



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.6 No.5 2006.10

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「診てもらえるなら連れて行ったのに、支援してもらえるなら申請したのに」

ジェックス副会長

中尾医院院長

中尾 正俊

講演要旨

臨床心臓病研修会 5月20日講演

「アディポサイエンスを活かしたメタボリックシンドロームの治療」

大阪大学大学院医学系研究科内分泌代謝内科学 前田 和久

心臓病患者さんのページ ~Circulation 誌より~

Syncope

「失神」

訳 天野 利男

(ジェックス理事・天野内科循環器科院長)

お知らせ

アリゾナ大学医学部短期留学帰国レポート

細羽 創宇

岩花 清佳

研修会のご案内

診てもらえるなら連れて行ったのに、 支援してもらえないなら申請したのに

ジェックス 副会長
医療法人中尾医院理事長
中尾 正俊



離島など都市から遠い地域において医師が不足しているという問題のみならず、地方都市の公立病院や大

都市の病院でも医師が次々に辞める事態が頻発しており、だれでもどこでも公平に医療を受けられるという「国民皆保険」が崩壊してきている。特に、産科、小児科、救急医療は深刻な状態である。

04年度から開始された新医師臨床研修制度がこのような事態を引き起こした主な原因と考える有識者も多い。研修制度が施行される以前は、新卒医師は出身の大学病院での臨床研修を受けていたが、研修先を自由に選べるようになり約4割が一般病院に就職している。その結果、人手不足に陥った大学病院は関連病院である地方の公立病院などに派遣していた医師を引き揚げ、病院に残った医師は重労働を嫌って退職するという医師総辞職という事態が起こっているのである。このような事態を重く受け止めた厚生労働省は、へき地勤務を開業医や病院長になる要件にしようとしているが、「職業選択と居住の自由を奪う」という意見により頓挫している。

論点は変わるが、4月の介護保険制度見直しで軽度の「要介護1」が、基本的に自

立を求める「要支援状態」になり、介護用ベッドが1割負担から全額負担になった。脚の痛みのため一人では外出できない利用者が、車椅子を給付してもらうために医師の意見書が必要になった。そして訪問介護も週2回各90分に、通院介助や買い物を頼めるのは月2回に減らされている。冷蔵庫が空っぽでも2～3日は我慢している要支援高齢者が多いと聞く。03年社会保障審議会介護保険部会での議論は「何を削るか」の一点張りだったらしい。「軽い介護でいいはずなのに施設で悠々と暮らしている」「事業者の儲け主義で不要なサービスが提供されている」などの例ばかりが強調され、議論は残念ながら給付を抑える手法にのみ集中した。今回の見直しで、「要介護1」である約130万人の7割程度が「要支援」に変わり、厚労省はこの絞り込みと施設利用費を含めた自己負担増により、06年度に3000億円の給付抑制を見込んでいる。「介護保険は歴史が浅く、関係業界も医師会のような政治力がない。負担増を先ず介護でやり、『介護だって実施したのだから』と医療に波及させる。介護がいわば、実験場ですよ。」と、ある厚労省幹部が解説しているらしい。6月22日の経済財政諮問会議において小泉首相は「歳出をどんどん切り詰めれば、やめて欲しいという声が出てくる。増税してもいいから施策をやってくれという状況になるまで徹底的にカットしな

ければならない」と述べたと朝日新聞は報道している。「聖域なき歳出削減」のかけ声のもと、「いつでもどこでもそしてだれでも」のフリーアクセスを誇る日本の医療制度や虚弱高齢者に対する支えあいの介護保険制度が破綻してきているといっても過言

ではないだろう。2015年に到来する高齢社会を迎えるにあたり、日本という国は我々国民にとって安心を担保された医療や介護が提供される住み良い国になっているのか、一人一人が真剣に考えていかなければいけない時期に来ていると思われる。

理事紹介

中尾 正俊（ナカオ マサトシ）

1979年神戸大学医学部医学科卒業、1987年川崎医科大学大学院修了。
天理よろづ相談所病院、川崎医科大学附属病院、川崎医科大学循環器内科学講師を経て、1988年大阪市東淀川区にて中尾医院を開設。1999年よりジェックス副会長。2001年東淀川区医師会副会長、2004年より大阪府医師会理事。

臨床心臓病講座・生活習慣病講座へのお誘い

臨床心臓病講座

医療者向けの講座です。

昨年4月より第3あるいは第2土曜日に開いています。講師は、その分野での専門医で最新の情報を詳しく解説いたします。製薬会社からの薬の情報も提供していますので、是非ご参加下さい。

