

はなみずき

夜間・休日の医療



院長 鎗田 努

地域医療が急速に崩壊に向っていることは、診療制限や病棟閉鎖をする大病院や公立病院があとをたないことからもお分かりのことと思います。4月20日には銚子市立総合病院の内科病棟閉鎖が報道されていました。日常の診療ですらこんな状況ですから、地域医療の一番弱い部分である夜間・休日の医療に問題が山積しているのは当然です。茂原地区では昨年の4月以来、夜間緊急が同地区内で出来ない日が生じています。最初の頃は月8日でしたが現在は月に12~13日も救急車を周辺の地区に依頼しなければならない状況になっています。人ごとではなく市原市の夜間の体制も破綻直前です。

日本の医療が急激におかしくなったのは、医療をまったく知らない人達による経済のみからの医療制度いじり(なぜ机の上だけでこんなことが出来るのか不思議ですが)と本来は運命協同体であるべき患者さんと医師の人間

関係の乱れ(マスコミは「相互不信」といういやな言葉で表現しています)の2つが主な原因と考えています。ここまで崩壊が進んでしまいますと、学校教育や日本人の精神構造の変化など現代の日本がかかえる問題と同じで、一朝一夕ではどうにもならないと感じます。しかし夜間・休日の医療破綻をくいとめるのは焦眉の急ですので、一度現実をきちんと直視して先へ進む必要があります。今回の内容は鎗田病院の医師というより市原市医師会長の立場からの意見となってしまいました。会長職はなぜか4期8年目になってしまいましたが、来年は絶対に辞めるつもりであります。

市原市の夜間・休日の医療の現状。

普段自分の関わっている患者さんに事が起こった場合には、時間に関係なく対応するのが当然と普通の医師は

思っていますが、夜間・休日の市民全体を対象とする医療には個々で対応するのは無理があり、普段の自分達の仕事以外の力を少しずつ出し合って「体制」を造って対応する必要があります。市原市の場合は医師会の事業として、急病センターと休日昼間の在宅当番（78施設が参加、内科系、外科系、産婦人科、その他の科の4ヶ所が開いている）と2次当番医制があり、加えて入院治療が必要な小児のために、病室を持つ3病院の輪番制があります。（この小児の制度は他地区から羨ましがられています。やはり問題もかかえています。）2次当番は主として中小の民間病院が輪番で担当し、その他に専門医療チームと重装備が必要な治療（これを2.5次と称しているが「体制」としてあるわけではない）を、帝京、労災、県循環器にその都度お願いしていますが、2次輪番と2.5次に大きな問題が生じています。

2次当番はかつて15施設の輪番でしたが、種々の理由で参加施設は減少し、今年4月には市原国保市民病院で4人いた常勤医師が1人になる事態が生じ参加出来なくなり、現在9施設となっています。平成18年には市民病院は43日、月平均4回弱の当番を担当していました（参考資料①）。他のどの施設も無理して当番をしていますのでこの「4回の穴」をどうやって埋めていくか苦慮しています。6月末までは県循環器病センターに無理をきいてもらいましたが、本来の業務（日常診療と循環器疾患の救急）に無理が出すぎ7月以降は出来ないとされています。当院も5月に当番を1回増やして7日を担ってみました。この「1回」がどんなに日常業務に影響を与えるか身にしみて感じています。とりあえずはこの制度を何とか維持すべく、色々な可能性を検討しています。

2.5次（大病院）と2次輪番病院のかかえる問題

全国的に大病院や公立病院から、医師がいなくなっていることはすでに普通のこととなり、立ち去り型サボタージュという言葉まで生まれています。（原因は、過労、自分達が考えている医療が出来ない、訴訟が多い等々と言われていますが、日本の心臓病のメッカである国立循環器病センターで、集中治療室の医師全員が同時に退職したという記事にはさすがに仰天しました。）大病院ではその結果、残された医師達が益々過労になり（参考資料②）当直や救急医療に対する意識に大きな変化が現れてきています。その上夜間や休日のみ来院する患者に多い並外れたわがままやトラブルと未払いの多さに嫌気がさした病院が、2次当番や救急を嫌がる傾向になってきています。

輪番で2次当番を主として担当している中小の民間病院では、昨年の医療法改正の影響をもちに受けて、日常業務の他の仕事をやる余力が、経済的にも人的（マンパワー）にもなくなってきています。そのうえ、大病院の急患受け入れ体制の変化から、重症患者の転院先さがしに苦労し2次当番をすることに危険を感じはじめています。

