

心臓・血管病から道民の健康と明るい生活を守ります

# すこやか ハート



No.105

2009 2月

■ホームページアドレス <http://www.aurora-net.or.jp/life/heart/>



*Handwritten signature*

財団法人 北海道心臓協会

# メタボリックシンドロームと特定健診

札幌医科大学 第二内科

齋藤 重幸

## 1. はじめに

日本では年間114万人が亡くなりますが、おおよそ、その1/3が癌、1/3が心臓病・脳卒中です。残りの1/3が肺炎や事故などその他の原因です。寝たきりを防ぎ、早すぎる死を予防するためには、心臓病、脳卒中を起こさないことがどうしても必要です。最近の日本人の心臓病、脳卒中の多くは動脈硬化によって起こるものです。動脈硬化については、この機関誌のこれまでのシリーズの中で詳しく述べられています。興味のある方はバックナンバーを読み直して下さい。

心臓病や脳卒中を防ぎ寝たきりや早死の確率を低くするためには動脈硬化の進展を防止することが一番効率的です。健康のために何かしようと思っている方は動脈硬化の予防を目的とするとよいでしょう。動脈硬化は、高血圧、糖尿病、脂質異常症、たばこなどが原因（危険因子）となって進行することがわかっています。

## 2. メタボリックシンドロームとは

容姿の問題もありますが、皆さまも直感的に「肥満」は不健康というイメージがあると思います。「肥満」は必要以上に脂肪が体についている状態（体重が重い）と、腹部内臓（胃・腸）の周りに脂肪が必要以上についている状態（お腹がでている肥満：腹部肥満といいます）に分かれます。大抵の場合、体重が重いこととお腹がでていることは一緒のことが多いのですが。

肥満特に「腹部肥満」では高血圧、糖尿病、脂質異常症が合併しやすくなります。そして「腹部肥満」に血圧高値（高血圧あるいは高血圧になるすぐ前の状態）、血糖値高値（糖尿病か糖尿病予備群の状態）、脂質異常症（中性脂肪高値、HDLコレステロール（善玉コレステロール）の低値）

が複数合併する状態を「メタボリックシンドローム（メタボ）」と呼ぶことにしました（2005年4月に日本の基準（表1）が発表されました）。具体的には腹囲径で男性85cm以上、女性90cm以上の腹部肥満を必須項目として、血圧130/85mmHg以上、空腹時血糖値（110mg/dl以上）、脂質代謝異常（トリグリセリド150mg/dlあるいはHDLコレステロール40mg未満）のリスクのうち2つ以上認める者となります。

メタボリックシンドロームはマスメディアでも数多く取り上げられ、メタボは国民にもある程度浸透していると思います。そして、医療制度改革の一環としてこれまでの健診・保健指導の見直しを図られ、昨年4月からはこのメタボをもとに特定健診・保健指導が施行されることとなったのです。

## 3. 特定健診・保健指導とは

日本に住む人は病気の予防と早期発見のために、法律で健診や保健指導を受けることが決められています。これが、職場健診や、市町村が行う住民健診（札幌では「すこやか健診」）です。この健診の仕組みが、昨年4月からそれまでのものと根本的に変わり、「特定健診・特定保健指導」と呼ぶようになったのです。「特定」とはなにを特定とするのか？それはメタボです。メタボに該当する者やその予備群を健診により選びだして積極的に専門家による保健指導を受けてもらい、実際に腹部肥満を解消し、糖尿病や心臓病の予防を図るというものです。計画倒れにならないように、メタボの罹病率や糖尿病の発症率についての目標値が決められ、それが達成されない場合のペナルティーまで用意され、今、問題となっている後期高齢者医療制度とも関連しています。

表1. メタボリックシンドロームの診断基準

<b>内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積</b>	
ウエスト周囲径	男性 $\geq$ 85cm 女性 $\geq$ 90cm
（内臓脂肪面積 男女とも $\geq$ 100cm <sup>2</sup> に相当）	
<b>上記に加え以下のうち2項目以上</b>	
高トリグリセライド血症	$\geq$ 150mg/dl
かつ/または	
低HDLコレステロール血症	$<$ 40mg/dl
男女とも	
収縮期血圧	$\geq$ 130mmHg
かつ/または	
拡張期血圧	$\geq$ 85mmHg
空腹時高血糖	$\geq$ 110mg/dl

