



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.11 No.1 2011. 2

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「多様な価値観と不安定」

ジェックス理事 近畿大学医学部循環器内科主任教授 宮崎 俊一

講演要旨

生活習慣病講座 2010年9月8日講演

「現代医療における漢方の重要性について」

市立枚方市民病院内科副部長 有島 武志

心臓病患者さんのページ ～Circulation誌より～

Wolff-Parkinson-White Syndrome and Accessory Pathways

「Wolff-Parkinson-White 症候群と副伝導路」

訳 中村 保幸 (ジェックス理事 京都女子大学家政学部生活福祉学科教授)

保存版

「脳卒中をよく知ろう!」

豊能圏域脳卒中地域連携クリティカルパス検討会監修

医療事情のウラオモテ

ジェックス会長 北摂総合病院院長 木野 昌也

お知らせ

お知らせ

「多様な価値観と不安定」

ジェックス理事 近畿大学医学部循環器内科主任教授

宮崎 俊一



“医師不足、医療崩壊”というキーワードが世間一般に認識されるようになって久しいが、原因の分析や対策などの実施がこの問題の解決に役立っているかどうかは甚だ疑問である。例えば医学部入学試験時に地域枠を設けて、入学を保証する代わりに卒業後の一定期間の僻地業務を約束させる政策や診療報酬を優遇して不足している診療科の医師数を増やすように誘導する方法などはうまく機能しているのだろうか？これらの対策は基本的に個人に対する利益誘導型の方法論なので、その結果は常に相対的とならざるを得ない。例えばA都道府県で提示された条件よりもより良い条件が他の地方自治体で見つければ、借入金を返済した上で、有利な地域へ移動するかもしれない。また診療報酬は定期的に改訂され、その決定に関する基本方針が医療の現状を反映しているとは言い難い（数年前まで医師数は適正であると厚労省は言っていた）。このように考えると、医師にもブレない絶対的な大原則というものが必要ではないかと思う。その理念のキーワードは“公共の心”ではないかと思う。つまり“人のために役立つことをする”ということであり、“自分個人のためになることをする”ことが主であってはいけない。しか

しながら、一方では“家庭を大事にする”ことを最重要価値観としている人々は多く、当直業務や緊急業務などのスケジュール不可な業務を嫌う医師も増加している。このように価値観は多様なのだが、社会全体にとって必要なことには、個を犠牲にしてもすべきことがあるのではないかと思う。多様なことは、全体にとって不安定要素なのである。

不安定といえ、民主党への政権交代により日本は自民党時代よりも不安定になったように思うし、これと関連してか北朝鮮と韓国の関係も不安定である。思えば、1990年頃のバブル崩壊、冷戦終結当たりから世界中が不安定な方向へベクトルが向いている。世界の歴史を振り返ると、価値観が多様になり、個人の利益が社会の利益よりも優先されるようになると、社会の基本理念が失われて国家が滅亡するに至る。古代ギリシャや古代ローマなどでは“公共”の概念が通念であった時期は、むしろ社会全体に活気があり、個人の自由度も高かったようである。我が国も、現状を打ち破るためには皆が価値観を共有するように努めることが先決で、その結果社会の安定がもたらされ、多数の幸福が得られるようになるのかもしれない。逆に、狂信的な価値観が支配するようになると独裁国家になるので注意しないといけないが、いずれにしても2011年が幸福な年でありますように祈るばかりである。

理事紹介

宮崎俊一（ミヤザキ・シュンイチ）

1979年京都大学医学部卒業。87年京都大学大学院医学研究科博士課程学位取得。79年京都大学医学部附属病院勤務後、87年米国カリフォルニア大学医学部研究員、帰国後国立循環器病センター（現国立循環器病研究センター）心臓内科医長を経て、06年より現職。2004年よりジェックス理事。

講演要旨

2010年9月8日(水)
第288回生活習慣病講座

現代医療における漢方の重要性について

市立枚方市民病院 内科 副部長
有 島 武 志

はじめに

現代医学は著しい進歩を遂げたことに疑う余地はありません。しかし一方で不得手とする領域も少なくありません。その代表が「不定愁訴」です。検査上、特に原因となる異常を認めないにもかかわらず、頭痛、肩こり、イライラ感、ふらつき等の辛い症状を有するものです。その他にも体力低下、消化吸収機能の低下、抵抗力の低下等のため、効果の強いお薬が使用できない場合も少なくありません。このような背景から、近年再び漢方が注目され、その効果が再認識されつつあります。

