

4月になれば・・・

ジェックス理事

加納医院院長

加納康至



21世紀の始まりとともにニュースレターの1号が発刊されて、この号から3年目に突入するわけですが、この新しい世紀の始まりの2年間は、前世紀からのさまざまな問題を解決できないまま引きずり、社会には、ちょうど暗いトンネルから出口が見えないような、あるいは厳寒の冬のような閉塞感が漂っている感じです。もちろん医療を取り巻く環境も例外ではなく、厳しい状況なのはご存知のとおりです。しかし寒くて辛い冬の後には必ず春が来る事を、私たちは4月になれば実感できるのはうれしいことです。桜の花が咲くと同時に迎える4月は、春の訪れとともにスタートする新年度の始まりであり、何かを新しくスタートするときや、仕切りなおしすると

きにはとてもよいタイミングなのかもしれません。もちろん春になるだけで状況が良くなるなどと楽観的にはなれませんが、気分を変えてがんばりたいものですね。

ところで4月と言えば、厚生労働省による新医師臨床研修制度が平成16年度4月施行ですから、施行までもう1年をきりました。それをにらんで今年から実質スタートをきる病院もあるようです（研修期間は2年間）。卒後の勉強（研修）は一生涯と思っていますが、新研修医制度についての現時点の感想を少し述べてみたいと思います。今は直接研修に携わる立場ではありませんが、先日所属の医師会で、病院との協議会の司会をする機会があり、各病院のトップの方が新研修医制度に関してどのように考え、対応しようとしているのかを聞くことが出来ました。もちろんまだ一年もあることと（もう一年しかない？）細かいことは決まっていないようなので総論的な話であったのはしかたがありませんが、興味深かったのは参加されたある病院では具体的に、在宅など熱心にされている診療所や介護老人保健施設も協力施設として研修に組み入れることを計画されていたことでした。大学や大病院だけでなく、意欲のある診療所や施設ではこの研修医制度に参加することができ、新しい展開と言えそうです。従来の研修制度と比較してみると、アルバイトをせずに研修に専念できる手当が支給される、スーパーローテイト方式で産婦人科、精神科、地域保健・医療が含まれる、受け入れ研修医数に上限、全国公募とマッチングシステムの導入、など従来の大学病院主体のストレート方式とは様変わり of 感があります。

しかし、システムはどうあれ、成果があげられるかは、研修を指導する病院、スタッフの情熱と努力にかかっているのは同じなのは言うまでもありません。今回の改革は昭和43年にインターン制度が廃止となって以来の改革ですが、当時を知る先生方あるいはずっと医療・教育の現場に携わってきた先生方にはどのような感想、感慨をもたれるのでしょうか？研修を義務化したり身分を保証したりということはあるものの、当時から存在した問題についての、答えはでたのでしょうか？Newsletter, No. 6に寄せられた中野次郎先生の「臨床医学教育改革への提言」にある問題点の解決には程遠いかもしれません。今回の改革がパラダイムシフトに基づくものなのか、あるいは表面上の化粧直しをほどこしたいいわゆる問題先送りなのかは、今後の注目の的ですが、医療界の抜本的な改革につながる可能性（細い糸のようなものかもしれませんが）も皆無ではないと思わせてくれます。

さて、最後になりましたが、不思議なご縁でこの会をお手伝いさせていただくことになりました。会員の皆様のお役に立てるようがんばりたいと思いますのでよろしくお願い申し上げます。

講演要旨

10月19日

生活習慣病講座

狭心症発作について

京都大学大学院医学研究科循環病態学講座

講師 木原 康樹

狭心症や心筋梗塞症にはどんな症状があるのでしょうか？

心臓は昼も夜も収縮と弛緩を繰り返し、ポンプとしてからだの隅々に血液を送り出しています。この活動を維持するため常にエネルギー＝酸素を必要としています。重たいものを持ち上げるときや階段を駆け上がる時には、心臓は静かにしている時の10倍近くもの活動を行い、必然的により多くの酸素＝血液を必要とします。この心臓自身への血液供給は、大動脈の根元から分岐した3本の動脈＝冠動脈によって行われており、そこでは需要に見合った血流コントロールが巧みに行われています。しかしながら冠動脈は動脈硬化になりやすい血管でもあります。冠動脈のどこかが狭くなると、そこより先への血流は増やしたくても増えません。その時心臓は酸素不足に陥り、狭心症の発作がおこるのです。

