

はなみずき

医療の将来について

少し考えてみました (Ⅲ-3)



院長 鎗田 努

医療のように人同士が相対する仕事では、きちんとした人間関係が基本になれば良い結果は得られないと思っています。当院では、ほとんどの患者さんと良い関係がもてており、多くの職員が働きがいを感じ、「精一杯頑張る」さらに良い結果を」と、自分達を奮い立たせることができ感謝しています。しかし、現在色々言われている「医療の将来」に目を向けますと暗い気持ちになります。現場の人間は目の前の仕事に夢中で、大きな視野を持つことはできませんし、発言の場も機会もないのが普通です。将来構想は、「官」と有識者（医療の場合は大学と学会関係者）で作られ、マスコミが声高に代弁しておりますが、有識者と言われる人達の多くは、現場医療の経験があまりありませんし、あっても「かすった」だけです。どうしても「机上の空論」になります。現場の空気がわかっていませんから、マスコミの情報をそのままオウムのよう繰り返す人や、変なブランド志向の人を作り出すのがおちで、人間関係をわざわざ破壊し実際の医療現場を混乱させることになります。何か変だと常日頃から思っていますので、「医療の将来」について書き始めますとどうしても長くなりすぎて読みにくくなり申し訳ありません。今回は「いわゆる専門医制」について考えてみました。次回からは違った話題を選びますので、今回はご容赦お願い申し上げます。

先日、夕食時にテレビをつけたら、数人の医師が雑壇に座り、医療の問題に答える番組をやっており、一人の医師が頭痛について話をしている最中で、「頭痛学会」では、「頭痛専門医」の認定を検討中とのことでした。（私が大学で仕事をしていた頃の学会は、「外科学会」や「癌学会」と指折り数えられる程でしたが、その後、学会の数は加速度的に増え100や200はあるのでしょうか、多すぎて見当もつきません。）

確かに頭痛で悩んでいる方はたくさんおられるようです。頭痛の診療の参考のために「国際頭痛学会」が出している分類では、片頭痛や緊張性頭痛等は一次性頭痛とされ、診断名となっている程です。ただ患者さんが来院する最初は「頭痛」という症状（主訴）であ

り、医者は他に診断名のある「二次性頭痛」（例えばクモ膜下出血とか脳腫瘍とか）を含めて、正しい診断を探ることになります。これは例えば「体重減少」という症状が糖尿病や癌や心の病等々の色々な疾患で認められるのと同様です。医師は症状や検査成績等を手がかりに正しい診断を探るのですから、一つ一つの症状毎に専門医を作っていたら、診断だけで何人のいわゆる「専門医」が必要になるのか考えてしまいます。専門医という名称や幻想が一人歩きをして、医療がどんどん細分化され分業化されていると感じています。頭痛に関していえば、きちんとトレーニングされた脳や神経の全般に深い知識を持つ専門家（現在は脳外科や神経内科があります。）は必要ですが、私は例えば

「日本脳卒中学会」の脳卒中認定専門医はすでに細分化されすぎていると思っています。

医療関係以外の方々の多くは、「専門医」を国家資格のように考えられているかもしれませんが、これは先の文章のように数多くある学会がそれぞれ独自に認定するものです。4月頃だったと記憶していますが、「日本臨床腫瘍学会」が「臨床腫瘍専門医」という制度を立ち上げ、「日本癌治療学会」は「がん治療専門医」を今年中に誕生させるとし、抗癌剤治療は自分達が専門であると争っているという記事が新聞をにぎわせておりました。それより少し前にテレビに、「腫瘍内科医」(どのような制度か私は不勉強で知りませんが)という人が出演し、抗癌剤治療は腫瘍内科医が行うべきという特集をやっていました。新聞の医療記事にも多く見られることですが、情報源の言いなりの報道のような気がしました。新聞はたびたび「抗癌剤治療は専門医で」という記事を載せますが、いろいろな学会が本家争いをしている中で、どの学会の認定医を専門医といっているのでしょうか。数多い種類の専門医を作って、患者さんはベルトコンベアに乗せ、自分の前に流れてきた時だけ専門医として参加するという医療をもしマスコミや学会が指向しているとしたら、医師は専門という自らの守備範囲内にいて居心地が良いですし、患者さんは専門医に診てもらっているという満足感は得られるでしょうが、病気があって人間不在の医療になる恐れがあり、現場の医療とは全然関係のないところで話が進められていると思わざるを得ません。誤解のないように書いておきますが、私は専門医制を否定している訳ではありません。きちんと特別の訓練を受け、他の診療科ではできない仕事をし、頼りにされる実力をもっている専門医(現在こういう専門医制はいくつもあります)は必要ですが、雨後の竹の子のようにできてくる学会が他の領域の医師が行う医療とそれほど変わりばえがしないのに「名前だけの専門医」を作ろうとしていることには、大きな疑問を持っています。

