



ESTABLISHED IN 1985

JECCS

ニュースレター

公益社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.10 No.5 2010.10

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「生態系の中に人間を位置づけてみる」

前奈良県看護協会理事 ジェックス理事

木下佳代子

アリゾナ大学短期留学を終えて

アリゾナ大学短期留学報告書

横浜市立大学医学部医学科

大島 聡人

金沢大学医学部医学科

袖野 美穂

JECCS循環器専門ナース研修コース レポート

「症例検討会」

ジェックス業務執行理事

斎藤 隆晴

医療事情のウラオモチ

北摂総合病院院長 ジェックス会長

木野 昌也

お知らせ

お知らせ

「生態系の中に人間を位置づけてみる」

ジェックス理事 木下佳代子



今年の猛暑は113年ぶりの記録を更新し、経済や日常生活など様々な分野にも影響を及ぼしています。大自然はその美しさや創造性において私達に驚異を与えてくれますが、反面、自然災害は私達に脅威を与え、その前に人間は微力な生物でしかありません。動物学者によりますと、哺乳類は寒さには強いが暑さには弱いそうです。今年も多くの方々が高齢で亡くなられ、その60%以上を高齢者が占めております。また東京都で発覚した111歳の老人の死亡例をきっかけに、所在のわからない高齢者が全国で相次いで確認されております。所在不明の原因には戦争、災害、家庭の事情など多々あると思いますが、子供が親の生死を知らないという事情にはショックを受けられた方が多かったのではないのでしょうか。戦後の日本は経済成長を最優先に理性、合理性、効率性が重んじられ、日本人の精神性の根幹をなしていた「情」が軽んじられてきました。その結果、家族関係や人間関係がドライになり砂漠化しています。最近、ある分子生物学者の「生態系の中に人間を位置づけてみる」という話が印象に残りました。要約しますと、人類には約700万年の歴史がありますが、その大半の時間を飢餓と不足と欠乏にさいなまれていました。

そのため「足りるを知る」という程度の認識を必要とせず、どんなものでも必要以上に占有しがちになり、結果的に生態系をこわし、いまだに世界各地で争いが起きています。他のほとんどの生物は、「自分の分」を知っていて、自分の食べる食物、自分の行動する範囲、鳴き合う周波数の範囲とか資源をすみ分けて禁欲しています。ところが人間は、根深く占有という呪縛に固執して、生態系が持つ持続可能性を阻害しています。私達のパラダイムを占有から少しだけ共有のほうに戻すことが出来たら、本来の生物の生態系の中に人間を位置づけることができるのではないかと話でした。生物は生命を与えられ、本能的に子孫を残し、そして死んでいきます。私の関わっている「緩和ケア」は、まさに「生物の生態系の中での死」を受容し、そして「その人の生命」をそのひとが望むように全うできるようにお手伝いするものです。医療の進歩はめざましいものがありますが、他方、多剤耐性菌との終わりなき戦いでもあります。高齢化が進み、3人に1人が癌で死亡しています。人生の終盤を迎えた高齢者にとって、「情」の通った人間関係と緩和ケアが最も望ましい医療の形ではないのでしょうか。医療に関わるものとして、また公益社団法人となったJECCSの一員としてできることを考えていきたいと思えます。

理事紹介

木下佳代子 (キノシタ・カヨコ)

1963年大阪大学看護学校卒業後、淀川キリスト教病院勤務。65年より海外での奉仕活動や病院勤務(英国・英国看護師資格取得、スイス)、69年より高階心臓病クリニック婦長、72年米国留学、82年より奈良県三室病院看護婦長などを経て02年奈良県看護協会理事。03年よりジェックス理事

アリゾナ大学短期留学報告書

横浜市立大学医学部医学科5年 大島 聡 人

私は2010年7月26日から8月20日までの4週間、アリゾナ大学循環器内科で短期留学をさせていただきましたので、ここにその報告を致します。

目的:

目的はたくさんありましたが、主に以下の三点にまとめられます。第一に、循環器疾患に対する理解を深め、診察技能、心電図読影技能などを修得すること。第二に、医学英語を含めた英語運用能力の向上。第三に、日本とアメリカの医療行為やシステム、文化的なバックグラウンドなどの相違点に注目し、両者の長所と短所に気づくこと。以上の三点が留学中の目的だとすると、留学後の目的としては、日本とアメリカの違いで気づいたことや修得した技能を今後自分自身に生かすのみでなく、勉強会などを通じて他の医学生ともシェアし、それによってお互いを高め合うことです。

実習内容:

今年も例年通り、cardiology consultant teamに所属しての実習となりました。この概要については過去の先輩方の報告書に詳しく書かれていますので、簡単にまとめさせていただきます。チームのメンバー構成は、私たちstudentが2名、resident1~2名、fellow1名、attending1名という構成でした。一日の流れとしては、まず私たちは朝7時からのconference(日本の「カンファ」というより、勉強会に近い内容)に参加しました。その後residentやfellowのもとで患者の診察やカルテ記入を一緒に見学し、彼らが診察した患者を再びattendingが診察、チームでの議論にも参加します。こういったroundは日本と同じく、朝夕の1日2回ありました。Round中は循環器疾患だけでなく、当然合併症

を踏まえながら今後の治療方針を話し合っていくので、内科全体について学ぶことができ非常に勉強になりました。また、routine workとして、病院内で取られたECGを毎日チームで読影しました。1日平均50件前後、実習期間全体で約1000件程度のECGを読む経験ができました。私は留学前、ECG読影の経験が非常に乏しくて苦手でしたが、毎日読むごとに早く正しく読むことができるようになるのを実感し、また知れば知るほど奥が深いECGにとっても興味をもって勉強することが出来ました。これは今回の留学での非常に大きな収穫の一つだと思っています。

