

健康づくりのヒントに



埼玉県医師会のご協力による

「知って」「学んで」「役に立つ」

内容が盛りだくさん！

健康に役立つ！

医師会コラム集

—— 健康保険委員だより ——



全国健康保険協会 埼玉支部

協会けんぽ

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

ご挨拶



全国健康保険協会埼玉支部

支部長 柴田潤一郎

日頃より、皆様には、全国健康保険協会埼玉支部の事業運営に多大なるご協力を賜りまして誠にありがとうございます。また、定期的にお送りしております“健康保険委員だより”も2012年に創刊いたしまして、2021年夏に節目の50号を迎えることができました。関係する皆様に心から感謝申し上げます。

この間、埼玉支部は、埼玉県医師会等とも連携させていただき、オール埼玉で県民の健康づくりを進めてまいりました。“健康保険委員だより”でも、埼玉県医師会にご協力をいただきながら、数多くの先生から医療関係者ならではの視点で健康情報をコラムとして寄稿いただきました。その内容は、県民の皆様が健康に暮らすために参考としていただける情報が満載です。これまでの投稿を冊子に纏めることにより、未永く皆様にご活用いただければという思いを込めて、今般“健康に役立つ医師会コラム集”として再編集し、発刊することといたしました。皆様のお手元に置いていただき、健康な暮らしの一助となることを願っております。

皆様の益々のご健勝、ご活躍並びに県民の皆様のご健康を祈念いたしまして、私の挨拶とさせていただきます。今後とも全国健康保険協会埼玉支部を宜しくお願いいたします。



埼玉県医師会

会長 金井忠男

埼玉県医師会は、協会けんぽ季刊号の“健康保険委員だより”に2016年冬より健康や疾病に関する情報を23回にわたり届けてまいりました。この度、これを纏め“健康に役立つ医師会コラム集”として発刊される事となりました。

新型コロナウイルス感染症のまん延があった事から、23回の記事に加え埼玉県医師会が行ってきたコロナ対策にかかわる5項目を追加いたしました。

協会けんぽ埼玉支部は全国で最も活躍している支部の一つであり、糖尿病重症化予防に代表されるように、健康維持増進にも力を入れておられます。これは医師会と共通した思いであり、協力し合い連携をはかりながら進めてまいりました。超高齢社会における今後の取り組みについて、増加する生活習慣病や多様化する社会におけるメンタルヘルスなどについて、今後とも埼玉県医師会は協会けんぽとともに連携をし、啓発活動を行うとともに、情報を発信し、埼玉県の皆様のお役に立っていきたいと考えております。

今後とも引き続き、情報提供をしてまいります。皆様方の健康でのご活躍にお役に立つことを願っております。

目次

過去6年分のコラムを掲載しているため、コラム内で使用されている数値や状況等が現在とは異なる場合があります。
また、執筆者の肩書きは掲載当時のものとなります。

埼玉県医師会における

1 新型コロナウイルス感染症対策

・混乱と不安の第1派におけるPCRセンターと相談センター設立の経緯	丸木雄一	3
・埼玉県の診療・検査医療機関について	小室保尚	4
・宿泊療養と自宅療養	桃木茂	5
・コロナワクチン接種、中和抗体療法、そして酸素ステーションについて	廣澤信作	6
・新型コロナ感染症による後遺症（Long-COVID）対策	丸木雄一	7

2 身近な病気を知る

・コロナワクチンについて	松山眞記子	8
・花粉症について	宮坂良介	9
・スギ花粉症の治療	登坂薫	10
・インフルエンザの歴史	神田誠	11
・こどもの予防接種について	鹿嶋広久	12
・ロコモティブシンドローム（通称：ロコモ）	小室保尚	13
・糖尿病性腎症重症化予防の話	寺師良樹	14
・メタボリックシンドロームからの脱出	中村靖史	15
・心不全パンデミック？	飯島竜之	16
・ご存知ですか？睡眠時無呼吸症候群	桃木茂	17-18
・ピロリ菌をご存知ですか	水谷元雄	19
・血管内皮機能とアンチエイジング	徳竹英一	20
・認知症と骨折どっちが先？	松本眞彦	21-22
・“晴耕雨読”は認知症の危険因子？	丸木雄一	23

3 健康な生活のために

・健康な生活	金井忠男	24
・健康診断の意義と活用について	松山眞記子	25
・医師会の社会貢献	篠田伸正	26
・予防医療の大切さ	新藤健	27-28
・埼玉県総合医局機構について	利根川洋二	29
・少子高齢社会における母子保健事業について	長又則之	30
・地域包括ケアシステムと埼玉県医師会の取り組み	廣澤信作	31-32
・埼玉県の地域医療構想について	湯澤俊	33-34
・耳鼻咽喉科休日救急診療の実施	小室万里	35

混乱と不安の第1派におけるPCRセンターと相談センター設立の経緯

埼玉県医師会常任理事 丸木雄一

2020年2月3日ダイヤモンドプリンセスが接岸、まだ新型コロナは対岸の火事でした。しかし、感染は確実に、急速に市中に広まりました。埼玉県医師会、埼玉県において、2月20日より新型コロナ感染症対策会議を毎週開催、日本医師会は2月29日より、テレビ会議を毎週金曜日に開催。しかしながら、感染は一向に収まらず、イタリアでは年齢による人工呼吸器のトリアージが行われたり、3月30日に志村けんさんがお亡くなりになり国民には大変な恐怖となりました。埼玉県は4月2日と7日に「新型コロナ感染症患者の大幅増に備えた病床確保に関する緊急対策会議」を開催。この頃が埼玉県での医療需要のピークで、医療従事者の不安のピークであったように思えました。この会議では感染症指定病院の先生方から

「マンパワーも防護具もないため、補助金は返すから感染症指定病院を返納したい」

「我々の討ち死には覚悟しているが、近隣の病院が発熱患者すら診ないのは許せない」
県が保健所の負担軽減策を提示すると「保健所だけが抜け駆けをするのは許せない、我々だって大変な思いをしているんだ」（県立病院院長）

「入院患者を診ながら、帰国者・接触者外来まで行うのは無理だ」（国立病院院長）

「防護具もなく、竹槍で戦っている足軽だ」（大学病院院長）

などと意見というより怒号が飛び交い、現場の混乱・疲弊を痛感し、医師会として何かお手伝いはできないかと心の底から感じました。日本医師会は地域の医師会員に出来ることとして、PCRセンターと相談センター設立を提案していました。しかしながら、当然の事として、かかりつけ医の先生方も自身のコロナ感染に腰が引かれていると思われ、PCRセンターの開設はかなり難しいと感じました。4月30日と5月14日にセンター開設のお願いを行ったところ、すべての郡市医師会にご快諾を頂き、PCRセンターの全医師会での稼働が始まりました。その後県内のPCR検査の半数以上を医師会PCRセンターが担いました。その結果、埼玉県のPCR検査数は東京都、大阪府、神奈川県に次いで4番目となりました。その後も第5波に至るまで、多くの地域の医師会員にコロナ感染症に対して多大なご協力を頂きました。私は改めて医師会の先生方の崇高な意識と強い使命感を感じ、この姿勢をもって今後のコロナ医療に立ち向かっていけると確信いたしました。

令和3年11月執筆

埼玉県の診療・検査医療機関について

埼玉県医師会常任理事 小室保尚

① 新型コロナウイルス感染症対策

② 身近な病気を知る

③ 健康な生活のために

令和元年末に発生した新型コロナウイルス感染症は、令和2年になってパンデミックとなり日本全国に蔓延しました。その第1波、第2波の時は、自治体に設置された受診・発熱相談センターに発熱者の電話が殺到し、PCR検査が受けられる医療機関が限られていたことから、いわゆる検査難民が多発して問題となりました。その後、唾液によるPCR検査が可能となり、検査ができる医療機関が徐々に増えました。第2波が落ち着きを見せた令和2年夏、冬場のインフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時流行が懸念される事から、埼玉県医師会では、発熱患者さんを診療する全ての医療機関に、今冬も診療してほしいとお願いをしました。その後国から、発熱等の症状がある患者さんが身近な医療機関を受診して円滑に検査が受けられるよう、「診療・検査医療機関」の整備が全国的に求められました。

診療・検査医療機関とは発熱患者さんと一般患者さんの動線を空間的あるいは時間的に完全に分離して患者さんの安全を確保し、医療提供側も十分な感染防護対策を行って、発熱患者さんの診察・検査を行う都道府県知事が指定した医療機関です。発熱外来とも呼ばれています。

多くの都道府県では、診療・検査医療機関への風評被害や検査希望者の集中を危惧して、医療機関名は非公表の扱いでした。しかし、埼玉県医師会では当初から、患者さんがかかりつけ医あるいは公共交通機関を利用しなくても自宅の近くで検査が受けられることを最優先に考えました。丁寧な説明を行い医療機関名を「公表」することを前提に診療・検査医療機関の募集を行いました。目標とした1200医療機関を達成し、令和2年10月下旬から診療・検査医療機関が稼働しました。現在、1357医療機関が指定されていて全て埼玉県のホームページに公表されています。尚、他に全ての診療・検査医療機関を公表している県は高知県のみです。

第5波のピーク期には埼玉県内で1日1万件ほどのPCR検査が行われましたが、そのうち80%あまりが、身近な診療・検査医療機関で行われています。ピーク時の8月16日における陽性率は約19%、近隣都県の陽性率が22~37%なのに対してかなり低い値となっています。コロナの発生率に大きな差が無いとすれば、他県に比べて検査が十分に行われている事を表しています。コロナ陽性者が1日2000名を超えることもあった第5波のピーク時でも、受診・発熱相談センターの電話がパンクすることは無く、余裕をもって相談に対応できたようです。一方残念なことに、毎日増え続ける感染者数に対して宿泊・自宅療養者が急増し、埼玉県が設置する宿泊・自宅療養者支援センターならびに保健所の健康観察業務が逼迫してしまいました。今後、宿泊・自宅療養者の健康観察業務の一部をこの診療・検査医療機関にも担っていただくよう整備がすすめられています。また、今後、第6波、第7波に備えて、埼玉県の診療・検査医療機関は機能し続けます。

令和3年11月執筆

宿泊療養と自宅療養

埼玉県医師会常任理事 桃木 茂

新型コロナウイルス感染症（COVID-19感染症）は感染症法上、ポリオ、ジフテリア、SARS、結核等と同様に、2類感染症に分類され、基本的に入院治療が原則になります。しかしながら、感染症指定病床には限りがあり、すべての患者さんが入院治療を受けられるわけではありません。そこで、埼玉県では、県内のいくつかのホテルと契約し、医師、看護師が24時間待機することにより療養者の健康観察を行う宿泊療養施設を作りました。この宿泊療養施設では、毎日2回の健康観察を行い、体調不良の状態となれば、医療スタッフが感染防護服に身を包み、患者さんの部屋で診察等の対応にあたります。そこで、入院治療の必要性があると判断した場合、入院施設へ救急搬送することとなります。令和3年7月から8月にかけての第5波の感染爆発時には、入院医療施設はひっ迫し、宿泊療養施設も入所者が多くなり大変な状況となりました。そこで、県と県医師会では、県内14か所の宿泊療養施設に140名に対応できる酸素療法設備を設置し、さらに、そのうちの1か所の宿泊療養施設を臨時的医療施設として、抗体カクテル療法を実施できる施設としました。これにより、可能な限り重症化を阻止できる体制を作り、限られた医療資源を有効に活用することができるようになります。

残念ながら、宿泊療養収容可能人数にも限度があり、限度を超えてしまった場合には自宅療養を強いられることが生じます。埼玉県と県医師会では、軽症自宅療養者の健康観察を行う、県内で560余りの協力医療機関を登録し、自宅療養者の精神的な不安等も含めた健康観察を行っています。宿泊療養施設と同様、重症化兆候を早期に察知するため、パルスオキシメーターを配布し、1日2回の電話やMy HER-SYSによる健康観察を実施しており、体調不良時には投薬や在宅診療を実施する医療提供体制を構築しています。また、療養者の重症化を阻止するため、対象となる療養者へ抗体カクテル療法を実施するための宿泊療養施設あるいは入院施設への連絡体制を構築しています。

