



ESTABLISHED IN 1985

JECCS

ニュースレター

社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.5 No.3 2005.6

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「会長就任のご挨拶」

ジェックス会長 木野 昌也

講演要旨

生活習慣病講座 2月19日講演

「糖尿病とのつきあい方」

国立循環器病センター動脈硬化代謝内科

宮本 恵宏

講演要旨

臨床心臓病研修会 3月16日講演

「アルドステロンをターゲットとした心不全の予防と治療」

大阪大学大学院医学系研究科病態情報内科学

南野 哲男

心臓病患者さんのページ ～Circulation 誌より～

Cardiovascular Disease in the Diabetic Patient

「糖尿病患者における心血管病」

訳 宮崎 俊一

(ジェックス理事 国立循環器病センター心臓内科医長)

お知らせ

新役員紹介

研修会レポート

研修会のご案内

会長就任のご挨拶

ジェックス会長 木野昌也

ジェックスの第2代会長に選任されました木野昌也です。大変な榮譽ではありますが、その責任の重大さに身の引き締まる思いで一杯です。もとより浅学非才の身ではありますが、皆様方のご支援により、その重責を果たしたいと思えます。私はジェックス創立以来のメンバーとして、20年間高階経和先生と行動を共にして参りました。ジェックスの活動は御陰さまで現在多くの方から評価され、支持され活発に活動を続けております。設立当初の夢であった『アジア・ハートハウス』も2004年に大阪の地に設立されました。これまでにご協力を頂きました会員の皆様、活動のために毎年多額のご支援を頂いております企業の皆様、また活動が順調に運営されるために、多くのご協力を頂きました関係各位に感謝いたします。

このたびジェックスは将来のさらなる発展を目指して組織を強化することになりました。1985年にジェックスが設立された頃、診療の第一線にある臨床医が率先して行う社会教育活動は少なく、理念の実現に向けた地道で孤独の時代が長く続きました。高階先生のこれまでのご苦勞の一端は、先生の数々の御著書で伺い知ることではできませんが、ジェックスの道のりはまさに切歯扼腕の日々の連続でした。しかしジェックスの活動の支援の輪は次第に広がり、晴れて設立20周年を迎えた節目のこの年、創立者で会員全員のmentorである高階経和先生は理事長にご就任になりました。高階先生には、今後これまでのジェックスの活動に加え、より広い社会的、国際的な立場でのご活躍が期待されています。

われわれは、それぞれ自らの職場を通じて医療活動や社会活動に従事しています。日々の仕事で身も心も疲れきっているという方も決して

少なくはないでしょう。私も自らの職場の現状の改善に精一杯というのが偽らざる心境です。しかしこのような状況にあって、それ

ぞれの持ち場を離れてまで、なぜジェックスの活動に参加することが必要なのでしょうか。それは、豊かな充実した医療環境が社会的に整備されなければ、われわれの目標の実現は不可能だからです。医療を供給する側の質の向上は勿論ですが、医療制度から医療機関を取り巻く社会環境、ひいては医療を受ける人々の意識がより良い方向に変革されることが必要だからです。より良い医療は、みんなの努力で作上げるものです。

ジェックスの活動がその一助となれば幸いです。

健康はすべての人の願いです。ジェックスは医師、看護師、薬剤師、その他医療関係の専門職が中心となって、一般の方にも広く活動に参画していただくことを願っています。ジェックスが皆様により開かれた組織になることを願っています。今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



第 2 1 回総会報告

平成 1 7 年 5 月 2 1 日 (土) 午後 4 時よりジェックス研修センターにおいて第 2 1 回総会が行われました。

総会では理事会の活性化と会務の機動的な運営を行うため新たに理事長職を設ける事が承認され、高階経和前会長が理事長に、会長職には木野昌也前副会長が就任することを可決いたしました。また、任期満了に伴う理事・監事の退任と新任が行われました。議案可決後、高階経和前会長による特別講演「社会人の一人として次の世代に伝えるもの」があり、無事終了しました。

平成 1 7 年度役員人事

(★印は新任)

★理事長 (前会長)	高階 経和	高階国際クリニック院長
★会 長 (前副会長)	木野 昌也	(医) 仙養会北摂総合病院院長
副会長	中尾 正俊	
副会長	木戸 友幸	
理 事	梅田 幸久	
理 事	河村 剛史	
理 事	中野 次郎	
理 事	斎藤 隆晴	
理 事	加納 康至	
理 事	木下 佳代子	
理 事	片山 英伸	
理 事	宮崎 俊一	
理 事	天野 利男	
★理 事	吉田 芳子	(医) 仙養会北摂総合病院常勤顧問 豊中市社会福祉協議会理事
★理 事	松尾 浩	株式会社セラフィ代表取締役
★理 事	重内 利明	田辺製薬株式会社大阪支店支店長
★監 事	堀 三芳	税理士
★監 事	藪口 隆	弁護士法人御堂筋法律事務所 弁護士