1日の他の時間は、Dr.Mackstallerが心音聴取の個人レッスンをしてくれたり、彼女の内科外来を見学させてもらったり、resident向けのPBL(症例を元に鑑別診断を挙げたりする勉強会)や昼conferenceに参加したりと毎日密度の濃い実習となりました。特に、心音聴取のレッスンは先生がお忙しい中で時間を割いて、1回30分程度、合計10回以上行っていただきました。私は心音聴取も苦手だったのですが、非常に丁寧で分かりやすく教えていただき、レッスン後は実際に患者さんの心音を聴取するのが楽しみになりました。患者さんの心雑音やIII音、IV音を正しく聞き取れたときはとても嬉しかったです。

その他の実習内容:

①cardiologyの他のチームの見学

cardiologyはconsultant teamの他にEcho, CCU, Cathの3チームがあります。Fellowの先生にお願いし、最終週はEchoに2日、CCUに1日所属して見学させていただきました。この期間で私は特にEchoに興味をもちました。といいいますのも、Imaging(画像診断)、特にEchoを専門にしているDr.Sorrellという教授が、Tissue Doppler echocardiographyなど特殊な技法

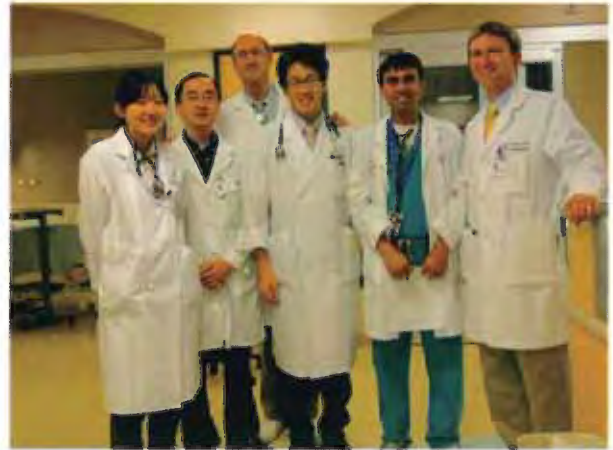
も駆使しながらecho所見をとっており、非侵襲的なechoだけでここまで分かるのかと感動しました。そして、解説を聞くたびに今後の発展性が高そうなimagingに興味がわきました。

②Cardio thoracic surgeryの見学

胸部心臓外科は本来見学できない部門でしたが、私は外科にも興味があるので、先生方に交渉して特別に1日だけTucson medical centerでCABGの見学をしました。オンポンプで、大伏在静脈と内胸動脈グラフトを用いて2枝病変を治療していました。1本の血管吻合に約10分(1本に10から12回糸を通して)、手術時間は約3時間半でした。心臓外科の見学はこれが初めてだったので日本と比較することはまだ出来ませんが、この貴重な体験を忘れないようにし、日本で見るときにどう違うのかよく比べたいと思います。

③Conferenceでのpresentation

最終日に循環器の内容についてのプレゼンを行う機会をいただきました。本来は昼カンファを行う予定だったのですが、突如そのカンファが延期になり、当日になってプレゼンができなくなるというアクシデントがありました。しかし、せっかく準備したのでDr. Marcusだけにでも聞いてもらえないかをお願いしたところ、先生が個人的に他の先生にも声をかけてくださり、結局10人くらいの先生の前でプレゼンをする機会をいただくことができました。私は地元横浜についての簡単な紹介と、今後研究する予定の“tissue renin and (pro) renin receptor”というテーマをプレゼンしました。質疑応答では多くの先生から鋭い質問があがり、中には私の手に負えないものもありましたが、プレゼンに反応があったことは非常に嬉しく、また今後研究していく上でのヒントとなり得るものもあったので、プレゼンが出来て本当によかったと思いました。



第1週目のチーム全員で

その他もろもろ気づいたこと

分業制: 医者がやる仕事は日本に比べて限られていて、事務的な作業や必ずしも医者がやる必要のない手技にかかる時間は最小限になるように工夫されていました。エコーや心電図はtechnicianと呼ばれる技師が行い、静脈注射は看護師が行います。しかし、こういった技術は医師もできて然るべきなので、医師が行う機会が少なすぎるとするのはそれも問題だと思いました。驚いたことに、カルテを書く際にはオペレーターに電話して、しゃべったことをそのままタイプしてもらっていました。更にはオペレーターいらずの音声認識ソフトまであり、wpm180の速さで専門用語まで正確に認識して、しゃべったことがその場でワードに変換されていくのには目を疑いました。そして、最も驚いたのはCABGで大伏在静脈グラフトを採取したり、第一助手として心臓の転回をしたりしていた女性は医師ではなかったことです。彼女はphysician assistantと呼ばれ、medical schoolは卒業していませんが、4年制のcollageを卒業した後、2年間でmaster degreeを取得した人でした。しかし、手術室での役割は外科医そのものでしたし、入院患者の投薬を決定し、病棟を回診して患者や患者家族に説明する様子はどう見ても医師にしか見えませんでした。