このように、安心して医療を受けていただけるように体制を構築しておりますが、何より皆様の感染予防が一番重要です。三密を避け、手洗い、手指消毒、マスクの着用をお願いします。もし、罹ったかなと思ったら、早めに受診し検査を受けましょう。もし、感染していたら、外出を控え、家族や友人に感染させないように、友人や職場への連絡と家庭内での隔離、マスク着用、十分な換気に心がけましょう。

令和3年11月執筆

コロナワクチン接種、中和抗体療法、そして酸素ステーションについて

埼玉県医師会副会長 廣澤信作

① 新型コロナウイルス感染症対策

② 身近な病気を知る

③ 健康な生活のために

2021年3月から始まった新型コロナウイルスのワクチンは、新型コロナウイルスの突起部分の「スパイク蛋白質」をコードするmRNAワクチン（ファイザー社製「コミナティ筋注」、武田／モデルナ社製「COVID-19ワクチンモデルナ筋注」）やアデノウイルスベクターワクチン（アストラゼネカ社製「バキスゼブリア筋注」）が使われています（本誌8ページの「コロナワクチンについて」も参照）。アナフィラキシーなど副反応も心配されましたが、発熱・接種部位の痛みなど軽微なもので、集団接種や職域接種も行われ、病院や診療所でも接種が継続して行われています。2021年11月末では、全人口のうち、1回目を78.9%、2回目を77.2%、65才以上では、それぞれ91.9%、91.5%となっています。第5波の後に感染者の激減がみられ、感染予防・発症予防・重症化予防に効果のあることが伺われます。ブレイクスルー感染も報告されましたが、抗体の出来方は各人で違い、時間と共に抗体価が低下していくことが明らかになったため、3回目の接種も開始されています。第5波の感染者はデルタ株が多く、非感染者と比較すると抗体価が低いようですが、ワクチン接種をしていれば感染しても軽症です。

厚生労働省研究班から「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」の第6版が発表され、実際の診断や治療に使われています。患者さんの重症度をパルスオキシメーターによる血中酸素濃度飽和度（SpO₂）によって、軽症（SpO₂≥96%）、中等症Ⅰ：呼吸不全なし（93%<SpO₂<96%）、中等症Ⅱ：呼吸不全あり（SpO₂≤93%）ならびに重症（集中治療室ICUに入室または人工呼吸器が必要）に分類します。血中酸素濃度飽和度の低下は、肺炎が進み重症化していることを意味します。たとえ感染してもワクチン接種により重症化を減らし、医療機関の負担（医療の逼迫）を減らすことが必要です。

抗体カクテル療法が特例承認され、対象は、発症から7日以内の軽症から、酸素投与の必要がない中等症Ⅰの患者で、重症化リスク要件を1つ以上有する人です。重症化リスク要件とは、50才以上・肥満（BMIが30以上）・悪性腫瘍・心血管疾患（高血圧症を含む）・慢性肺疾患（喘息を含む）・1型又は2型糖尿病・慢性腎臓病（透析患者を含む）・慢性肝疾患・免疫抑制状態などです。

抗体カクテル療法は、2つの中和抗体（抗SARS-CoV-2モノクローナル抗体：カシリビマブとイムデビマブ）を合わせた点滴薬「ロナプリーブ」（中外製薬）を使用します。体内ウイルスの突起部分の「スパイク蛋白質」に結合して、感染を防ぎます。各抗体薬600mgを生理食塩水で希釈して20-30分以上かけて静脈内に注射をします。これにより、入院や死亡を約70%低下させると報告されていますが、供給量にまだ限りがありますが、病院・診療所で投与されます。また、同様の対象者に単回投与のモノクローナル抗体（ソトロビマブ：グラクソ・スミスクライン株式会社）も特例承認されました。「スパイク蛋白質」の保存性の高い領域に結合して、変異株に対しても活性を維持するもので、用語としては中和抗体療法などが適切なのかもしれません。

酸素投与が必要にもかかわらず、病床が逼迫して入院できない患者さんのために酸素濃縮器を使って、一時的に酸素投与を行う施設を酸素ステーションと呼びます。酸素濃縮器は、肺気腫などで慢性呼吸不全となった患者さんが自宅に設置して使い、在宅酸素療法と呼びます。原理は、空気（酸素約20%、窒素約80%）を濃縮器で、酸素を約90%前後まで濃縮して使用するもので、埼玉県も1ヶ所の10床から始め、県内4ヶ所の用意を進めていましたが、感染者の減少で開設を見合わせました。

令和3年11月執筆

新型コロナウイルス感染症による後遺症 (Long-COVID) 対策

埼玉県医師会常任理事 丸木雄一

大量の陽性者を認め、自宅でも多くの患者様が亡くなったデルタ株コロナ感染症の第5波もやっと収束傾向となり、2021年10月から国民全員が待ち焦がれていた緊急事態宣言、まん延防止宣言が解除されました。埼玉県医師会はこれからのインフルエンザと同時流行も考えられる第6波への対策に取り掛かるとともに、今までにコロナに感染し、感染解除となった後も長きに渡って後遺症に苦しむ方々への医療提供体制を構築する事を決定いたしました。

コロナの後遺症は呼称・定義が多数ありますが、患者たちが作った病名のLong-COVIDが広まり定着しました。文献的には平均40代の働き盛りの、主に女性に多く発症し、家庭生活、経済面での障害が認められています。身体的、精神的負荷により悪化する多臓器に渡る症状で、個人差が大きく、しかもバイオマーカーなど検査法がなく、医師の見解もまとめられていません。正当な疾患と認識されていないこともあり、医療従事者の不用意な発言が患者様に不信感を与え、運動障害に対して過度なリハビリテーションが病状の悪化をきたすことなどが知られるようになりました。

埼玉県医師会は埼玉県よりの依頼を受け、Long-COVIDに対する正しい知識の習得ならびに広くかかりつけ医にも対応して頂くことを目的として、症例集を作成することと致しました。そのため呼吸器症状・嗅覚味覚障害・脱毛・精神神経症状などの専門医療機関を県内に8か所設け、2021年10月1日より外来診療を開始いたしました（詳細は埼玉県のホームページをご参照ください）。受診方法は、Long-COVIDが疑われる患者様はホームページよりチェックリストをダウンロードし、症状欄にチェックを頂き、かかりつけ医を受診します。かかりつけ医が専門医療が必要だと判断したケースには、上記の8医療機関を紹介するというスタイルになっています。是非ご活用ください。

治療としては現在確立されたものはありませんが、患者様の回復を支え、人生を支えること（生活維持、社会復帰）、症状の適切なマネジメント、QOLを大きく障害することなどを念頭に置き、患者様には症状が出たり消えたりする（‘もぐら叩き’）、晩期に出現する合併症がある（特に脱毛は3か月以降）、改善には少なくとも月単位かかることなどを説明しつつ傾聴が大変重要であるとされています。文献的には、Long-COVIDの頻度は季節性インフルエンザ後遺症の1.4-2.0倍とされており、インフルエンザでもこのような後遺症は過去に多く報告されており、頻度はやや多いですが、一般のウイルス感染後の症状1つであることも知っておくと安心の材料なるように思えます。

令和3年11月執筆

コロナワクチンについて

埼玉県医師会常任理事 松山 眞記子

2019年12月、中国武漢から、発生した新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に全世界に広がりました。日本においても、第1波、第2波、第3波、第4波と今でも収束の兆しは見ていません。

まだまだ、期待に足る治療薬が無い中、コロナワクチンの接種が始まりました。6月現在、日本で承認されたのは、ファイザー社の「コミナティ筋注」、武田／モデルナ社製「COVID-19ワクチンモデルナ筋注」、アストラゼネカ社製「バキスゼブリア筋注」の3種類です。先行して医療従事者の接種が始まり、続いて65歳以上の方への接種も始まりました。当初はワクチンの到着が遅れ、また予約体制も混乱しましたが、徐々に接種数も上がって来ています。副作用情報も集められ、日本人でのデータも発表されています。変異株の広がりにより、「コミナティ筋注」がどこまで有効なのかについても、横浜市立大学から有効性が高いという結果も出て来ました。これらの点から、メリット・デメリットを考えると、接種された方がいいと思っています。最終的には個人が決める事ですが。

65歳以上の方の次に基礎疾患ありの方、続いて12歳以上の一般の方になります。(モデルナ社製は18歳以上の方)。基礎疾患を有する方の範囲については、各市町村から通知がなされます。また診断書等の証明書は必要ではありません。接種の際に、予診票の質問事項に記載します。

ワクチン接種を受ける場合、「コミナティ筋注」は1回目の後、3週間後に2回目の接種となり、モデルナ社のワクチンについては、1回目の後、4週間後に2回目接種となります。ファイザー社の「コミナティ筋注」接種後のデータによると、1回目よりも2回目の方が、副作用が強くなる事がわかっています。1回目から、接種部位の痛みは90%以上の方が感じており、発熱・身体のだるさ等は、2回目で30%程度の方が感じています。なので、ワクチン接種後に、休みを取れる様な体制作り、順番に休めるように輪番制をとるなどの工夫が必要になってきます。また接種体制に関しても土曜日や日曜日にも接種を受けられる様に医師会でも準備を進めているところです。

日本人全体の60%の方がワクチン接種を受ける事が出来れば、新型コロナウイルス感染症の収束が現実的なものとなっていくと思います。大勢の方が、安心してコロナワクチンを接種出来る様に、職場での環境を整えていただくよう、お願いします。

令和3年7月号掲載

花粉症について

埼玉県医師会理事 宮坂良介

花粉症は植物の花粉によって起こるアレルギー性疾患の一つです。人間の体には、体内に侵入する異物を排除しようとする免疫機能が備わっています。花粉症では異物にあたるのが花粉で、それに対抗して体が防御しようとして反応します。花粉が毎年体内に少しずつ侵入し、何年もかけて抗体を作り続け、ある一定量を超えると突然、鼻水などの症状を発症します。この一定量が個人によって差があり、小児期より発症する場合や、生涯反応しない方もいます。昨年まで発症しなかったのに、ある年突然、花粉症を発症するのはその様な理由からです。毎年のスギ花粉飛散量に注意し、大量に飛散が予想される年は今まで発症していない方でも注意が必要です。

花粉症は、採血をして抗体の量を調べる「特異的検査」や、鼻水の成分を調べたり、鼻の粘膜を直接見て、アレルギー反応を観察することによって診断します。花粉症の治療は早めの対策が効果的です。花粉が本格的に飛び始める2月末の2週間ほど前から、予防的に内服を開始することで症状を軽くすることができます。また、最近の話題として舌下免疫療法があります。これは、体質を改善してアレルギー症状を抑える新しい治療法です。舌下免疫療法は、以前より行われている減感作療法の一つで、アレルギーの原因物質を少しずつ体内に吸収させることで、アレルギー反応を弱めていく治療法です。治療期間が3年から5年と根気のいる治療になりますが、現在スギ花粉症とダニのアレルギー症状を根本的に治すことができる治療法として注目されています。

日本人の5人に1人は花粉症であるといわれています。花粉症のシーズンが到来する前に一度、ご自身のアレルギーの原因について医師に相談されてみてはいかがでしょうか。

令和3年10月号掲載

スギ花粉症の治療

埼玉県医師会常任理事 登坂 薫

① 新型コロナウイルス感染症対策

② 身近な病気を知る

③ 健康な生活のために

スギ花粉症は東京医科歯科大学耳鼻咽喉科の齋藤洋三先生が昭和38年に日光で発見され、春先に風邪を引いているのではなく、スギ花粉症という概念を確立されました。その後戦後の植林したスギが大人の木に成り、花粉を沢山飛ばすようになった事、また食事、生活様式や環境の変化などにより患者数が増加し、平成28年には有病率が50%以上になりました。毎年老若男女の方が悩まされている事と思います。今回は治療法について述べてみたいと思います。

1. セルフケア 自分で工夫して花粉を浴びないようにする事です。マスクは重要ですが、マスクと顔の隙間から花粉が入り込みます。しかしぴったりさせると息苦しくなります。また眼症状に対してはゴーグルが有効です。しかし見栄えの点、眼鏡が曇る等の難点があります。鼻洗浄は鼻内に侵入した花粉を洗い流します。

