

病診連携ニュース

# ねっとわーく

Net Work

2017年 秋号 No.58



10月22日に超大型台風21号が列島を縦断して8人もの犠牲者を出す中、第48回衆院選の投票が行われました。結果は、ご存じのように新党および野党の勢いは、“(台)風とともに去りぬ”で、与党・自公民は安定過半数どころか、改憲に必要な310議席をも上まっております。憲法の改憲・違憲などの判断は専門家の判断を仰ぐとして、間違いのない現実、北朝鮮のミサイルが、当然の権利のように北海道の上空を衆院選の直前に2度までも飛んだということです。この武力衝突になりかねない本当に怖い状況で、今後もトランプ大統領とキムジョンウン第一書記との子供のけんかのような罅迫り合いが続き、(武)力での報復合戦へエスカレートすることが大いに懸念されます。

では、最近の医療関係の話題と言うと、数年ぶりにメディアを賑あわせたO-157による集団食中毒と、九州の病院での、カルバペネム耐性腸内細菌(CRE)による集団感染による死亡例です。O-157は食品衛生管理上の問題が主体ですので、医療と言うよりどちらかと言うと保健衛生の問題です。それに対し、CREはあまり聞き慣れない言葉だだと思います。しかし、CREは、実は“悪魔の耐性菌”として、米国疾病対策予防センター(CDC)が発表し、さらに日本ではその以前から警鐘がならされ、2014年にはすでに5類全数報告疾患に指定されております。

このような感染症に対し、人類は今までどのように戦ってきたかと言うと、基本的に環境の整備、特に汚物処理(トイレの普及・下水処理)が、感染症の拡大阻止に大きな効果をもたらすことを体得してきました。そして感染症に科学的なメスが入ったのが、1929年のフレミングによるペニシリンの発見からです。しかし、当時、この世紀の発見が細菌と医学との壮絶な戦いの始まりとは誰も想像しなかったでしょう。

ペニシリン以降、医学は次から次へと新しいそして強力な抗生物質を開発し続け、今回のカルバペネム系の抗生剤は、1987年にイミペネムとして日本で初めて発売されました。このカルバペネム系抗生剤は、既存の抗生剤と比較して殺菌力・静菌力とはとてもなく強力で、もちろん体内の正常な細菌群もお構いなくことごとく抹殺します。ではこれまでこのように強力な抗生剤が次々と開発・発達してきたのに、何故、細菌感染はなくなるのでしょうか。もちろん不衛生な環境下での感染は当たり前として、病気(感染症)を治す機関(病院など)で感染するとは、少し不思議に思われるかもしれません。事実、先の九州での集団感染は、院内感染が強く疑われております。では、なぜ、、、、、、、、、、、

それは、太古からの人類もそうであったように、細菌も生き残りをかけ進化し続けているのです。強力な抗生物質が開発されるたび、細菌達は突然変異によりその薬剤に適合(耐性菌)します。しかし、それらの耐性菌は幸い病原性が弱く、通常は人の免疫で十分に駆除されますし、仮に存在できたとしても周りにいる先人達(以前からいる強い細菌)の影に隠れ、出る杭は打たれると、人知れずひっそりと生き延びているのです。ところが、カルバペネムのような強力な抗生物質が、大鉈を振るって根こそぎほとんどの細菌という細菌を力尽くで一網打尽にすると、“そして誰もいなくなった”状態の体内で、今度は耐性を持っているCREだけが、大手を振って活躍し出すのです。これが俗に言う日和見感染や院内感染のからくりです。このように、抗生物質の開発競争は、新たな細菌(耐性菌)をも常に生み出しているのです。

したがって、本来の感染予防は、抗生剤のない時代がそうであったように、環境の改善・インフラの整備・衛生管理の徹底が重要です。いまだに世界には、トイレのない垂れ流し状態に、10億人いると言われております。そして、なにより抗生剤の乱用を避け、耐性菌を作らないことです。これはある意味、大鉈を振りかざしての安易な力での制圧ではなく、ソフトランディング(対話・環境整備)による対応が、最も効果的な対策ということに他なりません。 どうでしょう。これは誰かに聞かせたい話ですよ。

“トランプさん・キムジョンウンさん、力だけの制圧は何の解決になりませんよ。”

本ねっとわーく編集部では、いつも皆様方の貴重なご意見を募集しております。是非とも、ご感想や取り上げて欲しい事など、何でもお待ちしております。(文責 副院長 五十嵐弘昌)



