



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.11 No.4 2011.8

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

### 巻頭言

「人生における「3つのM」について」

ジェックス理事長 高階国際クリニック院長

高階 経和

### 講演要旨

生活習慣病講座 2011年2月9日講演

「呼吸器の生活習慣病 ～吸入療法の重要性について～」

北摂総合病院 呼吸器内科

貴島 源一

臨床心臓病研修会 2011年3月19日講演

「なぜ肥大心から心不全になるのか？」

愛仁会高槻病院 副院長兼循環器内科部長

高岡 秀幸

### 熱中症予防

「熱中症を予防して元気な夏を！」

消防庁

熱中症予防リーフレットより

### 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

## 人生における「3つのM」について

ジェックス理事長 高階国際クリニック院長  
高階 經和



ある書物を読んでいたが、「人生には3つのMが必要だ」という言葉が私の目を惹いた。最初のMはmission(使命)である。そして2番目のMはmentor或いはmodel(師匠または手本)、そして3番目のMはmirror(鏡または反省)という意味である。

人は誰でも自らの道を選び、最後の目標に到達するため歩いて行く。私は偶々医師の道を選んだ。先の第二次世界大戦中に脳出血で倒れ、左半身不随になったにも拘わらず、空襲で焼夷弾のために全身の大火傷を負った人々を助けていた父の姿を見て、私は医師になろうと決心した。その決心は未だに変わらず現在に至っている。それが私の「使命」と信じている。

大学を卒業し、当時大阪にあった米国陸軍病院でインターン生活を送ったが、その時、軍医として勤務していた「ドクター・ジェームス」(Dr. Thomas N. James)の素晴らしい心臓病医としての力量に圧倒された。そして彼が私の「第一の師匠」となった。4年後に留学したニューオーリンズ市にある名門校チュレーン大学医学部内科主任教授「ドクター・バーチ」(Dr. George E. Burch)は、ドクター・ジェームスの恩師でもあったが、その卓越し

た医師としての真面目(しんめんもく)に私は心酔した。そしてドクター・バーチが「第二の師匠」となった。

以来今日に至るまで数々の内外の人々に出会い、教えられ、そしてお互いに助け合ってきた。そして私の「医患共尊」という医療理念が確立された。アメリカの医師会の理念は「全ての職業は社会に対するサービスである。そして医師もまた社会人の一人である」というものである。私も自ら歩んできた道を振り返り、そして自らを鏡に映し反省し、軌道修正を繰り返し現在に至った。

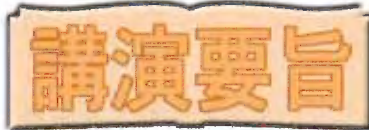
一つの悪い例を挙げると、東日本大震災以来、政治家達の醜態を目の当たりにし、彼らには国のため或いは国民のために献身的に働こうとする「使命感」が全く感じられない。世界の中に置かれた日本の立場を全く理解していないのではないだろうか。もう少し、見本となるべき各国の政治家たちと相互理解を深め、反省し、今何が最も日本にとって必要なのか、そして百年後の日本を如何にするのかの大計を立てて、事に当たってもらいたい。

政治家たちを決して見本にしてはならない。あらゆる職業の人間が自らの人生に「3つのM」を目標に掲げ、社会と世界のために働いてこそ、希望に満ちた将来があると確信している。

### 理事紹介

高階經和 (タカシナ・ツネカズ)

1929年大阪府生まれ。54年神戸医科大学卒業後、58～62年まで米国チュレーン大学医学部留学。帰国後、淀川キリスト教病院循環器科科長。69年高階クリニック(現高階国際クリニック)開設。85年当法人設立、会長就任。神戸大学医学部講師、大阪大学歯学部講師を歴任、現在近畿大学医学部客員教授。05年よりジェックス理事長。



2011年2月9日(水)  
第293回生活習慣病講座

## 呼吸器の生活習慣病 ～吸入療法の重要性について～

北摂総合病院 呼吸器内科  
貴島源一

### はじめに

生活習慣病と聞くとまず、糖尿病や高脂血症を思い浮かべる方が多く、結核や肺炎などの感染症や癌などの病気が多い呼吸器疾患に生活習慣病が存在することをご存知でない方は多いと思います。

しかし21世紀の生活習慣病と言われ、2020年には世界の死亡原因の3位に躍進(?)しようとしている呼吸器疾患があります。

喫煙という生活習慣がほぼ全例の原因であるCOPD(慢性閉塞性肺疾患)がそれです。

COPDの定義は、タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患とされており、非喫煙者ではほとんど罹らない病気であり、喫煙という生活習慣を改めることが何より重要であることは火を見るより明らかです。

### COPDの概念

現在日本のCOPD有病率は8.6%、40歳以上の約530万人、70歳以上では5人に1人で約210万人が罹患していると考えられています。

COPDとはすなわち慢性気管支炎や肺気腫と言われる疾患を、気流閉塞という呼吸生理学的に定義しなおした疾患です。かつてはよくならない治療不能な疾患と思われていた時代もあり、そのように思われている患者さんもいますが、近年の大規模臨床試験では適切な治療により、生活の質の改善・増悪予防・疾患進行抑制・死亡率の低下も明らかになっています。

### COPDの症状

階段の上り下りなど体を動かしたときに息切れを感じたり、風邪でもないのに咳や痰が続いたりすることがCOPDの主な症状です。COPDの症状は、ありふれた症状であるため、見過ごしてしまいがちで、COPD発見の遅れにつながります。COPDが進行すると少し動いただけでも息切れし、日常生活もままならなくなります。さらに進行すると呼吸不全や心不全を起こす命に関わる病気ですので早期発見、早期治療が重要です。また、肺だけでなく全身に影響をもたらして、全身性炎症、心・血管疾患、骨粗鬆症、糖尿病などを併発しやすいことが知られています。

喫煙歴のある40歳以上で以下のような症状のある方は呼吸器専門医にご相談されることをお勧めします。

- 階段の上り下りで息切れがする。
- 咳や痰が出る。
- 風邪が治りにくく、咳や痰が出る。
- 喘鳴がある。呼吸のたびにゼーゼー、ヒューヒューがある。

### COPDの診断

肺機能検査は、スパイロメーターという機械を用いて行います。

この検査は、最大限に息を吸えるだけ吸い、それを思い切り強く吐き出した空気 of 最大量「努力肺活量」(FVC)と、最初の1秒間に吐き出せる空気 of 量「1秒量」(FEV1)を測定し、「1秒量」を「努力肺活量」で割った「1秒率」(FEV1%)を算出します。この1秒率が70%未満の場合は、

COPDの可能性があります。

COPDの確実な診断には、スパイロメーターは不可欠です。

## COPDの治療

### 禁煙

COPD治療の第一歩は禁煙です。喫煙を続けるかぎり、病気の進行を止めることはできません。まずは、きっぱりとたばこをやめることが重要です。

たばこに対する依存性の強い人はニコチン依存症とされ、数年前より一定の条件下で保険診療を受けられるようになっていきます。ニコチンパッチやニコチンガムなどのニコチン代替療法や、専門医の指導のもと非ニコチン製剤の飲み薬を使って、禁煙する方法もあります。