2. 予防 セルフケアに通じますが、マスク、眼鏡の他、布団や洗濯物は外干しは厳禁です。

また花粉情報に注意して、飛散数が多い日は外出しない等の工夫も必要です。

3. 花粉予測 飛散開始時期、花粉飛散量の情報を得、初期療法の開始時期、何時までに服用するか等の判断をします。

4. ガイドライン スギ花粉症の重症度に応じ詳しく治療法が書いてあります。この表は分かり易いように簡略化してあります。

第2世代抗ヒスタミン薬：眠気の少ない抗ヒスタミン薬

抗LT薬：鼻閉に効く抗ロイコトリエン薬

初期療法は飛散開始直前から始めるので、飛散開始時期の予測が肝腎です。

5. アドヒアランス向上 「飲まない薬は効かない」という言葉が有りますが、患者さんは中々指示通りに飲んでくれません。当然薬の効果は落ちます。そしてこの薬は効かないと言って文句を付けて来て、薬を替えて欲しいと言われます。そこで今は1日1回の薬が主体に成って来ています。

6. 舌下免疫療法 これが最新の治療法です。スギ花粉舌下液の「シダトレン」と舌下錠の「シダキュア」の2種類があります。舌下液は12歳以上、舌下錠は5歳以上から使用できます。

私の印象ではかなり効果がありそうです。但し毎日最低3年間は使用しなければなりません。

気合いの入った人でないと無理です。シーズンの終わった6月が始め頃です。

7. スギ花粉症緩和米、スギ花粉症治療米 農林水産省委託プロジェクトとして臨床研究中です。

安価で継続治療が比較的容易で副作用がないので期待できます。

8. 食事・民間療法 厚労省の花粉症対策Q&Aに「花粉症に効くと言われているものの効果を教えて下さい」が記載されています。

お茶：効果不明、ヨーグルト：効果不明、鼻の穴にぬるクリーム：効果は十分明らかになっていない。

医師の指示を守り、セルフケアも実施し、来シーズンは快適にお過ごし下さい。

令和元年7月号掲載

インフルエンザの歴史

埼玉県医師会副会長 神田 誠

紀元前412年、ヒポクラテスとリヴィによる記載が最も古く、16世紀のヨーロッパではすでに「インフルエンザ」という名で呼ばれていたようである。わが国でも平安時代（862年）に流行を窺がわせる記述があり、同時代の歴史物語「増鏡」には「ことしはいかなるにかしはぶきやみはやりて人多くうせ給う」とある。江戸時代には宝永年間（1707年）から慶応2年（1868年）まで23回の流行の記録があり、「お駒風」「谷風」「琉球風」などと呼ばれていた。

20世紀に人類は4回のインフルエンザの大流行（パンデミック）に見舞われた。スペインかぜ（1918～1920年）、アジア風（1957～1958年）、香港風（1968～1969年）、ソ連風（1977～1978年）であり、それぞれ「米騒動」、「長嶋茂雄プロ野球デビュー」、「アポロ11号月着陸」、「冷戦」の時である。ちなみにパンデミックは、「すべて」を意味するギリシャ語の「パン（pan）」と「人々」を意味する「デモス（demos）」に由来する。

16世紀のヨーロッパでは、この爆発的流行を伴う熱病を「インフルエンザ」と呼んでいたが、それは周期的に起こる流行をやはり周期的に変化する星の影響（influence）と考えたイタリアの星占いたちによるものとされている。

日本では、平安時代「咳病」「咳逆」（いずれもシハブキヤミ）と呼ばれていたが、江戸時代になると「風邪」「流行風」（ハヤリかぜ）などが一般的となり、当時話題となった人物や出来事にちなんで様々な名がつけられた。「お駒風（1776年）」は当時人気の浄瑠璃「城木屋お駒」、「谷風（1784年）」は当時無敵の力士・谷風梶之助が豪語して「とてもかくても土俵の上でわれを倒さんことは難かり、わが臥したるを見まくほりせば、風を引きたる時に来て見よかし」といったのを皆が話題にしていた時、谷風が「いち早く引き初めしとて」、そして「琉球風（1832年）」は「琉球人来朝せし故」この名を付けたという。

なお、「流行性感冒（流感）」は明治23年の流行時に初めて用いられたが、最近ではあまり使われない。インフルエンザがウイルスにより起こることをはじめて証明したのが1931年米国のShope、現在A型、B型そしてC型に分類されている。ヒトに典型的な症状を引き起こすのはA型、B型であり、C型は野生の鳥類に分布していたものが最も早い時期にヒトに伝播したものであり、B型はそれからしばらく後に伝播したものである。そして約150年前に同様に鳥類からヒト、あるいはウマやブタに伝播し進化したものがA型インフルエンザである。

さて、もう少しするとインフルエンザの季節です。重症化予防にはワクチンが一番です。接種して最低2週間の時間が免疫を強めるのに必要です。早めの接種をお勧めします。

令和元年10月号掲載

こどもの予防接種について

埼玉県医師会常任理事 鹿嶋 広久

赤ちゃんの予防接種は種類も回数も多く、きちんと受けるのは大変です。とくに0歳の赤ちゃんは6～7種類もあり、接種回数は15回以上にもなります。多くのワクチンをタイミングよく、確実に受けていくにはスタートダッシュが肝心。初めてのワクチンは生後2か月の誕生日に受けられるように準備しておきましょう。8月3日生まれの赤ちゃんなら、10月3日がワクチンデビューの日に決定です。「生後2か月の誕生日」に受けたいのが、細菌性髄膜炎予防のヒブと小児用肺炎球菌、ロタウイルス、B型肝炎ワクチンなどです。

本当は、出産前から検討していただくのが賢明です。お子さんが誕生したら、無理なく通える距離にある小児科を探して、かかりつけの小児科医を見つけておくことが大切です。1か月健診はお産した所で行う人が多いですが、生後2か月になる前に小児科に問い合わせの連絡をしてみると良いでしょう。経験豊富な小児科医は、母子手帳をもとに予防接種のスケジュールなどの相談にのってくれます。また、そのような医師は信用がおけるとおもいます。早めに予防接種の準備をはじめ、小児科医に診てもらっておけば、見つけにくかった病気や健診後に発症した病気についても発見が遅れずに済みます。

「かぜをひいたけどいつから受けられる？」 「アレルギーがあるけど大丈夫？ うーん、わからない・・・。」 そんなときは、ひとりで悩むより、かかりつけの小児科医に早めに相談を。お子さんのことも、予防接種のこともよく知っているのでの的確なアドバイスをもらえます。保健所や保健センターなどの公的機関では、定期接種や助成制度のある予防接種以外の情報は教えてもらえないことが多く、任意ワクチンを含めて、すべての情報を知っている小児科医に相談することをおすすめします。

先に受けたワクチンと次に受けるワクチンまでの接種間隔で注意したいのは、「注射の生ワクチン同士の4週間（中27日）」です。これは、注射の生ワクチンを水曜日に接種したら、「4週間後の水曜日」に次の異なる種類のワクチンを受けられるということです。理由は、先に受けた注射の生ワクチンの免疫を獲得するまでに時間がかかるため、4週間をあけずに次に異なる種類の注射の生ワクチンを接種しても十分な効果が得られないためです。

令和2年10月1日より日本でも接種間隔の変更がありました。世界では、不活化ワクチンであれば当日でも翌日でも、期間の制限なく他の種類のワクチンを接種できます。日本でも不活化ワクチンや飲むタイプの生ワクチンの接種間隔が見直され、前後のワクチンとの接種間隔に制限がなくなりました。

令和3年1月号掲載

ロコモティブシンドローム（通称：ロコモ）

埼玉県医師会常任理事 小室保尚

「ロコモ」とは、運動器（骨、関節、筋肉、神経など）の機能低下や病気によって、人が移動する能力が低下した状態を言います。人が、要支援・要介護状態になる原因の1位はこの運動器の病気・けがによるとされています。つまり、ロコモを予防することが、将来、要支援・要介護状態となることを予防することになります。日本人の平均寿命は女性が87歳、男性が81歳、一方で、健康に過ごす事のできる期間、健康寿命は女性が75歳、男性が72歳。この平均寿命と健康寿命との差、女性が12年、男性は9年の間は病気や要介護状態を抱えて生きていかなければならない期間となります。健康寿命を可能な限り延ばして、平均寿命に近づけることが必要です。いわゆる、「ぴんぴんころり」を目指すために、このロコモ対策が必要になります。

ロコモの状態をチェックする方法は、

- ①片脚立ちで靴下がはけない
- ②家の中でつまずいたりすべったりする
- ③階段を上がるのに手すりが必要
- ④家のやや重い仕事が困難（掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど）
- ⑤2kg程度の買い物を持ち帰るのが困難
- ⑥15分くらい続けて歩けない
- ⑦横断歩道を青信号で渡りきれない

この7項目の内ひとつでも当てはまればロコモの疑いがありますので、お近くのかかりつけ医にご相談ください。

ロコモと似たような状態を表す言葉として、「フレイル」、「サルコペニア」があります。この二つの言葉は、主に高齢者に対して適用されるもので、一方「ロコモ」については、子どもから大人まで幅広い年齢に適用されます。最近の子どもたちは、屋外での遊びや運動が減少して、屋内でのテレビゲームで遊ぶことが多く、運動不足になりがちです。一方で、将来のスター選手を目指して、小さいうちから過剰な運動を行って、運動器の障害を抱えてしまう子もいます。子どもの運動器障害を早期に発見する目的で、平成28年度から学校運動器検診が導入されました。そして、子どものうちから適切な運動習慣を身につけて、将来のロコモ発生を予防していく必要があります。

ロコモを予防するために、適切な運動習慣を身につけることも大切ですが、もう一つ栄養の問題があります。5大栄養素としてタンパク質・脂質・糖質・ミネラル・ビタミンがありますが、このうち人の運動器をはじめとする各臓器を形作る栄養素は、タンパク質・脂質・ミネラルです。高齢になるとこの3つの栄養素が不足しがちとなり、相対的に糖質が過剰になります。糖質過剰は、糖尿病・骨粗鬆症・認知症などを悪化させる因子となります。糖質を控えて、タンパク質・脂質・ミネラルをしっかり摂ることを心がけましょう。



令和3年4月号掲載

糖尿病性腎症重症化予防の話

埼玉県医師会常任理事 寺 師 良 樹

① 新型コロナウイルス感染症対策

② 身近な病気を知る

③ 健康な生活のために

糖尿病性腎症という言葉をご存じでしょうか？しかも重症化するのを予防できるというお話です。

糖尿病の記述はとても古く、3,500年前の古代エジプトにもありましたし、古代中国の文献にもあります。中国では「消渴（ショウカチ）」と呼ばれていたそうです。平安時代にも裕福な貴族は糖尿病を病んでいたようです。日本では飲水病とよばれ、藤原道長が罹患していた様です。

一般的な2型糖尿病の方の問題は、50歳前に発症した場合、統計的に寿命が平均寿命より5年程短いという事に尽きます。この要因は大血管症と、細小血管症とに分かれます。大血管症は比較的若い方に訪れる、循環器系の病気で、心筋梗塞と脳梗塞、その他の脳循環器系の病気です。突然、命を奪われます。細小血管症は、自覚症状のないまま徐々に進行し、壊疽に至る神経疾患、失明を招く眼底疾患、透析が必要になる腎臓病等が挙げられます。また、がん、認知症、骨粗鬆症などの病気との関連性も言われていて、介護保険の対象者に多いようです。

短期的問題はメタボリックシンドロームとの関連がより強いと思います。糖尿病だけでなく、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、肥満症、何らかの持続感染症（例えば肺炎クラミジア、歯周病菌など）が同時に存在し、動脈硬化が急速に進むために不幸な転機を迎えてしまうものです。長期的問題はまさにじわじわと進みます。長年の神経疾患は壊疽から、足の切断に至ります。眼底疾患は失明に至ります。糖尿病は慢性腎臓病（CKD）の多くの原因で、最終的には腎臓（血液）透析や腹膜透析に至ります。