胸の真ん中あたりで握りこぶしを当てたくらいの範囲が強く押えつけられるような感じを覚えるのが典型的な狭心症発作です。不快で冷や汗を伴ったり、便意を催したりもします。歯の奥がうずいたり、左肩から二の腕にかけて痛だるい感覚（放散痛）を伴ったりします。たいていの人はそれまでの動作を止めて、その場に立ち止まり不快感をやり過ごそうとします。動作の中断により大概は数分で発作は去って行きます。ある程度以上の活動で発作が起こることを経験から習得して、無理をしないよう心掛けているひともいます。しかし実際狭心症発作を起こしていながら、症状に気がつかない（無症候の）場合も30%程度あることが知られています。ただの肩凝りや胃痛と思っている場合も少なくありません。

このような発作がじっとしていても起こる、たて続けに起こる、これまでになく長い発作を経験する場合は、冠動脈の狭窄部分が進行したり新たな狭窄を発症したりした可能性が高く危険な状態（不安定狭心症）です。ニトログリセリンを使用しているひとは効果が弱まったと感じます。発作が強烈で30分以上続く場合、ニトログリセリンで発作を中断できない場合には急性心筋梗塞への移行と考えねばなりません。

狭心症や心筋梗塞を疑った場合にはどうすればよいのでしょうか？

狭心症を放置すると結局心筋梗塞を合併するため、心臓のポンプとしての働きが低下したり危険な不整脈の発作を繰り返したりして大変な苦勞を背負い込むことになりかねません。心筋梗塞の結果心不全に陥った患者さんの生命予後は、良好とはいえないのが現実です。そのため狭心症発作が疑われるひとは、速やかに循環器専門医の診断を受けた上、的確かつ時期を失しない治療を行う必要があります。

循環器内科に受診すれば、ベルトコンベアや自転車漕ぎで運動負荷を行いながら心電図を観察したり、一日 24 時間の連続心電図を記録して日常生活の中で発作がないか調べたりして、狭心症を疑うかどうかを確認します。もちろん患者さんの自覚症状をお聞きすることからも狭心症とそうでないものとの区別を行います。心臓発作を心配して専門外来を受診する患者さんの中で実際そうである確率は、おおよそ 3 分の 1 程度です。筋肉痛、神経痛、あるいは食道の炎症などの場合も少なくありません。従って、心配して不安を抱えているより先ず専門医の診断を聞くことが大切です。外来の検査で狭心症が疑われる人には、短期入院での心臓カテーテル検査が必要となります。この検査は冠動脈のどこにどれだけの狭窄病変（動脈硬化の終末像）があるかを明確にするので、それに対する治療方針を具体的に決定することが可能となります。

一方、発作の程度が増強したり頻繁になったりした場合は、狭窄病変そのものが急に変化していることを示しているので、猶予ありません（狭心症の不安定化）。一日も早く専門医を受診する必要があります。30 分以上発作が続く場合やニトログリセリンで発作を中断できない場合、発作中に呼吸が苦しくなったり失神したりする場合は、迷わず 119 番に電話して救急車を要請してください。このような急性心筋梗塞の発症直後（数時間）では、緊急治療を行い酸素不足で壊死しつつある心筋を救うことが最も重要です。その手当てを速やかに受けられるかどうかは患者さんの予後を決定すると言っても過言ではありません。遅れば遅れるほど心臓の障害は決定的になって行きます。“朝まで我慢してから”と思案するのは絶対禁物です。



睡眠障害の臨床

大阪医科大学精神神経科
黒田健治

最近の調査では5人に1人は睡眠障害で悩んでいるという結果が得られているように、不眠症をはじめとした睡眠の問題はますます大きな問題になっている。不眠症に限らず睡眠不足など睡眠に対する充足感の不足から、日中に有効な精神運動活動がおこなえず、そのため重大な事故がおこってしまったことが明らかとなり、睡眠に対する対策が世界的に広がっている。アメリカでは10年前から「Wake up America」というキャンペーンが繰り広げられている。つまり睡眠を上手くコントロールしなければ、重大な事故がおこり、その経済損失も計り知れないものになるという考えが根底にある。日本では睡眠障害に対する臨床的な取り組みは不十分であり、欧米のような睡眠障害センターで総括的な医療をおこなえる施設もほとんどないのが現状である。睡眠障害の専門的な医療をおこなうためには終夜睡眠ポリソムノグラフ検査（Polysomnography, PSG 検査）を実施することが必要であるが、PSG 検査をおこなうには多くの時間と労力が必要であるため十分におこなえていない。しかし日本でも徐々に睡眠障害の専門的な診療の必要性が理解されるようになり、PSG 検査も睡眠時無呼吸症を対象に広がってきている。