講演後、30分程度の質問の時間を設けておりますので、日頃、疑問に思われることをご質問下さい。

生活習慣病講座

どなたでも参加していただける一般市民の方向けの講座です。

昨年4月より第3あるいは第2水曜日に開いています。一般の方向けの講座ですので、講師はわかりやすく、丁寧に話を進めていきます。

講演後は、自由に質問していただけますので、ご遠慮なく不安に思われることとお話し下さい。

講演要旨

4月15日(土)

第219回臨床心臓病研修会

アディポサイエンスを活かしたメタボリックシンドロームの治療

Lessons from Human Genome Project and Harvard Diet Study

大阪大学大学院医学系研究科講師

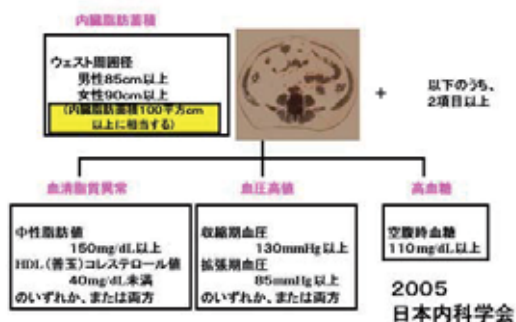
内分泌代謝内科学

前田 和久

1. メタボリックシンドロームの概念

昨年4月の日本内科学会において、内科系8学会で構成されたメタボリックシンドローム診断基準検討委員会により日本人のメタボリックシンドロームの定義と診断基準が公開されました。メタボリックシンドロームは耐糖能異常、高脂血症、高血圧が個々人に合併する心血管病の易発症状態と定義され、今後の動脈硬化性疾患予防の重要なターゲットになると考えられています。また一般臨床医のみならず、コメディカルの方々等にも極めてわかりやすく作られているのが最大の特徴でもあります(図1)。

図1 メタボリックシンドローム(MS)の診断基準



その必須項目にあるのがウェスト周囲径、すなわち腹部肥満です。WHOやIDF(国際糖尿病連盟)を初め、世界中でこのウェスト周囲径がメタボリックシンドロームの必須診断基準に取り入れられています。1980年代より我々が提唱してきた「内臓脂肪症候群」こそが、メタボリックシンドロームの上流の基盤病態として、重要であることを提唱したものであり、ついに世界中で認められたといっても過言ではないでしょう。

2. アディポネクチンの発見

ではこうして明らかにされてきた内臓脂肪症候群のメカニズムとは何か。私ども大阪大学では、そのメカニズムを明らかにするために、ヒトゲノムプロジェクトにおいて脂肪組織の解析を行い、脂肪組織が体内で最大の内分泌臓器であることを示して参りました。そしてその脂肪組織から特異的に分泌され、内臓脂肪蓄積に伴って低下する抗糖尿病、抗動脈硬化作用を有するアディポネクチンを発見しました。現在、低アディポネクチン血症はメタボリックシンドローム発症の中心的メカニズムとして非常に注目されています(図2)。

図2 アディポネクチンはメタボリックシンドロームのキー分子である



3. 糖尿病、心臓病、癌を予防するハーバード式ダイエット

一方、70年代より確立されてきた、多くの栄養疫学研究の礎ともなる米国ハーバード大学栄養部門の発するメッセージは、現在、FDAをはじめ、米国の栄養指針に大きな影響を与えています。事実、米国で行われた30万人、30年間のフォローアップスタディでは冠動脈疾患の80%、糖尿病の90%、大腸がんの70%

は生活習慣の改善により、予防できることが証明されています。

そして2005年4月IDFが発表した、メタボリックシンドロームの初期治療介入として食事内容の変更という項目が追加されましたが、注目すべきは、これら大規模栄養疫学研究で明らかにされた体に良い食品項目がアディポネクチンを増やす、体に悪い食品がアディポネクチンを減らすということが判ってきたのです。従って実際の臨床現場においては、こうした知見に基づいた適格な栄養指導を実施し、効率的なメタボリックシンドロームの治療を実践することが科学的にも至極妥当であると考えられるわけです（図3）。



4. 脂肪細胞と再生医療

以上、私どもは、内臓脂肪症候群やアディポネクチンの発見、大規模栄養疫学データの解析を通じて、脂肪細胞が単なるエネルギーの備蓄のみでなく真に科学的にも重要な臓器であることを見出してまいりました。そして、この脂肪細胞の特性を最大限発揮するような脂肪細胞を用いた再生医療システムを構築する事に大阪大学未来医療センターでは成功しました（図4）。



今後は、メタボリックシンドロームのみならず、これまで困難とされてきた肥満症解消に向けた医療を可能とするような outcome の期待できる研究を行いたいと考えております。どうか今後とも大阪大学内分泌代謝内科をどうぞよろしくお願い申し上げます。

共催：科研製薬株式会社



失神

Syncope

Gunjan J. Shukla, MD; Peter J. Zimetbaum, MD

From Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Mass.