漢方医学の基本概念

漢方の最も代表的な考え方を2つ示します。

1) 未病(みびょう)を治す

漢方医学の根幹をなす哲学思想で、紀元1世紀頃に書かれた『素問』、『靈樞』にも記載されています。優れた医師は症状が現れないうちに心身のアンバランスな状態(未病)を見抜き、病気の芽を摘み取って大事に至らないようにするという考え方です。常に全身への目配りを忘れず、早め早めの対策をするという意味(病気をパーツの異常としてみるのとは異なる)ですので、現代医学でいう予防医学的な考えを併せ持ちます。

2) 心身一如

こころとからだは一体のものと考えているという意味です。すなわち、からだの変化はこころの変化をきたし、逆にこころの変化はからだの変化をきたす。そのため、この一体性を回復させ、ひとのこころやからだの異常、歪みを修正し、

こころやからだの治癒力を高める(=健康になる)ことが漢方治療の目標となります。

漢方治療の適応

漢方治療が有用と思われるのは、ストレス疾患、心身症、検査では異常が出ないけれども様々な症状を訴えるいわゆる「不定愁訴」や「自律神経失調症」、過敏性腸症候群のような機能性疾患、月経困難症や更年期障害など女性特有の疾患、体質が問題となる花粉症などのアレルギー疾患、生活習慣病などの慢性疾患、いくつもの病気を抱えている高齢者です。また、重症の感染症や癌など通常西洋医学の治療を優先すべき病気に対し、漢方を併用することで副作用が軽減したり、治療経過が良くなることも少なくありません。

漢方治療の実際

まず「証」を見極める必要があります。「証」とは「病名」でなく「状態」を指し、治療の根拠は「病名」ではなく「証」であり、個人の体質や状態を加味したものです。そして「証」から中庸(ベストポジション=健康)に導く作用を有する漢方薬を処方します。図1に示すように「実」(何かが過剰となっている状態)であればそれを取り去る漢方薬が適応となり、逆に「虚」(何かが不足している状態)であれば、それを補う漢方薬が適応となります。「病名」を決定し治療する西洋医学と、「証」を決定し治療する漢方医学の違いを図2に示します。

急性期の感冒の具体例を示します。体力があり、胃腸が丈夫で、発汗を認めない場合は「実

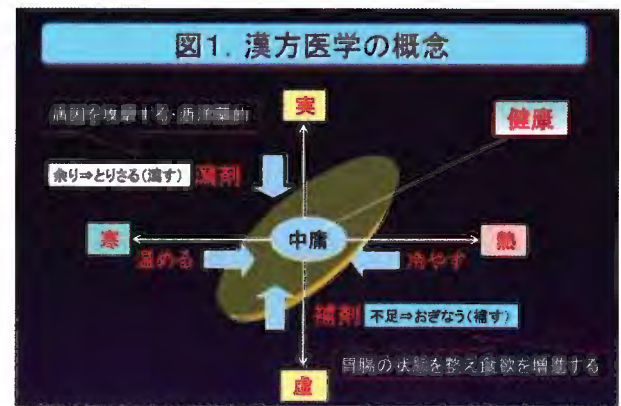
証」に使用する葛根湯が有効と考えられます。しかし、体力が低下し、胃腸が弱く、発汗を認める場合は「虚証」に使用する桂枝湯が有効です。さらにこの桂枝湯に関して、傷寒論という古い書物の中には、「服用後、熱くて薄いお粥をすすって薬力を助けるのが良い。布団で体を暖かく覆い、汗がにじむようにすればなお良い。汗が出なければ、もう一服飲み、それでも汗が出なければ半日の間に3服を飲みつくす。冷たいもの、粘っこいもの、肉類麺類、辛いもの、酒や乳製品、悪臭のあるものは食べないほうがよい」等、服用の仕方や食生活についても記載されています。

このように西洋医学的には同じ病名であっても、各々症状や状態、すなわち「証」は異なるため、処方も違ってくるのです（同病異治）。

おわりに

漢方医で有名な大塚敬節は、漢方診療医典（南山堂）の中で、「漢方医学にも現代医学にもそれぞれの長短があり、得失がある。したがってその治療にもそれぞれの限界のあることは否めない。臨床家として治療の完璧を期するためには、漢方医学と近代医学の治療の特質とその限界を知り、その長所を巧みに活用することに

努めるべきであろう」と記載しています。漢方は現代医療とは異なった視点を持つ医学体系を有し、現代医学が不得手とする領域にも幅広く対応し得ます。これからの医療は現代医療と漢方医療が上手く融和した新しい医療が必要であると考えられます。



治療体系		特徴
西洋医学	種々の検査 → 検査結果判明 → 病名の決定 → 治療開始	一つの症状や病名に対する直接的な治療 感染症の菌を殺す 熱や痛みを取る 血圧を下げる など
	四診 (望診・問診・聞診・切診) → “証”決定 → 治療開始	慢性的な病氣や 全身的な病氣の治療 複雑・多様な症状に 効果を発揮

共催：株式会社ツムラ



Wolff-Parkinson-White 症候群と副伝導路

Wolff-Parkinson-White Syndrome and Accessory Pathways

James Kulig, PA-C; Bruce A Kopley, MD, MPH

From the Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, Boston, Mass

Circulation. 2010;122:e480-e483.

