

財 団 季 報



財団法人 循環器病研究振興財団

新年ごあいさつ

財団法人循環器病研究振興財団

理事長 川島 康生



21世紀の幕開けと期待された昨年は一体何という年だったのでしょうか。教育大学附属池田小学校における実に痛ましい殺傷事件の後、9月11日の世界を震撼させた同時多発テロは一瞬にして数千の生命を奪いましたが、更には狂牛病発生の追い打ち等もあって本当に暗い一年に終始しました。しかもその底辺には我が国にとって戦後最大の不況があり、失業率は5%を越え、株価は下がり放しです。小泉内閣が発足し、国民が改革の痛みを耐えてくれれば2年程で経済を立て直すことが出来るだろうという発言がなされるようになり、我々もそれに一縷の望みをつないでいるというのが現状でしょう。

しかしその改革は経済界だけのことではありません。医療の世界にもそれが求められているのはご存知の通りです。長く続いた護送船団方式による企業活動があらゆる面で破綻を来たしていますが、翻って医療の世界を見る時、これもまた国民皆保険という誠に手厚い護送船団によって守られてきたと認識せざるを得ません。

国民皆保険、フリーアクセスで全国均一料金というこのシステムの今日の我が国を世界一の長寿国に押し上げたことについての功績は大きく、これが世界に誇るべきシステムであることは疑いの余地はありません。しかし、その一方でこのシステムは多くの綻びを生じ、その綻びを一つ一つ縫い合わせてきたものの、最早どうしようもない程に傷んで来ているのが現状です。

それは国民を守るという目的の為に行われて来た規制が、一方では医療従事者の間から或いは医

療に関係する事業に従事するものから競争を奪い、全ての国民に最高の医療を提供する筈のシステムがいつの間にか均一であっても最高とは言えない医療を提供するようになりつつあるからです。私達医療人もまた、経済界と同じく改革に自ら取り組み、国民にベストの医療を提供するように努めなければならない時期が来たものと思います。

経済財政諮問会議が医療提供側の施設に求めている第一のことは病床数の削減です。我が国の病床数が世界に例をみない程多いこと、即ち人口あたりにして欧州の2倍、米国の3倍もあることは医療関係者の多くが熟知しているところです。そしてこのことが無駄な医療費を使っていることも認めざるを得ません。これを少なくしてより良い医療を提供する為にはどうすればよいのか。クリティカルパスを安全に実施するにはどのようにすべきか。診療報酬の改訂も当然必要になるでしょうが、これらは医療人自らが取り組み、改革して行かなければならない問題ではないでしょうか。

ところでこういった改革は財団の活動とは無縁のものでしょうか。医学研究の助成をすることが財団の大きな目的ですが、医療を正しく評価するための研究も又財団として支援していかねばならないものかと考えます。又新しい医療を広める為のサポートも財団の寄付行為に明記された事業の一つです。財団としても2002年の年頭に際し、新しい一歩を踏み出したいと考えています。

皆様の御指導、御鞭撻、そして御支援を切に御願ひ申し上げます。

表紙絵：ウィルヘルム・ボイエルマン作「血管の流れ」。

作者は1937年ベルリン生れ、心臓に関する詳細な図録をみて触発され、独自の芸術的イメージを展開した作品。

PROGRESS 研究終了

国立循環器病センター内

PROGRESS 日本事務局

PROGRESSとはPerindopril Protection Against Recurrent Stroke Studyの略称である。1993年5月奈良で開催された国際高血圧学会において脳卒中再発予防に関する国際共同治療研究を立ち上げようという提案がなされたのが本研究の発端であり、世界保健機構（WHO）の同意も得て大規模に実施された。研究者主導型の臨床試験であり、国際本部はニュージーランドのオークランド大学医学部内におかれた。国際的にはInstitut de Recherches Internationales Servier, Health Research Council of New ZealandおよびNational Health & Medical Research Council of Australiaから、さらにわが国では第一製薬株式会社の資金援助を受け、循環器病研究振興財団の指定研究助成を得て、1996年に始まり2001年5月に無事終了した。以下、研究とその結果の概要などを報告させていただく。

■研究方法

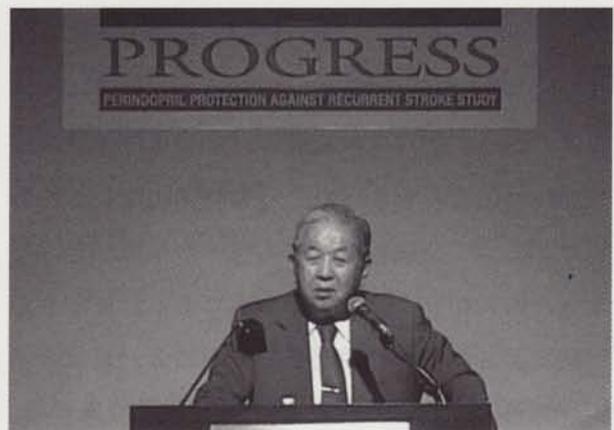
PROGRESSは脳卒中もしくはミニ脳卒中（一過性脳虚血発作）を過去5年以内に発症した患者さんにとって新しい治療（アンジオテンシン変換酵素阻害薬ペリンドプリルを単独、あるいはそれに利尿薬インダパミドを主治医の判断で追加）が脳卒中の再発予防に有効であるかどうかを調べるための臨床試験であった。これは従来の標準的治療（アンジオテンシン変換酵素阻害薬以外の降圧薬治療を含む）をすべて行った上に、実薬または偽薬が追加投与されるという形で実施され、平均4年間という長期にわたって治療経過が観察された。