イ) 大病院の問題

地域医療における大病院の大切な役割は、診療所や中小病院から専門の医療が必要な患者さんを受け入れることで、紹介率と逆紹介率を上げないと経営効率が悪いので、平日の昼間は積極的に機能していますが、夜間は別の状況になりつつあります。自分達の病院に入院中の患者さん

に対する仕事だけが当直業務の全てと考える若い世代の医師達が現れてきました。医師法で、医師は診療の依頼を断ってはいけないと決められていても、目の前に患者さんがきている訳ではなし、2.5次などという制度はもともとないのだし、理屈から言えばまさにその通りで、普段自分のかかわっていない不特定多数の患者さんに責任を感じる必要はないわけです。専門の集団としての使命感や心意気で成り立っている医療で、それを「義務だ」、「権利だ」などと自己主張ばかり言い合っていたらすぐにも壊れてしまうのが地域医療の中での大病院の夜間緊急の現実です。しかし地域医療はこれらが正常に機能しているという前提の上に成り立っています。余談ですが、大病院程、クレームをつける患者が多いそうです（昨年私はある大病院の集まりでクレマーという言葉を知りました。本当の話ですが最初なんでクライマー（登山家）の話が出るのか不思議に思いましたが今ではクレマーという言葉はテレビの番組にまで登場しています）昨年ある大病院に、医師会として2次当番参加を要請したところ、病院名を公表しないことが条件と言われました。以後いはら広報から2次当番病院名は消えています。病院名が出ると翌日の来院で間に合う人達が殺到し、しかも待たすと怒るので、本当の救急が出来なくなるからだそうです。これも余談ですが、大病院程、支払いに文句をつける患者が多く、昨年の市原市医療協議会の席上で2次当番に参加して未収金が3500万円になったと（「も増えた」のどちらかは聞き逃しましたが）ある大病院の院長が発言していました。いずれにしろ大変な額の未収金で大病院が夜間診療を嫌がる理由が良く分かります。

中小の病院が2次当番を担当するためには、専門的治療にいざという時応じてくれる後方待機病院が必要ですがこれが心細い状況になってしまっています。最近も私は夜間に発生し救急車で来院された「解離性大動脈瘤」の患者さんの転院先探しに時間がかかり、転送で同乗中の救急車の中でショックになられた経験をしています。地域医療のためにも大病院の医師達が喜びと誇りをもって仕事に取り組める環境の復活を強く願わずにはられません。

ロ) 2次当番を行っている中小の民間病院の問題

日常の業務以外の仕事を行うのに必要な「経済」と「人」の余力が中小病院から急激に失われてきています。昨年の医療法改正で70%以上の病院が赤字であると報道されています（2006年（1772病院による）日本病院会病院経営実態調査より。）市の委託事業として2次病院には運営補助金が出ていますが、近年の医師不足による急激な賃金高騰と他の多くの職種（看護師、レントゲン及び検査技師 薬剤師 医療事務等）への支払いに見合うものではありません。その上昨年の医療法改正は病院の看護師配置7対1基準と看護師の当直72時間ルールという新しい制度を導入することで、中小の病院に経済問題以上の大変な難問を押し付けてきました。

7対1基準というのは昼と夜を平均して看護師1人が7人の入院患者さんを担当するというもので、これまでは10対1が最高で（当院も10対1）その他に13対1 15対1 20対1とがあり20対1は今回廃止されました。病院の入院基本料は医療法で看護配置と在院日数（短い程高い）を基準に決められています。そして今回7対1という新しい基準に破格の入院基本料が設定されましたので、多く

の病院の目標となり、突然4万人の看護師不足が政策的に造り出され、大病院による看護師引抜き合戦が発生しています。病室を空けておいても7対1の方が収入が良いので、病棟を閉鎖してまで無理やり7対1にして、空きベッドだらけでも満床という病院が現れたり、人手のかかる救急やICUをやめてまで病室に看護師を転属させる病院が現れたり医療の本質とは全然別の騒動になっています。大病院に看護師を引き抜かれ、看護師の夜勤は月に72時間を上限とするというルールも加わって、中小の病院ではマンパワー不足が加速し、市原市でも2次当番を辞退したがる病院が増えています。机上の空論と金銭による誘導で制度を造ると本末転倒で予想外のことがおこる典型のような話ですが「若干ぶれ過ぎた感があるので来年にも基準を見直す」というのが厚労省の見解です。