訳：中村 保幸

(ジェックス理事 京都女子大学家政学部生活福祉学科教授)

心臓には血液を送り出すための4つの部屋があります。上部の2部屋は右心房と左心房、下部2部屋は右心室と左心室です。さらに心臓には刺激伝導系があり、4つの部屋が協調して拍動するように制御しています。正常心臓の構造と刺激伝導系（赤矢印）を模式的に図1に表しています。正常の電気刺激は右心房の上部にある洞房結節と呼ばれる部位から発生します。心臓の普通の電気活動は正常洞調律と呼ばれます。正常洞調律では電気刺激が洞房結節で発生し、次に両心房に拡散してこれらを収縮させます。心電図上（心電図；図1の一番下）、両心房からの電気活動はP波と呼ばれる小さな丸い波として表れます。同じ電気刺激が両心房と両心室の間にある房室結節を通過し、両心室へと伝わります。心電図上、両心室からの電気活動はR波、ないしQRS波と呼ばれる大きな振れの波となります。房室結節は小さいため、その微少な電気活動は心電図上に表れません。従いまして電気刺激が房室結節を通過するに要した時間は心電図上PR間隔として表れます。正常心臓では房室結節は上の部屋（両心房）と下の部屋（両心室）の間を電気刺激が唯一通過することが出来る一種の関門となっています。電気刺激が洞房結節から両心房へ、次に房室結節を通過して両心室に伝わると心臓が拍動します。要約しますと、心電図上の電気活動は両心房の電

気活動によって起こる小さなP波から始まり、次に房室結節を電気活動が通過することによってつくられるPR間隔があり、さらに両心室の電気活動によって生じる大きなR波ないしQRS波と呼ばれる波が表れます。

副伝導路 あるいはバイパス伝導路とは何か

一部の人は房室結節を素通りして両心房と両心室を連結する余分の心筋組織を生まれながらもっています。この異常な心筋組織はバイパス路とか副伝導路と呼ばれます(図2)。この余分組織は電気情報を両心房と両心室間を通過させ、房室結節の通過時間を待たずに両心房の電気活動が起こった直後に両心室の電気活動を起こさせることとなります。この場合、心電図上PR間隔は平らでなく、P波（両心房の電気活動由来）がR波（両心室の電気活動由来）に直接つながり、R波のはじまりに上に向くデルタ(Δ)波と呼ばれる部分が出来ます(図2)。Δ波は電気活動が房室結節をバイパスして副伝導路を通過することによって形成されます。

副伝導路をもつ一部の人は通常は正常の心電図を示すことがあります。その理由として副伝導路があっても心拍が速いとき(頻拍のとき)だけ機能する場合がありますからです。このことについては後程説明します。従いまして、副伝導路をもつ一部の人は図1のような全く正常の心電

図を示します。このことを潜在性副伝導路と呼びます。

どのようにして副伝導路が速い心拍（頻拍）を起こすのでしょうか

副伝導路をもつ患者のすべてが速い心臓の拍動を起こすとは限りません。心電図上副伝導路によって起こる Δ 波がある人でも一生のうち一度も速い心臓の拍動を起こさないこともあります。また別の人では速い心臓の拍動（頻拍）が時として突然に起こります。副伝導路に関連する3つの異なる頻拍のタイプを図3に示します。もっともよくあるタイプは（図3A）電気回路が両心房から房室結節を通り心室に伝わった後、副伝導路を通して両心房へ逆戻りし、さらに次に同じ回路に戻ることを繰り返すことによって起こります。これは回路そのものに再び入り込んで（リエントリー）両心房と両心室を巻き込むため、房室リエントリー性頻拍と呼ばれます。まれなタイプの房室リエントリー性頻拍（図3C）では回路が両心房から順方向に副伝導路を通り、次に房室結節を逆行します。副伝導路をもつ患者に起こるもう一つのタイプの頻拍は心房細動と呼ばれる心房の無秩序な拍動が関与します。副伝導路をもつ患者に心房細動が起こり、しかもその副伝導路が速い刺激伝導を可能とする場合、心拍数はきわめて速くなり、生命にとって危険な状態となります。

Wolff-Parkinson- White 症候群とは何か

Wolff-Parkinson-White 症候群（WPW）は副伝導路の電気活動が心電図上見られる（ Δ 波）と共に頻拍を起こします。最初の症例は1930年にLouis Wolff博士、John Parkinson卿とPaul Dudley White博士によって報告されました。 Δ 波に加えて心房と心室間の伝導が速いためPR間隔が短くなります（図2の心電図参照）。この様な所見は早期興奮パターンとかWPWパターンと呼ばれます。この様な心電図上の特徴