退任

理 事	丹羽 均
理 事	日比野 俊彦
理 事	江藤 晃
監 事	浅野 徹
監 事	柳生 佳洋

糖尿病とのつきあい方 ～糖尿病の運動療法～

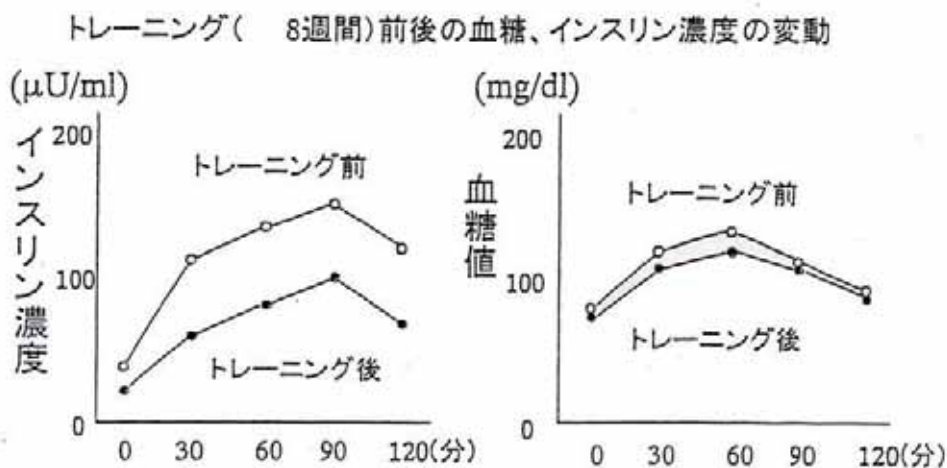
国立循環器病センター動脈硬化代謝内科
宮本恵宏

I. 糖尿病における運動療法の意義とは？

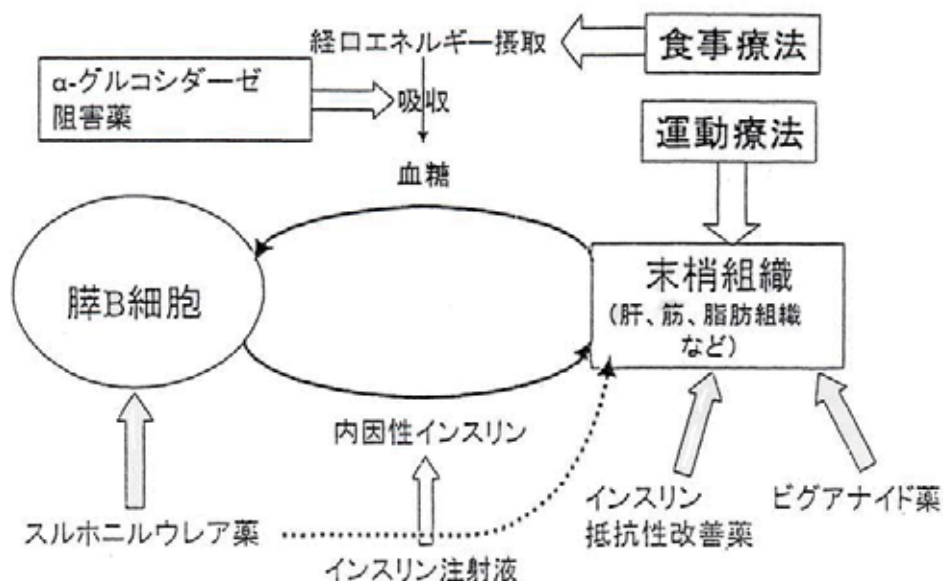
①インスリンの感受性を改善する。

糖尿病にかかっていない人でも、運動をしている人はそうでない人に比べてインスリンが利きやすくなっている（インスリン感受性が改善する）傾向があることが知られていま

す。日頃の運動習慣は糖尿病の予防につながると考えられます。糖尿病の方でも運動を継続することで、インスリン（膵β細胞由来、注射製剤ともに）の感受性が改善することが知られています。



糖尿病の治療



②食事療法とともにエネルギーの摂取・消費のバランスをよくします。

運動項目	運動消費量 (kcal/kg/分)	1 単位 (80kcal) の運動時間 (体重 60kg として)
歩行 (分速 60m)	0.0534	約 25 分
軽いジョギング	0.1384	約 10 分
軽い体操	0.0552	約 24 分
自転車 (平地)	0.0800	約 13 分
掃除 (はく、ふく)	0.0676	約 20 分
掃除 (電気掃除機)	0.0499	約 27 分
ジャズダンス	0.1517	約 9 分
遊泳 (クロール)	0.3738	約 4 分
遊泳 (平泳ぎ)	0.1614	約 8 分
テニス (練習)	0.1490	約 9 分
ゴルフ (平均)	0.0835	約 16 分