総合病院 釧路赤十字病院  
地域医療連携室

〒085-8512 釧路市新栄町21番14号  
電話 (0154) 22-7171(代) (内線835)  
FAX (0154) 22-7145 (地域医療連携室専用)  
E-mail : r.hp.renkei@kushiro.jrc.or.jp  
URL : http://www.kushiro.jrc.or.jp





# 早寝・早起き・朝ごはん・そして運動を



第二小児科部長  
鈴木 靖人

こどもが肥満にならないために是非とも行いたい生活習慣です。

小児肥満の70%は成人肥満に移行すると報告されています。1歳前後までの赤ちゃんの時に体格の良い子は心配ないのですが、1歳半以降の幼児肥満では高率に学童期の肥満と関連することがわかっています。学校保健統計「小学1年生の6年後の調査成績」によると小学校1年生で肥満であれば標準体重の子と比べて中学校1年生で男子35倍、女子64倍の比率で肥満となるそうですので、生涯にわたる肥満の対策は、実は幼児期から始まっていることとなります。

ではなぜ肥満だといけないのでしょうか？

肥満における健康障害として高血圧、睡眠時無呼吸症候群、2型糖尿病、肝機能障害、早期動脈硬化、黒色表皮症など身体の問題のみならず、不登校やいじめなど心理社会的な問題を生じることがあります。

「肥満」あるいは「肥満傾向」と健診で指摘されたら、御家庭でまず取り組んで欲しいことがあります。

いつでも、どこでも、好きなものを好きなだけ食べることが出来る環境で生活していることが多いので「好き嫌いをなく、適量を食べ、清涼飲料水を控え、早寝早起き朝ごはんを基本とした生活をする」ように変化させましょう。

そして毎日の運動が大切です。運動が苦手な子であればまずはスクリーン時間（テレビやスマホ、ゲームなど）を1～2時間程度に抑えることから始めましょう。余った時間は身体を動かすようになるので間接的に運動量が増えることがわかっています。

そして学童に多いのですが、絶食をするなど極端なダイエットは生命に危険を及ぼすことがありますし、ほとんどでリバウンドがみられますから止めましょう。

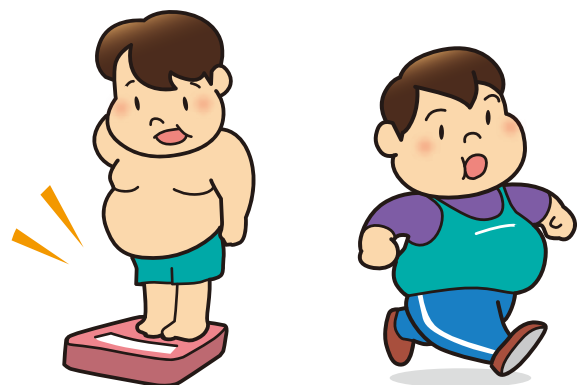
ところで一般的に幼児への指導は「100%保護者の管理下にある～親の提供する食事、環境、しつけによって子どもは太る」ので容易かつ効果的であるとされていますが、果たしてそうでしょうか。また学童期の子どもたちは多感で時に御家族も対応に苦慮されることが多いのではないかと思います。御家族だけ、或いはお子さんの意志だけで肥満に取り組む続けるのはやはり困難なことも多いでしょう。

小児科ではまずは病気のせいで肥満になっていないか、そして肥満のためにからだに異常を起こしていないかを調べます。将来の目標を立て実際の治療方針を決めていきます。通院中のお子さんや御家族が困っていることへの相談にのったり、治療の軌道修正をしたり、時々血液検査などで状態の評価を小児科医が行わせていただきます。

また当院には管理栄養士の方がいますので現在の食事内容を評価し今後の食事について指導を受けることができます。

入院での治療を要するお子さんにはリハビリテーション科が運動についてのアドバイスを行ってくれます。

3歳児健診や学校の内科健診で「肥満」あるいは「肥満傾向」と連絡を受け、対応に困ったことがありましたら一度、当院小児科へ御相談ください。







# 釧路地域包括ケア病棟協議会 研修会を開催 「地域医療コミュニケーション力を高める」 ～一流芸人から学ぶ笑いの五原則～



医療社会事業部・看護部副部長  
釧路地域包括ケア病棟協議会 事務局  
稲荷 弥生

釧路地域での高齢率はH29年30%を超え、人口減少に伴い高齢化率が急激に増加の一途を進んでいます。高齢の方が急性期治療を終えて住み慣れた地域で過ごすためには、リハビリ期間の延長や住み慣れた地域で過ごすための調整の時間が必要不可欠になってきました。平成29年6月、釧路市内で地域包括ケア病棟を併設している病院で、釧路地域包括ケア病棟協議会を設立しました。会長は釧路赤十字病院山口院長、副会長には釧路協立病院 原院長、東北海道病院池田院長、釧路三慈会病院西池院長、幹事長に釧路赤十字病院坂井副院長が就任され、各病院の社会福祉士、看護師、理学療法士、言語聴覚士等の多職種が構成メンバーとなっています。「釧路地域の医療ニーズに応え、患者さんが住み慣れた居住地域で療養生活ができるように支援する」を目的に活動を開始したところです。