\*CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。  
 \*ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。  
 \*メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。  
 \*高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。  
 \*糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。

ことが決定されました。これを達成するためには、これまでの健診・保健指導では限界があると考えられたため「特定健診・特定保健指導」がはじまったのです。

メタボは内臓脂肪の蓄積を背景に高血圧、糖尿病、脂質代謝異常などのリスクが集積し、心筋梗塞や脳卒中などの動脈硬化性疾患の危険因子となる病態です。その改善・予防によって死因の上位を占める心血管疾患を減少させて健康寿命を延ばすことにつながり、将来的には医療費の削減を達成できる可能性を考えているのです。

またメタボの上流にある内臓脂肪の蓄積・肥満を改善させることで、高血圧・

#### 4. 特定健診・保健指導とメタボリックシンドローム

約10年前に「健康日本21」という健康目標が設定され、各自治体は、その地方にあった健康施策を計画し、実施することになりました。皆さんは覚えているでしょうか？この「健康日本21」の中間評価が行われ、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少など、日本人では健康状態及び生活習慣の改善が見られないかむしろ悪化している現状が明らかとなりました。そこで、これまでの活動成果を踏まえ、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要となったのです。また国の目標として平成27年には平成20年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させ、中長期的には医療費の伸びの適正化を図る

糖尿病・脂質代謝異常などの種々の代謝異常を一元的に改善・予防できる可能性があることや、内臓脂肪の蓄積が一番の問題であるという考え方が健診参加者にも理解しやすいという利点もあります。さらに、従来は複数の生活習慣病に対する対策を個別に行っていたため、指導する医療関係者サイドとしても焦点が定まりにくいという問題を抱えていたのが、メタボという一つの概念の導入により保健指導を行う側からみても指導対象者の抽出が容易となり、指導目的・方法も明確になるという利点もあげられました。



## 5. 「特定健診・特定保健指導」の方法

「特定健診」では保健指導を必要とする者を的確に抽出することが目的とされ、従来の健診から健診項目に関する見直しも行われています（表2）。必須項目としては、質問票（服薬歴、喫煙歴等）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、身体診察、血圧測定、血液検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、空腹時血糖またはHbA1c）、尿検査（尿糖、尿蛋白）です。医師が必要と認めた場合には詳細な健診項目として心電図検査、眼底検査、貧血検査のいずれかが行われるようになります。血糖に関して、必ずしも空腹時に採血できない場合があることや、空腹時血糖値のみでは糖尿病の疑いのある者を正確に把握することが困難な可能性も踏まえてHbA1cが推奨されています。従来の健診にあった腎機能評価のための血清クレアチニン値や尿酸は必須項目には含まれていません。

健診項目の判定基準も見直されており、指導が必要なレベルと医療機関の受診を勧奨するレベルに分けて基準が設定されています（表2）。注目すべき点は、空腹時血糖値の基準が100m/dl以上で要保健指導となっている点です。

「特定健診」の具体的な方法を表3に示しまし

た。ステップ1として腹部肥満の有無で層別化され、ステップ2として血糖値、脂質値、血圧値と喫煙の4つのリスクのうち該当する数をカウントされます。ステップ3として、その層別化とリスクの数により、保健指導の受けるレベルが決まります。ここで、治療を受けている人の保健指導はかかりつけの医療機関で行い、基本的には医療保険者の特定保健指導の対象とはならないとされています。また、前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、予防効果が多く期待できる65歳までに特定保健指導が既に行われてきていると考えられ、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、生活の質の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であるなどの理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援にとどめられています。LDLコレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ -GTP等の階層化に用いられない検査結果についても、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の際に、検査結果に応じてその病態、生活習慣を改善する上での注意点をわかりやすく説明されることになっています。以上が、「特定健診」の概要です。

皆さんはすでに平成20年度の特定健診は受診されたでしょうか？

表2. 健診検査項目の判定値

	項目	データ基準		単位
		保健指導判定値	受診勧奨判定値	
血圧値	収縮期血圧	130	140	mmHg
	拡張期血圧	85	90	mmHg
脂質関連	トリグリセライド	150	300	mg/dl
	HDLコレステロール	39	34	mg/dl
	LDLコレステロール	120	140	mg/dl
糖関連	空腹時血糖値	100	126	mg/dl
	HbA1c	5.2	6.1	%
肝機能	GOT (AST)	31	61	IU/L
	GPT (ALT)	31	61	IU/L
	$\gamma$ -GTP	51	101	IU/L
貧血関連	ヘモグロビン値	13.0 (男性)	12.0 (男性)	g/dl
		12.0 (女性)	11.0 (女性)	