経済的と人的に余力がなくなったことに加えて先に述べたように専門的医療を引き受けてくれる後方待機病院の問題が加わって、転送先探しに困難を感じ「怖くてやってられない」という三重苦に2次当番の中小病院はおちいています。

夜間・休日の医療破綻を解決することは「焦眉の急」と書きましたが、結局は日本の医療が抱える問題にもどってきてしまいます。

厚労省の目指す医療制度

私は再三、経済だけから医療を考える厚労省はおかしいと批判(悪口)を書いてきました。厚労省の医療制度に対する基本姿勢は私達医師ですらあまり知らされていませんので、一般人の目にふれる機会はほとんどなかったと思います。週刊ダイヤモンド4月7日号で(経済専門誌と思っていたのでこれまで読んでいたことがありませんでしたが、かつて当院で胃癌の手術を受けた人が持ってきてくれました)「医療格差」という特集をやっており、宮島大臣官房総括審議官(昨年の医療制度改革を主導してきた人との注釈がついている)という人が一頁にわたって方針を述べています。先に書きましたように私は患者さんと医師(病院)とは運命共同体だと思っていますので(私の思い込みだけ??)今回の夜間・休日の医療の話とは少しはずれますが医療全体に対する厚労省の基本姿勢を、ぜひ多くの患者さんに「原文」で読んでいただきたいと強く思っています。とりあえず私が理解した範囲で出来るだけ正確に要約してみます。

昨年来の医療改革で病院の経営が苦しくなっているのは認識しているとした上で、これは財政からみた医療費の適正化と医療がかかえる問題を解決するための"生みの苦しみ"だと述べています。その抱えている問題とは、①ベッド数が多い②在院日数が長い③病院に医師や看護師が少ないの3点をあげています。解決する方法として、増えすぎて入院が必要のない人まで入院している(と述べている)療養型病床を(介護保険制度導入時に金銭的に良い条件で誘導して、厚労省自身が造らせた病床だと思っていますが)補助金を出して、老健やケア付き住宅に転換させ、その次に増え過ぎた中小の病院を見直し、医師や看護師をある規模以上の病院に集約化させることを目的として7対1看護基準を導入した(直接話法で言えば、医師や看護師の引抜きをやって、中小の病院を潰すということと思う。)と述べています。その根本にある考えは、日本は医療に金がかかりすぎることと医師数は少ないので

はなく配置が悪いのだと言うことですが、対GDPあたりの医療費(参考資料③)でも、医師数(参考資料④)でも、日本はOECD(経済協力開発機構)加盟30カ国中最下位に近いのが現状です。どうしてこの事実がマスコミによって一般の人に知らされていないのか不思議です。"生みの苦しみ"通りになったら現在の医療レベルですら維持できないで(WHOによれば日本の健康寿命達成率は現在は世界一)、病気が診断されてから治療開始までに何ヶ月も待たされるアメリカのような状況になってしまうはず。経済界は(医療保険販売にやっきになっている保険業界を筆頭に)これに混合診療を(公的医療保険のきかない医療)導入し、医療に格差をつけることを考えていますので(宮島氏はさすがにこれには反対している)国民にとってさらにひどい医療制度が実現しそうです。

世界史の授業で、自国内に問題を抱える為政者は、国民の目を外に転じる目的で戦争を引き起こすことが多いと習ったことがあります。外に目を向けさせるという意味では日本の医療制度作りも似たようなもので、医療現場で患者さんと医師の対立構造を作り出し、お互いが相手非難にエネルギーを費やしている際に、どちらにとっても望ましくない医療制度が作り出されています。医師が医療制度に翻弄されて、患者さんに退院を強制し追い詰められた患者さんが医師のあら捜しをするといった構図は望ましいものではありません。他人の仕事や行為は全て気に入らず、すぐミスだと騒ぐ心のねじれた人達からの攻撃は別として、医師が大きな失敗をおかせば糾弾されるのは当然で、もちろんこれを否定するものではありませんが、普通の患者さんと普通の医師は常に同じ目線にいるべきです。運命共同体として、自分達にとって良い医療制度を共同で求めていかなければ日本の医療は良くならないと考えています。