(Circulation.2006;113:e715-e717)

訳：天野 利男（ジェックス理事 天野内科循環器科院長）

はじめに

Syncope（シンコピーと読み、失神と訳されています）とは、突然、意識が一時的に失われることで、fainting とか passing out と記載されることもあります。通常、血圧の低下により脳への酸素供給が途絶えた時に起こります。数秒間持続し、その後意識が回復するのが典型的な失神です。失神をおこした人の中には、実際には気を失わずそれに近い状態である人もいます。このような状態をpresyncopeと言ひ、電力が低下してライトが薄暗くなる状態に似ています。

失神はありふれた病気で、毎年100万人のアメリカ人が罹患しています。この数字は、全救急患者の3%、全外来患者の6%に相当します。約3分の1の人が、一生に一度は失神を経験することになります。時には、失神が命にかかわることがあります。そのため失神の原因として危険なものがないかどうか調べることは重要です。

失神の原因

失神の原因は次の3つに分類されます：

1. 心臓性、2. 非心臓性、3. 原因不明

心臓性

心疾患により一時的な脳血流の低下があり、失神が引き起こされます。これが発生するのは、心臓の電気システムがうまく働か

なかったり（心拍数が異常に低下したり、上昇したりする）、弁狭窄や心筋肥厚により心臓から送り出される血流量が障害されるときです。

心筋を活動させる自己ペースメーカーの機能異常や伝導システムの障害があると、脈拍40回/分未満の極端な心拍数低下（徐脈性不整脈）が出現してきます。このような異常はほとんどの場合、加齢や薬の副作用の結果として出現してきます。

脈拍100回/分をこえる極端な心拍数の上昇（頻脈性不整脈）は、上方にある心房腔（上室性頻拍）や下方にある心室腔（心室性頻拍/心室細動）で生じます。上室性頻拍ではたいてい動悸だけですが、まれに失神がみられます。この上室性頻拍はカテーテルアブレーションや薬でうまく治療できます。心室性頻拍/心室細動での失神では、生命にかかわるような場合もあります。これは心疾患の病歴がある患者に生じることが多く、早急な治療が必要とされます。心臓の伝導システムについてカテーテルを用いた検査（電気生理学的検査としても知られる）が必要になり、心室性頻拍/心室細動のような心室リズムを治療する装置が埋め込まれる場合もあります（埋め込み型心臓除細動器[ICD]）。

弁狭窄、特に大動脈弁狭窄では失神がみられます。血圧や脈拍を低下させる薬を内服し

ているときや運動中におこるのがほとんどです。大動脈弁の狭窄（大動脈弁狭窄症）は加齢や遺伝が原因です。リウマチ性心臓病によることもあります。

高度の心筋肥厚（肥大型心筋症）もまた血流を障害し失神を引き起こすことがあります。

非心臓性

幸運なことに、ほとんどの失神は心臓性ではありません。

血管運動性失神は失神の中で最も多いもので、多量の血液が両下肢にプールされたときに起きます。血圧低下、脳血流の欠如、そして失神に至ります。

血管運動性失神の主要メカニズムとして次の2つが考えられています。

1. 起立時の血圧の低下は起立性低血圧として知られています。この場合は、血管を収縮させて下肢に血液がプールされるのを防ぐという生体の正常な能力が損なわれています。一般的に脱水、薬の使用、糖尿病でよく見られます。
2. 失神の80%以上は血管迷走神経性です。何らかの刺激にさらされたとき（長時間立ちっぱなしなど）、脳幹の血管運動中枢に制御された反射が始まります。血管収縮を正常なレベルに維持している血管運動中枢は両下肢の血管にシグナルを送ります。これにより下肢の血管を拡張させ血液をプールします。この結果、失神が引き起こされ、脈拍数も低下します。横になると、重力の影響による血液の脳から下肢への移動がなくなり、意識は回復します。