### ワクチン

COPD患者さんは、感染症が重症化しやすくなつたCOPDの増悪原因となることから、ワクチンの接種が重要です。現在、増悪を防ぐためのワクチンにはインフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの2種類があります。特に65歳以上の患者さんには接種をおすすめします。

### 呼吸リハビリテーション

呼吸リハビリテーションは、呼吸器の病気によって生じた障害を持つ患者さんに対して、可能な限り機能を回復、あるいは維持させ、これにより、患者さん自身が自立できるように継続的に支援していくための医療です。自覚症状の軽減、運動能力の向上、生活の質の向上といった効果が期待できます。

### 酸素療法

肺機能の低下が進むと、普通の呼吸では十分に酸素を取り込めなくなり、低酸素血症を起こし、呼吸不全という症状に陥ります。家庭で継続的に酸素を吸入する在宅酸素療法を行うことで、患者さんの生活の質が向上し、生存率が高まります。

薬物療法などを行っても、1ヵ月以上低酸素

血症が持続している人で、通常の呼吸で動脈血の酸素分圧が55Torr以下の場合、あるいは動脈血の酸素分圧が60Torr以下で、運動時や睡眠時に顕著な「低酸素血症」を起こす場合に酸素療法の適応となります。

### 薬物療法

COPDの治療目標は病気の進行をくい止めて、生活の質を改善し、少しでも健康的な生活が送れるようにすることです。COPDでは気管支が収縮し、呼吸が苦しくなります。このため、気管支を拡げて呼吸を楽にする気管支拡張薬が薬物治療の中心となり、薬剤の投与経路は吸入が最も勧められます。その他、痰をとる去痰薬、咳を止める鎮咳薬、感染症を防ぐ抗生物質や、増悪を繰り返す場合には吸入ステロイド薬を使用することもあります。

ここでは吸入療法を中心に薬物療法の説明を行います。吸入治療には

1. 作用が速やかである
2. 少量投与で済む
3. 経口投与に比べて副作用が軽減できる
4. 薬物相互作用が少ない
5. 特に高齢者にとって安全である
6. 血中濃度をモニターする必要がないなどの利点があります。

以下にそれぞれの吸入薬の特徴を説明しますが、内服治療と違い吸入治療はどうしても「面倒だ」「時間がかかる」と忘れがちになる方が多くせつかくの効果ある薬が使用されず、抽斗の奥に眠ってしまっていることが多いように思います。又「副作用が多いので、いざというとき使うだけで、できるだけ吸入はしないようにしている」と大きな誤解をされている方も見受けられます。

説明不足で吸入薬を手渡すわれわれ医療側の責任もあると思いますが、受け取った側もしっかり薬の作用を確認し（症状がない時も使用する定期吸入薬なのか、有症状時のみに使用する屯用吸入薬なのかは非常に重要です）、指示さ

れた通りに吸入して、効果がなかったり副作用と思われる症状があれば、きちりと主治医に報告することが処方を受けた方の義務でもあると思います。

#### ①短時間作用性抗コリン薬および短時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬

短時間作用型の気管支拡張薬は運動時や入浴時など日常生活での呼吸困難の予防に有効です。気管支を拡げる作用は抗コリン薬の方が優れるが、効果発現までの時間は $\beta_2$ 刺激薬の方が速い。通常は呼吸困難などの症状がある時に屯用吸入する薬です。

#### ②長時間作用性抗コリン薬

COPD患者さんで最も効果を示す気管支拡張薬と考えられています。長期間使用しても効果が弱まることはありません。長時間作用性抗コリン薬は、1回の吸入で作用が24時間持続し、1秒量や努力肺活量の改善効果が翌朝まで認められます。大規模臨床試験において、長期的には気流閉塞の進行や死亡率を抑制する可能性が報告されています。通常は1日1回の定期吸入薬です。

#### ③長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬

$\beta_2$ -アドレナリン受容体を刺激することで気道平滑筋に働き気道を拡張します。吸入型の長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬は1回の吸入で作用が12時間持続し、長期間使用しても効果の減弱を認めません。長時間作用性抗コリン薬だけでは改善が不十分な場合は、この長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬を併用することにより、気管支拡張の上乗せ効果が得られることがあります。現在種類は一つですが、今後新たな吸入薬の発売が予定されています。通常は1日2回の定期吸入薬です。

#### ④吸入ステロイド薬

気管支喘息では第一選択薬。COPDの場合1秒量が予測値の50%未満で増悪回数が多い患者さんでは、高用量の吸入ステロイド薬は増悪回数を減らし生活の質を改善します。又、気管支喘息とCOPDの合併も少なからずみられ、その

ような症例では吸入ステロイド薬は非常に有用です。通常は1日1~2回の定期吸入薬です。吸入薬の中では一番種類が多く、ドライパウダertypeやエアロゾルタイプなど全部で6種類ほどあります。

#### ⑤長期間作用性 $\beta_2$ 刺激薬と吸入用ステロイド配合薬

長期間作用性 $\beta_2$ 刺激薬 / 吸入用ステロイド配合薬は、それぞれ単剤で使用するよりもCOPD患者さんの呼吸機能や運動耐性能、呼吸困難感を改善し、増悪頻度も減少させます。長期的には気流閉塞の進行を抑制する可能性が報告されています。通常は1日2回の定期吸入薬です。現在のところ2種類の吸入薬があります。

おわりに

最近のCTの解像度は飛躍的に進歩し、高齢者の肺炎患者さんが入院された時などに、胸部CTを見て過去に喫煙されていたかどうかはほぼ間違いなく言い当てることができるようになっています（まれに長年喫煙していてもほとんど正常な方はおられますが）。僕自身も以前20本/日×10年程度の喫煙歴があり、胸部CTを撮ると気腫変化がすでに見られているかもしれません。しかし、禁煙して10年以上が経過し、COPDの恐ろしさを知るにつれ、本当に禁煙してよかったなと思っています。

昨年値上げがあったもののまだまだ日本人の喫煙率は高く、生活習慣病の中では断トツの死亡率を誇る喫煙がメタボリック症候群や高脂血症、高血圧などに比較しあまり大きな問題にならないことが不思議でなりません。

喫煙習慣のある人が1日でも早く禁煙されることと、COPDの患者さんが1日でも早く自分の病気に気付き呼吸器専門医を受診されることを願って、このお話を締めくくりたいと思います。

共催：アストラゼネカ

# 講演要旨

2011年3月19日(土)  
第262回臨床心臓病研修会

## なぜ肥大心から心不全になるのか?

愛仁会高槻病院 副院長兼循環器内科部長  
高岡 秀幸

循環器内科の医師にとって高血圧性の心肥大は日ごろからよく接する病態で、めずらしくもないわけですが、その機序については、本当のところまだ十分に解明されてはいません。

従来、心肥大は高血圧などの心臓への過剰な負荷に対する代償機序と考えられてきました。しかし、代償機序であるはずの心肥大なのに、ある時点からまるでなにかのスイッチが入ったかのように、心機能低下が増悪してゆく症例をしばしば経験します。心機能低下が始まるそのスイッチとは何でしょうか?