分かりきったことですが、現在の医療体制は、(1)開業している医師1人の診療所の医療 (2)当院のような、いくつかの診療科をもった第一線の病院 (3)

総合病院 (4)がんセンターや循環器病センター等のセンター病院 (5)大学病院の医療とがあり、それぞれオーバーラップはありますが、第一線の(1)(2)

(3)とあくまでも後方病院である(4)の間で大きく違ってきます。(4)と(5)もかなり違う医療を目指しています。コンピュータ以来、遺伝子学、免疫学、分子生物学といった基礎医学の分野は大きく進歩し、その影響で臨床医学も変わってきました。CTやMRIといった新しい医療機器が次々に開発され、また相次ぐ新薬の開発といった医療周辺の動きによっても、現場医療は変わってきました。そのため、医師1人の能力ではカバーしきれなくなってきたのも事実で、第一線の施設間では、知恵を出し合ったり機器を利用し合ったりが最近行われてきています。入院施設や手術設備をもたない(1)では、それらが必要になった患者さんを(2)や(3)に紹介することになります。

(2)と(3)の違いは、一人の患者さんの治療に複数の診療科がかかわる必要があるのか、または(2)にその患者さんに必要な診療科がないということになります。外科では、診断に大きな貢献をしているCT以来(2)と(3)の関係は明確になってきました。CT以前は、急性腹症(激しい腹痛等の症状があるが原因がはっきりしない時に使われる)という言葉があったように、例えば虫垂炎か卵巣の捻転かは開腹しなければわからないことがありましたし、大腸癌が尿管や膀胱や子宮に浸潤しているかどうかの情報なしに手術に臨まねばならないこともありました。否が応でも、腹部外科医は泌尿器や婦人科領域の手術に踏み込まねばならないことが度々ありました。現在でもいざという時は他の領域の手術を行う覚悟は持ってはおりますが、CTで適確な情報が得られることが多くなってからは、必要なケースでは(2)から(3)に紹介するようになってきています。(4)の専門センター病院には、主として診断が確定した患者さんが紹介されて集まります。(2)や(3)と同じ医療をやっていたのでは存在意義がない訳で、その分野のいわゆる高度の医療が求められ、医師には専門性の高い分野での深い知識と特別の訓練が要求されます。「狭いけれど深い」医師の集まりですから(広くて深い優れた医師もかなりおりま

すが) 外科でいえば、決められた手術をするのが仕事で、その後の治療は他の専門に(例えば放射線等)依頼するというベルトコンベア式医療になりがちです。

(5)の大学病院には若い医師を育てるという使命がありますが、ここでの医師の評価は、臨床の実力よりはいかに質の高い論文を数多く出すかで決まります((4)のセンター病院にも多少この傾向はありますが)。学会活動も大切です。一線病院での医師の評価とは基準が違ってきます。大学におりますと、多少のDuty(義務)はありますが、自分のために使える時間があり、最新の論文を読んだり、実験をしたりできます。私も千葉大学で仕事をしていた頃は、午後はほとんど実験に使っており、所属していた学会に演題(論文)を出し、学会で評価を受けることが大切と考えていました。大学を辞める決心をした時に、父から、大学での実績は現場医療ではほとんど評価されないと強く言われ、心構えを新たにして臨床を取り組もうと決心しましたが、実験を諦めきれず、千葉県がんセンターにお願いして動物をおいていただき2年程続けました。しかし現場との二股をかけた仕事では無理が多く、中断せざるを得なかった苦い思い出があります。以上から言いたいことは、一線の医療と(4)(5)とでは、医療の質や取り組み方、特に医師の視線が違うということです。日常診療に追われている現場の医師は、せいぜい年2回くらいしか学会に出席できませんから、ほとんどの学会は(4)と(5)の医師のためのものといえます。現在、現場の医師は1~2の認定専門医をもっているのは普通ですが、多すぎる学会が続々とある意味では勝手に専門医制を作っていけば、医療はどんどん細分化され、現場医療から遊離していつてしまう危険が非常に多いと思っています。