病院内も人種のるつぼ:病院にいと、本当にアメリカはmelting podだと気付かされます。チームのメンバーの医師たちは、インド人、ヨルダン人、イラク人などの様々な国から来ていて、Caucasianのほうが少ないくらいでした。最近外国人を採用しにくくなったと聞いていましたが、特にresidentやfellowは海外から留学しに来ている医師が非常に多かったです。彼らは自国のresidentなどを修了してから、もう一度米国でresidentから働いている人が多かったのですが、それは米国の方が良い教育を受けられるという気持ちメインにあるようで、実際に多くのことを学んでいることに満足している様子でした。私もいくつかの点で米国の教育は素晴らしいと思いました。第一に、discussionするときには上下関係など気にせずに議論し、知識や技術に関しては上が下に教えるという雰囲気が確立されていたこと。どんなに簡単な質問をしても、本質的なことから丁寧に教え、教える側もよく分からなかったらすぐに文献を調べて知識を共有するなど、非常に効率よく学べる姿勢が備わっていました。第二に、学生にも積極的に患者のECGを読ませ、心音やEchoに触れる機会も多く与え、問診や身体所見を取らせてカルテに書き込ませるなどし、患者からしても気軽に接することができる存在として立派にチームの一員となっていたこと。学生の頃からこのようなトレーニングを積んでいるため、米国のmedical school出身のresidentは1年目でも驚くほど手馴れていました。Student、resident、fellow、attendingというチーム構成をしてるのは教育のためだと断言していたのもうなずけました。

病院食もあくまでアメリカン:病院食はメニューの中から選べるようになっていて、料理はピザからステーキまで、飲み物はコーラまで用意されていました!日本と違って好みによって食べ物が選べるというのは患者にとってありがたいこ

とでしようが、何でも選べてしまうのには疑問を抱かずにはられませんでした。

オペ中に大笑い:心臓外科のオペを見学した際に執刀していたDr. Sethyは、オペが始まる直前に大きく深呼吸を繰り返し、「こうすることで集中力を高めるんだ」とおっしゃっていました。更に、GABGの山場である冠動脈吻合の場面にさしかかった時、突然オペ室全体に響き渡るような大笑いをすると、「1回リフレッシュするんだ」といって再び集中力を高めていた。大笑いの際には他の看護師なども一緒に大笑いをし、チームとしての一体感が感じられました。このやり方はアメリカ式というよりDr. Sethy式なのでしょうが、日本では見たことのない光景に驚くと共に、こうした個性的なところがアメリカらしいなとも思いました。

Cost重視のアメリカ医療:

アメリカは保険制度のせいもあって、日本ほど簡単にCTやMRIをオーダーしません。「1回〇〇をオーダーするといくらかかる」といった話をよくしていました。特にCTは被爆もあるので、簡単にCTを取らないという姿勢は大切だと思います。医療費も患者負担が大きいのでその辺も考えた上での医療は良くも悪くもアメリカ流です。しかし、検査のオーダーは簡単にはしませんが、薬の処方方は日本よりもずっと多かったです。肥満の人の割合が高いことも原因の一つなのでしょうが、10種類前後の処方方は当たり前、患者によっては20以上もの薬が処方されており、薬に依存しすぎているような印象を抱きました。

病院内はPC天国:先生の作業部屋にはもちろん、病棟や外来の各部屋の中と外にもPCが必ず置かれていて、PCが足りなくて作業場所を探すような事態は起こり得ないような環境でした。あれだけのPCを用意し、管理するには病院にとってお金がかかりますが(これは高額な医療費が民

間保険から出ているアメリカの問題でもありますが)、医療者にとっては快適な環境だと思いました。

患者一人当たりの診察時間:入院患者では、前述のようにまずresidentまたはfellowが診察し、その後attendingにプレゼンしたあとにもう一度診察します。そのため2回診察があることになり、聞き漏らしは減り、患者や家族の理解も定着しやすくなります。外来においても、一人の患者に30分かけて診察します。フレンドリーに世間話などしながらコミュニケーションを重視していました。効率が良いかはわかりませんが、患者の満足度と医師との信頼関係はとても高そうでした。

今後留学を考えている方へ:

循環器の勉強は事前にやっておいて越したことはありませんが、留学中にたくさん効率よく学べます。留学を終えて一番準備する必要があると感じたのは、やはり英語です。私は英検やTOEIC、TOEFLなどを通じて英語の勉強を続けてきたつもりでしたが、依然として会話を聞き取ることは難しかったですし、表現にしてもまだまだ拙いなと反省しました。また、そうした一般の英語の他にも医学英語の勉強も大事だと感じましたので、そういったところの準備をされるとよりよい留生活を送れると思います。

総括:

4週間という短い期間でしたが、上述のように非常に多くのことを学び、そして多くの素晴らしい先生方と出会い、一生忘れられない貴重な経験ができました。このような機会を与えてくださった高階先生をはじめとするJEECCSの皆様、事務の面でお世話してくださった若林様、私たちを受け入れてくださったDr.Ewyをはじめとするアリゾナ大学の皆様、最高の生活環境を提供してくださったホストマザーのMs.Gerryには言葉では言い表せないほどの心からの謝意を申し上げます。更に、パートナーの袖野さんの実習に対する真摯な姿勢には大変刺激を受け、また何度も助けてもらいました。ありがとうございました。今後は、この経験を実習などで活かすとともに、学んだことを他の学生に伝えていくことも積極的に行っていきたいと考えています。



最終日、Dr.Ewy(中央右)とDr.Mackstaller(中央左)から修了証をいただいて。

金沢大学医学部医学科5年 袖野美穂

私はこの夏、JECCSからのアリゾナ大学医学部短期留学の5期生として、Sarver Heart Centerで研修する機会を戴きました。まずはこの貴重な機会を下さった、JECCSとアリゾナ大学の全ての皆様に感謝して、これからこの留学を考えている方の参考になればと体験記を書かせて戴きます。

1. アリゾナ大学短期留学で学んだこと

アリゾナ大学短期留学は、私達で5期生となります。研修のスケジュールについて、アメリカと日本の医療・文化の違いなど、伝えたいことはたくさんありますが、先に留学した方々が多くを述べてくださっているので、私が学んだことの中で特に印象に残ったことを中心に述べたいと思います。

