科に入局しました。その後、主に大学病院で勤務しておりましたが、京都第一赤十字病院の呼吸器科で間質性肺炎の勉強をさせていたいた経験もあります。大学院時代（2013～2017年）は全身性エリテマトーデスのモデルマウスを使った基礎実験に取り組みましたがうまくいかず挫折し、臨床研究で学位を取りました。

2018年からは京都第二赤十字病院で勤務しております。入職時の所属科は糖尿病・腎臓・膠原病科という3つの診療科の集合体でしたが、2024年から膠原病内科として独立することができました。ただし、近隣に京都府立医科大学附属病院、京都大学附属病院という巨大な病院があるため集患はなかなか大変です。開業医の先生から患者さんを紹介してもらえるために少しでも知名度を上げようと日々試行錯誤しております。リウマチ膠原病疾患の中で特に専門領域を持っているわけではあり

ませんが、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血管炎、膠原病に伴う間質性肺疾患に強い関心を持っています。

私は以前から国際学会に参加することをライフワークの一つとしております。膠原病分野においては、アメリカリウマチ学会 (ACR) と EULAR が2大巨頭であり、これらの学会に参加することが膠原病内科医の大きな目標となっています。大学病院に在籍していた頃は自施設のデータを用いた臨床研究で ACR、EULAR などの海外学会で発表の機会を得てきました。

京都第二赤十字病院に異動後も自施設の症例を用いた小規模の臨床研究結果をアジア太平洋リウマチ学会 (APLAR) で発表しておりましたが、ACR、EULAR のようなレベルの高い学会からは遠ざかっていました。これらの学会に参加するためには多施設共同研究が必要であると感じ、2022年からANCA関連血管炎の国内多施設研究に当院も参加することにしました。そして、今回この臨床研究の結果が無事に EULAR にポスター発表として採択され参加してきました。

EULAR での発表

ANCA関連血管炎は好中球細胞質抗体 (ANCA) を特徴とする自己免疫性の小型血管炎で、顕微鏡的多発血管炎 (MPA)、多発血管炎性肉芽腫症 (GPA)、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の3疾患が知られています。主に腎臓、肺、末梢神経、皮膚などを障害し、ときに急速進行性糸球体腎炎や肺胞出血といった重篤な臓器障害をきたすこともあります。治療はグルココルチコイドと免疫抑制薬（シクロホスファミド、リツキシマブ等）が併用されます。

今回の研究では、ANCA関連血管炎のうち

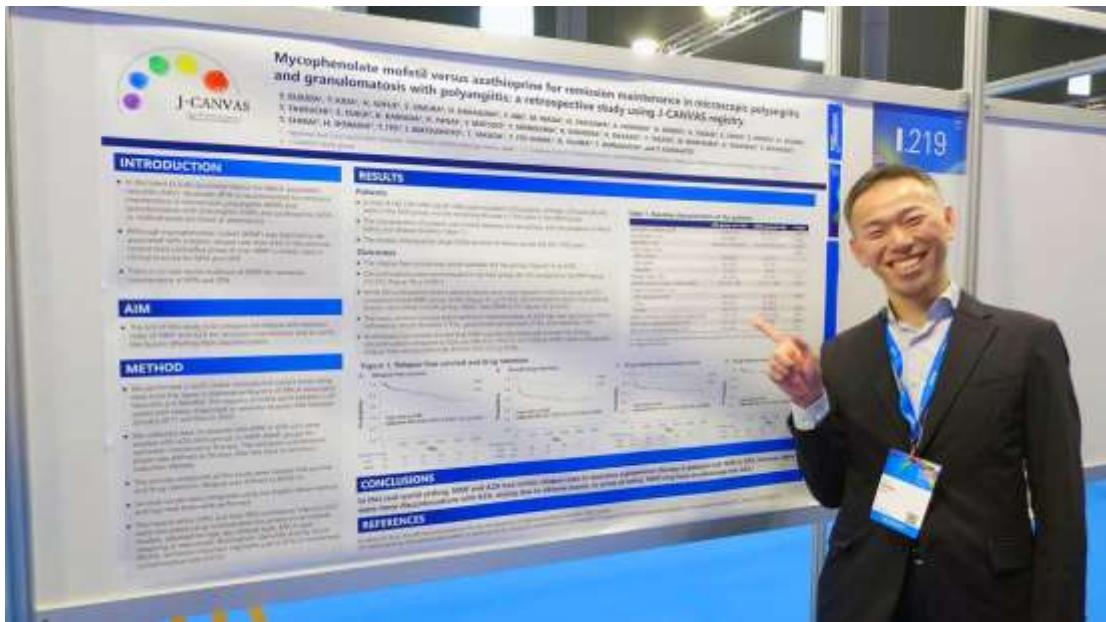


写真1：ポスター会場にて

顕微鏡的多発血管炎（MPA）と多発血管炎性肉下腫症（GPA）の寛解維持期の治療に焦点を当てました。現状、これらの疾患の寛解維持期に用いられる免疫抑制薬としてリツキシマブとアザチオプリン（AZA）などが国内外のガイドラインに記されています。しかし、リツキシマブはその感染症リスクの高さから高齢者には使用しにくく、AZAは血球減少や肝機能障害などの副作用で中止せざるを得ないことが多いのが現状です。

一方でミコフェノール酸モフェチル（MMF）はループス腎炎や強皮症に伴う間質性肺疾患で用いられることが多い免疫抑制薬ですが、ANCA関連血管炎に対するエビデンスは乏しいのが現状です。実際、ガイドラインには記載されておらず、保険収載もされていません。しかし、実際の医療現場においてはリツキシマブやAZAを使用できない症例に用いられることがあります。私も使用経験がありますが、寛解を維持する力がありかつ安全に使用できる薬剤であると感じていました。

寛解維持期の治療としてMMFはAZAと比較して有効性安全性はどうなのか、この疑問を国内25施設の多施設共同研究で調べてみようと解析しました。その結果、MMFとAZAは治療継続率、再燃率は同等であるが、MMFはAZAよりも有害事象による中止が少ないことが分かりました。このことからMMFはMPAとGPAの寛解維持期の治療オプションになりうると結論付けました。ポスター会場（写真1）では多くの方が足をとめて質問をしてくれました。普段から感じていたことを証明してくれてありがとうという言葉もいただき、とても嬉しく思いました。今後早く論文作成に取り掛からねばと感じています。

EULARの学会に参加したのは2014年のパリでの開催以来11年振りでした。会場は旧市街から数km離れた再開発地区にあり、学会場周辺は高層ビルや巨大ショッピングモールがあります。学会場（写真2）の設計は私の大好きな日本人建築家の伊東豊雄が手掛けてい



写真2：伊東豊雄氏設計の学会会場

ます。11年前のパリでの開催時よりも明らかに参加人数が増え、会場の規模も大きくなっていました。

参加者はヨーロッパ各国にとどまらず世界中から集まっており、まさに世界最高峰の学会だと痛感しました。学会場に入るには手荷物検査が必要で、入口には強面の警察官が常に見張っていました。ですので会場に入場するときは緊張感がありましたが、いざ建物の中に入るとあちらこちらに休憩所やコーヒースタンドがあり、ストリートピアノ？まで置いてあつたりしました。

学会期間中に開催された公式ディナーはかつての王立造船所(現バルセロナ海洋博物館)で開催され、歴史的建造物の中でいただくおいしいワインと食事、フラメンコのショーなど大変楽しい時間を過ごすことができました(写真3)。事前の学会からのメールには「ドレスコードは“blue and white”」と書かれていたので真に受けて青のシャツと白いズボンで臨みました。しかし、私が純朴で真面目す

ぎるのか他の方々が不真面目なのは分かりませんが、私の服装は明らかに会場で浮いてしまいました。もしベストドレッサー賞があればきっと私が受賞していたはずです。

バルセロナについて

今回の学会はスペインのバルセロナで開催されました。バルセロナはヨーロッパの大都市の中では珍しく海沿いに存在します。一般的にヨーロッパでは河川交通が発展していることや海賊などの外敵からの防衛上の理由から内陸に大都市が形成される傾向があります。しかし、バルセロナはかつてアラゴン連合王国という地中海を支配した海洋帝国の首都であったことから沿岸部に発達した都市です。今では観光業でも成功し世界有数の観光地になっています。特にガウディ建築が有名ですが、私も学会期間中にサグラダファミリア、グエル公園、グエル邸といった有名なガウディ建築を見に行くことができました。当時ヨーロッパで流行していたアール・ヌーヴォー

様式（自然の曲線美を取り込んだ芸術様式）から派生したとも言われるガウディ建築ですが、色彩感覚や構造はまさに唯一無二の存在だと感じました。唯一無二すぎて普遍化しなかったのも事実ですが、一度は見る価値があるかと思います。

また、ガウディのライバルとも言われたムンタネールの作品であるカタルーニャ音楽堂も素晴らしい建築でした。旧市街の中にありアクセスしやすいですし、サグラダファミリアほど混雑していないのでお勧めです。バルセロナには建築以外にも、美しい街並み、ピカソなどの現代美術、地中海に面したビーチ、タパスやピンチョスなどのおいしい料理などなど魅力だらけです。世界中から旅人が集まってくるのは当然のように思います。

その一方で、バルセロナは京都と同様にオーバーツーリズムに陥っていることでも有名です。実際、ホテル代も大変高騰しており、今回の滞在中はポスター発表の共同演者である京都府立医大病院の木田先生とルームシェアすることにしました。オーバーツーリズムは地元の方の生活にも支障（家賃の高騰、旅行客のマナー違反など）が出ているようで、私が滞在していた最終日には観光客を排斥する抗議デモが街中で行われていたそうです（幸い遭遇しませんでしたが）。地元の住人と観光客の共存は世界的な問題であると肌で実感しました。

おわりに

今回久しぶりに EULAR に参加して最新の知見に接することでき、また国内外の医師とコミュニケーションをとることで日常診療と臨床研究に対するモチベーションが向上しました。参加できて本当に良かったです。

途中色々なハプニングもありました（滞在



写真3：学会公式ディナーにて。向かって左から筆者、EULAR プレジデントの Aletaha 教授、京都府立医大の木田先生、東京女子医大病院の樋口先生。

中にクレジットカードを紛失するも奇跡的に生還、滞在中にイスラエルとiranが戦争を開始し、帰国できるかどうか不透明な状態に陥る）が、それも今となっては良い思い出です。

しかし、如何せんこの物価高や円安のご時世に国際学会に参加することは経済的に容易なことではありません。今回の EULAR の参加登録費だけでも 17 万円かかりました。航空チケットや宿泊代も高騰しています。そんな中で今回、温かいご支援をいただきました公益財団法人京都健康管理研究会様には感謝の念しかございません。重ねて御礼申し上げます。今後もますます医師として研究者として研鑽を積み、医療に貢献していくことが一番の恩返しになると考えております。今後ともよろしくお願ひいたします。

（京都第二赤十字病院 膜原病内科）

〔高齢者と健康〕

脂質のとりすぎは不健康？

～脂質の常識を検証します～

濱田邦夫

はじめに

前回、ケトン食や糖質制限食という脂質中心の食事が認知症の予防になるかもというお話をしました。そんなに脂質の多い食事って健康に良くないので？ という疑問をきっとお持ちになったと思います。常識的には、脂質の摂りすぎは健康に良くありません。その理由は、肥満の原因になること、コレステロールが増えて動脈硬化（心筋梗塞、脳梗塞など）のリスクが高くなることなどがあげられています。この常識が正しいのかどうか検証してみましょう。

肥満の原因

私は職場の検診センターで内科診察を担当していますが、年々肥満が増えていることを実感しています。専門家はその原因として、肥満になりやすい体質、運動不足、食の欧米化による脂質の摂りすぎをあげます。体質、運動不足はそのとおりですが、脂質のとりすぎというのは本当でしょうか？

食の欧米化で肉類や脂質の摂取が増えたことで、私たちの栄養状態は良くなり、子供たちの体格も大幅に向上了し、元気な高齢者が増えました。栄養学的にはむしろ歓迎すべき変化です。でも、専門家ってなぜか欧米式食事を悪しき習慣のように語ります。

確かに欧米、とくに米国では国家的な問題になるほど肥満が増え、その度はずれた肥満ぶりをテレビなどで見る機会も多いので、「食

の欧米化→脂質摂取増加→体脂肪増加→肥満」という肥満の方程式はかなり説得力があります。何十年もの間、健康診断や医療現場、マスコミやテレビの情報番組などを通して、私たちは「脂質=不健康」というイメージをすっかり刷りこまれてしまいました。

しかし、和食であろうと洋食であろうと、肥満の原因は炭水化物（糖質）と脂質のとりすぎによるエネルギー（カロリー）過多です。肥満を解消するためにはまず食事量を減らすことが基本ですが、炭水化物と脂質のどちらを減らせば肥満解消につながるのでしょうか。実は、肥満にはインスリンというホルモンが深く関わっています。

肥満とインスリン

インスリンは血糖（ブドウ糖）値を下げるホルモンとして糖尿病の治療では大活躍です。でも、本来の役割はブドウ糖を脂肪に変えて体に蓄えることで、血糖値が下がるのはその結果にすぎません。人類がまだ狩猟で生きていた頃、獲物がない時には体脂肪をエネルギー源にして飢えをしのぎました。木の実、果実などの炭水化物は消化されてブドウ糖となり、エネルギー源として利用されますが、この時代にはたまにしか手に入りません。

炭水化物を食べた時にインスリンは賢い働きをします。大切な体脂肪を守るため脂肪の燃焼をおさえ、ブドウ糖を優先的に使い、余ったブドウ糖は脂肪に変えて蓄える。おかげで人類は何十万年も過酷な環境を生き延びられました。そんな人類がやがて農耕を始め、穀物（炭水化物）を日常的に食べるようになりました。インスリンは日々脂肪を作り、過食の時代ともなると「肥満ホルモン」という不名誉な別名さえつけられました。

脂質は炭水化物とは異なり、消化されても

ブドウ糖にはならないため、いくら食べても血糖値を上げず、インスリンも出動させません。インスリンの出番を少なくすることが、脂肪を燃やし、体脂肪を減らし、肥満を解消することにつながります。本当は、「炭水化物のとりすぎ→インスリンの頑張り→体脂肪増加→肥満」なのです。脂質と炭水化物のどちらを減らすのか、正解は炭水化物ですね。

食の欧米化は私たちの食生活に深く浸透していて、いまさら一汁三菜の伝統的和食に後戻りはできないし、また、その必要もありません。お腹が出てきたなあ、肥満気味だなあと思ったら、迷わず炭水化物を減らしましょう。そういう指導を専門家にはしてほしいと切に思います。

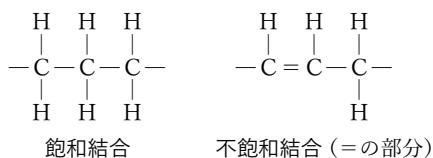
脂質が不健康とされるもうひとつの理由は、動脈硬化のリスクです。ほとんどの医療関係者にとってこれは常識です。動脈硬化は心血管疾患（狭心症、心筋梗塞、脳卒中の総称）の主な原因なので、脂質摂取によりこれらの

【コラム1】飽和脂肪酸と不飽和脂肪酸

脂質は室温で固体ならば脂肪、液体ならば油と呼ばれます。どちらも脂肪酸が主成分です。脂肪酸分子の骨格は一列に並んだ炭素原子でできています。炭素分子間に二重結合（不飽和結合）（図1）があるものを不飽和脂肪酸と呼び、1か所なら一価、2か所以上なら多価とします。二重結合のないのが飽和脂肪酸です。常温で飽和脂肪酸は個体、不飽和脂肪酸は液体で、脂肪と油の関係におよそ重なります。