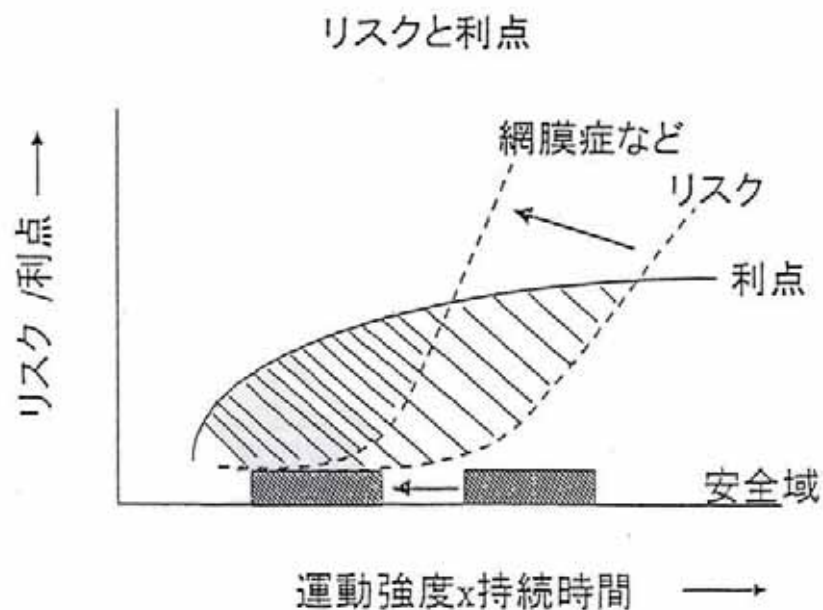
③加齢や運動不足により起こる筋萎縮を防ぎ筋力を保つことが出来ます。

④高血圧、高脂血症の改善や内臓脂肪の現象に有効です。

⑤心肺機能を向上させます。

⑥爽快感や活動的気分を得たり、ストレスの解消効果が期待できます。

Ⅱ． 運動療法の時に注意する点は？



- ①血糖コントロールが悪いときは運動をひかえましょう。

糖の代謝コントロールが極端に悪い場合（空腹時血糖が250mg/dl以上または尿ケトン体中等度以上陽性）はインスリン作用が極度に不足しているため、運動によって血糖が上昇したり、血中のケトン体が増えたりすることがあり、病状を悪化させることがあります。

- ②運動に伴う低血糖に注意しましょう。

インスリンや一部の経口血糖降下剤で治療を行っている場合、運動中および運動当日～翌日に、運動により低血糖をきたすことがあるので、空腹時の運動は避けましょう。いつもより運動量が多くなることがわかっているときは、1～2単位（80～160kcal）の補食をとることも必要です。運動前の血糖が90mg/dl未満の場合は吸収の良い炭水化物（クッキー、チーズ、フルーツ、ジュースなど）を摂取する（食事療法のみの場合は不必要）。また、運動終了後、十数時間後にも低血糖の出現することがあるので注意しましょう。（運動後遅発性低血糖）。

- ③整形外科的疾患があったり、肥満の著しい場合は運動の種類を選びましょう。

このような場合は、膝や足関節に負担のかかりにくい運動を選んでください。自転車エルゴメーターや水泳、水中歩行がよいでしょう。

- ④心疾患がないか確かめる必要があります。

糖尿病の方は非糖尿病患者に比べて、無症状であっても、運動負荷心電図で虚血性変化があること（無症候性心筋虚血）が高率にみられます。虚血性心疾患を含む心疾患がないかどうか主治医に、事前にチェックをしてもらってください。

- ⑤高血圧に注意してください。

一般に糖尿病の方は非糖尿病患者に比べて、運動負荷時の収縮期血圧（最高血圧）の上昇の程度が高いと言われています。高血圧で血圧のコントロールが不良の場合や、出血の危険性のある網膜症（増殖性網膜症による眼底出血がある場合）を合併している場合は、血圧の

上がりやすい力みがちな等尺性運動（鉄棒のぶら下がりやエキスパンダーなど）は避けましょう。

- ⑥中等度以上の蛋白尿（1g/日以上）や腎不全（血清クレアチニン男性2.5mg/dl以上、女性2.0mg/dl以上）のある場合は運動を制限した方がよいでしょう。微量アルブミン尿や軽度の顕性蛋白尿に対する運動の影響はいまだ検討されていないが中等度以下の運動のみを行うべきと考えられます。

- ⑦足のサイズや形にあったシューズを選ぶことも大切です。

III. 運動の実際は「いつでも、どこでも、ひとりでもできる運動」

①運動の種類

主な運動としては、脂肪の利用率を高めるためにも、インスリン感受性が高まるためにも、強度は中等度以下であっても一定時間をかけられる有酸素運動がよいことが知られています。有酸素運動は歩行やサイクリング、軽いジョギング、水泳などブドウ糖やFFAをエネルギー源として利用する好氣的代謝を主とする運動で、継続することで筋肉の質を変化させインスリン感受性を高めると考えられています。重量挙げや短距離走などの無酸素運動は嫌氣的代謝を主とし、筋肉量を増やすことでインスリン抵抗性を改善させると考えられています。しかし、血圧上昇などの危険があります。そこで、器具（ゴムチューブなど）を用いて筋肉に負荷をかける運動で力みを伴わない程度の負荷でも筋力筋肉量を増やすことが出来るレジスタンス運動を組み合わせるのがよいでしょう。

また、運動前後には約5分間の準備運動および整理運動を行いましょう。

②運動の強度

運動中断後の脈拍数を測り、運動の強度を自己チェックすることが大切です。糖尿病の方は、中等強度（運動中の心拍数が安静時心拍数から

最大心拍数に至るまでの40～60％程度)が標準的です。

代謝リハビリでのエルゴメーターでの目標心拍数は

年齢	目標心拍数
20-39	130
40-59	120
60-	110

正確に強度を決めるには、自転車エルゴメーター、トレッドミルと呼吸ガス分析を組み合わせた検査でATレベル（無酸素代謝閾値）を測定し、その90～100％の心拍数（脈拍数）を目標にすることもできます。