●Be Active

先に行かれた先輩方が口を揃えて言うように、アメリカでは学生から積極的にactionを起こさないと、なにも始まりません。基本的には、コンサルタントteamに所属し、朝7時のカンファレンスとシミュレーターを用いた心音学習に始まり、コンサルトされた患者さんをfellow/residentと診察・治療方針を考えた後、心電図判読とattendingを含む回診を行うことが1日の流れになります。この間に、単なるお客さんとして、teamの後ろについて歩くだ



けでは、もったいないです。私の実習の目標のひとつに、実際にアメリカの学生が実習するように患者から学ぶことがありましたが、いざ実習を開始すると、自分の語学力・医学知識の無さを痛感し、患者を担当させて欲しいと言うのはおこがましいと思い、悩み続けました。まずResidentに相談すると、模擬患者となり問診内容を教えて下さったり、初診患者のカルテと一緒に書きながら、治療方針や鑑別診断をdiscussしたり、私が書いたカルテの添削までして下さいました。とうとう最後の週にfellowに患者を担当させて欲しいと相談すると、「それは、よいideaだね」と、あっさりとした患者を与えてくださり、あんなに悩み続けたのは何だったのだろうかという拍子抜けした程でした。勿論、実習前に十分な問診能力と語学力を付けて自信を持った状態で来ることが重要ですが、思い切って相談することも重要だと思いました。

この他にも、academic half dayやmorning case conference、ground conference、echo、CCU、outpatient clinicと時間の都合がつけば興味のあるものを勉強できます。特に私は、学生・resident向けのmorning case conferenceが、チュートリアル形式で症例を共有出来るため、roundがないときにはほとんど参加していました。今後、自大学でも学生で実施出来ないかと模索しています。

●Let's ask

アメリカの素晴らしいところは、自分から質問・意見すると、必ずプラスの影響が生まれることです。質問することで、residentの仕事が邪魔しているように思い、最初は恐縮しましたが、residentは「僕達も質問されることで勉強になっているよ」と励ましてくれました。実際にresidentに質問すると、まずはresidentと学

生でdiscussして、Up to Dateや論文を参考にしながら答えをだし、さらにその中で面白いdiscussになったものをfellowに話すと、新たなdiscuss・discoveryが生まれるというように、新たな知識が築かれていきます。私にはその過程が新鮮で、研修が終わるころには「学生のteamでの役割は、質問をすることで、新しい議論の輪のきっかけを作ること」とも思えるようになりました。質問に対して正答を答えた時よりも、良い質問をした時のほうが褒められたようにも思います。患者の診断について意見を出すと、学生の意見でも1つの意見として対等に扱って貰えますし、それによりTeamの一員として認めて貰えるようになると思えました。アメリカのteamはteam内でもteam間でもとにかくよくdiscussionします。4週間のうちにattending/fellow/residentが何度となく入れ替ったため、その都度関係を構築するアメリカの医師のコミュニケーション能力に大変驚きましたが、その鍵となっているのがこのdiscussionなのだと思いますし、たとえ言語のハンディがあったとしても、このdiscussionに入ることが、teamとしての責務だと思えました。

●Do Not Afraid Mistaking

最初の週の患者さんで、Teamで完全ブロックのように見える心電図に確信が持てずに、他のattendingに質問した結果、除脈に期外収縮を伴ったものだと判明した時のことです。「君は学生かい？」と言われ、皮肉いっぱい説教されたfellowが、私達にそのあとで、嬉しそうに“You can't imagine how much I can learn from this patient.”と言ったのです。そして、私達に“I'm smart, because I don't mistake. I'm smart, because I did mistake”と言って下さいました。更に彼は、この心電図を次のカンファレンスでミスケースレポートとして報告しようと言いました。私には、この

ことがとても新鮮でした。Mistakeをマイナスとして終わらせるのではなく、それを次へのステップとして自然と受け入れて、伝え広げる考え方は、mistakeを先に述べた新しい輪のきっかけと捉えているように思ったからです。

2. アリゾナ大学短期留学の目標と成果

私の短期留学の目標は、

- ①アメリカの医師の治療決定までの思考過程を学び、今後の実習の参考とすること。また、学んだこと他の学生と共有すること。
- ②チーム医療における医療従事者間の関係を理解すること
- ③循環器の知識の充実、特に心電図を読むコツを掴むことと身体所見の感度を上げることが目標でした。

①について、1週目にresidentに患者役をして貰って問診・カルテ記載を勉強し、最終的に患者に質問させて貰うことで、アメリカのresidentの患者へのアプローチ方法と状態把握方法を学ぶことが出来ました。今後は実習で、患者のカルテを実際に書くことは出来ませんが、主治医の書いたカルテを写して終えるのではなく、自分で問診から身体所見を行い、オーダーする検査や方針を考えて、主治医とdiscussすることで、患者を受け持つチームの一員として、治療に関わりたいと思います。

②については、フィジシャン・アシスタントの活躍ぶりに驚き、今後日本で導入されるにあたり、役割分担と、協力体制のあり方を理解出来ました。チーム医療としては、看護師や技師との役割分担がしっかりとなされ、患者に会うときには必ず看護師や見守りの人も同席し、治療方針や患者に説明したことを共有していることが素晴らしいと思えました。各科の専門チームが、経験の浅い医師から順番に何度もやって来る度に看護師が対応出来るのは、アメリカの手厚い看護体制が故だと思います。しかし、10年前なら医師が看護師に処置を命ずる