近年、脂質の健康への影響を検討するさいには、飽和脂肪酸と不飽和脂肪酸を区別し、さらに不飽和脂肪酸は一価と多価を区別して研究するようになりました。

図1 飽和結合と不飽和結合（C 炭素、H 水素）



【コラム2】コホート研究とメタ解析

ある集団（コホート）を長年観察し、生活習慣、食習慣、健康状態などを様々な角度から検討して、一定の傾向や法則性を導き出すのがコホート研究です。人々の実生活のデータを元にしているという信頼感があります。ただ、ほとんどのコホート研究では、観察開始時点での生活習慣や食習慣がその後10～20年間変わらずに続くということを前提にしています。この前提そのものが不確実なため結論にばらつきが生じ、正反対の結論が出ることもめずらしくはありません。このばらつきを是正するために、過去に発表された複数のコホート研究をまとめて分析し直すメタ解析という手法があります。より客観的で公平な結論が期待できますが、過去に発表された報告が元になるので多数決になります。多いほうが必ずしも正解とは限らないので注意が必要です。

疾患リスクが高まるときがあります。この常識を調べ直してみます。

不飽和脂肪酸と心血管疾患

脂肪酸別に検討したコホート研究（コラム参照）の大多数が、不飽和脂肪酸については一価と多価を問わず、摂取量が多いほどコレステロールが下がり、心血管疾患や総死亡（全ての原因による死亡）が減ると結論づけています。これを受けて、ガイドラインでも不飽和脂肪酸の摂取が推奨され、摂取量もとくに制限されていません。油は体に良い、気にせずたくさん摂りましょうということですね。

飽和脂肪酸と心血管疾患

厚生労働省の食品成分データベース（2023年版）を元に、代表的な食品に含まれる飽和脂肪酸の比率を表1にまとめてみました。表の数字の残りが不飽和脂肪酸の比率になります。飽和脂肪酸はやはり動物性脂肪、とくに乳製品に多いですね。健康志向で低脂肪牛乳や脂肪ゼロヨーグルトがよく売れるわけです。

表1 飽和脂肪酸の割合*

食品	飽和脂肪酸(%)	食品	飽和脂肪酸(%)
乳製品	66~75	鶏肉	22
チョコレート	63	アボカド	20
豚肉	39	大豆	15
サバ	37	オリーブ油	14
イワシ	37	クルミ	10
牛肉	36	アーモンド	8
鶏卵	35	なたね(キャノーラ)油	8

*脂肪酸に占める割合(重量%)、残りが不飽和脂肪酸
(厚生労働省食品成分データベース2023年版から)

牛肉、豚肉、鶏卵に含まれる飽和脂肪酸が30%台で、サバやイワシとほぼ同じというのは意外でした。

米国心臓協会、欧州心臓病学会、日本動脈硬化学会、日本循環器学会などは、一貫して「飽和脂肪酸摂取=LDL(悪玉)コレステロール増加=心血管疾患リスク増加」と考え、飽和脂肪酸を多く含む食品を控えるよう提言しています。玉子、チーズ、牛乳、鶏肉は週3回まで、赤肉(牛、豚、羊など)とバターは週2回まで、ソーセージ、ハムなどの加工肉はたまに食べる程度が適切なのだそうです。

一方、米国心臓病学会(アメリカには心臓病に関する大きな学会が2つあります)は、飽和脂肪酸摂取で増えるLDLコレステロールは動脈硬化を起こさないタイプなので、飽和

脂肪酸の摂取制限は必要ないと正反対の声明を発表しました。いったいどちらが正しいのでしょうか?

飽和脂肪酸が良いのか悪いのかは私たちの日々の食事に直結する重大事です。どちらを信じるのかではなく、実際の研究報告を元に自分で考えて判断するしかありません。そこで、脂質摂取量と総死亡、心血管疾患死亡との関連を調べた最近の研究から、比較的研究の質が高いと私が判断したものを、できるだけ恣意的にならないよう注意しながら選んでまとめてみました(表2)。

Yamagishiらの報告は中高年男女約8万人を対象とした日本のコホート研究です。この研究では、飽和脂肪酸の摂取量が多いほど男性で心筋梗塞死亡の増加傾向が認められたのですが、一方で摂取量の多い群では脳卒中死亡が男女とも明らかに少なく、心血管疾患としてまとめると摂取量が多いほど死亡は減るという結論でした。

Dehghanらの報告は欧州と北米の計18カ国が参加した大規模な国際的コホート研究です。膨大なデータの解析結果、飽和脂肪酸の摂取量が最も多い群では総死亡が最も少なく心血管疾患死亡は増えていないという結論でした。

表2 脂質摂取量と総死亡*、心血管疾患死亡、がん死亡との関連

研究者	発表年	研究の種類(実施国)	総死亡	飽和脂肪酸		脂質総量		
				心血管疾患死亡	がん死亡	総死亡	心血管疾患死亡	がん死亡
Yamagishiら ⁽¹⁾	2013	コホート(日本)		◎				
Dehghanら ⁽²⁾	2017	コホート(18カ国)	◎	○		◎	○	
Hoら ⁽³⁾	2020	コホート(イギリス)	X	○		○	○	
Yaoら ⁽⁴⁾	2021	コホート(アメリカ)	X	○	○	○	○	○
Zengら ⁽⁵⁾	2023	コホート(中国)	X	X		X	X	
Zhengら ⁽⁶⁾	2023	コホート(アメリカ)	X	X		○	○	
Jessriら ⁽⁷⁾	2023	コホート(カナダ)	○	○				
Quら ⁽⁸⁾	2024	コホート(アメリカ)				◎	○	
Wangら ⁽⁹⁾	2024	コホート(アメリカ)					○	
Zhuら ⁽¹⁰⁾	2019	メタ解析		○			○	
Kimら ⁽¹¹⁾	2021	メタ解析	X	X	X	○	○	○
Maら ⁽¹²⁾	2024	メタ解析	○	○	X	○	○	○
Yamadaら ⁽¹³⁾	2025	メタ解析	○	○				

*全ての原因による死亡 X:増加 ◎:減少 ○:関連なし 空欄:記載なし

この2件の研究を含めた7件のコホート研究のうち、飽和脂肪酸摂取量が増えると心血管疾患死亡が増えると報告したのは2件だけです。メタ解析（コラム参照）4件のうち3件は、飽和脂肪酸摂取量と心血管疾患死亡は関連がないと結論づけました。どうやら飽和脂肪酸と動脈硬化とは関連が無さそうですが、摂取量が多いと総死亡とがん死亡が増えるという報告もあることには留意が必要です。

脂質総量での検討

飽和脂肪酸は問題なしという声明を発表した米国心臓病学会は、「食品の健康への影響は、それに含まれるある特定の栄養素によってではなく、その食品が含む栄養全体によって評価されるべきである」と提言しています。至言だと思います。

私たちは飽和脂肪酸という名の食品や不飽和脂肪酸という名の食品を食べているわけではありません。乳脂肪の70%前後は飽和脂肪酸ですが、乳製品にはそれ以外に良質のタンパク質やミネラルがたっぷり含まれています。肉や卵は飽和脂肪酸を多く含む食品とされていますが、その倍近い不飽和脂肪酸も含んでいて、なんといっても身近で重要なタンパク源です。

そこで、私たちの日々の食生活に即して、脂肪酸別の検討ではなく、脂質摂取総量と総死亡、心血管疾患死亡の関連を検討した結果をまとめました（表2右側）。中国からの報告をのぞいた多くのコホート研究とメタ解析が、脂質総量が多いほど総死亡が減る一方で、心血管疾患死亡やがん死亡は増えないと報告しています。多数決のレベルを超えているように思えます。飽和脂肪酸という一成分だけで検討するよりも、脂質総量で検討したほうが良い結論が導かれるようです。脂質は健康の

素ですね。

おわりに

「脂質の摂りすぎは不健康」という常識、みなさんはどう思われますか？

脂質をもっと多く摂りましょう、ただし動物性脂肪にかたよらないように、脂質を増やした分糖質を減らすことも忘れずに、というのが私からのメッセージです。

ただ、飽和脂肪酸でLDL（悪玉）コレステロールが増えるというのは個人差があるのも事実のようです。私は元々コレステロールが高めだったので、糖質制限食を始めて脂質を多く取るようになってからは、大幅な基準超えになりました。健康診断でコレステロールが引っかかると、栄養士からは「脂質を控えましょう」と言われ、医師からは「血管が詰まって心筋梗塞や脳梗塞になるリスクがある」と驚かされ、とてもうつとうしいことになります。医師の勧めで、仕方なくコレステロール低下薬をのみ始めた方もいらっしゃるのではないかでしょうか。

そこで次回はLDLコレステロールにスポットを当て、本当に悪玉なのか、心筋梗塞や脳梗塞と本当に因果関係があるのか、多くの報告を元にコレステロールの常識を検証してみます。

（市立千歳市民病院内科）

《参考文献》

- (1) Yamagishi ら Eur Heart J 2013;34:1225
- (2) Dehghan ら Lancet 2017; 390: 2050
- (3) Ho ら BMJ 2020;368:m688
- (4) Yao ら Front. Nutr 2021;8:701430
- (5) Zeng ら Nutrients 2023;15:4214
- (6) Zheng ら Nutr Res 2023;120:99
- (7) Jessri ら Br J Nutr 2023;129:1740
- (8) Qu ら Sci Rep 2024;14:22805
- (9) Wang ら Nutrients 2024;16:3829
- (10) Zhu ら Lipids Health Dis 2019;18:91
- (11) Kim ら Clin Nutr 2021;40:1060
- (12) Ma ら Nutrients 2024;16:152
- (13) Yamada ら JMA J 2025;8:395

〔高齢者と健康〕

私の膠原病診療と ステロイド薬について

～特に関節リウマチと SLE を例にとって～

楳野茂樹

はじめに

私は大阪医科大学リウマチ膠原病内科で膠原病の診療に当たって来た。本稿では、どのような思いで診療をしていたのか、ここ30年ほどの膠原病診療の進歩はどのようなものか、そして私が大量に使ってきたステロイド薬、これには有用な作用と軽視できない副作用がありますが、現在の膠原病の世界での評価・使用の趨勢と私の意見を述べます。

私の医師としての経歴と膠原病診療

1983年に大阪医科大学（現大阪医科大学）を卒業し医師になり、同大学第一内科に入局。1986年より呼吸器内科を専攻した。当時大学には膠原病内科はなく、何でも屋的診療をしていた第一内科が素人と言って良い状態で膠原病の診療に当たっていた。免疫に興味のあった私は進んで膠原病患者を診ていた。中でも SLE（全身性エリテマトーデス）の多彩さに強い興味を覚えると同時に、患者を何とか助けていたとの義務感が発生した。その理由は、SLE 患者は急変し、なすすべもなく亡くなってしまった症例がある一方、超重症で死亡を覚悟した症例でも、治療に成功すると退院し、投薬を続ければ、普通の若い女性と外見でも一般検査所見でも、全く変わりのない状態にしてあげることができたからである。

実感してもらうため代表的な症例を紹介する。1人はうまく制御できた患者で、10代後半女性。紅斑・関節炎を主体に入院。補体低

値、抗 ds-DNA 抗体著明高値があり、PSL（プレドニゾロン：一番頻用されるステロイド薬）60mgで開始、補体値は上昇するも正常値にはならず、PSL を減量せず診ていたが、1月後急に皮下出血が多発。同日中に意識混濁・痙攣発作・消化管出血・血小板減少をきたした。同日中にエンドキサン大量静注療法（エンドキサンパルス）を施行、痙攣は改善、意識混濁・皮下出血も改善し、元気に退院。その後はほとんど健常人と同じような状況で通院中である。

もう1人は亡くなった患者で、10代後半女性。心膜炎を症状として16歳で発症した元気な女子高生。活動的すぎる性格があり、自分で負荷を増やしすぎていた（入院後判明）ところ、腹痛にて緊急入院。腸管の著明な浮腫を認めるループス腹膜炎であった。当時、その病態の重篤性を十分に理解できていなかつた私は、副作用の危険の高いエンドキサンパルスを決断できず、ステロイド大量のみで治療を開始した。しかし、入院翌日心停止、救急蘇生で一旦心拍は再開したものの、1週間のICU 管理後に死亡した。今でも、後悔が残る患者である。その後1994年、呼吸器内科に所属しながら膠原病外来を開始、1995年に膠原病内科/血液内科として独立。後に血液内科が分離し、膠原病内科となった。2004年リウマチ膠原病内科診療科長となり、2018年4月退官したが、大学のリウマチ膠原病内科の非常勤外来は継続していた。

膠原病診療の変化（進歩）

この間、膠原病の診療は長足の進歩を遂げた。重要な2疾患につき説明する。

まず、関節リウマチ（以下 RA）診療だが、1990年代後半に当科が立ち上った頃は、車椅子の患者も多く、死亡平均年齢が65歳くら

いだったが、現在、車椅子の患者はほとんどなくなり、寿命も10年以上伸びた。変化の大きな要因は3つある。早期に診断可能な診断基準ができたこと。RAの総合病勢指数であるDAS28 (Disease Activity Score28関節) やSDAI (Simplified Disease Activity Index) といった複合指標 (どちらも腫脹関節数・圧痛関節数・医師による全般的評価・患者による全般的評価・CRPを計算式で組み合わせたもの) ができると同時に、これらで評価した寛解もしくは低疾患活動性を目標に、治療を増強して行く treat to target という概念が提案され浸透していったこと。

最後に、最も大きなものは治療薬の発達である。1990年代後半に、間歇的MTX療法〔DMARDs (疾患経過修飾性抗リウマチ薬) の1つで、今でもRA治療の基本〕が保険適応となり、2000年代に入り炎症性サイトカインの作用を抑える抗サイトカイン薬 (抗TNF薬と抗IL-6薬) とT細胞機能抑制薬 (アバタセプト) は一括りにして生物学的製剤 (biologic DMARDs) と呼ばれている。これに加えて炎症に関与する核内信号伝達系であるJAK-STAT系を抑えるJAK阻害薬も加わり、RAの病勢の制圧に大きく貢献した。1990年代まではステロイド薬は、RA治療に重要な薬剤だったが現在では脇役となった。ただ、一部どうしてもステロイド薬の力を借りないといけない症例はある。

次にSLEの診療だが、2020年以前は緩徐に、以降は急速に進歩した。この疾患に対する診療は、非専門家と専門家の診療実績に大きな差がある。もちろんRAでも差は大きいが、比較にならない位SLEでは落差がある。当科はほぼ素人に毛の生えた様な状態から、日本の先端施設に進歩した。そのため当科の診療実績は急速に改善した。2000年前後の各8年

の間 (1992~2000年と2001~2008年) で比較すると、初発のSLE患者死亡率は3.7%/年から0.7%/年と1/5に減少した。現在はこれよりさらに倍以上改善しており、専門家の看板を掲げ始めた頃から比べれば、1/10以下に死亡率は低下した。

最近のSLE診療の進歩の急速化の原因は、RAと同様である。診断基準 (正確には分類基準) が早期診断可能となり、早期に専門施設に紹介されるようになったこと。SLEの病勢指標 [LLDAS (Lupus Low Disease Activity)、DORIS 寛解 (Definitions of Remission in SLE)] が導入され、これらを目標に治療を増強して行く treat to target 概念が導入されたこと。ただしRAの病勢指標のように状態を定量化できるものではないし、ステロイド使用量という治療状態も含んでおり、私にはまだ不完全なものと思える。

最後に、最も大きなものは治療薬の発達である。1990年代後半では使えた免疫抑制薬はシクロフォスファマイド (エンドキサン) とアザチオプリンくらいだったが、現在ではタクロリムス、ミコフェロール酸モフェチル (MMF) などが使えるようになり、抗サイトカイン作用のある生物学的製剤である、ベリムマブ (抗BAFF薬) とアニフロルマブ (抗IFN薬) が2017年、2021年より使えるようになり、また諸外国では基本治療薬であったヒドロキシクロロキン (HCQ) が2015年に日本でも保険で使えるようになった。