③ 1回の運動時間

運動のエネルギー源は時間経過によって変化します。脂肪が利用されるのは運動開始後15～20分から、ブドウ糖が取り込まれるのは開始10分前後からです。しかし、冠動脈疾

患の予防につながる運動の効果はエネルギー総消費量と関係があるといわれており、1週間に700～2000kcal程度の運動が勧められます。中等強度で行い、血糖の改善効果は運動後12～72時間持続することから、1週間のうち連続しない3～5日間運動を行うと、

中等強度×20～60分×週3～5日間＝700～2000kcalとなります。

④ 運動の頻度と時間帯

有酸素運動に伴うインスリン感受性改善効果は、運動を中止した3～4日目から減少しはじめ、せいぜい1～2週間で消失します。ですからできるだけ毎日運動する方が良いことになります。また、運動する時間帯は原則として食後30分を避けるだけで結構ですが、インスリンや経口血糖降下薬で治療中の方は空腹時に運動をするのは避けてください。

アルドステロンをターゲットとした心不全治療

大阪大学大学院医学系研究科病態情報内科学

南野哲男

慢性心不全は”慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、末梢主要臓器の酸素需要量に見合うだけの血液量を拍出できない状態であり、肺または体静脈系にうっ血をきたし生活機能に障害を生じた病態”である。日常生活が著しく障害されるのみならず、致死的不整脈による突然死の頻度も多く認められ、予後不良の病態である。高血圧は心不全発症の危険因子の一つであり、高血圧に対する適切な治療は心不全発症予防に重要である。高血圧患者ではレニン・アンジオテンシン(RA)系が活性化されており、RA系抑制を目的としたアンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害剤やアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)が降圧治療の第一選択薬として使用されている。近年、ACE阻害剤やARBの長期投与にて、一旦抑制されたアルドステロンが再び上昇する現象(アルドステロン-エスケープ現象)が注目されている。本現象を有する高血圧患者では、ACE阻害剤やARBによる心肥大抑制効果が減弱されていることが報告されている。これらのことより、高血圧患者治療にアルドステロン受容体拮抗薬を投与することは非常に合理的である。現在、アルドステロン受容体拮抗薬としてスピロラクトンが知られているが、女性化乳房や性欲減退などの副作用のため、その使用頻度は少なかった。しかしながら、近年、抗アンドロゲン作用などの非特異的作用の少ないアルドステロン受容体拮抗薬エプレレノンが開発され注目されている。本薬剤はカルシウム拮抗薬と同等の降圧治療効果を有することが報告されている。また、ACE阻害薬やARB服用患者への追加投与により、さらなる降圧作用と心肥大抑制作用を呈することが報告されている。今後は、降圧治療の第一選択治療薬として、また、ACE阻害薬やARBの併用

薬として、アルドステロン受容体拮抗薬の使用が増加するものと考えられる。

また、近年の病態解析の進歩により、慢性心不全ではRA系や交感神経系に代表される神経内分泌系因子が著しく活性化し、その病態を悪化させていることが明らかになった。実際、最近の大規模臨床試験により、ACE阻害剤・ARBや β 遮断薬が心不全患者の心血管死や入院回数を低下させることが報告され、これらの薬剤が心不全治療の標準療法として確立した。ところが、高血圧患者と同様に心不全患者においても、ACE阻害剤・ARBの長期投与により、アルドステロン-エスケープ現象が生じることが明らかになった。アルドステロンは心筋線維化促進や血管内皮機能障害などの作用を有し、心不全の病態形成に重要な役割を果たすと考えられる。実際、アルドステロン血中濃度が高い心不全患者ほど、その予後が不良であることが知られている。これらの事実を背景として、心不全患者に対するアルドステロン受容体拮抗薬の効果が検討された。すなわち、心不全の標準療法を受けている慢性心不全患者にアルドステロン受容体拮抗薬であるスピロラクトンを追加投与したところ、その予後が著明に改善された(RALES試験)。また、心不全症状を呈する心不全患者に対して、エプレレノンを追加投与することにより、予後改善が認められた(EPHESUS試験)。これらの大規模臨床試験により、心不全患者の予後改善に対するアルドステロン受容体拮抗薬の有効性が確認された。今後、アルドステロンをターゲットとした心不全の予防と治療が広く臨床現場にて応用されるものと考えられる。



糖尿病患者における心血管病

Cardiovascular Disease in the Diabetic Patient

Allison B. Goldfine, MD; Harvey L. Goldfine, MD

From Joslin Diabetes Center (A.B.G), Boston, and MetroWest Medical Center, Framingham, Mass.