このあたりのことを癌治療を例にもう少し考えてみます。癌患者さんの治療にあたっては、できている臓器(肺癌とか胃癌とか)、癌の種類(組織型)、性質(悪性度)、病期(進行度)等によって治療統計がありますし、それぞれに対応した癌治療ガイドラインがあります。私は外科医ですので積極的外科治療を心がけてはおりますが、第一選択肢が他の療法(抗癌剤や放射線)の場合には、その療法に習熟している個人的に

信頼している医師にお願いするようにしています。しかし自分達が手術に関わった患者さんの場合には少し事情が異なります。手術という行為は、一般の方には不思議な感覚でしょうが、外科医に「患者さんの一部(生活とか色々なこと)に参加してしまった」という気持ちを持たせますので、患者さんをベルトコンベアに乗せて次の専門医に送るという医療はなじめるものではありません。その上、癌の治療は長い経過をとることが普通ですので、長期にわたる一貫性のある治療(計画)が必要で、手術も抗癌剤治療も治療計画の一端と理解しています。外科医の多くが所属している「肺癌学会」や「胃癌学会」にも、手術と抗癌剤療法に関する演題(論文)は数多く報告されていますので、抗癌剤治療において、世の中が専門医という人達との差異は、芥川龍之介流の表現ほど大きくないと思っています(蛇足:天才と我々の違いはわずか一步である。ただこの一步を理解するには100里の半ばを99里とする超数学を云々:侏儒の言葉より)。専門家は癌はかなりわかったような話をしがります。しかしその多くは、細胞レベルや遺伝子レベルの話です。人間は約60兆の細胞からなり、一つの細胞内には約5万個の遺伝子が入っているとされています。細胞や遺伝子レベ



ルで説明されたことで、単純に生体としての人間全体が説明できると考えるのはまだ無理が多いと思っています。医師は理屈や統計で考える習慣がついていますが、患者さんにとっては統計がどうであれ現実が100%です。手術を受けられた方にも、施行させてもらった医師としても、一番気になることが再発と転移です。その点に気をつけて手術をし、フォローアップしておりますが、理屈で説明できない経験は数えきれません。辛うじて切除でき、医者としては再発を覚悟している方の中には、10年たってもなんの異常もなく日常生活を送っている方はたくさんおられます。逆に10年くらい前になりますが、早期胃癌できちんと根治手術を行い得たと自信をもっていたのに、たった6ヶ月後に腹水貯留という形で再発された方がおられます。患者さんはもちろん、医者自身も納得できないことがあります。また肺癌手術をさせてもらった婦人で、進行していましたが医者としては再発を恐れていましたが、約10年間ご主人と楽しく生活され（子供のいない人でした）、突然ご主人を亡くされ「生きているのが面倒になったわ」と報告にこられたたった3ヶ月後に、全身に転移が出現したという理屈では説明できない経験もしました。一人一人の患者さんは違うわけで、臨床は怖いとつくづく思っています。新しい知見を少しばかり得たからといって、癌がわかったように思うのは不遜であると自戒しております。

かつて（今も）、医学博士号（医博）という資格があります。これも国家資格ではなく、大学に研究論文を提出し、一定の試験を通れば「その大学」が認定するもので、私の場合は「千葉大学医学博士」になります。論文といってもほとんどは動物実験か細胞や遺伝子の実験か医学統計ですので、臨床の実力とはまったく関係がありません。ですから医博の多くは、取っても取らなくともあまり変わりばえがしないという意味で、「医博号」を「足の裏についた米粒みたいなもの」と自虐的に表現しています。しかし世の中では、臨床的に優れた医師として認知されています。博士論文は、多くの医師にとって、自分が中心になって行った研究をまとめた最初の論文になりますので、自立した証であり、将来への礎いしづえではありますが、麗々しく誇るもの

