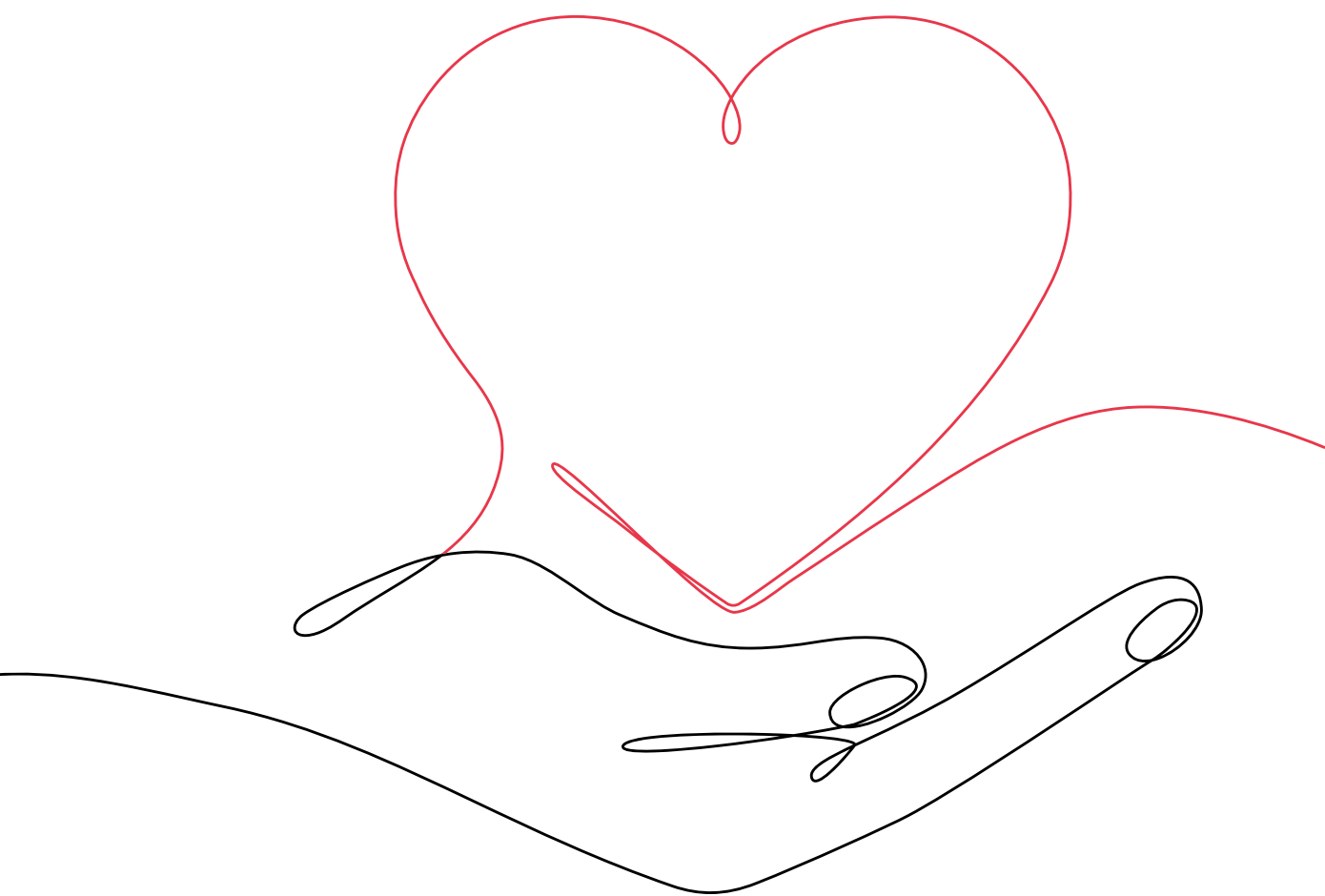


あらゆる人々が健康で生きる喜びに満ちた社会の実現

健康コンシェルジュ

創刊



特集 糖尿病診療の今

「健康コンシェルジュ」発刊に寄せて

ユニバレオグループ代表取締役 久川 聡

特 集

糖尿病診療の今

なぜ「糖尿病」なのか 2

株式会社保健科学研究所 顧問
昭和医科大学名誉教授
高木 康

患者さんと医師のウェルビーイング 4

仁愛医院 院長
吉村 中行

小児糖尿病サマーキャンプ 8

市立札幌病院小児科 理事
北海道つぼみの会サマーキャンプ 指導医
佐野 仁美

糖尿病患者の治療 14

さなだ消化器・乳腺クリニック 院長
眞田 克也

患者さんをつなぐ心の糸 20

医療法人育慈会 いわしなクリニック 院長
岩科 弘純

病院、クリニック ご紹介

あなたのおなかとおしりを守ります 26

おなかとおしりのクリニック 東京大塚

診療上、経営上で気をつけていること 28

秋山クリニック

100年の歴史と最先端医療で地域に貢献 30

八重瀬会同仁病院

糖尿病 豆知識 32

臨床検査のこれからの役割 34

ユニバレオグループ事業紹介 36

編集後記 38

ユニバレオグループ情報誌

「健康コンシェルジュ」発刊に寄せて

私どもユニバレオグループは、臨床検査事業を展開する株式会社保健科学研究所をはじめとした保健科学グループをホールディングス化し、2022年より、新たな事業グループとして取り組みを加速させました。

グループの中核となる株式会社保健科学研究所が、1955年の設立以来、検査センターのパイオニアとして70年の長きにわたり歩んでこられたのも、ひとえに諸先生方のお力添えとあたたかい励ましによるものです。心より感謝申し上げます。ありがとうございます。

ユニバレオ／UNIVALEOには、あらゆる（universal）世代の人々の健康な（valeo）生活を支えるために独自の価値を提供していく・・・ こうした決意が込められています。

ユニバレオグループは、祖業である臨床検査事業を柱としながら、70年にわたる実績と経験を活かし、水質・環境検査、健康診断、介護、医療コンサルティングなど幅広い事業を展開しています。そして、経営方針として掲げた「あらゆる人々が健康で 生きる喜びに満ちた社会の実現」を目指し、持続的な成長に向けて挑戦を続けています。

これを具現化するための行動指針のテーマは「人に寄り添う健康コンシェルジュ」です。

こうしたユニバレオグループの思想を踏まえ、このほど、諸先生方の医療へのお取り組みに少しでもお役に立てれば、との思いのもと、医療をはじめ広く健康につながることを目的とした情報誌「健康コンシェルジュ」を発刊することといたしました。

株式会社保健科学研究所が、2005年春から2022年春まで発行しておりました「Cefiro（セフィーロ）」の後継となりますが、同誌が主に医療研究者の方々にご執筆いただいた学術的な色合いの濃い内容であったものから、大幅に見直しをいたしました。

新たに生まれ変わった情報誌「健康コンシェルジュ」は、平素より“地域医療”を支えておられる開業医の先生方にご執筆をいただき、日々、患者様と向き合っておられる“医療の現場”でのお取り組みをご紹介いただくことを主旨としております。病院、医院・クリニックの職員の方々はもとより、患者様にもお読みいただけるものと思っております。皆様方のご参考になれば、望外の喜びでございます。

私どもユニバレオグループは、70年におよぶ臨床検査事業を通じて培ってきた財産を活かし、様々な事業間のシナジー効果を高めながら新たな価値を創造し、「人に寄り添う健康コンシェルジュ」としての役割を着実に果たすために、たゆまぬ努力を続けて参ります。

今後とも、変わらぬご指導、ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

ユニバレオグループ代表取締役

久川 聡

特 集 糖尿病診療の今

なぜ「糖尿病」なのか

今般、ユニバレオグループの情報誌「健康コンシェルジュ」が発刊されました。

記念すべき第1号のテーマは「糖尿病」としました。厚生労働省の調査によると糖尿病で現在治療を受けている患者総数は552万3,000人（男性317万7,000人、女性234万6,000人）で、予備群（空腹時血糖値が100～125mg/dL、またはHbA1cが6.0～6.4%の範囲にある「境界型」の状態）を含めるとおよそ2,000万人、つまり国民の6人に1人と関わりのある国民病です。第1号のテーマに「糖尿病」を選抜したのは国民病であり、病院だけでなく、診療所・クリニックの医師は少なからずこの国民病と対峙していると考えたからです。

糖尿病は患者数が多いばかりでなく、診断と治療、予防に注目されています。糖尿病は「サイレントキラー（silent killer）」と呼ばれています。これは病初期では自覚症状がほとんどなく、知らないうちに進行して深刻な合併症（網膜症、腎症、神経障害など）を引き起こすためです。この症状がほとんどないときでも臨床検査値には異常が認められます。このため、糖尿病は臨床検査が特に有用である疾患・病態の一つとされています。近年では糖尿病の検査項目も血糖や尿糖に加えて過去の平均血糖値を反映するHbA1cやグルコアルブミンも活用されるようになり、患者の糖尿病コントロールの状態を担当医師に提供して、適切な糖尿病治療が可能となりました。また、世界で初めて免疫学的測定法（RIA法）が開発された項目はインスリンであり、インスリンは内因性分泌動態の追跡のために測定されています。そして、インスリン治療時には内因性インスリン分泌状況の追跡にC-ペプチドが利用されています。このように糖尿病診療は臨床検査の向上にも貢献しています。

多種多様な治療薬が開発されているのも糖尿病です。インスリンを増やす薬、インスリンの効き目を高める薬、糖の吸収を抑える薬、尿から糖を排出する薬など。このようにインスリン製剤が日々開発され、医師は患者の病態を把握して適切な治療薬を選択します。

糖尿病は成人の病気と思われがちですが、現在では小児の糖尿病、妊婦の糖尿病も注目されています。小児の糖尿病も従来は体内のインスリンの分泌が完全に不足・欠乏していて、インスリンを注射で補充しなければならない1型糖尿病が注目されていましたが、最近では小児の肥満が急増し、2型糖尿病も増えてきています。1型糖尿病では家庭でのインスリン注射と血糖自己測定が必要です。また年齢にあわせた摂取カロリーを守った規則正しい食事をしていれば、厳格な食事療法は必要ありません。運動制限もなく、健康なお子さんと同じように運動や課外活動に参加できます。

妊娠糖尿病は、妊娠中に初めて発見される、または悪化する糖尿病です。妊娠中に特有のホルモンバランスの変化により、インスリンの働きが低下し、血糖値が上昇しやすくなることが原因です。また、妊娠高血圧症候群、妊娠中毒症など通常よりも2型糖尿病を発症するリスクが増加します。胎児への影響（先天異常、巨大児など）とも関連して、妊娠糖尿病の独自の診断基準も提唱されています。