PSG 検査を実施することで睡眠障害がより正確に診断されるが、現在広く用いられている診断分類は1990年に刊行された国際分類（ICSD）であり、睡眠異常、睡眠時随伴症、内科/精神科的障害に伴う睡眠障害、提案検討中の睡眠障害の4項目に分類されている。このICSDの診断基準に従うと比較的診療機会の多い睡眠障害には、レストレスレッグス症候群（むずむず脚症候群）、睡眠時呼吸障害、睡眠覚醒リズム障害などがある。

1. レストレスレッグス症候群

レストレスレッグス症候群は下肢に生じる耐え難い不快感が夜間就寝の際に強くなりそのため不眠が続く症候群である。この疾患は基礎に身体疾患を伴っていることが多く、PSG 検査では周期的な下肢の不随意運動が20～30秒程度の周期で繰り返し出現する現象が見られる。このような不眠症はPSG 検査を実施しないと正確な診療はおこなえず、専門的な医療が求められる疾患である。

2. 睡眠時呼吸障害

睡眠時に周期的な換気停止のエピソードを繰り返し、昼間に過眠を示すことが多い症候群として睡眠時無呼吸低呼吸症候群が広く知られている。中年の肥満した男性に多く見られ、激しいいびきを伴っていることが多い。本疾患は身体面への影響が大きいことから、循環器などの診療の中でも注意されるようになっている。治療は鼻陽圧呼吸療法（nasal CPAP）が有効であるが、現在の診療体制の中では重症のものにしか保険診療が認められていない。CPAP を実施することで、血圧が正常化したりした症例もあり、この方面の診療体制の充実が求められている。

3. 睡眠覚醒リズム障害

遅くならないと寝付けない代わりに、朝は昼過ぎにならないと起きることが出来ないといった睡眠相遅延症候群が代表的な疾患であるが、これは思春期頃から増加し、結果として不登校の状態になってしまっていることが多い。このようなリズム障害が認められる場合には高照度光療法といって約2500ルクスの光を浴びていただくという治療法がある。しかし不登校に陥ってしまっているような場合には、リズムの治療だけでなく学校や職場に復帰するための何らかの心理社会的なアプローチが必要であるが、睡眠医療の方面が欠けていても症状は緩和されない。

最近提案された睡眠障害に対する啓蒙的な指針が出されたので参考に載せておきます。

睡眠障害対処12の指針（睡眠障害の対応と治療ガイドライン 内山編）

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
8時間にこだわらない
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニング
3. 眠たくなってから床に就く、就床時間にこだわりすぎない
眠ろうとする意気込みが頭をさえさせる
4. 同じ時刻に毎日起床
早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる
5. 光の利用でよい睡眠
目が覚めたら日光を取り入れ、体内時計をスイッチオン
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7. 昼寝をするなら、15時前の20～30分
長い昼寝はかえってぼんやりのもと
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感は要注意
背景に睡眠の病気、専門治療が必要
10. 十分眠っても日中の眠気が強い時は専門医に
11. 睡眠薬代替りの寝酒は不眠のもと
深い睡眠を減らし、夜中に目覚める原因となる
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全
一定時刻に服用し就床、アルコールと併用しない

心臓病患者さんのページ ～CARDIOLOGY PATIENT PAGE～

American Heart Association (アメリカ心臓病協会) 発行の Circulation 誌に掲載されている CARDIOLOGY PATIENT PAGE より、第2回目の今回は「心臓発作の危険信号」(Circulation, 2001;103:e124-e125) をお届けします。

心臓発作の危険信号

Joseph P. Ornato, MD; Mary M. Hand, MSPH, RN
訳 木野 昌也 (ジェックス副会長・北摂総合病院院長)