当科では、2019年にはこれら薬剤を他施設より積極的に使用し、2剤以上の併用を試み、ステロイド維持量も低値 (平均5.5mg) にすることに成功した。過去にはステロイド薬がSLE治療の中心をなす薬剤だったが、徐々にその重みは軽くなり、一部のDrは病勢安定期にステロイド薬を中止しようとしている。し

かし、私は SLE の診療でステロイド薬と手を切るのは、まだ時期尚早と考えている。

老人病院での勤務を経験して

大学退官後、関連の三島南病院の副院長として赴任した。この病院は総合病院だが療養病棟を持ち、老人病院としての性格も有していた。療養病棟では 1 日の医療費が基本固定されており、その中でやりくりして医療を行わないといけない。抗がん剤以外の高額薬剤は、この固定された費用の中で処理され、投薬すれば赤字となる。また、高齢者は原疾患 (RA や SLE) の悪化のみではなく、色々な理由 (骨折・誤嚥性肺炎・脳血管障害・認知症等) にて頻繁に入院が必要となる。これら病状のための入院は一般病院で行う。つまり、RA や SLE を十分にコントロールしても老人は入院する。いったん入院すると、社会的問題もあり老人は退院困難になる。

そうなると急性期病院より療養病棟のある病院に紹介されるが、高額な治療薬は療養病棟では継続できないので転院の打診は断らざるを得ない。もし受け入れる場合は、高価な薬剤を安価な薬剤に置換してもらう必要がある。ステロイド薬は大概の病態に対応は可能で、安全に置き換える唯一の薬剤である。副作用の問題はあるが、このような場合経済的問題でステロイド薬に頼らざるを得ない。高齢者でのステロイド薬使用に対する私の考えは肯定的方向に少し変化した。

ステロイド薬と RA

現在、RA では多種の DMARDs (生物学的製剤も含む) があり、病勢をコントロールすることはほとんどの症例で可能である。ステロイド薬は副作用を考えると、全経過を通じて特殊な状況〔関節以外の病態 (血管炎、肺

病変) が制御困難な場合など〕以外使用すべきではないと老人病院の経験以前は考えていた。しかし老人の場合、RA コントロールを追求しても入院リスクはあまり減らせない。療養病棟に入院した場合、高額な薬剤は経済的理由で使えなくなり、治療に大きな落差が発生する。そういう非 RA 入院のリスクが上がって来れば、高額な抗 RA 薬剤を中止する方向で対応する必要も今後出てくると考える。その際、補完する薬剤はステロイド薬ということになる。ステロイド薬には食欲増進効果があり、食欲低下で栄養状態の悪化が懸念され易い高齢者では、この作用も有用である。

ステロイド薬と SLE

SLE は RA と異なり、再発した際、今まで出現していなかった新しい劇症病態が出現することがあり、対応には苦心してきた。私は再発を絶対させてはならないと考える。ただ最近、発症後時間が経つと、ステロイド薬の副作用と関連する感染症や血管障害による死亡が増加し、SLE そのものによる死亡は減少し、10年を越えればほとんどなくなり、専門家の管理下であればステロイド薬中止で再発は増加するが、SLE の慢性障害の蓄積には差がないとの研究もあり、中止は可能との意見が強くなっている。私はこの意見には与しない。それは、ステロイド薬を中止されて死亡した症例を何例も経験してきたからと、発症後10年以上経過しても、SLE の疾患活動性のある死亡例を多く経験しているからである。

ステロイド薬中止例の一部を提示する。1 例目は50代の女性であり、軽症で発症し、ステロイド薬は少量で落ち着いており、専門家でない Dr が管理していた。白内障が出現、眼科医がステロイド中止を勧告し、主治医も従った。半年後、SLE が増悪し当科受診、諸治

療に反応せず死亡した。2例目も50代の女性。他大学で治療後、担当医の開業に伴いそこに受診。かなりの年月の follow 後増悪、元の大学を紹介するも満床で入院できず、他の総合病院 (RAは診る病院) へ紹介入院。感染症と誤解され、ステロイドをすぐに中止され悪化、当科に開業医よりの依頼で転科入院。

入院時は超重症で1月あまり戦ったが諸治療に反応せず死亡した。次に、SLE の疾患活動性のある長期罹患死亡例の話をする。2018年に日英のSLE患者の死因比較の研究を学会で発表したことがある。対象は当科と英 Birmingham 大である。

期間 (当科1992~2017、英1989~2010)、人數 (対象: 当科509、英382、死亡: 当科53、英37) は類似している。平均死亡年齢は当科53.5歳、英53.7歳とほぼ同じだが、SLE 死は当科38%、死亡時活動性ありなら60%に対し、英では SLE 死が 5% と大きく異なる。患者が遠距離通院する欧米の専門施設は、日頃の管理は地元に任せていると伝え聞く。

一方、当科は私ができるだけ自科で管理できる体制を構築しようとした結果、他施設での死亡は1例のみで、ほぼ全例を本大学病院で看取っている。当科の発症後11年以上の死亡例と、発症後10年までの死亡例で比較すると、SLE 活動性があったのは前者で60%、後者で60.6%と全く変わりがない。死亡時に感染症があっても、SLE 活動性が強い症例を多數経験した。これら SLE 活動性 + 感染症を単に感染症と、英では判定されているのではと考えた。また心血管障害による死亡は当科 1 (2%) に対し、英10 (27%) と大差がついた。これは人種による疾患感受性の違いに基因すると考えた。欧米での議論をそのまま日本に移入するのは危険と考える。当科のデータでは、SLE の活動性は10年以上経過しても立ち

上がることがあることを示しており、10年を超えて SLE の病勢は抑え続ける必要があると考える。ただし、ステロイド薬の維持量はできるだけ減らした方が良いとは考えている。PSL で3.5mgが、1日の平常時の分泌量に相当するので、これと近い量まで減らせれば副腎皮質のステロイド産生力は相当に復活しており、ストレス対応力もかなりあると考える。PSL 3 mgが私の目標 dose である。それ以上は、無理に減量する必要はないと考えている。

もう1つのステロイド薬中止の問題点は、中止すると専門家の管理を離れ、一般医が見る危険が増大することである。先に提示したステロイド薬中止死亡例は、2例とも一般医管理である。ステロイド薬中止が進むとこのような危険が増大することも懸念する。

最後に

膠原病の診療は、私の携わった30年で長足の進歩をとげ、生命予後が改善した。結果、RA では顕著に SLE でもこれから高齢化が進んでいく。高齢者に対するステロイド薬は副作用の反面、安価な薬剤であることが老人病院では意義があり、使用直後には副作用はなく、1000倍の幅で dose が大きく振ることができる特徴より、まだ役割を終えていないと考える。一方、ステロイド薬の使用頻度の減少は癖のある使い方の難しい同薬の使用のノウハウが失われてゆく危険性を懸念する。さらに多くの免疫を制御する薬剤ができれば、将来はステロイド薬と完全に手を切れるかもしれないが、それはだいぶ先の話であり、また経済問題は残ると考える。現在はステロイド治療の過渡期であると考え慎重な対応が必要と考える。

(大阪医科大学リウマチ膠原病内科/槙野クリニック)

〔高齢者と健康〕

「生、労、描、志」それぞれの生きざま探訪（第3回） 若冲が守った錦市場に生きて ～三田富佐雄さん～

長井苑子

イノダコーヒ本店5番テーブルの朝の居場所に30年来、来られているのが三田富佐雄さんだ。小柄であるが、84歳という年齢をうつかりすると忘れてしまう目の力と、明るくぶれない雰囲気のある人である。

本人の話では、ニューヨークに住んでおられる兄さんからの手紙で、孫のDNA検査によって、母方にロシアの血が混ざっているとの連絡があったということである。そういえば三田さんは、白系ロシア人といつてもいいくらいのいい男なのである。しかし本人は、子供のころには「外人ぽい子供」といわれて「異人さん」というあだ名までつけられて、けっこうつらい思いをしたと言われるが、その話しぶりは淡々と明るい。

のとよ

三田さんが毎朝すこし遅れてイノダにこられると、いつも、錦の川魚専門店「のとよ」のものろこ、うなぎ、タケノコ、柿など持ってこられて、明るく美味しい話題の花が咲く。

三田さん自身は「のとよ」の3代目なのである。初代が三田与三郎、2代目が三田与一、4代目は浅川幸宏で、この人は娘婿である。三田さんは生糀の京都人。生糀幼稚園、生糀小学校、柳池中学、堀川高校、立命館大学と続く。昭和38年、23歳で「のとよ」に入社である。ここから「のとよ」一筋の三田さんの人生が展開する。

少年時代は、ふつうに遊びを楽しむ日々で



あったという。大学生時代の三田さんは、電気科に属し、自動車部にはいり、昭和37年頃は車もめずらしく、車を触るだけでも楽しかったようだ。長距離遠征、ラリー、整備大会などを楽しまれたようだ。友達からフランス製のシトロエン11CVという車を1万円でもらいうけて、車検をとってあちこち長距離ドライブをされたとのこと。前輪駆動で、箱根のいろいろは坂まで走っていったとの思い出があるようだ。格好いい車の横に立つ格好いい三田さんの写真がある（写真上）。

錦市場での日々

「のとよ」は川魚としては、うなぎ、鯉、なまず、もろこ、手長えび、こえび、いさぎ、すっぽん、ぎぎ、どじょうに加えて、野鳥（かも、すずめ、うづら、きじ）も扱う。本来、京都には海産物は入荷しにくく、川魚専門店が何軒もあったとのこと。錦市場の近辺には料理屋も多く、仕入れ、配達と現在でも大忙しどとか。

錦市場については、江戸時代の画家、伊藤若冲が錦出身で、錦市場の存続に貢献してくださったおかげで現在の錦があると感謝しておられる。いろいろなことがあったとはいえ、錦市場は戦後80年の間に、アーケードの完成、井戸水の完備、石畳の完成など、環境は整ってきている。井戸水が豊富に出ることは市場



にとてはありがたいとのことである。

三田さんは、うなぎを扱う言葉に、「串打ち三年、開き八年、焼き一生」というのがあると教えてくださった。この道一筋、職人の矜持と苦労を象徴する言葉である。私は一度、「のとよ」に食べに行ったことがある。錦のお店の2階にあがり、焼き立てのうなぎをほおばると、みごとな職人芸が口の中でひろがる感があった。

忙しいお店の仕事とはいえ、長年、京都洛中で暮らしておられるため、祇園祭りや時代祭りの世話役もされてきている。特に祇園祭りの神輿渡御では、3台のみこしのうち1台が錦市場の担当で、担ぎ手600名で交代してかつがれることである。これは7月17日と24日の2回おこなわれ、祇園祭のときは錦市場全体が盛り上がる。そのとき三田さんは羽織袴で雄々しく参加されるのである（写真上）。

錦市場も時代の流れで、コロナの時は一時的に補助金で過ごしたこともあったとのこと。さらに、最近はインバウンドの増加で、錦市場を歩いているのはほとんどインバウンド客となり、一般の人が他のスーパーなどに逃れているという問題は、今後とも頭痛の種のようである。



錦子供みこし（昭和22年）

洛中の小さな福祉社会

三田さんは、30年前に公園で山村英紀さんと出会い、一緒にラジオ体操をし、公園の掃除をしてから、いつしか毎朝イノダに通うようになって30年。新参者の私にも、同じ5番テーブルの仲間として、イノダにあらわれないと心配もしてくださっている。

三田さんが少し腰を曲げて入ってこられると、「いい男、三田さん」とか声をかけてみたり、三田さんは朝の常連テーブルにはなくてはならない一人となられている。これは京都洛中の小さな福祉社会なのである。私たちの達成目標は、80代なかばになっても、三田さんのように明るく、つやのある、いい男、いい女でありつづけたいという見果てぬ夢なのである。三田さんは、この夢を見させてくださっている。

〔高齢者と健康〕

友人が歌うコンサートを聴きに行く

川本卓史

はじめに

昨年（2025年）7月9日のこと。本誌の編集責任者からメールを頂いた。「来春1月15日号に向けて「高齢者と健康」に係る原稿をお願いしたい」とある。光栄なご依頼に恐縮しつつ、老人の厚かましさもあって、早速に快諾の返事をさせて頂いた。

その後暫し考えた。この原稿が掲載される時点で私は87歳直前となり、「高齢者」は間違いない。しかし「健康」はどうだろうか？若い時から健康には自信がなかった。いまは日々、老いを痛感しつつ過ごしている。明日をも知れぬわが身が、果たして締め切りまでに無事に原稿を書き上げられるだろうか？

しかし、こうも考えた。老人といえども日々を生きる支えはあった方がよいだろう。来年の1月の予定など何も入っていないところにメールを頂き、そこまで頑張ろうという気にさせてもらったことに感謝すべきではないか。そして、自らの「健康」について書く自信はないが、健康な友人のことなら取り上げられるかもしれないという気持にもなったのである。

（一）

ということで、昨年3月16日（日）の出来事である。雨の降るうすら寒い日だったが、夕方まで外出した。我が家から電車を乗り継いで1時間以上。横浜みなとみらいホールでの「麻布 OB+（プラス）合唱団」の演奏会

を聴きに行った。会場はパイプオルガンを備えた大ホールである。

この合唱団は混声四部合唱で、結成されまだ新しく、今回が3回目のお披露目である。男声は私も6年間通った中学高校のOBだが、男子校なので、女声は在校生とOBの母親が参加している。名前に「+」と付く所以であり、合計100人を超える大合唱団である。

男声の最年長は86歳で3人登場。何れも私の同級生だが、うち1人S君は義兄でもあるので、過去2回もそうだが、今回も妻と二人で出掛けた。それにしても3人の努力には感心する。1年間の猛練習をこなし、歌詞と楽譜を覚えるだけでもたいへんなエネルギーを要するだろう。老人の生き甲斐のお手本だと、かねて羨ましく思っている。S君に「とても良かった」とメールを入れたところ、「新しい曲を覚え、人様に聞いていただけるように歌えるようになるのはなかなか大変だが、ハーモニーができるのは最高に気持ちがいい。一番嬉しいのは、「聞きに来てよかったです。楽しんだ」という感想を聞けることで、これが励みになる」という返事が届いた。

（二）

過去2回の演奏会では、モーツアルトとフォーレの「レクイエム」（死者のためのミサ曲）を歌った。今回は、打って変わって日本の歌曲だった。そして今回のプログラムを決めるに当たっては、指揮者（渡辺祐介氏）の深い思いがあるという話を、あらかじめS君から聞いていた。

その際S君から貰った演奏会のリーフレットに、渡辺氏が自らの思いを文章にしておられるので、以下にその一部を引用させて頂く。

——「日本のクラシック音楽界、就中合唱界隈においては、「外国語曲こそ王道正義であ

り、日本語曲など格下のもの」という価値観が（略）蔓延（はびこ）っているそうだ。これはいったいどうしたことだろう？」「母国語こそはその民族のアイデンティティそのものなのである」。「生涯で最初に体験する音楽とはなにか？学校で夢中で歌ったクラス合唱であり、祖母が口ずさんでくれた童謡唱歌であり、母が耳元で歌ってくれた子守唄ではなかつたか。これ全て日本語だったはずだ」。

「わたくしは今回のプログラミングにおいて、日本語曲が外国語曲に対して、なんら劣るものはないことをハッキリと表明し、そして証明したいと思う」。

（三）

今回選ばれた日本の歌曲と、それらを歌いこなした合唱団は、以上紹介した指揮者渡辺氏の思いを、このコンサートで立派に「証明」したのではないかと私は感じた。歌われた曲のなかで妻がいちばん好んだのは、野上彰詩、小林秀雄作曲の「落葉松」で、私は、谷川俊太郎作詞、武満徹作曲の「死んだ男の残したもの」である。

