



週末、名古屋で開催された第30回日本女性医学学会に参加してきた。女性のライフサイクルに合わせたウイメンズヘルスの研究および臨床を学ぶ学会で、参加者は主に産婦人科医師である。産婦人科医として、若い頃は思春期疾患、不妊治療、子宮内膜症、そして生殖年齢以降はホルモン補充療法、さらに高齢者医療としての骨盤臓器脱や排尿障害領域の臨床へと自分自身の年齢と並行しながら携わってきたことをあらためて感じた学会参加であった。

年齢とともに睡眠が浅く、夏は4時前、晩

## 女性医療と地域構想

情報広報部副部長

秋の今でも5時前には目が覚めてしまう最近、睡眠の質の低下による脳のストレスでアミロイドβの蓄積が進んでいるのではないかと心配していたので、メラトニンの基礎研究から聴講を始めた。やはり加齢とともにメラトニンは減少し、閉経後は生殖年齢に比べ半減するためにサーカディアンリズムが乱調となり、睡眠障害やうつの原因となるようだ。メラトニンと発がん、排卵や不妊の関係についての英語の講義に久しぶりに集中したが、長年この研究をしてきた演者はメラトニンを摂取し続け、健康を守っていると話していた。

次に興味深かった講演がアルツハイマー病(AD)だった。東日本大震災から4年が過ぎ、復興から2025年問題へとNHK特集番組のテーマも高齢者の健康と社会施策にシフトしてきている。ドラマ「破裂」で使われるPPPをご存じだろうか。Public-private partnershipでもなくPsychology, philosophy, and physiologyでもなく、「シンピンポックリ」だそう。PPK「ピンピンコロリ」もPPPも高齢者の本音を言い当てているように、妙に怖い気もする。女性医学学会に話を戻そう。演者はわが国の老年医学をリード

## 藤井 美穂

してきた東京大学加齢医学講座大内尉義先生の後任教授である秋下雅弘氏だった。ADの予防から始まり、2025年には700万人に増加すると予想されるADへの社会的対応の必要性についての内容だったので、専門

家の意見として少しご紹介したい。加齢とともにADLが下がってくるが、その状態をフレイル(Frailty)と呼び、要介護にはあたらないが完全自立は難しい状態をさすそうである。そもそもADの7割弱が女性であり、予防も施策も性差を考慮しなければならぬ領域。ここでなぜ、女性にADが多いかの結論はでていないが、閉経を境に女性では急激なホルモン環境の変化が起こること、脳容積は骨密度、筋肉量などと相関するため栄養の摂取に性差があること、うつ、不眠が女性に多く薬物投与が多いことなど多因子に

わたっていることが知られる。ベンゾジアゼピンの長期投与でADは1.6倍に増加するそうである。また男性は、ADの前段階であるMCI (Mild Cognitive Impairment 軽度認知障害) の状態ですでに生き延びられないという仮説も立てられるかもしれないとお話もあった。フレイルは①身体的、②精神的、③社会的要因に分けて考える必要がある、女性は筋肉量が男性より低くサイコペニア、ロコモティブ症候群のリスクが高い。女性は男性よりもタンパク質摂取量が少ないといわれ、栄養指導が必要になりそうである。精神的要因は女性は男性よりも抑うつ状態に陥りやすく、薬物投与のリスクもあり、睡眠障害にはベンゾジアゼピンではなく、メラトニンアゴニストやNightingaleといわれる超短時間型睡眠導入剤が推奨されるそう。社会的要因では女性は男性に比べると経済的困窮度が高いため、さまざまな支援を受けにくい環境に置かれている。10年後を目前に、社会が多くのAD患者を受け入れる基盤を今作っておくことが緊急課題であると結論していた。

先日、総医協地域医療専門委員会があったが、医療と介護の連携を具体的にどのようにしていくかの構想と実践が、全国的に緊急の課題としてすすめられている。広域な北海道でこのマップを作り上げなければならぬ難しさは、広域北海道の距離のみならず、地域ごとの高齢者を受け入れる行政の資金力と住民個人の経済力の格差が大きく、スタンダードをつくることのできない点にある。10年後の北海道の予想図はデッサンの時期から色を塗り始める時期に入った。