毎年110万人のアメリカ人が心臓発作を経験し、その中の46万人が死亡しています。しかも死亡した人の約半数は突然死で、病院に着くまでに亡くなっているのです。心臓発作は大変恐ろしい病気ですが、心臓発作につながる数々の危険信号を知り、しかもその時の対処の仕方を知っていれば、人の命を救うことができるのです。多分、あなた自身の命も。

どのような人が危険なのか

心臓発作は“男性の問題”と多くの人たちは考えるかも知れませんが、心臓発作は実は、アメリカでは男女ともに第一位の死亡原因なのです。男性では、年齢が45歳を過ぎると心臓発作の危険性ははっきりと増加します。女性では、心臓発作は更年期以降(通常50歳以後)に起こりやすくなります。しかし、年齢のより若い男性や女性でも心臓発作が起こることがあります。

年齢以外に心臓発作を起こしやすくする危険因子には、

- 心臓発作を以前に起こしたか、あるいは狭心症で冠動脈に病変のある人
- 若くして心臓発作を起こした人が家族にいる、
 - － 父や兄弟が55歳より若くして心臓発作を起こした
 - － 母や姉妹が65歳より若くして心臓発作を起こした
- 糖尿病
- 高コレステロール血症
- 高血圧症
- 喫煙
- 肥満
- 運動不足

もしもあなたが、これらの危険因子の一つ、あるいはそれ以上持っていれば、心臓発作の危険性をどのようにして下げるか、あなたのお近くの医療関係者に相談して下さい。

心臓発作は、血の固まり(血栓)が心臓の血管に詰まって血液の流れをブロックすることで起こります。心臓の筋肉細胞は死への道をたどることになります。この状態を医学的には「心筋梗塞」と呼び、「心筋細胞の死」を意味します。この状態で治療をしないで放置される時間が長ければ長いほど、心筋細胞が受ける傷害の程度は強くなります。心臓発作で死滅した心筋細胞は、もはや元に戻ることはなく、あるいは修復することもできません。

しかし、幸いにも血栓を溶かしたり、あるいは血管形成術と呼ばれる詰まった血管の通りを良くしたりする治療法が、心臓発作の進行を止めることができます。症状が始まってすぐにこれらの治療が開始されれば、心臓発作を防止、あるいは心筋傷害の程度を軽くすることができますのです。治療の開始が早ければ早いほど治療効果があり、完全に元に戻る可能性が高くなります。最大の効果を得るためには、心臓発作の症状が発現してから1時間以内にこれらの治療が行われる必要があります。詰まった血管を再開通させることにより得られる効果は、治療が開始されるまでの時間が経過するにつれ、少なくなっていくます。

危険信号を勉強しよう

ハリウッド映画で描かれているように、心臓発作は胸を押さえて倒れ込むような、突然に起こる強い発作と考える人は多いと思います。しかし、本当は多くの場合、胸の真ん中で感じる軽い不快感で始まるのです。そのような場合には、身体が発する信号が何を意味しているのか分からないかも知れません。しかもそのような不快感（あるいはその他の症状）は、消失したり、また現れたりするのです。症状は時に全く違った様相をしめすことがありますので、過去に心臓発作を経験したことがある人でも、この信号に気が付かないことがあります。心臓発作の際にみられる数々の信号（症状）を次に示します。これらの信号をしっかり勉強し、覚えて下さい。仮にその症状から心臓発作かどうか不確かな場合にも、心臓発作かどうか直ちにチェックして下さい。

心臓発作の危険信号

- 胸の不快感 ほとんどの心臓発作は胸の真ん中の不快感で、その症状は数分以上続き、消失したり、あるいは再発したりします。この不快感は、押さえられるような感じであったり、胸が締め付けられる、あるいは胸が詰まった感じであったりします。
- 上半身の他の部位における不快感 症状は片方、あるいは両方の腕、あるいは背中、首、あご、あるいはお腹（みぞおち）の位置に感じる場合があります。
- 息切れ この症状は胸の不快感と同時に出現します。しかし、胸の不快感が起こる前に出ることもあります。
- その他の信号 冷や汗や吐き気、あるいは頭がくらくらすることがあります。何かしら不吉な予感を感じたと言われる方もあります。