(Circulation. 2003;107:e14-16)

訳：宮崎 俊一（ジェックス理事 国立循環器病センター ）

糖尿病は高血糖を主徴とする代謝性疾患である。アメリカ人のうち1700万人以上が罹患しており、60歳以上の米国総人口の約10%が糖尿病である。特に黒人、スペイン系移民、アジア人、アメリカインディアンに多く罹患者が認められる。さらに、糖尿病患者の半数は診断されずにいることが推定されている。糖尿病はインスリン分泌の低下またはインスリンの機能低下、あるいはその両者によって生じる。インスリンは膵臓のB細胞で産生され、全身の細胞内への糖移送および細胞による糖利用を助ける働きをしている。生体が十分なインスリンを産生できないか、または産生されたインスリンが十分に機能しない場合に血糖値が上昇する。やがて高血糖は小血管および大血管を障害することとなる。

1型糖尿病患者では、理由は不明だが、インスリンを分泌する膵臓のB細胞の自己免疫性崩壊があり、このため生存にはインスリンの注射が必須となっている。この1型糖尿病は全体の10%以下である。一方、2型糖尿病は全体の90%以上を占めておりインスリン抵抗性と相対的なインスリン産生の減少が特徴である。2型糖尿病症例の治療における最終目的は生体が必要とするインスリン量を生体が産生するようにすることである。医師が最初に処方する治療法にはたくさんの選択肢がある。しかしながら、それらのすべては食事摂取や日常生活上の運動の注意点に基づくものである。もし、これらの生活

様式の変化に関する治療がうまく行かない場合には薬物治療が次の選択肢である。これらの治療には、生体が産生できるインスリンがうまく機能するように改善する薬物(インスリン感受性)、インスリンの必要量を減少させる薬物(摂取食事から炭水化物や脂肪の吸収を減少させる)、生体におけるインスリン産生量を増加させる薬物、インスリン注射により生体のインスリン抵抗を上回るインスリンを加えることで高血糖を正常化する治療、などが含まれる。インスリン感受性を改善する薬物は心臓に対して保護的に作用するけれども、これらの薬物が心臓発作や脳卒中を減少させるかどうかは証明されていない。

血管障害

糖尿病の血管合併症は小さな血管(微小血管)と大きな血管(大血管)病に大別される。1及び2型糖尿病患者において高血糖の是正は明らかに小血管病の発生と進行を遅らせることが複数の研究で証明されている。このような小血管病には失明に至るような目の障害(糖尿病性網膜症)、人工透析や移植が必要となる腎不全へと至る腎臓障害(糖尿病性腎症)、そして神経への障害(糖尿病性神経症)などが含まれる。

糖尿病専門医への最初の受診では糖尿病合併症の有無と心血管病の危険因子の評価がなされるべきであり、初診医は糖尿病のタイプ分類、心血管病の家族歴、喫煙などに関する詳細な聴取をすべきである。身体所見においては体重およ

び血圧測定、眼底を含む目の診察(目薬で散瞳した後におこなう詳細な眼底検査は眼科医によってなされるが)、心血管系の診察および足の観察をすべきである。血液検査では赤血球のヘモグロビン蛋白に接着した糖の総量であるグリコヘモグロビン(ヘモグロビンA1cとも呼ばれる)を測定すべきであり、このことはコレステロールの状態を反映し、血糖値のコントロール状況を知ることができる。また尿中の微量アルブミンも測定すべきであり、もし増加していれば腎障害と心臓障害の危険性が増加していることになる。

あなたの血管障害の危険性を低下させること
すでに心臓発作を経験したことのある患者さんはもう一度心臓発作が生じる可能性が極めて高いことがよく知られている。これに反して今まで心臓発作の経験がない糖尿病患者さんでも心臓発作の経験がある非糖尿病患者さんと同等の危険性があることについてはあまり知られていない。当然ながら、既に心臓発作の経験がある糖尿病患者さんは心臓発作の再発という点で最も大きな危険性を持つことになる(図1)。血糖値の是正が心臓発作や脳卒中などの大血管障害の危険性を劇的に低下させるかどうかについては明確ではない。その理由の一つとして血糖値を正常域にまで低下させることは困難であるこ

と、そして実際に上記の危険性を低下させるためには正常域にまで低下させることが必要と思われるからである。しかしながら、糖尿病患者さんにおける血管合併症の危険性は他の危険因子、たとえば喫煙、高血圧、高コレステロール血症、肥満などを是正することで明らかに低下させることができる。これらの危険因子は糖尿病患者さんにとっては付随的な重要性を持つことになる。従って、現時点でのガイドラインではすべての糖尿病患者さんにおいて高血圧と高コレステロールの是正は既に心臓発作の既往がある患者さんと同様に積極的に是正すべきとしている。

健康的な食事と運動は糖尿病進行の危険性を抑制し、高血圧や高コレステロール血症、肥満を改善するので糖尿病患者さんの総合的治療において必須の項目である。糖尿病患者さんでこれから運動療法を始めようとする場合には、医師は運動負荷心電図検査または運動負荷シンチグラムなどの負荷試験の実施を考慮すべきである。なぜなら負荷試験によってそれまでは判らなかった冠動脈疾患が発見されることがあるからである。もし、食事療法と運動療法を実施しても血圧やコレステロール値が改善しなければ薬物療法を積極的に加えるべきである。さらに低容量のアスピリン投与も心臓の保護を目的として考慮すべきである。

