



ESTABLISHED IN 1985

JECCS

ニューズレター

公益社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.10 No.6 2010.12

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「二人に一人ががんにかかり、三人に一人ががんで亡くなる時代が到来した!」

ジェックス業務執行理事 中尾医院理事長 中尾 正俊

講演要旨

臨床心臓病講座 2010年9月18日講演

「CKD(慢性腎臓病)患者への薬物使用上の注意点～副作用と投与量調節を中心に」

社会医療法人愛仁会高槻病院腎臓内科医長 高橋 利和

心臓病患者さんのページ ～Circulation誌より～

Sexual Health for Patients With an Implantable Cardioverter Defibrillator

「植込み型除細動器(ICD)植込み患者の性の健康」

訳 糸原 久美子(関西電力病院総合内科)

斎藤 隆晴(ジェックス業務執行理事 関西電力病院総合内科部長)

医療事情のウラオモテ

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

「二人に一人ががんにかかり、三人に一人ががんで亡くなる時代が到来した!」

中尾医院理事長 ジェックス業務執行理事

中尾 正 俊

「もし「がん」になればどこの病院に行けば良いのかわかりません!

がん患者は「治りたい」等の希望を持って治療に専念しているにもかかわらず、「もうこの病院では治療はできません」との説明を受け、がん難民になってしまう。

在宅医療を選択すると介護保険の申請を勧められます。しかし、介護保険でカバーできない医療や看護にどれだけの費用がかかり、家族にどれだけの負担をかけるのか、また、入院中でも十分な痛みに対する緩和ケアを受けられなかったのに、自宅では十分受けられるのか、とても心配です。』

がんと闘っている患者さんの「生の声」です。かかりつけ医をはじめ医療提供者は、これらのご意見に対しては真摯に受け止めなければいけない。

第5次医療法改正により保健医療療計画の見直しが行われ、医療機関完結型から地域完結型のがん診療の地域連携を図るとされており、がん対策基本法によるがん対策推進計画により、国及び府は、「都道府県がん診療連携拠点病院」である府立成人病センターをはじめ、二次医療圏全てに設置されている10箇所の「地域がん診療連携拠点病院」、5つの大学病院のほか、多くのがん治療実績を持つ医療機関に「大阪府がん診療拠点病院」を認定し、がん患者のための医療機関との連携・協力によるがん医療の提供体制を整備しています。がんの治療には、個々のがんの種類や進行度に応じて、外科手術、放射線治療及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療ががん診療拠点病院に求められています。

統一型のがん診療地域連携パスは、都道府県がん診療連携拠点病院である府立成人病センタ

ーや地域がん診療連携拠点病院そして大阪府がん診療拠点病院のみに限定されたパスであり、抗がん剤の副作用に対するかかりつけ医が行う外来や在宅の診療とのパスが構築されなければ、がん患者が先進的ながん治療を受けながら、安心して療養生活を送れるとは到底思えません。

さて、がんを早期に発見するためには、がん検診が欠かせません。しかし、健康増進法を根拠法とするがん検診が一般財源化されたことにより、市町村によってはがん検診事業が後退していることは否めません。しかし、府民がせっかくがん検診を受診されても精度管理のさらなる向上がなければ、「がん」でありながら経過観察される偽陰性や「がん」でないにもかかわらず不必要な検査が行われる疑陽性が増加しがん診療の医療費の増大に繋がると考えられ、市町村はがん検診の精度管理にこれまで以上に予算をつけることが必要と考えます。

そしてがん検診にて、がんと診断あるいはがんの疑いがあるとされた時点から、がん患者・家族等に対する、身体的、社会的、精神心理的、霊的な苦痛（スピリチュアルペイン）に対する全人的な緩和ケアが療養場所を問わずに提供できる体制も整備していかなければならないと言われています。

特に、拠点病院では、緩和ケアの専門的知識や技能を有する医師や看護師等で構成される緩和ケアチームが、院内で緩和ケアを行っています。在宅医療を希望する患者の退院時、緩和ケアチームには、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどと退院調整を行い、がん患者が安心して自宅で療養生活を送れ、治療再開時や急変時の再入院に速やかに対応できる体制を早急に整備願いたい。

理事紹介

中尾正俊（ナカオ・マサトシ）

1979年天理よろづ相談所病院にレジデントとして勤務、1982年川崎医科大学附属病院臨床病理・循環器内科勤務、1987年川崎医科大学大学院卒業、同大学附属病院循環器内科講師。1988年中尾医院開設。2010年大阪府医師会理事。1991年よりジェックス理事、2010年より業務執行理事。

CKD(慢性腎臓病)患者への薬物使用上の注意点 ～副作用と投与量調節を中心に

社会医療法人愛仁会高槻病院腎臓内科医長
高橋利和

慢性腎臓病(CKD)の概念が広く浸透してくるに伴い、日常診療で遭遇する機会も増加してきています。ESRD(末期腎不全)の発症抑制には、CKDの管理が極めて重要であることや、生活習慣病、特に糖尿病患者の増加に伴い、糖尿病性腎症からESRDに至る症例が今後増加することが予想されること、またCKDが心血管疾患の発症リスクであることなどからCKDの治療の重要性が注目されています。

CKDの治療の大きな目標は腎機能の保持にあります。その内容を詳しく見ると、原疾患への治療、生活習慣病などの腎機能を悪化させる因子への治療、腎機能の悪化に伴う症状への対処に分けられます。