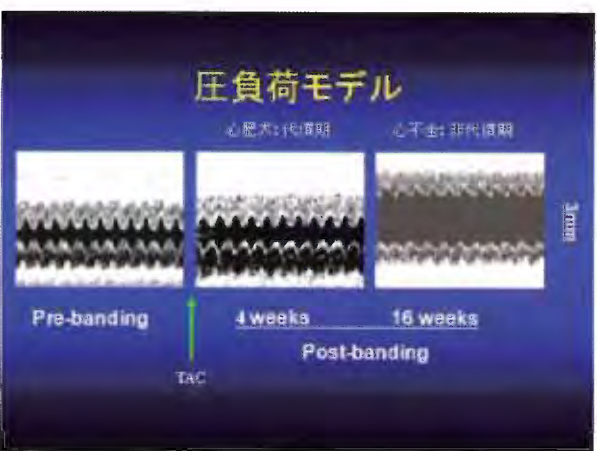
肥大はあくまで代償機序であり良いものであるが、負荷に対して肥大が十分でない場合に心不全に至る悪循環が始まるのだという考えが長らく主流でした。90年代にマウスの大動脈狭窄を作成して心肥大を惹起するモデル(TACモデル)が開発されました。TACモデルを用いて①1週間後の時点で心肥大は負荷に対する十分な代償を得ていること、②負荷への十分な代償にもかかわらず4週間には必ず心機能低下をきたすことが示されました。肥大そのものが心不全にいたる運命を持っており、ある限度を超えた時点で心不全にいたる遺伝子プログラムのスイッチをONになるのではないかという考え方が主流となってきました。

を介してMAPキナーゼを活性化して心肥大を生じます。このGqを抑制したマウスではTACでの心肥大が生じず心機能低下も生じませんでした。このことより、心肥大は心不全にいたる運命を持っており、心肥大のシグナルを抑制することで心肥大という代償機能に頼らずとも心機能を維持できる可能性が示されました。



心筋虚血からのアプローチ：一方、大阪大学の小室先生のグループは、同じTACモデルを用いて、①心肥大にはVEGFやHIF-1などを介して毛細血管増生を伴うこと、②ある時点で毛細血管増生を抑制するp53という蛋白が発現して心筋虚血が惹起されて心機能が低下することを示しました。大事なことは、このp53を抑制することでTACモデルは心肥大をそのまま維持して心機能低下はきたさなかったことです。このことより心肥大は心不全にいたる運命を持っており、その鍵は毛細血管の不足による心筋虚血であって、この心筋虚血を防止することで心機能低下を避けることができる可能性が示されました。

この2つのアプローチ以外にもいくつかの仮説が提唱されています。地味ではありますが、臨床に直結する大変ホットな領域といえます。まだ結論は出ていませんが、この10年で多くのデータが蓄積してきました。近い将来には、一定の見解が得られるのではないかと思います。



心肥大の細胞内シグナルからのアプローチ：ノルエピネフリン・アンジオテンシンII・エンドセリンなどの神経体液性因子は、細胞膜のそれぞれの受容体に作用してGqというG蛋白

共催：アステラス製薬株式会社

消防庁の「熱中症を予防して元気な夏を！」リーフレットより抜粋して掲載しています。

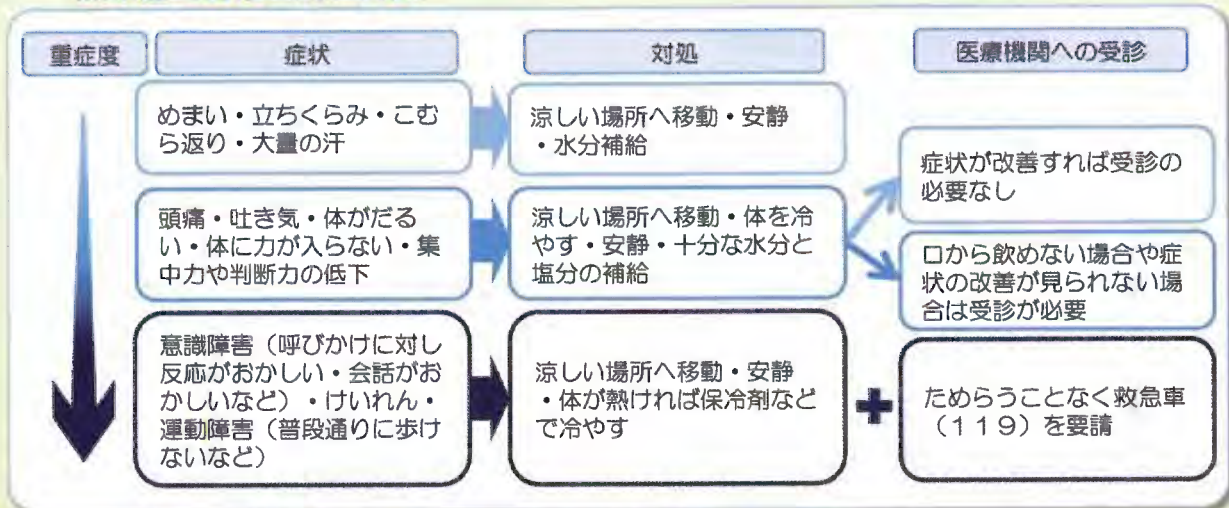


### 熱中症とは？

熱中症とは、室温や気温が高い中での作業や運動により、体内の水分や塩分（ナトリウム）などのバランスが崩れ、体温の調節機能が働かなくなり、体温上昇、めまい、体がだるい、ひどいときにはけいれんや意識の異常など、様々な症状をおこす病気です。

家の中でじっとしていても室温や湿度が高いために、熱中症になる場合がありますので、注意が必要です。

### 熱中症の分類と対処方法



### こんな時はためらわずに救急車を呼びましょう



- 自分で水が飲めなかったり、脱力感や倦怠感が強く、動けない場合はためらわずに救急車を呼んでください
- 意識がない（おかしい）、全身のけいれんがあるなどの症状を発見された方は、ためらわずに救急車を呼んでください

### 熱中症予防のポイント

- ☺ 部屋の温度をこまめにチェック！  
（普段過ごす部屋には温度計を置くことをお奨めします）
- ☺ 室温28℃を超えないように、エアコンや扇風機を上手に使いましょう！
- ☺ のどが渇いたと感じたら必ず水分補給！
- ☺ のどが渇かなくてもこまめに水分補給！
- ☺ 外出の際は体をしめつけない涼しい服装で、日よけ対策も！
- ☺ 無理をせず、適度に休憩を！
- ☺ 日頃から栄養バランスの良い食事と体力づくりを！