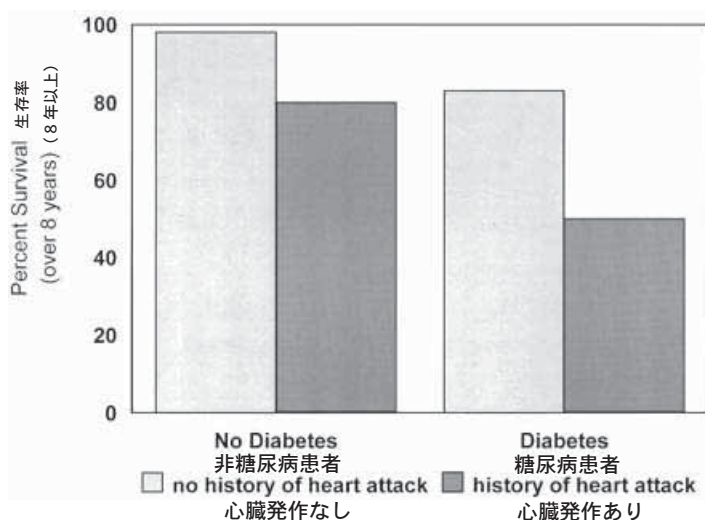


図 1

心臓発作を起こした人あるいは糖尿病患者さんの生存率を示している。心臓発作を起こしたことのない糖尿病患者さんは、心臓発作を起こしたことはあるが糖尿病患者ではない人と同じ危険率を有している。すでに心臓発作を起こしたことのある糖尿病患者さんは、もっとも危険である。本データは、以下から転載した。

Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, et al. Mortality from coronary heart disease in subject with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. N Engl J Med. 1998;339:229-234.

血管障害を示唆する症状

心臓病の典型的な症状は胸部硬直感や圧迫感、息切れ、腕または顎の不快感、むかつき、ふらつきなどであり、特に運動に伴って生じる。これらの症状は無視すべきではなく、もし生じればすぐに医師に報告すべきである。残念ながら、特に糖尿病の患者さんではこれらの症状が全くなくても明かな心臓病が存在することがある。このため罹病期間の長い糖尿病患者さんや他の冠危険因子を併せ持つ糖尿病患者さんでは運動負荷試験を実施することが適当である。もし、明かな心臓病が見つかった場合にはさらに詳しい検査が望まれる。それは心臓カテーテル検査であり、

この検査により医師は冠動脈の形態を正確に把握するので(図2)、バルーンを開大して狭窄をひろげたり(経皮的冠動脈形成術)、小さな金属を挿入することで冠動脈の開大を維持したり(ステント挿入術)、外科的なバイパス術をしたりすべきかどうかを判断できることになる。

心臓発作に加えて、糖尿病患者さんでは末梢動脈病の危険性もある。症状としては歩行に伴って大腿やふくらはぎに痛みを覚えたり足に潰瘍ができたりする。患者さんはこのような症状があれば医師に報告すべきである。また定期的に自分の足を観察して皮膚が破れてないかどうかを確認し、感染しないようにすべきである。

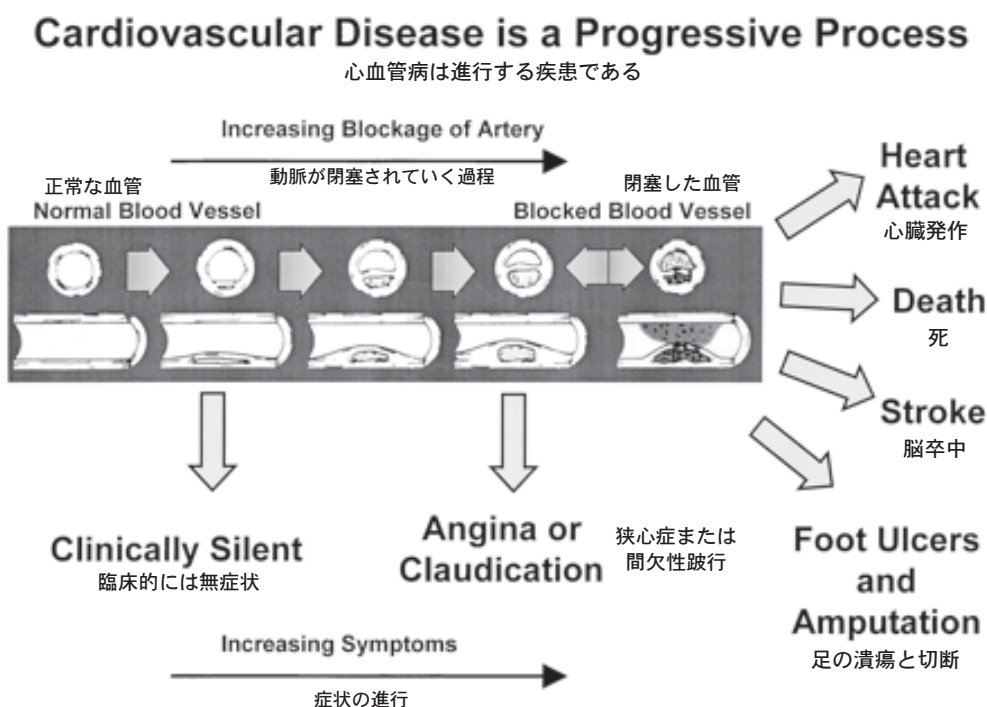


図 2

血管病は進行する疾患である。不十分な血圧管理、コレステロール、糖尿病、喫煙は、全て進行を促進する。糖尿病患者さんは、かなり進んだ病状であっても無症状であることがある。

あなたの担当医と話すこと

より良い糖尿病のコントロールを達成するためには医師やアドバイザーなどの健康相談に関する助言者と緊密な連絡を取り合って、困難な生活様式の変更や複雑な薬物治療内容を実行することが大切である。患者さんと医師やアドバイザーはお互いに長期的な視点に立って心血管系の危険をうまく軽減するための上記内容を実行するように、様々な工夫をすべきである。

糖尿病患者さんの心血管系危険因子を軽減するためのステップ

- 健康的な食事を選択すること(食事療法)
- 運動
- 減量
- 禁煙
- 血糖値を下げること
- 血圧をコントロールすること
- コレステロールを下げること

その他の情報

Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. N Engl J Med. 1998;339:229-234.