今号では地域医療を担う病院・クリニックの医師が日頃から実践されている糖尿病診療における「想い」、サマーキャンプによる小児糖尿病治療、糖尿病薬物治療の実際について執筆いただきました。いずれも糖尿病診療と向き合う筆者の皆様の“心”がこもった素晴らしい玉稿です。今後も日常診療に関するテーマで、地域医療を担っておられる臨床諸家の皆様の「想い」をまとめるつもりでおります。

どうぞよろしくお願いいたします。

株式会社保健科学研究所 顧問

昭和医科大学名誉教授

高木 康

患者さんと医師の ウェルビーイング

東京都町田市で糖尿病や脂質異常症、高血圧などの生活習慣病を中心に診療をしている仁愛医院の吉村です。私は東京都医師会生活習慣病対策委員会の委員として仕事をしております。この委員会では、年度毎に東京都医師会からの諮問への答申を活動の一環としていますが、昨年度のテーマが「ウェルビーイングを目指しての生活習慣病対策」となっていました。

その中で私は「患者さんと医師のウェルビーイング」について答申を作成しました。

実際に書き始めると、これが存外に難しいのです。無症状で身体的苦悩のない患者さんとウェルビーイングという言葉の親和性が低いように感じたためです。『ウェルビーイング』は、WHOではHealth is a state of complete physical, mental

and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にある)とされています。原発性アルドステロン症や家族性高コレステロール血症など生活習慣とは無縁に高血圧や脂質異常症を発症するものの、その人の生活習慣次第で改善が見込める病態をもつ時と同様の症状をもつ患者さんと多く接する立場として、社会的スティグマ(≒烙印といったニュアンスでしょうか)の標的となり得る「生活習慣病」という用語には以前から違和感がありました。

卵黄の摂取ひとつとっても血清LDLコレステロール値への影響にhyper responder (上がりやすい人)とhypo responder (上がりにくい人)がいることから、同じ生活習慣でも脂質異常症になるかには個人差がありますし、同じ生活習慣を送っていても糖尿病になる人とならない人がいます。生活習慣や年齢の影響を受ける多因子疾患は本邦以外ではNCDs(non-communicable diseases:非伝染性疾患)と呼ばれ、「生活習慣病」という用語が用いられているのは日本のみです。

「あの人は自己管理ができないから太ってるし、糖尿病なんだ」などと言った、『患者自己責任論』的な烙印や誤解を是正する動きは各学会等で活発化していますが、診察室の中の医師－患者関係について言語化する中で、自分の過去の診療を個々の患者さんのパーソナリティー等と一緒に翻ってみると「なんで生活習慣を変えてくれないん

だろう」、「なんでこのままだと大変なことが起こるかもしれないのに分かってくれないんだろう」など、患者さんへの陰性感情を想起させられたことは否定できません。

Difficult patientとは一般的に医療技術的に治療が困難であるケースと患者対応が難しいケースに分けられますが、日常診療では後者が多く、治療そのものより患者とのやりとりや関わりの中で医療者が難しさを感じるケースを指し、対応困難例とも評されます。

相当する患者は一般外来患者の6分の1(約15%)とも言われ、医師側はストレスを感じつつ診療を行うため、医師の本来のパフォーマンスが発揮され難く診療エラーが増加しやすいことが知られています。

医師の患者への陰性感情として特にVisceral bias(患者に対して抱く感情が影響する)、Confirmation bias(診断仮説に反証的根拠を見つけず仮説を裏付ける証拠のみを探す)、Premature closure(自信過剰や診察を早く終えたい気持ちなど)、Psych-out error(精神疾患を遠ざけるエラー)の4つが挙げられています。Difficult patientとは、担当医に強い陰性感情、すなわち「イライラする(irritated)」、「気が滅入る(heartsink)」、「嫌だ(hateful)」といった感情を引き起こしますが、確たる定義はないもののDifficult patient encounter(難しい患者への対応)により医師のバーンアウトは約12倍になると言われています。

しかしDifficult patient encounterは患者要因だけでなく医師要因、状況要因があり、患者側のみの問題ではありませ



吉村 中行
仁愛医院 院長

吉村 中行(よしむら なかゆき)
2002年 帝京大学医学部卒業
2002年 東京女子医科大学糖尿病センター
2003年 帝京大学医学部付属病院内科
2005年 同 大学院医学研究科 寺本民生教授に師事
食後高脂血症と糖尿病・動脈硬化についての研究に従事
2009年 同修了 学位取得
2009年 帝京大学医学部付属病院内科 助教
2013年 仁愛医院 院長

医学博士
日本内科学会認定内科医
日本糖尿病学会認定糖尿病専門医
日本動脈硬化学会認定動脈硬化専門医
町田市医師会理事
東京都南多摩圏域糖尿病医療連携検討会委員
東京都医師会生活習慣病対策委員会委員

ん。患者要因には「怒っている患者」、「患者パーソナリティ」、「ノンアドヒアランス」、「頻回受診」など、医師要因には「疲労」、「コミュニケーションスキルの不足」、「診断スキルの不足」、「ドグマティックな医師・尊大な医師」、「共感力の不足」など、状況要因として診察室に患者の付添人を含めた多くの関係者がいる「騒がしい環境」、「悪い知らせ(bad news telling)」などが挙げられています。

特に、共感(empathy)が不足している医師は、difficult patient encounterを感じやすいと言われ、さらに明白に除外すべきは「ドグマティックな医師・尊大な医師」と言われており、個人的な信念や価値観、医療に関する信念だけを誇張、優先し、患者への正しい情報提示すら妨げることが危惧されています。

『ハリソン内科学』の第一章、第一節には「多くの患者が心配と不安を抱えている。医師の人柄の温かさやopenness（心が開かれていること、どんなことでも聞いたり話したりできること）に裏付けられた専門的職業人としての態度は、患者の不安を軽減することや病歴の全ての側面を共有することに大いに役立つ。ケアをしていく医師にとっての本質的な特性は共感(empathy)と思いやり(compassion)である。」とあります。

医師の共感と患者満足度は相関し、患者の不安と苦悩を鎮め、診断が正確になり、よいClinical Outcomeをもたらし、共感患者の治療の主体性を高め(empowerment)、医師が患者の見解(perspective)を評価し、共感を表現す

ることで、患者は自分のことをよく知ってもらっており、評価され、安心安全な環境にあるという感覚を持ち、ネガティブな感情(恐れや不安)が減少し、よりポジティブな感情(希望、楽観、自己価値観)に変わり、ウェルビーイングに向かうとされています。また医師-患者コミュニケーション(Patient-centered communication)は身体症状の軽減をもたらす可能性があり、身体に触れることや言葉のトーンなど非言語的な行動も役に立つと言われています。

例えば、Addition Cambridge studyは、新規の2型糖尿病患者さん628名を約10年、CARE measureという質問形式のアンケートを用いて追跡した心血管病発症と全死亡に対する観察研究ですが、発症後1年の時点で医師からの共感の程度を含めた診療の質が高いと感じた患者では、全死亡のリスクが減少していました。

また共感性が高い医師の治療を受けている患者のHbA1cやLDL-コレステロールは、共感性の低い医師の治療を受けている患者のそれよりも有意に良好でした。進行がんにおいても、医師の共感性が高いと感じた患者の不安度は低く、満足度や感情的ウェルビーイングが高いと報告されています。



医院外観

行動経済学では、人間の意思決定には合理的な意思決定から系統的に逸脱する傾向、すなわちバイアスが存在すると想定されます。意思決定には「直感的で素早いもの」と「合理的でゆっくりしたもの」に分けられ、二重過程理論と呼ばれます。日常の多くの意思決定は直感的で速い意思決定が強く働きますが、それに近道による意思決定を意味し、「経験則」などと訳される「ヒューリスティクス」が関与するとされます。

医療現場における意思決定は、がん治療、終末期医療の決定プロセス、一刻を争う急性期循環器疾患、臓器提供等の方針決定などの多岐に及びますが、日常と異なりさらにストレスが加わった状況では、人間は理性的な判断をしにくくなる可能性を孕んでいます。

生活習慣病の中で特に高血圧、脂質異常症、糖尿病などに加えて喫煙習慣なども身体的損失を来す以前である現在を、どれだけ重視して生活習慣の改善や服薬の開始や継続などのセルフケア行動を将来の健康の価値のために起こすかという点で、現在バイアスによる先送り行動や損失回避が発生しやすくなり、特に罹患率が高い高齢者では、利用可能性ヒューリスティクス(記憶に残っていて心に思い浮かびやすい事象にその確率が低くても過大な評価を与えてしまったり、専門家の助言よりもテレビ等でのセンセーショナルな事例を信頼してしまうこと)や現状維持バイアス(変化を避けて現状維持を選びやすくなること)、バンドワゴン効果(テレビやインターネットで話題の健康法は、みんながやっているので安心でき、ついつい取り入れたくなくなってしまう

待合室



診察室



たり、ある行動を多数が選択しているほど、その行動を選択する者がさらに増加すること)がしばしば認められる点を念頭に置くべきと考えられます。

このテーマについていろいろ調べるうちに、患者さんへ陰性感情を向けることがあまり生産的でないことに気付かされました。血圧コントロールが悪い原発性アルドステロン症の患者さんに減塩の不徹底に対して医師が怒りをぶつけても顕著な改善は望みにくく、患者さんは怒られ損です。誤って原発性アルドステロン症と診断されていないと、なおさらに医師に問題があります。これでは両者ともウェルビーイングには程遠い状態です。

正論だけでは臨床の現場は機能しませんが、「患者さんには患者さんなりにいろいろあるんだよなあ」という気持ちを持って診療にあたると、不思議と、患者さんへの陰性感情自体が最近減ったかなと思わなくもない気がします。

私の「なんで～してくれないんだろう」は、共感に達する以前のコミュニケーション力や問題点を検索する力が不足していたことを含めた診療スキルの低さの証拠です。しかしこの文章を書いている前日に、仕事が多忙で半年ぶりに受診された糖尿病の患者さんからは「先生さあ、もっと怒らないとダメだよ。優しいと甘えちゃうよ。」と言われて困惑する自分もいます。

北海道つぼみの会 小児糖尿病サマーキャンプ



佐野 仁美

市立札幌病院小児科 理事
北海道つぼみの会サマーキャンプ 指導医

1.はじめに

1型糖尿病の子どもたちとその保護者にとって、常にインスリン治療を継続し、低血糖や高血糖に注意しながら日常生活を送ることは容易なことではありません。小児糖尿病サマーキャンプは、同じ病気をもつ仲間と出会う思いを共有する貴重な場となっています。ここでは北海道つぼみの会サマーキャンプについて、医療スタッフの立場からご紹介します。