Wマコト

この度、初回の研修会として去る8月26日(土)に標記の研修会を開催しました。参加者は60名で、医療職以外の方のご参加もいただき、協議会の発足と活動の主旨についてお伝えしました。研修会は「地域医療コミュニケーション力を高める」を題材に、吉本総合芸術学院NSC出身の「Wマコト」中山真氏・中原誠氏をお迎えしました。

会場へ入場するなり、明るく挨拶される軽快なテンポにドッと笑いが会場に沸き起こり参加者は引き込まれていきました。

講義では、一流芸人の関根勤氏の「自己開示



術」、西川きよし氏の「挨拶」、ダウンタウンの松本氏の「承認術」、ダチョウ倶楽部の上島氏の「念入りな準備」、公私ともに「ご機嫌でいる事」を大切にしている鶴瓶氏のコミュニケーション術を紹介され、実際に参加者同士でそれらを実演してみる事で、必要なスキルを実感できました。人との繋がり大切さやつながるための関係づくりにはこれらのスキルと「振り返る自分力」として「客観視力」を養っていくことが大切であることを講義から学ぶことができました。医療現場は笑いだけではなく悲しみや苦しみなど病気になったことで失うものへの感情もありますが、医療従事者が「笑い」から元気になり釧路地域包括ケアを支えていく連携の力になると良いなと感じた研修でした。

今後とも釧路地域包括ケア病棟協議会の活動へご理解とご協力をよろしくお願いいたします。



# 田中医院 田中 文章 先生(理事長)



## 【プロフィール】

血液型：A型                      星 座：しし座  
趣 味：職員との会食          苦 手：血を見ること  
座右の銘：人事を尽くして天命を待つ  
専 門：0才～102才まで

### 先生からの一言：“患者を紹介できるということ”

患者を紹介するのは、抵抗があります。それは、自分への評価であったり、相手先病院の問題であったり。特に自分への評価を思うと。。。それは、知らない相手に患者を送る事への抵抗感です。それを解決する唯一の方法は、顔の見える医療です。送り先の病院が、自分のよく知る病院・医師であることは、患者を紹介しやすくします。ですから、自分の出身病院は紹介しやすい。しかし、私は落下傘なので、周りに頼れる病院がなかった。だから余計に顔の見える医療へのこだわりがあります。

今回、ご登場頂くのは道東地域医療の雄、しかし現代の赤鬚先生と言うにはほど遠いその端正な面立ちは、北の空にきらめく星のようにすがすがしい、厚岸の田中医院 院長 田中文章先生です。これまで本誌発行に際し、絶えず名前があがったにもかかわらず、いかんせんその距離により取材が出来ないでいましたが、今号で満を持してご登場頂けます。今回の取材を通し、その風貌そのものの先生の類い稀な患者への優しさとは裏腹に、この厳しい医療情勢の流れに飲み込まれない先見の妙、逆風をもとせず追い風へと転換するその手腕は特筆ものです。しかし、そこには患者さんへのあつき思いはもちろんのこと、北海道の赤鬚こと恩師・道下俊一先生との深い師弟関係が垣間見られます。

## 序章：イノベーション

今日の先生のルーツは、学生時代、夏休みのつもりで行った沖縄県立中部病院にあります。同院では、医師不足を解消するため1967年ハワイ大学と提携し、同大学の医療研修システムを導入しました。それは、研修医が2年間で全科をローテーションするシステムで、現在の前期ローテーションシステムに類似します（若干、ニュアンスが異なりますが）。そこで先生が一番驚いたのは、全職員が朝7時から病院が用意したピザや菓子パンをかじりながら、カンファレンスをしている姿です。同院は、総合病院ではあるものの、その主体は救急ですから、医師・職員はチーム体勢で24時間慌ただしく勤務しております。そんななか、朝7時からパンをくわえながらディスカッションする姿はあまりにも新鮮でした。通常、日本では一日の仕事を終えてから、じっくり討論するのが習慣です。その方が時間に制約がないので、心ゆくまでじっくり討論できますが、その反面ときにはだだ感・疲労感は否めません。一方、同病院では、朝、その日の仕事が始まる前にミーティングを終わらせますので、我々から見ると少し慌ただしく思えますが、決められた時間内に必要な討論する能力を養うことにより、時間の有効利用へとつながり、な