だけだったのが、今では必ず探してくれて、患者の様子を聞いてくれるため、傍で患者の状態を把握していることに誇りを持っていて、診断や治療の勉強にもなると看護師から聞きました。看護師も患者に対して責任があるため、納得がいけないときには医師の治療方針に対して反論していることもありました。日本では看護師も多忙で一緒にラウンドすることが困難だと思いますが、必ず患者に変化がないか担当看護師に聞くようにするべきだと思います。アメリカでは多くの処置を看護師や技師が行い、医師の負担はかなり軽減していて、診断と治療方針に集中できています。双方が自分の役割に対して責任をしっかりと持ちながら、お互いを助けている様子が印象的でした。

③については、fellow・residentと心電図を読む時にしっかりとdiscussすることで心電図を理解し、attendingが瞬時に読む時に、着目点に注目して参考にすることで、心電図をより深く理解出来ました。心電図を読む技術は、病態生理に基づいた理解と、数をたくさん読んだ慣れの両方を持って、初めて身に付くと実感したので、今後も日本で勉強していこうと思います。身体所見に関しては、毎朝のシミュレーター・昼のoutpatient clinicでの訓練を通じて、初日には殆ど聞き取れなかった雑音や分裂音を、週を追うごとに聞き分けられるようになりました。そして、所見を述べる時には必ず同じ順序・形式で述べるように求められたため、漏らさずに心音を聞けるようになりました。また、ヨルダン人のresidentからヨルダンでは保険に入っていない人がほとんどなので、病歴聴取と身体所見で診断を決めるために2時間以上かけることもあると聞き、大変驚きました。まだまだ先生に聞こえる音が聞こえないことや、JVPが見えないことも多いですが、今後自分で勉強をしていくための基礎を身につけられたと思うので、ヨルダンほどには出来ないとしても、決して病歴聴

取と身体所見を軽視せずに学び続けようと思いました。

3. 今後どう生かすか

この研修を通して、一番実感したのは、アメリカ・日本に関わらず、研修や実習を充実させていくのは、自分自身であるということです。もしかしたら、アメリカのほうが、低学年のうちから、診断を導く最短の思考過程と経験を増やせるシステムを持っているかもしれませんが、日本でも特別な疾患に焦点を当てて機序を調べるだけでなく、自分で主体的に治療に関わり、質問することで、大きく成長できると考え、今後の臨床実習の参考にしたいです。

最後になりますが、高階経和理事長、木野昌也会長をはじめとするJECCSの全ての皆様、そしてアリゾナ大学で研修を助けてくださったDr.Ewyをはじめとするスタッフの皆様、実際に日々のラウンドや合間の時間を費やしてアドバイスを下さったteamの先生方、ホストファミリーのMs.Gerry、そして一緒に研修をし、発音が悪くて通じないことが多い私を助けてくれた大島君を含め、研修に関わった全ての方々に感謝して、体験記とさせて戴きます。本当にありがとうございました。これからも、この素晴らしい研修を今後の医学生が受ける機会が続くことを願っています。



ホストマザーのMs.Gerryと

JECCS循環器専門ナース養成コース「症例検討会」

ジェックス業務執行理事

斎藤 隆 晴

今年で第10回になるJECCS恒例の循環器専門ナース養成コースは、全国各地からの受講希望が多く、コース申し込み当日に満席になるほどの人気です。そのなかでここ数年行われている「症例検討会」についてご紹介します。

コースでは各講師が臨床現場に即した視点からの講義を工夫して行っています。しかしこの形式では講師からの一方向的な講義になること多く、受講者の反応や習熟度がみえにくい問題点がありました。その対策として、受講生も参加できる、双方向性のディスカッションができる場を設けることが必要と考え、「症例検討会」が企画されました。

初めは医師である講師からの提示症例を、ナースの立場からどのように考えるかを議論することから始まりました。40人前後の受講者を6～7人の小グループに分け、各グループ毎に進行役、書記、発表者を決め、時間内に議論し意見をまとめ、皆の前で発表するスタイルにしました。

受講者はほとんどが一人で参加しており知人も少なく、また地域や勤務先、職場環境もそれぞれ異なっています。そのようなナースが議論し発表するスタイルはこれまでありませんでした。我々もうまくいくのか一抹の不安を抱いておりましたが、いざ始まると、日々の臨床現場で悩んでいる問題を提示症例に選んだこともあり議論に入りやすく、グループ内で自分の意見を発表するという緊張感も加わって、時間的制約はあったものの、医学的知識習得のための自己研鑽、チーム医療の推進、さらには若いナースへの教育などにも真剣な議論がすすみ、充実した会となりました。「いろいろな考えを持っている人と話し合え、勉強になった」という感想が終了後に多く寄せられました。

これら経験をもとに、より一層の発展を期して、症例提示もナースが行い、ナースの視点で問題点を挙げて議論してもらう、「ナースによるナースのための症例検討会」を昨年度から実施しました。症例提示は本コース第1期修了生

の越智恭子さんをお願いしました。越智さんはコースでも「心臓リハビリ」の講義も担当されています。「急性心筋梗塞で救急外来に搬送された患者に対し、循環器専門ナースがすることと新人ナースへの指導」をテーマにディスカッションしました。

今年度はさらに幅広い視点からの議論をするために、この小グループにコース修了者のOGにもオブザーバーとしての参加を募りました。JECCSでは昨年度本コース修了者を対象に、海外での看護研修とその支援をしていくことが決まり、「オーストラリア緩和医療研修」が企画されました。その第1回研修が今年2月に、木下佳代子理事を代表として1週間実施されました。この研修に参加したOG数名にも参加をお願いしました。