2.糖尿病キャンプの歴史

インスリンの発見から4年後となる1925年に米国で世界初の小児糖尿病サマーキャンプが行われました¹⁾。日本では1963年に丸山医師らが千葉県脇山海岸で初回キャンプを開催し²⁾、1977年には全国13か所、現在は日本糖尿病協会主催のもと全国約50

佐野 仁美(さの ひとみ)
横浜市出身
北海道大学医学部卒業
北海道大学病院、市立旭川病院、日鋼記念病院、
埼玉医科大学総合医療センター小児科勤務
札幌医科大学医化学講座で研究に従事

2007年 市立札幌病院小児科
2019年 同院 小児科部長
2025年 同院 理事

2008年より北海道つぼみの会サマーキャンプに毎年参加
2024年 同会 指導医

専門 -----
小児科(専門医・指導医)、 糖尿病(専門医・指導医)、
小児内分泌(専門医)

か所で1,000人以上のキャンパーが参加する活動³⁾となっています。1型糖尿病をもつ小児・若年者のみが参加するキャンプもあれば、保護者も参加しつつキャンパーと別行動をするキャンプ、家族単位で参加するファミリーキャンプなど、各地域で独自の取り組みがなされています。

3.北海道における 糖尿病キャンプの歴史

北海道の糖尿病キャンプは全国で7番目に誕生しました。第1回は1974年、鈴木忠男医師らが中心となり道立深川青年の家で2泊3日間行われ、キャンパー6名、スタッフ17名、家族8名が参加しました。以後、最長5泊6日、最多56名のキャンパーが参加する規模となり、小学3年生以下の親子キャンプ(2泊3日)と4年生以上のキャンプ(4泊5日)という二部制で開催された時期もありました。

第18回(1991年)以降は3泊4日で固定となり、小中学生のキャンパーと高校生以上のヤングを合わせた1型糖尿病の参加者は最多で75名にのぼりました。第44回(2017年)以降の毎年の参加者数は、キャンパーとヤングで40名前後、保護者やボランティアなど合わせた総勢120~150名です。

開催地は深川以外に洞爺、札幌市滝野、伊達、羊蹄山麓など変遷しましたが、2002年以降は深川で継続中です。2020~22年はコロナ禍のため残念ながら休止しましたが、2023年に家族キャンプが試みられ2024年から従来形式で再開となりました。これまで松浦信夫・福島直樹・母坪智行・伊

藤善也医師らがキャンプを牽引し、医療面の支援は現在道内3大学が協力しており、札幌・旭川を中心に複数の医療機関から医師・研修医・看護師・薬剤師・検査技師・栄養士など多職種のボランティアが集合します。看護学校や教育大学などの学生も参加しています。

学術的研究も複数なされ、松浦医師らは長期予後に関する調査結果をまとめています⁴⁾。時代とともに、大学や医師主導のキャンプから患者会(北海道つぼみの会;太田和幸会長)主体のキャンプへと発展してきました。つぼみの会事務局の尽力は多大です。

北海道の特徴として、とにかく土地が広く、都市に限られ人口が少ない地域が多いため、1型糖尿病を発症しても同じ病気の子に出会ったことがないという状況が多くみられます。そのためキャンパーだけでなく保護者の参加も多く、保護者同士の交流を深めてもらう場になっています。初参加の場合は保護者も参加いただく原則が続いていましたが、家庭事情も鑑み、2025年からは、小学4年生以上のキャンパー単独の初参加も可となりました。

4.北海道サマーキャンプの 実際

1型糖尿病をもつ高校生以上(ヤング)はスケジュールの企画・実行役として、つぼみの会事務局のメンバーと毎年早春から準備に入ります。参加者募集や施設交渉を含む様々な業務を事務局が担当し、事務局・ヤング・医療本部の医師や看護師、さらに参加企業の担当者を交えて5月から複数回の会議

2025 年				
第49回 サマーキャンプ スケジュール (子ども・スタッフ用) 7/15版				
	1日目 8月1日 金曜日	2日目 8月2日 土曜日	3日目 8月3日 日曜日	4日目 8月4日 月曜日
		晴天 雨天	晴天 雨天	
6:00	今年も始まるにゃあ！ 	起床 (6:30)	起床 (6:30)	起床 (6:30)
7:00		血糖確認・注射・(ケトンチェック) 朝食(7:35~8:15)	血糖確認・注射・(ケトンチェック) 朝食(7:35~8:15)	血糖確認・注射・(ケトンチェック) 朝食(7:30~8:15)
8:00		朝の集い/体育館 (8:20~8:40)	朝の集い/体育館 (8:20~8:40)	8:30~部屋点検
9:00		勉強会 (9:00~10:00) 『1型糖尿病とは、付き合い方etc』	体育大会 (9:00~11:30) 体育館	開会式 (8:45~9:45) 多目
10:00		まあふへ移動(動きは別紙参照)		10:00 バス出発予定
11:00		血糖確認・注射 (11:30~)	血糖確認・注射 (11:50~)	11:30 桑園駅着 解散
12:00			昼食 (12:00~13:00)	
13:00		BBQ、水遊び(動きは別紙参照)	勉強会 ノボ/多目的 (14:00~15:00) 体育館使用 不可！	
14:00	JR桑園駅出発(バスの場合) バス到着 部屋へ荷物運ぶ	14:30~ネイブルに帰る	15:00~ 血糖確認・注射 おやつ 感想文・荷物整理	
15:00	オリエンテーション/多目 (15:45)	15:00~ 血糖確認・注射 おやつ 食べ終わ次第 自由時間/体育館使用可能	16:00~ 聖火降参/宮火場 (キャンプファイヤー準備)	
16:00	開会式 (16:00)		血糖確認・注射 (17:00~)	来年もよろしく！
17:00	血糖確認・注射 (17:00~)	血糖確認・注射 (17:00~)	夕食(17:30~18:20)	
18:00	入浴(食後~18:50)	入浴(食後~18:40)	入浴(食後~18:40)	
19:00	室内ウォークラリー/多目 (19:00~20:30)	緑日/多目 (19:00~20:30)	キャンプファイヤー/宮火場 キャンドールサービス/多目的 (19:00~20:00)	
21:00	血糖確認・(注射)・補食 入浴 (20:45~21:45)	血糖確認・(注射)・補食 入浴 (20:30~21:30)	血糖確認・(注射)・補食 入浴 (20:30~21:30)	
22:00	スタッフミーティング/多目的 21:45~22:00 消灯	スタッフミーティング/多目的 21:45~22:00 消灯	スタッフミーティング/多目的 21:45~22:15 消灯	

PMは体育館自由 (夕食まで)

図1) 第49回北海道つばみの会サマーキャンプ(2025年)のスケジュール

を重ねます。われわれ医療本部は療養指導的視点に立ち安全な医療キャンプ運営を目的に、キャンパーの治療内容の確認、医療スタッフの部屋配置、適切なキャンパー見守り

方法の検討、スケジュールの安全面の確認、勉強会の設定、持参する医療物品・薬品の確認などを事前に行います。キャンプの1~2週間前には、参加するスタッフ向けの全体

説明会が開かれ、初参加あるいは小児1型糖尿病の診療経験がないスタッフに向けての基礎講義を行い、キャンプという活動ができるだけ理解し参加への目的をもってもらうよう啓発しています。

実際のキャンプでは同室3~4人のキャンパーに対し部屋担当スタッフが常に行動を共にし、インスリン量の決定や低血糖対応だけでなく生活面もサポートします。日中の活動量が多いため低血糖になりやすく、医療本部と連携しながら深夜の対応も行います。従来はインスリン自己注射と血糖実測が基本でしたが、近年はインスリンポンプが普及し、さらに皮下グルコースモニターによる「血糖の見える化」が常識となり、皮下グルコース値と連動してインスリン注入が自動補正されるポンプの使用者も増えました。キャンパーの使用機器が多様化しています。

図1)は2025年8月に開催された第49回サマーキャンプのスケジュールです。ウォークラリーや縁日など室内企画のほか、広場(図2)で恒例のバーベキューや水風船遊び、体育大会では5本綱引きやリレーなどで盛り上がりました。勉強会は毎年テーマや方法を変えていますが、今回は小学生を2グループに分けて小児科医・検査技師によ



図2) 第49回北海道つばみの会サマーキャンプ(2025年)の集合写真

る分かりやすい講義、中学生向けには大学生のヤングが自身の体験をふまえ、周囲への糖尿病の告知をテーマにグループワーク形式の講義をしてくれました。初企画としてプロのサイクリングチームで活躍していた1型糖尿病のスペイン人選手が来日しての講演もあり、キャンパーから多くの質問が飛び出しました。

また、今回初めて武市尚子道議会議員が視察に訪れ、キャンプの実情や医療費の問題などをお伝えする機会となりました。最後の夜は恒例のキャンプファイヤーで全員とハイタッチして締めくくり、最終日の閉会式では初参加のキャンパーに対する表彰式が行われました。「初めて自己注射できたで賞」とか、「みんなを盛り上げたで賞」など、毎年のことですが見ていると臉が熱くなるものです。

5. キャンプの目的、意義、課題

糖尿病キャンプの目的は、なんといってもキャンパーが仲間を作って共に楽しい時間を過ごし、自分はひとりではないと感じ、病気の正しい理解を深めて将来の自立につなげることですが、同時にスタッフにとっては貴重な経験や学びを得る機会であり、保護者にとっては交流と休息の場、社会的には1型糖尿病の啓蒙となる意義をもちます。

それまで保護者がインスリン注射をしていた初参加の子が、キャンプでは仲間や先輩がいる場で初めて自己注射できる(図3)、あるいはキャンプをきっかけに教室で自己注射できるようになった子もいます。キャンプはどうあってほしいか?ご自身が1型糖尿



図3)初めての自己注射

病でありキャンパーの父親でもある田島和仁事務局長が掲げた言葉が、大事なことを伝えています(図4)。

これまでキャンパーの多くから「とても楽しかった」という発言が聞かれ、感想文では「じぶんは生活しゅうかんのとうによびようとはちがうということがはっきりとむねをはりいえるようになった(小4)」「ヤングの人がすごいと思いました。僕がヤングになったら、あんなふうになりたいです(中1)」「ここでできた最高の仲間を大切にしたいです(中3)」など書かれていました。