よりチーム（病院スタッフ）の皆が状況を共有でき、共通認識で働けます。すなわちこれぞチーム医療です。これは忙しい病院になればなるほど重要なことで、そして、ここで田中先生の脳裏に、チーム医療の重要性が焼き付かれたようです。これは、後々の先生の医療構想の判断のスピード感・論理的な思考・医療体制（病院経営）の構築にかなり影響しているようです。

## 波乱の幕開け：在宅医療への目覚め

先生は、他の多くの医師がそうであったように、大学を卒業後（平成2年）、一旦は大学の講座（神経内科）に所属し、その2年後、常滑市民病院（愛知）で勤務されております。しかし、ここからが他の医師とは異なります。それは、常滑市民病院に勤務したのも東の間、父上が肺癌との告知をうけ、余命幾ばくとのこと、急遽、地元の厚岸に戻らなくてはなりません。そこで、平成5年に帰郷後、父の医院で内科の開業医となり、通常の診療をこなすかたわら、父上の化学療法を自宅で行っておりました。父上は闘病の甲斐なくその半年後に亡くなられてしまいましたが、これが先生の在宅医療の重要性を知るルーツ・礎だったのでした。しかし当時を振り返り、先生は父上の世界を機に、大学へ戻ろうかとも考えたのですが、あの伝説の浜中診療所所長・道下俊一先生から全面的なバックアップを約束（説得）され、地域医療のため、そのまま継続して医院を営むこととなりました。

そして、先生はここで大きな決断をされます。

それは、開業当時は父上の医院をそのまま引き継いだため、19床のベッドを保有する有床の内科医院でした（父は産婦人科）。しかし、たった一人の医師が19人もの入院を抱え、365日、24時間体制で患者を管理することは、現実的にも不可能なことです。しかし、当時はベッドを持たない医院は医院ではないイメージ（少なくとも先生の中では）があり、現実と理想との狭間で悩む日々が続きます。そして、苦渋の決断でしたが、外来のみの診療へと切り替えます。もちろんこ



のときも道下先生と相談し、「この件に関しては、実は道下先生は反対でした。しかし、最終的には、**患者に寄り添う医療を忘れないで欲しい**と言って、賛成してくれました。。。」。このように道下先生の後ろ盾で、この苦渋の決断がなされたのですが、ところがそれまで医院の外来と入院患者の両方に手間取っていた分、入院がなくなったおかげで、医院を離れる事が可能となったのです。「よく考えてみると、自分が有床医院のままであれば、実際管理できる患者は最大19人です。しかし私の実際の患者は、その何百倍もあり、その大半は自宅で療養されております。自宅で苦しんでおられるのです。ベッドを捨てたことにより、これまでの濃厚な医療は困難となりましたが、これらは2次病院にお願いし、その反面、より幅広い患者に対し、在宅医療という形で医療を提供できるようになりました。それこそ道下先生が私へ残した言葉、“患者さんに寄り添う医療”を実践できたように思います。」。ここで、思わぬ方向で父上の治療で経験した在宅医療と言う新たな門戸を開くことができたのでした。

### 一難去ってまた一難： 開業医に立ちはだかる壁(レセプト)

外来診療に特化する決断が先生の医院経営へ変革をもたらしましたが、先生の困難はまだ続きます。それはどの開業医にも立ちはだかる、診療報酬差し戻しの洗礼でした。「開業医と言っても大学を卒業して4年目の医師でしたので、何のためらいもなく大学病院のように診療報酬を請求しております。ところが、それがことごとく差し戻しとなったのです（今、思えば当たり前ですが）。このときは本当に途方にくれてしまい、やはり大学へ戻ろうかと弱気になる日々でした。」と。しかし、ここでもこの窮地を救ってくださったのは道下先生でした。「道下先生は、そんな窮地に追いやられ衰弱しかけた私に、国保のレセプト担当官に直接私を紹介して下さり、なんとその担当官からレセプト請求のノウハウをご指導頂く機会をもうけて頂いただけでなく、その後、半年間にわたり同レセプト担当官からご指導頂き、診療報酬に関するトラブルから脱却する術をすべて習得することが出来ました。もちろんその請求方法は、今でもなお医学的な観点から納得できませんが、医院を経営するためには、どうしてもクリアしなくてはならないことでした。」。ここでやっと開業医としてやっていける金銭的にも労力的にも基礎が確立したのでした。