「これからの取り組み」まで書くつもりでしたがここまでで予定のページ数をはるかにオーバーしてしまいました。あまり頁が多いと読んでもらえないと分かっていますので尻切れで申し訳ありませんが続きは次回に書かせていただきます。

参考資料

- ①平成18年度2次当番施設実績、多い順。()内は休日
鎗田病院69(19)五井64(22)帝京63(3)市民43(1)辰巳42(13)長谷川35(11)永野20 市原整形13 労災9 白金7日
- ②538病院5635人の勤務医の調査(日本病院協会)。約6割の医師が月3回以上の当直を行い、そのうちの約9割(88.7%)が32時間の連続勤務(昼間働いて当直をして翌日そのまま働く)をしている。
- ③2004年のデータでは日本の医療費は対GDP比でOECD(経済協力開発機構)加盟30ヶ国中21位でアメリカの半分以下。2006年には、サッチャー元首相以来低医療費政策で有名だったイギリスにも抜かれた。
- ④人口1000人あたりの日本の医師数は2人で、OECD30ヶ国中27位。日本より下位は韓国(1.6)メキシコ(1.5)トルコ(1.4)で、もうじき最下位になる予想とのこと(毎日新聞5月28日)

地域から医療を考える

— 救急医療の危機 —



医師 渡辺一男

自治体病院の医師が不足して、夜間の救急体制が崩壊に瀕し、社会問題になっています。市原地区を囲む山武や茂原の救急車が、房総半島を横断して、この市原へと患者さんを運んで来ます。鎗田院長は、この地域の医師会長なので、職員皆を叱咤激励し、月に6回もの夜間当番医を引き受けています。しかし、周囲がどんどん抜けていくにつれて、頑張っただけ残っているところの負担がその分増え続ける構図では、そろそろ目一杯というところでしょう。そもそも救急や僻地医療こそ、行政が税金を使ってでも担うべきものであり、これら不採算部門を民間病院が引き受けざるを得ないなど、論理が逆転しており、異常事態と言わざるを得ません。

「医療制度」というのは、料金、質、使い勝手（受診し易さ）の3つの要素からなっていて、これらのうち2つは満たせても、全てを満たすことは出来ないというのが世界の常識です。それなのに、日本の制度は「だれでも どこでも 均一で良質な医療を 僅かな負担で受けられる」ことを保証しています。こんな「夢のような制度」を実現するためには、いくつかの虚構（仕掛け）を受け入れる努力が必要だったのです。

まず、「だれでも」と「僅かな負担」については、全ての国民が公的保険に加入して支え合う仕組み、つまり「皆」保険制度にすることでクリアしました。最近でこそ、経済が不調になってきたために、無資格者の増加が問題となってきたり、3割もの自己負担を求められたりはしていますが、少し前には負担が0の時代もあったのです。

次に、「均一な医療」を保証する仕掛けとしては、均一な料金制、つまり診療に関わる薬代や材料費、手術や検査など診療の値段を、全て国が決めることにしました。つまり公定価格にしたのです。しかし、これにはかなりの無理があります。薬や材料はともかく、医師の経験や技量がものをいうはずの手術や診断を得る行為までが、この制度では同じ価格に設定されています。研修医でも専門医でも、医師であれば、誰がやっ

ても同じ価格ということにしたのです。全くこんな馬鹿げた話はありません。でも、医師はこれを甘んじて受け入れてきました。

最後に残った“どこでも”を達成することが最も難問でした。同じ価格に設定したのですから、どこで受ける医療も同じであると、国民に信じられる仕組みでなければいけません。過疎地であろうが、離島であろうが、昼夜を問わずです。さらに、滅多にない病気の対応にも差があってはいけないので、過疎地であっても全診療科の揃った総合病院を建て、スタッフはもちろん、CTやMRI等々の高額医療機器をも備えなければなりません。又、医療機関までのアクセスにも差があっては“どこでも”になりません。救急車や、時にはヘリコプターによる搬送網を準備する必要があったのです。