があってもWPW症候群を来すとは限りません。WPWパターンは一般住民の約0.2%に見られます。WPWパターンの患者の内、少数が頻拍を経験しますが、このときはじめてWPW症候群であると定義されます。WPWパターンはEbstein奇形でもみられます。Ebstein奇形は右心房と右心室の間にある三尖弁の形成が異常で、正常より下部に形成されます。しかしほとんどのWPW患者では他の心臓異常を合併しません。どんな年齢でも起こりえますが、小児期に発見されることもよくありますが、成人になるまで診断されない場合もあります。WPW症候群の普通ある症状は動悸、胸部不快感、そして時には失神があります。

非常にまれな場合（0.1%未満）、WPW症候群の患者が突然死を起こします。これは心房細動という上部の部屋に起こる無秩序な拍動が副伝導路を通して心室に伝わり極端に速い心室拍動を起こし“心停止”を起こすことが原因です（図3B）。幸運なことにこの様なことはWPW症候群患者にまれにしか起こらず、医師はこの様なことが起こる予兆をつかむことはしばしば可能です。

治療

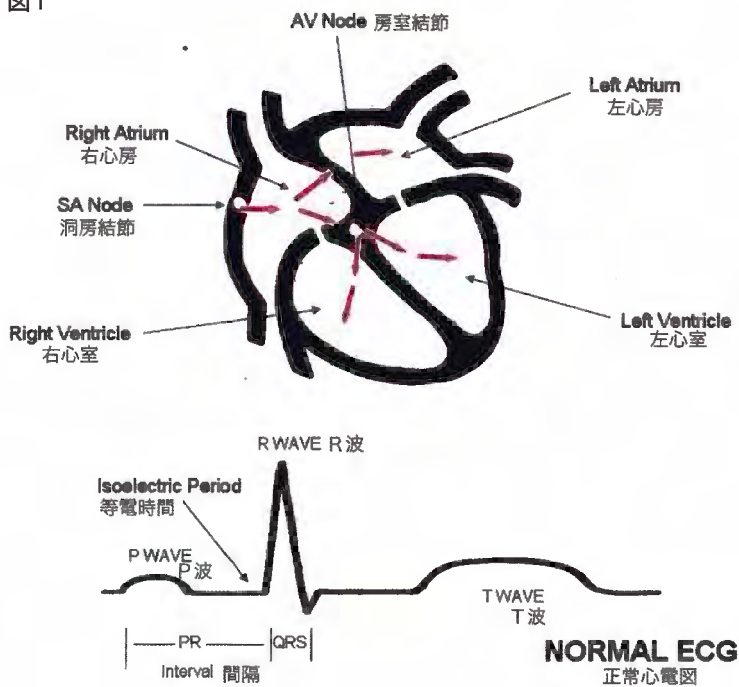
WPW症候群の治療はひとりひとりに合わせて行う必要があります。心電図でWPWパターンだけがあり症状が無く頻拍発作の既往がなければ単なる経過観察で十分でしょう。症状または不整脈の既往が明らかな場合は電気生理学的検査と呼ばれるカテーテルを用いた精査が必要でしょう。そしてその結果、高周波アブレーションといわれる方法で副伝導路を電氣的に焼灼することとなるでしょう。このことによって心電図のWPWパターンは消失します。ごくまれではありますがWPW症候群を薬物治療することがありますが、ほとんどの患者は完全治癒することと生涯に亘って薬物を服用する必要がなくなるため高周波アブレーションを選ぶのが今日の趨勢です。

結論

WPW 症候群は副伝導路があるために起こる頻拍を起こします。WPW パターンは心電図でΔ波とPR間隔があることによって診断できます。症状があれば症状を抑えるため高周波アブレーションか薬物で治療可能です。WPW症候群の治療はひとりひとりに合わせて行う必要がありますし、どの治療を選ぶかは主治医と詳しく相談して下さい。