救急車を呼ぶ

タイミングが全てです。人は心臓発作の危険信号を察知すると、今の状況がどれほど重大であるかを否定しようとするものです。そして、少し待って様子をみようとしします。しかし、時間は大変重要です。このような症状を感じたら、誰であろうと医師の診察が必要であり、すぐに治療を開始することが必要なのです。救急車を呼ぶまで、数分以上（せいぜい5分まで）待って様子をみることは絶対にしないで下さい。

救急車を呼ぶことで、可能な限り早く病院に到着することが出来ます。救急車を呼ぶことで、次のような良い点もあります。

- 救急隊の人たちは、すぐに治療を開始することができます。あなたが病院に到着する前にも治療が開始されるのです。
- 心臓発作を起こすと、あなたの心臓は何時止まるかもしれません。救急隊には知識があり、止まった心臓を再び動かせる装置も持っています。
- 救急車で搬送された患者さんは、病院に到着してからより早く治療を受ける傾向にあります。

注意： もしもあなたに心臓発作の症状が起こり、何らかの理由で救急車を呼ぶことができないければ、他の誰でもいいですから、車で病院まで運んでもらうことです。全く他の方法がない限り、絶対に自分で車を運転しないで下さい。

救急室ではどんな質問を受けるのでしょうか

救急室では、いつでも、どんな質問にもできる限り答えられるようにして下さい。あなたの症状に関連して、次のような質問があるでしょう。

1. 症状はいつ始まったか？
2. 症状が始まった時、あなたは何をしていたか？
3. 症状は始まってすぐに最大の強さに達したか、あるいは徐々に強くなったのか？
4. 不快な症状とともに、例えば吐き気、冷や汗、頭のくらくらするような感じ、あるいは動悸を感じたか？
5. 不快感の程度を1から10まで、10を最も強いとして程度をつけるとすれば、現在の不快感の程度はどれくらいか？

これらの質問に答えて頂くと、担当医が治療を行う上で大変役に立ちます。あなたは担当医から可能な限りの最高の治療を受けることができるでしょう。あなたは自身の治療を受ける上で、担当医の良きパートナーとなるのです。

あなたが今心臓発作を起こしているかを調べる検査

- **心電図 (ECG、あるいは EKG)** これは心臓が収縮したり、休んだりする際に発生する電気現象を画像として記録するものです。心筋傷害や血流の不足している部位を見つけたり、心臓が大きくなったり、あるいは異常な打ち方をしていれば発見することが出来ます。しかし、心臓発作が起きている場合でも、心臓の背面や側面に起きている傷害がいつも発見できるとは限りません。そのような場合には、血液検査やあるいは、心筋への血流状態を画像上で調べる検査を行います。
- **血液検査** 傷害を受けた際に、最初の数時間以内に心筋細胞から血液中に漏れ出す様々な“生化学マーカー”を測定する検査です。時には、心臓発作がまさに起ころうとしている“最も危険な状態”を知ることが出来ます。
- **核医学検査** この検査は、心臓の傷害された部位や心臓のポンプ機能の問題点を発見する目的で使用されます。この検査は心電図では傷害されている部位を発見できない場合に特に有益です。放射性同位元素を少量、通常腕の静脈に注入します。放射性同位元素は冠動脈から心筋細胞に運ばれ、健康な心筋細胞には取り込まれますが、傷害を受けた心筋細胞には取り込まれません。心臓の上に設置されたガンマカメラは、心筋細胞に取り込まれた放射性同位元素から発せられるガンマ線を感じ、この状況を画像として表示します。特別な場合には、ガンマカメラは心臓が血液を拍出する機能を評価することにも使用されます。この検査は、安静時と運動負荷テストとして使用されます。
- **冠動脈造影検査** この検査は冠動脈の詳細な状況を調べる目的で行われます。細い管（カテーテル）が腕や下肢の動脈に挿入され、心臓まで到達します。X線で見える液体（造影剤）を冠動脈内に注入します。心臓が拍動する状態で、心臓や血管が画像して表示されます。この画像を血管造影、あるいは動脈造影と呼びます。この検査で、動脈硬化で詰まった血管の状況を詳しく調べる事が出来ます。

覚えておいて下さい：決して遅れない

あなたの症状が心臓発作によるものかを知る最も確実な方法は、病院の救急室で診察を受けることです。心臓発作が起きていると、時間が経つにつれ、死滅する心筋細胞の数は分単位で増えていきます。119 をダイヤルし、救急車を呼ぶことで、あなた自身あるいは他の人の命を救うことができるのです。