ではなく、間違った社会的評価も含めて、いわゆる「専門医」に似ています。

余談になりますが、大学から当院に出張に来て、外来で風邪の患者さんを診察した後に「自分は〇〇専門医をもっているのに、この病院は風邪の患者を診察させるのか」と看護師に文句を言った医師がおりました。重篤な疾患が最初は風邪症状を呈することはいくらかあることですし、逆に風邪から重篤な病気に進展することもいくらかあります。診断がついている患者さんを回してあげれば、教科書的知識を得意になって披露することは、別に専門医でなくともできることです。現場で実際の診断に至る思考（悩みの）過程の大切さを理解せず「専門医」を偉いと錯覚していて、その資格を後生大事にしているような医師は、大学内に隔離しておくべきだと考え早々にお引き取り願ったことがあります。マスコミ等が専門医、専門医とあまり騒ぐせいだけではないでしょうが、医師自らが自分の守備範囲を狭くしようとしている傾向が最近顕著です。特に大学病院やセンター病院では、ほんの少し自分の領域からはずれただけで「我関せず」の傾向が出てきました。今までのつもりで紹介状を書くと「自分ではない」と言われて大変です。

歴史的に外科からの分科、独立をみてみますと、私の学生時代の昭和30年代には、整形外科と泌尿器科（なぜか皮膚科と一緒に皮膚泌尿器科となり、その後両者が分かれて）が外科から分かれた直後で、その後、呼吸器外科、循環器外科、脳外科が順次分科独立しました。残った部門は一般外科と呼ばれていましたが、そこから最近、乳腺（+甲状腺）の分科が始まっています。このあたりまでの分科は対象部位が異なりますので、一応は納得できる分かれ方だとは思いますが、後には消化器が残りましたが、ここも既に肝・胆・膵の外科と消化管くだの外科（管の外科といわれる）に分れ、さらに管は上部消化管（胃等）と下部消化管（大腸等）に分かれはじめました。さらに細分化されそうです。少し細かくなりすぎかなとも思いますが、現場医療は別として、研究が主な仕事である大学病院の医師にとっては、最先端の研究を行うためには専門を狭くして深く踏み込んだ方が良いことだとも思えます。内科

系でも、外科系以上の分科が行われています。しかし、これ以上の細分化が進みますと、分かれた幹が同じなので、考え方や実際の動きは基本的には同じはずなのに、全然別の医療を行っていると感じられかねません。マスコミは「専門医」と持ち上げますし、その影響で患者さんも専門医志向が強くなります。このままでは、一人の患者の医療に、10人以上の医者が関わらないとマスコミも、患者さんの家族も、また医者自身をも満足させえなくなりそうで恐ろしいことだと思っています。このように医療が分科し、さらに学会が次々に専門医制を作っていくと、将来は認定専門医を10くらい持たないと医療ができなくなる可能性もあります。しかしその為には、患者さんの診療を放棄して、学会を追いかけなければならず、現実にはおかしなことになります。

逆に細分化させすぎたと思ったわけでもないのですが、「一般家庭医」という制度を作ろうとする動き（既でできつつある？）があります。しかし、診療所の医師のほとんどは、大学病院や専門病院等での長い経験の後に開業しますので、これまでの制度内できくつかの専門医をもっております。紹介状を書くだけの医師になれと言われても納得できるものではありませんし、それでは現場医療はどんどん退化していってしまいます。これも恐ろしいことを計画しているものだと思っています。なかなか風邪が治らないという患者さんを「自分は町医者に過ぎない」といっている友人が、診察するのを垣間見るチャンスがありました。患者さんの話を良く聴き（これが大切と改めて思いました）、聴診器と視触診で、風邪を長引かせている副鼻腔炎（蓄膿症）と気管支拡張症を診断し、適確な投薬と生活指導をしており、自分はとても及ばないと感じました。すぐレントゲンやCTを撮って専門家の振りをするよりは（私もこの傾向があります）、このような医師がきちんと評価されるべきです。本物の医者とはどういう人をいうのか考えさせられています。余計なことですが、周りに「CTもとらずに蓄膿症というのはおかしい。専門に行くべきだ」などという、聞きかじりの評論家がないことを、この患者さんのために願わずにはおれません。