参加した保護者からは「たくさんのお母さ

んたちと話ができて気持ち became 楽しかったし勇気づけられました」「日常では感じる事のない息子の楽しそうな笑顔に出会えました」「ヤングの方々を見て、こうしてちゃんと成長して大人になっていくのだなあと感激しました」。初参加の医療スタッフからは「低血糖が心配な子に夜中の血糖測定をするとき、毎日過ごすご家族の方はどんなに不安だろうと思いました(医師)」「糖尿病の子供たちが日常的にどのような生活を送っているか間近で見て学ぶことができ、普段感じている痛みや気持ちを少しでも知ることができたかなと思います(研修医)」「元気に遊ぶ姿を見て自分の中でのイメージが激変し、これからの指導や関わりを再考するきっかけになりました(看護師)」など貴重な気づきが表出されました。医療者にとって、病院という箱から出て初めて知ることがたくさんあり、われわれのように長年参加しているスタッフでも毎年新たな学びを得ます。

一方、様々な課題も抱えています。本部以外の医療スタッフおよび学生は道内各地からの初参加が多く、集まる人数が毎年異なり、事前の打ち合わせが十分とはいえ

ません。しかもフル参加のスタッフが少ないので連携上の問題を伴いやすく、キャンパーの安全を守るための工夫を毎年見直す必要が生じています。

部屋つきスタッフの人数が少ないと

スタッフ自身に負荷がかかる一方で、医療機関の人手不足などを背景に今後はボランティア参加者数をどれだけ維持できるのかという危惧もあります。

また、キャンパーのみの初参加をどこまで可とするか、開催地はこのまま深川でいいのか、冷房が不十分な施設での暑さ対策、集団生活ならではの決めごとの徹底、時代の変化とともに多様化する参加者の意識への対応、世代交代を含めた運営継承問題など課題は尽きず、関係者での協議を重ねていかねばなりません。

6.さいごに

2025年のキャンプも無事に終わり、ご家族からは「4日間でこんなに成長するなんて」という驚きの声も聞かれました。

また、ある保護者の方からは「この活動が続けている方々からは、ひとこと言っても『愛』を感じます」という言葉をいただき、真意が伝わっていることを嬉しく思いました。SNSなどを通じて情報を集め同じ病気の人を見つけやすくなった世の中とはいえ、実際に会って話をして楽しんで仲間になることの意味はとても大きいのです。

普段は動画やゲームばかりという子どもたちも、キャンプの4日間は全くそれらがなくても実に生き生きと楽しんでいます。いい笑顔なのです。小学生がヤングに成長してキャンプを牽引している姿は実に頼もしいです。歴史ある北海道サマーキャンプがこれからも愛ある活動であり続けるよう、多くの方々と協力しながら活動を支えつなげていきたいと思っています。

参考文献

- 1) Marbie A: Summer Camps for Diabetic Children. Diabetes 1;245-251, 1952
- 2) 丸山博: つばみの会小児糖尿病キャンプ50年の歩み. つばみの会サマーキャンプ50周年記念誌 ;40-46, 2013
- 3) 公益社団法人日本糖尿病協会: 1型糖尿病の子どもの自己管理能力を高める学習キャンプ. 2024年度事業報告
- 4) Matsuura N, et al.: Mortality in childhood-onset type 1 diabetes mellitus with onset between 1959 and 1996: A population-based study in Hokkaido, Japan. Diabetol Int 15(2);262-269, 2024

サマーキャンプはどうあってほしいか？

- 子どもたちがいろいろ経験し、楽しめるキャンプ
- 普段経験できないことを体験する
- 患児と家族が中心の自主性のあるキャンプ
- 病気とどう関わっていくのか考える
- 同じ病気を持つ人たちと会って話せる場
- 友達作り



- 自分は特別ではなく、いろいろな人生があると思える場
- ヤングの存在で、キャンパーの成長を促す場

図4)「キャンプはどうあってほしいか？」北海道つばみの会・田島事務局長作成

糖尿病患者の治療

僕たち開業医に初診で糖尿病患者が来院する理由は、多くの場合、健診で『要精査』とされたことがきっかけです。

今回、外来で多く見かける2型糖尿病患者について当院での治療方針を述べさせていただきます。

HbA1cが7.5以上を薬物療法開始の目安としています。薬物治療の前に大事なものは食事療法と運動療法の指導です。食事療法は標準体重(kg)×25~30kcal/kg/dayが基本で炭水化物50~60%、脂質20~25%、たんぱく質15~20%を目安とします。

さらに食物繊維が豊富な野菜や全粒穀物を勧めています。食事では、血糖の上昇を抑えるため、まず野菜から先に食べてもらうように指導します。蛋白尿が認められる場合

は体重(kg)×0.8~1.0gの範囲でタンパク質の摂取を制限します。運動療法については有酸素運動を1日30分以上、週150分以上行うことを推奨しています。定期的な運動は、インスリン感受性を高め、血糖値を改善するために非常に効果的です。

次に合併症の有無です。眼科への受診を促すとともに次回来院時空腹で来てもらい血液検査をします。腎機能、肝機能、脂質異常の有無を調べるとともにIRIを調べます。

IRIと血糖からHOMA-β (IRI (μU/ml)×360/(空腹時血糖(mg/dl)-63): 50%以下でインスリン分泌低下)、HOMA-R (IRI×FBS/405: 1.6以下正常、2.5以上インスリン抵抗性)を計算します。

続いて薬剤治療に入ります。インスリン分泌の低い患者にはDPP-4阻害剤を、インスリン抵抗性が高い患者は一般的に肥満の患者が多いのでメトホルミン、SGLT-2阻害剤を第一選択薬にしています。

未治療でHbA1c 9-10以上の初診患者は比較的若い患者に多いように感じます。検診で初めて指摘されるからです。こういった患者は1剤でコントロールする可能性が低いのでDPP-4阻害剤、SGLT-2阻害剤、メトホルミンの3剤投与を視野に入れます。開始の順番は副作用の少ないものから、1日1回の服用の薬剤から開始します。SGLT-2阻害剤と合剤のあるDPP-4阻害剤、SGLT-2阻害剤、メトホルミンの順番です。低血糖をひき起こす可能性があるSU剤は他の薬で血糖が下がらない時にしか使いません。

糖尿病患者の薬剤治療で一番難しいことは薬を継続させることです。糖尿病はsilent

killerなので合併症が出るまでは症状がありません。従って、将来起こり得る合併症について丁寧に説明することが薬継続の鍵となります。

合併症は網膜症(眼)、腎症(腎臓)、神経障害(手足のしびれなど)、動脈硬化(心臓病や脳卒中のリスク)などがあります。特に網膜症は目が見えなくなること、腎症は現在透析導入患者の原因の一番は糖尿病であること、動脈硬化は将来心筋梗塞や脳卒中、足の壊疽などを起こす原因となることを強調して説明します。

そして糖尿病の治療を継続するためにどうすれば患者の治療に対するモチベーションがあがるかを探ります。

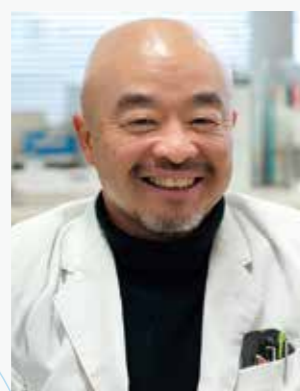
例えば肥満の患者で痩せたいと思っているならSGLT2阻害薬、GLP-1受容体作動薬を勧めます。GLP-1受容体作動薬の一部の薬は高度肥満に対しても保険適応があり、体重減少には有効です。

心不全、腎不全がある患者にはSGLT2阻害薬が第一選択薬となります。

また糖尿病の薬とアンチエイジングについての関連は、近年の研究で注目を集めています。まだ動物実験や一部の観察研究で示唆されている段階ですが、加齢に伴う身体機能の低下や老化に対して有益な影響を与える可能性が示唆されているものがあります。

いくつかの糖尿病薬が、単に血糖値をコントロールするだけでなく、老化過程や加齢に関連する疾患(心血管疾患、神経疾患、腎機能障害など)の予防にも寄与する可能性があり今後の研究結果が待たれます。

メトホルミンはいくつかの動物実験で寿



眞田 克也

さなだ消化器・乳腺クリニック 院長

眞田 克也(さなだ かつや)
1991年 信州大学医学部卒業
1991年 東京医科歯科大学第二外科入局
1991年 山梨県立中央病院麻酔科医員
1992年 東京医科歯科大学第二外科研修医
1992年 平塚杏雲堂病院外科医員
1993年 社会保険三島病院外科医員
1995年 川口工業総合病院外科医員
1997年 都立墨東病院外科医員
1999年 東京医科歯科大学第二外科助手
2001年 武蔵野赤十字病院外科医員
2002年 三島社会保険病院外科部長・診療部長
2014年 さなだ消化器・乳腺クリニック院長
(役職は最終役職)

医院プロフィール -----
開 業 ● 2014年4月
診療内容 ● 内科、外科、消化器内科、乳腺外科、肛門科
所 在 地 ● 静岡県三島市萩

命を延ばす可能性が示唆されています。特に、加齢に関連する疾患（心血管疾患やがんなど）のリスクを減少させる作用が期待されています。また炎症を抑える作用があります。慢性炎症は老化の進行や多くの老年性疾患の原因とされています。この抗炎症作用が、老化の進行を遅らせる可能性があります。インスリン感受性を改善することで、代謝を正常に保つため、肥満や糖尿病、加齢に伴う代謝異常のリスクを軽減する可能性があります。ただし腎機能が悪い場合は乳酸アシドーシスを起こす可能性があります。高齢の糖尿病患者には第一選択薬となりません。

SGLT2阻害薬は、心血管疾患の予防や改善に有効であることが示されています。心血管疾患は加齢に伴いリスクが高まるため、これらの薬は老化過程における心血管機能を保護する可能性があります。腎臓の保護作用もあります。腎機能の低下は老化に伴う重要な問題であり、腎疾患を予防することはアンチエイジングの観点からも重要です。脂質代謝に良い影響を与え、体脂肪を減少させる可能性があります。脂肪の蓄積は加齢に伴う健康問題の一因とされています。

GLP-1（グルカゴン様ペプチド-1）受容体作動薬は、血糖降下作用を持ち、インスリン分泌を促進する薬です。また、食欲を抑制し、体重減少効果があるため、糖尿病治療に加え、肥満やメタボリックシンドロームの管理にも利用されます。心血管の健康を守る効果があり、動脈硬化や心不全などの加齢に伴う病気を予防する可能性があります。

DPP-4阻害薬は、インスリン分泌を促進し、血糖値を下げる薬です。また、GLP-1の

分解を防ぐため、血糖コントロール以外にもいくつかの利点があると考えられています。抗炎症作用があるとされ、慢性炎症が加齢に伴う多くの病気を引き起こすことから、この薬が老化の進行を遅らせる可能性があります。免疫系にも影響を与えることが知られており、免疫機能を改善することで加齢に伴う免疫低下を防ぐ効果が期待されています。