血管迷走神経性反射は、つよい痛みを感じたり、暑い日に人混みの中で立っていたり、“血”を見たり、温かいシャワーをあびたりしても、また排尿や排便といったような刺激でも活性化されます。突然のあくび、めまい、吐き気、耳鳴り、眼前のかす

みといった危険な兆候が先行することもあります。血管迷走神経性発作から回復した後は、ひどく疲れたとか、疲れ果てたと感じることがよくあります。頻回に発作が起こる人は失神の危険な兆候を認識し、横になることで失神を予防することができるようになってきます。

神経学的原因のなかで最も多いのは“けいれん”です。けいれんでは前もって、前兆として描写される特徴的な感覚に包まれることがあり、さらに体全体のけいれん運動が見られることもあります。

脳卒中やそれに近い病態が失神を引き起こすことはめったにありません。後頭部に影響を及ぼす脳卒中の特殊なタイプでは、突然安定性が崩れ、倒れることがあります。しかし、意識はたいてい保たれています。

代謝性/内分泌性が原因である失神はまれで、低い血糖値（低血糖発作）、血液中の酸素濃度の低下（低酸素血症）、ステロイド値異常低値による血圧低下（アジソン病）などが含まれます。

失神の評価

病歴や身体所見は失神評価の基礎となっています。

失神をすべて記載している病歴というものは大切です。失神前の状況、水分補給状態、発作の前兆、発作時刻と持続時間、発作時の外傷、覚醒時の状態、これらはすべて失神と関連する情報です。患者は失神発作をとりまく生活状況を詳述することで、医療従事者の手助けをすることができます。身体所見のきちんとした評価もまた不可欠です。医療従事者は仰臥位と起立時で、心拍数と血圧を測定します。血圧は上肢と下肢の両方で測るべきです。異常心音に特別な注意を払った綿密な心臓検査は詳細な神経学的検査とともに実施されます。

义



病歴と身体所見は診断の重要な手がかりです。そしてさまざまな検査でその診断が正しいことを証明していきます（図）。有用とされる検査には心電図、血糖値や電解質（血中カリウム値とナトリウム値）の測定、そして血球算定などが含まれます。

血管運動性が疑われる場合は、直ちに治療が開始されるべきです。ティルト試験が診断確定に有用な場合もあります。ティルト試験は検査台の上に寝ておこないます。検査台は垂直になるまで回転させていきます。その間心拍数と血圧が測定しながら、失神発作の状況をチェックしていきます。

心臓性が疑われる場合は、非侵襲的な心臓の検査をおこないます。これには、心エコー検査、ホルター心電図検査、そして運動負荷検査などが含まれます。電気生理学的検査（心臓の電気システムを評価するためのカテーテル検査）や心臓 MRI 検査といった特殊な検査で心臓失神の家族性病因を評価することもあります。

神経系が疑われる場合は脳のCT検査やMRI検査がよく行われます。けいれん発作のスクリーニング検査として脳波検査もまた有用です。

失神の治療法

失神の治療は原因により異なります。

徐脈では大抵の場合、ペースメーカーの埋め込みを行います。薬剤が徐脈の原因なら、この副作用がない別の薬に変更します。

頻脈はさまざまな方法で治療されます。

- (1) 薬が使用されるかもしれませんが、毒性を持っていたり、さらに深刻なリズム障害を引き起こす可能性もあります。したがって、薬が頻脈の初期治療とされるのはまれです。
- (2) アブレーションは心臓の電気システムの評価を行い、不整脈の起源となる組織を同定し凝固治療を実施します。
- (3) 埋め込み型除細動器は心臓にワイヤーというリードで固定し、皮膚直下に埋め込む電子装置です。不整脈を検出し、電気ショックを用いて治療する装置です。

大動脈狭窄症の治療は弁置換によりなされます。肥大型心筋症は投薬で、時にはICDにより治療されます。

血管運動性失神はおもに迷走神経性発作と関連があります。前述したように、このような発作は前もってしっかりとした警告があるので、患者はすばやく横になり、下肢を上げるこ

とで症状を和らげることができます。患者は脱水を避けるべきです。うまくいかない場合は様々な薬で治療することが可能ですが、残念なことにそれほど効果はありません。これらの薬には血管を収縮させ、また血液量を増加させる薬も含まれます。 β 遮断薬や一部の心筋抑制薬も用いられますがその効果の程度は一定していません。