### 躍進への転帰： 在宅医療から地域包括ケアへ

経営が落ち着き、在宅医療が安定し、いざこれからと言う矢先、その在宅医療を志すにつけ大きな問題に気づかれました。それは先生がお伺いする患者さんは、そのほとんどが独居老人だと言うことです。「私がお伺いできる時間はたかだか数分でしかありません。ですから、この方達は、それ以外の時間はテレビの前に座り、つけっぱなしのテレビを見るわけでもなく、一人でただただ1日中、そこに座っているのです。もちろん、当時ヘルパーなるものがありました。これは現在のヘルパーとは隔世の感があり、ただ訪問しているだけと言っても過言ではありませんでした。言い換えれば、お風呂に入る世話をするわけでもなく、それどころか下の世話をするわけでもなく垂れ流し状態で、ただ持ってきたおにぎりを目の前において帰ってしまうだけのようなものでした。」。このように、患者さんが目の前のおにぎりを食べることなく、ただじっと見ている姿が、先生の脳裏に焼き付きます。先生は、在宅で患者さんに寄り添おうとすればするほどこのような悲惨な現実と直面し、頭を悩ませておりましたが、どうす

ることも出来ないジレンマを抱えながらときを過ごしました。

そんなとき、大きな転帰が訪れます。それは平成12年より介護保険がスタートしたことです。「一つの理想の医療と思っていた在宅医療での限界を感じていた私に一筋の光明が見えました。それは、平成12年からスタートした介護保険制度でした。結論から言うと、この制度のおかげでディケアサービスが可能となり、在宅医療だけではその生活の実情に苦慮していた方々を、直接、お迎えに行き、お風呂に入れ、食事をして頂く事が可能となったのです。」それは、まさに先生がこれまでの医療と現実の狭間で解決策を見いだすことが出来なかった事への一つの回答でした。さらにまた、認知症患者や重度の脳梗塞患者などは、家での介護にはどうしても限界があります。そこで、グループホームも併設し、それらの患者は、施設での介護も可能となりました。

事実、本制度により始まったディケア・ディサービスを通じ、独居の老人にこれまで以上に関わる事が可能となり、限りなく先生の理想とする医療、患者に寄り添う医療へ近づくことができるようになり、そしてここから先生の誰もが目を見張る躍進が始まります。

### 人事を尽くして天命を待つ： 最後の試練・最後の英断 (より理想の医療をめざして)

「私の医療への信念としては、老人医療は、治療は終了してもその後の介護を通じてリハビリは一生必要だと考えております。例えば、脳梗塞になったとします。その後、治療はいつか終了しますが、長くつらいリハビリが必要となります。それはある意味、人としての尊厳を保つための必要最低限の医療と言えます。しかし、そのリハビリに、通常、終わりはありません。と言うより、リハビリは、その人の人として最低限の機能を維持するために、一生継続しなくてはならないと考えております。ましてや私は神経内科に身を置いた者ですから、リハビリの意義は、十分過ぎるくらい理解しております。」。

そこで、リハビリ施設・治療の充実を検討し、土地や資金、スタッフ等を集い、それではいざスタートしようとしたやさき、ここでもまたひとつの転帰が訪れます。それは、平成18年2月の保険の改正で、長期リハビリは介護保険の適応となってしまったことです。まさに、リハビリで認知や脳梗塞で苦しむ方の手助けをと考え準備してきたさなか、長期のリハビリが医療行為からはずされてしまったのです。「それはハシゴを登る途中、まさにハシゴをはずされたようなものです。事実、プロジェクトはもう進んでおりましたので、どうしようともまたまた途方にくれてしまいました。そこで、現事務長と施行錯誤の上、ある結論に達しました。それは、リハビリは絶対に必要である。しかし、医療保険は使えない。それならディケアでリハビリを施行しよう、、、、」。

その結論は、リハビリに特化したディケアサービスです。この試みはもちろん例となる模範が少なく、もちろん当時は先生の施設が道東では唯一の施設でした。しかし、先生はリスクを覚悟の上で、信念をもち、この施設をオープンさせたのでした。「こんな試みが成功するかどうか、その当時は清水の舞台から飛び降りる気持ちでしたが、現在は釧路市内の病院でも同様の施設が登場し、私の判断は誤っていないと自負しております。」。その通りです。その結果は、誰が見ても一目瞭然ではないでしょうか。そして、ついにここに来て、地方で、先生の潜在意識にあったチーム医療を具現化したのです。すなわち、医師、介護士、理学療法士、薬剤師、保健師と、医療に携わるすべての方と連携したチーム医療を構築したのでした。ついに地域包括ケアの完成を見たのです。（筆者から：ちなみにその急性期病院を担当しているのは、我々、釧路赤十字病院とっております。田中先生これからもよろしくお祈いします。）