I. 原疾患に対する治療

1) 糸球体腎炎、ネフローゼ症候群で使用する薬剤

副腎皮質ステロイド(プレドニゾン、メチルプレドニゾン)や免疫抑制剤(シクロスポリン、ミゾリビン、シクロフォスファミド、タクロリムス水和物)が使われます。

ステロイドの副作用として、易感染性、消化器潰瘍、食後高血糖、骨粗鬆症、無菌性骨壊死、中枢神経障害、緑内障などがあります。免疫抑制剤使用時には骨髄抑制、感染症に注意が必要ですが、各薬剤に特徴的な副作用としては

- ・シクロスポリン：腎障害、血圧上昇
- ・ミゾリビン：肝障害、高尿酸血症
- ・シクロフォスファミド：出血性膀胱炎、心毒性 などがあります。

2) 糖尿病の治療

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、厳格な血糖値と血圧管理が重要です。また、糖尿病性腎症では、大血管障害の合併症頻度が高いため、脂質代謝異常症などの危険因子の管理も重要です。

顕性腎症後期、つまりCKDステージ3以降は

- ・スルホニル尿素剤(SU剤)、即効型インスリン分泌薬(グリニド系薬剤)は腎排泄性薬剤のため慎重投与が望ましい
- ・ビグアナイド薬は禁忌
- ・ α -グルコシダーゼ阻害薬、チアゾリジン系薬は腎排泄性でないが、チアゾリジン系薬のピオグリタゾン高度腎機能障害例では投与禁忌

腎不全期(CKDステージ4・5)では

- ・インスリン治療が原則
- ・インスリンの半減期が長くなるため低血糖に注意
- ・DPP4阻害薬については使用可能だが投与量の減量が必要

3) 痛風腎・高尿酸血症の治療

高尿酸血症を積極的にコントロールする(UA<6mg/dl)ことにより腎機能障害の進行スピードを抑制できるとの報告があり、また、尿酸をコントロールすることにより関節炎に対するNSAIDsの使用を避けることも大事です。中等度腎機能障害(CKDステージ3以降)の場合は、尿酸排泄促進薬は腎機能を悪化させる可能性があります。尿酸生成阻害薬であるアロプリノールを使用する場合は使用量に注意が必要です。アロプリノールの活性代

謝産物であるオキシプリノールは腎排泄性の物質であり、かつ半減期が28時間と長いため蓄積が生じるため、腎機能に応じた投与量の減量が必要です。

II. 腎機能を悪化させる因子に対する治療

1) 高血圧

腎機能を悪化させる因子として高血圧対策は最も重要です。CKDにおける降圧の意義は、CKD進展の抑制とCVDの発症・進展抑制にあります。130/80mmHg未満を降圧目標とし、家庭血圧を重視し、緩徐に行います。原則として降圧薬はACE阻害薬かARBを使用しますが、血清クレアチニン値の上昇や高K血症に注意が必要です。高カリウム血症出現時にはARBやACE-Iにこだわりすぎないことも大事です。

2) 脂質異常

CKDでは脂質異常症の治療により蛋白尿の減少と腎機能低下抑制が期待されます。コントロールの目標値はLDLコレステロール120mg/dL未満（可能であれば100mg/dL未満）です。脂質異常治療薬と腎障害時の使用における注意点としては、HMG-CoA還元酵素阻害薬は、

腎機能低下例で頻度は低いが横紋筋融解症の報告があるため、CKDステージ3以上では、注意深い観察が必要である。ベザフィブラート、フェノフィブラートは腎不全、透析患者では禁忌であり、CKDステージ4以上では使用できませんが、クリノフィブラートは投与可能（慎重投与）です。

III. 腎機能の悪化に伴う症状に対する治療

腎機能悪化が進行してくるとそれに伴う病態に対する対処も必要になってきます。

腎性貧血や高カリウム血症、尿毒症などが代表的ですが、それぞれの治療には専門医の意見も重要なので早めに相談する方がいいでしょう。

CKD患者に対する投薬では投与量の調節が必要な場合や、思わぬ副作用が出たりする場合があります。全てを記憶するのは大変ですので、最近は腎機能別薬剤使用マニュアルなど参考となる本がありますので、これらを参照しながら診療にあたられることをお勧めします。

共催：大日本住友製薬株式会社

ジェックス ポロシャツのご案内



通気性、吸水性に富んだポロシャツです。
左胸ポケットと左袖にJECCSのロゴ入り
色：白とネイビーの2色

(男女共)

サイズ：男性用

M(胸囲88-96)/L(胸囲96-104)

女性用

M(胸囲79-87)/L(胸囲86-94)

価格：各3,500円

お問い合わせは事務局まで。



植込み型徐細動器 (ICD) 植込み患者の性の健康

Sexual Health for Patients With an Implantable Cardioverter Defibrillator

Lauren D. Vazquez, PhD; Samuel F. Sears, PhD;

Julie B. Shea, MS, RNCS, FHRS; Paul M. Vazquez, DO

From the Department of Psychiatry (L.D.V.), Ochsner Medical Center, New Orleans, La; Departments of Psychology and Cardiovascular Sciences (S.F.S.), East Carolina University, Greenville, NC; Cardiovascular Division (J.B.S.), Brigham and Women's Hospital, Boston, Mass; and Urology Private Practice (P.M.V.), Tampa Bay, Fla.