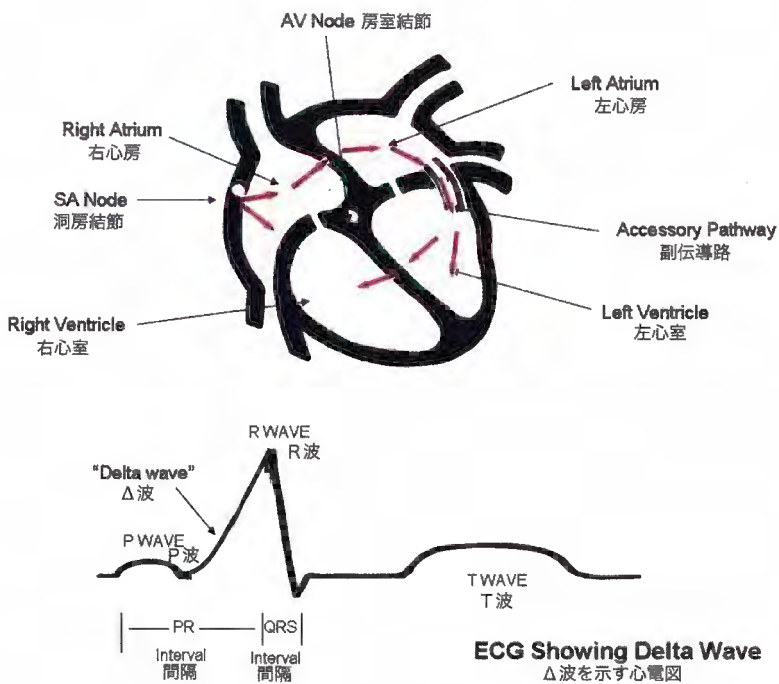
シオンか薬物で治療可能です。WPW症候群の治療はひとりひとりに合わせて行う必要がありますし、どの治療を選ぶかは主治医と詳しく相談して下さい。

図1



左図は模式的に4つの心臓の部屋（右心房、左心房と右心室、左心室）と正常の刺激伝導系（洞房結節と房室結節）を示します。下図は正常の心電図。P波は両心房の電気活動によって起こります。R波は両心室の電気活動によって発生します。

図2

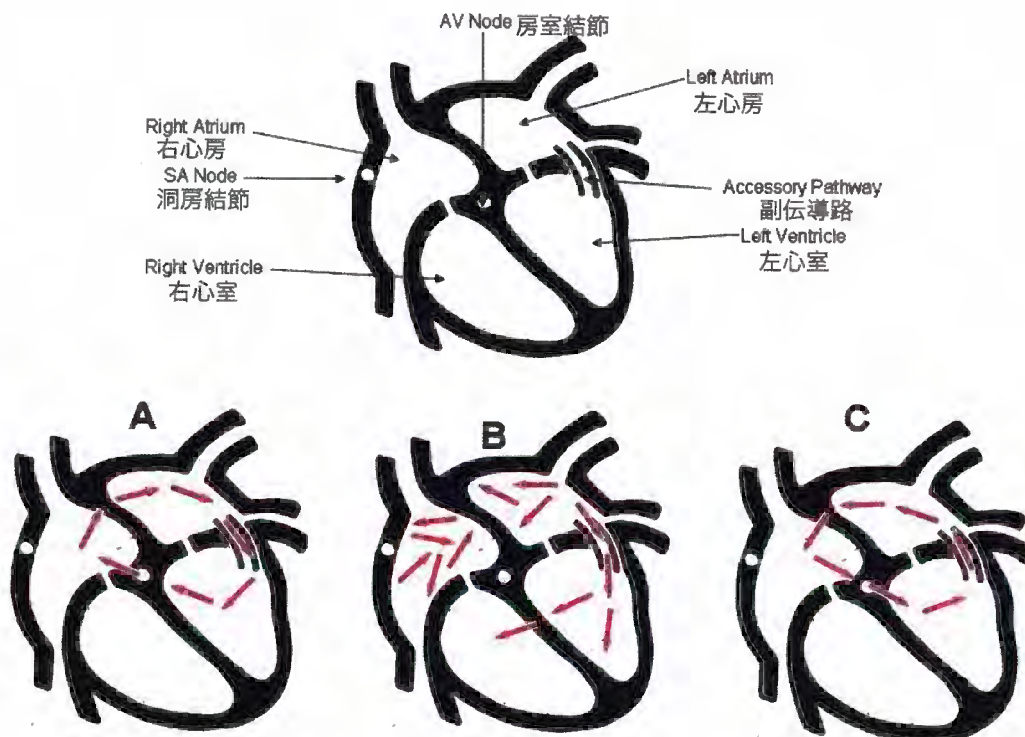


房室結節をバイパスして電気活動を伝導する副伝導路を示す心臓の図（左）。

バイパス路を通る電気活動によって生じるP波とR波の間にあるΔ波がある心電図。

図1と本文参照。

図3



Tachycardia in Patients with an Accessory Pathway
副伝導路をもつ患者に起こる頻拍

副伝導路があるために起こる3つの異なる頻拍のタイプの心臓模式図を示します。本文参照。

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>

何かへん……おかしいな……もしかして…… **脳卒中** …!?

Check! FAST!!

Face 顔の麻痺

顔の片側が下がる
ゆがみがある

うまく笑顔が
作れますか?

Arm 腕の麻痺

片腕に力が入らない

両腕を上げたまま
キープできますか?