HbA1cが比較的コントロールできていても食後高血糖が心血管イベントを起こす確率を増加させると言われております。こういった患者にはグリニド系薬剤やα-GIも有効な場合があります。これらの薬はSU剤に比べ低血糖を引き起こすリスクは低いです。

糖尿病のコントロールの目標は将来合併症を引き起こさないためにHbA1cが7未満です。ただし治療の際には低血糖発作を起こさせないことが重要です。そのため年齢や患者背景を考える必要があります。

- 1.成人の2型糖尿病患者（合併症がない場合）
 - 目標 HbA1c:7.0%未満
- 2.高齢者や重篤な合併症がある患者
 - 基本的ADL:着衣、移動、入浴、トイレの使用など
 - 手段的ADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など
- 3.妊娠糖尿病(妊娠中の糖尿病)
 - 目標 HbA1c:6.0%以下(42 mmol/mol)
 - 妊娠中の糖尿病は、胎児や母体への影響を避けるため、より厳格なコントロールが求められます。インスリン製剤使用。

患者の背景		①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中程度認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重度低血糖が 危惧される 薬剤使用	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
(インスリン製剤、 SU薬、 グリニド薬など)	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%) 75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

経口血糖降下薬で血糖コントロールが不十分な場合インスリンの導入が検討されます。経口薬（例えば、メトホルミン、SU薬、DPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬など）を使っても血糖が目標に達しない場合、特に、HbA1cが8%以上で生活習慣改善でも十分な効果が得られない場合です。導入するかどうかは年齢や患者背景、症状（体重減少、口渴・多尿、ケトン体上昇など）を考慮します。

外来でのインスリン導入は、患者の生活状況や自己管理能力を考慮して慎重に行います。一般的な流れは以下の通りです。

初期治療としては、基礎インスリン（長時間作用型インスリン）を開始します。まず注射を打つことに慣れること、低血糖を起こしづらいことが理由です。基礎インスリンの導入は、患者が食事のタイミングに関係なく血糖値を一定に保つために必要です。外来では、通常、1日1回の投与を開始します。

ランタス（グラルギン）は通常、就寝前に1回投与することが多いです。投与量は、通常は患者の体重や血糖値に基づいて決定しますが、一般的には0.2～0.5単位/kgから開始します。低血糖を起こさせないため、インスリンは少なめに開始して3～6ヶ月で血糖コントロールするぐらいの気持ちで良いです。その際今までの服用薬、SGLT-2阻害薬、DPP4阻害薬、メトホルミン等は中止せず継続します。

基礎インスリンで血糖コントロールがつかないときは速効型インスリンを導入します。速効型インスリンは、主に食後の血糖上昇をコントロールするために使われます。例えば、食事の15～30分前に速効型インスリンを投与します。

量は、患者の食事量や血糖値に基づいて調整します。

インスリン量の調整は初期設定後、血糖

自己測定（特に食前、食後、就寝前の血糖値）を通じて、患者のインスリン量を段階的に調整します。

血糖が高すぎる場合はインスリン量を増やし、低すぎる場合は減らします。

インスリン治療と合わせて、患者に対して再度食事療法や運動療法の指導も行います。インスリンを投与する際、患者は食事の内容やタイミング、運動の実施状況を意

識する必要があります。特に、食後血糖をコントロールするためには食事内容が重要です。低血糖のリスクを説明し、その兆候と対処法（糖分摂取など）を説明しておくことが重要です。患者には必ずしよ糖10gを何袋か渡しておきます。

当院で使用する主な糖尿病の薬剤（ジェネリックを除く）の概要をお示しします。（2025年9月時点）

	品名	会社	通常使用量	金額(1日)	腎不全	心不全	適応上の注意
DPP-4 阻害剤	ジャヌビア	MSD	50mg	119.8	減量		
	エクア	ノバルティス	50mg、2回	130.6	減量		
	ネシーナ	帝人	25mg	169.5	減量		
	トラゼンタ	ベーリンガー	5mg	126.2			
	テネリア	田辺三菱	20mg	115			
	スイニー	三和化学	100mg、2回	81	減量		
	オングリザ	協和キリン	5mg	89.7	減量		
	ザファテック	帝人	100mg、週1回	124.9(874)	減量		
	マリゼブ	MSD	25mg、週1回	104.2(729.6)	減量		

SGLT2 阻害剤	ジャディアンス	ベーリンガー	10mg	205.5	適応あり	適応あり	
	カナグル	田辺三菱	100mg	205.5	適応あり		糖尿病合併のみ
	フォシーガ	小野	5mg	205.5	適応あり	適応あり	
	スーグラ	アステラス	50mg	205.5			
	ルセフィ	ノバルティス	2.5mg	205.5			
	デベルザ	サノフィ	20mg	205.5			

	品名	会社	通常使用量	金額(1日)	腎不全	心不全	適応上の注意
合剤 DPP-4阻害剤 + SGLT2阻害剤	カナリア	田辺三菱		232.4			
	スージャヌ	MSD		204.4			
	トラディアンス	ベーリンガー		248.5			
DPP-4阻害剤 + メトホルミン	エクメットLD	ノバルティス	2回	111.4(55.7)			メトホルミン 250mg
	エクメットHD	ノバルティス	2回	110(55)			メトホルミン 500mg
	イニシンク	帝人	1回	141.6			メトホルミン 500mg
	メトアナLD	三和化学	2回	91.4(45.7)			メトホルミン 250mg
	メトアナHD	三和化学	2回	91(45.5)			メトホルミン 500mg

その他	シュアポスト	住友	0.5mg、3回	59.7(19.9)	減量		食直前
	ツイミーン	住友	500mg、2回	68.8(34.4)	注意必要		効果発現に 時間必要
	リベルサス	ノボ	7mg	325.7	注意必要		漸増、 体重減少
	マンジャロ (注射)	田辺三菱		549.7(3848)			漸増、 体重減少

最後に、糖尿病は一度発症すると生涯付き合わなければならない可能性が高い疾患です。外来では根気よく、時に励まし、時に褒めて一生患者と向き合う覚悟が必要です。

患者さんをつなぐ心の糸



岩科 弘純

医療法人育慈会
いわしなクリニック 院長

糖尿病の診療に携わる日々の中で、私はしばしば「人を治すとは何か」という問いに立ち返ります。

単に血糖値を下げ、合併症を防ぐことが医療の目的ではありません。

その人の生き方や心のありように寄り添いながら、ともに歩いていくことこそが、本当の意味での医療であると私は考えています。

今回は、私の外来に通ってきた一人の患者、「勇二(仮名)」の物語を通して、その思いをお伝えしたいと思います。

岩科 弘純(いわしな ひろずみ)
1990年 佐賀医科大学医学部卒業
同愛記念病院 小児科勤務
1991年 聖マリア病院 多科ローテーション研修
長崎県離島診療所勤務
1997年 福島県西白河郡泉崎村立病院勤務
1999年 いわしなクリニック 開業
2000年 医療法人育慈会いわしなクリニック理事長就任
現在へ至る

元福島県立医科大学非常勤講師
日本病態栄養学会評議員

福島県在住。
1957年東京生まれ。慶應義塾大学法学部卒、佐賀医科大学卒。慶應義塾大学在学中に法曹界を目指すも、新たな形の社会貢献に目覚めて医療の道に進む。
長崎の離島での診療活動は、TBS「ニュース23」でとりあげられ、「ヒューマンドキュメンタリー大賞」受賞。
現在は糖尿病をはじめとする生活習慣病、内科、小児科を専門とするいわしなクリニック院長を務める。
国内屈指の糖尿病治療実績を誇る同クリニックには地元をはじめ東京・神奈川・山梨などから1日約150人ほどの患者さんが列をなす。
さらには、小児アトピー性皮膚炎の治療成績はきわめて良好で、治療開始後、見違えるような肌になった、とのよこびの声を上げる親子は数多い。

1.はじめに — 医療とは何かを問う

糖尿病の診療に携わる日々の中で、私は常に「人を治すとは何か」という問いに向き合ってきました。

血糖値を下げ、合併症を予防することは医学的には大切ですが、それだけで患者の人生が豊かになるわけではありません。病気を抱えて生きる人が、日常に希望を見出し、自分らしく暮らしていけるように寄り添うことこそ、本当の医療ではないでしょうか。

診察室での短い時間の中に、患者さんの人生が凝縮されています。そこには恐れや諦め、ときには怒りさえ混じりますが、その根底にあるのは「生きたい」という願いです。医師がそれをどう受け止めるかによって、治療の方向も患者の未来も大きく変わります。

2.ヤクザという肩書を背負う患者

私の外来に現れた「勇二(仮名)」は50代の男性でした。彼は裏社会に身を置く人物で、見た目も言葉遣いも一般的な患者とは大きく異なり、周囲に強い威圧感を与える存在でした。しかし私の目には、ただ「糖尿病に苦しむ一人の患者」として映りました。

初診時、彼の糖尿病はすでに重症で、インスリン治療が欠かせないほど血糖値が高く乱れていました。最初は治療に難色を示していた彼も、次第に自分の体調が改善するのを実感し、粘り強く治療を続けるようになりました。インスリンと内服薬を組み合わせることで、血糖は安定し、検査値も改善していきました。



やがて、険しかった表情に少しずつ笑みが浮かぶようになり、彼自身も「体が楽になった」と口にするようになったのです。

3.突然の通院途絶

しかし、順調に見えた治療にも暗雲が立ち込めました。あるときを境に、勇二は通院を途絶させてしまったのです。薬も切れ、インスリンも打たなくなりました。理由は語られませんでした。彼の置かれた環境には私の知らない事情が複雑に絡んでいたのでしょう。

数か月後、ようやく再び診察室の扉を叩いた彼の血糖値は500を超えていました。疲弊した身体と、虚ろな目の奥にかすかな光だけが残っているように見えました。その姿に、私は責める気持ちよりも「よく戻って

来てくれた」という安堵を覚えました。患者が再び来院するということ自体が、治療への希望の表れだからです。

4. 怒りではなく寄り添いを

勇二が血糖値500を超える危機的な状態で戻ってきたとき、医師として最初に浮かんだ感情は「なぜ治療をやめてしまったのか」という苛立ちでした。

努力して安定させてきた血糖値が、一瞬にして崩れ去った現実を前にすると、無念さや怒りが頭をもたげてくるのは自然なことです。しかし、その感情を患者に向けることは決して治療にはつながりません。責められた患者は心を閉ざし、もう二度と扉を叩こうとしなくなるでしょう。