友人に言わせれば、「重い」曲が多かった。三好達治、大木惇夫、谷川俊太郎など一流の詩人の詩に曲が付けられ、歌われた。

従って聴衆は、曲を聴きながら同時に、詩を読む楽しさも味わえた。それだけにS君は、歌う方は苦労が多いとも言う。楽譜を読み込む、歌詞を覚える、作曲者の指示を理解する。そして、「詩の言葉を理解して歌ってほしい」と指揮者から言われる。例えば、谷川俊太郎作詞、武満徹作曲の「死んだ男の残したもの」である。この曲はウィキペディアによれば、「ベトナム戦争のさなかの1965年、『ベトナム平和を願う市民の会』のためにつくられた日本の反戦歌の1つである」。

谷川俊太郎の詩は、6節からなり、最初の3節は「死んだ（男・女・子供）の残したものは～」で始まり、「他には何も残さなかった」と続く。そして、4節目だけは「死んだ兵士の残したものは、こわれた銃とゆがんだ地球～他には何も残せなかった」と「さ」が「せ」に変わる。指揮者からは「この言葉の違いを意識して歌うように」と、言われたそうである。因みにこの歌は、YouTubeで、合唱・独唱など様々な歌を聴くことが出来る。若い時の倍賞千恵子さんの独唱もある。

（四）

しかし、合唱団のメンバーには、やはり西洋の宗教曲も歌いたいという希望が多かったのではないか。指揮者はその点も考慮したのか。この日のアンコール曲はモーツアルトの「アヴェ・ヴェルム・コルプス（眞の御躰を讚えよ）」だった。パイプオルガンの伴奏で約3分の合唱、美しかった。

音楽評論家の井上太郎は、著書『モーツアルトのいる部屋』の中で、「私は、彼の全作品の中から、一曲だけ選べと言わされたら、迷わずこれを取る」と書いている。

終わりに

以上、一年も昔のことを取り上げたが、最後に一言付け加えると、合唱団所属の3人は、その後も元気に歌っている。昨年8月にはサントリー・ホールでベートーヴェン交響曲第九番を歌った。今年5月の第4回定期演奏会にはハイドンの「天地創造」を取りあげる予定で、相変わらず練習に励んでいる筈である。そして、本稿執筆時点の私は、何とか次回の演奏会も妻と二人で聴きに行ければと願っている。

（元京都文教大学教授）

〔高齢者と健康〕

おしゃべり会とその仲間たち

竹内久子

私の住んでいるところは、滋賀県の人口8.6万人ほどの田園都市です。ごたぶんにもれず高齢社会が進み、居住地域の自治会の高齢化率（65歳以上の住民の割合）は54%で、市内でも高齢化率が最高の「老人自治会」となりました。

このような状況の中で、近所に住む同年代の婦人たちが自然発生的に、井戸端会議の延長でおしゃべりをはじめました。それがきっかけとなり、毎週、月曜日の午前中に気の合った仲間が自治会館に集まり、「おしゃべり」をはじめたことから「おしゃべり会」が始まり、現在、15年が経過しました。

会員の年齢は70歳代後半から80歳代半ばの女性たちの集まりで、現在は16名が参加しています。会則などは特にありませんが、暗黙の了解事項で、「人の悪口は言わない」、「噂ばなしはしない」を守っています。16名の会員を4つの班に分け、当番制でその月の活動



内容を企画担当しています。最初の一時間はビデオを見ながらの「ヨガ体操」をし、後半の一時間は以下に示すような多種多様なことをやっています。

- ・ゲーム（トランプなど）。
- ・当番のメンバーで得意なこと（手芸など）。
- ・歌を歌う：会員の中でギター伴奏の得意な人がいるので、その人の伴奏で童謡や歌謡曲を歌い、最後は、「琵琶湖周航の歌」を歌います。
- ・得意な料理を持ち寄り「食事会」。
- ・近場にある「バラ栽培農園」の見学。
- ・写経をする。
- ・生け花体験。
- ・毎年1月に味噌作り。
- ・毎年4月初旬には近くの公園で「観桜会」をする。
- ・会員のミニコンサートに参加。
- ・行政からの派遣講師で勉強会を実施（地球温暖化、琵琶湖の水質汚染について、省エネについて等）などです。

高齢化しても世間から取り残されないように、その都度話題になるテーマについて勉強しています。おしゃべり会の活動は自治会館を利用しているので、自治会館の清掃、花壇の管理、水やり等も当番制で実施しております。高齢社会の進む中で、毎日を、生きがいをもって暮らすことが重要だと思います。

私たちのおしゃべり会も、その趣旨に沿った活動だと思っておりますので、皆様方の日ごろの生活の中で少しでも参考にしていただければ幸いです。

（中央診療所の患者）

[エッセイ]

能登半島地震の被災地支援に行ってきました

二宮 清

2024年4月1日から輪島市で3日間災害支援に、4月21日から小松市で7日間診療支援に参加してきました。

金沢から輪島へは車しか利用できず、陥没部や亀裂部に簡易舗装を施した、波打つ幹線道路に迂回路での徐行と、片側通行の多さに辟易し、到着までに平時の3倍の3時間を要しました。

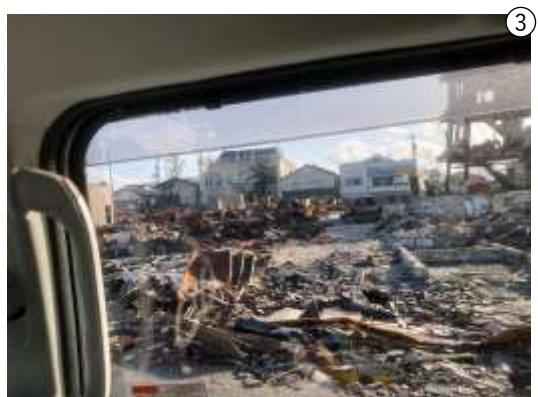
宿泊施設は被災者専用で確保できず、食料と寝袋持参で輪島診療所の空きスペースを拝借し、被災職員と共に寝起きしました（写真①）。

市内中心部は河岸の崩落があり、至る所に傾斜電柱と軒を連ねる倒壊家屋、倒壊物で塞がれた道路は発震時ままで手付かずでした（写真②）。

火災に見舞われた朝市跡も、発震当時の倒壊物で道を塞がれ、消防車は近づけず、自然消火により燃え尽きた残骸で放置されていました（写真③）。

水道本管が3月末に復旧したので被災者は家屋の片付けに日帰りで着手し始めました。私達の仕事は、被災者宅の片付けと災害ゴミの搬出、患者宅を一軒一軒訪ね、帰宅者が居れば要望聞きと支援物資の配布を行ないました。片付け搬出は全て個人任せなので、独居や高齢者世帯への無償支援は重宝がられました（写真④）。

片付けに訪れた被災者宅は、発震時に着の身着のままで避難したので、鍋には煮炊き物



があり、洗濯物は干したままで3か月が過ぎていました。

患者宅を廻った印象は、未だ避難先から帰宅しておらずゴーストタウン状態、柱が歪み敷居が落ちて傾いた家屋が多く、修理しても住めそうな家は10件に1件程度でした（写真⑤）。復興はおろか倒壊家屋の解体すら進んでおらず、この惨状での行政の支援は一人5万円のみで、悲しすぎます。

4月21日から石川県小松市、栗津温泉（北陸最古の名湯）近隣の小松みなみ診療所へ行きました（写真⑥）。

周辺開業医の高齢化による廃業に加え、温泉街の避難者600人を受け入れたので、この診療所へ患者が集中した結果、長年一人で切り盛りしていた医師が過労で病気になったので、診療の応援に行きました。

避難者の患者さんの中には、被災地を離れた後ろめたさを感じる方がおり、無料の（塩分過多、野菜不足の）配食弁当を無駄にできない一心で残さず食べ、仕事を失い体を動かす機会が減り、体重も増え持病が悪化、さらに仮設入居が始まり、遠方の避難者は入居の順番が後回しにされるのではと、疑心暗鬼でストレスが高じる方もおられました。

北陸は公共交通機関に乏しく、車が無いと生活に不自由なので、高齢になっても運転されます。運転免許が無い私は、免許を取らなかつたのを後悔しながら、毎日片道30分走って通いました。

地盤液状化による被害が大きかった内灘町に行きました。震源地からは100キロメートル離れた、砂丘の上にできた市街地です。

私の歩いた場所は、最大、膝の高さまでの上下の浮き沈みに斜めの傾きが加わり、歩いていると平衡感覚が狂わされ、気分が悪くなります。



一帯は、広範囲に地盤の上下の波打ちと、傾斜に横ずれ（側方滑り）が加わり、最長9m移動した場所もあると聞きました。崩壊を免れた建物も多くは傾き、さすがに居住はできず無人になっていました（写真⑦）。

地震のエネルギーは凄まじく、地震国に原発建設は論外であると、現地に行き強い確信を持ちました。

（福岡医療団千鳥橋病院 呼吸器内科）

[エッセイ]

嗅覚が一時消失し デュピルマブに課金して 回復した件について

浅沼光太郎

昨今 SNS などで医療費・社会保険費が高騰し、それがひとびとの手取りが増えない諸悪の根源みたいに言われているのをよく目にします。私自身、命にかかわらないけれど生活の質には大きく響く「難病」にて高価な生物製剤を使う羽目になったのでその経験を振り返ってみます。厚労省の指定難病の一つである「好酸球性副鼻腔炎」で嗅覚が完全に消失し生物製剤／分子標的薬であるデュピルマブで嗅覚復活した経緯についてです。

イノダコーヒでのお茶飲み話で泉先生が、日本の近代医学について 3 つの時代区分みたいなものがある的なお話をされていたのを覚えております。

- ① 戦前の医療の主要な課題は結核・感染症→國家的課題である富国強兵とリンク。
- ② 戦後しばらくしてからは国民皆保険が昭和 36 年に発足し成人病・生活習慣病が医療の主要な課題→高度成長時代の企業戦士の働きぶりなどと密接な関係。多くの国内外製薬企業が似たような高血圧・高脂血症・糖尿病の薬品を作っていた。
- ③ 21 世紀に入る前後。生活水準があがって死なないが QOL が悪くなる病気の治療が求められるようになった & 同時に抗がん剤も進化一高分子の生物製剤や抗がん剤が創薬の中心で薬剤単価が桁違いに高価にもなっている。今回まさに私も該当することになったのでした。

2024 年 1 月はじめにコロナで寝込んだあと春先に嗅覚消失！に気が付きました。頭部 MRI 撮影すると数年前にはまったく綺麗だった場所に派手に副鼻腔炎が生じていました。どうやら「篩骨洞」という部位に病変が目立つ・そういえばいつのまにか喘息生じていて 2 月には夜間救急駆け込みを初めて経験した・血液データを見直すと前年末から好酸球 8 % と高め→要するにちょっとグーグル検索してみれば典型的に「好酸球性副鼻腔炎」を示唆するのでした。適切に「キーワード」を入れると案外と希少難病の診断に辿り着けるかもしれないというのも 21 世紀以降の医療の特徴の一つと言えると思います。

同じ地区医師会内の耳鼻咽喉科クリニック受診し好酸球性副鼻腔炎に診断で合っているとのことでした。まずは内視鏡下鼻副鼻腔手術 (ESS) が定石であるので福利厚生で入院費補助ができる関係病院にてそれを受けることになりました。救命救急手術でもないので直ぐには予約入らず 8 月初めまで待たされることになりました。手術待ち中の 5 月半ばにセレスタミン内服を試してみて体感で 10 % くらい嗅覚回復しましたが休薬すれば予想通りに嗅覚消退と教科書通りの経過がありました。予定通り 8 月初めに全身麻酔下で手術 (術後の詰め物とか結構しんどかったです)。手術後は鼻の通りはかつてなく良いのだけど術後 8 週間でも嗅覚だけ復活せず。定石通りなら「ESS など手術後で改善不十分・再発」にて「好酸球性副鼻腔炎の特効薬」であるところのデュピルマブ (デュピクセント®) の投与が検討される筈でした。ただ私の場合は粘膜の浮腫は強いが「鼻茸形成」という程ではない・病理検査が基準を満たさない (= 手術で切除した組織を顕微鏡で見て好酸球数が規定よりなぜか少なかった)・そしてなにより適応規定

について文字通り厳格に考える担当医だったのでその処方は保留されてしまいました。

悪性リンパ腫などにてステロイド薬剤が中途半端に効いてたりで病理検査が空振りすることも多いのと似たようなものでは？と、脳神経内科医としては思いました。地区医師会の耳鼻咽喉科ドクターも特定疾患申請の「病理組織項目」では実際に組織のプレパラートを提出するわけでもないんだし（暗に少しくらい手を滑らせてもいいのに）と、気の毒がってくれましたが残念ながらそこではこの生物製剤について「継続処方」なら処方箋は書けるが「新規導入」は出来ないとこのことで9月末時点では当面は「特効薬」はお預けの儀でありました。けだし手術実績等で規定される「施設基準」等にてハイボリュームセンターでないと処方開始し難いというのも21世紀になって隆盛している生物製剤/分子標的薬の特徴と言えます。他方でとある治療薬を処方して良いかの判断はドクターごとの個人差は従来の薬剤と同程度にはあるわけです。

中央診療所にて長井先生と相談して本体の好酸球性副鼻腔炎でなくて合併した喘息への適応としてデュピクセント使うことも念頭に入れつつまずは後腐れのないであろう2週間と期間限定でプレドニン15mg内服をすると2日目よりカレーやコーヒーの香りをわずかに感じられるようになり、かなりうれしくてデバ地下をウロウロしてみたりしました。その後もあいかわらずデュピルマブは使わずに数か月ずっと頻繁な鼻うがい・抗ヒスタミン剤内服・花粉症用の弱いステロイド＝モメタゾン点鼻・モンテルカスト内服・副鼻腔炎用の漢方内服を順番に試す・去痰剤内服・喘息用のキュバール吸入（口から吸って溜めて鼻から出す）・時々リンデロン点鼻（懸垂頭位＝仰向けになって弓ぞりになって嗅裂に液を届

かせるイメージ）の維持向上に努めました。

かなり多品種大量の内服と点鼻などに毎日時間を取られて肝心の嗅覚は多少マシだったりまた消失したりの繰り返しであります。けだししばらくマシであった嗅覚が脱失すると情緒不安定にもなります。プロのお医者さんがわかっていても情緒にきますのでいわんや普通の難病持ちさんはと察するところあります。

振り返ってみればこれらの大量の抗ヒスタミン剤などの内服や花粉症用の弱いステロイド点鼻は気休め以上の効果はなく有意であったのはリンデロン点鼻液だけだったように思います。リンデロン点鼻にしても実効性があったのは外来にて粘膜の癒着を処理してもらった直後の嗅裂まで届きやすい時だけでありました→なので翌年2月末～3月初めの花粉症の時期にはリンデロン点鼻薬は完全に無効になりました。花粉症のせいで分泌物増えると薬液が鼻・副鼻腔奥の嗅裂まで届く筈もありません。内服にせよ点鼻にせよプレドニンやリンデロンなどある程度の強さのステロイドの内服か貫通力のある点鼻でないと充分な「火力」が必要であるという実感を得ました。

これはどうもならんと同級生の耳鼻咽喉科開業院を受診し「病理組織」満たさない特定疾患申請は無理だけど普通に保険適応でのデュピルマブは出来るというのでお願いしました。ある治療薬を処方して良いかの判断はドクターごとの個人差は相当あると言わざるを得ません。それがかなりクリチカルな薬剤であったとしても（大事なことなので2回書きます）。

デュピルマブ注射開始するとそれまでは「今日は嗅覚が多少はあるか？」の判定に使っていたドライマンゴーを嗅いで「腐っ！」と感じました。「これまでの苦労はなんだったん

だ?!」「やはり BIO しか勝たん！」です。嗅覚の解像度が急速に上がりこの世界にこれほど様々な香りが溢れていたのか?! と感動しました。ちなみに特定疾患適応あれば 3か月処方 = 6 本で 3割負担で 10万円分のところを「1か月支払い上限 2万円」なので 8万円分安く済んでいた筈です（ムキー！）。