マックス・ウェーバーは有名な「職業としての政治」の中で、政治家には「情熱と適確な判断力」が必要と述べています。医師にも言えることだと思います。時間が有り余っていて、マスコミやインターネット上で自己宣伝的言葉を弄していたり、専門医という資格だけに汲々としている医師がいる反面、地味だが熱意を持って臨床をやっている医師もたくさんいます。市原医師会の中にも、9 to 5（ナイントゥファイブ）で、それ以後はプライベートだとして必要な連絡もできない医師もいれば、いつでも患者さんと直接話そうと24時間携帯電話を持っている医師もいます。「医者を選ぶのも寿命のうち」というように、患者さんは、自分の命を託するに足る医師を探すのに真剣ですので、患者さん自身が自分の頭と感覚で判断しさえすれば、お役に立てる医師は見つけられるはずで、現場医療の素人である学会人やマスコミが変な目くらましの情報を流して、混乱させて欲しくないと考えています。

「国民は自分達のレベル以上の政治家はもてない」（正しいかどうかうろ覚えですが）という言葉がありますが、患者さんと医者との関係も似ており、変な方向に誘導されて、両方ともにレベルダウンしそうです。患者さんと医者との両方が本当に賢くなって、日本の医療の将来を考えていかなければならないと強く思っています。



専門病院からやって来ました



医師 渡辺 一男

私が外来で患者さんを診るようになって、ほぼ半年が経ちました。この病院のシステムに慣れない点は、親切なスタッフに助けてもらいながらの毎日でしたが、同時に前任地（県立がんセンター）とは違った新たな経験や戸惑いの連続でもありました。そこで、私が担当している消化器疾患の外来診療から、その違いを振り返ってみました。

がんの専門施設である「県がん」では、新しい患者さんは殆ど全員が紹介状を持参します。そこには診断、多くは病理診断までが書かれていて、その根拠となるX線フィルムや組織標本（プレパラート）等が添えられています。ですから、診療は先ずこれらの資料をもとに、病気の経過と診断を確かめ、これを説明して情報を共有することから始まります。そして今後の告知を希望するかどうか本人の意志（自分の病気について正確に知る権利、と同時に知りたくない権利も尊重されます）を確かめます。これはその後のインフォームド・コンセント（十分な説明と同意）に基づく治療の基礎となる大切な作業です。次に、その病気が治療可能であるかどうか、可能ならどんな方法が良いかを判断するために、必要な処置や検査へと進みます。

一方、“地域のお役に立てる病院”を理念に掲げるこの病院では、診療は先ず患者さんの訴えを良く聞くことからスタートします。この辺りの対応は「プライマリ・ケア」と呼ばれ、地域の患者さんやその家族に頼りにされる医療を目指す臨床医にとって最も大切なものです。実は、日本の医学教育は専門に偏り過ぎ、このような視点が軽視されてきたとの反省から、昨年度より新医師臨床研修制度が発足しました。当院も地域医療の研修の場を提供することでこの制度に協力しています。

さて、消化器疾患の診療で最も大切なのは、がんを見逃さないということです。因みに、がんは昭和57年より千葉県の死亡原因の第1位となり、その後も増加し続けています。そのがんの約半分を消化器のがんが占めています。この消化器がんの診断には内視鏡検査と画像診断装置（CT、超音波 他）が使われますが、これらはここ10数年にわたるコンピュータ科学の進歩によって劇的に進化を遂げました。おかげで当院においても、正確な結果を、しかも迅速に得られるようになりました。外来でのこのような対応は「県がん」と当院とに大きな差はありませんでしたので、私にとっても「県がん」での診療経験がそのまま役立ち、あまり違和感はありませんでした。