私は彼が診察室に現れた瞬間に、ある確信を持ちました。ここに来たのは「生きたい」という気持ちがまだ残っているからだ、と。

自分の体の異変を感じながら、それでも再び病院の扉を開いたこと自体が、勇二の中にある「助けてほしい」という叫びにほかなりません。患者を責めるより、その小さな希望の芽を大切に育てる方が、どれほど治療に意味を持つかは言うまでもありません。

診察室の空気は重く、勇二自身も「先生、もうどうでもいいんだ」と口にしかけました。そのとき、私はふと彼の心に届く方法を探し、あえて常識を外れる行動をとりました。

5. 外来での歌が生んだ心の共鳴

私は昭和の名曲「昭和枯れすすき」を思い出し、その場で替え歌を口ずさみました。

「あんぱんに負けた、いいえ、自分に負けた。薬も切れた、いっそきれいに死のうか」。



普段なら診察室で歌を歌うなど考えられないことです。しかし、あえて型を破ることで閉ざされた心に小さな隙間を作れるかもしれない、そう直感したのです。

歌声が途切れると、部屋には奇妙な沈黙が流れました。次の瞬間、勇二は思わず吹き出しました。笑いと涙が入り混じったような表情で、「先生、俺は本当は死にたくなんかねえんだ」と小さくつぶやいたのです。その言葉を聞いた瞬間、私の中に確かな手応えがありました。

医師としての私の「治してあげたい」という気持ちと、勇二の「助けてほしい」という心の叫びが交差し、一本の糸のようにつながった瞬間でした。数値や薬の調整だけでは届かない、人と人との本当のつながりがそこにありました。

その後の診察では、改めてインスリン治療を再開し、必要な内服薬を処方しました。医学的には当たり前の対応ですが、その基盤

には「心がつながった」という安心感がありました。彼自身も「先生と一緒にやれる」と言い、治療に取り組む姿勢が変わっていききました。

医療においては、数値や治療手順以上に「心のやりとり」が結果を左右することを、この出来事は私に教えてくれました。患者に寄り添うとは、ときに教科書からはみ出し、相手の心に届く方法を全力で探すことなのです。

6. 糖尿病治療に必要なこと

糖尿病という病は、単に血糖値を下げれば解決するものではありません。生活習慣、仕事、家庭環境、そして心の葛藤が複雑に絡み合って、患者一人ひとりの経過を左右します。だからこそ、医師は「薬を出す人」である前に「心を受け止める人」でなければなりません。

勇二のケースで学んだ最も大切なことは、治療が途絶えても、再び来院してくれたこと自体を評価するという姿勢です。一般的な医師の感覚では、通院をやめたことを叱責したくなる場面ですが、患者の立場に立ってみれば、それは「怒られたくないからもう行かない」という負の連鎖を生む危険があります。

一方、「よく戻ってきてくれましたね」と伝えるだけで、患者の心は大きく変わります。人は誰しも、自分の弱さや失敗を責められることを恐れています。その恐れを超えて来院した勇二に対して、こちらが優しく受け止めることこそが、再出発の力を与えるのです。

また、糖尿病治療は継続が命です。短期

的な血糖値の変化に一喜一憂するのではなく、長期にわたって安定したコントロールを保つことが何より大切です。

そのためには、患者と医師の間に「信頼」がなければ成り立ちません。信頼は一朝一夕に築かれるものではなく、小さなやりとりの積み重ねから生まれます。勇二との関係も、替え歌という一瞬のやりとりから生まれた信頼が、治療継続の原動力となりました。

さらに言えば、糖尿病治療は「相手に寄り添う心」がなければ形骸化してしまいます。インスリンや薬は手段にすぎず、患者がそれを「続けよう」と思えるかどうかは、心の支えがあるかどうかで決まります。

勇二が再び注射を手にとれたのは、単に医学的な必要性を理解したからではなく、「先生と一緒にやってくれる」という安心感があったからにほかなりません。

この経験から私は、治療とは相手を責めることではなく、その人の立場に立ち、共に歩むことだと再認識しました。そして、この姿勢は勇二だけでなく、すべての糖尿病患者に共通する普遍的な真理だと考えています。

7. 同業者たちの来訪

勇二が通い続けるうちに、思いもよらないことが起こりました。彼の仲間である同業者たちが、次々とクリニックを訪れるようになったのです。

待合室には強面の男たちが並び、初めて見る人には異様な光景に映ったことでしょう。しかし、診察室に入れば、そこにいるのは「糖尿病や高血圧に悩む普通の人間」でし

た。彼らが口々に言ったのは、「勇二が先生のところなら大丈夫だと言ったから」という言葉です。そのひと言に、私は胸を打たれました。

医師としての信用は、数値の改善だけでなく、人としてどう向き合ったかで築かれるものなのだと改めて感じました。

8.人を救うということ

医療の本質とは何か。勇二や仲間たちとの出会いを通じて、私は繰り返し考えさせられました。病気を治すことと、人を救うことは同じではありません。

血糖値を下げることは大切ですが、それはあくまで手段にすぎません。真の救いとは、患者が「生きていてよかった」と思える瞬間を取り戻すことです。

ときに治療の継続は難しく、通院が途絶えることもあります。しかし、再び扉を叩く勇気を持った患者を、全力で受け止めることが、私たち医師に与えられた使命なのだと思います。



9.結びに — 心の糸を紡ぐ医療

「患者さんをつなぐ心の糸」という題の通り、医療とは心と心をつなぐ営みです。勇二が私に示してくれたのは、どれほど強がっていても、人は本当は助けを求めているという真実でした。

医師がその声に耳を傾け、責めることなく寄り添えば、治療の糸は何度でも結び直せます。今日も私は外来で、多くの患者さんと向き合っています。

血糖値を測ることも、処方箋を書くことも、すべては「心の糸」をつなぐための手段です。医療の最前線で、この糸を大切に紡ぎ続けたいと強く願っています。

こんにちは、
おなかとおしりのクリニック
東京大塚 です。

あなたの おなかとおしりを守ります

おなかとおしりのクリニック 東京大塚
東京都豊島区南大塚

あなたのお腹の中には、実は100兆個以上の細菌が住んでいます。まるで「腸内マンション」！善玉菌・悪玉菌・日和見菌が同居し、日々せめぎ合っています。最近お腹がすっきりしない、疲れやすい…そんな時は、この腸内フローラのバランスが崩れているサインかも。腸内フローラ検査をすれば、あなたのお腹の“住人事情”が丸わかり。検査結果をもとに生活改善すれば、お腹もご機嫌に。さあ、一度自分の腸内マンションを覗いてみませんか？



おなかとおしりのクリニック 東京大塚は、胃や大腸といった消化管の不調から、痔など肛門に関するトラブルまでを専門的に診療するクリニックです。

私たちのモットーは「あなたのおなかとおしりを守ります。」——日常生活に直結するおなかやおしりの悩みを、安心して相談できる場所でありたいと考えています。

治療方針

本院が大切にしているのは「正確な診断」と「患者様一人ひとりに合った治療」です。そのために当院では、世界標準の内視鏡センターを完備しています。国際的な基準に基づき設計された内視鏡室と回復室を備え、安心して検査・治療を受けていただける体制を整えています。

胃カメラ・大腸カメラ検査にはオリンパス社製の最新システム「EVIS X1」を導入し、さらに、AIによるリアルタイム病変描出機能を活用。ポリープや早期がんなどの病変をリアルタイムで抽出し、医師が即座に確認できるため、より

精密で信頼性の高い診断が可能になりました。これにより、早期発見・早期治療を実現し、患者様の将来の健康を守ります。



検査時には鎮静剤を用いて苦痛を最小限に抑え、快適に受けていただけるよう配慮しています。さらに、発見されたポリープはその場で切除できる体制を整え、効率的で安全な医療を提供しています。

肛門疾患の診療でも、痔核・痔瘻・裂肛などに対して、保存療法から日帰り手術まで幅広く対応。身体への負担をできる限り少なくし、生活の質（QOL）を早期に回復できるよう努めています



患者様への考え方

診察では「しっかり耳を傾ける」ことを第一にしています。症状の背景には食生活、生活リズム、ストレスなどが深く関わるため、薬の処方だけでなく、生活改善や予防につながる情報もわかりやすくお伝えしています。

「検査が怖い」「恥ずかしい」という不安を抱える方にも安心して受診いただけるよう、プライバシーに配慮した環境を整備。男女別の更衣室・トイレを設け、女性の方には女性医師による内視鏡検査日も設けています。こうした細やかな配慮で、初めての方でも安心して受けていただけます。

さらに、当院は「予防医療」にも力を注いでいます。大腸がんは増加傾向にある疾患ですが、定期的な大腸カメラ検査によって予防できるがんでもあります。

病気を「早期に発見し、未然に防ぐ」ことが、患者様の未来を守る最良の医療であると私たちは考えています。

当院の特徴

- ①世界標準の内視鏡センターを完備
国際基準に準拠した安全・快適な検査環境。最新設備と専門スタッフによる高品質な診療体制です。
- ②AIによるリアルタイム病変描出機能
AIが病変をその場で抽出し、医師と協働して診断精度を高めます。早期がんや小さなポリープも見逃しません。
- ③最新の内視鏡システム（オリンパスEVIS X1）
拡大観察・特殊光観察（NBI）とAIを組み合わせた精密な検査を実施しています。
- ④快適な検査環境
プライベート回復室を完備し、検査後もゆっくりとお休みいただけます。
- ⑤多彩な外来診療
腸活外来、サプリメント外来、メディカルダイエット外来、MCIスクリーニング検査など、健康維持や生活習慣病予防にも対応。
- ⑥地域連携
豊島区・大塚エリアの医療機関と連携し、必要に応じて大学病院など高度医療機関への紹介も円滑に行います。



おなかやおしりの不調は、人に相談しづらいテーマでありながら、生活の質を大きく左右します。当院は「あなたのおなかとおしりを守ります。」という思いを胸に、世界標準の設備とAI技術を活用しながら、安心して質の高い医療を提供してまいります。どんな小さなお悩みでも、ぜひお気軽にご相談ください。



端山 軍 おなかとおしりのクリニック 東京大塚 院長●端山 軍（はやま たむろ）

2002年 帝京大学医学部卒業
2006年 同 医学部大学院第2臨床医学卒業（医学博士取得）
2007年 同 外科学講座 助手
2010年 同 外科学講座 助教
2014年 埼玉県立がんセンター 消化器外科医長
2015年 さいたま市民医療センター 外科医長
2016年 帝京大学外科学講座 助教
2020年 同 外科学講座 講師
2024年 同 外科学講座 准教授