Speech ことばの障害

……それで…
……えーと…
……ね……

ことばが出てこない
るれつが回らない

短い方がいつも通り
しゃべれますか?

Face
Arm
Speech

救急車は
大ゲサよね…
とりあえず
様子を見て…

NO!!

脳卒中 は治療の
遅れが命にかかわる
病気です!

1つでも症状が
出ていれば **脳卒中** の
可能性大!

Time 発症時刻

8時です!!

119

症状に気づいたら
発症時刻を確認して
すぐに119番を!!

大切な人を守るのは
そばにいるあなた!

豊能圏域脳卒中地域連携クリティカルパス検討会 (事務局:大阪府豊中保健所 TEL06-6849-1721) 監修

(2010年6月作成)

平成22年度循環器病研究開発費:新しい脳卒中治療の開拓と均てん化のためのシステム構築に関する研究より
資料提供 (ホームページ <http://kintenka.stroke-nvcv.jp/>)

※このページを切り取って保存出来ます。

人の医療関係者が働いていました。この方たちが、医療関連の仕事に従事した時に、どれくらいの費用が必要なのかを計算してみましょう。この医療費を合理的医療費とよぶことにします。

医療従事者数の計算

医療従事者とは、医療産業に働く全ての職種を言います。つまり、医療従事者は、直接的医療提供者と間接的医療提供者の二種類に分ける事ができます。

直接的医療提供者とは、患者に直接医療を提供する病院・診療所・老人保険施設・訪問看護ステーション・調剤薬局等に勤務する人です。

間接的医療提供者とは、直接的医療提供者に対するサービスを提供する人達です。国民医療費に含まれる製薬メーカーの医療用医薬品部門、医薬品卸業、医療用品・器具メーカー、検査会社、その他の材料・サービス会社(寝具、給食業者)、保険者、支払基金等です。その他の医療関連業種は含まれません。

平成8年当時の資料を基に計算しますと、歯科を含む医療機関に256.8万人、老人保健施設に7.3万人、訪問看護ステーションに0.9万人、保険薬局に22.5万人、製薬メーカーに15.5万人、医薬品卸業に6.9万人、医療用具に4.6万人、検査会社に2.8万人、その他に3万人、合計320.3万人の人達が従事しています。

合理的医療費の計算

医療費は次の四つの要素から構成されています。

- (1) 人件費：賞与と福利厚生費を含む総人件費。
- (2) 管理費：水道光熱費、減価償却費、消耗品費等の一般管理費。
- (3) 外部購入費用：製薬メーカーや医療器具メーカーが医薬品や医療器具を製造するために外部から購入する原材料費等。
- (4) 医薬再生産費用：病院や診療所が医療の進歩に遅れることなく、最新、最適の医療を提供するためには、病院施設や医療器械に投資しなければなりません。これを医療の再生産費用と呼びますが、この額を計算する必要があります。しかし、この額は必要な費用を積算すればよいというものではありません。そのため、公共的サービスを提供している他の業種を参考に計算します。

なお、医療費を計算する時には、従事者数320.3万人を前提として計算します。医療現場では、医療法や診療報酬によって医療従事者数の定員は厳

しく規制されています。費用を少なくするために、リストラをすることはできません。

人件費の計算

平成8年には、320.3万人の人が医療に直接的および間接的に従事していました。この人達の生活を支えるためには、一体どれだけの人件費が必要なのでしょう。人件費を考える上で、最も客観的な方法は、日本の全産業の従事者の平均賃金を採用して計算することです。平成8年当時、公表されている日本の全産業の従事者の平均月額給与は32万1400円、賞与が年間に109万8500円、年間の給与は495万5300円です。この日本人の平均給与を医療従事者全員に支給するとして計算すると、現金で給付されるべき総人件費が分かります。すなわち、15兆8718億円必要であると計算されます。ただし、これは現金給付される額だけです。現金給付以外の人件費として福利厚生費があります。福利厚生費の額は、T.K.C経営指標として約11万5000社の平均額が公表されています。それによりますと、日本の平均的な会社における福利厚生費は、現金給付費の11.3%とされています。従って、福利厚生費を含む、総人件費は17兆6653億円と計算されます(表1)。

表1

月額給与	年間給与	賞与等	合計	雇用者数	現金給付総人件費
321.4千円	3856.8千円	1098.5千円	4955.3千円	320.3万人	15兆8718億円

現金給付人件費	福利厚生費	総人件費
15兆8718億円	1兆7935億円	17兆6653億円

管理費の計算

人件費以外の合理的な管理費は、どのように計算すれば良いでしょうか。この管理費の計算についても、T.K.C経営指標が参考になります。全産業の財務諸表から1従事者当たりの数値を採用して計算します。T.K.C経営指標によると、管理費は一人当たり年間に341万9000円必要です。これを医療従事者全員にあてはめると、管理費の総額は、年間10兆9511億円必要であると計算されます(表2)。