これらには莫大なお金が必要である上に、効率が悪く採算が合わないことから、民間にお願いする訳にはいきません。だからこそ、県立や町立などの自治体病院（全国で約1000施設あります）がその役割を引き受けて、国からの交付金や一般会計からの繰入れ金（住民税）で必死に支えてきたのです。その額は05年度で7016億円にも達していましたが、実はこれでも足りなかったのです。ずーと以前から、殆どの自治体病院が、赤字だ赤字だと云われ続けてきました。その額を合わせると、05年度には1800億円にもなりました。もちろん、これらは国民総医療費の中には含まれていませんが、日本の医療制度を維持し支えるためにはどうしても必要なお金、つまり「予算」と考えるべきものだったのです。それを、あたかも医療行政の無駄遣いのようにカットしたのが「聖域なき行政改革」であり、「三位一体改革」と称する地方への交付金カットでした。財政難に喘いでいた地方自治体に、医療分野への補助金の削減を許し、なんでもありの「改革」にお墨付きを与えたのです。これでは、無理に無理を重ねて、かろうじて持ちこたえてきた“夢のような医療制度”の仕組みが、ガタガタになるのは当たり前です。

(このような、夢の持てない荒んだ医療現場から、次々に医師が立ち去っていくことについては、前回のハナミズキに書きましたので省略します)

ここに至って、さすがに国も自治体も、医師獲得のための対策をうってはいますが、まさに泥縄で、効果は期待できません。

最近の政府の対応策としては

- * 医師が不足する診療科の診療点数を上げる (しかし、公的病院ですから、診療科によって医師の給与が変わったりはしません)
- * 研修終了後に、一定期間地方の病院に勤務することを義務づける (これでは、地方の医療を軽視しているとしか思えません。いないよりマシだろうとの考えが丸見えです)

地方自治体の対応策としては

- * 地方に残ることを条件に奨学金を出す・・・千葉県などは、一定期間の地方勤務を条件に、私学も含めた医学部の学費を負担するそうです (効果が出るまでには最低8年かかります。税金の無駄使いです)
- * 高給で雇い入れる (青森県では、雇用に失敗した上に、派遣業者に巨額の仲介料をだまし取られた自治体がありました)
- * 当直医のパート料を引き上げる (欠員で浮いた人件費予算を転用したことで相場が急騰し、民間病院に来ていた当直医師が引き抜かれています。これでは民業圧迫です)

どれもこれも、人の心を金で釣ろうとする「餌蒔き政策」です。これでは、利に賢い医師のみが飛びつくだけです。「医は算術」を奨励しているようなもので、国の政策としてはお粗末というほかありません。

今、国は、経済の低迷から抜け出すために、米国型の市場原理を導入して、その建て直しを図ろうとしています。医療制度についても、保険点数の付け替えによる餌蒔きをして、利に賢い医師を釣ることで米国型の医療へと誘導しようとしています。かつて、企業戦士として米国で暮らし、費用全額会社持ちで受けた医療を、米国の国民全てが受けられるものと勘違いした人達によるアメリカ医療礼讃。規制緩和による安い労働力や、民間の医療保険の導入 等々、寄って集って「夢のような医療制度」を壊そうとしています。しか

し、皆保険制度と市場原理が両立しないのは自明の理です。一度覚めたら消えてしまう「夢」にしてしまわないために、国民皆さんの知恵と努力が、今こそ求められています。

私は、国のこのような餌蒔き政策が、あまり効果を上げていないことに、実はホッとしています。まだまだ捨てたものでないと。.

♪ 磐梯山は動かない 姿にも似たその心 苦しいことが起こっても 貫き遂げた強い人・・・野口英世博士のことです。♪ 波路も遠きアフリカに日本の誉れ輝かし 人の命を救くおうと 自分の命捨てた人・・・私達の世代は、子供の頃に母がこの詩を歌うのを聞きました。野口博士の少年時代のことは教科書にも載っていました。こうして育った世代だからこそ夢のような医療制度、皆保険制度を支えてこられたのです。まだまだ あきらめません。