神経系や内分泌系が原因のときは専門家と相談しながら治療することになります。

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。

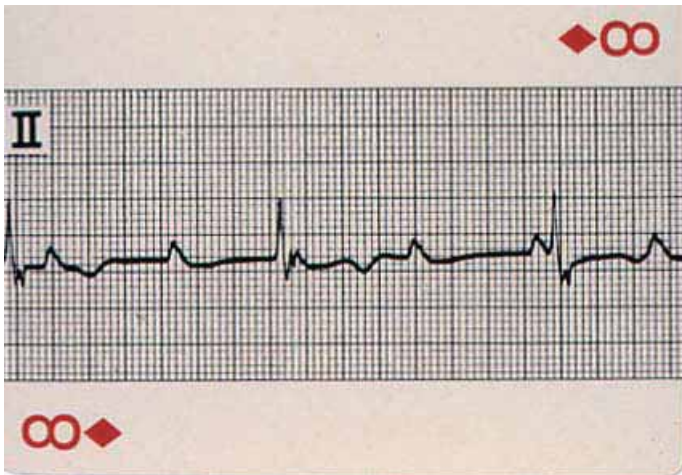
Circulation 誌 Cardiology Patient Page :

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

心電図クイズ

次の心電図が表しているのは？

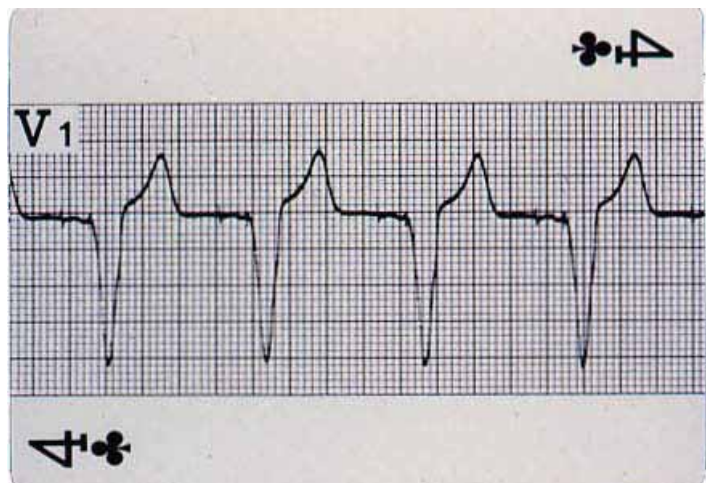
1



ジェックスオリジナルの心電図トランプの中から2枚のトランプを出題します。

正解は、12月号でお知らせします。

2



心電図トランプ

正常の波形から不整脈の波形を52枚のトランプにプリントし、遊びながら心電図を学んでいたできるようにいたしました。

解説書付。1セット1,500円で販売中です。事務局までお問い合わせ下さい。

～ 留 学 報 告 ～

松本昭彦横浜市立大学名誉教授のご寄附を基に設立した松本基金の助成によるアリゾナ大学医学部短期留学の第1期生2名が4週間に亘る研修を終え、8月下旬無事帰国いたしました。帰国したお二人からレポートが届きましたので、ご紹介いたします。

～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～

アリゾナ大学留学記 滋賀医科大学6年 細羽 創宇

この度は素晴らしい経験をさせていただき、誠にありがとうございました。もう遠い昔のことのように感じますが、アリゾナでの一ヶ月の体験を記しておきたいと思います。

私が渡米したときは真夏の時期で、朝9時ごろにはすでに気温が40℃に達していました。しかし日中はほとんど病院にいたため、病院内で夏を感じることはできませんでした。

一日は朝7時のカンファレンスから始まりしました。Imaging, Cath, EKG, Cardiology, Transplantなどの種々のトピックや症例提示などを、朝食を取りながら聞きました。聞き取るのに精一杯でしたが、どの話題も目新しく大変興味深いものでした。またFellowやAttendingの先生方がプレゼンテーションを担当していましたが、話術の巧みさだけでなくスライドの美的センスにもおおいに魅了されました。その後に行われるCCU round, Cath, EKG round, Consultには自由な参加が認められており、昼のカンファレンス終了まで集中力を要するものでした。昼にはStudent lecture, Fellow conference, Resident lecture等も自由参加の形式で、ここでも昼食をいただけるのはうれしい時間となりました。Student lectureやResident lectureは発言を求められることもあり、積極的に参加することができました。また週に一度は、内科全体のGrand roundが