ただし、この管理費総額のうち、減価償却費は12.8%と発表されています。この減価償却費分を除いた9兆5188億円に消費税がかかります。平成8年当時の消費税は3%です。この消費税の額を含めると、管理費総額は、11兆2376億円必要であると計算されます(表3)。

表2

1人当たり管理費(年間)	従事者数	管理費総額(年間)
3419千円	320.3万人	10兆9511億円

表3

管理費総額	消費税	管理費総額(消費税込)
10兆9511億円	2665億円	11兆2376億円

外部購入費の計算

この費用は、医薬品業界、医療機器業界等、業界独自のものが多く、全産業の資料は参考にならないため、品目ごとに現実の数値をあてはめて計算されています(表4)。これらの額は全て消費税の対象となります。消費税(3%)を入れて計算しますと、約3.2兆円と計算されます(表5)。

表4

品目	医療機関等への売上規模	外部購入比率	外部購入費用
薬	6兆2858億円	35.8%	2兆2505億円
医療用具	1兆5300億円	31.6%	4835億円
検査	6200億円	31.6%	1959億円
その他	4500億円	31.6%	1422億円
合計	8兆8858億円	34.6%	3兆721億円

表5

外部購入費用	消費税	外部購入費用(消費税込)
3兆721億円	922億円	3兆1,643億円

再生産費用の計算

この費用は医療の再生産に必要な費用です。一般の企業では、経常利益と呼ばれるものです。つまり利益がなければ、借入金の返済はできませんし、病院の建て替えもできません。必要な人材を採用し、新しい技術を開発し採用するといったことも不可能になります。医療と同様に社会的に必要不可欠な他の公共サービスでは、再生産費用については、どのように評価されているのでしょうか。

電力、ガス、鉄道、通信の各事業における従事者一人当たりの経常利益額を表にまとめています。電気料金やガス料金、鉄道料金は政府の認可により決定されます。通信料金は、政府に届け出る必要があります。この表に掲載された経常利益額は、事業の公共性に鑑み、事業の継続、発展に必要であると政府が認めた利益、つまり再生産費用であるとも言えます。政府から最も高い評価を得ているのは、電力事業です。従事者1人当たり387万円の利益が認められています。最も低い鉄道事業でも、従事者1人当たり153万9000円の利益が認められているのです(表6)。

表6

公共サービスの従事者1人当たり経常利益		
事業の種類	従事者1人当たり経常利益	備考
電力	3,870千円	10社平均
ガス	2,344千円	6社平均
鉄道	1,539千円	3社平均
通信	2,666千円	NTT
全業種平均	2,550千円	

会社四季報の1998年度決算による、従事者数は1997年9月現在の員数を採用

医療は社会にとって無くてはならないものです。医療費は公共料金です。医療費は全て国が決められています。医療サービスを、電力、ガス、鉄道、通信と同様に重要なものと考え、今、仮に公共サービスに従事する全業種の平均値である255万円の経常利益が必要であると考えますと、255万円×320.3万人=8兆1677億円と計算されます。医療が継続し発展するために必要な経常利益、つまり再生産費用は、8.2兆円必要なのです。

以上より、合理的な医療費を計算すると、40.3兆円と計算されます(表7)。

表7

項目	金額
人件費	17.7兆円
管理費	11.2兆円
外部購入費用	3.2兆円
再生産費用	8.2兆円
合計	40.3兆円

平成8年当時の国民医療費は28.5兆円、自由診療費が1.8兆円、合計で30.3兆円です。これでは日々の医療活動に必要な経費もできません。ほとんどの医療機関が赤字となるのも当然でしょう。14年以上前、しかも消費税が3%の時代にあっても、すでに40兆円が必要であり、10兆円以上不足していると指摘されているのです(表8)。

表8

合理的医療費と現実の医療費の比較		
現実の医療費	合理的医療費	差異
30.3兆円	40.3兆円	10兆円
国民医療費 29.5兆円 (94%)	人件費 17.7兆円	
自由診療等 1.8兆円 (6%)	管理費 11.2兆円	
	外部購入費用 3.2兆円	
	小計 32.1兆円	
	再生産費用 8.2兆円	