嗅覚回復してみるとやはり当初の厳格なお医者さんはろくに効きもしない薬剤を漫然処方して無駄に QOL 低下期間延ばしよってと一種の「医療者へのヘイト」というものを考えさせられました=患者サイドからは「杓子定規」に見える診断基準・処方基準運用は印象悪いよなと実感しました。

さてここでデュピルマブ（デュピクセント®）についてです。巨大製薬企業の一角である米国サノフィーが開発した单クローニン抗体（Monoclonal Antibody = MAB）による生物製剤（BIO）・分子標的薬の代表的なものです。細胞培養にて同一の細胞から同一の抗原部位に結合する同一の抗体を大量に生産することが作成される薬剤です。この手法で作られた生物製剤は薬品名の最後に「～マブ」が付きます。ナントカマブたちが最近次々とリリースされていますがいずれも高額です。抗体なので当然化学的には高分子でもあります。例えばガスター®の分子量が 337 くらいですが、单クローニン抗体薬のそれは 10 万を超越します。経口で内服して消化管経由で吸収されるわけでないので皮下注で投与されてリンパ管経由で標的に届く、などのようです。

同じ手法で使われるロットが太いほどスケールメリットで安くなる筈で実際に現在一番安いナントカマブは片頭痛に対する数種類リリースされている CGRP 抗体になります=日本で販売されているのはガルカネズマブ・フレマネズマブ・エレスマブでいずれも

順位	製品名	適応・機序	社名	23年度売上高 前年比	
				億円	%
1	キイトルーダ*	がん	MSD	1649	22.5
2	ラケブリオ*	肺癌コロナ	MSD	1487	116.4
3	オプシーボ	がん	小野薬品工業	1455	2.2
4	イミフлинジ*	がん	アストラゼネカ	1207	116.0
5	リクシアナ	乳癌固形	第一三共	1156	9.9
6	タグリッソ*	がん	アストラゼネカ	1071	▲ 3.6
7	タケキャブ	消化性潰瘍	武田薬品工業	969	3.6
8	デュピクセント*	アレルギー	サノフィ	866	38.9
9	イグザレルト*	乳癌固形	バイエル薬品	774	▲ 3.6
10	フォシーガ	難治癌・心不全・骨筋肉	小野薬品工業	761	34.7
11	アイリーア	加齢黄斑変性など	参天製業	727	2.0
12	テゼントリク	がん	中外製薬	655	7.6
13	ステラーラ	乾燥・炎症性疾患	田辺三菱製薬	653	▲ 1.3
14	オフェブ*	抗過敏化薬	ベーリングラー	610	12.1
15	シャティアンス*	難治癌・心不全・骨筋肉	ベーリングラー	592	32.3
16	ベーシニオ*	がん	日本イーライリリー	580	48.0
17	イクスタンジ	がん	アステラス製薬	567	3.7
18	エンレスト*	心不全・高血圧症	ノバルティスファーマ	551	96.8
19	ヘムライフラ	血友病	中外製薬	548	11.2
20	サイラムザ*	がん	日本イーライリリー	501	▲ 2.6

図 1 AnswersNews :
2023年度国内医薬品売上高ランキングより引用

4 万円前後です。デュピルマブはおそらく 2 番目に安いマブと思われます。適応が好酸球性副鼻腔炎の他にアトピー性皮膚炎と（重症の）喘息であって対象人数が多くロットが太い筈です。それで 1 本で 5 万 5 千円余りを月に 1 ～ 2 回注射します。ちなみに同じ好酸球が関与するやや距離感の近い？ 難病である好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）ではメボリズマブ（ヌーカラ®）という別のナントカマブを使いますが 1 ヶ月分が 45 万円と更にずっと高額になります。それからアルツハイマー病に効くかもしれないが超高額にてコスパ的な批判もあるところの新薬もレカネマブという薬品です。これらナントカマブ and/or (昔と違ってちゃんと効く) 抗がん剤が現在の創薬の中心であります。2023年の売上トップ医薬品ラインナップです（図 1）。

2023年国内医薬品総売上額ランキング 8 位に私が注射されているデュピクセント®が入っています。抗がん剤の中でもキイトルー

2000年 医薬品売り上げトップ10

1	メバロチン	高脂血症治療薬	三共
2	ガスター	胃潰瘍治療薬	山之内製薬
3	ノルバスク	高血圧治療薬	ファイザー
4	リポバス	高脂血症治療薬	万有製薬
5	エボジン	腎性貧血治療薬	中外製薬
6	ユーエフティ	抗がん剤	大鵬薬品
7	パナルジン	抗血小板剤(脳血栓など)	第一製薬
8	リューブリン	抗がん剤(ホルモン薬)	武田薬品
9	クラビット	抗生素	第一製薬
10	ペイソン	糖尿病治療薬	武田薬品

図2 マイナビ薬剤師, 平成の医薬品産業・売上データ
で振り返る30年～2000年より引用・改

ダ®・オブジーボ®・イミフィンジ®・テセントリク®といった「免疫チェックポイント阻害剤」というグループも製法としては单クローン製剤でありいずれも薬品名にマブがつきます（それぞれペムブロリズマブ・ニボルマブ・デュルバルマブ・アテゾリズマブ）。その他にこのなかではステラーラ®とヘムライブラ®とサイラムザ®も单クローン製剤になります。これらの中では1本5.5万円のデュピクセント®は単価では圧倒的に一番安いことはなります。

比較のために4半世紀前は2000年の国内売上ランキングを提示します(図2)。

25年前にはナントカマブは影も形もなく高血圧治療薬・高脂血症治療薬・抗生素などが上位を占めます。抗がん剤もランク入りしていますがもちろん分子標的薬なんかではなくて低分子のUFTや遺伝子組み換えのホルモン薬などが並んでいて別世界感があります。薬剤の値段が全く異なっています。

こんな軒並み高額な医薬品が大量に出てきて保険医療体制は持つのか？と誰でも思うし口にも出すわけです。勿論実際にかなり無理目なわけで2024年末にX（旧ツイッター）などにて「高額療養費自己負担限度額値上げの方針」のニュースで一部が騒然となっていました。

高齢療養費制度 変わる自己負担限度額(月額)

年収	現行	2025年8月~	→ 年収区分を13区分標準化 2.階層別に引き上好	年収	2027年8月~
約1160万円~	25万2600円	29万400円 (+3万7800円)		約1650万円~	44万4300円
約770万円~	16万7400円	18万8400円 (+2万1000円)		約1410万円~	36万300円
約370万円~	8万100円	8万8200円 (+8100円)		約1160万円~	29万400円
~約370万円	5万7600円	6万600円 (+3000円)		約1040万円~	35万2300円
住民税非課税	3万5400円	3万6300円 (+900円)		約950万円~	22万500円
				約770万円~	18万8400円
				約650万円~	13万8600円
				約510万円~	11万3400円
				約370万円~	8万8200円
				約260万円~	7万9200円
				約200万円~	6万9900円
				~約200万円	6万600円
				住民税非課税	3万6300円

※70歳未満の場合、カッコ内は現行比、70歳以上の年齢で370万円までは、26年8月に外来受診料の月額上乗特例を2000～1万円引き上げるケースがある

図3 毎日新聞 2024/12/25より

ました。改定案によると勤務医である私が仮に癌になって最新の抗がん剤治療を受けでもすれば月44万円の支払いになることになります。これは「世帯年収」ですので今時子供が居るような家庭の多くは社会保険料もかなり取られているのに「教育費」も嵩んで、大病をすれば「自己負担」にて生活に影響が甚大です。そもそも「保険」というものは確率が低いけど生じたら大変なことを補償するためにある筈です。それが一方で確率の高い高齢者の癌や認知症に手厚くして他方で確率の低い現役中堅労働者の大病では自己負担がとっても高いなんていうのは頭がすごく悪いと言わざるを得ません（図3）。

結局のところ増大する一途の社会保険料は若者の「手取り」が増えない「諸悪の根源」なのにいざ病気すると、社会保険料を負担しないセグメントを対象に高価な抗がん剤や生物製剤を保険適応しまくっている割を食つて普段負担していればしているほど反比例するかのように病気になった時の給付はケチられるわけです。インセンティブ構造として全くもって破綻しています。また自分でも使って貰っていてなんですがデュピルマブ月額5万円超を慢性副鼻腔炎やアトピー性皮膚炎みたいなOOL下がるけど命には関わらない病

気に使うというのにも保険診療=「割り勘」がどこまで成立するか？という議題は必然のような気がします。医師会が長年反対している「混合診療」なども現実化しないとしょうがないように個人的には思います。

もっとも例えばアトピー性皮膚炎や好酸球性副鼻腔炎について薬代が私費になったとして月5万円程度払えるという層とそうでないという層で社会的分断感は不可避ではあります。というか現状でも難病として特定疾患対象の後者はともかく難病給付のないアトピー性皮膚炎では3割負担の2万円前後を払えないひとの恨みつらみはかなりのものと聞きます。

なおこのグラフ（図4）がわかりやすいと思いますが「社会保険費」については実は医療費だけではなくて高齢化による「年金」と「高齢者への生活保護費」などの方がインパクト

大きいのでは？という話があります。このグラフを見るだけでバブル時代の1990年あたりは可処分所得が高かったのもつくづく実感できます。昨今は特に「陰謀論」や「○○政治の責任」とかの言説も目立ちます。「医療費・社会保険費が高騰しているのがひととの手取りが増えない諸悪の根源である」は確かにかなりの程度正しい命題でしょう。高齢化社会での「社会保険費」を抜本的に克服するのは誰が仕切ろうがかなり「無理ゲー」とも思いますがこの中の医療費については「スマホ端末発布」と同じような仕切り方もあるかと思います=皆が最近のiPhoneに機種変換はせずむしろ型落ちや安いアンドロイドを使い続けることが多い。最新超高額医薬品を皆に適応はますます「無理ゲー」であります。「混合診療」解禁を是非検討すべきと思う所以であります。（柳馬場武田クリニック）

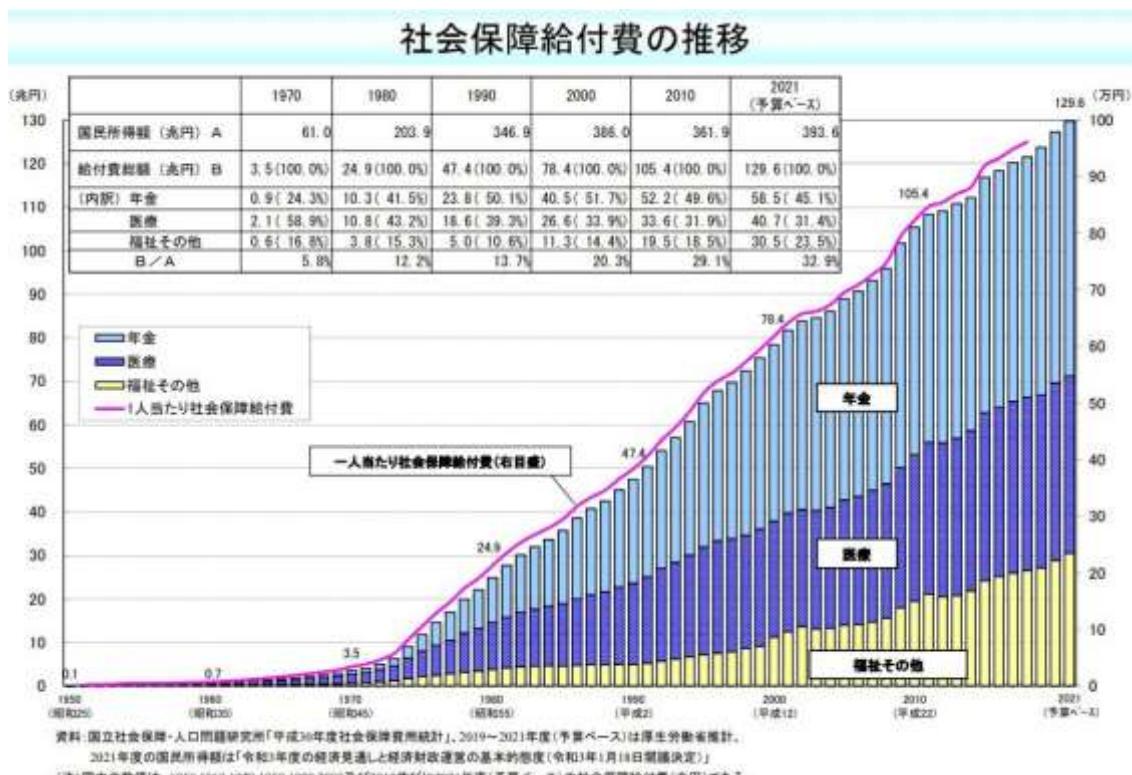


図4 厚生労働省：社会保障審議会医療保険部会資料

[エッセイ]

ポンペイの埋没とその後

坂井 聰

おそらく世界史上一番有名な火山災害は、西暦79年に生じたイタリアのヴェスヴィオ火山の噴火とポンペイの埋没であろう。本稿はこのポンペイの埋没状況、それによる人的被害の発生、そして何よりもこの災害の後、ポンペイはどのような帰結を迎えたのかについて、最新の知見をはさみつつ述べていく。それは地震を始めとする数々の自然災害に立ち向かってきたこの国、これから行く末にもかかわる問題であろうと考える。

1) ヴェスヴィオ火山の特徴

イタリア半島は、アフリカプレートとユーラシアプレートの境界に位置するという地質学的状況から、ヨーロッパにおいては比較的地震が多く発生している地域である。火山活動の痕跡もイタリア半島中に観察されるが、現在はシチリア島及びその周辺を除けば、イタリア半島本土ではヴェスヴィオ火山及びその周辺が唯一の活火山地帯となっている。ヴェスヴィオ火山の標高は海拔1,281m、富士山の3分の1ほどであり、それほど巨大な火山というわけではない(図1)。標高1,181mの鹿児島県桜島と山容も似ており、その縁もあって、ヴェスヴィオ火山近郊のナポリ市と鹿児島市は姉妹都市協定を結んでいる。ヴェスヴィオ火山の特徴は、比較的長期の活動休止期間の後、突然非常に激しい破壊的な噴火を引き起こすということである。

西暦79年に生じたポンペイ噴火の直前に



図1 ヴェスヴィオ火山とポンペイ

起った大噴火は、紀元前1600年前後に生じたとされ、この噴火で埋もれた村落は「青銅器時代のポンペイ」として知られている。破壊的な噴火は長年地中に閉じ込められたマグマが勢いよく上昇し、火口を塞いでいた岩石を吹き飛ばし、上空高くまでマグマが噴出すことにより生じる。

79年の噴火の場合、おそらくマグマは3万メートル付近にまで吹き上げられたと想定されている。低温の成層圏にまで一挙に上昇したマグマは急激に冷やされ、その過程で空気を取り込みつつ軽石(専門用語ではパミス)となり下降する。軽石の下降する方向は、噴火時の風向きによって決まるが、不幸だったのはそれがまさに火口からポンペイの方向へと向かう風であったということである。その結果ポンペイには、厚い軽石が集中的に降下したのであった(図2)。

このタイプの噴火の特徴としては、この初期段階の後、数次にわたって火碎流を伴う噴火活動を繰り返すことである。火山被害として最も印象的なことは、溶岩流が家屋や市街を埋め尽くしていくことであろうが、実はこれに伴っての人的被害はほとんど発生していない。溶岩流の流下速度にもよるが、多くの場合、人々が避難する時間的猶予があるためである。一方、火碎流は、非常に高速で火山の山腹を駆け下り、その高温のガスに巻き込

降下性堆積物のアイソパック
(単位はセンチメートル)