Circulation. 2010;122:e465-e467.

訳：糸原久美子（関西電力病院総合内科）

齋藤 隆晴（ジェックス業務執行理事 関西電力病院総合内科部長）

植込み型徐細動器 (ICD) を植込んだ患者の QOL に関するこれまでの調査では、植込み患者は内服加療のみの患者と比べ、勝れてはいないが少なくとも同等の QOL をえていることが証明されてきた。QOL は ICD 植込み前の活動能力にどこまで戻れるかという患者側の能力にある面では関連するが、そのための性活動についての患者教育はされてこなかった。ICD 植込み患者の性機能に関する研究は殆どなく、性行為中に ICD が作動することへの不安、植込み後の性的活動での様々な心配事、またより多くの情報や性カウンセリングへの患者側の要望があるなどの調査がなされているだけです。この Cardiology Patient Page は、ICD 患者にとって性機能は大切な問題であることを認識し、効果的な対策について提供することを目的としている。

ICD 患者の健全な性機能に対する障壁

ICD 植込み患者の社会的機能についての調査には制限があり、私達の臨床経験からいえば、性的な健康については共通の障壁が存在する。ICD 植込み患者の健康的な性機能に対する特定の障壁とこれらの障壁を克服するための対策について以下に詳しく述べる。

患者とヘルスケア提供者とのコミュニケーション

性や愛などは、他人と話し合う話題ではないという人もいるが、性的活動は、人の健康と幸せに大きく関係するものであって、医者との適切な話し合いが最も必要となる話題でもある。残念なことに、心血管疾患患者とヘルスケア提供者の間で性についての十分なコミュニケーションがとれていないという調査がある。心血管疾患の 75% 以上の患者が、性機能に関してなんらかの問題を抱えるという予測があるにも関わらず、いまだ患者と医者との間にコミュニケーション不足がある。

患者の 98% が、心臓専門医は患者と性機能に関して話し合うべきだと思っているにも関わらず、15% の患者しか医者とそのような話し合いをしたことがない。ICD 植込み患者は、性に関してもっと医師とコミュニケーションをとり、改善することを望んでいるが、話し合いが持たれることは滅多にない。

提案策

性に関する心配事は、人の健康と幸福にかかわる重要要素であるので、医者もしくはヘルスケアの専門家と有益なコミュニケーション手段を築きなさい。配偶者やパートナーも話し合いに加わるべきで、質問や悩みを文書にして医

者に持っていきなさい。自分の健康に関してこの部分にもっと積極的になるべきである。表にはよくある質問とその解答を示している。

関係を築く

性的活動における快楽、性的欲望は、ICD植込み後では変化する。多くの患者で性的行動が減ったり、一過性になくなることは普通である。このような状態になってもパートナーと触れ合い、親近感をもち続けることが大切であり、もし性的行動に戻ろうと考えるなら、その時点でどうすれば自分が満足いくのかをパートナーと話しあうことが大切です。性交が最初から負担であれば、手を握ることや、抱擁や、キスなど自分自身が相手と親しい関係でいれると思う愛情表現で開始するのも良いでしょう。性行為をしないからといって、二人の関係が壊れることはないが、愛情表現や率直な話し合いがなければ関係が壊れてしまう可能性はある。

もう一歩次のステップへ進みたいと心から思うようになった時に、パートナーとそのような時間を設けることである。始めはゆっくり行動することが大切で、これにはパートナー共々、時間、忍耐力、努力が要る。愛情表現について話し合う時は、もっぱら性交についてばかり考えがちだが、それ以外にも実際は多くの愛情表現があり、パートナーとともに性的満足を得るための方法を見つけ出さなさい。愛情表現は単にひとつの形のものではなく、継続し見つけ続けるものです。

提案策

- ・これから行おうとする性的活動について医師と確認すること。
- ・お互いに満足がえられる性的行動について、前もってパートナーと話すこと。
- ・よりリラックスしている時に性的行動を考え、性行為の前後に十分な休息時間をとること。
- ・性行為前に食事やアルコール摂取を調整する

こと。女性であれば性交の前後に水を飲むことは特に重要である。

- ・必要であれば、気楽に一つ前の性的行動に戻ってみること。

性的行動中の除細動に対する恐怖

性的行動に伴う心血管リスクに対する恐れは、ICD植込み患者にとって共通の悩みである。一度徐細動ショックを受けると、新たな徐細動ショックを引き起こさないかという恐れのために、多くの患者がそれまでの性的活動に戻れていない。しかし性交に必要な体力は中等度の肉体活動内であるとされ、普通の仕事日か、もしくはそれを上回る程度の活動である。心筋梗塞の既往のある1774人の患者の研究では、性的活動は1%未満の危険因子にしかすぎず、性的活動に伴うような日常的な身体活動では心血管事故のリスクは実際減少している。

他の心血管疾患患者と同様ICD植込み患者でもまた、性的活動では常に緊張をし、また徐細動ショックがおこるのかという恐れを抱いている。しかし多くの患者にとって、性的活動に伴う心臓へのストレスはごく中程度にしかすぎず、それによって引き起こされる事故の絶対的リスクは極めて低い。