医院プロフィール -----
開 業 ● 2025年2月
診療内容 ● 消化器内科、肛門内科、内視鏡内科、内科
所 在 地 ● 東京都豊島区南大塚

こんにちは、
秋山クリニック です。

診療上、経営上で 気をつけていること

秋山クリニック
静岡県静岡市駿河区八幡

大学卒業から10年で 地元静岡で開業へ

当院は、1995年(平成7年)4月1日に、静岡市駿河区八幡一丁目の地に開業しました。当時は、バブル崩壊後のきびしい環境の下でのスタートとなりました。

私は、大学卒業後、放射線科に入局しました。大学病院には、放射線科として、3つの部門がありました。放射線診断、放射線核医学、放射線治療です。将来的には、大学病院には残らず、開業するつもりでしたので、放射線診断部に入局しました。入局当時胃のバリウム検査、注腸検査、腹部エコーなど、一日午前中で20件程度やらされました。

慣れたところで、主に腹部カテーテル検査です。これは、当時C型肝炎が多く、肝臓癌を発症することがあるため、ソ径部からカテーテルを肝動脈まで挿入して、直接、抗癌剤を動注し腫瘍を縮小させ、延命をはかりました。

また、頭部から下肢までのレントゲン写真・CT、MRIの画像診断し、所見をレポート作製しました。こん

なことをやりながら、放射線科専門医、医学博士を取得し、卒業10年目で静岡の地に戻ってきました。

開業してからの 経営上の悩み

95年4月に開業しましたが、建物のローン、医療機器のリース代、および受付、看護師の人件費など、あまりにも支出が多く、それに対し窓口収入は、微々たるもので(当時は老人さんは0割、社会保険1割だった)、収入は請求から入金されるま

で、2ヶ月後なので運転資金があったという間になくなり、収支トントンになるまで2年間かかりました。そういう意味では、開業する前に地元の病院に勤め、ある程度集客できた時点で開業するのが良かったのかなと思いました。

経営が何とかうまく行き始めて困ったことはスタッフ同士のもめ事です。これは受付同士あるいは受付と看護師、看護師同士いろいろあります。2人程度の少人数の時は何とか良いのですが、3人以上に

なると、数年経たところで、能力差、趣味の相違で、派閥争いが生じます。こちらとしては、早めに手を打ち、なだめながらやりますが、うまくいくこともあります。突然辞めてしまうことも多かったです。

そうするとすぐ、当時はアルバイトタイムス、DOMOに電話して掲載してもらいます。景気が悪い時期なので、募集はたくさん来るのですが面接が大変です。外見、年齢、経験など、2～3人までしぼれるのですが、最後で家内と大げんかになってしまいます。

そんないざこざを経て、最近、多めに雇用して、突然辞められても、大丈夫なようにしています。また給与もまわりの相場より多めに出して退職するのを防いでいます。

昨今の診療から 感じること

診療では、内科を標榜している、生活習慣病を中心に治療しています。最近、コロナ禍を経て極端な肥満な方が増えた感じがします。それに伴って糖尿病の方が激増しています。こういう方には、なるべく丁寧に食事運動療法をするように勧めています。

当院では、健康診断を施行していますが、若い女性の喫煙者の多さに驚いています。先日午前中5人20代の女性の健診で、5人全員が喫煙者でした。喫煙者の増加は、不妊症、生活習慣病の増加となり、さらに少子化の原因になって本当に日本の将来が心配されます。現在

日本の出生数は一年間で70万人をきりました。ほぼ30年前の半分です。少子化は、年金問題、医療費負担にも甚大な影響を与えます。

医療環境も心配です。働き方改革と言ってアルバイトの人達にも有休を与えろと法律がつくられ、時給も毎年強制的に上げろと言われる。どんどん上げられれば良いのですが、医療機関は利益が出て初めて給与を上げられるのであって、現在の状態は、医療の赤字の増大をまねき、結果的に病院の赤字となれば、人員削減となり本末転倒になってしまいます。厚労省も、もっと医療機関の状況をしっかりと把握すべき時期に来ていると思います。



秋山 征巳

秋山クリニック
院長●秋山 征巳(あきやま まさみ)

放射線専門医、医学博士
保健科学研究所 静岡ラボラトリー指導監督医
(2024年6月～)

1983年 埼玉医科大学卒業
1983年 埼玉医科大学付属病院 放射線科 入局
1985年 同 病院助手
1987年 同 講座助手
1993年 深谷中央病院 内科 入職 検査業務に携わる
1995年 埼玉医科大学 医学博士 授与

医院プロフィール -----
開 業 ● 1995年4月
診療内容 ● 内科
所 在 地 ● 静岡県静岡市駿河区八幡

こんにちは、
八重瀬会同仁病院です。

100年の歴史と最先端医療で 地域に貢献

八重瀬会同仁病院
沖縄県浦添市城間

沖縄県浦添市から広がる シームレスな医療と 専門的整形外科治療



医療法人八重瀬会同仁病院は、1918年に宮古島で創設された宮古同仁医院を母体とし、100年以上にわたり地域医療の発展に貢献してきました。現在は沖縄県浦添市に拠点を置き、2022年からは山内裕樹理事長兼院長が先代よりバトンを受け継ぎ、地域に密着した医療と専門的な整形外科治療の両立に力を注いでいます。2025年9月には浦添市に移転拡充し開院40周年を迎えることができました。

地域に根ざした 中規模病院の強み

当院は、一般病床100床・医療療養型病床29床・地域包括ケア病棟25床の合計154床を有する中規模

ケアミックス病院です。

高度な三次救急やECMOなどの先進医療設備には限界がありますが、患者様一人ひとりの状態や回復段階に応じた柔軟な受け入れを重視しています。

コロナ禍では、酸素吸入や個室隔離など軽度～中等症患者様の受け入れに積極的に取り組み、地域医療の受け皿としての役割を果たしてきました。

また、急性期病院での手術後に全身状態が安定しない患者様の継続入院や、軽度の外傷患者様の積極的な受け入れも行い、地域の中核病院として在宅復帰までをきめ細かくサポートしています。



シームレスな医療連携と 生活支援

八重瀬会グループとして、当院以外にもクリニック、訪問看護ス

テーション、デイサービス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業所などを展開。医師が各施設と連携し、患者様やご家族と日常的にコミュニケーションを図ることで、在宅療養・入院治療・手術など最適な医療プランを提案・実施しています。

このようなシームレスな医療提供体制は、患者様の生活全体を支えられる当院ならではの強みであり、地域社会に求められる責務だと考えています。

最先端の整形外科治療と ロボット手術

整形外科領域では、理事長自身が専門とする人工股関節手術や、筋肉や軟部組織をできるだけ傷つけないMIS（最小侵襲手術）など先進的な治療を実践。患者様のQOL（生活の質）向上に寄与する“コールドサージェリー”から、早期手術が求められる“ホットサージェリー”まで、幅広い症例に対応しています。

さらに2020年には沖縄県内で

初めて手術支援ロボット「Mako」を導入。インプラント設置の高精度化や術後の関節可動域拡大など、患者様の負担軽減と回復促進に大きく貢献しています。2025年には「ROSA」も新たに導入し、2台体制でロボットアシスト手術を実施。より多くの患者様に質の高い治療を提供しています。



地域医療の標準化と 後進育成への取り組み

当院では近隣の開業医の先生

方を対象に勉強会を開催し、ロボット支援手術の有用性を積極的に啓発するなど、沖縄県全体で医療レベルの標準化を目指し、誰もが等しく高度な医療を受けられる環境づくりに尽力しています。

また、後進の育成にも注力。若手医師の教育や交流を推進し、山内理事長自らの経験やノウハウを惜しみなく伝えています。

また整形外科はもちろん泌尿器科では、県内のみならず県外から各領域のスペシャリストが定期的に当院で手術執刀や外来を担当していますので、医師以外にもパラメディカルの教育にも積極的に貢献していただいています。

今後の展望

今後は整形外科のみならず、他の診療科においても一定レベル以上の専門的かつ質の高い医療を提供できる体制構築を目指します。最新の医療機器（MakoやROSA、3Dナビゲーションシステム等）を積極的に導入し、より多くの県民が適切な治療を受けられるよう努力を続けてまいります。

八重瀬会同仁病院は、これからも100年を超える伝統と最先端医療を融合させ、地域とともに歩み続けます。詳細や最新情報は当院のホームページ・SNSアカウントにて随時発信中。健康に関するご相談や見学も随時受け付けていますので、お気軽にご連絡ください。



山内 裕樹

八重瀬会同仁病院
理事長・院長 ● 山内 裕樹（やまうち ゆうき）

股関節外科・脊椎脊髄外科・整形総合診療
日本整形外科学会専門医
日本股関節学会評議員・日本人工関節学会評議員

1999年 東京科学大学（旧 東京医科歯科大学）卒業
2011年 医療法人 八重瀬会同仁病院 入職
2016年 同 院長代理兼整形外科部長 就任
2022年 同 理事長・院長 就任
2024年 東京科学大学（旧 東京医科歯科大学）
臨床教授 就任（兼任）

病院プロフィール -----
開 設 ● 1985年9月
診 療 科 ● 整形外科・泌尿器科・内科・
外科・歯科口腔外科等19科
病 床 数 ● 一般100床・医療療養29床・
地域包括ケア25床
所 在 地 ● 沖縄県浦添市城間

糖尿病 豆知識

ヘモグロビンA1c (HbA1c)

HbA1cは糖尿病以外の病態でも変動します。



HbA1cは糖尿病病態のどんな指標のですか？



HbA1cは赤血球中の色素(ヘモグロビン)に糖が結合したもので、血糖値が高いと多く結合し、低いと結合した%が低くなります。そして、採血時から過去1~2カ月間の平均血糖値を表していますので、糖尿病のコントロールとして用いられています。



糖尿病は血糖値で診断するのではないですか？



そのとおりです。空腹時血糖値が126mg/dL以上、75gの糖負荷試験での2時間値が200mg/dL以上、そして随時血糖値が200mg/dL以上であれば糖尿病と診断します。



HbA1cは指標ではないのですか？



いいえ。
最近HbA1cが6.5%以上であれば糖尿病と診断するようになりました。



血糖値と同時にHbA1cが診断基準となった理由はどうしてですか？



血糖値は食事の影響を受けるので、採血時に空腹時か否かを限定することができません。このため、採血時前の食事の影響が少ないHbA1cが使用されるようになったのです。



するとHbA1cにより糖尿病が診断できるのですね？



はい。しかし、HbA1cは糖尿病以外の種々の病態で変動することが知られています。赤血球寿命が長くなると血糖に接する時間が長くなるのでHbA1cは高値になります。この代表が鉄欠乏性貧血です。その他に甲状腺機能亢進症や異常ヘモグロビン症でも高値になります。一方、赤血球寿命が短くなる溶血性貧血や失血後、あるいは肝硬変や輸血では低値になります。