### 子供の特徴

地面の照り返しにより、高い温度にさらされる

汗腺などが未熟

体温調節機能が未熟なため、熱中症にかかりやすい

### 保護者の方へ

- 👉 お子さんの様子を十分に観察しましょう！
- 👉 遊びの最中には、水分補給や休憩を！
- 👉 外出時の服装に注意し、帽子も忘れずに！
- 👉 日頃から栄養バランスのとれた食事や運動、遊びを通して暑さに負けない体づくりを実践しましょう！

### 高齢者の特徴

汗をかきにくい

暑さを感じにくい

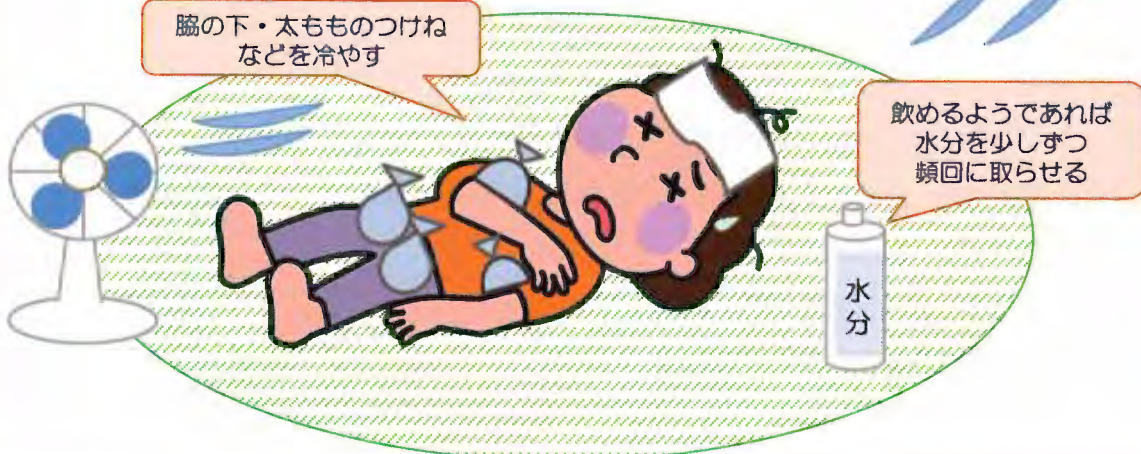
体温を下げるための体の反応が弱くなっており、自覚がないのに熱中症になる危険がある

### 熱中症にならないために

- 👉 室温をこまめにチェックし、エアコンや扇風機等を活用！
- 👉 のどが渇かなくても水分補給！
- 👉 調子が悪いと感じたら、家族や近くの人にそばにいてもらいましょう！

### ＋熱中症の応急手当＋

- ＋ 涼しい場所へ移動し、衣服を緩め、安静に寝かせる
- ＋ エアコンをつける、扇風機・うちわなどで風をあて、体を冷やす



☀️ 持病をお持ちの方やお子さんは、かかりつけの医師とあらかじめ相談し、熱中症対策についてアドバイスをもらっておきましょう

消防庁発行「熱中症を予防して元気な夏を！」より



# 医療事情のウラオモテ

(ニューライフ誌2011年1月号より一部改変)

## 中福祉中負担という社会保障政策の意味するところ

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。今回は国家財政と医療についてお話をしたいと思います。

### OECDヘルスデータ2010

2010年6月、経済開発協力機構(OECD)ヘルスデータ2010が公表されました。それによりますと、日本の平均寿命は82.7歳(2008年)、OECD加盟国中で最も高くなっています。それに対して、日本の対GDP医療費はOECD加盟国31か国中22位です。2007年の対GDP医療費は8.1%、OECDの平均が9.0%(2008年)ですからOECDの平均的な国の医療費より1%も少ないのです(図1)。国民一人当たりの保健医療支出も、OECD加盟国の平均が3,060ドル(約26.5万円)に対して、日本の国民は一人当たり2,729ドル(約23.6万円)しか使っていません。一方人口1,000人当たりの急性期病床数は、OECDの平均が3.6床に対して8.1床と、日本には倍以上の病床数があります。看護師数は9.5人(OECD平均9.0人)と欧米先進国並ですが、医師数はOECD諸国の平均3.2人に対して、僅か2.2人しかいません。OECDが発表した最新の統計からも、日本の医療の厳しい現実がご理解していただけるのではないのでしょうか。日本は医療にかかる費用は最小限、少ない医療スタッフで最大の効果をあげているのです。現在、各地で起きている医療崩壊は、極端な医療費抑制策を続けてきた付けが回ったと考えられます。

### 日本の国家財政と社会保障関係費

これから医療費を如何に増やすかという点に話

を進めていきますが、その前に日本の国家財政の現状をみてみましょう。そもそも医療費抑制策のきっかけとなったのは、増え続ける医療費により国家財政が破綻するのではないかとする危機感があったからです。

みなさんもよくご存知のように日本の国家財政は危機的状況にあります。経済バブルの崩壊により、一般会計の税収は平成2年の60兆円をピークに年を追う毎に減っています。平成21年にはついに40兆円を切るまでに落ち込んでいます。しかし一般会計の歳出は増え続け、お金の足りない分は、公債を発行して国家の借金で賄っているのです。平成21年では、公債発行額は50兆円を越え、税収以上の借金をしていることとなります(図2)。平成22年度一般会計予算の実に半分が公債発行による借金です。

政府が抱える債務の対GDP比率を国際的に比較しますと、日本はダントツの一位です。経済の専門家の中には、年金の積み立てなどの金融資産があるから大丈夫だという方がありますが、その金融資産を差し引いた対GDP純債務残高も世界一です(図3)。

一般会計における歳出の構成割合の年度毎の推移をみてみると、社会保障関係費と借金(国債費の債務残高)の返済が増え、公共事業や文教、科学振興費、防衛関係費等の政策に回す支出を圧迫していることがわかります(図4)。

少しでも無駄を省くことは当然必要ですが、日本の

国家財政は無駄を無くすだけで問題が解決するような状況ではありません。これ以上、借金を増やすことができないのは誰の目にも明らかです。増税を増やすとともに、国庫に負担をかけずに社会保障関係費を増やすことを考えなければならないのです。

### 日本の医療費は誰がどのように負担しているのか

日本の医療制度は、社会保険制度を基本とした社会主義モデルです。万一の病気のために、健康な時に積み立てる保険料で運営されています。つまり事業主と国民が負担する社会保険料を基本に運営されています。しかし、それだけでは医療費の半分(49%)にしかならず、必要な医療費を賄うことができないため、一部は受益者負担として実際に医療を受けた時に患者が窓口で負担する額(14%)と国庫や地方自治体からの公費負担(37%)で補填され運営されています(図5)。