提案策

性の問題は共通の悩みであるが、ほとんどの性的活動は安全で、ゆったりした運動であると考えられている。医師と共に除細動ショックの恐怖に関してよく検討し、性行為中に除細動がおこった場合を想定したショックプランをたてるべきである。性的活動に不安なく戻れ、ICDが心事故を予防してくれるという信頼感をえて、通常の性的行為の中では除細動ショックの恐れが軽減することがわかれば、確実に安心した気持ちで性的活動に戻ることができる。

心血管イベント後の生活復帰

困難を克服するための対処方法をよく知っていても、計りしれないくらい膨大なストレスがおこれば、自分をコントロールできないかもしれない。心血管イベントの後には特にそうであり、性的活動を再開することが他のストレスを受けることになり、“もう1つ余計なこと”と向き合うことになるのかもしれない。あなたが最大限努力しても、この手のストレスにもはや一人ではコントロールできないときがある。そのため残念なことに、心血管イベント後に二度と性的活動ができない患者もいる。性的活動を控えても心血管イベントは減らない。ICD植込み患者が性行為をしてはいけないという研究はこれまで一切ない。たとえ、体力的に性交ができないと感じたとしても、他の愛情表現までも興味もつことをやめるべきではない。専門家の力を借りれば、除細動ショック後に性行為や愛情行為を再開するという、最大のストレスがかかる問題であっても慎重に克服していくことができる。満足のいく充実した性的な関係を作っていく努力が、パートナー共々二人にとっての肉体的、精神的な達成感へとつながる。

提案策

専門家の助けが必要な時があるということを

頭にいれておくこと。“援助”を必要とする警告サインを知っておくことが重要である。専門家に相談する必要がある一般的な兆候を以下にのべる。

- ・1週間のほとんどが悲しい気持ちで、憂鬱な状態である。
- ・以前には楽しかった性的活動や愛情行為などが今は楽しめない。または、かつて楽しかったことに興味をもてない。
- ・活動、人、恋愛、現実を避ける
- ・自傷・自殺企図、絶望感
- ・不安、いらだち、緊張、頭の中から心配事が抜け去らない

結論

ICD植込み患者は、性的機能の変化や安全な性的活動に対する悩みといった特有の問題に直面する。ヘルスケア提供者とコミュニケーションをとることが、最適な健康と幸福を獲得するうえに重要である。パートナーとコミュニケーションを築いていくことで健康な愛情関係が生まれ、心地よく満足のいく性的機能に結びつく。性的活動を再開することが、心血管イベント後にもとの生活に戻り、最善な健康維持をはかるための大きな鍵となる。

表：よくある質問と答え

質問	回答
性的活動の心臓への影響は？	性行動は中程度の活動能力とされ、ごく少ししか心臓へのストレスはありません。性的活動中の心臓リスクは実際極めて低いものです。
性的活動は安全？	ほとんどの患者で性行動は安全な行為です。性交渉ができない患者でも、落胆してパートナーとの愛情表現の行為をやめてはいけません。
もし性行為中に除細動ショックが起こったらどうなる？	性行動中に受けるショックはその他の活動で受けるそれと何ら変わりません。もし1回だけのショックでその後も気分が悪くなければ、できるだけ速やかに医者か診療所へ連絡をください。もし1回以上受けた場合は、直ちに医師または119番を呼びなさい。もし何回もショックを受けその後も気分が悪いときは、直ちに119番を呼びなさい。
もし性行為中に除細動ショックを受けたらパートナーを傷つけないか？	もしあなたがショックを受けても、パートナーには全く危険は及びません。パートナーを傷つけたり、痛みを与えることはありません。
他の患者も性行為に関して悩んでいるのか？	多くの患者が性的活動中にショックを受けることの恐怖をいだいており、これがICD植込み患者の重大な悩みである。事実、ICD植込み後にこの恐怖のため多くの患者が二度と性的活動に戻れていません。あなたの医者によくコミュニケーションをとり、ICDが安全であると信頼することが、再び充実した生活に戻るために重要である。

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>

医療事情のウラオモテ

(ニューライフ誌2010年10月号より)

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、今日日本の医療はかっ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、医患共尊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てはならないもの、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、1医師や1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。

今回は、皆さんとともに日本の医療制度、特に医療費における問題点について、考えてみたいと思います。

国民医療費について考えよう

日本の国民皆保険制度を手本にしようとしたヒラリー・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。国全体の保健衛生状態は世界一との評価を得ているのに、医療従事者も患者双方共に現在の日本の医療に対する満足度が低いのです。

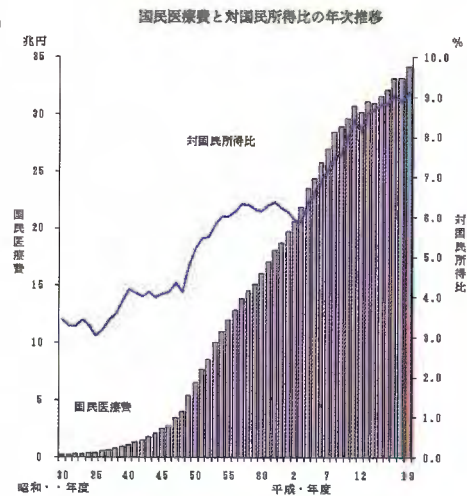
より良い医療を提供するには医療に携わる人達が自分たちの仕事に誇りを持ち、そしてその努力が報われる制度があって初めて可能になると思います。患者さんをケアする前に、医療従事者自身の精神的及び肉体的なケアを行わなければならない状況にあることを、知って頂きたいと思います。