### 表 3. 保健指導対象者の選定と階層化の方法

ステップ 1		
腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する		
腹囲 男性 $\geq$ 85cm、女性 $\geq$ 90cm	→	(1)
腹囲 男性 $<$ 85cm、女性 $<$ 90cm かつ BMI $\geq$ 25	→	(2)
※(1)、(2)以外の者への対応については留意事項参照		
ステップ 2		
検査結果、質問票より追加リスクをカウントする		
①-③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする		
①血糖	空腹時血糖値 HbA1cの場合 薬物治療を受けている場合（質問票より）	100mg/dl 以上 または 5.2% 以上 または
②脂質	中性脂肪 HDLコレステロール 薬物治療を受けている場合（質問票より）	150mg/dl 以上 または 40mg/dl未満 または
③血圧	収縮期血圧 拡張期血圧 薬物治療を受けている場合（質問票より）	130mmHg 以上 または 85mmHg 以上 または
④質問票	喫煙歴あり	
ステップ 3		
ステップ 1、2 から保健指導レベルをグループ分け		
(1)の場合		
①から④のリスクのうち追加リスクが	2以上の対象者は 1の対象者は 0の対象者は	積極的支援レベル 動機づけ支援レベル 情報提供レベル とする
(2)の場合		
①から④のリスクのうち追加リスクが	3以上の対象者は 1または2の対象者は 0の対象者は	積極的支援レベル 動機づけ支援レベル 情報提供レベル とする
ステップ 4		
○血圧降下剤等を服薬中の者（質問票において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。 医療機関においては生活習慣病管理科、管理栄養士による外来栄養食事指導科、集団栄養食事指導科等を活用することが望ましい。 なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼または了解の下に、保健指導を行うことができる。		
○市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼または了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて服薬中の者の住民に対する保健指導を行うべきである。		
○前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。		
留意事項		
○医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導を実施することができる。		
○市町村の一般衛生部門においては医療保険者と連携し、健診結果等から医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。		
○特定保健指導の対象者のうち積極的支援が非常に多い場合は、健診結果、質問票等によって生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである。		
○保健指導を実施する際に、健診機関の医師が医療機関を直ちに受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導することが重要である。		
○また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが必要である。		

# ペースメーカー治療の進歩 - 後編

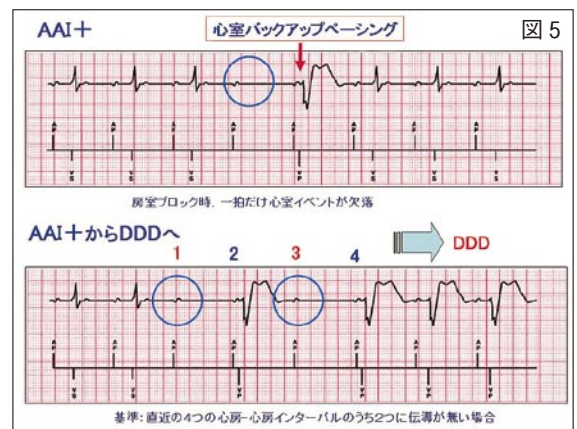
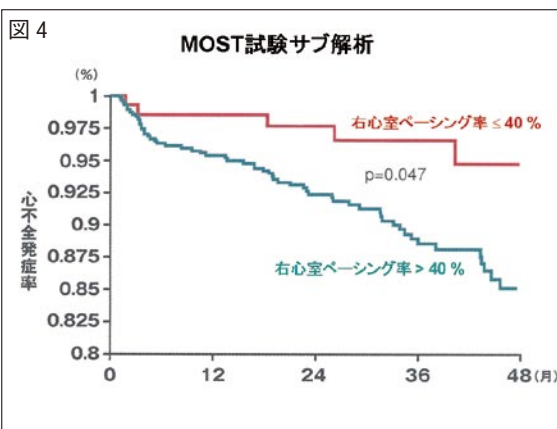
北海道大学病院 循環器内科 横式 尚司