日本の医療費は現在30兆円を超えています。これまで毎年一兆円ずつ増えてきました。ところで、この医療費の伸びは、一体誰がどれくらい負担していたのでしょうか。

ここで国民医療費の財源別の推移をみてみましょう。1995年以降の金額の推移をみると事業主の保険料が横ばいで推移している一方、公費負担は2000年の一時期をのぞき、年々増加しています。また窓口における患者負担は2003年までは増加傾向にありましたが、被用者保険の一部負担割合が1997年9月に1割から2割に、2003年4月に2割から3割に引き上げられ、以後は横ばい状態です(図6)。被用者保険本人の負担が3割というのは、公的医療保険の自己負担率としては世界的にみても最高水準にあり、これが限界ではないでしょうか。

財源別の負担割合は、その構成比をみますとより明確になります。公費の割合は1995年には31.7%であったのに対して、2007年には36.7%に拡大しています。窓口における患者負担も1995年度には11.9%であったものが、2007年度には14.1%に拡大しています。一方、事業主負担の保険料は1995年度には24.5%であったものが、2007年度には20.3%に縮小、また被保険者保険料も、1995年度には31.9%であったものが、2007年度には28.9%に縮小しています(図7)。

つまり、これまでの国民医療費の伸びは、主に公費と患者の窓口負担を増やすことで賄ってきたことが分かります。

### 高齢化と医療費の公的負担

人口が高齢化すると社会保障費が増えます。そこで、人口の高齢化率を横軸に、GDPに占める租税社会保障負担の割合を縦軸にとり各国の状況を比較してみると、日本の高齢化率は一番右端にありトップです。ところが租税社会保障負担率は韓国やトルコ、メキシコといった国と同レベルにあります(図8)。これらの国は高齢化率が低く、大変若い国です。日本はOECD諸国の中で最も高齢化が進んだ国にもかかわらず、租税社会保障負担率は最低に近いほど少ないのが分かります。そして、今度は租税社会保障負担率を横軸に、GDPに占める公的医療費の割合を縦軸にとってみると、OECD諸国の平均的な傾向と比較して、国民の負担が低い割には、日本政府は実は医療費に多くの公的財源を使っていることが分かります(図9)。

### 医療費の国民負担率

ところで、国家の最も基本的な役目は、国民に安心と安全を保障すること、すなわち社会保障を充実させることです。しかしその社会保障制度を健全な形で維持し発展させるためには、国民が相応の負担をしなければ成り立ちません。社会保障に使う費用が少なければ、それだけ国民が受けるサービスも少なくなります。つまり、社会保障で受けることができるサービスは国民の負担の程度により決まってくるのです。

それでは、わたくしたち日本人は税金や社会保障関係費をどれだけ負担しているのでしょうか。

国民の租税負担と社会保障費負担の合計額を、国民所得との比率でみたものを、国民負担率と呼びます。財務省から発表されている現在の日本の国民負担率は39%、消費税率は5%です。日本のこの国民負担率をOECD加盟国と比較してみますと、28カ国中、なんと25番目、日本は下から数えて4番目に低いことが分かります(図10)。他の国と比べると私たちの負担は大変少ないのです。

一般にどの国の国民も、国民負担率と消費税負担の程度により、国家から受けるサービスは決まります。つまり、次の3通りの選択しかありません。

すなわち、(1)大きな政府を選択すると、高福祉高負担が原則です。国民負担率は70%以上、消費税は25%程度、代表的な例は北欧です。(2)中程度の政府を選択すると、中福祉中負担となります。国民負担率は50~60%、消費税率20%程度、例はイギリス、ドイツ、フランスなどです。そして、(3)小さな政府を選択すれば、低福祉低負担となります。国民負担率は40%以下、消費税率5~8%程度、日本とアメリカがこの例になります(図11)。

この基準を当てはめると、現在の日本は低福祉低負担の国家体制にあるといえます。しかし平均寿命に代表される国民衛生状態や医療サービスは、世界でも有数です。低福祉低負担の国家体制の中で、無理矢理、高い医療・福祉サービスを求めてきた結果、現在の医療崩壊を招いているともいえるのです。

小泉政権時代の極端な医療費抑制策は、つぎの安倍、福田内閣で方向転換され、麻生内閣と引き継がれた時、政府の方針として中福祉中負担を目指すと言われました。現民主党政権も、そして意識調査をみても国民の多くは、中福祉中負担の国家を目指しています。

それでは中福祉中負担の国とはどういう国か。繰り返しますが、国民負担率はイギリスやドイツ、フランスのみで50~60%程度、さらに消費税率は20%程度の国であるということです。中福祉中負担と簡単に言いますが、その意味するところを政府は国民に十分に説明しているのでしょうか。国民自身も中程度の政府を選択する意味をしっかりと理解する必要があります。つまり、社会福祉のサービスを受ける権利を行使する前に、租税と社会保障費の負担増という義務を果たすことが求められています。日本の財政の危機的状況を救うために、何をしなければならないかは明らかです。国民の税負担と社会保障関係費の負担(つまり保険料)を増やすしか道はありません。

みなさん、如何でしょうか。今回は、いろいろな角度から日本の社会保障制度を考えてきました。現在の医療崩壊を救う処方箋は、国民医療費をOECD諸国並みに増やすこと、そしてその財源は、保険料と消費税、すなわち国民負担率を増額させるしか道はないように思えます。これまでお話をしてきたことは、あまり国民に知らされていません。過去数十年、

国民の負担増を口にした途端に政治家が選挙で負けてしまうような状況が繰り返されてきました。世界一巨大な政府の負債があるにもかかわらず、国民に負担を求めることなく赤字国債を発行しつづけることは、もう止めるべきです。政治家も本当に必要なことは、反発があっても正しいことを国民に説得する努力が必要です。国民も中福祉中負担の国家の意義を正しく理解をしていただきたいと思います。