それでは、ここでみなさんと一緒に国民医療費について考えてみましょう。

現在国民が一年間に使用する国民医療費は、厚労省の発表によりますと、平成19年度は、34兆1360億円。前年度の33兆1276億円に比べて1兆84億円、3.0%増加しています。人口一人当たりの国民医療費は26万7200円、前年度の25万9300円に比べ3.0%増加しています。国民医療費の国民所得に対する比率は9.11%(前年度8.87%)となっています(図1)。医療費は戦後一貫して増え続けています。この図をみると、国民所得が増え、国民生活の向上に伴い、急速に医療費も増加しているのが分かります。平成の時代になってからは、国民所得の伸びを上回るペースで医療費が増え続けました。これだけの巨大な額を前にすると、財務省のお

役人でなくても、誰でもこれは大変だと感じてしまうでしょう。

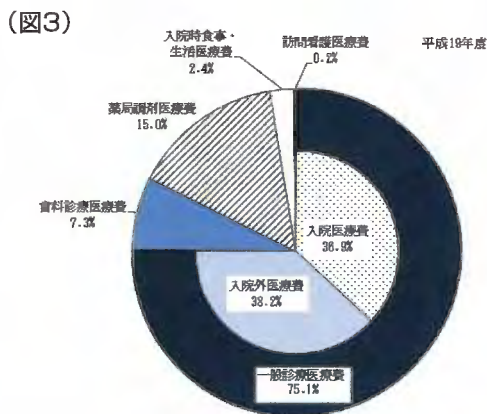
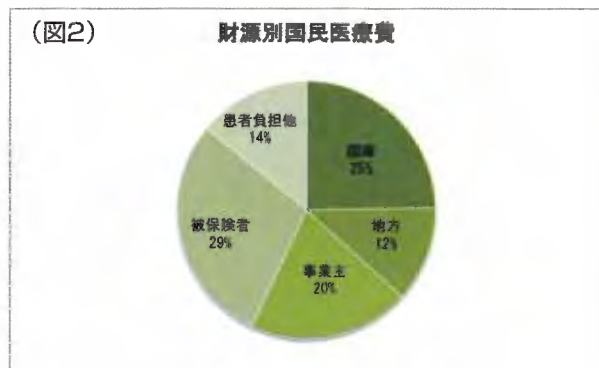
(図1)



国民医療費は誰がどれだけ負担し、どのように使われているのか

それでは、34兆1360億円は誰がどのように負担しているのでしょうか。平成19年度の医療費の負担割合をみると、公費分は12兆5271億円(36.7%)、内訳は国庫から24.7%、地方自治体の負担が12%です。会社に勤務している人に対して事業主が負担している保険料は、6兆9241億円(20.3%)、国民が被保険者として負担する保険料が9兆9657億円(28.9%)、患者が負担している額は、4兆7996億円(14.1%)となっています(図2)。国民医療費の使われる内容を見ますと、診療所や病院で使われる一般診療医療費は25兆6418億円(75.1%)、そのうち入院医療費として12兆6132億円(36.9%)、入院外医療費は13兆287億円(38.2%)となっています。

歯科診療医療費は2兆4996億円(7.3%)、薬局調剤医療費は5兆1222億円(15.0%)、入院時食事・生活医療費は8206億円(2.4%)となっています(図3)。



医療費の増加する理由

医療費の伸びる要因については様々な分析が行われています。人口増加、高齢化社会、医療制度の改正、診療報酬改定、医療の進歩による自然増といった要素が考えられます。

医療は典型的な労働集約産業です。医師や看護師だけでなく、助産師、保健師、薬剤師、放射線技師、検査技師、栄養士、調理師、臨床工学士、理学療法士、ソーシャルワーカー、医療事務、介護職員など、患者さんのケアに直接関わる職種の人から、直接にケアには関わらないが、病院の機能を最善の状態に維持するために必要な間接部門として、多数の職種があります。たとえば、病院の施設や医療機器を専門的に維持管理する人、病院従事者がいつまでも健康で勤務を続けることができるよう支援する人、病院経営を専門に行う人、等々です。このように病院を最適の状態に運営するためには、多数の専門職のチームワークが必要です。医療の進歩とともに、複雑に専門化する医療現場では専門職の数が増え、専門的な知識や技能を持つ専門家のニーズは増え続けています。現在病院職員の数、10~20年前とは比べられないほど増えています。厚労省の報

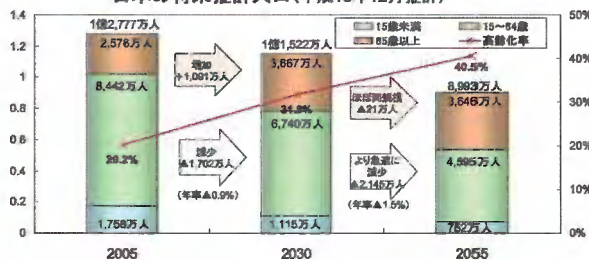
告によりますと、医師、看護師、薬剤師等、病院で働く医療従事者の総数は、平成元年には病床100床当たり78.0人であったのが、平成19年には、107.2人と1.4倍に増えています。