そうすると、HbA1cが高値になる場合にはこれらの病態であるかも調べる必要があるのですね？



はい、そのとおりです。HbA1cを糖尿病コントロールとして使用する際には、赤血球寿命や瞬時的血糖の増減を調べたのちに、HbA1cを利用する必要があります。

主治医が血糖値以外にHbA1cを測定する理由は他にもあります。血糖値や尿糖は患者が来院して検査を行う時点の糖関連検査です。したがって、来院数日前から摂取する糖分を制御すると血糖値や尿糖は低値となり、「健常」と判断されます。しかし、HbA1cは過去1~2カ月間の平均血糖値ですから、受診数日前からの摂生は役に立ちません。持続する食事制限や運動などが糖尿病のコントロールには必要なのです。



臨床検査のこれからの役割

株式会社保健科学研究所は、医師・宮慶二の、「中小の医療施設が多い日本においては、外注検査を受注し短日数で検査結果を報告するサービスがあれば、近所の医療機関で良質の医療を受けることができる。日本の皆保険制度に貢献できる」という想いから1955年に創業された会社である。

現在、保健科学研究所が受託している臨床検査は、血液・尿・便・髄液、細胞、臓器などの検体を使って体の状態や異常を調べるものである。この点においては創業時と同じである。ただし、その結果は、検体採取時点の受診者の体の状態や異常を示すものであって、3年後・5年後のその受診者の体の状態を予測するものではない。

現在日本の平均寿命は男女とも世界最長クラスだが、QOL(生活の質)を考えると健康寿命に目を向けることが必要ではなかろうか。

下表1)は、2022年に厚生労働省が発表した日本の平均寿命と健康寿命である。そして、これら2つの寿命の間がいわば不健康な期間で、多額の医療費が発生している。

表1)日本人の平均寿命(歳)

	平均寿命	健康寿命	差 (不健康寿命)
男性	81.05	72.57	8.49
女性	87.09	75.45	11.63

出典：厚生労働省HP

政府は増長する一方の医療費、特に高齢者の医療費の対処に様々な施策を検討・実施しているが、健康寿命を伸ばすという発想はないのだろうか。

世界的に見れば、日本人は勤勉で真面目である。30～40代のうちから、「生活習慣病のリスク検査を定期的に受検する → その結果に基づき、自身の生活習慣を健全化する → 健康寿命を伸ばす → 健康寿命と平均寿命のギャップ(不健康な期間)を縮める → 高齢者の医療費支出を抑える」というループを構築するのである。

下表2)は慶応義塾大学や米国ワシントン大学の研究グループが2025年3月21日に発表した、日本人の過去30年の健康状態を解析してまとめた死因分析結果である。黄色でハイライトした死因がいわゆる生活習慣病が大きなリスクとなっているものである。

表2)日本人の死因

順位	1990年	2005年	21年
1	脳卒中	脳卒中	アルツハイマー病や他の認知症
2	虚血性心疾患	虚血性心疾患	脳卒中
3	下気道感染症	下気道感染症	虚血性心疾患
4	胃がん	アルツハイマー病や他の認知症	肺がん
5	肺がん	肺がん	下気道感染症
6	アルツハイマー病や他の認知症	胃がん	結腸・直腸がん
7	結腸・直腸がん	結腸・直腸がん	胃がん
8	肝硬変	肺がん	慢性腎臓病
9	自傷	自傷	膵臓がん
10	肝臓がん	慢性腎臓病	慢性閉塞性肺疾患(COPD)

(注)厚生労働省などが公表する統計とは病気・死因の定義や算出方法が異なる。
1990年、2005年、21年時点、上位10位のみ抜粋

こうした状況を鑑みれば、保健科学研究所の検査ラインアップに生活習慣病リスク検査を加え、各受診者の健康の将来予測を知らせるサービスは時代のニーズに合致すると考えられる。幸い、心電図の波形からAIにより心疾患リスクを判断する検査、採取した血液を磁気共鳴的アプローチで分析し5つの生活習慣病リスクを指数化する検査など、従来と異なるものが始めている。

今後は、健康寿命の増進という役割を担っていきたい。

(株式会社保健科学研究所)

人に寄り添う 「健康コンシェルジュ」を目指して

ユニバレオグループの経営方針は、「あらゆる人々が健康で 生きる喜びに満ちた社会の実現」を目指すことです。

ユニバレオ／UNIVALEOには、「あらゆる（universal）世代の人々の健康な（valeo）生活を支えるために独自の価値を提供していく」という決意が込められています。これを具現化するための行動指針として、私たちは「人に寄り添う健康コンシェルジュ」をテーマに幅広い事業に取り組んでいます。

■ 臨床検査事業

「検体は物ではなく、命の一部としてお預かりする」。この思いを込めて、1955年の設立以来、70年にわたり検査実績を積み重ねてきました。

この間、民間臨床検査センターのパイオニアとして「迅速かつ正確な検査」の実現のために日本で初めて検査機器の自動化を行うなど、時代に合った臨床検査をいち早く導入してきました。

これからも検査の精度向上に努め、質の高いサービスを提供していきます。



■ 環境検査事業

臨床検査を通じて長年培ってきた分析技術と最新の検査装置を活用し、環境・衛生に関わる様々な検査を行っています。具体的には、飲料水の安全性やレジオネラ菌対策などの法定検査、学校・病院・事業所の給食や飲食店・食品工場での食品検査、食品従事者や保育施設職員の検便検査、歯周病検査などです。

企業・自治体・教育機関・医療福祉施設など幅広い業種でご利用いただいています。



■ 健康診断事業

企業や学校にお伺いする巡回（集団）健康診断を実施し、労働衛生環境機関としての活動を行っています。

少子高齢化社会を迎えて「健康であること」の重要性が再認識される中、健康診断の他に、体力測定、健康相談、健康増進のための知識の啓発活動、各種ワクチン接種などを通じ、心身ともに健康な状態で長寿を全うしてもらうために、病気の早期発見と予防に努めています。



■ 介護事業

超高齢化社会に向けて、2004年に介護事業を開始しました。利用者の人格を尊重し、地域に融合したホームを目指し、「大樹の空」というブランド名で、神奈川県内に地域密着型介護施設であるグループホーム（認知症対応型共同生活介護）5施設と小規模多機能型居宅介護事業所2施設の計7施設を運営しています。

自立した生活を送るために、「自分らしく」生活するお手伝いをしています。



■ 病医院開業支援事業（医療コンサルティング）

臨床検査を通じて構築したネットワークや経験、専門知識を活かし、ご希望条件に沿った土地建物など開業物件の選定・企画立案から経営支援まで病医院の開業をワンストップでサポートしています。



■ レジャー事業

千葉県習志野市で2015年に40打席のゴルフ練習場「習志野・ゴルフ・プラザ」を開業、2024年に65打席に拡大するとともに設備を一新しました。

ハイレベルのインドアゴルフ体験ができる最新のシミュレーションシステムを備えるとともに、レッスンプロによるゴルフスクールも実施しており、快適な練習環境ときめ細かいサービスを提供しています。



■ 環境整備事業

オフィスや企業の施設の清掃事業、施設の床材表面にガラスの膜を貼ったような仕上がりになり長期にわたって光沢を維持できる高品質なコーティング事業、長年にわたる検体搬送で培われたノウハウを活かした物流事業を展開しています。

“きれいと清潔”を徹底し、安心・快適に過ごせる環境の創出により資産・設備を輝かせ、経営の健全化に貢献することを目指しています。



■ ペット事業

保健科学研究所横浜総合ラボラトリーの敷地・施設を活用し、超大型犬・大型犬専用のペットホテル「おっきな家」を運営しています。全力で走れる自然豊かな大きな中庭があり、家族であるペットにストレスのない環境での宿泊サービスを提供しています。

また、癒しを提供するセラピー犬も育てています。



編

集

後

記

「医は仁術なり」・・・医療は、医師の専門的な知識や技術はもちろん、人への真心や思いやりを持って接する「仁愛の心」が不可欠であるという意味です。江戸時代に医師の倫理観として広まり、日本の医療倫理の基本として尊重され続け、現代医療においても患者に寄り添う医療の原点として重視されています。

「やっぱりお医者さんは立派だ」と多くの方が思っておられるでしょう。

一方、「医は算術」という言葉もあります。「医は仁術」と対の意味で使われており、私利私欲、商業主義的な医療行為、病医院の経営スタイルを揶揄したものです。

「お医者さんは儲かるんだろうなあ」と思う方もいらっしゃるでしょう。

昨今、病医院経営は厳しい状況にあると言われています。健康に生きる社会を支える病医院はなくてはならない存在であり、私たちが安心して生活していくためには、「仁術」と両立した、健全な経営のための「算術」も必要なのではないのでしょうか。

このほど本誌の発刊にあたり、7名の先生に原稿をご執筆いただきました。そこには、子供から大人、様々な生活環境にある患者さんや家族と向き合い、技術と知識、そして心を込めて、患者さんの心身の健康を取り戻し生きる喜びをもっともっと感じていただくために尽くす、という医師の使命を全うする姿がありました。まさに現場で実践されている「医は仁術なり」の姿です。医療の倫理観として、医療の原点として、江戸時代以降脈々と受け継がれてきていることがひしひしと伝わってきました。

日本の医療を支える医師たちのこうした想いを、本誌を通じて多くの皆様に感じていただけることを切に願っております。

ご多忙の中、本誌への執筆に時間を割いていただき、地域医療を支える現場の声を届けていただいた諸先生方には感謝してもしきれません。心より、御礼を申し上げます。

ありがとうございました。

あらゆる人々が健康で生きる喜びに満ちた社会の実現

健康コンシェルジュ

2025年12月10日発行

発行

株式会社ユニバレオ

〒224-0025

神奈川県横浜市都筑区早渕2丁目2-1

<https://univaleo.co.jp/contact/>



▶ ユニバレオHPへ

◆本誌の内容に関するお問い合わせは

株式会社ユニバレオ

コーポレートデザイン部

までご連絡ください。



▶ お問い合わせフォームへ

●本誌掲載の記事、写真、イラストの無断転載・複写を禁じます。



ユニバレオグループ

株式会社 ユニバレオ

株式会社 保健科学研究所

株式会社 保健科学東日本

株式会社 保健科学西日本

北陸健康 株式会社

株式会社 メディカルヒューマンサポート

株式会社 ユニバレオプロパティ

大樹の空

習志野・ゴルフ・プラザ

ペットホテル おっきな家

ユニバレオに込められた意味

“あらゆる (universal) 世代の人びとの健康な (valeo) 生活を支える世界 (universal) に向けて、独自の価値 (val) を提供していく”
『ユニバレオ / UNIVALEO』という名前には私たちのこうした決意が込められています。