## おわりに：認知症は、医療と介護の架け橋

「認知症は、医療だけで終われません。それに続く一生涯の介護があってその治療は完結します。私は、もともと神経内科の講座におりましたので、認知症の治療の難しさは痛感しておりました。しかし、認知症の治療で最も大事なものは、その後の介護です。もちろんその程度にはいろいろありますが、私は、このような方々の医療から介護への移行をお手伝いできることを心より願っております。それがまさに患者に寄り添う医療だと信じております。それこそが、恩師・道下先生への恩返しと自負しております。

認知症は、医療だけでなく、その後の介護とリンクして完結します。すなわち、認知症は医療と介護の架け橋なのです。」

如何でしょうか。田中先生は、自分の理想とする医療を常にめざし、ややもすると厚生省の締め付けにアップアップしてしまいがちな医療行政と真摯に立ち向かい、逃げることなく素早い判断とその発想で切り抜け、それどころか、その都度、先生の理想とする、恩師・道下先生の教え、人に寄り添う医療を極めんと、日々、邁進されております。

この原稿を書いていると、道下先生が出演したNHKのプロジェクトXの主題歌で、中島みゆきの♪地上の星♪が、なぜか私の脳裏にコダマします。

♪風の中のすばる 砂の中の銀河  
 みんな何処へ行った 見送られることもなく  
 ♪草原のペガサス 街角のヴィーナス  
 みんな何処へ行った 見送られることもなく  
 ♪地上にある星を誰も覚えていない  
 ひとは空ばかり見ている  
 ♪つばめよ 高い空から 教えてよ 地上の星を  
 ♪つばめよ 地上の星は 今何処に あるのだろう、、、

それは間違いなく厚岸にありました。  
 (文責・取材 副院長 五十嵐 弘昌)



恩師・道下先生を囲んで

道下 俊一 先生 (1926～2014年)：樺太出身  
 1950年に医師となった後、1953年より釧路赤十字病院浜中診療所へ赴任。以後47年わたり、地域医療に身を捧げた伝説の医師。その半生は、NHKの人気番組、プロジェクトXで報じられる程の功績を残している。また、ルパン三世の作者、モンキーパンチ氏を高校時代病院で雇い、漫画家になるため、パンチ氏を上京させたことは有名な逸話。

<p><b>田中医院</b>                  〒088-1151 北海道厚岸郡厚岸町真栄1丁目82番地                  TEL:0153-52-7155 FAX:0153-52-7156                  cl_tanaka-5212@epost.plala.or.jp</p>	<p><b>グループホームすずらんいらっく</b>                  〒088-1126 北海道厚岸郡厚岸町門静1丁目69番地                  TEL:0153-53-2900 FAX:0153-53-3400                  携帯030-2699-2900                  gh_150901-s11709134@silver.plala.or.jp</p>
<p><b>デイケアセンターさくら                  訪問リハビリさくら</b>                  〒088-1151 北海道厚岸郡厚岸町真栄1丁目82番地                  TEL:0153-52-7155 FAX:0153-52-7156                  dc_sakura-180418@cpost.plala.or.jp</p>	<p><b>グループホームらべんだあなでしこ</b>                  〒088-1126 北海道厚岸郡厚岸町門静1丁目76番地                  TEL:0153-53-2000 FAX:0153-53-3400                  携帯080-6084-9548                  gh_150901-s11709134@silver.plala.or.jp</p>
<p><b>デイサービスセンターあやめ</b>                  〒088-1151 北海道厚岸郡厚岸町真栄1丁目181番地                  TEL:0153-53-3839 FAX:0153-53-3900                  ds_ayame-12101@sky.plala.or.jp</p>	<p><b>認知症専門通所介護すずらんいらっく</b>                  〒088-1126 北海道厚岸郡厚岸町門静1丁目69番地                  携帯090-8895-3800                  dm_ds_suzu_rak-201026@email.plala.or.jp</p>
<p><b>厚岸居宅介護支援センターあやめ</b>                  〒088-1151 北海道厚岸郡厚岸町真栄1丁目82番地                  TEL/FAX:0153-52-7172                  携帯090-3393-4640(A)/090-5077-5211(B)                  kyotaku_ayame-1331@epost.plala.or.jp</p>	<p><b>認知症専門通所介護らべんだあなでしこ</b>                  〒088-1126 北海道厚岸郡厚岸町門静1丁目76番地                  携帯090-8895-3800</p>
	<p><b>ヘルパーステーションすみれ</b>                  〒088-1151 北海道厚岸郡厚岸町真栄1丁目82番地B館3F                  TEL:0153-52-7017 FAX:0153-52-7070                  hps_sumire-230801@email.plala.or.jp</p>