## 徐脈に対するペースメーカー治療と心不全

徐脈に対する従来のペースメーカー治療では、右心房あるいは右心室に1本だけリードを留置するシングルチャンバーと右心房、右心室の両者に計2本のリードを留置するデュアルチャンバー型のペースメーカーがある。房室伝導に障害を伴わない洞不全症候群においては、理論的には右心房だけのペースングにて十分であるが、実際には右心室だけのペースングを行うシングルチャンバー型あるいはデュアルチャンバー型ペースメーカーが用いられ、右心室に対するペースングが多くなされてきた。洞不全症候群の場合、右心房だけのペースングあるいはデュアルチャンバーペースングでは房室同期が維持されるため、より生理的といえるが、右心室だけのシングルチャンバーペースングでは房室同期が無視されることになり、心房から心室への流入血流が障害され得る。さらに、右心室ペースングでは心電図波形が左脚ブロック型のQRS幅延長を呈し、左心室自由壁（側壁）の収縮が遅くなり、心室中隔と左心室側壁の収縮時相にずれが生じることになる。このような背景があり、洞不全症候群に対する至適なペースングモードを検討するため、いくつかの臨床試験が実施されてきた。

DANISH試験(1997年)ではシングルチャンバー型の右心房ペースングと右心室ペースングの効果を検討しているが、全死亡、心房細動発生、血栓塞栓症、心不全重症化のいずれもが右心室ペースングにおいて有意に高いことが報告されている。デュアルチャンバー型の心房心室ペースングとシングルチャンバー型の心室ペースングを比較したMOST試験のサブ解析結果(2003年)では、右心室に対するペースング率が増加すると心不全による入院や心房細動の発生が有意に高くなることが報告されており(図4)、たとえ心房心室同期が維持された場合でも、右心室ペースングによってもたらされる心室収縮の不調和(ventricular desynchronizationあるいはdyssynchrony)が心不全や心房細動を助長すると認識されてきている。そのため、最近の徐脈に対するペースング治療では、可能な限り、右心室ペースングの比率を少なくさせるような努力がなされている。

そのひとつとして、Managed Ventricular Pacing (MVP: AAI (R) + ⇔ DDD (R)) (メドトロニック社)という新しいペースングモードが開発されている。これは、どんなにPQ間隔が長くても、一度、QRS波形が欠落するまではAAIのまま作動し、直近の4つの心房-心房間隔において2回QRS波が欠落した場合にのみAAIから



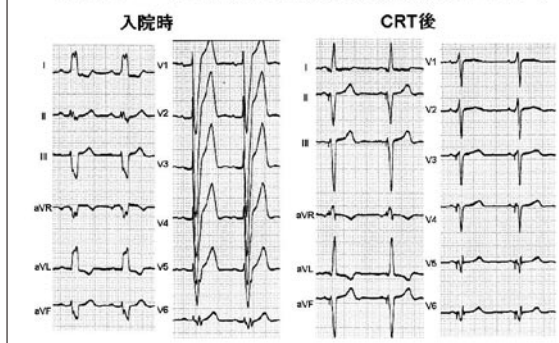
DDDモードに切り替わるというペースング方法である (図5)。さらに、規定された周期で房室伝導能をチェックし、P波に続くQRS波の欠落がなければ、再び、AAI作動に変化するため、不必要な心室ペースングを軽減することが可能になっている。

## 心臓再同期療法 (CRT) による心不全治療

重症心不全患者では心電図のQRS幅が延長していることが稀ではなく、心室同期不全と密接に関連しているQRS幅延長は、心不全患者の死亡率増加と比例していることが報告されている。とりわけ、左脚ブロックに伴うQRS幅延長 (図6) は、上述のように右心室ペースングと同様に、左室側壁での収縮が遅くなるため、ventricular dyssynchrony をもたらすことになる。このような背景から、重症心不全患者に対する両心室ペースメーカーによる心臓再同期療法 (CRT: Cardiac Resynchronization Therapy) (前編の図3参照) が施行されるようになり、大規模臨床試験でもその有効性が示され、広く普及してきている。