ところが、一部の患者さんですが、その社会的な背景や、診察を受けるまでの事情の多彩なことには驚きました。ある日のこと、大家さんが「最近、閉じ籠もりがちで食事あまり摂っていないようだ 病気に達しない」と救急隊に連絡し、住人を搬送して来ました。その住人には病気との認識はなく、大家さんも付いて来ませんでした。次の患者さんは「なにか大声をだして苦しそうだから」と、隣人が見かねて車いすで連れて来ました。幸い、この人たちはさほど重大な病気ではなかったのですが、ご高齢で一人暮らしとあっては、家に返せるほど軽症でもなく、入院せざるを得ませんでした。このような背景を持つ人達にとって、病院は（人が暮らすのに必要な全ての機能が揃っているという意味で）自己完結的な施設ですから、そこへの「入院」は誠に都合が良く、周囲の人達にとっても安心です。ただ問題は、このような費用が医療費の中に算入され、年間1兆円ずつも膨れあがっていく現実です。この秋、「郵政民営化」が決着をみたあとは、「医療制度改革」という医療費圧縮案が政治の俎上に乗ります。是非このような「医療費」の現実をよく知った上で議論してもらいたいものです。

今朝、病院に来て待合室の前を通りましたら、もう多くの患者さんが待っていました。笑顔と賑やかな話し声…その場の雰囲気は「県がん」とは全く違うものでした。正直 ホットしています。

検査室が新しくなりました



臨床検査技師 山本 智子



昨年12月からの検査棟改築工事が5月に終わり、6月から新検査棟での業務となった訳ですが、工事の際に皆様に多大な御迷惑をおかけした事をまずお詫び申し上げます。今回はその新しくなった検査棟を紹介したいと思います。

新検査棟は、正面玄関を入った左側一階に位置します。以前からあった採尿室・第2採血室・検体検査室を、採尿室は車イスでも入れる広さにし、第2採血室は待ち合いを快適にする為に、広さはもちろんの事、天窗を作り光を入れ、より明るくする為にドアやイスをクリーム色で統一しました。検体検査室においても、あまり御覧いただく機会はないと思いますが、十分なスペースをいただき、とても動きやすくなっております。

また、以前は離れた場所にあった、心電図検査・呼吸機能検査・眼底検査の部屋も、心電図室は第2採血室の向かいに、呼吸機能・眼底検査は第2採血室の隣に移動し、検査棟内である程度検査を済ませられるようになりました。

ここまで、大まかですが、新検査棟の設備についてお話をさせていただきましたが、まだ新しい故に勝手かわからないという方もいらっしゃると思います。そんな時は、お気軽に私達臨床検査技師にお声をおかけ下さい。「設備はよくなったけど…」などと思われたい様、クリーム色に負けない様、対応する所存でございます。

ここで少し検査棟の使用方法を説明したいと思います。

まず、CT室脇の廊下を進んでいくと、右側に採尿室があります。ここでお小水を採っていただきます。採った尿は採尿室内のガラス窓に出して下さい。その

際に、お小水だけではなく、紙コップと一緒に渡された紙も出して下さい。

次に、採尿室から廊下の奥を見ていただくと、右側中程に、青いトレイが置いてあります。そこが第2採血室です。第2採血室で採血と言われた方は、お手持ちのファイルをこの青いトレイに置き、右上にある呼び出しブザーを押してお待ち下さい。

最後に、一番奥にある心電図室、呼吸機能・眼底室です。心電図検査、動脈硬化(PWV)検査、24時間心電図検査、トレッドミル検査、呼吸機能検査、眼底検査をこの2部屋で行いますが、受付は全て廊下左奥の心電図室でまとめていますので、お手持ちのファイル又は予約票は、心電図室前の白いトレイに出して、トレイ真上にある呼び出しブザーを押してお待ち下さい。少しでも待ち時間を少なくしようと心がけておりますので、採血室、心電図室の呼び出しブザーは遠慮なく押して下さい。

以上、新検査棟を紹介させていただきましたが、私達検査室スタッフ一同、設備、環境だけで、皆様が満足いく検査が受けられるとは思っておりません。正確な検査結果はもちろんの事、検査に関する不安や疑問等を、一つずつ解消していく事で、皆様が充実した検査を受けられたらと思っております。これまでに以上を勉強していきたいと思っております。