急性期病院ではさらに多くの従事者が必要です。因に、われわれの病院は217床の急性期病院ですが、平成21年度の従事者数は、100床当たり198人です。それでも、現在の急性期病院の現場は多忙を極めており、医師や看護師等の労働環境は一向に改善されない状況があります。ところで、医療現場で必要とされる医療費の半分以上がそのような病院従事者の人件費に使用されています。病院従事者の数が増えているのですから、医療費が増えるのは当然と言えます。

診療報酬改定は、経済成長が高い時期には、賃金や物価の伸びを通じてプラス改定され、逆に経済不況の時期にはマイナス改定される傾向があります。しかし、医療費の増加の最も大きな要因は、医療知識や技術の進歩による自然増です。CTやMRI、PET/CT、カテーテル治療やガン治療など医療の進歩は目覚ましいものがあります。新しい知識や技術が導入されると、当然のことながら医療費が増えます。

出生率が1.26のまま続くとすれば、日本の人口は今後減り続け、2055年には9000万人を割るようになるといわれています(図4)。人口が減る将来の日本で問題となるのは高齢者の増加です。高齢者の医療費についてみると、高齢者には若い人に比べて高額な医療費がかかります。平成16年度の資料をみますと、65歳未満の人の一人当たりの医療費が14.0万円であるのに対して、65~74歳の人では51.0万円と3.6倍の医療費がかかっています。さらに75歳以上の人には、78.5万円と実に5.6倍の医療費がかかります。そのような中で、世界に類をみないスピードで高齢化率が進んでいるのです。少子化による就労人口の減少の上に、高齢化社会に向けて増大する医療費や年金、福祉等の社会補償費が日本の経済成長を圧迫し、日本の社会の活力を失わせると考えられました。そこで昭和60年以降、日本の政府は医療制度改革と診療報酬などの手段を通じて医療費を強力に抑制しつづけてきたのです。

図4 今後の急速な少子・高齢化の進行
～日本の将来推計人口(平成18年12月推計)～



他の国の現状と比べると、どうなのでしょう。

しかし医療費が多いとか少ないといっても、国の大きさや人口も違います。経済的に余裕のある国から、大変貧しい国まで様々です。そこで医療費を国家間で比較する時には、GDP(国内総生産)に対する国民医療費がいくらかという視点で比較することが一般的に行われています。国内総生産とは、一年間にその国で行われた経済活動の総額です。つまり、一年間に日本人が稼いだお金のうち、どれくらいの割合を医療費に使っているのかという指標です。ちなみに、我が国のGDPは現在、おおよそ500兆円と報告されています。OECD(経済協力開発機構)に加盟している、いわゆる先進国の国民医療費の状況を比較したのが表1です(表1)。

医療に最もお金を使っているのはアメリカです。GDPの16%を医療費に使っています。国民1人が一年間に使う医療費も7290ドルとダントツの世界一です。お金さえ出せば、アメリカでは大変満足度が高い医療を受けることができます。さらにフランス、ドイツ、カナダがGDPの10%前後を医療費として使用しているのに比べ、日本は8.1%と21番目、先進各国の平均(8.9%)よりも低い状態にあることが分かります。米国に次ぐ経済大国ともてはやされる日本の状態を考えると、本当に寂しい限りです。欧米先進国と比較して日本の医療費は、やはり少ないといわざるを得ません。

(表1) OECD加盟国の医療費の状況(2007年)

国名	国民医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	値	順位	値	
アメリカ合衆国	16.0	1	7,290	1	
フランス	11.0	2	3,601	6	
スイス	10.8	3	4,417	3	ト
ドイツ	10.4	4	3,568	10	
ベルギー	10.2	5	3,595	8	ト
カナダ	10.1	6	3,895	5	
オーストラリア	10.1	6	3,793	7	
ポルトガル	9.9	6	2,150	23	ト
オランダ	9.8	9	3,837	5	ト
デンマーク	9.8	9	3,512	11	
ギリシャ	9.6	11	2,727	18	
アイスランド	9.3	12	3,319	14	
ニュージーランド	9.2	13	2,510	22	
スウェーデン	9.1	14	3,323	13	
ノルウェー	8.9	15	4,763	2	
OECD平均	8.9		2,964		

【出典】OECD HEALTH DATA 2009
 【注1】上記の順位はOECD加盟国に限定し、OECD加盟国に限定した順位を示す。
 【注2】OECD加盟国は2006年のデータを示す。2006年のOECD加盟国のデータ。
 【注3】* 順位は平均値。
 【注4】順位については、日本が第1位(最も医療費対GDP比が高い)であり、オーストラリアが第2位、フランスが第3位、ドイツが第4位、ベルギーが第5位、カナダが第6位、オーストラリアが第7位、ポルトガルが第8位、オランダが第9位、デンマークが第10位、ギリシャが第11位、アイスランドが第12位、ニュージーランドが第13位、スウェーデンが第14位、ノルウェーが第15位、OECD平均が第16位、日本が第21位、OECD加盟国の中で最も低い順位を示す。

高齢化社会と医学の進歩に対する投資

医学の進歩や社会の高齢化とともに、医療費は確実に増加します。それに対応して欧米各国は医療費を増額してきました。ところが、日本は他の国とは際立って医療費を抑制してきたのです(図5)。