乳腺外来：よくある質問



医師 松田充宏

質問 「乳がんが心配です。どうすれば乳腺外来を受診できますか？」

回答 電話か直接窓口で、乳腺外来を予約してください。

電話は、鎗田病院代表 0436-21-1655です。

初診の方は、月曜日の午前・午後か、金曜日の午後の予約になります。

それらの時間帯に、どうしても無理な方は、ご相談に応じます。

診察の前に、マンモグラフィーを撮り、診察の時に医師が超音波をやります。

結果は、診察時にお話しします。

必要に応じて、患者さんの了解のもと、診察時に、針で細胞や組織を採って

病理検査に提出します。結果は数日から1週間くらいで出ます。

※ 特にしこりの自覚のない30代までの方は、マンモグラフィーを撮らないで、

診察+超音波にまわっていただいています。必要に応じてあとで撮ります。

質問 「乳腺外来の診察や検査は、誰が行っていますか？」

回答 診察：日本乳癌学会認定医

マンモグラフィー撮影・読影：マンモグラフィー検診精度管理委員会の撮影認定技師と読影認定医

乳腺超音波：日本乳癌学会認定医

病理検査：細胞検査士、病理専門医

質問 「鎗田病院で乳がんの治療は受けられますか？」

回答 受けられます。

手術、薬物療法、放射線治療とも、日本乳癌学会や欧米のガイドラインに従って行っております（放射線治療は、帝京大学ちば総合医療センター、または千葉労災病院の放射線科に協力していただいています）。リハビリは、理学療法士が行います。

質問 「治療による仕事・子どもや老親の世話への影響、治療費が心配です」

回答 入院期間や通院の曜日を、患者さんのご要望を伺いながら決めて行きます。

介護が必要なご家族のご相談、治療費の見積もりについても、専門のスタッフが対応しております。ジェネリック薬品についてもご相談に応じます。

質問 「診断・治療や、セカンドオピニオンの目的で、紹介状は書いてもらえますか？」

回答 お気軽にお申し出ください。鎗田病院で乳癌と診断したうちの約1/4の方は、他の病院での治療を希望されています（平成18年4月~平成19年3月では、当院で手術20例、他院紹介 6例）。

針生検や手術の前などに、医師の方から紹介の希望の有無を確認しています。患者さんのお気持ちを、置いてきぼりにすることはありません。

質問 「乳房の再建手術はしていますか？」

回答 当院では行っておりませんが、ご紹介はいたします。

質問 「専用の下着の相談などは、受け付けていますか？」

回答 専門業者の女性コーディネーターと、個室で面談していただいています。

質問 「他の病院で治療を受けていましたが、今後はこちらで受けたいのですが？」

回答 遠慮されずにご相談ください。セカンドオピニオンもお受けします。他の病院でやってきた薬物治療を、そのまま受けたい方もどうぞ。リハビリや緩和医療についてもご相談に応じています。

質問 「乳がんについて勉強したいのですが、お勧めの本はありますか？」

回答 売店に下記の2冊を置いています。参考にされると良いと思います。

日本乳癌学会編「乳がん診療ガイドラインの解説（2006年版）」 金原出版 1,900円＋税

がん患者サービスステーションTODAY! 編集部「体験者が伝える乳がん 安心!生活 BOOK」 VOL-NEXT 2,300円＋税

※売店に置いてはませんが、週刊女性臨時増刊2007年1月10日号「全国女性にいい病院（2007年版）」 主婦と生活社 648円

の乳がん全国病院リストに、鎗田病院も掲載されました。

メタボリックシンドロームとは



医師 三橋京子

みなさん、メタボリックシンドロームという言葉はご存じでしょうか？

テレビや新聞、雑誌などでも多々取り上げられていますので、ご存じの方も多いと思います。

メタボリックシンドロームという言葉はメタボリズムとシンドロームを合わせたもので、『体の代謝が悪い状態』という意味です。

2005年に日本におけるメタボリックシンドロームの診断基準が発表されました。(図を参照してください)

おなかの中に脂肪がたまる内臓脂肪型の肥満に、高脂血症、高血圧、高血糖の二つ以上が重なった状態をいいます。

なぜその状態が問題なのでしょう？

肥満の中でも特におなかの中に脂肪がたまるタイプの肥満の人は臓器障害をおこしやすいことがわかってきました。診断基準の内容を見てみますと、それぞれ脂肪代謝がちょっと悪い、血圧がちょっと高い、血糖がちょっとたかいたいというだけです。

しかし、ひとりの人にこれらの条件が積み重なると、危険因子を持たない人に比べて心筋梗塞を起こす危険が三十倍以上になることがわかりました。

メタボリックシンドロームになると動脈硬化を引き起こす危険性が飛躍的に高まります。動脈硬化になると血管が硬くもろくなり、心筋梗塞、脳血管障害などを招きやすくなるのです。

心筋梗塞、脳血管障害と聞いて、不安になった方はまず、自分のおなかを見てください。そして、「これはちょっと立派かも…」と感じた方は是非健康診断を受けましょう。その結果、高脂血症、高血圧、高血糖のうち二つ以上がみつかったなら、あなたも立派なメタボリックシンドロームです。