デイサービスセンター あやめ



グループホーム すずらんいらっく



グループホーム らべんだあなでしこ



### 〈診療時間〉

	月	火	水	木	金	土
午前 9:00～11:30	○	○	○	○	○	○
午後 1:30～4:00	○	○	○	○	○	△

医療法人社団 田中医院  
 〒088-1123 厚岸町真栄1丁目82番地  
 TEL 0153-52-7155





# 肥満解消における“運動”以外の “運動の様な”方法とは・・・？

リハビリテーション科部 理学療法係長／鈴木 晃太 with 釧路赤十字病院糖尿病研究会

「糖尿病は肥満の人が患いやすい」というイメージが世間一般にあるかと思いますが、内臓脂肪等蓄積過多状態によってインスリンが効きにくい身体となり高血糖状態となってしまう・・・という事を踏まえると間違っていないイメージかと思えます。

糖尿病発病リスクを高める“肥満”を是正するため、栄養食事摂取の方法を変えたり、好きでもない“運動”を頑張ってみたり・・・と、大変な努力をしている方も大勢いらっしゃると思いますが、今回は“特別な運動をせずとも肥満解消に繋がる！”かもしれない方法の1つを紹介させていただきます。その方法とは“運動をする”のではなく、「理想的な姿勢保持」を常日ごろ行うことです。

「理想的な立位姿勢」の対比として理想的ではない姿勢を「猫背」とした時（図1）、以下の様な比較ができます。

（図1）



## ①筋活動の変化

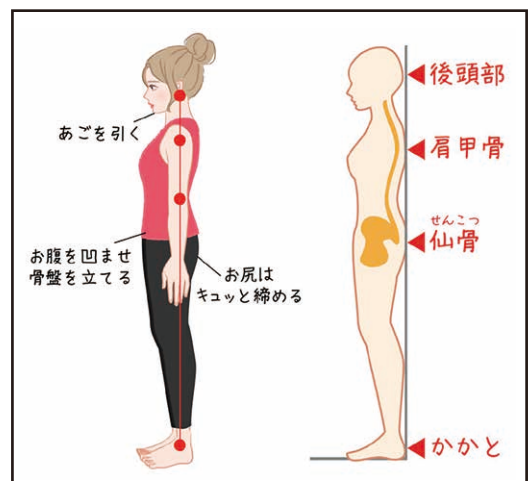
猫背の様な姿勢を呈すると、首の前の筋肉・肩甲骨周りの筋肉・腹筋・お尻の筋肉などの力が抜けた状態となります。逆に理想的な直立姿勢では、それらの筋肉に力がしっかり入りやすい状態となります。力が入らない、入れる必要がないと判断されれば筋肉は直ぐに委縮し始め、委縮した筋に置き換わるように脂肪が蓄積されていきます。

## ②呼吸様式の変化

猫背で深呼吸しても、みぞおちの高さの肋骨が広がりにくくなるため、横隔膜をしっかり収縮させた腹式呼吸が出来にくくなります。理想的な直立姿勢ではしっかりとした腹式呼吸が可能です。

①・②どちらも姿勢変化における筋活動変化を表しておりますが、人間の1日の基礎代謝量の中で筋活動によるカロリー消費は全体の約20%程度（成人女性約1200kcalのうち約240kcal程度）となっています。上記姿勢が変化することで、筋活動が占めるカロリー消費量も減ってしまう事が予想されます。よって、カロリー消費量を増やす運動以外の1つとして「理想的な姿勢保持」を習慣化することは、肥満解消の方法の一助と成り得るのでは、と考えます。更に「理想的な姿勢保持」を行い続けながら歩いたり、運転したり、仕事をしたりすることが継続されれば、不良姿勢が原因の一つとして考えられる「頭痛」「肩こり」「腰痛症」「変形性膝関節症」などを予防・緩和させたりする一助にも成り得ます。

他にも“胸を張った”理想的な姿勢は、ストレスホルモンの分泌をも低下させることが研究で証明されておりますので、“前向き”に肥満や痛みを解消したい時に試していただければ幸いです。