症例は「独りで夫の介護を行い、入退院を繰り返す、慢性心不全の高齢女性」で、「退院時情報提供書をどう作るか」が課題でした。退院後のケアを誰が中心に行うか、そのためには専門ナースはどのような指導ができるか、患者家族にどこまで関わられるのかなどの熱い議論がなされ、食事指導、患者教育、社会資源の活用など様々な視点からの発表がありました。現実には診療報酬や介護報酬の問題があり、また今後在宅医療がますます推進されるであろう医療政策をも考慮したなかでの発表でした。

発表後に症例提示者の越智さんから、「患者



症例提示者で第1期修了生の越智恭子さん



オブザーバーとしてコメントする
第7期修了生の井上優加理さん

さんからの情報収集には、表面的な事ばかりを見ないで、患者が話さない・話せないような問題点や患者自身が気づかない問題にも気を配れるナースになってほしい」との説明がありました。続いて各

オブザーバーからのコメントがあり、オーストラリア研修に参加したOGからは、「オーストラリアの在宅医療の実際」と日本との考え方や制度の違いをもとに「この症例がオーストラリアでなら、どのようなケアがなされるか」について、研修の感想も含めた発表がありました。木下理事からは慢性心不全患者の看護を行う上で、英国の「退院時基準とケア・プラン」と「末期心不全患者の症状緩和のためのガイドラインと緩和医療チームへの紹介」についての解説があ

りました。次いでボランティアや社会福祉などの活動に長年携わってこられた吉田芳子理事から「医師との連携の必要性、幅の広い知識も取り入れて看護に活かして欲しい」といった示唆に富んだコメントがあり、高階経和理事長のクロージング・リマークがあり終了となりました。

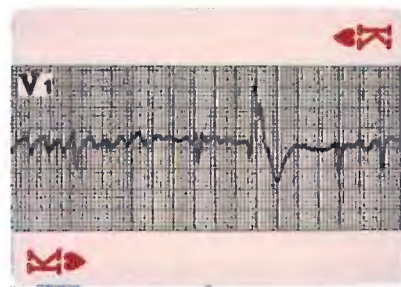
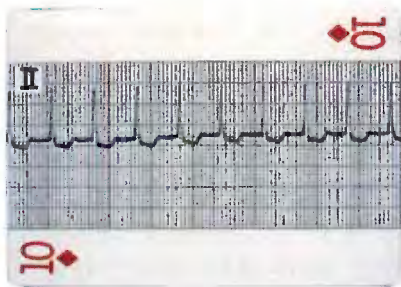
来年度はさらに多くのOGに、症例提示などでの参加を求め、「ナースによるナースのための症例検討会」を発展させていきたいと考えています。それには修了生の協力が必要です。ご協力可能なナースは事務局へメールなどでお知らせください。