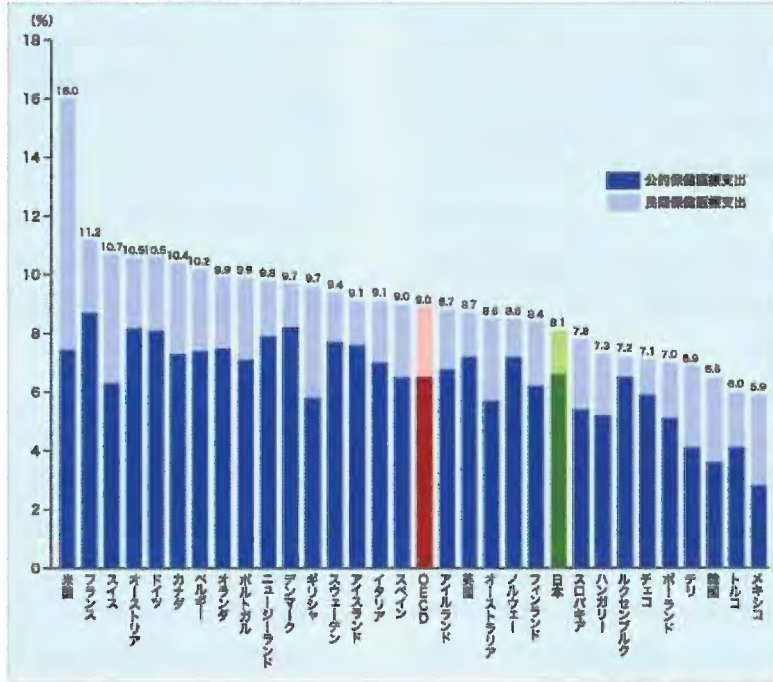
## 参考文献

1. OECDヘルスデータ2010
2. 日本の財政関係資料、財務省、平成22年8月
3. 上塚芳郎、権丈善一、新村和哉、可部哲生、遠藤久夫、渡辺俊介、今井博久、熊川寿郎、柿原浩明：国家財政と医療(その1)、日本療・病院管理学雑誌 2010年4月号、pp47-64
4. 同上：国家財政と医療(その2)、日本医療・病院管理学雑誌 2010年7月号、pp33-51
5. 前田由美子：日医総研ワーキングペーパー：公的医療費の財源について、2010年5月6日

## 図の説明

- 図1 総保健医療支出がGDPに占める比率 (OECD 2010)
- 図2 一般会計歳入歳出の推移(財務省:日本の財政関係資料より)
- 図3 純債務残高推移の国際比較(財務省:日本の財政関係資料より)
- 図4 一般会計歳出の構成の変化(財務省:日本の財政関係資料より)
- 図5 財源別国民医療費(平成19年度 財務省)
- 図6 国民医療費の財源別内訳推移(前田由美子氏 参考文献5より)
- 図7 国民医療費の財源別構成比の推移(前田由美子氏 参考文献5より)
- 図8 65歳以上と租税負担(権丈善一氏資料より、参考文献3)
- 図9 租税負担と公的医療費(権丈善一氏資料より、参考文献3)
- 図10 国民負担率のOECD比較(財務省)
- 図11 国民負担率の国際比較(財務省)

図1 総保健医療支出が GDP に占める比率 (OECD2010)



(出典: OECDヘルステータ2010)

図2 一般会計歳入歳出の推移 (財務省:日本の財政関係資料より)

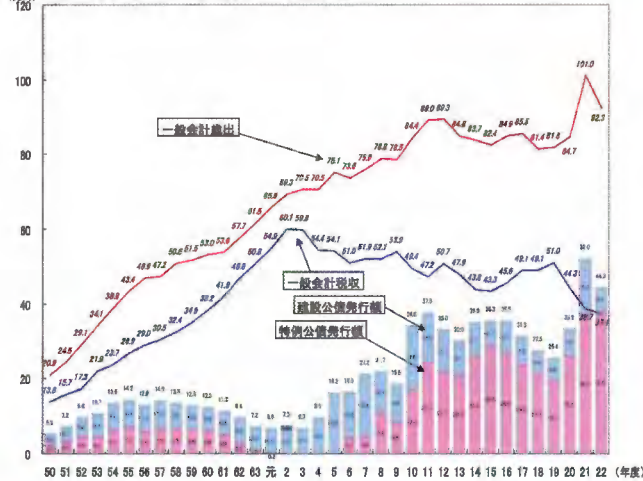


図3 純債務残高推移の国際比較 (財務省:日本の財政関係資料より)

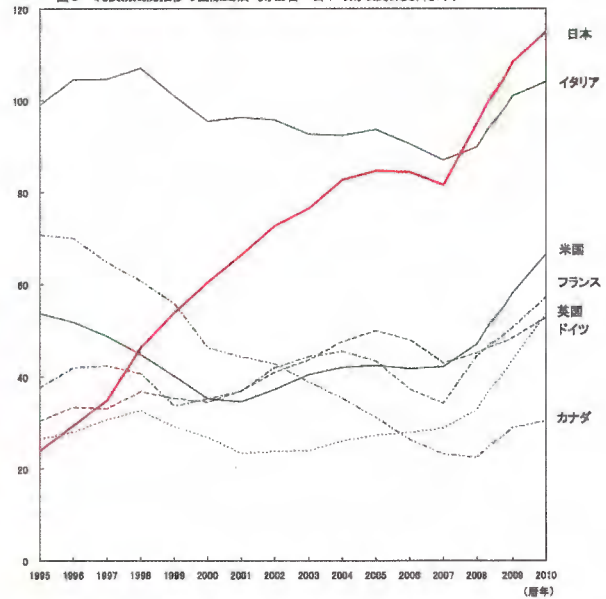
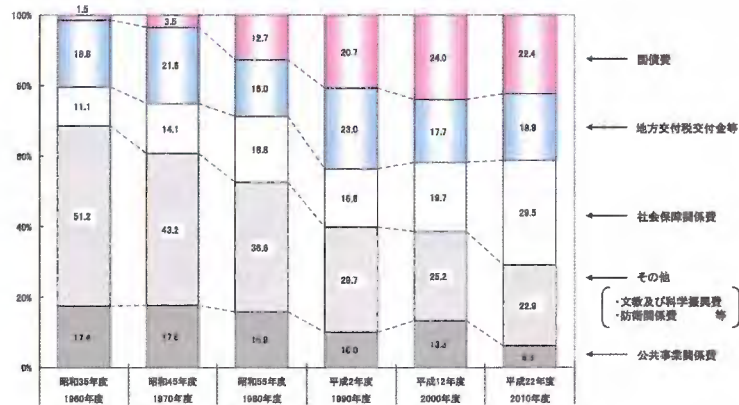


図4 一般会計歳入の構成の変化

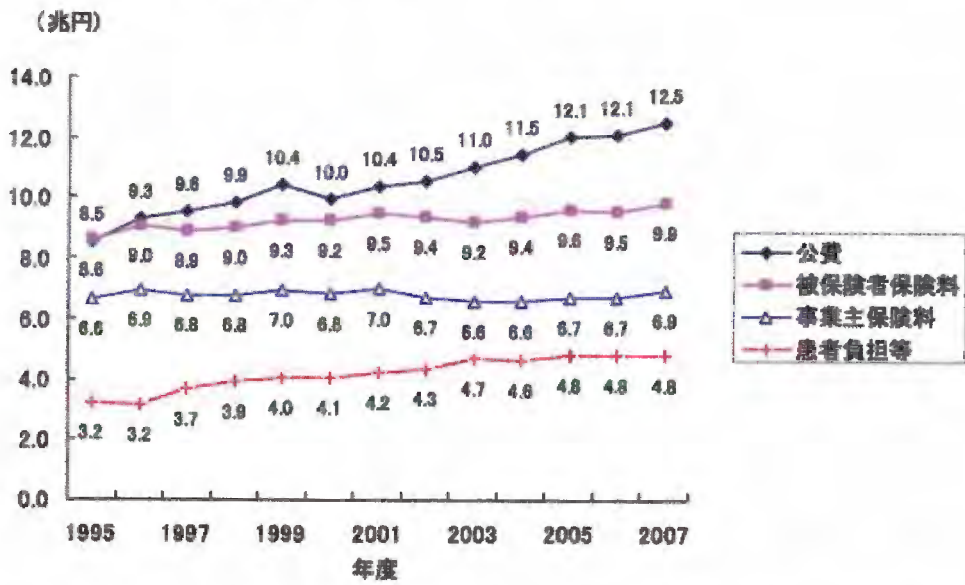


(注)平成12年度までは決算、22年度は当初予算による。

図5 財源別国民医療費（平成19年度 財務省）



図6 国民医療費の財源別内訳推移



\*出所:厚生労働省「国民医療費」患者負担の他には、公費健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付を含む