理想的な姿勢

# 第19回日赤市民健康講座を開催しました。テーマ「胃がん」



藪谷医師

平成29年7月7日(金)13時00分より当院4階講堂にて、藪谷消化器内科部長よる「胃がん」をテーマとした市民講座を開催しました。当日は多くの市民の方が参加し、約1時間の講演となりました。

始めに胃がんとはどのような病気？から説明をしました。胃がんは胃の内側の粘膜に発生し、胃壁の外側に向かって進行していく病気であり、高齢になるほど増加の傾向にあります。臓器別がんの罹患率では第1位であり、その割合は女性1に対し男性2の割合で男性に多く、毎年5万人の方が胃がんで亡くなっています。原因としては塩分過多・野菜不足・喫煙・ヘリコバクターピロリ菌・などが主なものです。飲酒に関しては胃癌との関連は弱いといわれますが、肝臓・大腸・食道がんなどでは強い関連が多くみられます。胃癌との因果関係がもっとも強いピロリ菌については1980年代に発見され、高齢者ほどおおく感染しています。井戸水などの生活用水が影響していると考えられます。慢性胃炎から胃潰瘍、さらには胃癌まで関与しています。ピロリ菌のある人と無い人を比較した10年間の胃がん発生率追跡調査では、ある人では2.9%・無い人では0%でした。ピロリ菌の除菌により胃がんの発生率が1/3になりますので、除菌は若いうちに早めが良く、現在では中学生のうちに除菌しようとする動きも出てきています。

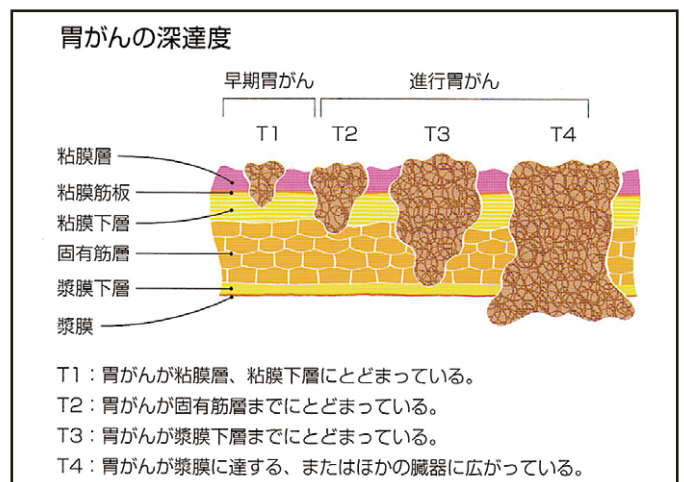
診断の流れとしては、健診での異常（バリウム・ABC検査・貧血）、自覚症状（胃痛・腹満感）があれば、胃カメラを行います。その際に異常な粘膜を認めたら組織検査を出して病理診断を行います。胃がんである事が確定したらCT・エコー検査などで周囲への広がりや転移の有無につ

いて調べます。ステージについては腫瘍の深さとリンパ節転移の数でⅠ～Ⅳ期に分かれており、手術・抗がん剤治療・放射線治療・緩和手術・対症療法などステージ別の治療法があり、それぞれについて説明がありました。

また、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）については動画で説明があり、内視鏡で取れない場合は手術（がんの部位により部分切除～全切除）になります。抗がん剤治療は、手術後の補助、手術困難な治療、再発時の治療が対象になります。副作用として貧血・吐き気・嘔吐・食欲不振・脱毛等の症状が現れることがありますが、昔にくらべて今では副作用を抑える薬も数多く用いられる様になりました。緩和医療に関しては最近では診断当初から癌治療と平行して行います。身体的、心理的苦痛、経済的負担などいろんな問題点をチームで解決していくようにしています。

すべての癌はなによりも早期発見が重要です。胃癌のステージ別の5年生存率は、Ⅰ-97.3%・Ⅱ-65%・Ⅲ-47%・Ⅳ-7%となっています。胃癌は胃カメラで早期発見が可能であり、またピロリ除菌により予防効果も認められていますので積極的に健診を受けてくださいと説明がありました。

参加者からのアンケートでは「胃がんの恐ろしさが分かった。」、「ピロリ菌のお話を初めて聞いたので良かった。」、「胃がんについて勉強になりました。」、「早期発見の大切さをより強く感じました。」、「胃の検診の大切さを再確認。ABC検査も考えようと思います。」などのご感想を頂きました。



(地域医療連携課)