医師や救急隊は、仮に症状が心臓発作によるものでないと後で分かったとしても、とにかく心臓発作かもしれないと思ったら、一刻の遅れもなしに救急室にきて欲しいと願っています。

あらかじめ計画をする

もしも心臓発作が起こったらあなたはどうか、今計画を立てて下さい。あらかじめ計画を立てることで、時間を節約し、命を救うことさえあるのです。

- この論文に書かれている心臓発作の症状を勉強して下さい。
- あなた自身の心臓発作の危険因子について、どのようにすれば、その危険因子を減らすことができるのか主治医に相談して下さい。アスピリンとニトログリセリンの使用について特に質問して下さい。
- あなたの主治医、家族、友人、そして仕事仲間と心臓発作の危険信号やいそいで行動に移すことの重要性について話し合ってください。自分の車で病院に行くよりも、119 番に電話をすることが良い点について話し合ってください。心臓発作が起こればどうすれば良いのかを知ることで、あなたの命や彼等の命を救うことができるのです。

心臓病の危険を少なくするための情報をもっと詳細に得るには、国立心臓肺血液研究所のホームページにアクセスして下さい。

- http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/choh/hbc_what.htm:
a directory of heart disease prevention and treatment information for patients and the public
- http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/choh/hbc_what.htm:
a patient brochure, "High Blood Cholesterol- What You Need To Know"
- <http://www.nhlbi.nih.gov/atp/iii/calculator.asp>:
a 10-year heart attack risk calculator
- <http://www.nhlbi.nih.gov/chd/index.htm>:
a "Live Healthier, Live Longer" website for patients and the public

アメリカ心臓病協会のホームページ

American Heart Association: <http://www.americanheart.org>

Cardiology Patient Page (英語) をご覧になれるサイト

Circulation: <http://circ.ahajournals.org/collected/patient.shtml>

皮膚のかゆみやガサガサが気になる方へ 表皮の角質層の保湿性を高める「美肌水」を紹介します！

用意する物

- ・ 尿素50g（園芸店やホームセンターで市販している肥料用尿素。尿素単独のもので、配合肥料はさける。）
- ・ グリセリン小さじ1杯（薬局で市販している）
- ・ 水道水200ml（塩素が防腐剤の役目をするため、必ず水道水を使う。ミネラルウォーターやイオン水は使用しない。）

あると便利な物

- ・ 料理用計り（尿素を計る）
- ・ 小さじスプーン（グリセリンを計る）
- ・ 計量カップ（水道水を計る）
- ・ ペットボトルやハチミツの空容器
- ・ 油性マジック

美肌水（原液）の作り方

- ① 尿素50gを計り、ペットボトルやハチミツの空容器の中に入れる。
このときマジックで尿素を入れた高さのところに印を入れておくと、次回から計量の手間が省ける。
- ② 水道水200mlを入れ、マジックで印を入れる。
- ③ 尿素が完全に溶けるまで、よく混ぜる。
- ④ グリセリン小さじ1杯を加え、混ぜる。
- ⑤ できあがり！

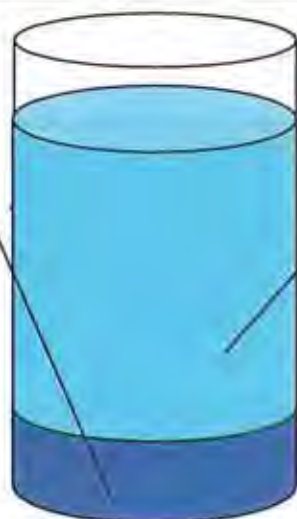
*原液は、だいたい3ヶ月位は持ちます

あとはそれぞれ好みの濃さにうすめて使用します。

顔や全身には：5～10倍
ひじ、かかとには：原液～5倍
ヘアリンスには：洗面器1杯のお湯にキャップ1～2杯の原液
*肌の弱い方はピリピリ感じるかもしれません。
その時は水道水を足してうすめて下さい。
*うすめた美肌水は、1ヶ月で使い切りましょう。