さて、この長期的問題は、栄養指導、運動療法、生活の全般の改善により食い止める事ができる時代になりました。薬物療法はもちろん必須ですが今はまだ補完的な治療法です。

慢性腎臓病は5つのステージに分類され、ステージ内での留まりやステージの軽症化も様々な指導により可能になってきました。透析の費用は年間約500万円と高く、保険財政を圧迫しているという事で問題にされて来ました。しかし、今、ある種の病気では、1回の治療で1億6千万円以上かかる薬剤も保険収載されました。この疾患は、罹患率は低く、1回の投与で完治するので、歓迎すべき厚労省の決断だとは思いますが、従って、現在は医療費の問題もさることながら、透析は個々人の生活の質を著しく削ぐので糖尿病性腎症重症化予防事業、特に、栄養指導、運動療法の意義がますます深まっているのではないかと思います。

社会保険にせよ、国民健康保険にせよ、皆保険の日本で、糖尿病の保健指導を受けられることは世界に類を見ない事だと思います。

令和2年10月号掲載

メタボリックシンドロームからの脱出

埼玉県医師会理事 中村靖史

「メタボリックシンドローム」という言葉は、医療機関だけでなく、日常生活でもよく耳にする事と思いますし、会社の健診で指摘された方も多いと思います。判定は、腹囲（男性：85cm以上、女性：90cm以上）、血糖値、脂質、血圧等の指標で判定されます。内臓脂肪やこれらの危険因子が動脈硬化を起こし、脳血管障害、循環器障害を引き起こすこととなります。外来診療においてもウエイトコントロール指導をすることが多いですが、「私は運動しているので大丈夫です。」との答えが返ってくる場合があります。その方に、よくその運動内容を聞いてみると、好きなだけ食べたいものを食べ、気が向くと散歩をするという方が多く、その程度では体重は減りませんよと答えています。一般の人々の減量への認識はまだ低いようです。

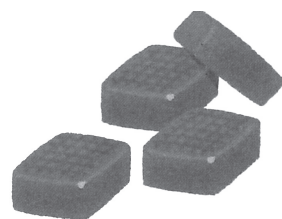
日々の外来診療の指導ツールとして、皆さんご存知の江崎グリコのキャラメルを使って話をしています。このキャラメルの赤いパッケージの表に「ひとつづ300メートル」と書いてあります。本当に一粒で300mも走れるの？と疑問を持つ方もいると思います。以前、この表示の真偽を確かめたく、江崎グリコのお客様センターに問い合わせたことがあります。「本当です」との返事が返ってきました。その根拠は、条件を絞り簡略な計算ですが、20歳の方が無風、分速160m（時速9.6km）で走ると1分間で8.71kcalの消費となります。キャラメル一粒16.5kcalですから1.89分走れ、分速160m×1.89分=302.4m走れる計算になります。従って、キャラメル一粒のカロリーを消費するには300m走らなければいけないこととなります。速歩で分速66.6m（時速4km）ですから分速160mは、速歩の約2.5倍のスピードとなります。

ご飯一杯200kcal～250kcalです。キャラメル一粒16.5kcalですから、換算すると12～15粒になり、これを消費するには3,600m～4,500m走らなければなりません。一日ご飯一杯減らしますか、それとも3km～4km走りますかと患者さんに問うと、皆さん異口同音にご飯を減らす方が楽ですと答えます。運動は無駄だということではありません。肝心なのは、適度の運動をして、更に摂取カロリーを抑えていくことがメタボリックシンドロームのコントロールに重要だということです。決して運動だけで体重をコントロールできると考えないでください。

腹囲の話に戻りますが、腹囲1cmは体重1kgに相当すると言われていています。ベルト1cm縮めるには体重を1kg減らすということです。カロリー換算すると約7,000kcalに相当します。摂取カロリーをすべて消費して、更に7,000kcalを消費しないと1cm縮められません。日々のたゆまぬ努力が必要です。

最後になりますが、「埼玉県コバトン健康マイレージ」をご存知でしょうか。

スマートフォンのアプリや専用の歩数計を使って、ウォーキングを楽しみながら健康づくりをする企画です。歩数に応じたポイントが獲得できて、抽選で賞品ももらえます。楽しく健康づくりができるこのような企画にも参加してみたいはいかがでしょうか。



令和2年4月号掲載

心不全パンデミック？

埼玉県医師会理事 飯島竜之

日本循環器学会のガイドラインには、「心不全」とは「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および／あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」と定義されています。

本邦における死因別死亡総数の順位では、心疾患による死亡は悪性新生物に次ぎ2位で、心不全による死亡は心疾患のなかで最も多く、年間1万人以上の割合で患者が増加しています。今年には120万人を超えることが想定され、高齢化により2035年までさらに増加すると言われていています。世界的にもその急激な変化が問題となっており、感染症患者の爆発的な広がりになぞらえて「心不全パンデミック」と呼ばれています。

現在、心不全の分類は左心室の駆出率（LVEF）が低下した心不全（HFrEF）と低下のない心不全（HFpEF）に大きく分けられています。左心室の機能低下がないのになぜ心不全になるのかと思われるかも知れませんが、**左室拡張不全**という病態があり、原因としては心房細動などの不整脈や冠動脈疾患、糖尿病、脂質異常症があげられ、最も多い原因は高血圧と言われています。また心不全の病期の進行については、ACCF / AHAのステージ分類が広く用いられていて、「**ステージA**は器質的心疾患のないリスクステージ、**ステージB**は器質的心疾患のあるリスクステージ、ただし心不全兆候はない。**ステージC**は心不全ステージで、器質的心疾患による心不全兆候を有する。**ステージD**は治療抵抗性心不全ステージ。」と分けられています。心不全を発症してからの5年生存率は悪性腫瘍より明らかに悪く、つまりステージAやステージBの状態からの早めの医療介入が必要と考えられているからです。

高齢化に伴い、急性心不全の原因としての大動脈弁疾患（特に大動脈弁狭窄症）の増加も話題になっています。今まで挙げてきた心不全の原因となる基礎疾患や器質的心疾患を早期に医療につなげるためには、日頃から検診を受けて頂きたいと思います。胸部の聴診、心電図検査、血液検査など、ごく一般的な検査でそれらを発見し、専門的な医療により新規心不全の発症を防ぎましょう。「心不全パンデミック」にならないように。

LVEF (left ventricular ejection fraction)

HFrEF (heart failure with reduced ejection fraction)

HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction)

ACCF/AHA (American College of Cardiology Foundation/American Heart Association)

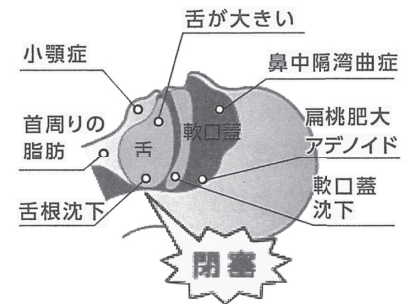
令和2年1月号掲載

ご存知ですか？睡眠時無呼吸症候群

埼玉県医師会常任理事 桃木 茂

皆様、こんにちは。皆さんは、職場で健康診断を受けられ、健康管理には十分に気を付けていらっしゃると思います。健康診断では、目立った異常がないのに、日常的に昼間のだるさや、眠け、あくびが出たり、慢性の頭痛や会議などで集中できなかつたりなんてことは、ありませんか。そのような症状がある、あなたは睡眠時無呼吸症候群の疑いがあります。今回は、睡眠時無呼吸症候群について、少しお話しします。

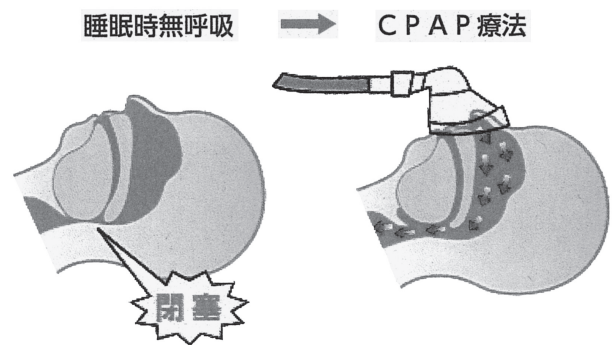
睡眠時無呼吸症候群とはどんな状態でしょうか？読んで字の如く、睡眠中に呼吸が停止あるいは低呼吸になる状態です。軽傷から重症までありますが、問題になるのは重症の睡眠時無呼吸症候群です。重症の睡眠時無呼吸症候群では、睡眠中の無呼吸の頻度が多く、低酸素血症、高二酸化炭素血症を生じる時間が長くなります。閉塞型の睡眠時無呼吸は、肥満や下顎の異常、扁桃肥大などにより咽頭など上気道に閉塞が生じることが原因です。



同時に呼吸困難から中途覚醒、夜間頻尿につながり、睡眠が分断され、睡眠負債を生じます。この睡眠負債は自覚しにくく、昼間の過度の眠気として現れます。そして結果的に高血圧症、糖尿病をはじめ、血液凝固能が亢進し脳梗塞、心筋梗塞を誘発し、睡眠障害からうつ病や認知機能障害を引き起こします。さらに、無呼吸症候群は、胃食道逆流をきたします。上気道の閉塞により胸腔内圧が陰圧となり、この現象が生じやすくなります。睡眠時の低酸素血症、睡眠の分断により生じる認知機能障害の発症率は、健常群に対して2倍とのことです。また、昼間の眠気により、活動性が低下し仕事効率の低下、居眠りをはじめとする交通事故を引き起こす可能性が増加します。運転手が睡眠時無呼吸症候群で高速バスや長距離バスの事故が起き、多くの方が亡くなられた事故も記憶に新しいことと思います。このように、睡眠時無呼吸症候群を放っておくと大変なことにつながることもあるのです。なんだか、恐ろしい病気のように聞こえますが、安心してください。良い治療法もあります。治療は無呼吸の程度により異なります。

まず、ご自宅で検査できる簡易型睡眠ポリグラフィーにより、無呼吸の程度を調べます。軽症の睡眠時無呼吸には、肥満の改善、禁煙、禁酒など生活習慣の改善が必要です。中等度の無呼吸症候群では、口腔内装具（スリープスプリント）を装着することで、無呼吸をある程度改善することができます。スリープスプリントは、歯科の先生に作成していただくかなくてはなりません。担当医より診療情報提供書を記入していただき、スリープスプリント作成可能な歯科医院へ受診していただきます。その際、歯科での治療が必要な場合もありますので、ご注意ください。

さらに、臨床的に問題となる重症の睡眠時無呼吸症候群に対しては、CPAP（経鼻的持続陽圧呼吸）治療と扁桃摘出や軟口蓋の形成術などの外科療法があります。CPAP療法は、就寝前に鼻マスクを装着し、マスクとつないだ機械から圧力をかけて空気を送り込む方法です。慣れるまで少々時間を要することもあります。治療が継続できるようになると、睡眠は改善され、無呼吸の減少、低酸素血症・高二酸化炭素血症の改善、高血圧・耐糖能の改善、さらには認知機能やうつ病も改善することが期待されます。また、睡眠が改善することから眠気による交通事故率の減少も期待されます。



このように、睡眠時無呼吸症候群は強い眠気を伴い、心血管系や脳神経系、内分泌系に負担をきたす病態です。昼間の眠気の評価は、エプワース眠気テストで評価できます。いびきがあり、過度の眠気がある方は、要注意です。運輸交通系事業所の社員は、是非検査を受けていただき、治療対象の方は積極的に治療しましょう。また、運輸系事業所のみならず、それ以外の会社営業職などの方においても仕事効率の悪化につながることもありますので、症状があるような方には是非、検査をお受けいただき、治療に結び付けていただきたいと思います。なお、診療は保険適応となり、CPAP治療にかかる機器はレンタルですので、3割負担で月4,000円程度の費用がかかります。