American Heart Association home page. Available at <http://www.americanheart.org>. Accessed October 17, 2002.

American Diabetes Association home page. Available at <http://www.diabetes.org>. Accessed October 17, 2002.

Joslin Diabetes Center. Managing Diabetes Available at [tp://www.joslin.org](http://www.joslin.org). Accessed October 17, 2002.

Ornato JP, Hand MM. Warning signs of a heart attack. Circulation. 2001;103:e124-e125.

Jorenby DE. Smoking cessation strategies for the 21st century. Circulation. 2001;104:e51- e52.

アメリカ心臓協会のホームページ（英語のみ）
<http://www.americanheart.org>
心臓病患者さんのページ（Cardiology Patient Page）
は下記のサイトでご覧になれます。
Circulation 誌 Cardiology Patient Page :
<http://circ.ahajournals.org/collected/patient.shtml>

イチロー研修レポート

日時：5月8日（日）午前10時～午後3時30分

場所：ジェックス研修センター

5月8日（日）、ジェックス研修センターにおいて岡山大学の学生グループOSCIAを中心とした医学生13名が、高階理事長による「イチロー研修」を受けました。

これは、以前よりイチロー研修を受けているOSCIAメンバーの一人が他大学の学生に呼びかけ、高階理事長直々の指導を企画したものです。岡山大学、島根大学、滋賀医科大学、神戸大学、大阪大学の4年から6年の学生たちで、中には夜行バスで来阪した人もいました。午前中は、病歴の取り方、患者さんへの接し方、心音についてなど、臨床医としてまた循環器専門医として知っておかなければならないことの授業を受け、昼食を挟んで午後からは、いよいよイチローを使つての実習です。



ペンライトを使って頸静脈の怒張を診、
頸動脈を触れてみる

ある学生は、「しばらく心音を聴いていなかった
ので、耳が鈍ってしまった」と話していました。な
ぜこういう音が聞こえるのか、なぜこの場所に注
目しなければならないのか、など疑問に思うこと
を質問し、納得行くまで説明を受けていました。
熱心な学生に応える熱のこもった研修はまるで、
長年培った技を惜しげもなく伝授する場のようで
した。

まずは、聴診に関するテストを受けた後ベッド
サイドに立ち、患者さんのどこを診るのか、聴診に
際して注意すべきポイントの説明を受け、皆、熱心
にメモを取っていました。

「指で脈に触れ、目で診、耳で聴く」五感をフルに
使つての聴診実習は、各大学にあるはずのイチ
ローに触れることのない学生にとってまたとない
機会だったようです。



右手で脈に触れ、耳で心音を聴き、
目で腹部を診る



イチローを使った研修を受けてみたいと思
われる方は、事務局までお問い合わせくださ
い。10名程度のグループの場合は、日程
のご相談に応じます。

受講の資格は、医師、看護師、医学生を問
いません。

2004 年度アジア・ハート・ハウス大阪セミナー ライフレポート出版のお知らせ

昨年のアジア・ハート・ハウス大阪セミナーは、「みんなで考えよう！ニッポンの医療 第2弾『臨床倫理を現場にどう生かすのか～チーム医療の実践～』」をテーマに医療職にある方を対象として催されました。臨床倫理を実際に取り入れるにあたって「四分割法」という方法を紹介し、具体的事例を使ってその考え方を実際に会場全体で考えてみました。パネリストはもちろん、会場の参加者からも意見が出され、3時間にわたるその模様を1冊の本にまとめこの度出版いたしました。医療に関するセミナーではありますが、講師の白浜先生始めパネリスト、会場の発言は、医療を超えた内容でもあると思います。医療職にある方はもちろん、一般の方が読んでも参考になる内容です。



内容紹介

あいさつ

◎医療現場からの視点

事例紹介 / 看護師の立場から / 医師の立場から / ソーシャルワーカーの立場では / 一般市民の視点から / 医療費と治療方針の問題 / 往診・看取り / 家の構造 / 家族の問題 / インフォームドコンセントと病診連携 / 誰のための臨床倫理か

講 演

◎臨床倫理をどう考えるか

よい人生を送れることが大事 / 四分割法と EBM / EBM=根拠に基づく医療/治療によるリスクを共有できるか / 医学的な無益の受容 / インフォームドコンセントについて / リアリティある経験者による説得 / 何よりも患者の不安を聞くこと / 事前の意思表示が難しい現実 / QOL は人生の充実度 / 医療者に欠かせない周囲のサポート / 日・欧米で異なる社会的背景 / 国際的評価が高い日本の医療