晴れてメタボリックシンドロームの一員になったからといって悲観することはありません。

なぜなら、内臓脂肪とは代謝の活発な脂肪組織であり、皮下脂肪と比べて食事療法・運動療法によって「減りやすい」脂肪であると考えられているからです。そして内臓脂肪が減少することで血圧・血糖値・中性脂肪の値が改善するのも事実です。少なくとも、薬物療法ではなくて生活習慣の改善という、自己管理によって病気を予防することが期待できる、とても前向きな状態なのです。

もともと日本人はとても働き者で、穀類、野菜を中心とした食事(悪く言えば質素、よく言えばとても健康的な食事)をしていました。

ところが生活はだんだん便利になり、気がつくとはほとんど体を動かさずに生活できるようになってしまいました。食事三十年前と比べて摂取カロリーは減少しているにもかかわらず、脂肪の摂取量は3倍以上に増えています。

厚生労働省の発表によると、現在メタボリックシンドロームにかかっている日本人は約1300万人、予備軍は1400万人に上るそうです。

つまり日本人4~5人に1人ということになります。

もうひとつではありません。

明日から、いえ、今から早速食事療法と運動療法を始めましょう。

まずは簡単にできそうなことから始めましょう。

おやつをできるだけ買わないようにする・野菜を必ず一品取り入れる・お総菜やお弁当を買うときは揚げ物を避ける・ご飯は少し残す・あるいはお茶碗を少し小さめの物にする、等。

そして、こまめに動きましょう。テレビを見ながら足踏みをする、スクワットでもいいでしょう。寝る前に布団の上でゴロゴロ、バタバタと体操しましょう。

買いだめをしないでこまめに買い物にでかけるのも手です。

一日分の買い物なら軽くて歩くのにもラクチンですし、なんといってもこれから暑い季節、クーラーのきいた涼しいスーパーの中をせっせと歩くのはおすすめです。家事なら窓拭きはいい全身運動になります。

無理せず、簡単にすぐ始められるものを見つけて、続けてください。

気がついたときにはスリムで健康的な素敵なあなたがいるはずですよ。

健康診断で受診を勧められたとき、運動療法や食事療法で不安なとき、体に不調を感じたときはもちろんですが、是非、外来受診をしてください。

早期に発見し、食事および運動指導などにより生活習慣を改善し、疾患の発症を予防できるよう、みなさまのお役にたてるよう、努めたいと思っております。

メタボリックシンドローム診断基準

必須項目

内臓脂肪蓄積

ウエスト周囲径 男性 ≥ 85 cm
女性 ≥ 90 cm

*内臓脂肪面積男女とも 100cm^2 に相当
(CTによる内臓脂肪量測定を推奨)



選択項目

2項目以上

トリグリセリド(中性脂肪) $\geq 150\text{mg/dl}$
かつ/または
HDLコレステロール $< 40\text{mg/dl}$

収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$
かつ/または
拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$

空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$

※高トリグリセリド血症、低HDLコレステロール血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める

藤 見 会

療養病棟 副主任 伊藤 弘美

先日4月14日（土）に、中庭において定例の藤見会を行いました。今回は地球温暖化の影響もあって、気温が高い日が続き、藤の花が予定よりもかなり早く咲いてしまった為、みなさんにお知らせする事もできず急遽行いました。

今年の藤の花は早々に咲いたせいか紫色の花びらが少々淡い感じでした。そんな藤の花を眺めながら「綺麗だね～」と。患者さん達も久しぶりの外の空気に触れ、太陽を浴びて「まぶしいね～」と。ベッドにいる事の多い患者さん達も、いつもと違う表情を見せたり、話をしたりと、とても刺激になりました。

私達看護師や介護士達も、そんな患者さんの顔にホッと安らぎを感じてしまいます。

次回は7月7日に七夕会を予定しています。近々みなさんにお知らせしますので、振って参加して下さい。願い事が叶うかもしれません！楽しみにして置いて下さいね。



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

ホームページ www.yarita-hosp.or.jp
E メール info@yarita-hosp.or.jp

編集後記

いつも、はなみずきをお読み頂き、ありがとうございます。

最近は先生方に原稿を多く依頼していますが、これから他部署の方々にも原稿を依頼していきたいと思っています。

「この部署のこんな話が聞きたい」等ありましたら、皆様の声にお寄せ下さい。

(編集委員)