図2 ポンペイを中心とする軽石の降下

まれ人的被害が拡大する。ポンペイの人的犠牲は今から見ていくように、この火碎流によって生じた割合が極めて高い。それについて述べる前に、この噴火がどの様なシーケンスで生じたかを見ていく。

2) 噴火のシーケンス

この西暦79年の火山噴火に関しては、貴重な目撃史料が残されている。後1世紀末から2世紀初頭にかけての著述家、小プリニウスの2通の書簡である。彼は同時代の歴史家タキトゥスの要請で、叔父である同名の有名な博物学者大プリニウスの、この火山災害による最期の様子を書き残している。小プリニウスは当時17歳、叔父の大プリニウスはポンペイからはナポリ湾をはさんで対岸にあるミセヌムという地にあった、ローマ海軍基地の司令長官であり、たまたま叔父のもとに滞在していたのであった。

この書簡は火山噴火を伝える文献記録とし

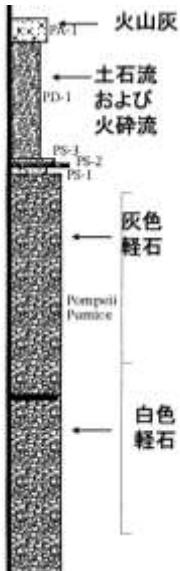


図3 ポンペイでの標準的な火山噴出物堆積層図（下から上へと時間的に堆積）

て海上へと降りていった。」と記録する。

ヴェスヴィオ火山から30キロ近く離れたミセヌムにも押し寄せたが、小プリニウスは一時意識は失うけれども、無事生き延びた。しかしスタビアエに滞在していた叔父大プリニウスはこれに巻き込まれ絶命する。以上が小プリニウスの書簡の要約であるが、火山活動の詳細を正確に記述していることもある、火山学上このタイプの噴火は「プリニー式噴火」と命名されている（プリニーはプリニウスの英語表記）。この文献記録は、西暦79年の火山噴火の状況を記録する、ポンペイの地層データともよく整合している。以下、その地質学的データを見ていく。

3) 地層に残る後79年噴火のシーケンス

火山噴火により埋没した遺跡では、噴火がどのようなシーケンスで生じたのかを、地層に残された記録を観察することで解明することができる。ポンペイの標準的な地層図は、

図3の通りであるが、このデータから、やはりポンペイには最初に降下軽石（上空に噴出されたマグマにより形成された）が、降り注いだ様子が見て取れる。

その後、数次に渡って火碎流や土石流がポンペイに押し寄せるが、ここで火碎流のメカニズムに関して簡単に説明しておきたい。火碎流という言葉が、日本で一般的に知られるようになったのは、1991年に生じた雲仙普賢岳の噴火であろう。これにより43名の方が亡くなつたことは日本全土に衝撃を与えた。火碎流という現象は、実は火山災害の歴史においてはそれほど古くから認識されていたわけではない。この現象が最初に科学的に観測されたのは、1902年に生じた、カリブ海のマルティニーク島にあるプレー火山の噴火である。この時発生した火碎流により僅か数分の間に数万人に及ぶ犠牲者が出了のであった。しかし火碎流の発生メカニズムは多岐にわたる。雲仙普賢岳の場合は、頂上付近に形成された溶岩ドームが、重力で崩れ地表へと駆け下つたことによるとされているが、西暦79年のポンペイ噴火の場合は、おそらく上空高く吹き上げられた噴煙柱が自重で崩壊し、山頂から山腹へと駆け下つていったことで発生したものと考えられる。このエネルギーは山腹の樹木や土砂を巻き込みつつ、麓へと時速200kmもの速度で駆け下つていった。

この噴火活動は数次に渡り生じたと考えられているが、小プリニウスが遭遇した噴火翌日の朝の火碎流が最大のものであり、これにより大プリニウスは絶命したのであった。私たち古代学研究所（当時）の調査チームが検出した2体の遺骸も、やはりこの時の火碎流に巻き込まれて絶命したものと思われる。大規模な噴火ではしばしば雨雲が発生し、大量の雨が降ると山体の傾斜部に堆積した火山噴

出物が泥流となり麓に押し寄せる。これが土石流であるが、ポンペイではこの1～1.5m程度の厚さである。先に降下した軽石層と合わせて、火山噴出物は4～5mの厚さでポンペイを覆つたのであった。

4) 噴火による犠牲者

この噴火によりポンペイではどの程度の人的被害が生じたのであろうか。当時のポンペイの人口はもちろんはっきりとは判明していないが、おそらくは1万人前後であったと想定されている。遺跡全域の未だ5分の1強が未発掘であるので、噴火犠牲者の総数はまだ全容が明らかではないが、現在までにどのくらいの犠牲者が見つかっているのであろうか。

ポンペイの発掘調査が公式に始まったのは1748年であるが、イタリアが近代国家として統一される1861年までは科学的な発掘調査とは到底言えない、宝探しのような事業であった。しかしこの時期でも発掘調査日誌という記録が残されており、発掘の過程で遭遇した犠牲者の遺骸については、割合正確な記録がある。近代的な発掘が始まった後はもちろん遺漏なく記録されており、それらを総計して、1998年に *Rivista di Studi Pompeiani* という雑誌に発表された研究では、総数1046体が数えられている。その後我々の調査チームが2002年に2体を発見するなど、10数体が新たに見つかっている。この研究ではそれらの犠牲者が見つかった場所にも言及がある。大きく分けて、

- ①噴火の初期段階で降り注いだ軽石層から発見された遺体が394体、そのほとんど（345体）が家屋など建物内から見つかっている。
- ②火碎流・土石流の層から発見された犠牲者が652体、その内318体が道路等の屋外から見つかっている。



図4 犠牲者の人体石膏型の作製方法

軽石層から見つかった遺骸が屋内に集中していることから、噴火のこの段階では多くの人々は避難行動を取らず、屋内に留まっていたことが推測される。軽石自体は水に浮くほどの軽さであるが、豪雪地帯で屋根に積もったままの雪が家屋を圧し潰すように、屋根や天井が崩落しその下で圧死したものと思われる。

一方、後から襲来した土石流・火碎流の犠牲者は半数近くが屋外から見つかっており、しばしば遺骸の傍らからは貨幣や貴金属の装飾品が発見されている。このことから彼らは貴重品や財産を携えての避難行動の最中に、火碎流に巻き込まれなくなったものと思われる。火碎流は高温で高破壊力を持つとされているが、ポンペイの地層上は土石流の中に薄い筋状の痕跡を残すだけであり、発見された人骨にも焼け焦げた跡などが観察されないことから、死因は焼死ではないとされてきた。

しかし、2002年に我々の調査チームが発見した2体には、骨に焼けた跡が認められ、火碎流は相当高温であったことが分かった。おそらく発見現場はポンペイの他の場所より、地形的な条件で火碎流が厚く堆積していたことが原因であると思われる。市内で見つかった犠牲者はおそらく高温のガスを大量に吸い込むことで、重度の気道火傷を生じ落命した



図5 ポンペイ展で公開された、日本の調査チーム発見の犠牲者の石膏型

と考えられている。

ポンペイの噴火による犠牲者で広く知られているのは、遺骸を象った石膏型である。これは主として遺体を覆った火山噴出物、中でも土石流・火碎流層が時間経過とともに固まる一方、その内部の亡骸は骨を残して次第に分解消失していくことでできる空隙部分に、石膏を流し込むことで作成される（図4）。

我々が検出した2体も石膏型を取り、そのうちの1体は2010～2011年にかけて日本で開催されたポンペイ展で公開された（図5）。

5) 噴火の日付をめぐる問題

噴火の目撃証拠である小プリニウスの書簡に関しては上述したが、噴火の生じた日時に關しては、この書簡の記載を基に、従来は8月24日という日付が定説であった。しかし、考古学的には噴火が必ずしも真夏に生じたとは思われない状況証拠がある。また小プリニウスの書簡も、もちろんオリジナルが残っているわけではなく、写本の形で伝えられており写本には当然多くの異本が存在し、その中には8月24日以外の日付を記しているものも多く存在する。考古学的に最も注目できる状況証拠は、噴火当時ポンペイ周辺で盛んに製造されていたワインが醸造段階に入っていたことである。一般的には初秋に収穫される葡

葡萄から葡萄汁を絞りそれを発酵させるのだが、ローマ時代は今日とは異なり樽ではなく、地中に大半を埋めた大きな甕の中で醸造された。多くのワイン醸造場から、甕の口は粘土で封印された状態で見つかっており、これはまさに醸造中であったことを示している（図6）。

またあるワイン生産現場では、醸造が終った後のワインを容れる容器であるアンフォラと呼ばれる壺が、大量に逆さまに置かれた状態で見つかっており、これはおそらく新たなワインを容れるため、壺の内部を洗浄し乾かせていた状態であると思われる。このことは新酒が出来上がる直前、すなわち11月初旬前後の状況を示しているのではなかろうか？

筆者はかつてこの問題を論文にまとめ発表したが（「ポンペイはいつ埋没したのか—噴火の日付をめぐる論争」豊田浩志編『モノとヒトの新史料学』、勉誠出版、2016年、160~186頁）、実はこの論文を出した後、この問題に関する大きな発見があった。2018年10月に、現在発掘が進む地区で壁に木炭チョークで書かれた、メモのような書き付けが発見されたのである（図7）。そこにはラテン語で以下のような日付が書かれていた。「10月17日に彼らはオリーブ油貯蔵室からそれを取り出した」。日付には年は書かれていないが、耐久性の低い木炭チョークで書かれていたということから、噴火が生じた西暦79年に描かれたという可能性が高いとされる。

この新発見は日本のテレビでも複数回取り上げられ、新たな噴火の日付を8月24日の2か月後の、10月24日とする見解が有力な説として紹介されている。しかし数多くの異本のある小プリニウスの書簡写本の中で、この日付を記したものは実は存在しないということには注意する必要がある。そのあたりの問題も上記の拙稿が取り上げているので、参照い



図6 葡萄酒醸造用の甕が粘土で封印された状況

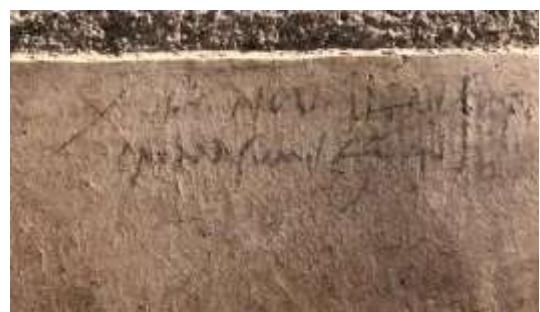


図7 10月17日の日付が書かれた、木炭チョークで描かれたメモ書き

ただければ幸いである。

6) その後のポンペイ

噴火により壊滅的な被害を受けたポンペイは、その後どうなったのであろうか。人的被害の数に関しては上述したが、記録漏れや未発見の犠牲者を勘案しても、おそらく被害総数は2,000人を大きく上回ることはないと思われ、これは当時想定される総人口の約5分の1程度である。

多くの住民は何とか生き延びたと考えられる上、当時のローマ皇帝ティトゥスにより救済と復興の委員会が造られたことが史料で確認されているにもかかわらず、考古学的にポンペイが都市として再建されたという証拠は存在しない。日本もやはり火山国であり、歴史上数多くの火山災害を経験してきたが、火山による被害を被った遺跡を研究する研究者

が共通して持つ見解は、噴火後の被災地のレジリエンスの高さである。

有名な事例として、1783年に生じた天明浅間山大噴火が挙げられる。この噴火では近くの鎌原村（現在は群馬県の嬬恋村）の約8割の人々が亡くなつたとされるが、江戸幕府は生き残った村民に様々な施策を施し、村落の復興にこぎつけたとされる。この事例に限らず、火山災害後の復興は、日本の各地で少なくとも弥生時代以降は精力的に進められ、多くのケースでは成功している。にもかかわらずポンペイではどうして復興が成功しなかつたのか、この疑問に答えるべくいくつかの考察を行いたい。

まずは一つは当時の農業経済によるものである。上述したようにポンペイ近郊では葡萄酒の製造が活発に行われていた。製造されたものの大半が、近郊にある大きなマーケットとしてのポンペイで消費されていたと考えられる。そのポンペイが壊滅的被害を受けた後、近郊の農園はその最大販路を失い、たとえ噴火による被害が農場自身ではそれほど大きくなくとも、マーケットを失うことで事業存続の見通しが失われたのであろう。中心都市の復旧がない限りは、周辺の農村地帯は立ちいかなくなつたのである。

一方ポンペイ市街は4m以上におよぶ火山噴出物に覆われたが、その大半は軽石であり機械力が無かった当時であっても、堆積物の除去は人力が確保できれば容易であったと考えられる。またポンペイから数キロメートル東の方に行けば、この軽石層の厚さは数10cmほどになるが、場所を少し移転しての再建ということも生じていない。その理由は何であったのか。

まずポンペイは噴火に先立つ17年前の西暦62年に激しい地震にみまわれ、公共建造物



図8 シギラータ土器の椀

や水道インフラに大きな被害が出ていたということが挙げられる。その後も群発地震にみまわれたと考えられており、復旧がなかなか進まない状況の中で、最後は壊滅的な噴火が生じたのであった。復旧が進まなかつた大きな要因としては、さらに当時のポンペイあるいは広くイタリア半島が置かれていた経済状況が関連していると考えられる。ローマ帝国は一般的にはポンペイ埋没の後、西暦2世紀に最盛期を迎えたとされる。

しかし実はイタリア半島などの先進地帯は既に西暦1世紀後半あたりから経済的な衰退が始まっていた。その指標としてよく取り上げられるのは、テラ・シギラータと呼ばれる食卓用の高級食器製造業である（図8）。製造拠点はイタリアの各地にあったが、このころから南フランス方面へと移転していく。まさに今日の先進工業地帯で起こっている「空洞化」と同じ現象が生じていたのである。この社会経済的状況が、最終的にはポンペイの復興を阻んだ原因ではないかと考える。これは日本における自然災害からの復興ということも大きな示唆を与えるのではないか。被害を受けた地域の将来への社会経済的見通しをしっかりと建てることが、復旧の後の復興を成功させる大きな要因であると考える。

（同志社大学講師）

[エッセイ]

三度 Hong Kong へ

勝岡英樹



写真1 香港中文大学医療センター

2025年5月初旬、昼過ぎに縁あって3度目の香港国際空港に降りたった。最近の京都の日替わりの寒暖差に少々疲れ気味だったので、香港の一日中一定で温暖な気候にホッとする。

今回も香港に住む知人に会うのが目的。知人宅は、空港からタクシーで約40～50分の香港サイエンス・テクノロジーパーク（香港科技園、以下HKSTP）に隣接する住居。鉄道の最寄り駅は香港中文大学がある「大学」駅で、駅前にはデジタル化された香港初のスマート病院、香港中文大学医療センター（写真1）がそびえたつ。余談だが2024年12月に香港に訪れた際の写真をこの機会によく見ると、病院の最上層に「Jockey Club Clinical Tower」のロゴがあり、調べると香港は競馬も盛んで香港内に2ヶ所の競馬場があり、その競技団体が多額の寄付をして創立された病院であることがわかった。

昨年の9月からの3度目の香港だが、先の2回はホテルでの宿泊だった。今回は友人からの勧めもあり、あの香港の高層マンション群に潜入り、香港ショート生活を体験してみた。居住スペースはリビングを除くとキッチン、バス・トイレ、各部屋が細かく仕切られていて、全室タイル貼りで、靴を玄関前で脱ぎスリッパ使用。普段使いの靴は外の廊下に置くのが不思議である。マンションからは高速道路と鉄道を挟んで、香港中文大学医学部生物学部と薬学部が共同で使用する、羅貴祥総合生物学医療ビルを見る事が出来る。ビル