昼間の眠気の評価：Epworthの眠気テスト

状況	点数
1. 座って読書しているとき	0 1 2 3
2. テレビを見ているとき	0 1 2 3
3. 公の場所で座って何もしないとき（たとえば劇場や会議）	0 1 2 3
4. 1時間続けて車に乗せてもらっているとき	0 1 2 3
5. 状況が許せば、午後横になって休息するとき	0 1 2 3
6. 座って誰かと話をしていると	0 1 2 3
7. 昼食後（お酒を飲まずに）静かに座っているとき	0 1 2 3
8. 車中で、交通渋滞で2～3分止まっているとき	0 1 2 3

0：眠くならない。 1：まれに眠くなる。 2：しばしば眠くなる。 3：よく眠くなる。

合計 11 以上は要注意！ ※ 11 点以下が問題ないわけではありません。

平成31年1月号掲載

ピロリ菌をご存知ですか

埼玉県医師会常任理事 水谷元雄

ヘリコバクター・ピロリは胃の中に生息するらせん状の細菌で、一般的にはピロリ菌と呼ばれています。

胃の中は、胃液に含まれる塩酸のため強酸性で細菌が生息できないと考えられていました。1983年オーストラリアのロビン・ウォレンとバリー・マーシャルがヒトの胃から、らせん状の細菌培養に成功しました。これが生きたピロリ菌発見の最初とされています。ピロリ菌はウレアーゼと呼ばれる酵素を産生して、胃粘液中の尿素をアンモニアと二酸化炭素に分解し、生じたアンモニアをピロリ菌周辺のバリアーとして生息しています。

当時、慢性胃炎や胃潰瘍の主たる原因はストレスであるとの説が有力でしたが、マーシャルやニュージーランドのアーサー・モリスはピロリ菌の自飲実験を行い、胃炎の発症を証明しています。現在、ピロリ菌は胃炎や胃潰瘍の原因となるほか、胃癌の発生に大きく関与していて、ピロリ菌陰性の胃癌はほとんど無い（一部ピロリ菌陰性胃癌があります）と考えられています。

健康保険上、我々がピロリ菌の検査をして除菌療法（ピロリ菌を排除する治療法）を受けるにはいくつかの制約があります。保険診療で認められているのは①胃潰瘍・十二指腸潰瘍など特定の疾患がある患者さん、②胃内視鏡検査をして胃炎が認められた患者さん、などです。また、ピロリ菌の検査の前は、プロトンポンプインヒビター（PPI：胃潰瘍治療薬）や抗生剤などを14日以上休薬する必要があるとか、除菌療法のあと除菌の効果判定には4週間以上（検査法によっては6カ月以上）間をあける必要がある等、様々な規制がありますので担当の医師によく相談してください。また、除菌療法でピロリ菌を除菌できても、既に胃の中に微小の胃癌が潜んでいることもありますので、除菌後も胃の検査を受ける必要があります。

人間ドック等で「ヘリコバクター・ピロリ抗体陽性ですので除菌療法を受けてください」と書かれる場合がありますが、ピロリ菌陽性者は胃癌のリスクが高いため、ぜひ内視鏡検査を受けることをお勧めします。

早期の胃癌は内視鏡的に粘膜を切除して治療できるようになりましたので、定期的に胃がん検診を受診して、万が一癌ができて早期発見・早期治療に繋がりたいものです。



平成29年7月号掲載

血管内皮機能とアンチエイジング

埼玉県医師会常任理事 徳 竹 英 一

先ず初めに、我々の血管の働きは、全身を隈なくめぐり、その中を流れる血液によって、さまざまな臓器、組織に酸素、栄養が供給され、組織、細胞から出された二酸化炭素、老廃物が肺臓、腎臓、肝臓に休みなく運ばれています。血管の働きはそればかりではなく、血管の最も内層に位置する血管内皮から一酸化窒素（NO）など血管を拡張して血管の働きを正常に保つ物質が作られ分泌されます。全身の血管内皮を集めることが出来ると仮定すると、総重量は肝臓に匹敵し、一面に敷き詰めることが出来れば総面積はテニスコート6面に、一列につなげることができるとすれば10万km、地球2周半にも相当します。このように血管内皮は人体最大の内分泌器官であり、動脈も静脈も心臓も同じ一層の血管内皮で覆われており、血管の健康状態を維持するのに非常に重要な役割を果たしています。



さらに、血管内皮の働きは、「肥満」「喫煙」「運動不足」などのほか、「加齢」によっても低下します。これにより動脈硬化を引き起こし、心筋梗塞や脳卒中・腎不全など、深刻な心血管疾患のリスクが高まってしまいます。血管内皮機能の低下は自覚できないのが最も怖いところ、自覚症状が出てからでは手遅れという場合もあります。日頃から血管内皮機能を正常に保つことにより、血管のアンチエイジングを進めて、動脈硬化を未然に防いでいくことが肝心なのです。

では、血管内皮を健康に保つためには、日頃から習慣的に運動することが重要です。毎日30分間でもストレッチ体操やウォーキングなどの有酸素運動が効果的です。また、急性心筋梗塞後の患者さんにおいても心臓のリハビリテーションを行うことにより運動耐容性は向上して、血管内皮機能も改善することが報告されています。食事では、バランスのとれた食事を摂取することと、一日の野菜は緑黄色野菜を含み350g以上として、青魚など魚類を多く取ることにより血液中のEPAを増加させ内皮機能を改善します。さらに、ストレスを軽減することが重要であります。近年、「和温療法」を行うことによりストレス軽減や血管内皮機能が改善することが報告されています。「和温療法」は「室内を均等の60℃に設置した遠赤外線乾式サウナ治療室で全身を15分間温めて、サウナ出浴後さらに30分間の安静保温を追加して、最後に発汗に見合う水分を補給する治療法」です。この「和温療法」は全身の血管機能を改善し、動脈・静脈を拡張させて全身の血管抵抗を低下させ、心臓に対する負担を軽減し、その結果、心拍出量は増加して全身の血液循環を促進して、血管内皮機能を改善します。ただし、「和温療法」の実施において、持病をお持ちの方はかかりつけ医にご相談していただきたいと思います。結びに、血管内皮機能を正常に保ち、血管のアンチエイジングを進めることが、心血管疾患の発症予防にも大きく貢献します。日々の生活において、バランスのとれた食事の摂取、適度な運動、ストレスの軽減、十分な睡眠に心がけていただきたいと思います。

平成29年4月号掲載

認知症と骨折どっちが先？

埼玉県医師会常任理事 松本眞彦

整形外科の有床診療所を開設してもうすぐ30年になろうとしています。大腿骨近位部骨折の患者さんを診ていて、このヒト認知症じゃないのかなということがよくありました。特に10年くらい前からその想いを強くしていたのですが、骨折で入院するはめになり、しかも手術されて環境の激変でそうなっちゃうのかなあと余り深くも考えずに日々の業務を行っていましたが、リハビリの段階になってもやっぱりちょっとズレてるなあという患者さんが結構おられるので、骨折の前から認知症があったのではと思うようになりました。骨折している本人に「前から認知症あったでしょ」と聞いても「そんなことはない」と言われるに決まっているので、それとなく同居の家族に探りを入れてみるのですが「うちのおばあちゃんは元々しっかり者で私の方が負けちゃいますよ、ワハハ」とか言われてしまい全然相手にしてくれません。

そんなこんなで数年経ってしまったのですが、ついに3年前から大腿骨近位部骨折の患者さんに改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS R）を用いた認知症診断を行うことにしました。予想されたことではありましたが、結果は骨折した患者さんの年齢が上がるにつれHDS Rの点数は下がっていきました。

しかし、この結果では認知症があったから骨折したことにはなりません。そこで文献を調べてみたところ「認知症の高齢者は健常者に比較し転倒の割合は2～8倍高い」という報告があり、その中で背景として「歩行・バランスの障害、注意力低下」が挙げられていました。高齢者の転倒予防ガイドラインにも「認知症を有する高齢者の転倒は脳機能障害高齢者の少なくとも2倍以上高く、転倒による外傷は3～8倍高い」との記載があり、転倒リスクとして「歩行・バランスの障害、筋力低下、パーキンソン症候、向精神薬の服用」が挙げられています。さらには認知症高齢者では骨折の治療成績も悪く、機能予後、生命予後も不良であると記載されていました。もちろん他の要因も関係してくると思いますが、どうやら「認知症」は「転ぶ」大きな原因と考えてよいようです。

「骨折予防は骨粗鬆症対策から」というのは本当の話ですが、これはそもそも転倒しても骨が丈夫なら折れにくいだろうという観点からのお話で、そもそも転ばなくするためではありません。先の文献にもありましたとおり、転倒の背景には歩行・バランスの障害と注意力低下が大きく関わっているようですので、転倒しないため、転倒しても骨折しないためには、歩行・バランス能力の維持、注意力の保持、さらには骨粗鬆症対策が求められることになるのではないのでしょうか。

ヒトは年をとるにつれ気力、体力とも衰えていきます。これをフレイル（虚弱）といいます。私は気力の衰えは喪失に起因すると考えています。第一線を退き生き甲斐だった仕事を失い、仕事上のつき合いを失い、時には伴侶を失い、友人も1人欠け2人欠けとだんだん1人ぼっちになっていきます。女性は夫が先立つと元気になるとか云われていますが、一緒に羽を伸ばす相手もだんだんつれなくなったり居なくなってしまうたりすれば、同じ道をたどることになります。外出する機会も減るため当然筋力も衰え家に閉じこもりがちになり気力・体力の低下は加速され、これに認知症と骨粗鬆症が加わり骨折の要件が整っていくのではないのでしょうか。

したがって骨折しないためには気力・体力を維持し続けることが大切になってくると考えられるようになってきました。社会とのつながりを保つこと、日々の運動をかかさず歩行能力やバランス能力を維持すると共に筋力低下を阻止することが重要になります。骨粗鬆症の治療は確立しています。超高齢化社会に突入している今、認知症と骨粗鬆症はもはやCommon Disease（通常疾患）と言われています。いずれは通る道ですが、骨折などせず健康長寿を目指したいと思います。



平成29年10月号掲載

“晴耕雨読”は認知症の危険因子？

埼玉県医師会常任理事（さいたま市認知症疾患医療センター） 丸 木 雄 一

2006年10月私は二人の印象的な患者に出会いました。

* Aさん（男性61歳） 大手ゼネコンの営業部長を2006年3月に定年退職。その後もの忘れが出現し、私のももの忘れ外来受診。心理テスト、頭部MRI検査などにより、中等度のアルツハイマー病と診断、内服加療開始。

* Bさん（男性61歳） 大手自動車メーカーで設計の責任者、Aさんと同様3月に定年後、物忘れ出現、受診後、中等度のアルツハイマー病と診断、内服加療開始。

二人の病歴で私が気になったのは、二人とも3月の定年退職時には家族、社内の同僚たちも全くもの忘れの徴候に気づいていなかった事でした。ご存知のようにアルツハイマー病は10年20年かかり徐々に進行してくる病気です。この二人の認知症の急激な発症には私は合点が行きませんでした。

そんな時David Snowdonの「Aging with Grace（優雅なる加齢）」という米国の修道女を対象にしたアルツハイマー病の疫学調査の本を読む機会を得ました。その著書の中で90歳を超えたある修道女が心筋梗塞で亡くなり、Snowdonが病理検索をしたところ、病理学的には典型的な高度アルツハイマー病の所見でした。ところが疫学調査上の心理テストなどではこの修道女には全く認知症の徴候は認められませんでした。この相違に疑問を持ったSnowdonはこの修道女の聞き取り調査を再度行い、納得する結果を得ました。この修道女は実はとても積極的なおばあちゃん修道女だったのです。ダンス大会があると真っ先に踊り始める、編み物も若い人には絶対に負けないと言って頑張り通すなど、生活すべてが前向きでした。これを知り私は真っ先にAさん、Bさんを思い出し、この二人の急激な認知症の発症に合点が行きました。おそらく二人とも40～50歳代から脳にはアルツハイマー病の病理変化が出現していたと思われます。しかしながら、多忙な営業部長、設計士として必死に働いていたことが脳を活性化し、この活性化が脳内の認知症の病理変化を凌駕していたのです。ところが、その後二人は定年になり、不幸にも従来のような活性化を受けなくなった脳はアルツハイマー病の病理変化に屈し、急激な認知症を発症したと考えられました。