MIRACLE試験 (2002年) では、十分な薬物療法にもかかわらず、左室駆出率 (LVEF) 35%以下、130ms以上のQRS幅延長を伴う重症心不全 (NYHAクラスⅢあるいはⅣ) を対象に両心室ペースングの効果を検討したところ、約7割の症例で運動耐容能やLVEFの改善が認められ、重症心不全に対する非薬物治療のひとつとして位置付けられるようになった。一方、このような重症心不全患者の死因の約3~6割が心臓突然死との報告もあり、植込型除細動器 (ICD) 機能をあわせもった両心室ペースングペースメーカー (CRT-D) の必要性が認識されてきている。COMPANION試験 (2004年) はLVEF 35%以下、NYHA Ⅲ度以上の重症心不全を合併し、QRS幅が120ms以上の症例では、

図6 両心室ペースング (CRT:心臓再同期療法) 前後の心電図

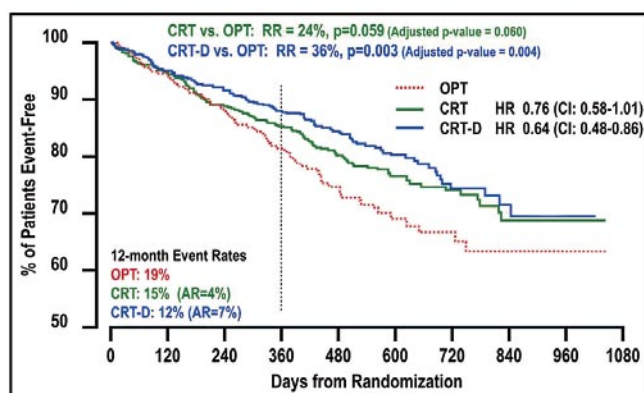


CRT-Dが生命予後を改善させることが報告されている (図7)。また、CARE-HF試験 (2005年) ではLVEF 35%以下、QRS幅120 ms以上、NYHA Ⅲ度以上で心エコー検査にてventricular dyssynchronyがみられた場合には、両室ペースング単独での生命予後の改善が確認されている。

MIRACLE ICD II 試験 (2004年) やREVERSE試験 (2008年) の結果 (一部は進行中) から、NYHAクラスⅠあるいはⅡといった比較的軽症な心不全症例においても、QRS幅延長 (120-130 ms以上) かつLVEF35あるいは40%以下であれば、両心室ペースメーカーが左室リモデリングの是正やLVEFの改善をもたらすことが報告されている。同様の症例に対してICDあるいはCRT-Dの効果を検討している現在進行中のMADIT-CRT試験の結果しだいでは、CRT (-D) の適応がさらに拡大する可能性がある。

図7

### COMPANION試験における生存率 (N=1,520)



OPT:薬物治療のみ; CRT:両心室ペースング; CRT-D:ICD機能付きCRT



### 札幌医科大学大学院 保健医療学研究科 理学療法士 片野 峻敏



心臓リハビリテーションとは、心疾患患者の一日でも早い社会復帰、健康に関連する生活の質の向上、さらには再発の防止を目的とする、運動療法を中心とした食事療法および心理カウンセリング

などの介入の総体を示します。そして、患者の年齢が高齢化する現代社会においては、今後その重要性がますます高まる医療分野になると予想されております。

日本心臓リハビリテーション学会は、そのような心臓リハビリテーション全体に関する学術活動の発展に加え、心臓リハビリテーション医療そのものを広く普及させること、広く関連職種への啓発を図ることを目的に活動しております。したがって、本学会は、医師のみならず、看護師、理学療法士、臨床検査技師などのコメディカルスタッフや体育関係者など、多くの職種が参加し、意見交換や知識の交流を行う重要な場となっております。

今年の学会は、2008年7月18日から3日間、連日30℃を超える真夏の大阪において開催されました。「心臓リハビリテーションの新しい潮流-治療、予防、撲滅-」がメインテーマのもと、心臓リハビリの先進的手法、糖尿病の血管病変とリハビリテーション、自律神経系とリハビリテーションなど、最前線の研究に関する議論が展開されました。一般演題数は200題を超え、年をかさねるほどに増加傾向にあり、本学会の発展を思わせるほどです。

近年の心臓リハビリテーションには、二つのパラダイムシフトが見受けられます。一つ目は、心臓リハビリテーションの治療戦略が、心疾患罹患後の社会復帰とした過去のものから、罹患後の二

次予防、そして現在では疾患そのものを起こさない一次予防の観点へとシフトしたことです。そして二つ目は、心臓リハビリテーションの治療が、心臓の構造的・機能的側面をターゲットとしていた過去のものから、患者の精神的あるいは社会的側面をも含んだ、より包括的な取り組みとなったことです。これらの二つの変革により、現在の心臓リハビリテーションには包括的な治療が要求され、より多くの職種の関わりが必要不可欠となっております。