の周辺では開発が行われている。将来的には近くに鉄道の駅も出来るようだ。もう少し離れた北部の香港と深圳の境界である北部都会区では、香港の第二の経済エンジンの中核となる、300km²の広大なエリア開発がスタートしている。

HKSTP 情報

次の日からはしばらく HKSTP を散策し、ゆったりとした日々を楽しんだ。

名称：香港科学園（Hong Kong Science and Technology Parks）

所在地：香港新界沙田区

目的：科学技術とハイテク企業の育成

面積：約22ヘクタール

HKSTP は2002年に開業した香港最大の研究開発拠点で、エレクトロニクス、情報・通信技術、精密工学、生物工学、環境技術の5つの主要クラスターを通じて、香港の地域イノベーションとテクノロジーの学際的ハブへの発展に、必要な施設と環境が提供されている。更に近年は AI（人工知能）& ロボティクス、生物医学、データ＆スマートシティ、ファインテックといった4つの戦略的分野に深く注力し、企業各社がリサーチから製品開発、域内・国外両市場へ進出を果たすためのサポートが続けられている。現在23余りのビルが立ち並び、約1,700社の企業が入居し、約2万人が働いている。ライフサンエンス分野での日系企業は3社。

HKSTP ではスタートアップにも力をいれており、あるアクセラレーションプログラムでは、これに参加した企業は最大で600万香港ドルの助成金が活用可能であることだけでなく、企業の入居費の期限付きの免除、HKSTP 内の先端研究設備の使用、展示会出展サポート、苦渋する法人口座開設の支援や労働ビザ取得サポート等と充実しているようだ。

休日には49軒余りの飲食店や、湾岸沿いのサイクリング・ジョギングコースなどの利用のために、周辺エリアから遊びに来る人も多いようだ。私もウォーキングをしたが心地よい海風が大変気持ちが良かった（写真2、3）。また HKSTP のシンボル的な存在の卵形をした会議室は存在感があった（写真4）。

香港の医療事情

知人との会話の中で医療情勢の話になり、ここで御存知かと思うが、少し香港の医療事情を調べてみたので記してみた。

（1）医療機関

香港の医療機関は公立と私立の2つに大別されている。公立病院は香港政府が運営する「Hospital Authority（医院管理局）」の管轄下にあり、比較的安価で質の高い医療サービスを提供している。ただし予約待ち時間が長く、救急以外の診療では数週間から数ヶ月待ちになることもあり、街中で長蛇の行列を見た。

公立病院では英語は通じるが、日本語対応可能なスタッフは限られているようだ。私立クリニックは予約が取りやすく、英語や日本語での対応が可能な医療機関も多くあるようだが、診療費は公立病院の数倍から数十倍になることがあるようである。また、西洋医学と漢方医学の両方による治療を受けることができ、特に漢方医療は香港の特徴的な医療サービスの一つとなっている。救急の場合は公

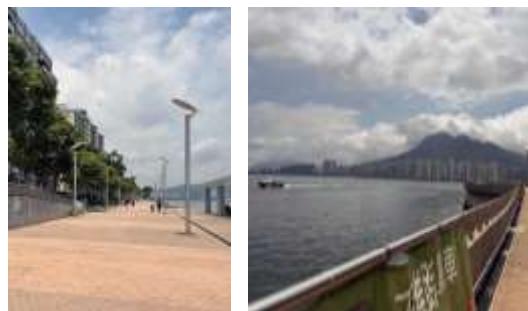


写真2、3 HKSTP の湾岸沿い



写真4 HKSTP の会議室

立病院の救急外来を受診することができる。救急車のサービスは24時間体制で、緊急通報番号は「999」だ。

（2）医療保険

香港の医療保険制度は、公的医療と民間医療保険の2つの柱で成り立っている。香港ID（香港身分証）を保持する居住者は、非常に安価で公的医療サービスを受けることができる。これは香港政府が医療費の約95%を補助しているため。一方、外国人居住者（就労ビザ保持者など）も公的医療を利用できるが、香港ID保持者より高額な料金設定となり、多くの外国人居住者は民間の医療保険に加入している。民間医療保険では、待ち時間が短く、医師を選択できる私立病院での治療がカバーされるが、保険料は比較的高額のようである。

今回の訪問では香港の先端的な部分を垣間見たが、また時間をつくり香港を訪れ、ライフサイエンス分野の深堀をしてみたい。

（先端医療機器開発・臨床研究センター研究員）

[エッセイ]

趣味があるって 素晴らしい

安野哲也

日本に怪物が出る、アニメ文化という怪物が。日本のアニメ文化の起源は鳥獣戯画まさかのぼる。その後絵巻にひき継がれ、絵物語として発展した。昭和になり、黄金バットなどの紙芝居が生まれて流行し、戦後まもなく手塚治虫が登場した。手塚氏は絵と物語を融合させて、ストーリー漫画を確立させた。そこから手塚氏に刺激された数多の巨匠漫画家たちが現れ、時を経てマンガ雑誌からテレビや映画へ、ゲームの世界へと活動の場をうつし、巨匠を継ぐ者たちが次々に躍動した。そしてアニメの火種はまずアジアに飛び、そこからアメリカ、ヨーロッパへと世界へと拡がった。

現在の日本のアニメの輸出高は1.5兆円を超えた。これは10年前の約6倍にあたる。自動車産業の輸出が数十兆円なので、たいしたことではないと思われる向きもあるが、海外に向けたアニメ産業が急成長を遂げているということは間違いない。世界最強のベンチャーキャピタルと言われているアメリカのアンドリーセン・ホロヴィッツ(通称a16z)が「Anime is eating the world (アニメが世界を食らう)」という記事をアップしている。

a16zはFacebookやInstagramなどにいち早く投資したことで知られる企業で、何がビジネスとなりうるのか、何が産業として発展していくのかを見通す一流の眼力が高く評価されている。その企業がアニメは世界を席巻するであろうと予測している。1.5兆円は今後、

数倍、数十倍に成長していくかもしれない。

にもかかわらず、日本のアニメファンは、アニメオタク、略してアニオタと呼ばれ、後ろ指をさされている。そもそもオタクとは何だろうとつらつら考えるに、おそらく一般に文化と認知されていない物を趣味にしている人のことをオタクと呼んでいるのではないかと考える。趣味の対象となっている物がどのくらい文化的であると思われるかによって、ファン、マニア、オタクと呼び名が変わるのはなかろうか。

オタクには、アニオタの他にミリオタ(ミリタリーオタク、軍事オタク。兵器や軍服、歴史上の戦争の知識などに精通している人)、ジャニオタ(ジャニーズの追っかけ)、珍オタ(熱狂的阪神タイガースファン。「犯珍タイガース」というネット用語から。主として道頓堀川に飛び込んだり、梅田駅で他の球団のユニフォームを着ている人を追いかけ回したり等の迷惑行為をはたらく人を指す)などがある。

いずれも何でそんなモンに時間とお金をかけて、「無駄な」知識をいっぱいため込むのか?と言う感情が込められた言葉である。その用語は自分のこだわりがあることの知識は潤沢にあるけれど、どうせ一般常識なんか欠落していて、他人とのコミュニケーションも苦手なんだろう?という偏見をも含んでいるように思える。珍オタはあながち偏見ともいえない気はするが。

最近は多様性を認めよう、人との違いを認めようという空気が醸成されてきたこともあってか、かつてオタクと言われていた分野で呼び方が変わってきている物も多い。鉄オタと呼ばれていた鉄道オタクは「鉄ちゃん」という名称に変わっている。インターネットの発達で、鉄道好きがSNSで情報を発信して、

「バエる」写真をアップしたりすることで鉄道が趣味として認められてきたこともあると思われる。

一人旅や温泉が好きな人、ホテルそのものが好きで、時間があると一人で温泉に行ったり、ホテルに泊まることそのものを目的にホテルに泊まったりする人などをまとめて旅オタ（旅行オタク）と呼んでいたが、今は「ひとりリート」などと呼ばれるようになってきた。ひとりリートのリートはリトリートのリートで、忙しく過ごす日常生活から一時的に離れ、心身をリフレッシュして自分と向き合う時間を過ごす旅のことを示す造語である。リトリートは避難を意味する Retreat あるいは再治療を意味する Retreatment に由来するとされている。SNS にアップされた旅先の美しい写真やすてきなホテルの写真が人々の共感を呼んだ事もオタクと呼ばれなくなった要因と思われる。

にもかかわらず、これだけみんながアニメは文化だと認めているにもかかわらず、アニオタはアニオタである。これはアニメというものが文化的に一段低いと見なされているからかもしれない。我々が子どもの頃に、漫画ばっかり読んでいるとバカになるとか、漫画なんか読まずに小説を読めとか言われて、隠れたり引け目を感じたりしながら漫画を読んでいたことに起因するのではないだろうか。そういう経験のないインバウンドたちのアニメ文化に対するあっけらかんとした賞賛に、我々はどこか軽い驚愕と違和を感じてはいるか。

今のアニメは漫画にせよゲームにせよ非常にアーティスティックである。元々美大や美術学校で学んだ、美術に造詣の深い漫画家たちやアニメクリエーターたちが作っている作品であるから、アーティスティックにならな

いはずはない。また、美術界ではアニメとアートの境目が軽々と外されてきている。村上隆はポップアートの巨匠だが、作品はアニメチックである。入江明日香の作品は銅版画をコラージュして水彩絵の具で着色する手の込んだ高等技術で作られているが、美しくもアニメチックである。山口晃は非常に精緻な細密画を描く画家で、作品の中にアクセントとしてアニメが紛れ込んでくるが全く違和感はない。山口晃には、まさしく漫画の作品もあるが、彼はコミック雑誌に漫画の連載を始めたりもしている。

美術とアニメを比べると美術の方がどうしても高尚な感じがしてしまう。アニメはわかるけども美術は難しそうでわからない。自分にもわかるような物だからアニメなんて低俗だ、という自虐的な心情もアニメファンをアニオタと呼びたくなる心情とつながっているのかもしれない。しかし、美術界からみればそんな優劣などは感じていないようである。美術が高尚だからわからない等という感覚は美術界にはないはずだから当然かもしれないが、美術界ではアニメはアートとして認識されている様である。クラシックと J-POP も同じ様な関係であるが、J-POP オタクとは呼ばれるので、アニオタと呼びたくなる心情は謎である。

アニメは好きで、アニオタをアニオタと呼ぶ人とアニオタはどう違うのだろう。アニオタは普通のアニメ好きがあまり手をださないマイナーな作品に指向が向いているイメージだろうか？ 中東でも日本のアニメは大人気だが、日本アニメが紹介された初期に人気を博したアニメは日本ではあまり知られていないマイナーな作品だった。日本のアニメは見てみたいがメジャーどころは使用料が高いから敬遠されたようだ。それでも人気を博すの

だから、マイナーな作品というのは一般人には難解でおかしなオタクにしか理解できない作品という物でもなさそうである。

あるいはアニオタというのは漫画のキャラクターに恋心を抱くキモい奴らというイメージなのだろうか？しかし、たとえば美術好きがフェルメールの真珠の耳飾りの少女に恋していると公言して、そのマグカップでコーヒーを飲んだり、トートバッグを提げて学校に来たりしたら、果たしてキモいと言われるだろうか？音楽では誰も知らないバンドの楽曲をせっせと集めたり、コピーしたりしても、それが難解な音楽だったとしてもやはりオタクとは呼ばれない。

アニオタがアニオタと呼ばれる謎は解けないが、おそらくはアニオタという呼称自体に無理があって、誤った呼称であるに違いない。アニメ、アニメ好きに対する我々のイメージそのものがどこかおかしい気がしてならない。インバウンドたちのあっけらかんとした反応の方が、我々のアニメに対するイメージよりも正鵠を射ているのだろう。京都精華大学にはマンガ学部があって、ここを卒業すると中学や高校の美術教師にも博物館学芸員になることもできる。学問として立派に成り立っている。漫画、アニメは文学よりも低い文化だという古い感覚はそろそろ捨て去るべきである。

そもそも文学というものがそれほど高尚なのかという疑問もある。むろん文学が低俗と言っているわけではない。日本の文学にせよ世界の文学にせよ、美しくそして哲学的で、学問的である。私も文学は大好きである。しかし、文学というものは害毒の側面を色濃く持ち合わせている。人間性の底には救いがない悪が潜んでいて、人間は決して救われないことを美しい表現で丹念に繰り返し教えてく

れるのが文学なのである。これは何も私の偏狭な思想ではない。三島由紀夫が「若きサムライのための精神講話」という随筆の中でそう看破しているのだ。

文学好きは文学オタクとは言われない。せいぜい本の虫くらいの言われかたはするが、たいがいは文学少年、文学少女と呼ばれて褒め称えられている。その褒め称えている方が文学などに興味を持っていないので、文学少年少女たちが心の奥の真っ暗なところで、真っ黒な土に濁った水を遣り、腐った肥料を与えて毒の花を咲かせていることに気づいていない。

一方、アニメは泣かせてくれる、感動させてくれる、友情の素晴らしさとか、努力の大切さとかを教えてくれる、生きていく希望を与えてくれる。アニメをみて泣いて、感激して明日からも頑張って生きていこうと決意するアニオタの方が、心や脳に毒の花を咲かせて人知れずニヒルでアイロニカルな笑いを浮かべている文学少年少女よりもはるかに健全である。まあどんなに立派な毒の花を咲かせても他人に迷惑をかけなければ別にどうと言うこともない。私だってずいぶん咲かせたが、多分人に迷惑はかけていない。

だいたい人の趣味に優劣をつけたり、とやかく口を出したりするものではないのだ。人に迷惑をかけない物なら何が趣味でもいいではないか。人間は毎日同じ事の繰り返しである。同じ時間に起きて同じところで働き、多少の変化はあったとしても基本的に自分の得意とする範囲の仕事をして帰って寝る。これを繰り返す日常に、心震わせる何かがないとやってられない、その心震わす何かが趣味なのだ。

モーニングの喫茶店に日毎集って、世間話をしている人がいる。毎日毎日よく話が尽き

ない物だと思うが、それがなければ一日が始まらない、同じ事の繰り返しの毎日に耐えられない。ママ友と昼ご飯を食べてお茶を飲んで、それで子育てを頑張れる人もいる。長い時間よくしゃべれると思うが、それがなければ頑張れない。友達と飲み会に行くのが楽しみで、そのために働いているみたいなものとか言う人もいる。

そういう人たちに趣味は何と聞くと、「特にない」と答える事も多いのだが、そんなことはない。「趣味は茶話会、趣味は飲み会」と堂々と言えばよい。お酒を飲み過ぎなければ、それに対して他人がとやかく言うことはない。それが趣味だと共感できるかどうかは意味を持たない。だんじりとか阿波踊りとかリオのカーニバルが大好きで、その数日のために一年間我慢して働くのだという人たちが結構いる。その生き方に共感はできなくともそれはその人の生き方として尊重していいと思う。だんじりオタクなどと呼ばれるかもしれないが、やっぱりそれは、その呼称が間違っているのだと思う。

本当に趣味らしい趣味がなくて、日々の暮らしに疲れて、なんか楽しいことない？ っと友人に相談し、バリ島で夕日をみながらスパでエステをすると心身ともにリフレッシュする、あんたも是非ともやってみなと勧められて、同じようにバリ島に行って同じ様にしてみても心震えない人もいる。その友人はバリ島ファンなのだ。趣味でなければ体を震わせても心は震えない。でもそういう人も暇つぶしにTVをみたり、スマホをいじったりしている。趣味はスマホ、趣味はTV、別にそれはそれでいいではないか。人の趣味とは多種多様なものである。何であれ、趣味があるというのは素晴らしいのである。人の趣味を馬鹿にしたり自分の趣味を人に強いたり