この経験後、私は認知症患者並びに予備軍には、今の仕事に出来るだけへばり付いて、倒れるまで働き続けなさい。晴耕雨読のような甘っちょろい老後を考えてはいけませんと指導しております。健康寿命世界一の静岡県の素晴らしい提案をご紹介します。老年（高齢者）は77歳から、素晴らしい標語です。皆さんは歯を食いしばって77歳までは頑張っ

て働き、雨の日も運動しましょう。

平成29年1月号掲載

■世界保健機関（WHO）による健康の定義

「健康とは身体的、精神的および社会的に全く良好な状態である事を意味し、単に病気がないとか虚弱でないと言う事ではない。」

健康の維持

1. 身体的観点

疾病予防が重要である

一次予防：疾病そのものの予防であり、生活習慣病予防が中心となる。健康な生活習慣づくりが大切である。特定健診・特定保健指導は健診結果に問題があった時に生活習慣の改善を求めるもので、一次予防と言ってよい。

二次予防：加齢と共に発生すると言われる成人病（現在の概念は生活習慣により発生するとして生活習慣病と言う）の早期発見・早期治療の考え方である。健康診断や人間ドックがこれにあたる。

三次予防：治療後の再発防止、リハビリテーションである。

2. 精神的観点

人は誰もストレスを感じながら毎日の生活を送っている。情報が増加し続ける現代社会では避けることが出来ない。それに気付かないか、何らかの対応を取らないと回復が難しくなる。1998年から14年間連続で自殺者は3万人を超えた。その後減少したが、一昨年でも2万5千人を超えている。同年の交通事故死者数が約4千人であった事から見ても非常に多いことが分かる。

ストレスチェック：昨年12月1日から導入された制度である。個人個人のストレス状況を把握するための質問調査を行い「うつ」などのメンタルヘルス不調を未然に防止するための仕組みである。場合によっては医師による面接指導を行う。

3. 社会的観点

生活の上で、家庭、近隣や仕事場等の社会で良好な関係・環境にあり、十分に活動でき充実した日常を送っていることが健康である。

健康な生活を送る事は誰でもが願う事です。そのために出来ることは確実に行うべきです。身体的な面では健診が必要であり、感染症に対しては手洗い、うがいは簡単なことですが大変効果があります。精神的な面ではストレスチェックを受けることや専門医に相談することも必要ですが、ストレス解消のための方法も知っておくと良いでしょう。社会的な面では、個人で解決が出来ないところがありますが、どのような状況であるかを把握しておく必要があります、解決できるものはすると言う事は当然です。

健康で長生きできるよう、健康な生活を送りましょう。

平成28年1月号掲載

健康診断の意義と活用について

埼玉県医師会常任理事 松山 眞記子

人の生涯を通して健康診断をみると、まず、生まれて間もなく行われる母子保健法に基づく乳幼児健診があります。学校に入ると学校保健法による学校身体検査、学校を出て職場に入ると労働安全衛生法等による健康診断、高齢期になると老人保健法による健康診査となります。

このように、様々な健康診断や健康診査がそれぞれの実施主体ごとに、それぞれの対象者に対して行うことが法律上規定されています。

このうち職場において事業者による実施が義務付けられている健康診断には、労働安全衛生法、じん肺法等の法律によるものと、行政指導によるものがあります。

労働安全衛生法による健康診断のうち、常時その仕事に従事するすべての労働者を対象として実施される健康診断を、一般健康診断と呼んでいます。最近の高齢化の進展や疾病の多様化により、健康診断の目的も変わってきており、労働者各人の健康状態を適切に把握し、その状態により必要な健康指導を行い、疾病の予防をするものとなってきました。

また、働き方の多様化が進む中で、長時間労働に伴う脳・心臓疾患や精神障害の増加など労働者の生命や生活にかかわる問題が深刻化していることに対処していくため労働安全衛生法が一部改正され、事業所におけるメンタルヘルス対策のとりくみが進められることが期待されています。

では、行われた健康診断を有効活用するにはどの様にしたら良いのでしょうか？まずかかりつけ医のいる方は、その結果を持って受診してください。特に主治医がいない方は近隣の医師を受診して相談してください。結果が出てそれをしまい込んでしまえば、宝の持ち腐れとなります。そのデータによって疾病が早期発見されることもありますし、悪化を食い止める事も出来ます。“医者に行くのが面倒だ”などと言わず、くれぐれもご自身の身体をいたわってください。身体の事を何でも相談出来るかかりつけ医を得るのが、健康への近道です。

また、事業所の労働者の健康管理に従事されている方々には、健康診断結果の活用がスムーズにいく様ご尽力くださるようお願いいたします。私達もそのお手伝いが出来ればと思います。是非ご活用ください。

平成30年10月号掲載

医師会の社会貢献

埼玉県医師会常任理事 篠田 伸 正

医師は国民一人一人を病気から救い、国民一人一人の健康を守るための活動をしています。その活動の中心は各種医療保険による診療行為です。日本全国の医師数は31万人ほどですが、その内医師会に加入している医師数は5～6割に過ぎません。しかし、医師会に加入している医師は診療行為の他にも多くの社会貢献を担っており、その主な事業を以下に示します。

■医療、健康への啓発

市民公開講座等の開催、フリーペーパーへの情報提供等。

■救急医療

休日・年末年始・夜間の当番医、#8000小児救急及び#7000大人の救急への電話対応、耳鼻咽喉科休日救急診療等。

■予防接種

通常の小児に対する予防接種のほか、子宮頸がんワクチン接種、肺炎球菌ワクチン接種、高齢者のインフルエンザワクチン接種等。

■健康診断

小児の定期健診、特定健診、人間ドック等。

■大災害対策

大災害時の救護活動、救護に必要な物資の供給、被害者のトリアージ等。

■在宅医療提供体制支援事業

在宅療養患者の一時的な急変時に診察を引き受け、必要があれば入院のベッドを提供。

■子育て相談窓口の設置

子育てにお悩みの方へのよろず相談窓口。

■学校医

生徒の病気早期発見、健康維持等。

■産業医

会社での社員の病気早期発見、健康維持等。

このほかにも看護師・准看護師育成の手助けや、定年で現役を退いたり、いろいろな事情で巷に埋もれている優秀な医師の再就職を支援する総合医局機構、更には女性医師にもっと活躍の場を広げる事業等を行っています。皆様には医師会へのご理解とご支援をお願い致します。

平成28年4月号掲載

予防医療の大切さ

埼玉県医師会常任理事 新藤 健

皆様、体のケアで予防医療（食生活、健（検）診、運動、睡眠など）の重要性は十分認識されていることと思います。ところが、「具体的にどうすればどうなるか？」ただ漠然と重要だと思っけていても、いざその為の努力をやらない市民がいかにか多いか。今回は検診について述べてみます。検診は様々なものがありますが、ガン検診についてデータに基づいた説明をします。

1. 寿命の延伸

表1は大腸がんのステージ別の5年生存率を示しております。ステージ1または2はいわゆる早期がんの範疇に入り当然生存率が高くなります。これはどのガンにも

表1 部位別累積5年生存率

	Stage0	Stage I	Stage II	Stage III a	Stage III b	Stage IV	全Stage
結腸 (C~S)	94.8%	90.6%	83.6%	76.1%	62.1%	14.3%	71.4%
直腸 (Ra ~ Rb)	92.9%	89.3%	76.4%	64.7%	47.1%	11.1%	67.7%
全部位 (C ~ P)	94.3%	90.6%	81.2%	71.4%	56.0%	13.2%	69.9%

(大腸癌研究会・大腸癌全国登録 1991~1994 年度症例)

(大腸癌研究会 編：大腸癌治療ガイドライン 2005 年版、金原出版、東京、2005 より引用改変)

共通して言えることで大腸がんに限った状況ではありません。ステージ1または2のケースは多くは無症状で即ちガン発見の機会を検診によって見つかるケースが最大となります。これに対して有症状で発見されたケースはステージ4または5の場合が多くなります。当然のことながら、5年生存率は残念ながら高くありません。

2. 亡くなるまでの病悩期間の差

初期のガンは手術や内視鏡的処置で完全にガンを取り切れているケースが多く、術後にガンに対する補助療法（抗がん剤や放射線治療など）を行わないケースが多くなります。そのことによって、抗がん剤による副作用などに悩まされることが無くなります。抗がん剤の投与を5年間受けて亡くなった場合と受けなくて亡くなったケースで5年間の社会生活はどうだったか？歴然とした差があります。

3. 医療費の差

表2は今回の診療報酬の改定による新しい胃ガンのガン治療の点数です。①は内視鏡で切除した場合の点

表2 平成30年診療報酬改定後 胃手術の点数 (1点は10円で換算)

①	早期悪性腫瘍 粘膜下層剥離術	18,370点
②	悪性腫瘍胃切除術	55,870点
③	腹腔鏡下胃切除術	64,120点
④	悪性腫瘍胃全摘手術	69,840点
⑤	腹腔鏡下胃全摘手術	83,090点

数で②以下は開腹手術または腹腔鏡的手術の点数です。この点数だけでも2～3倍の開きがありますが、②以下は手術以外に麻酔の点数が追加されます。麻酔の点数はその手技、手術時間、使用薬剤などでかなりの開きがありますが、2万点から4万点ほどかかります。手術で無事退院されても術後のフォローアップで抗がん剤の治療をせねばならないケースでは、さらに医療費はかさみます。一時期高額薬剤として騒がれました「オプジーボ」という抗がん剤はだいぶ薬価が下がりましたが、それでもきちんと治療した場合は年間1,500万円ほどかかります。

以上、検診にて早期なガンを発見出来れば、いかに得か私なりの意見を列挙しました。かくいう私も7年前に検診にて胃ガンが発見され、早期ではありましたが範囲が広く胃全的手術を受けました。術後の病理検査でステージ1と診断され当然ながら術後の抗ガン剤治療は行っておりません。術後5年間は3か月に1回血液やレントゲンのチェックを受けておりましたが6年目から定期チェックも1年に1回でOKとなりました。現在無胃村？状態にあり食事には苦勞しておりますが、それ以外は生活に影響を及ぼすような状況はありません。医療費的にも年1回の定期検診で数千円の出費で済みます。

ガンについて詳しく述べてまいりましたが、それ以外の「生活習慣、フレイル、認知症」について先日経産省から認知症の予防対策を行った場合、平成46年（2034年）に必要な60歳以上の介護費用を3兆2千億円抑制できることが、政府の試算で分かりました。もし病気にかかった場合、その治療費を安くすることは出来ません。医療費を抑える為には病気にならない状態を保つことが重要と考えます。同じガンでも初期と進行ガンでは医療費の差は前述したとおりの差が出ます。初期で発見され医療費的にもそのあとの社会生活上でも、国や保険者にとって財政が苦しい状況を一市民として協力する姿勢こそ重要と考えます。

平成30年7月号掲載

埼玉県総合医局機構について

埼玉県医師会常任理事 利根川 洋 二

■埼玉県総合医局機構について

埼玉県の医師数は、人口10万人当たり152.8人（平成26年12月現在）と全国最下位です。

医師不足の原因は、医療の高度・専門化、都市部に集中する医師や臨床研修医、大学病院が研修医を指導する医師不足を補うため、地域の病院に派遣していた医師の引き上げを始めたことなど様々です。

例えば医師不足を解消するため、新たに医師を育成するには長い期間が必要です。埼玉県医師会では、即効性のある方法は、今ある人材を有効に活用することと考えました。さらに、埼玉県が医師にとって魅力的な県であると認識され、働きたいという医師がたくさん集まってくるような事業を目標に掲げました。

埼玉県民の健康を守る医師の確保に向け、埼玉県医師会と埼玉県では、平成25年12月に埼玉県総合医局機構を発足し、活動しています。

■埼玉県総合医局機構の主な取り組み

①医師の確保・派遣

1. 医学生への奨学金貸与：県内や県外の医学部に通う医学生に対して、奨学金を貸与しています。一定の要件に該当する医学生は返還が免除となります。
2. 研修医への研修資金貸与：県内で臨床研修を受ける研修医の方に研修資金を貸与しています。一定の要件に該当する研修医は返還が免除となります。
3. 無料職業紹介：県内の医師不足病院に医師を紹介しています。
4. 指導医の紹介：ベテラン医師を指導医として県内の病院に紹介しています。