あり、各診療科のAttendingが持ち回りで個性豊かなプレゼンテーションをして下さいました。

午後はCath lab, Echo lab, Outpatient clinicなどを見学させていただきました。どの部署でもたいへん親切に教えていただけるのと同時に、常に質問を求められる時間でした。

私の医学的知識の未熟さもあったのですが、不慣れな英語をやり取りしていくなかで、そのすき間をかなり埋めることができたように思います。特に研修医の症例に対する取り組み方や知識の吸収の仕方等は日本の優秀な先生方とほぼ同じスタイルではなかったかと思っています。



右から：岩花清佳さん、Dr.Ewy、筆者

私にとってこの留学は、日本の医療を考え直す契機ともなりました。その国なりの文化や風土があり、保険制度や生活背景等が絡み合っその国独自の医療体系が形成されていることを感じました。日本にないものを取り込むことによって、日本の医療の質を向上でき、そして高水準の臨床技術を日本の医療に取り入れてみたいという気持ちが強くなりました。自分の医師として将来はどうなるかわかりませんが、今回の臨床研修を生かして、卒後は、アメリカで臨床研修を積むことを目標に循環器内科を目指して頑張っていこうと思っています。

今回の留学は自分にとって最高の経験になりました。



今回の短期留学実現のためご援助下さいました横浜市立大学名誉教授の松本昭彦先生、ジェックスの高階経和理事長、木野昌也会長をはじめJECCSの皆様、Dr. Ewy、アリゾナ大学の皆様、ホストのジェリー、同行した横浜市立大学の岩花さんにも、感謝の意を記しておきたいと思います。

最後になりましたが、私達は、研修の終わりにあたってアリゾナ大学より大変立派な「修了証」を頂いたことをご報告いたします。本当にありがとうございました。





留学先のサーバーハートセンター前で

アリゾナ大学
エクスターンシップ
報告書
横浜市立大学医学部 5 年
岩花 清佳

7月17日から8月11日まで、私はアリゾナ大学循環器科にてエクスターンシップを体験しました。4週間という期間の中で、たくさんのことを学び、体験することができたので、ここにその報告をさせていただきます。

まず初めに感じたのは、海外、特にアメリカで働くことはそれほど特別なことではないということです。州にもよるかもしれませんが、アリゾナ大学病院では、レジデントやドクターの中に、台湾やインド、中国、韓国、イラン、メキシコなどなど、様々な国から来ている人がいました。また看護師やパラメディカルの中にもたくさんの外国出身者がおり、さすが多民族国家だと感じました。日本にいたときには、臨床留学はとてつもなくすごいことのように感じていましたが、アメリカでは留学生を受け入れる体制と文化的な基盤が整っているように感じました。



お世話になったフェローの先生方と細羽さん

循環器科の実習では、種々の **conference**, **Consult team**, **CCU team**, **Echocardiogram**, **Cath**, **Outpatient clinic**, **Lecture** などの他、核医学検査やダイナミックCTなどの検査・読影などを見学しました。

先生方は皆とても親切で、初めての日本からの留学生である私たちをすんなりと受け入れて下さいました。

① Conference

Imaging conference, **ECG conference**, **Fellow conference**, **Cath conference**, **Grand conference**などのカンファランスに出席していました。難しくついていけないことも多かったけれど、4週間出席し続けた後には、最初の週よりも大分話の内容が分かるようになっていたと思います。とくに面白かったのは **Grand conference** で、様々な分野の先生方が週に一度、お昼の時間に講義をされます。20世紀で最も発達した循環器の分野、生体肺移植について、など、自分の専門でない分野の最新情報にもついていくことができます。講義をされる先生方もとても気合が入っているので、内容はもちろん、スライドや喋りがとても面白いです。このようなところにも、アメリカのプレゼンテーション能力の高さが現れており、私たちも真似できたらいいなと感じました。最終週の金曜日には、**Fellow conference**

で15分程度、プレゼンテーションをする機会をいただきました。私はたこつぼ型心筋症について、ケースプレゼンテーションをしたのですが、しっかり準備した気でいても、やはり本番になるとなかなかうまく話せず、もどかしい思いをしました。慣れないうちは丸暗記するくらいでないといけないと感じました。