日本の医療費は絶対的に不足している

これまで、医療人は病気の人々を前に、自らが

身を粉にして働くのは当たり前と考えてきました。医療にどれくらい費用がかかるのかといった事を、正面から取り組んでくることは、あまり無かったように思います。

しかし医療崩壊の現実に直面し、われわれ病院団体は、医療崩壊を防ぐためには、欧米並みの対GDP比10%程度の医療費が必要であると主張してきました。現在、日本の医療費は対GDP比で約8%です。すなわち、対GDP比であと2%の医療費の増額が必要なのです。現在の日本のGDPは約500兆円ですので、10兆円不足していると計算されます。中村十念氏が10年前に指摘した合理的医療費の計算からも、医療費は10兆円不足していると計算されました。つまり、現在の日本の医療費では、医療機関の経営は赤字になるのは当然です。医療の進歩や療養環境を改善するための機器の購入や病院建築費などの費用は全くでてきません。これまで日本の医療費が少ないと何度も指摘してきましたが、皆さんは、この現実をどのようにお考えになるのでしょうか。

日本人の働きや生活程度に相応しい医療環境を存続し、今後も維持し続けるためには、日本の医療費を国民一人一人が真剣に考えなければならぬのです。もう待ったなしの時点にきています。

今回は、医療費の財源について考えたいと思います。

参考文献

中村十念：合理的な医療費の計算、日医総研 平成11年3月28日

表の説明

- 表1 人件費の計算
- 表2 管理費の計算
- 表3 管理費総額
- 表4 外部購入費の計算
- 表5 外部購入費（消費税込）
- 表6 公共サービスの経常利益
- 表7 合理的医療費
- 表8 合理的医療費と現実の医療費の比較

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JECSS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。

研修会・セミナーのお知らせ

★心電図研修会 ～3回シリーズ～

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)

C会員：大塚 融 末次攝子

寄附者(敬称略)

（平成22年11月1日～12月31日までに寄附をいただいた方並びに企業）

清水嘉子 中村美和子 筒井陽太郎 後内道子 文字きくゑ 稲森耕平 田中淑子
前田道子・景山照子 松本 亨 新見純子 津田和子 國安康子 平岡多恵子 佐野花都代
足立美代子 榎得 篁 山本清文 ニヶ崎佳子 山南稀意 毛利忠照 岡田彰子 高階経和
匿名5名 (財)日本心臓財団 (株)医学書院 持田製薬(株) 協和発酵キリン(株)
有り難うございました。



理事会報告

12月4日（土）午後5時から午後6時 理事11名出席、監事2名 事務局2名

2010年1月1日から12月31日までに寄附を下された皆様へ

当法人への寄附は所得税の控除を受けることができます。控除額は下記の計算式で算出できます。法人の場合も優遇処置がありますので、税理士もしくは税務署にお尋ねください。控除を受けるには管轄の税務署で確定申告をして下さい。確定申告には当法人発行の「寄附金領収証」が必要です。公益法人となりましたので、従来の「特定公益増進法人である旨の証明書の写し」は不要となりました。「寄附金領収証」のみ申告書に添付してください。

- 次のいずれか低い金額 - 2千円 = 寄附金控除額
- イ その年に支出した特定寄附金の額の合計額
- ロ その年の総所得金額等の40%相当額

*この計算式は2010年に寄附をされた方に適用されます。2010年以前は条件が異なります。

研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：医療者向け

2011年2月19日(土) 午後2時から午後3時30分

「新時代の糖尿病治療～実際の薬剤選択のコツ」

講師：吉田麻美先生(藍野病院)

2011年3月19日(土) 午後2時から午後3時30分

「心肥大から心不全へ移行する機序と新しい治療への可能性」

講師：高岡秀幸先生(愛仁会高槻病院副院長兼循環器内科部長)

◆生活習慣病講座：一般の方向け

2011年2月9日(水) 午後2時から午後3時30分

「喘息における生活習慣病」

講師：貴島源一先生(北摂総合病院呼吸器科)

2011年3月9日(水) 午後2時から午後3時30分

「ペット(PET)検査でわかること わからないこと」

講師：小森 剛先生(北摂総合病院放射線科部長)

★心電図研修会 ～3回シリーズ～

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2回：2月12日(土) 第3回：3月5日(土)

事務局から

◎お詫びと訂正

「JECCS25年の歩み」の中で赤阪隆史先生のお名前が「赤坂隆史」となっておりました。謹んでお詫びし訂正いたします。

◎2011年4月より臨床心臓病研修会の開始時間が1時間遅くなり、午後3時から午後4時30分となります。多くの医療者の方に参加していただきやすいよう変更いたしました。2月と3月は従来通りです。

編集後記

ジェックスは25年を迎えましたが、ニュースレターも現在のスタイルで10年が経過しました。そろそろ体裁も含めて掲載内容を見直す時期かと思案の日々です。医療に従事していない方々も会員や寄附者として当法人を支えて下さっており、幅広い会員層に役立つよう誌面を作りたいと思っております。まずは体を鍛え、思考を柔軟にして、未知の世界を探求し…「急がば回れ」で試行錯誤したいと思います。

今年もよろしくお願い申し上げます。

(文責 宮崎悦子)



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