②医師の支援

1. 埼玉県総合医局機構の派遣する医師が、どのような地域や病院で勤務してもキャリア形成ができる仕組みを構築しています。
2. 埼玉県女性医師支援センターを運営し、女性医師等が産休・育休から復職する際の相談に対応しているほか、復職研修や短時間勤務のため代替職員の雇用等行った病院に経費を助成しています。

③その他

将来、医師を目指す高校生向けの病院見学や医療体験会を開催しています。

平成28年10月号掲載

少子高齢社会における母子保健事業について

埼玉県医師会常任理事 長 又 則 之

① 新型コロナウイルス感染症対策

② 身近な病気を知る

③ 健康な生活のために

急速に進展する少子高齢化の中で、保健医療の課題には、高齢者の医療と福祉をどうするかだけでなく、これからの高齢社会を支える掛け替えのない次世代をどう健全に育成するか、少子化対策として母子保健事業の推進が強く求められています。

これについては、実は国民運動として、平成13年から「健やか親子21」の取組が行われており、平成27年度からは、現状の課題を踏まえ、第2次の計画が進められています。

この「第2次健やか親子21」では、切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策や妊娠期からの児童虐待防止策など5つの課題を掲げ、全ての国民が地域や家庭環境等の違いにかかわらず、同じ水準の母子保健サービスを受けられることを目指して、取組が進められています。

このうち、先ず、切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策について、本県の状況を見ますと、核家族世帯の割合が61.3%（平成27年国勢調査）と全国2位であり、また、25～44歳の男性の就業者のうち週60時間以上就業している方の割合が21.1%（平成24年就業構造基本調査）と全国5位であります。

こうした状況から、本県の妊産婦さんには、核家族世帯の割合が高く、育児に負担感があっても夫の支援が得にくく孤立しやすい状況が強く窺えます。

このため、本県では、市町村と協力して、市町村に妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために子育て世代包括支援センターを設置し、保健師等の専門職による母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供できるよう、きめ細かな相談支援を行っております。

なお、この子育て世代包括支援センターは、平成26年度に和光市から始まり、平成30年度には53市町村に設置され、平成31年度には県下全ての市町村に設置される予定です。

次に、妊娠期からの児童虐待防止策についてですが、最近では、マスコミにより連日報道されており、社会的にも大きな関心事であり課題となっております。

児童虐待の本県での状況は、平成29年度における県内児童相談所における虐待通告受付件数は13,393件であり、平成20年度の2,657件に対して5倍に急増しております。

この児童虐待について、保健対策としては、妊娠の相談や乳幼児の健診等の母子保健活動や地域の医療機関等との連携により、虐待発生のハイリスク要因を早期に発見し、保健師の家庭訪問による積極的な支援に繋げる等、児童虐待の予防や早期解決に向けて取組を進めております。

以上、本県における母子保健事業の概要を述べましたが、埼玉県医師会では、これらの事業の実施に当たり、県や各市町村の委員会等に参画し一体となって取り組んでおります。

また、埼玉県医師会内部に母子保健委員会を設置し、母子保健に係る調査を行うと共に、危険度の高い妊産婦や新生児を県内の別の病院に移す際、医療機関に代わって受け入れ先を探す「母体・新生児コーディネーター」事業を県から受託し実施するなど、周産期における救急的な取組から母子保健全般にわたる体制整備まで、多面的に活動しております。

健康保険委員の皆様には、是非、母子保健事業に関心をお持ちいただき、その推進に当たり、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

平成31年4月号掲載

地域包括ケアシステムと埼玉県医師会の取り組み

埼玉県医師会常任理事 廣 澤 信 作

急速に進む少子高齢化により医療と介護の連携が重要な課題になっており、従来の方法では対応できなくなり、そこで厚生労働省が提案したのが「地域包括ケアシステム」です。

「地域包括ケアシステム」で重要になるのは、各市町村が基本となって、住み慣れた地域で高齢者が「医療・介護・生活支援・介護予防・住まい」などの必要なサービスの提供を受けられるように包括的に体制を整備するという事です。かつては国が主体となって高齢者に向けた福祉事業が行われていきましたが、市町村が主体となることでボランティア団体等も協力し、地域住民が参加しやすくなり、且つ細部まで行き届くようになり、より一層手厚いサポートが受けられるようになります。

介護保険は市町村が所管し、支援や介護が必要になった時に、市役所や役場などの担当部署に直接行くこともできますが、地域包括支援センター（埼玉県内281カ所：平成29年11月6日現在）が、一番身近にあり、相談にのってもらえ、介護認定の申請の仕方なども教えてもらえます。介護のために離職する「介護離職」を防ぐためにも介護保険制度を利用して頂くのが賢明です。“介護が必要になったら地域包括支援センター”と教えているセミナーもあるようです。申請して概ね1ヶ月を目途に認定（支援1・2、介護1～5）が受けられます。

埼玉県では、いわゆる「団塊の世代」がすべて75才以上になる2025年には、2010年と比較して、75才以上は59万人から118万人（約2倍）と増加し、その増加率は全国1位で、単身の高齢者のみあるいは高齢者夫婦のみ世帯が49万から69万と約20万世帯増加するとされており、

埼玉県医師会としては、埼玉県庁と協力して、「地域包括ケアシステム」のうちの“医療（特に在宅医療）”の体制を整えるべく、県医師会内に「地域包括ケアシステム推進委員会」を立ち上げました。まず、「地域医療介護総合確保基金」を活用して平成26年度から活動を開始し、翌年度より本格的活動として、3段階のステップ：1）在宅医療連携拠点の整備と在宅医療支援ベッドの確保 2）ICTの活用 3）在宅医療連携拠点の市町村への移行 を設定しました。

1）在宅医療連携拠点の整備では、平成27年には15カ所、28年には更に15カ所と地域を広げ、最終的には29年4月に、埼玉県内の、30の郡市医師会の地域に「在宅医療連携拠点」（拠点）を設置することができました。各拠点には、介護にも精通したコーディネーター（看護師等）を配置し、本人・家族・地域包括支援センター・ケアマネージャーなどからの医療相談に対応し、往診医など関係職種につなぐ役割をしています。また、患者さんの退院時や通院困難になった時に拠点のコーディネーターに相談すると、往診医を紹介していただけます。いわゆる“ワンストップ”の体制になっています。往診医からは共有シートという、患者さんや家族から同意を得て、病名・病歴・アレルギーの有無・内服薬・介護者（キーパーソン）・連絡先・今後の治療方針などを記載した経過のわかる診療情報が提出され、適切に管理されます。共有シートは、肺炎・脱水など、あえて高度急性

期の病院を利用しなくても対応可能な状態で、入院が必要になった時に利用され、在宅医療支援ベッドへの入院時に患者さんの状況が容易に把握でき役に立ちます。入院先の在宅医療支援ベッドの確保に努めた結果、県内147の病院に協力いただき、それぞれの拠点の地域ごとに、あらかじめ毎日1床ベッドを確保して入院に備えています。

ここで、往診と訪問診療の違いについて説明しますが、(緊急)往診は、患者さんやその家族の求めに応じて自宅等に医師が赴くことで、訪問診療は、通院困難な方(一人では通院が難しく、介助がないと通院が難しくなった方が対象となります)の自宅等に、計画的に診察に伺うことです。今回は、わかりやすくするために、あえて往診医としています。埼玉県医師会には、「往診医登録システム」があり、各拠点から患者の近くの往診医を検索でき、また各登録医の対応可能な処置(胃瘻管理・人工呼吸管理など)も登録されています。平成29年12月末時点での実績は、拠点への相談件数は累計7,490件で、往診医登録は989名を確保でき、患者情報登録は4,007件(その他に途中で除かれた情報も約1,000件あります)で、ベッド利用が804件となっています。

2)のICTの活用ですが、MCS(Medical Care Station)を導入しました。埼玉県独自で使いやすいように、メンバーを限定し、ファイル管理機能・検索機能を強化し、管理者がファイルアクセス履歴を取得できるようになり、しかも、無料で利用が可能です。平成30年1月のユーザー数は3,777で、投稿数は7,458になっています。

3)の拠点の市町村への移行ですが、平成30年4月からは介護保険法の地域支援事業(在宅医療・介護連携の推進)に位置づけられ、市町村が主体となるとされています。この事業には、8項目があり、(ア)地域の医療・介護の資源の把握 (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援 (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援 (カ)医療・介護関係者の研修 (キ)地域住民への普及啓発 (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 となっております。埼玉県医師会では、これまでに、(ウ)と(オ)に相当する事業をしており、県庁も交えて、市町村と協力体制を更に進めてまいります。多職種連携が「地域包括ケアシステム」には重要ですが、県医師会・各郡市医師会や自治体と共同して進められています。

協会けんぽの会員の中には、高齢の親を単身あるいは夫婦のみ残して離れて暮らし、心配されている方々がおられると思います。ぜひ、「地域包括ケアシステム」(地域包括支援センターや、医療関係では在宅医療連携拠点など)をご理解・ご利用いただき、安心して仕事にも専念できるようにとおもいます。

平成30年4月号掲載

埼玉県の地域医療構想について

埼玉県医師会副会長 湯澤 俊

我が国では、急速な高齢化の進展により、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上になる2025年には、医療・介護の需要の大きな変化が見込まれています。中でも、埼玉県は2010年から2025年までの15年間で、75歳以上の高齢者人口の増加率が約2倍（約118万人：全国1位の増加率）になります。

このような中、医療や介護を必要とする県民に、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスの提供を受けられる体制を確保すること、すなわち、2025年に向け、地域特性を踏まえて、地域包括ケアシステム（医療、介護、生活支援、介護予防、住まいが一体的に提供できる体制）の構築と地域医療構想（限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにしていく）の策定が求められています。

地域医療構想は、2014年6月成立の「地域医療介護総合確保推進法」に則り、2015年4月施行の改正医療法により、各都道府県が定める医療計画の一部に加えられることになりました。埼玉県では、2016年10月に「埼玉県地域医療構想」が策定されました。その構成は以下のとおりです。

- ①地域の特性を踏まえた医療提供体制を構築するための構想区域を設定する（埼玉県では構想区域は10の二次保健医療圏ごとに設定、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置）。
- ②埼玉県の概況を示し2025年における医療需要等を推計する（将来の人口の予測、入院患者の受療動向、病床利用率及び平均在院日数の状況を示し、さらに、医療機能を、医療資源投入量により、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能に区分し、将来の医療需要及び必要病床数を推計する）。
- ③2025年における医療需要等を基に、（医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない）埼玉県の医療提供体制整備の方向性、さらに将来の必要病床数など地域医療構想の達成を推進するための体制を示す。
- ④地域医療構想は、区域ごとに策定することになっているために、区域ごとに入院患者の受療動向を基に、将来の医療需要を推計し、その上で必要な医療提供体制の整備の方向性を示す。

埼玉県全体では、2016年度の病床機能報告結果と2025年の必要病床数を比較すると、3,838床の不足（高度急性期は1,179床過剰、急性期は6,164床過剰、回復期は12,280床不足、慢性期は1,046床不足、休棟・無回答2,145床）との結果がでております。しか

し、地域によっては病床稼働率、平均在院日数の短縮、近隣都県流出入などがあるため、一概に約3,800床も不足していないのではないかとの意見もあり、今後も精査する必要があります。

また、急性期病床から回復期病床への転換は必要ですが、回復期のうち、地域包括ケア病棟は全体的に不足しているといわれていますが、一部には回復期リハビリ病棟は充足している区域もあります。

さらに、問題なのは、高齢化率の増加に比して、医師・看護師・介護職員数が全国平均より少ないことです。今後、10圏域ごとに設置された地域医療構想調整会議において、これらの問題を踏まえ、将来必要となる医療需要に対し、区域全体としてどのように対応していくかを協議していくことになります。