討 論

◎よきチーム医療の実践に向けて

患者の意向を尊重してほしい / 病診連携のサポート体制を確立 / 退院を見越した治療計画 / 精神面を重要視する / 予後を徹底的に予想すること / プラン、実行、検討、再確認のくりかえし / 告知によるベネフィットがどの程度あるか / 医師は悩んでも責任放棄できない / 病状と患者の意向とのはざまで / 余命の告知をどうするのか / 判例から見た終末期のあり方 / 守秘義務はどこで線を引くか / チーム医療における個人情報 / よき連携につながる個人ネットワーク / 社会的資源を受け入れるのか / 頼りになる地域の保健師 / 事前に患者の意思を確認すべき / 病気になっても安心して住める社会 / 延命はしないという意思表示 / 村ぐるみの救急蘇生訓練と予防注射 / 実践のなかから学んでゆくもの / チーム医療に関わる専門家たちへ / 主催者あいさつ

平成 16 年 8 月 1 日（日）
オーバルホールにて

講師：

白浜雅司（三瀬村国民健康保険診療所所長）

パネリスト：

越智恭子（兵庫県立尼崎病院看護師）

斎藤隆晴（関西電力病院総合内科部長）

長谷川 博（井高野地域在宅介護支援センター
ソーシャルワーカー）

三木 学（医療ジャーナリスト）

価格：1,000 円（税込み）

一般の書店ではお求めになれません。ご興味のある方は、ジェックス事務局まで。

医学部学生の皆さんへ

5月19日に行われました理事会に於いて、医学部学生の皆様にジェックスの研修を従来以上に受けていただきたく、ジェックスに入会して頂いた方には特典を設けることが決定されました。

まず、ご入会下さい。年会費は、5,000円です。従来の会員特典として、

- ◆ニュースレター（年6回）の送付
- ◆臨床心臓病研修会・生活習慣病講座の無料受講
- ◆研修会の参加料割引

がありますが・・・・・・・・

学生会員の方には、上記に加え、

※研修会参加料に学生割引（非会員料金の30～50%引き）を適用致します。

※「心電図」「イチロー研修」「医学英語」の各研修をお引受けいたします。

各大学単位あるいはグループで最低5名、最大20名でお受けいたしますので、事務局までお問い合わせ下さい（人数・研修日・研修時間はご相談に応じます）。申込者は、学生会員に限ります。研修費は、学生会員の場合1人3,000円～となります。

※その他、学生の方々の勉学・実習をサポートする試みを企画いたします。

正確な知識を少しずつ
確実に自分のものとして
蓄えていく！

ジェックスならお手伝いできます！

★理事会報告★

4月より総務委員会は、理事会となりました。

4月21日（木） 午後6時～午後7時30分 出席者10名

5月19日（木） 午後6時～午後7時30分 出席者9名

個人情報の取り扱いについて

当法人では、会員の皆様、寄付者の皆様の個人情報についてニュースレター・研修会の案内・各種のお知らせの発送に使用し、第3者に開示することはございません。各種案内の発送作業は、全て事務局内にて行っており、外部委託をしておりません。情報の取り扱いには、細心の注意を払ってまいります。

研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：

6月18日（土）午後2時から午後4時 「糖尿病の最近の治療」

講師：今川彰久先生（大阪医科大学第1内科学教室助手）

7月・8月はお休みです。

◆生活習慣病講座

6月8日（水）午後2時から午後4時 「高齢者のめまい感について」

講師：成富博章先生（国立循環器病センター内科脳血管部門部長）

7月・8月はお休みです。

✂️ アジア・ハート・ハウス大阪セミナー「みんなで考えようニッポンの医療」第3弾

地域で支えよう、わたし達の老後

～住み慣れた地域で安心して高齢者が治療を受けられるために～

7月24日（日）於：オーバルホール

申込受付中

編集後記

事務局から

✂️ アジア・ハート・ハウス大阪セミナーの申込を受け付けております。今回は、医療の専門職に限らずどなたでもご参加いただけます。

お知り合いの方と一緒にご来場いただければ幸いです。

✂️ 事務局からの郵便物が返送されるケースが多くなりました。お手数でも住所を変更される場合は、お知らせ下さいますようお願い申し上げます。

（事務局一同）

今から23年前、「英語堪能で簿記のできる方」という高階クリニックの3行の新聞広告を見て、どんな仕事をするのかという興味に惹かれ面接に向かいました。先生が英語で吹き込まれた心電図の所見を聴きながらタイプするという、想像すらし得なかった仕事に私は、ただただ慣れることに必至でした。心電図、医学英語とあんなに勉強したことは学生時代でもなかったと思います。退職して数年後、ジェックスのお手伝いをするようになり早十数年、今は印刷物の作成やホームページの更新・作成という、仕事をさせていただいています。どうやら私は大人になってからの方が、日々の努力と学びが必要なようです。常に課題にチャレンジ、そんな日々感謝しています。（文責：宮崎悦子）



発行：社団法人臨床心臓病学教育研究会（略称：ジェックス事務局）

編集人：高階経和

532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目6-17 新大阪シールビル4階

電話：06-6304-8014 F A X：06-6309-7535

<http://www.jeccs.org> office@jeccs.org