図8 65歳以上と租税負担  
(横丈量一氏資料より、参考文献3)

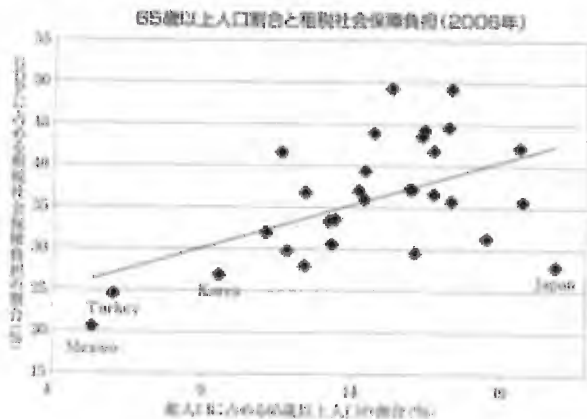


図9 租税負担と公的医療費  
(横丈量一氏資料より、参考文献3)

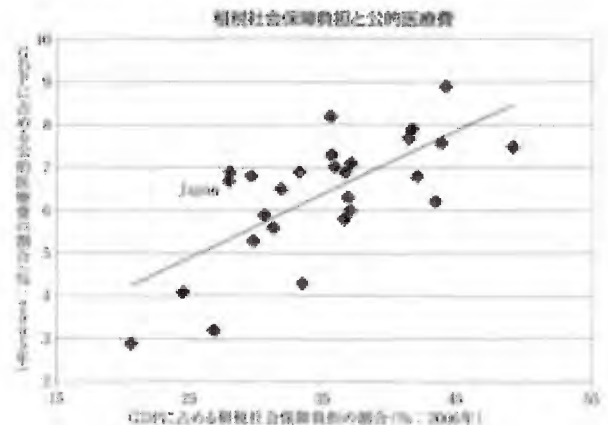
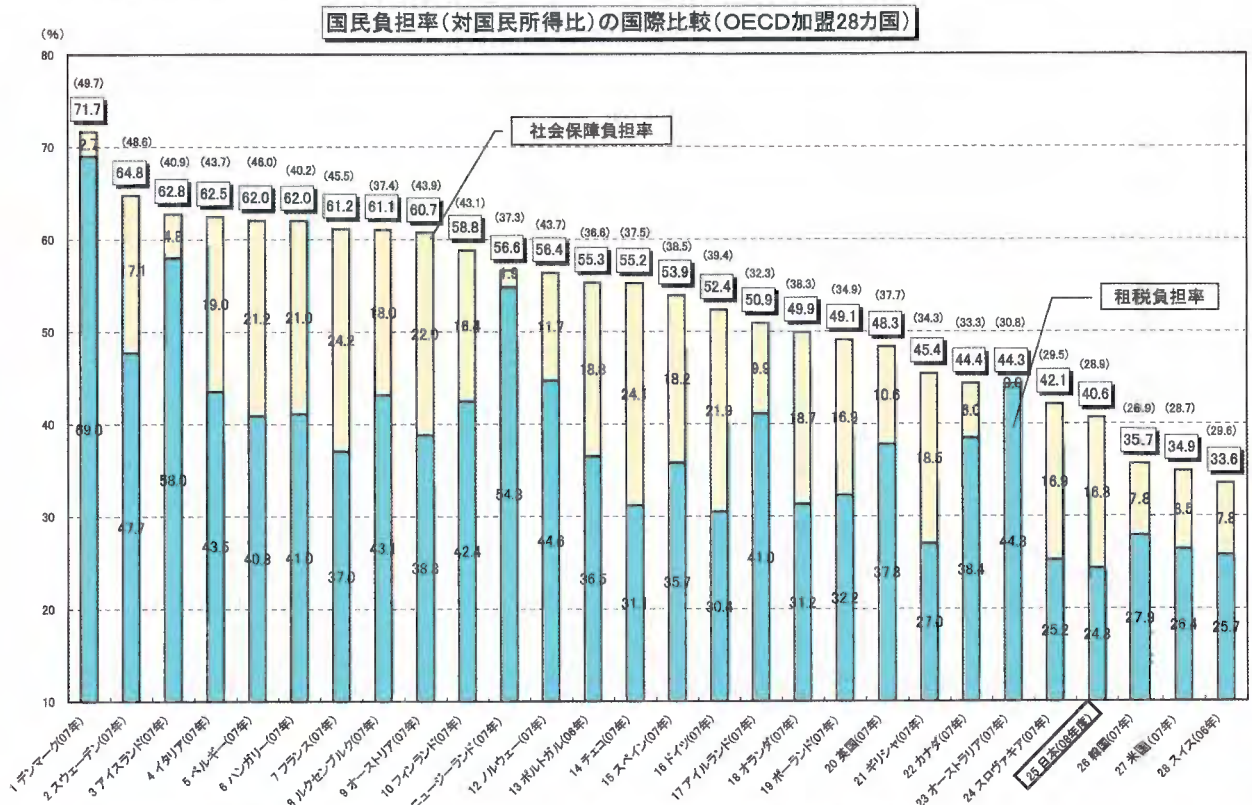


図10 国民負担率のOECD比較 (財務省)