病床の機能分化・連携を進めるためには、医療機関の施設・設備の整備はもとより、在宅医療等の推進、医療従事者・介護従事者等の確保・養成が不可欠となります。

埼玉県には、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床機能への転換を進める医療機関に補助を行う等、地域医療構想の達成に向けた整備を支援していくことが大切になります。



平成30年1月号掲載

耳鼻咽喉科休日救急診療の実施

埼玉県医師会常任理事 小室万里

埼玉県医師会では、平成26年10月から、耳鼻咽喉科の休日救急診療を実施している。休日や夜間に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、埼玉県内では対応可能な医療機関が極端に少なく、救急隊や救急患者自身が受診先を探すことに苦慮していた。

県医師会が24時間体制で実施している「救急医療機関の電話案内」においても、長年にわたり耳鼻咽喉科が「案内できない診療科目」のトップであった。

そこで、県民の救急医療に対するニーズに応えるため、県と協力しながら、日曜・祝日・年末年始の午前9時から午後5時まで、耳鼻咽喉科の救急診療を始めた。

現在は、県内を東西2地区に分けて診療所を中心とした在宅輪番制で初期救急を実施するとともに、診療所では対応できない重症患者のために、大学病院などによる二次救急医療体制も併せて整備している。

都道府県単位で耳鼻咽喉科に特化した救急を行っているケースは少なく、初期救急と二次救急の双方を実施しているケースはさらに少ない。

平成27年度は、72回の診療を実施し、3,275人が初期救急を受診した。このうち42人が重症のために二次救急に送られ、うち20人は入院が必要であった。

年齢層別の患者数は、

0歳～9歳	38.4%
10歳～19歳	9.9%
20歳～29歳	11.6%
30歳～39歳	15.4%
40歳～49歳	10.5%
50歳～59歳	5.7%
60歳～69歳	4.6%
70歳～79歳	3.1%
80歳以上	1.0%

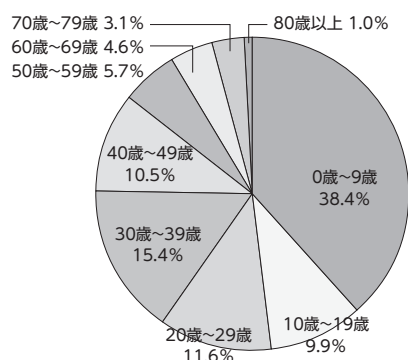
であり、受診者の約半数は子供であった。

疾患別の患者数は、

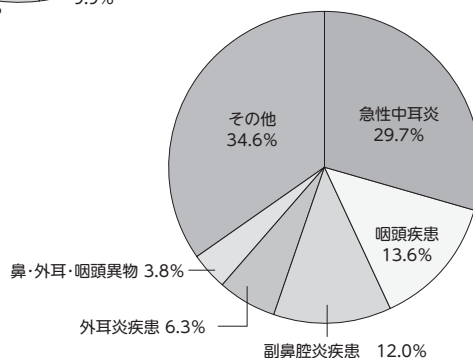
①急性中耳炎	29.7%
②咽頭疾患	13.6%
③副鼻腔炎疾患	12.0%
④外耳炎疾患	6.3%
⑤鼻・外耳・咽頭異物	3.8%

であり、急性中耳炎が3分の1を占めている。

【年齢層別患者数の割合】



【疾患別患者数の割合】



この事業の実施により、それまで患者が集中していた大学病院等の数少ない受け入れ機関の負担が減っている。前述のとおり、患者の多くは軽症患者であるため、高次救急医療機関は本来の役割に集中できるようになったといえる。

埼玉県は、人口当たりの医師数が全国最下位であるなど、医療供給体制は厳しい状況にあるが、県民の命を守る救急医療については、工夫と情熱により更に充実したものにしていきたい。

平成28年7月号掲載

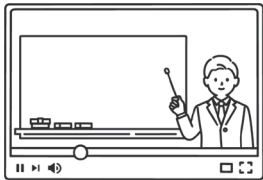


ダウンロード・印刷してご使用いただけます

本誌「健康に役立つ医師会コラム集」は、埼玉支部ホームページからダウンロード・印刷してご使用いただけます。内容に応じて社内に掲示、従業員様へお配りいただくなど、ぜひご活用ください。

協会けんぽ埼玉 健康に役立つ医師会コラム集

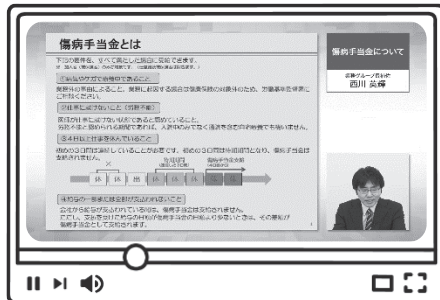
検索



埼玉支部のYouTubeチャンネルのご案内

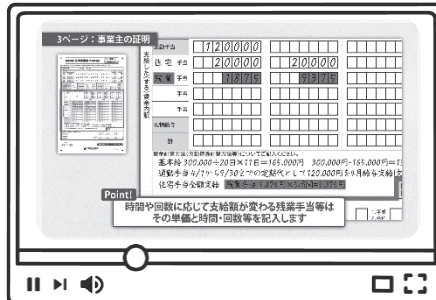
日頃の健康保険事務や皆様の健康づくりにお役立ていただけるよう、動画共有サービス（YouTube）にて、動画を配信しています。

健康保険委員研修動画



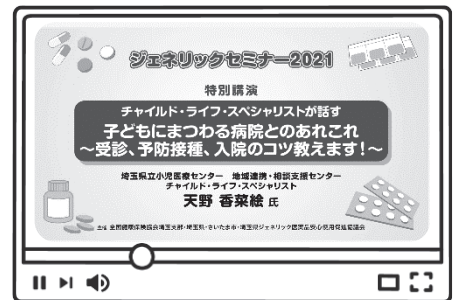
- ・ 傷病手当金について
- ・ 健康づくりサポートと重症化予防について
- ・ 肝炎ウイルス検査受検勧奨のお願い
- ・ がん検診受診勧奨のお願い
- ・ 「埼玉県健康経営認定制度」について

申請書の記入方法動画



- ・ 傷病手当金支給申請書
- ・ 高額療養費支給申請書
- ・ 任意継続被保険者資格取得申出書

各種セミナーの講演動画



- ・ 2020健康経営セミナー
- ・ ジェネリックセミナー2021

お手続きの
参考に



社内での
研修会にも



今後も更新を予定していますので、ぜひご活用ください

協会けんぽ埼玉支部
ホームページのバナー
からご覧いただけます



お役立ち/
動画 
はこちらから



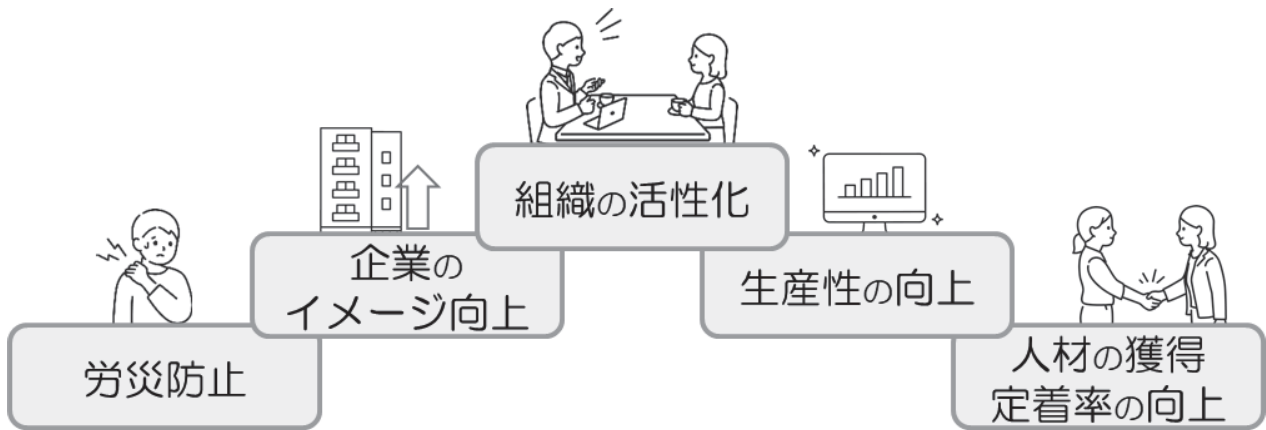
申請書の書き方や
セミナーの様様を動画で
ご覧いただけます。



健康経営®で会社を元気に！

※健康経営®はNPO法人健康経営研究会の登録商標です。

健康経営とは、従業員の健康保持増進の取り組みが、将来的に収益性等を高める「投資」であるとの考えのもと、「健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践すること」です。

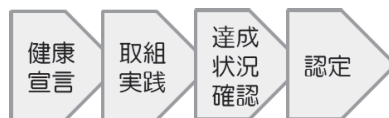


企業が従業員の健康保持・増進を行うことは
組織の活性化、業績の向上や優秀な人材獲得などにもつながるものと考えられています。



まずは 健康宣言から

企業全体で従業員の健康づくりに取り組むことを宣言することから始めましょう。「健康宣言」を行い従業員の健康づくりに取り組む企業には、協会けんぽ埼玉支部が取り組みのサポートを行い、一定の取り組みを行った企業には認定や表彰を行います。



詳しくは埼玉支部のホームページをご覧ください。

協会けんぽ埼玉 健康宣言

検索

取り組みやすいことから始めて
継続しましょう！

こんなことも
健康経営

時間を決めて
みんなで体操



社食にヘルシー
メニューを追加

感染症対策の
呼びかけ・実施





保険証の提示でお得に！ メンバーシップ特典サービスのご案内

協会けんぽの保険証を提示するだけで、スポーツクラブや温泉施設等で、様々なサービスを受けられます。健康増進やリフレッシュの機会にご活用ください。



ご利用いただける施設・特典サービス等については、埼玉支部ホームページからご確認いただけます。リーフレットもダウンロードいただけますので、ぜひ従業員様にお知らせください。



協会けんぽ埼玉メンバーシップ

検索

埼玉県医師会からのお知らせ

埼玉県からの委託を受け 救急医療情報センターを運営しています

埼玉県救急医療情報センターでは、24時間、急な病気やけがの際に家庭での対処方法や医療機関への受診の必要性について、看護師が電話で相談に応じます。

また、受診可能な医療機関の紹介も行っています。

電話番号 **#7119**

または **048-824-4199** (ダイヤル回線・IP電話・PHS・都県境でご利用の場合)

音声ガイダンスにより相談したい窓口を選択

- ①子どもの相談(小児救急電話相談) ※対象は中学生まで
- ②大人の相談(大人の救急電話相談)
- ③医療機関案内(子ども・大人に対応)

医療機関案内をご利用の場合

- ・ 歯科、口腔外科、精神科は除きます
- ・ 医療相談のお答えはできません
- ・ 案内された医療機関を受診する前に、必ずその医療機関に電話でご確認ください
- ・ お問い合わせに対し、ご案内できない場合もありますので、御承知おきください



埼玉県指定診療・検査医療機関が検索できます

埼玉県では、新型コロナウイルス感染症など発熱等の症状がある方の診療を行い、必要な検査を行う医療機関(診療・検査医療機関)を全て公表しております。

医療機関をお探しの方は、埼玉県のホームページを参照ください。

ホームページURL : <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0710/hpsearch.html>

注意事項

- ・ 他の症状の患者様と接触しないように発熱患者専用の受付時間を設定しています。
必ず事前に電話連絡をしてから受診してください。
- ・ 検査は医師が必要と認めた場合に限り行われ、漠然とした不安がある、陰性証明がほしいという理由での検査はできません。
- ・ 診療のみを行い、検査は連携する医療機関へ引継ぐものも含まれています。
- ・ 受診の際はマスクを着用し、医療機関の指示に従ってください。
- ・ 公共交通機関の利用は控えてください。





健康に役立つ医師会コラム集

2022年1月 発行

■発行者■ 全国健康保険協会 埼玉支部
〒330-8686
埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2（JACK大宮）16F
TEL：048-658-5918（企画総務グループ）
URL：<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/saitama/>