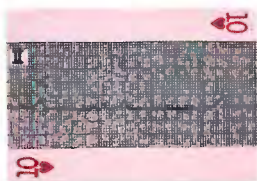
ディスカッションに参加していただいた
吉田芳子理事

● 心電図クイズ ●

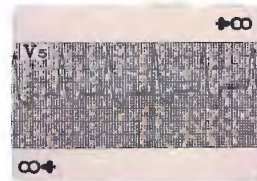
下記の心電図が示すのは？



~~~~~ 前回8月号の解答 ~~~~~



病的洞結節症候群



完全左脚ブロック

心電図トランプは1セット1,500円で販売しております。ご希望の方は事務局までお問い合わせ下さい。

# 医療事情のウラオモテ

(ニューライフ誌2010年9月号より一部改変)

北摂総合病院院長 ジェックス会長  
木野昌也

より良い医療の実現！ それは患者だけでなく、医療現場で働く全ての人々にとっての究極の目標です。しかし、今日本の医療はかつてない危機に直面しています。救急医療や勤務医の疲弊、産科、小児科、外科や内科における医師不足、診療科や医療機関の閉鎖、等々。患者も医療関係者も皆がよりよい医療を求めて懸命に努力しているのに、医療崩壊が日本の各所で起こっています。なぜ現状は改善されないのでしょうか。

より良い医療の実現に不可欠なもの、それは医学の進歩、医術の実践、医患共存の精神であるとお話をしてきました。しかしこれら人のなせる技には限りがあります。より良い医療の実現になくはならないもの、それが医療体制です。すなわち現在の日本で、より良い医療を実践するためのシステムです。医師や看護師、その他医療に関係する全ての専門職が、医患共尊の精神にのっとり、安心して質の高い医療を実践することができる環境を整備する必要があります。現在の医療崩壊の原因は、一医師や一医療機関の問題ではなく、医療制度の問題です。患者だけでなく、医療関係者も共に満足できる医療制度、しかも国家財政の上からも健全で、いつまでも維持され発展が望める医療制度が求められています。

## ニッポンの医療に対する国民の不安

日本医療政策機構が2010年1月に行った「日本の医療に関する2010年世論調査」によりますと、実に8割近い人が日本の医療の現状に不安を感じていると答えています。しかし、欧米やアジア諸国の医療事情を客観的にみれば、日本の医療は世界で最も優れた制度であり、医療の実績についても世界に誇るべきものなのです。医師の数は先進諸国の標準からすると少ないのですが、患者さんが外来を受診する回数は世界一です。日本人は自分の健康に不安が強いため、外来を受診する回数が多いとも考えられますが、しかし、他の先進諸国と比較して、必要な時にすぐに医療機関を受診することができるのではないのでしょうか。そして乳児死亡率の低さは世界一であり、健康寿命も世界一です。つまり保健衛生の状況はWHOより世界一とお墨付きをいただいているのです。

国際的にも認められている高い評価と、国民の評価の間にどうしてこのように大きなギャップがあるのでしょうか。

ニッポンの医療制度は、国全体としての評価は高いのですが、患者個々の希望に沿う制度にはなっていないのかもしれない。お金があれば大変満足度が高い米国の医療制度とは対照的です。平成4年10月、クリントン大統領時代、米国サリバン厚生長官は日本の国立がんセンターを1週間にわたり視察した後、次のように感想を述べています。「米国は医療費にGNPの13.5%を使っているが、経済大国の日本はその半分以上。しかし病室は雑魚寝、共同浴室で、まるで50年代の米国の病院のレベルである。米国人には耐えられない」と、さらに、ヒラリー・クリントンは、「日本の医療従事

者は聖職者さながらの自己犠牲」とその献身的な医療活動を絶賛しつつも、医療関係者の悲惨な労働環境を容認している日本の医療の現実に大きな疑問を投げかけました。

さらに大きな課題は、社会保障制度の確立です。急速に進行する高齢化社会の中で、核家族化が進み、高齢の夫婦だけの世帯や高齢者の一人暮らし世帯が増えています。多様化する日本国民のニーズに応えるために、日本は今後どのような社会保障制度を目指すのでしょうか。高福祉高負担の北欧型か、あるいは低福祉低負担の社会を目指すのか、それは、国民の選択に任されています。

ところで、社会保障制度には、租税を中心とした北欧型の普遍主義モデル、社会保険を中心とした日本やドイツ、フランスなどの社会主義モデル、そして民間保険中心の市場主義モデルの三つの制度があります。北欧型の普遍主義モデルを採用すれば、老後や医療は国家が保障しますが、個人の所得の実に7割の租税を払う必要があります。逆に米国のような市場主義モデルを採用すれば、かける費用に応じて、医療サービスの内容が決まってしまう。どの制度もそれぞれ長所と短所があります。どの制度を選択するとしても、質の高い医療体制を維持するためには、多額の費用がかかります。今、国民医療費は、どの国にとっても国家の最大の課題となっているのです。

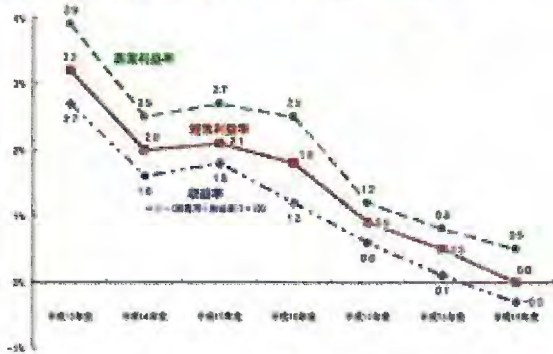
医療制度や政策は選挙で変えると言われます。折しも2009年の秋、永年続いて来た自由民主党政権が倒れ、民主党に政権が交代いたしました。私たちは、どの制度を選択するのが良いのでしょうか。各政党も社会保障制



融機関から資金を借り入れています。今回、その福祉医療機構から資金を借り入れている一般病院の経営状況が発表されました。それによりますと、融資先の一般病院の経常利益率は2007年度に0.0%となり、健全な経営状況にあるべきはずの医療機関ですら、大変厳しい状況に直面していることが明らかになりました(図2)。

(図2)

医療利益率・経常利益率・収益率の推移(一般病院)



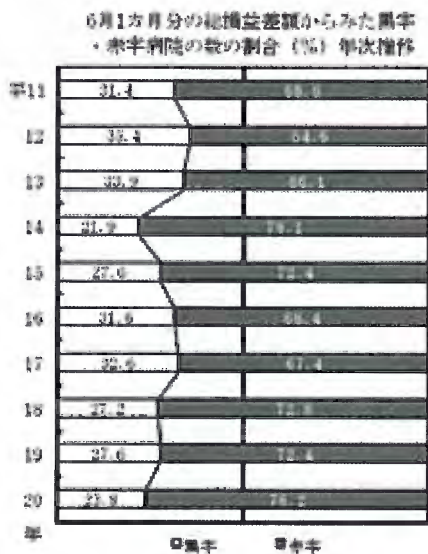
出典: 本誌

参考: 厚労省「病院の経営実態分析調査」から

医療機関は保険診療を行っていますから、医療機関の収入は大半が保険収入です。診療報酬は医療機関が保険診療として行う医療行為に対する公定料金です。ですから医療機関の経営状況は、診療報酬制度とその改定率に大きく影響を受けます。2002年度以降、医療費の抑制が続けられ、2006(平成18)年度は実に3.16%も下げられました。

平成20年に公表された病院運営実態分析調査の結果は、実に76%の病院が赤字であり、過去10年の状況をもみても、全く改善されるどころか、むしろ悪くなっているのです(図3)。

(図3)



平成20年 病院運営実態分析調査の概要  
全国公私立病院連盟、日本病院会