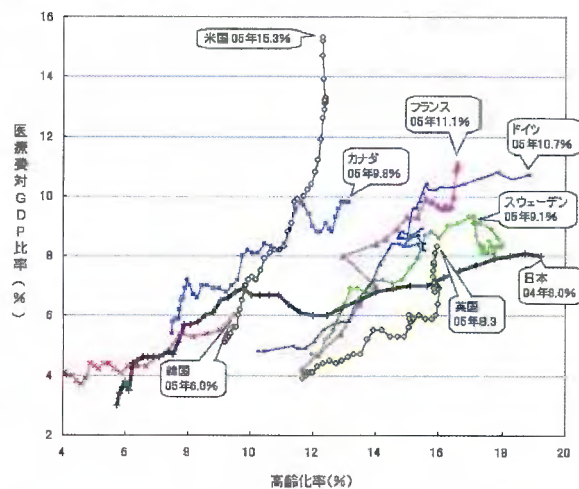
最近米国から発表された医療政策に関する専門雑誌

によりますと、1985年(昭和60年)までは、日本も欧米先進国と同様に高齢化や経済活動に応じた医療費の伸びを容認していたのですが、日本の政府は1985年を境に一転して医療費の伸びを抑制していることが指摘されています。

高齢化社会は先進諸国に一般的にみられる現象です。高齢化社会は、日本が成熟した社会になった証です。戦後の高度成長期とは違った考え方が必要になっているのであり、日本の社会全体が成熟した社会のあり方へ方向転換しなければならないのだと思います。

(図5)

高齢化とともに高まる医療費(1980年~最新年)



世界に誇る国民皆保険制度、この制度は一度なくすと、二度と取り戻すことはできません。医療費の負担は誰もが少ない方が良いと思うものです。まして、最近の風潮のように、社会に対する義務感は薄れがちで、個人の権利や自由を主張する世の中では、自分以外の人の健康のために進んで医療費を負担する気持ちが薄れつつあります。

共に支え合う社会は、互いが負担を分かち合う社会です。医療費の負担や国民の義務である税負担のあり方について真剣に考える時です。

図の説明

図1 国民医療費と対国民所得比の年次推移

(厚労省資料)

図2 国民医療費の財源別構成割合(厚労省資料)

図3 診療種類別国民医療費の構成割合(厚労省資料)

図4 日本の将来推計人口(厚労省資料)

図5 高齢化とともに高まる医療費(厚労省資料)

表1 OECD加盟国の医療費の状況(厚労省資料)

『仙台で「イチロー」活躍』

ジェックス理事長 高階 経和

2010年8月5日(水)快晴。朝9時にタクシーで東北大学病院に向かう。伊藤健太准教授に迎えられ、下川宏明教授の部屋に案内された。先生とは4月にお目に掛って2度目である。下川先生に「イチロー君」が3体設置されているスキル・ラボに案内して頂いた。先生にご紹介を頂いた後、早速、私はパワーポイントを使って「ベッドサイドにおける心臓病患者の診かた」について「イチロー君」を前にしながら講義を始めた。

下川先生も1時箇に亘る私の講義を一緒に聞いておられたが、6名の医学生と4名の研修医の方々は何れも熱心に私の講義を聞きながらメモを取っていた。1時間の講義では「イチロー君」をマスターし、受講した医学生や研修医が今後は友人や、同僚の指導者となってくれることを願って熱心に話した。

この1時間の講義の後、午前中は「頸静脈波の視かた」から始まり、「触診」による全身の動脈の触診、心尖拍動の触診、スリルの触診、そして正常心音の聴診、II音の呼吸性分裂や、II音の異常分裂、III音、IV音などの聴診を順番に解説しながら研修を進めて行った。「イチロー君」1体に3～4名という人数での研修は1人当たりの持ち時間が十分であり、また、参加者達も気楽に私に質問できる。この研修の初めから終わりまでスムーズに行える様に補佐して頂いた伊藤健太先生には心から感謝している。研修の雰囲気は絶えず和やかであった。

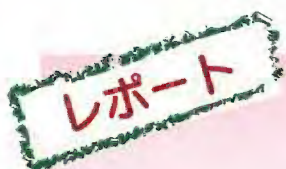
昼食では、下川先生もご一緒に会食をされ、様々な話題に花が咲いた。下川先生は我々『ジェックス』が将来、関東あるいは東日本にランチを作る可能性について触れられたので、ジェックスが設立以来25年経過し「公益社団法人」となり、活動の範囲も関西だけではなく広く活

動できるようになった事なども話題になった。その後、下川先生らが九州大学において既に研究しておられた「重症虚血性心疾患に対する低出力体外衝撃波治療」が、本年7月1日付けで、厚生労働省の高度医療（第3項先進医療）に承認されたという話をされた。昼食後、伊藤先生の案内で既に臨床治療を行っている装置を拝見する機会を得たが（紙面の関係上詳細はインターネットでご参照頂きたい）、腎結石の破碎術などに使われる原理を応用したもので、低出力の衝撃波が発射される装置である。適応は急性心筋梗塞、狭心症や、下肢閉塞性動脈硬化症に罹患した患者さんを対象にしたもので、麻酔や外科手術も不要で体への負担が少ない治療法である。エコー画面を見ながら心筋の必要な部分に体外から衝撃波を与える事で、その周りの副行路が増え、症状が改善される点が画期的な治療法として挙げられる。私も自分の手を当ててみたが、軽いパルスを感じる程度であった。患者さんの中には治療中に寝てしまう人もいた。また下肢閉塞性動脈硬化症の患者さんでは、治療中に足が温かくなってきたという人もある。この治療法は既に東欧の国々でも治療法として使われていると伺った。