② Consult team

日本でいう併診を専門的に行うチームで、他の内科やERなどで対処できない循環器系の問題が生じた際にConsultを受け、治療方針などのアドバイスを行います。また毎朝心電図を50件くらいチェックするので、正常な心電図から心筋虚血、基本的な不整脈、ヘミブロックなどの心電図まではたいてい読めるようになりました。なかなか数をこなさないと心電図を読むのは難しいと思うので、これはとても大きな収穫だと思っています。また、治療方針を決定する際、毎回といってよいほどFellowの先生が信頼性のある論文を引いてきてくれるので、とても勉強になり、またEBMが根付いていることを実感しました。

③ CCU team

CCUの患者さんの管理を行います。AttendingのドクターはFellowやResidentのショートプレゼンテーションを参考に、治療方針や、その病態生理学的な理由を教えてください。ここでも教育の基盤ができていたと感じました。また、病院内に通訳サービスがあるということを知ったのもCCUです。スペイン語をしゃべれる医師や看護師は大抵近場にいるのですが、ロシア語や中国語、韓国語などになると、病院の通訳サービスに電話をかけて、通訳者を

通して会話をします。日本では、日本語を全く話せない人はめったに来ないので、ここでも多民族国家、アメリカを感じました。

④ Echocardiogram など Imaging

これまでEchoは見えづらいしよく分からないと思っていたのですが、やはりたくさんの症例を見、説明してもらったことで、かなり読影する力がつきました。非侵襲的な検査である上、日本ではそれほど高価な検査ではないので、これからもその利用価値はどんどん上がってくると思います。Echoの先生は他にもダイナミックCTやMRの検査も見せてくれました。最近のダイナミックCTは冠動脈の走行まで詳しく追え、EFや心室の肥大だけでなく、冠動脈の石灰化度や狭窄部位などまで詳しく分かります。検査としてのカテーテル検査にとって替わってしまうのではないかとすら思っていました。ただし、カテーテル検査は病変が分かると同時に治療も施せることから、やはり虚血の疑わしい症状をもつ患者さんにおいてはカテーテル検査が優先されるだろうと思います。

⑤ Cath

アメリカでは虚血性心疾患を患う患者さんが多く、CABGもよく行われますが、カテーテルの適応もかなり広がってきています。角度がRAO, LAO, APのDiagonal, Cranial, Caudalなどのように、細かく分かれていました。また大学の実習中には見る機会のなかった、血管内エコーや心臓移植後の心筋バイオプシーなども見ることができてよかったです。

⑥ Outpatient clinic

最も、日米の違いを感じた場面でした。高血

圧のフォローなどでも、家族連れや夫婦で訪れることがほとんどで、夫婦が二人とも同じ先生にかかるなど、日本の大学病院ではみたことのないような場面がたくさんありました。また、患者さんと医師の関係がとてもフレンドリーで、フランクに話しあっている印象がありました。また、身体所見をとることをとても重要視していて、とくに聴診の仕方が勉強になりました。これまで、S1やS2、S3など、理論は分かっていたても、全く聞き分けることができませんでした。これは勉強不足のせいもあるけれど、やはり聴診などの身体所見を重要視しない日本の診療にも原因があると思います。身体所見は、診断の大きな一助となるだけでなく、患者さんとのコミュニケーションの一つでもあると、今は感じています。患者さんの体に触れることは、目を見て話すのと同じくらい、それ自体が大切なのだと思いました。

以上のように、それぞれの科について詳しく述べてきましたが、実習全体を通じて特にいつも感じていたことは、「話す」ことの重要性です。あちらでは学生もドクターも、とてもよく「話し」ます。毎日の回診の際、ほとんどカル

テやチャートを見ずに、何人もの患者さんのデータや全身状態を把握し、チームのメンバーにアセスメントをショートプレゼンテーションするからです。これは記憶力というより慣れなのだな、と思いました。「話す」ことによって、考えること、覚えること、そして意見を出し合うことができるようになり、それらはチーム医療の特長を最大限に伸ばしてくれるものだと感じました。日本でこれから実習していく際に、ぜひ自分の中にも取り入れていきたいと思っています。

最後となりましたが、このように海外での臨床実習をするという、貴重な体験をする機会を与えてくださった、横浜市立大学名誉教授の松本昭彦先生、JECCSの高階経和理事長、また、さまざまなサポートをして下さった事務局の若林さん、ならびに多くの先生方、関係者の方々、本当にお世話になりました。この経験を生かして、バランスのとれた、立派な医師を目指していきたいと思っています。