運動療法は心臓リハビリテーションの中核を担う医療行為であると強く認識されるようになりましたが、本学会においても心臓リハビリテーションにおける運動療法の重要性が報告されておりました。イタリアのLaRevole先生は、突然死の予防には自律神経活性、特に副交感神経活性が重要であるとした自身の研究成果を報告した後、運動が心臓副交感神経活性に与える効果について最新の知見を報告されました。また、大阪府立成人病センターの堀正二先生は講演のなかで、「運動による健康への効果は薬によるそれを凌駕すると考えております」と強調しておりました。いずれの講演も、最新の知見がまとめられており、非常に実用的かつ臨床的な内容でした。

医師が病気の治療に「薬」を処方するのと同様、我々理学療法士は病気に対して「運動」を武器に治療を行います。私は日々、運動を処方し、運動療法のもつ可能性について追求しておりますが、本学会に参加し、最新の知見や多くの意見に触れることができ、大変刺激的な経験をすることができました。本学会を通して学んだことを、実際の臨床現場で生かし、また自分自身も、運動のもつ可能性についてさらなる追求をしていきたいと考えております。

最後に、本学会への参加にあたり研究開発調査助成を賜りました財団法人北海道心臓協会に対し、厚く御礼申し上げます。



## 心臓病看護教育研究会セミナー参加報告

### 手稻溪仁会病院 治験管理センター

看護師 菊地 みずほ

平成20年7月15日、宮城県仙台市の戦災復興記念館にて、心臓病看護教育研究会主催の「目でみる心電図教室虚血性心臓病の理解と心電図判読のポイント」が開催されました。本セミナーでは心筋虚血における心電図変化をコンピュータ・グラフィックによる動画を用いて、虚血性心臓病の発生、心電図や心臓動態の変化、胸痛などの症状が関連付けて理解ができる。これによって今まで判り難かった心電図変化と心筋虚血病態との関連が容易に理解できるというコンセプトのもと開催されました。内容は心電図の基礎から心筋虚血の心電図の読み方まで幅広く説明があり、参加した多くの看護師は熱心に耳を傾けていました。



心電図は循環器系のみならず、すべての診療において必要な情報であり、さまざまな患者さんや種々の病態に対して観察や治療のために広く利用されていると思います。しかし、必要性が高い反面なかなか理解しづらいものだと思います。実際、私達看護師も臨床の現場では、心電図をよく目にしますが、虚血の病態が心電図から理解することができれば、より正確な報告ができるのではないかと感じつつも、心電図変化の意味を正しく

理解せずに接していた部分もあったかと思いません。また、心電図の解釈の中でも、特に、心筋虚血による変化のメカニズムは、理解が難しく、ST変化が何故起こるのかという点については、疑問に思いながらも、やはり本だけで正しく理解することは並大抵のことではないと感じていました。今回のセミナーでは、心電図変化の捉え方に留まらず、さらに虚血病態そのものの発生のメカニズムや、心筋梗塞を含めた虚血の病態の診断と治療方針の組み方、心不全の意味や、それを捉えるための、さまざまなモニタリングなどについても説明がありました。セミナーに参加し、実際に心電図と心臓動態を関連づけることで、判り難かった心電図変化と心筋虚血病態との関連を理解することができ、非常に有意義な時間を過ごすことができました。心電図変化の発見は、私達看護師の観察によることも多くあるかと思えます。今までよりも、心電図変化を正確に読み取り、虚血の病態について理解をした上で、迅速かつ適切な報告ができるのではないかと思います。

今回のセミナーで知れた情報を今後他スタッフに少しでも還元できるよう、院内での心電図の基礎や、虚血の心電図を読むための勉強会なども検討していきたいと考えます。

最後になりますが、このたび、本学会への参加にあたり研究開発調査助成を賜りました財団法人北海道心臓協会に心より厚く御礼申し上げます。

### 北海道心臓協会へご協力お願いします

財団法人北海道心臓協会は予防啓発や研究・調査に対する助成事業などの活動を通じて、心臓血管病の予防・制圧に努めています。本協会は1981年の創設以来、一貫して皆様の賛助会費やご寄附により運営して参りました。皆様の一層のご協力をお願い申し上げます。