昼食後は「大動脈弁狭窄」「僧帽弁閉鎖不全」「大動脈弁閉鎖不全」「三尖弁閉鎖不全」「心室中隔欠損」「大動脈弁下狭窄」「僧帽弁狭窄」「僧帽弁逸脱」「心房中隔欠損」「動脈管開存」など「イチロー君」に設定されている全ての症例について研修を行い、最後に50問のセルフ・アセスメントを行い、午後3時に研修を終了した。

最後に私は「イチロー君」研修により、参加者の一人ひとりが正しく同僚に「イチロー君」を使ってどう心臓病患者を診ていくかを伝えて欲しいと伝えた。





『ワールド・ハート・デー・ウォーク』

ジェックス理事長 高階 経和

平成22年9月26日（日）、快晴の青空の下、大阪市鶴見緑地公園で開催された「ワールド・ハート・デー」に、ジェックスから私と当ジェックス事務局からは若林和彦事務局長が参加した。また理事の一人であり、近畿大学医学部循環器内科教授の宮崎俊一教授も参加された。こ



ウォーキング集発前のスナップショット

の催しは世界心臓連合の心臓病予防キャンペーンの一環として、世界中の国々で9月の最終日曜日に開催されたが、第一通信大阪支社がこの活動の事務局となり、私も実行委員の一人として参加した次第である。

まだ夏の暑さが残る会場には、約400名の市民と共に医師も参加して午前9時50分「咲くや、この花館」前を出発し、(A)4キロメートルと(B)8キロメートルの距離を各自の選んだ希望の距離を歩き、中間地点と修了地点でスタンプを参加証に押してもらうという嗜好であった。

そして午後1時から、コンサートと国立循環器病研究センターの野々木宏先生と俳優の妹尾和夫さんとのトークショーが行われ、大阪で開催された世界心臓連合の初めての試みは成功裡に終了した。

★聞いてみよう やってみよう 検査技師のための心エコー

日 時：10月3日(日) 午前10時から午後4時

会 場：ジェックス研修センター

講 師：諏訪道博先生(北摂総合病院循環器科)、伊藤隆英先生(大阪医科大学循環器内科)、川西泰徳先生(大阪医科大学循環器内科)、坂部博志先生(北摂総合病院臨床検査科)

参加者：30名



午後からの実習の様子



指導に当たる講師 左から坂部博、川西泰徳、諏訪道博、伊藤隆英 各講師

第2回オーストラリア研修研修生発表

下記4名の方を2011年2月6日から13日までバンクシア緩和ケアサービス法人（オーストラリアメルボルン）に於いて研修して頂きます。

越智恭子 松田明子 守安つかさ 矢作満津恵

研究会・セミナーのお知らせ

★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」
講師：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」
講師：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
「身体所見・バイタルサインの意味を考える」
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
※3回全て受講された方には修了証をお渡しします。



新入会員(敬称略)

B会員：仲間正憲 匿名3名 C会員：岡田彰子

寄附者(敬称略)

(平成22年9月1日～10月31日までにご寄附をいただいた方並びに企業)
石津孝子 田中満洲子 金谷みね子 津田和子 松本 亨 浅井昭輝子 高階幸子
税理士法人陽光 新大阪シール印刷(株)
有り難うございました。



理事会報告

10月28日(木) 午後6時から午後7時 理事12名出席、監事2名 事務局2名
オーストラリアよりバンクシア緩和ケアサービス法人のJulie Paulさんが来訪。

研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：医療者向け

2011年1月22日(土) 午後2時から午後3時30分

「糖尿病性腎症3期以降の診かた」

講師：金子至寿佳先生(高槻赤十字病院糖尿病・内分泌・生活習慣病科部長)

2011年2月19日(土) 午後2時から午後3時30分

「最新の糖尿病治療～より良い血糖コントロールのために～」

講師：吉田麻美先生(藍野病院)

◆生活習慣病講座：一般の方向け

2011年1月19日(水) 午後2時から午後3時30分

「透析導入の時期について」

講師：森 龍彦先生(大阪医科大学第3内科)

2011年2月9日(水) 午後2時から午後3時30分

「喘息について」

講師：貴島源一先生(北摂総合病院呼吸器科)

★心電図研修会 ～3回シリーズ～

第1回：12月11日(土) 第2回：2011年1月15日(土) 第3回：2011年2月26日(土)

★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 第2回：2月12日(土) 第3回：3月5日(土)

事務局から

◎25周年記念式典並びに記念講演会には多数お越し下さいまして有難うございました。御陰様で盛会のうちに終わることができました。当日会場にお越しいただけなかった会員と寄附者の皆様には25年の記念として「JECCS25年の歩み」と題した小冊子をお送りいたします。

◎下記期間年末年始の休業期間と致します。

2010年12月29日(水)から

2011年1月5日(水)

編集後記

外には異国の軍勢が迫り、内には旧来の体制がまさに崩壊せんとす。今日の状況はまさに幕末維新そのものだ。当時、改革の旗手は自らの命をも顧みぬ若人達であった。松下村塾、適塾等の私塾が、数多くの偉人たちを輩出した。諸君！我々もJECCS塾から日本の、いや世界の医療の明日を変える人材を送り出そうではないか。

(文責 駒村和雄)



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