皆様もお気軽にご相談下さい。

最後に余談ですが、最近新しく言われるようになった「メタボリック症候群」を少し紹介し、皆様のお役に立てられたらと思っております。

メタボリック症候群

☆メタボリック症候群とは

糖代謝や脂質代謝など様々な代謝異常のリスクが重なって存在する病態

(糖尿病・高血圧症・高脂血症などが重複し動脈硬化を促進し、さらには心筋梗塞や脳梗塞を起こしやすい)

☆診断基準

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. ウエスト | 男性:>85cm 女性:>90cm |
| 2. 血圧 | >130/85mmHg |
| 3. 中性脂肪(TG)値 | >150mg/dL |
| 4. 空腹時血糖 | >110mg/dL |
| 5. HDLコレステロール値 | < 40mg/dL |

上記の5項目のうち3つ以上当てはまればメタボリック症候群

☆原因

- ・体質…インスリン抵抗性の増加や脂肪細胞の機能異常
- ・生活習慣…肥満(内臓脂肪型)

☆日常生活上でメタボリック症候群を防ぐ10か条

1. 適正体重の維持(BMI25未満)
2. 野菜や乳製品や豆類などしっかり食べてバランスのとれた食事を心がける
3. 規則正しい食事。朝食を抜いたり、寝る直前に夜食はとらない
4. 脂肪の取り過ぎに気をつける
5. 塩辛い味付けは避ける
6. ジュースやお菓子、清涼飲料水など糖分の多い食事を食べ過ぎない
7. ウォーキングやジョギング、水泳など毎日適度な運動をする
8. 十分な睡眠、休養をとる
9. 必ず禁煙
10. 適度な飲酒に心がけ、週2日は休肝日を設ける

快眠するために



2階病棟看護師長 中山 節子

睡眠は日常生活活動で消費されたエネルギーを補給し、さらに明日の心身の活動エネルギーを蓄積するといった意義を持ち、健康を維持するうえで欠かすことができないものです。しかし、ストレス社会の現代、睡眠障害を訴える人は少なくありません。私どもの職業も夜勤勤務があるため体内時計が崩れ、不慣れな新人の頃は、なかなか寝つけない事もありました。そこで少しですが、実体験を兼ね快眠に良いと言われる事をご紹介します。

快眠するためには、1日に15分程度は日光浴をお薦めします。朝には起きて、夜には寝ようという指示を出すホルモンの「メラトニン」という物質は、日光を浴びることで生成され、暗くなるに従って分泌されます。ですから昼間暗い所にいたり、明るい所で眠る時は、メラトニンが十分に分泌されず、寝つけなくなったりしてしまいます。

そして1日の疲れを取るには何といたっても入浴。眠る前に入浴する時は、40度前後のぬるめの湯が良いとされています。熱すぎると交感神経が刺激される為に、頭がさえて眠れなくなってしまいます。ぬるめの入浴は、副交感神経をゆっくりと刺激し、精神をリラックスした状態にしてくれます。お湯の量は、腰が浸かる半身浴で少なめに。胸まである熱い

湯は、心臓に負担がかかってしまうため注意しましょう。

また、牛乳や紅茶をホットで飲むと、精神的にくつろげて入眠しやすくなります。入眠しても疲れが取れないという方は、寝具を見直してみてください。実際に私も、枕を変えた事で疲れにくく快眠できるようになりました。

以上快眠への手助けになればと、お話ししましたが、それでもなかなか寝つけない、良眠できないという方は、医師に相談してみてください。



医療法人 鎗田病院

〒290-0056
千葉県市原市五井899
TEL (0436) 21-1655
FAX (0436) 21-3197



www.yarita-hosp.or.jp
Eメール info@yarita-hosp.or.jp

編集後記

朝晩と肌寒くなってきました。体調を崩さないようにして下さい。

これからも読者の皆様にご協力いただきながら、充実した「はなみずき」にしていきたいと思っていますので、ご要望がございましたら院内に設置しています「皆様の声」にご投稿下さい。

(編集委員)