5倍水の作り方

①原液を下から1cmの高さまで入れる。



②水道水を4cmの高さ分足す。

年間計画のお知らせ

2003年度の活動計画が決まりましたので、主な企画の日程をお知らせいたします。年間計画表は別途お送りいたします。

2003年度夏季大学

『みんなで考えよう、これからの日本の医療』(仮)

7月13日(日) 10:00-13:00

大阪市中央公会堂 大集会室 (〒530-0005 大阪市北区中之島1-1-27)

講師(順不同):

- 大北 昭氏 (大阪府医師会副会長)
- 中野次郎氏 (北摂総合病院理事・ジェックス理事)
- 大谷晃一氏 (帝塚山学院大学名誉教授・作家)
- 三谷一裕氏 (三谷医院院長)
- 梶田和子氏 (淀川キリスト教病院看護部長)
- 辻本好子氏 (ささえあい医療人権センター理事長)

『日本の医療の現実』についての講演、医師、市民、看護、介護の立場からの提言、ディスカッション等、皆様一人一人の問題としてこれからの日本の医療について考える楽しいタウンミーティングに是非ご参加下さい。

循環器専門ナース研修コース

7月26日-10月12日 現在申込受付中

一日で学ぶ心エコー図

8月31日(日) 毎日新聞オーバルホール

講師: 諏訪道博 大阪医科大学第3内科講師 他

特定公益増進法人の 認可取得

社団法人臨床心臓病学教育研究会(ジェックス)は、平成15年2月19日付で、大阪府知事より特定公益増進法人である旨の再認定を受けました。

皆様既にご承知の通り、当法人への寄付金に対しては、税法上の優遇措置が認められております。

当法人は、今後共、会員相互の理解を深め、地域社会における生活習慣病の予防と教育および社会福祉に貢献するとともに臨床医学の発展に寄与することにつとめてまいります。

皆様方のご理解とご協力をお願いいたします。

小冊子翻訳の お知らせ

ジェックスでは、アメリカ心臓協会より許可を得て、「心臓病患者さんのページ」をニュースレターに掲載しておりますが、この度、同協会の一般向け教育資料の小冊子翻訳の許可も得ることが出来ました。

現在、第1号として、「健やかな心臓のためのウォーキング」を制作中です。会員の皆様には随時お送りいたします。

お知らせ

申し込みは不要です。直接会場（ジェックス研修センター）にお越し下さい。

◆臨床心臓病研修会◆

受講料：会員 無料
会員でない方 1,000円

第191回 急性心不全の治療

日時：4月16日（水）
午後2時～4時
講師：大黒 哲先生
（協和会病院循環器内科部長）

第192回 高血圧症の治療

日時：5月14日（水）
午後2時～4時
講師：天野 利男先生
（市立池田病院内科部長）

◆生活習慣病講座◆

受講料：会員 無料
会員でない方 1,000円

第222回 動脈硬化とのつきあい方

日時：4月19日（土）
午後2時～4時
講師：洪 秀樹先生
（国立循環器病センター
動脈硬化代謝内科）

第223回 痛風・高尿酸血症

（最近の治療、生活習慣病との関連）
日時：5月17日（土）
午後2時～4時
講師：山本 徹也先生
（兵庫医科大学総合内科助教授）

*臨床心臓病研修会にご参加の大阪府医師会会員の先生はチケットを受付に提出してください。

*****事務局より*****

年会費納入のお願い

会費納入用の郵便払込用紙をお送りいたしました。お近くの郵便局よりお納め下さい。

－編集後記－

ついにイラク戦争が始まり、今後世界がどのように変わっていくのか極めて不安定な様相を見せ始めました。

日本の医療も同様に、大きく様変わりしようとしています。ジェックスでは本年の夏季大学でこの問題を取り上げ、皆様と一緒に考えたいと思っています。私たち一人一人の考え方が問われているのだと痛感しています。夏季大学にご期待下さい。

（文責：梅田 幸久・斎藤 隆晴）

編集発行：(社)臨床心臓病学教育研究会「略称：ジェックス」

〒532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目7-2 第1チサンマンション3F

Tel&Fax: 06-6304-8014(直通)

事務取扱い時間：午前9時～午後5時

但、木・日・祝及び土曜日午後を除く

E-mail: jeccs@mbx.inet-osaka.or.jp

ホームページ <http://home.inet-osaka.or.jp/~jeccs/>