どうもありがとうございました。



写真

上：留学最終日の朝焼け。大学病院から撮影
左：ホストマザーのお孫さんと

研修会・セミナーのお知らせ

ナースのための BRUSH UP 講座 ～ペースメーカー・ICDと不整脈～

日 時：10月14日（土）午後2時～午後4時

会 場：ジェックス研修センター

参加費：会員：3,000円 / 会員でない方：5,000円

講 師：西本泰久（大阪医科大学 総合診断・治療学講座 救急医療部）

循環器専門ナース研修コースでの講義内容の復習と日頃の疑問を解消していただける講座です。循環器専門ナース研修コース修了生を対象としていますが、B会員の方も受講していただけます。また、お知り合いの方で、受講を希望される方は事前に事務局までお問い合わせ下さい。

席に余裕がございますので、ご希望の方は事務局までご連絡下さい。

特別講演会 愛とユーモアと医療

日 時：11月11日（土）午後2時～午後4時

会 場：ジェックス研修センター

参加費：無料

講 師：高階経和（ジェックス理事長・高階国際クリニック院長）

医学部を卒業してからの半世紀に出会った様々な人々との交流や経験したエピソードを通して得た、「人生は明るく生きていくべき」という信条をお話しします。また、医療の現場において欠かすことの出来ないことについてもお話しします。

ユーモア溢れる秋の一時をお過ごし下さい。

※参加費は無料ですが、準備の都合上参加のお申し込みを事務局までお願いいたします。

★理事会報告★

8月 お休み

9月21日（木） 午後6時～午後8時00分 出席者14名

新入会員

B会員：田中恵美、井上優加理 C会員：学生：天野雅史（敬称略）

寄附者

（7月16日から9月15日までにご寄附を頂いた方）

平岡多恵子、足立美代子、西川悦子、小西美智子、西口律子、前田道子・景山照子、藤浦トシ子、匿名2名（敬称略）

有り難うございました。

研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：医療者向け

10月21日（土）午後2時から午後4時

「ガン・生活習慣病の対処法～検査・検診の有効利用～」

講師：本郷仁志先生（藤田胃腸科病院院長）

11月18日（土）午後2時から午後4時

「心血管保護に配慮した ARB の使い方」

講師：林 哲也先生（大阪医科大学第三内科講師・大阪医科大学附属病院
臨床治験センター長）

◆生活習慣病講座：一般の方向け

10月11日(水) 午後2時から午後4時

「喫煙が招く肺ガンより怖い COPD（慢性閉塞性肺疾患）」

講師：福田泰樹先生（藍野病院副院長）

11月8日（水）午後2時から午後4時

「Q&A で学ぶインフルエンザの ABC」

講師：浮村 聡先生（大阪医科大学第三内科講師）

★ナースのためのBRUSH UP 講座～ペースメーカー・ICDと不整脈～

10月14日（土）午後2時から午後4時 講師：西本泰久先生

★特別講演会「愛とユーモアと医療」

11月11日（土）午後2時から4時 講師：高階経和ジェックス理事長

編集後記

事務局から

◎春のアンケートに引き続き会員の皆様には来
年の夏季セミナーのテーマ「緩和ケア」につ
いてのアンケートにご協力いただきまして有
り難うございました。関西電力病院、北摂総
合病院はじめ多数の方々のご協力により約
1000件の回答がありました。目下、集計に取り
組んでおります。より充実したセミナーと
なるよう集計結果を活かしたいと思います。
ご協力有り難うございました。

◎理事長特別講演会

恒例の理事長特別講演会を今年度も開催いたします。今年は、スペインへの「イチロー」導入にあたり招かれたバルセロナとマドリッドでの講演会についての話も聞かれることと思います。お誘い合わせの上、ご参加下さい。

先の見えない少子化問題。政府は経済的支援、子育て支援サービス、働き方の見直しなど姑息的な少子化対策を打ち出しています。しかし、その財源を何と、高齢者の社会保障費の削減によって確保しようとしています。共働きの夫婦が子育てをやっている陰におばあさん、おじいさんの存在が大きな役割を果たしていることを忘れてはならないと思います。お年寄りを大切にしない社会に明るい未来はありません。また、子供達の成長にも悪影響を与えます。「聖域なき歳出削減」のかけ声のもと、高齢者を受難の道に導いた小泉首相が退陣し、政府・与党の少子化対策協議会のトップであった安倍新首相がこの問題にどう取り組んでいくのか見守りたいと思います。今回は編集後記と言うよりは編集ボヤ記となってしまいました。ボヤきたいことの多い昨今、また編集後記が変身することがあると思いますが、よろしく願います。（文責：梅田 幸久）



発行：特定公益増進法人

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：高階經和

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