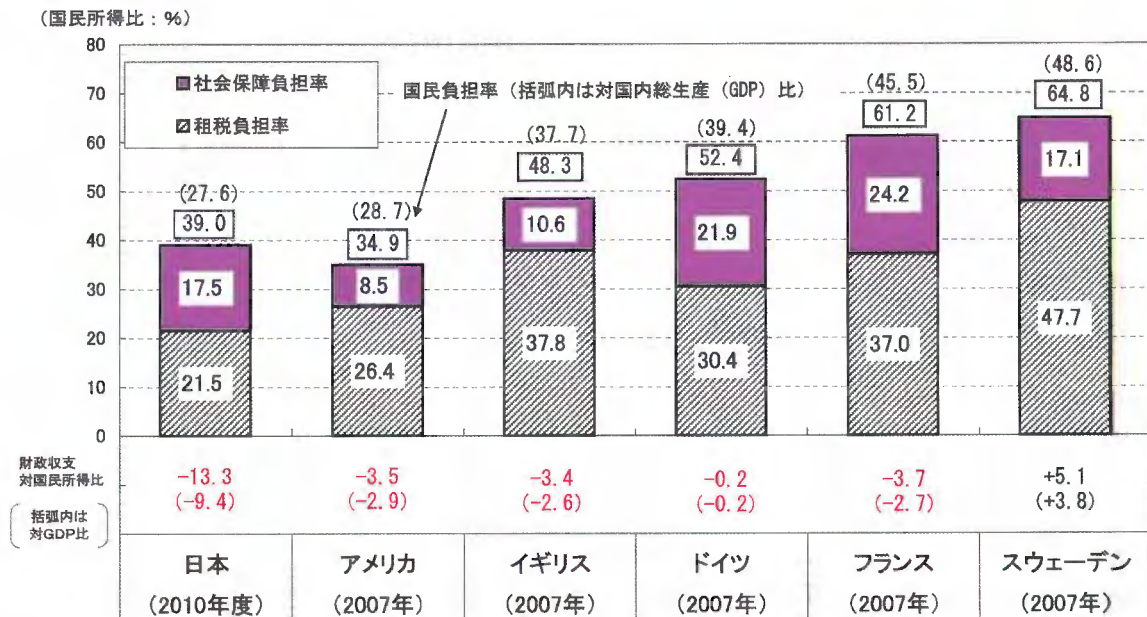


(注1) OECD加盟国30カ国中28カ国の最新の実績値。残る2カ国(トルコ及びメキシコ)については、数値が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。  
 (注2) 括弧内の数字は、対国内総生産比の国民負担率。  
 (出典) 日本:内閣府「国民経済計算」等 諸外国:National Accounts 2009(OECD) Revenue Statistics(OECD)

図11 国民負担率の国際比較 (財務省)

**国民負担率の国際比較**

[国民負担率 = 租税負担率 + 社会保険負担率]



(注) 1. 日本は2010年度(平成22年度)見通し、諸外国は2007年実績。  
 2. 財政収支の対国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。  
 【諸外国出典】"National Accounts"(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

# レポート

## ★2011年度夏季セミナー 日本の食育を考える「～美健賢食のすすめ～減塩で美食美生」

日 時：7月3日(日) 午後1時30分から4時30分

会 場：千里ライフサイエンスセンター「ライフホール」

講 師：奥村彪生(伝承料理研究家)

石井和子(前園田学園女子大学人間健康学部栄養学科准教授)

中村保幸(京都女子大学家政学部生活福祉学科教授)

参加者：53名

奥村先生による3品の調理実演の後、参加者全員試食をしました。

実演と試食した品々：

\* 割干大根と手羽先の滋味煮

\* いわしの黄身衣焼き(ピカタ)

\* 小松菜のヒスイ餃子

\* いわしの南蛮漬(焼漬)(試食のみ)

このセミナーの内容は当日のレシピも含めて製本し会員と参加者全員にお送りします。



実演中の奥村先生

## 研修会・セミナーのお知らせ

### ★心エコー研修会 10月16日(日) 10時から16時 受講料:会員:8000円、会員でない方:1万円

講師：諏訪道博(北摂総合病院循環器内科)、伊藤隆英(大阪医科大学循環器内科)、岡部太一(大阪医科大学循環器内科)、坂部博志(北摂総合病院臨床検査科)

### ☆薬剤師のための医学講座 10月29日-30日 受講料:会員:8000円、会員でない方:1万円

10月29日(土)14時から18時 高階経和(ジェックス理事長)

30日(日)10時から13時 駒村和雄(ジェックス理事)

### ★心電図集中講座 11月5日-6日 受講料:会員:1万円、会員でない方:1万2千円(夕食込み)

11月5日(土) 14時30分から20時 高階経和(ジェックス理事長)、木野昌也(ジェックス会長)

11月6日(日) 10時から12時 小糸仁史(ジェックス業務執行理事)



### 新入会員(敬称略)

B会員:前川祐子 小林則子 C会員:匿名1名

### 寄附者(敬称略)

(平成23年5月1日～6月30日までにご寄附をいただいた方並びに企業)

奥長惟盛 津田和子 丸山静子 浅井昭輝子 文字きくゑ 松本 亨 足立美代子 匿名1名  
有り難うございました。



### 理事会報告

5月27日(金) 午後6時から午後6時30分 理事14名出席、監事3名 事務局2名

6月16日(木) 午後6時から午後7時 理事9名出席、監事1名 事務局2名

### 総会報告

5月27日(金) 午後6時30分から午後7時30分 出席社員数：214名(内委任状出席：191名)

出席理事：14名 監事：3名 議長に木野昌也を指名し、第1号議案から第3号議案の承認を受け、終了した。

## 研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：医療者向け ※開始時間が変わりました。

8月はお休みです。

2011年9月17日(土) 午後3時から午後4時30分

「メトホルミンの安全な使い方について」

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)

◆生活習慣病研修会：一般の方向け

8月はお休みです。

2011年9月14日(水) 午後2時から午後3時30分

「子宮頸癌予防とワクチン」

講師：寺井義人先生(大阪医科大学産婦人科)

\*\*\*\*\*

★医学生・研修医のための”One Day Clinical Cardiology in Tokyo”

日時：9月11日(日) 8時30分から16時30分 会場：東京医科大学

講師：山科 章先生、下川宏明先生、木野昌也会長、高階経和理事長

★心エコー研修会

日時：10月16日(日) 10時から16時

講師：諏訪道博先生、伊藤隆英先生、岡部太一先生、坂部博志先生

☆薬剤師のための医学講座

日時：10月29日(土) 14時から18時・30日(日) 10時から13時

講師：高階経和理事長、駒村和雄理事

★心電図集中講座

日時：11月5日(土) 14時から20時・6日(日) 10時から12時

講師：高階経和理事長、木野昌也会長、小糸仁史業務執行理事

### 事務局から

◎オーストラリア研修参加者募集のお知らせ  
第3回オーストラリア研修は応募資格を看護師として5年以上の経験のある方ならどなたでも応募できるようになりました。B会員の方には資料をすでにお送りしておりますが、資料をご希望の方は事務局まで御連絡下さい。資料をお送りします。ホームページからもダウンロード出来ます。

◎夏季休業のお知らせ

8月10日から17日までお休みします。休業中はメールまたはFAXにて御連絡下さい。

### 編集後記

夏季セミナーでは奥村先生の実演後の試食は参加者から好評を得ました。各講師の講演と試食のおいしさはもちろんですが、奥村先生が最後に披露された「万葉歌」に惹かれ万葉集をまた楽しんでいきます。この震災を想い謳われた、志貴親王(天智天皇の皇子)が身罷られた際の歌は先生の穏やかな歌声にのり、時を超え平城の都へといざない何かしら温かく、悲しみの中にも柔らかな気持ちになり、ひととき別世界に赴いた気分でした。

(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