医療崩壊がマスコミでも大きく取り上げられるようになり、政権が交代し2010年4月、診療報酬は10年ぶりにプラス改定になりました。10年間、正確にいうと1985年以降、25年間にわたり営々と行われてきた医療費抑制政策を方向転換させたことは評価したいと思います。しかし診療報酬本体は1.55%(約5700億円)プラスになっていますが、薬価等(薬の値段)が1.36%(約5000億円)下げられたため、プラス改定といっても実質0.19%(約700億円)の増加です。これでは医療崩壊は止まらないし、医療機関の経営を改善することは不可能です。

より良いニッポンの医療を求めて

国民皆保険制度は1961年(昭和36年)に施行されましたが、50年を経過した今日、医療の急速な発達と日本の社会のあり方が変わり、今、様々な矛盾が露呈してきています。

医療崩壊を防ぐために、まず取り組むべき課題は、これまで極端に抑制されてきた医療費抑制策を見直すことです。平成4年、日本の医療事情を視察したヒラリー・クリントンの言葉にあるように、医療現場の人々に聖職者さながらの自己犠牲をいつまでも求めていたら医療は崩壊します。国民医療費の半分は人件費です。せめて欧米各国の平均的な基準にまで医療費を増額することが必要です。最近になって、政府もやっと医療の質を維持向上させるためには、医療費の増額が必要であることを認めるようになりました。

なかなか一般の人々には見えませんが、より良い医療を実現するために、実にたくさんの職種の人々が日夜努力しています。直接医療に携わる人、医学研究に従事する人、医薬品や医療材料を作る人、その医薬品や医療材料を供給する人、病院施設を最善の状態に維持管理する人、健全な医療機関の経営のために働く人、医療制度の管理に携わる人、等々。医師と看護師、その他、医療に関係する多くの人々の献身的な努力を認識し、それを正しく評価していただきたいと思います。患者が満足する医療の実現は、医療に携わる人達が自分たちの仕事に誇りを持ち、そしてその努力が報われる制度があって初めて可能になると考えています。

図の説明

- 図1 医師数・看護師数の国際比較(OECD Health Data 2009より)
- 図2 一般病院の医療利益率・経常利益率・収益率の推移
- 図3 病院の運営実態調査
- 表1 G7諸国の病床当たり職員数の比較(OECD Health Data 2007より)
- 表2 1000人当たりの病床数、日米の比較(本田宏「誰が日本の医療を殺すのか」より)

## 研究会・セミナーのお知らせ

### ★25周年記念式典・記念講演会

日 時：11月7日(日) 午後1時30分から4時  
会 場：千里ライフサイエンスセンタービル ライフホール  
記念式典：河合忠一先生(武田総合病院顧問 ジェックス名誉会長)  
記念講演会：「習慣病としての心臓病の成因と将来への対策」  
講 師：日野原重明先生(聖路加国際病院理事長 ジェックス最高顧問)  
参加費：ジェックス会員 無料 / 会員でない方 1000円

### ★心電図研修会 ～3回シリーズ～

第1回：12月11日(土) 午後2時から5時 高階経和(ジェックス理事長)  
第2回：2011年1月15日(土) 午後3時から5時 木野昌也(ジェックス会長)  
第3回：2011年2月26日(土) 午後3時から5時 小糸仁史(ジェックス理事)  
受講料：1回につき 会員:3000円 会員でない方:5000円

### ★薬剤師のための研修会 ～3回シリーズ～

第1回：2011年1月29日(土) 午後4時から6時  
「SpPinな身体所見(仮題)」 須藤 博先生(大船中央病院内科部長)  
第2回：2月12日(土) 午後2時から6時  
「診て、聴いて、触れて学ぶ心臓病患者のバイタルサイン(仮題)」  
高階経和(ジェックス理事長)  
第3回：3月5日(土) 午後4時から6時  
講師：駒村和雄(ジェックス理事 大阪大学薬学部)  
受講料：1回につき 会員:3000円 会員でない方:5000円



### 新入会員(敬称略)

B会員 中嶋尚美

### 寄 附 者(敬称略)

(平成22年7月1日～8月31日までにご寄附をいただいた方並びに企業)  
前田通子・景山照子 田中淑子 津田和子 福田八千代 小西美智子  
焼山幸枝 新見純子 岡田彰子 平岡多恵子 木山弘子 匿名3名  
万有製薬(株) 小野薬品工業(株) エーザイ(株) アステラス製薬(株)  
ファイザー(株) (株)ツムラ 第一三共(株) (株)三笑堂 ユニオン・メディカル(株)  
京都医療用酸素(株) (有)エムエルエス 大阪ガス(株)  
有り難うございました。



### 理事会報告

7月15日(木) 午後6時から午後7時 理事10名出席、監事2名 事務局2名

## 研修会・講座案内

### ◆臨床心臓病研修会：医療者向け

2010年10月16日(土) 午後2時から午後3時30分

「虚血性心疾患に対するインターベンション治療の問題点と今後の方向性」

講師：谷川 淳先生（大阪医科大学内科学講師）

2010年11月20日(土) 午後2時から午後3時30分

「喫煙の健康への悪影響と禁煙外来の実際」

講師：浮村 聡先生（大阪医科大学内科学総合診療科教授）

### ◆生活習慣病講座：一般の方向け

2010年10月13日(水) 午後2時から午後3時30分

「最新の関節リウマチ治療」

講師：中島幹雄先生（大阪医科大学附属病院整形外科准教授）

2010年11月10日(水) 午後2時から午後3時30分

「糖尿病の基礎知識～最近の話題を中心に～」

講師：寺前純吾先生（大阪医科大学内科学講師）

\*\*\*\*\*

### ★25周年記念式典・記念講演会

2010年11月7日(日) 午後1時30分から4時

記念式典：河合忠一先生（武田総合病院顧問 ジェックス名誉会長）

記念講演会：「習慣病としての心臓病の成因と将来への対策」

講師：日野原重明先生

（聖路加国際病院理事長 ジェックス最高顧問）

### 事務局から

◎25周年記念講演会終了後のパーティーに  
会員・寄附者先着30名様をご招待いたし  
ます。余裕がございますのでご遠慮なくお  
申し込み下さい。

### 編集後記

記録づくめの暑い夏の終わりに、政治でも熱い戦いが繰り広げられた。ここ数年、わが国の首相は1年もたずに交代を繰り返している。ころころ変わるのには恥ずかしいという意見があるなか、首相交代は避けられたものの、今後も安定とはいえない政治状態が続くそうである。首相交代に絶対反対ではないが、最近の首相の傾向として、「軽さ」を感じてしまうのは筆者だけであろうか。

（文責 加納康至）



発行：公益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 FAX：06-6309-7535

http://www.jeccs.org E-mail:office@jeccs.org