するものではないのである。それぞれがそれぞれ楽しめはそれでよいではないか。

それほど遠くない昔、ロックは文化として認められていなかった。エレキギターを持ったなら不良だといわれていた時代がある。ビートルズが来日したときも日本の若者に悪影響を与えると白眼視した向きも多かったと聞く。しかし、そんな批判にめげず、若者はロックを聴いた。やがてロックアーチストが音楽番組に出たり、アイドルに楽曲を提供したり、徐々にお茶の間になじんでいった。音楽番組でロックアーチストのインタビューを聞くと、そんなに悪いやつらでもなかった。そうやって少しずつロックは市民権を得ていった。今ではロックはJ-POPの一分野として認識されている部分もある。ロック好きというだけで不良とかロックオタクなどと呼ばれることはない。髪の毛をピンピンにとがらせて耳にルーズリーフみたいにいっぱいピアスを付けていてもロックファンである。

アニメは最初からお茶の間になじんでいるがなじみすぎた。TVばっかり見るな、と怒られるところからスタートしたのでロックとは事情は違う。しかし、アニメは世界が認めている。芸術界が認めている、京都精華大学が認めている。外堀は埋まっている。これだけ文化として認識されているのだから、アニオタは必ず近いうちにアニメファンに変わる。アニオタよ、その日まで身をひそめるな、声を押し殺すな、堂々とせよ。味方は世界中にはいる。萬国のアニオタ、団結せよ。

(やすの医院)



[エッセイ]

東京探訪記(22)

“多摩地区”の町と “高尾山”

四元秀毅

人にはお人柄が、国にはお国柄がある。その昔“ガラの悪いのとは付き合うな”と聞いたものだが、最近ガラの悪い国が増え騒動が絶えない。情けないことに。

前回は東京の西部に拡がる“多摩地区”的概要を示した。今回はこれを補って多摩川沿いの町と縄文遺跡および高尾山を紹介する。

“多摩川”の流れと流域の町

先にみたように多摩川の上流は山梨県東部の笠取山(図1▲)に発し、東京都に入って多摩川となりしばらく東に流れ図の中央部辺りで南方向にやや彎曲して東京湾に向かう。流域および近傍の市町村としては、上流から奥多摩町、青梅・あきる野・羽村・福生(フッサ)・昭島・立川・国立(クニタチ)・調布・狛江(コマエ)・八王子・日野・稻城・多摩・川崎などの諸市と世田谷・大田の両区がある(川崎市のみ神奈川県)。江戸時代、一帯では農耕などが行われた。

図2は図1黄色域の中央部にある立川駅近くからみ

た多摩川の風景で、この辺りで川は東南東方向に流れている。河口部の大田区・川崎市間では“六郷橋”が国道15号(旧東海道)を通過しているが、江戸時代ここでは舟での往来だった。落語にも出て来る“六郷の渡し”である。

“多摩丘陵”の南地域にある“縄文の村”

前回、多摩川流域で発見された旧石器時代の黒曜石を話題にしたが、その西の丘陵地域では縄文遺跡が発掘された。新宿駅(東京駅の西北約10km)から西に延びる鉄道としては甲府や青梅へ走るJR中央線の他に高尾山など



図1 多摩川の流れと流域の町々

“多摩川”(中央水色の線)は山梨県東部の“笠取山”(左上▲)に発し、多摩地区を東方向に流れて東京湾に注ぐ(中央部の八王子市には高尾山(▲)がある(原図はインターネット情報)。



図2 “多摩川”中流域の風景

JR中央線と多摩モノレールが交差する立川駅の南からみた多摩川。この下流域で川幅は大きく膨らむ(2024年2月)。

のある“多摩丘陵”へ向かう京王線や小田原などへの小田急線があり、後の二線の一部は多摩川を渡った先の丘陵地域の“多摩センター駅”辺りで並走する。新宿から西南30km弱にある“多摩市”には縄文時代の資料を展示する遺跡庭園「縄文の村」があり、復元された5,000年前の“竪穴住居”（図3）などが訪問客を迎える。ここは立川の北から南下する“多摩都市モノレール線”（16km）の終着駅でもあるが、同線の車窓からは立川辺りで西に富士山の姿がみえる。

多摩川水系の西にある“高尾山”

高尾山（図1▲：多摩市の西北）は関東山地東縁の“秩父山地”の南東端にある標高599mの低山である。山地は海底隆起で出来ており高尾山は西の相模川と東の多摩川の分水嶺になっている。山は新宿の西50km弱の距離にあり新宿から山頂に至るまでの所要時間は最短で90分程度である。そこは国定公園・都立自然公園で年間200万人超が訪れる観光地だがかつては修験僧の修行の場で、山頂近くには行基（668-749：天平時代）の開基によるとされる寺院“薬王院”がある。

高尾山からみる“ダイアモンド富士”

高尾山の頂きからは西南45度弱の角度で丹沢山系などの山並みを前景に、56km彼方の富士山が見え、図4は冬至期の夕刻の“ダイアモンド富士”である。この時期に高尾山での風景に出会えるということは、東側地域で両山を結ぶ線より北に大きくずれるところではこれを鑑賞できず、逆にこの線の南側地域（図1の右側の町）では冬至を挟んで年2回この眺めを楽しめることを意味している。

高尾山から稜線を北へ約10km行くと八王子市と相模原市に跨る“景信山（かげのぶやま：



図3 東京都設立の遺跡庭園にある縄文中期の“竪穴住居”

多摩市（図1下部中央）の「縄文の村」では1970年の調査で発見された竪穴住居のうち3棟が復元されている（2024年2月）。



図4 高尾山からみた冬至のころの夕刻の富士山
富士山の頂きに夕陽が沈む風景（2008年12月23日；同行は桐野高明先生）。

727m）”に出る。その尾根道の途中には“小仏峠”という小高い丘（548m）があり、そこはかつて関所があったところである。この峠から東への下山道を降ると峠を東西に貫通する“小仏トンネル”がJR中央本線や中央自動車道などを通しており、そこから東に進むとJR中央線の高尾駅に出る。

高尾山を楽しむ方法はいろいろあるが、短時間コースとしては新宿から京王線で高尾山口に出て登山し、稜線を北上して小仏峠で下山し高尾駅から中央線で新宿に戻る、がある。

今回は前回に続き西の“多摩地区”を紹介した。次回から東京の東側地域を巡りたい。

（国立病院機構東京病院名誉院長）

[エッセイ]

ライオンは子を谷に突き落とす

～わが母は、そのライオンにも似て～

加藤恵三

母について書いてみたいと思う。母の生き立ちと、少女時代のことを少し。母は大正2年、京都の生まれ。同志社女学校に進学したが、当時「始まって以来の不良少女」と呼ばれていたという。今で言えば、自由奔放で少し目立つ存在だったのだろう（写真）。

彼女が在学していた頃、後に大河ドラマで有名になった新島八重さんから、教師として母も直接その教えを受けたと聞いている。授業後は先生の自宅でお茶をご馳走になり、仲間たちと談笑するのが日課だったらしい。一方で、ミサをサボることも多く、シスターを悩ませることも多かったと聞く。

花街に生まれた彼女はお酒が好きで、朝のビールを水代わりにしていたと祖母が笑って話していた。実家は明治初期から続くお茶屋で、母はその三代目となる予定だった。しかし、彼女の心は文学に惹かれていた。芥川龍之介やニーチェに憧れ、作家になる夢を抱いていた母は、同志社卒業後、家業を継がず、一軒の家を借りて小説を書き始めた。だが、志半ばで肋膜炎を患い、創作を断念。その後、観念してお茶屋を継ぐことになるが、意外にもその仕事は性に合っていたようだ。祖母の指導のもと、多くの名士や医師、大相撲の力士たちが常連となり、繁盛していたという。

そんな中で母は、私の実父と出会った。彼は山口県出身で、GHQと深く関わる仕事をしていた。5歳年下の伊達男。戦後の混乱期には「フィクサー（fixer）」とでも呼びたくなる

ような人物だったという。当時、家庭に自家用車があることは珍しかったが、我が家には2台あった。父に連れられて米軍キャンプやGHQを訪れ

ることもあり、将校クラブではサンドイッチやクリームソーダ、コーラやケーキが山のように並んでいた。私は「キッド」と呼ばれ、アメリカの将校たちに可愛がられていた。

ある日、将校の一人が見せてくれた家族写真の中に「ジョン」という名前の愛犬がいた。それを話した後、将校が「しまった」という顔をした。なぜなら、私の父の愛称も「ジョン」だったからだ。子ども心に、日本人への複雑な感情を垣間見た気がした。そして私は思った。「いつか日本人の力と誇りを、世界に証明してみせよう」と。母はその後、父と別れた。正式な婚姻関係ではなかった。

私がまだ小学生の頃、母は時折「私の失敗は、あんたたちを産んだことや」と言った。普通ならひどいと感じる言葉だが、不思議と私も妹も「母なら、そう言うだろうな」と納得していた。母は自他共に認める「自分を大事に、自分の心に正直に生きる女性」だった。「まずは自分が精神的にも経済的にも自立せよ。人のためはその後でいい」「過剰な社会福祉は人を弱くする」と話して聞かせてくれた。母は、困ったときにも社会的援助を断ってまで自力で生き抜いた。強烈な信念の持ち主だった。人種や出自による差別には人として正しい姿勢をみせた。しかし、ただ弱者を助け



るのではなく「弱者にも自己責任はある」と言っていた。何よりも、母は「弱さに埋没すること」が嫌いだったのだろう。母の願いはただ一つ。「私たちを強く育てること」。

母に朝食を作ってもらった記憶は一度もない。母は夜中まで働き、昼近くまで眠っていた。私と妹は自分たちでトーストを焼いて登校していた。今なら「ネグレクト」と言われるかもしれない。だが、母は私たちに強くあれと願い、武道も習わせた。「正しいことを言っても、力がなければ誰も聞いてくれない」と、繰り返し教えていた。実際、学校で乱暴な生徒に絡まれた時、私は道場では禁じられていた技を少しだけ使ってしまった。結果、相手の態度は一変した。母の言葉が、腑に落ちた瞬間だった。

大学進学、アメリカ留学の際も、母からの経済的援助は一切なかった。バイトを掛け持ちし、自分の力で実現した。子どもの頃は「なんて母親だ」と思ったこともある。だが、ある時、母の知人から聞いた。「あの人は、あえてあなたを厳しく育てていたのよ」と。

老いても、子供たちに弱みをみせることもなく、優しさを見せることもなく、母らしい姿勢を貫き通して、ついに母は亡くなった。遺品を整理していた時、いつも身につけていたポーチの中に、私と妹の幼い頃の写真が大切に入っていたのを見て、母の気持ちがより深く実感できた気がした。

「心がつらい」と相談しても、母は「それは脳の前頭葉の誤作動。実体はない」と一蹴した。精神論ではなく、論理で支えてくれた母のおかげで、私は大人になっても精神的に安定していた。私もニーチェを読み、母の思想と重なる部分が多いことに気づいた。母はある意味で、超人思想の体現者だったのかもしれない。彼女の死は、私に「諸行無常」「諸法



無我」を実感させた。妹は私を「ちょっと変わった形のマザコン」と呼ぶが、私はその自覚がない。ただ、私は、母という強烈な個性を受け止め続け、自分の軸にしただけだ。

子どもの頃、ご近所さんから「よくあんな母親のとで、不良にならなかつたね」と言われたものだ。でも、私は一度も「母や家が嫌だ」とは思わなかった。それぞれの家庭にはそれぞれの価値観がある。私自身は自分の育ったこの環境に、今も十分満足している。

今年の夏は今までの夏と違って高温が続いた。清々講社宮川組の社長をしているので、7月1日から始まる祇園祭の準備が私の夏の始まりだった。31日まで行事が目白押し。17日には袴を着て、西脇知事や松井市長も参加されたお神輿行列のお供に歩いた(写真)。今年で清々講社は150年の記念の年になった。私が社長を継いでからもう4年だが、まだまだ分からぬことだらけ。初めはその責任の重さから不安ばかりだったが、周りの皆さんのご協力で何とかやり切れた。

私は現在78歳だが、清々講社の社長仲間の内では、まだまだ若手だ。京都のお歴々の皆さんから本当に学ぶことが沢山ある。こうして何とかやってこられたのは、母の強烈な育て方にあると思っている。若い頃は何度も母とぶつかっていたが、今では母に感謝の気持ちでいっぱいだ。

(清々講社宮川組社長)

公益財団法人 京都健康管理研究会

住所：〒604-8111 京都市中京区三条通高倉東入樹屋町57番地 京都三条ビル401A号

電話：075-746-2123（火・水・木・金の10～15時） FAX：075-746-2092

E-mail: info@kyoto-f.com <https://www.kyoto-f.com> (本誌バックナンバー掲載)

〈事業案内〉

1. 研究助成（難病臨床主体）1件 100万円以内
2. 海外留学助成 1件 120万円／年（2年間まで）
3. 海外開催の国際学会等への参加費用等助成 1件 25万円以内：申請随時
4. 難病患者団体活動費用助成 1件 50万円以内
5. 国内開催の学会等開催費用助成 1件 50万円以内：申請随時
6. 医学・医療に関する書籍の出版補助 1件 100万円以内：申請随時
7. 市民健康講座：年2回開催予定
8. 医療相談事業、医療教育講座事業
9. 季刊誌「健康塾通信」：1月15日、4月15日、7月15日、10月15日発行

* 1、2の次期(2027年度)

公募期間は2026/9/1～
10/31の予定。

* 3、5、6の2026年度分
は随時申請受付中です。

* 4の次期(2027年度)公募
期間は2026/10/1～11/30
の予定。

* 3～6は年度枠一杯にな
り次第、申請受付を終了
します。

■事業報告等（2025年）

11月21日：令和7年度第3回理事会



■市民健康講座〈開催予定〉

フレイル症候群に対する高齢者理学療法の持つ意義

～身体機能を維持し、生活の質向上・精神的な健康維持を心がけよう～

日時：2026年4月11日(土) 13:30～15:45 (開場13:00)

司会：長井苑子／公益財団法人京都健康管理研究会理事長、一般財団法人大和松寿会中央診療所所長

講演：大島洋平先生／京都大学医学部附属病院リハビリテーション部 理学療法士

会場：ハートピア京都（京都府立総合社会福祉会館）大会議室／烏丸竹屋町角

■ご寄付者ご芳名：当財団の主旨にご賛同頂き、ご寄付を頂いた方々のご芳名を報告いたします。

(令和7年7月26日から11月30日まで、口数毎の日付順掲載)

〈50口〉匿名 〈6口〉匿名 〈5口〉酒井弘子様、長井苑子、西村浩一様、乾 賢一様

〈3口〉高木寛治様、中山昌彦様、濱崎幸美様、森下公子様、山田新平様、山田節子様、江村正仁様、
匿名3名

〈2口〉海原幸子様、野村昌宏様、山下純宏様、芦田 譲様、武内富貴代様、西 良夫様、前田道之様、
高田桂子様、荻野俊平様、濱田邦夫様

〈1口〉橋本圭司様、西村桂子様、楳野茂樹様、山村英紀様、近藤美佐子様、蓑輪一文様、三木俊和様、
宮井和子様、川本卓史様、野村一枝様、七尾 清様、川崎敏祐様、大堀 聰様、新屋久幸様、
医療法人社団かりや内科 刈谷憲次様、華笑クリニック 松本法親様、江谷 寛様、富澤 治様、
堀川三恵子様、富岡洋海様、市田峰子様、匿名、櫻井正子様、上羽康夫様、真鍋康二様

* 寄付金は難病、難治性疾患等に携わる医療関連の研究、人材育成及び難病患者団体の活動に対する助成金
の一部に活用させていただきます。皆様のご理解、ご協力を切にお願い申し上げます。



健康塾通信をお読みいただける方は、「郵便番号、住所、氏名」をご記載のうえ、
財団 FAX 075-746-2092 あるいは E-mail: info@kyoto-f.com にてご連絡ください。

* 本誌のバックナンバーはウェブサイト (<https://www.kyoto-f.com>) をご覧ください。