賛助会費（年額）	一般会員	〈1口〉	1,000円	
	個人会費	〈1口〉	3,000円	
	法人会費	〈1口〉	10,000円	何口でも結構です

## 第21回循環器予防セミナー参加報告

### 札幌医科大学大学院 加齢制御科学

#### 大学院生 三俣 兼人

私は平成20年7月31日から5日間、東京都新宿区の東京医科大学で開催された「第21回循環器病予防セミナー」に参加してきました。本セミナーは、昭和63年（1988年）より、若手を対象に開催し、近年の循環器疾患の増加と重症化に対応すべく循環器疾患の疫学・予防研究のための最新の知識を習得する事を目的としたものです。



毎年、全国より様々な職種の間人が集まり、各大学の循環器講座や公衆衛生講座が毎年持ち回り制で主幹となり若手研究者を対象に循環器疫学会の第一人者の講師陣が講義や研究計画の作成の指導を行うものです。今回は北海道から九州まで、約50名の医師や看護師、栄養士などが参加しました。セミナーは主に講義と実際にグループでの研究計画の作成という構成になっていました。疫学分野の第一人者の先生方が講義を一日5～6講義を5日間に亘り行いました。講義を行っていただいた先生方は非常に個性的で、講義の内容は非常に興味深いものでした。講義内容は主に疫学研究における研究計画作成の方法に関して行われ、研究対象の選択方法、実施検査の標準化の方法、疫学研究の歴史などについてなされました。

グループでの研究計画の作成に関しては、参加者を6グループに分け各グループで自由に循環器に関する研究計画を作成するという形で行われました。私たちのグループには、私を含め循環器に携わる医師や小児科の医師、小学校の保健師など8名で構成されました。連日、講義終了後より各グループで、計画の作成や議論、研究計画書の作成、プレゼンテーションのスライドの作成などを行い、最終日にプレゼンテーションを行う形で行われました。私たちは小児分野の専門家をグループに含むことから「母子の出生時状態とその後の成長が思春期血圧に及ぼす影響」というテーマで研究計画を行い、6グループ中最優秀賞を受賞することが出来ました。その他には、特定保健指導にメンタルケアを取り入れる介入研究やピロリ菌と心血管疾患の関心に注目した研究など様々な研究計画が発表されました。他のグループの研究計画自体も非常に興味深いものが多数あり、自分の今後の研究テーマの参考になりました。

私は今回このセミナーに出席し、全国の循環器疫学に興味を持つ若手の研究者と議論を行って非常に刺激になりました。特に当教室が行っている丹野・壮誓の疫学研究と同じ観察研究で有名な九州久山町研究を行っている九州大学の先生の話などは非常に勉強になりました。

最後に、本セミナーの参加にあたり研究開発調査助成を賜りました財団法人北海道心臓協会に心より厚く御礼申し上げます。

#### 〈編集委員〉

編集委員長	傳法 公麿 (藤女子大学副学長)
副委員長	田中 繁道 (手稲溪仁会病院院長)
委員	加藤 法喜 (市立札幌病院理事)
同	木島 敏明 (札幌南三条病院副院長)
同	斎藤 重幸 (札幌医科大学第二内科講師)
同	佐藤 伸之 (旭川医科大学第一内科准教授)
同	竹中 孝 (北海道がんセンター循環器科医長)
同	横式 尚司 (北海道大学大学院医学研究科循環病態内科講師)



## 健康講座・料理実習を開催

北海道心臓協会と北海道新聞社が主催する健康講座・料理実習が10月4日（土）札幌市男女共同参画センターで開催されました。

「防ごうメタボ!～食事の工夫～」をテーマに28名が参加しました。講師は北海道大学病院栄養管理部の久保ちづる氏、西村雅勝氏、熊谷聡美氏ら。

久保先生からレクチャーを受けた後、①五穀ごはん②さばの香酢焼き③チキンの簡単グラタン④海草と大豆のサラダ⑤オレンジゼリーのメニューに挑戦しました。

お昼には出来上がった料理で、皆さん和気藹々と賑やかな楽しい食事となりました。

ご協力いただいたエームサービス（株）に厚くお礼申し上げます。



### 北海道心臓協会平成20年度実施事業（見込み含む）

（平成20年4月1日から21年3月31日まで）

#### 1. 知識普及・啓発活動事業

##### 1) 運営委員会の開催

① 4月14日 ② 7月7日 ③ 10月6日 ④ 1月19日

##### 2) 機関誌「すこやかハート」の発行

103号（2008年6月）、104号（2008年10月）、105号（2009年2月）

##### 3) 講演会等

##### ①健康講座・料理実習「防ごうメタボ～食事の工夫～」

- ・ 日時：10月4日（土）10：00～14：00、28人参加、うち男性4人
- ・ 札幌市男女共同参画センター料理実習室
- ・ 講師 久保ちづる氏（北大病院栄養管理部）、西村雅勝氏（同）、熊谷聡美氏（同）ら

##### ②北海道心臓協会市民フォーラム2009

「願いは健やかハート」

- ・ 日時：3月15日（日） ・ 場所：道新ホール
- I.健康相談（10：30開場、最終受付12：20）
- II.講演（13：00開場、13：30開演、16：00終演）

##### 4) 循環器相談業務

前掲の市民フォーラム2009の一環として開催、利用者約50人を見込む。旭川医科大学、札幌医科大学、北海道大学、小樽市保健所、手稲溪仁会病院、

北海道看護協会、北海道薬剤師会、北海道栄養士会の協力を得て、専門医を軸とした総合的な相談態勢をとる。

#### 2. 研究助成事業

9件の応募があり、予備選考及び1月22日の本選考により、2名への助成金贈呈を内定した。20年度第2回理事会で決定のうえ、3月15日市民フォーラム2009の講演会の冒頭、各75万円を贈る。

#### 3. 研究開発調査助成事業

21年1月現在、4人・4件の応募があり、4人・4件、計20万円を助成した。報告書は機関誌「すこやかハート」に掲載。

#### 4. 健康増進対策事業

ホームページに機関誌「すこやかハート」の内容や健康講座などの詳細も収録している。また、各種催しの案内、研究助成事業、研究開発調査助成事業の募集要項等も掲載し、メールによる問い合わせや応募用紙のダウンロードができる仕組みにしている。メールによる健康相談も継続している。

#### 5. 関係団体との交流

結核予防会北海道支部の複十字シール募金運動へ協力を行った。



# 北海道心臓協会 市民フォーラム2009

## 願いは健やかハート

### 3月15日(日)道新ホール



**あなたの理解が  
“良いお医者さん”を作ります**  
上手な健康管理と賢い病院のかかり方

**長谷部 直幸氏**  
旭川医科大学  
循環・呼吸・神経病態内科教授



**京都新発見  
お寺、診療所として禁煙**

**田中 善紹氏**  
光明院住職(浄土宗西山禅林寺派)  
田中医院院長  
NPO法人京都禁煙推進研究会理事長

**講演聴講ご応募ください**

入場無料 定員650名

13:00開場 13:30開演 16:00終了

〈講演聴講券の応募方法〉はがき又はFAXで郵便番号、住所、氏名、年齢、職業、電話番号を記入し、下記まで。2月27日必着。聴講券をお送りします(申し込み多数の場合は抽選)。応募者の個人情報(本事業以外)では使用しません。

〒060-0004 札幌市中央区北4西4 (株)伊藤組内 北海道心臓協会事務局  
(TEL011-241-9766 Fax011-232-4678)

<http://www.aurora-net.or.jp/life/heart/>からもどうぞ。

- \* 講演に先立って20年度伊藤記念研究助成金の贈呈を行ないます
- \* 道新ホール：札幌市中央区大通西3丁目

**無料健康相談をご利用ください**

事前申し込み不要。お気軽にお越しください

医師、看護師、薬剤師、栄養士による循環器疾患、禁煙等の相談

10:30~12:20 道新ホールロビー特設コーナー

主催：北海道心臓協会・北海道新聞社  
後援：北海道・北海道医師会・札幌市医師会・北海道国民健康保険団体連合会・北海道看護協会・  
北海道薬剤師会・北海道栄養士会

協賛：アステラス製薬、興和創薬、サノフィ・アベンティス、塩野義製薬、第一三共、  
大日本住友製薬、武田薬品工業、田辺三菱製薬、日本ベーリンガーインゲルハイム、  
ノバルティスファーマ、バイエル薬品、万有製薬、ファイザー

表紙

「冬の漁港」

藤倉 英幸