世界10カ国（オーストラリア、ベルギー、中国、フランス、アイルランド、日本、イタリア、ニュージーランド、スウェーデン、イギリス）172の病院から合計6,105名の患者さんが、そのうち日本からは33の病院で815名の患者さんが、4週間の観察期を経てランダム化され実薬群と偽薬群の2群に分けられた。アジアの国が参加した大規模治療研究はこれが初めてであった。

■研究結果

結果は2001年6月にミラノで開催されたヨーロッパ高血圧学会で、引き続いてロンドンでの世界神経学会で発表された。国内ではテレビ中継によるネットワークシンポジウムや各地の医師会の講演会などで報告されている。このほど医学雑誌THE LANCETにも原著論文が発表された（Vol.358 No.9287）。

結果の概要は、ペリンドプリルを基礎薬とする治療は脳卒中の再発防止に有効であることが明らか



大阪市内のリッツカールトンホテルで行われたネットワークシンポジウムで講演する日本の総括責任医師尾前照雄氏（当財団副会長）

かにされた。軽度の脳卒中や身体機能障害や認知機能障害（痴呆）をきたす重度の脳卒中防止にも有効である（実薬群の脳卒中再発が偽薬群に比べて28%少ない）ことが判明した。心臓発作の減少にも効果が認められた。また血圧が高い人ばかりでなく、血圧値が正常範囲にある人にもこの治療が有益との結果が出た。ペリンドプリル単独療法よりも利尿薬との併用療法の患者さんの方が降圧効果が大きく、かつ脳卒中のリスク減少も大であった。

■研究体制

1998年4月に日本側の事務局担当者がオーストラリア・ニュージーランドの参加施設や国際本部（The University of Auckland, NZ）を訪問して研修を受けた。研究体制で日本との一番大きな違いは、各病院に院内コーディネーターと呼ばれる専任の研究スタッフ（ほとんどが看護婦経験者）がいて、患者さんの追跡調査を担当されること、医師の出席は患者さんの登録時と追跡期間中に医学上専門的な問題が生じた時ぐらいとのことであった。

PROGRESS開始時わが国には未だ臨床試験コーディネーター制度が整備されておらず（PROGRESS実施期間中に若干数の病院で整備された）、医師が多忙な診療の合間を縫ってコーディネーター役を引き受けざるをえない状況にあった。また、調査表と病歴の記録が一致しているか否かの照合作業を各施設において毎年一回行うことが義務づけられており、それを本試験の日本側責任者が担当しなければならなかったことも特異的なことであった。従って、試験に関する種々の業務がそうした方々の負担になったのは事実である。患者さんへ試験参加のための説明をしようにも、通常の診療時間内では十分な説明が困難な状況であった。また、参加される患者さんの試験に対する取り組みも日本とではかなり違っていたようである。欧

米では自分の積極的な意思で臨床試験に参加されること、残念ながら日本では主治医に頼まれて参加して下さる方が大半という状況であった。従って、患者さんの高いコンプライアンス（服薬遵守）を長期間維持し続けることはなかなかの難題に思えた。そのため、患者さんと家族向けの講演会を参加施設で開催し、定期的にニュースレターを発行して有益と思われる情報を提供するなどの方法も試みた。

国内の臨床研究体制が未整備のなかでPROGRSSを実施するには幾多の障害を乗り越えなければならなかった。事務局がPROGRESS担当医師を対象に行ったアンケート調査においてもやはり実施上の問題点がいろいろ指摘されている。医療の質を向上するためには臨床研究は絶対に避けて通れないものなので、体制の整備が待たれる。

■臨床試験をめぐる最近の動き

PROGRESS実施期間中にも幾つかの新しい試みがなされた。1964年の世界医師会総会で採択されたヘルシンキ宣言に基づく新しいGCP（医薬品のヒトによる臨床試験のための国際的実施基準）が遅ればせながらわが国でも施行され、被験者の人権、安全と福祉の保護、臨床試験データの科学的な質と信頼性を確保することが義務づけられた。また、試験に協力して下さる患者さんにも何らかのメリットがなければならないという意見が以前から強くあったが、これも斟酌されたのであろう。国公立病院を皮切りに、患者さんが臨床試験の目的で受診される場合に限り平成11年10月より病院側から、試験参加に伴う負担軽減費の名目で毎回7000円ずつ支払われるようになった。

本試験が開始された5年前と比べると現在は臨床試験を取り巻く状況は徐々に改善されつつあるのは喜ばしい。欧米諸国に匹敵する研究環境が早急に国内で整備されることが望まれる。

第14回 循環器病チャリティーゴルフ

◇ ゴルフ大会

去る10月13日（土）、恒例の循環器病チャリティーゴルフがよみうりカントリークラブで開催された。この大会は読売グループの主催ならびに厚生省をはじめ近畿圏の各自治体、各医師会の後援により循環器病の制圧、予防啓発の資金作りのために関西の財界・医療界を代表する方々が参加して行われるもので、今回は第14回を迎え38組151名の方々が参加して日頃自慢の腕を競った。



◇ 講演会・表彰式・基金贈呈式

10月15日（月）、ホテルニューオータニ大阪において講演会、表彰式、基金贈呈式が盛大に行われた。

川島康生循環器病研究振興財団理事長による下記の記念講演に続いて表彰式に移り、山本嘉彦厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室室長補佐から個人優勝者に厚生大臣杯が授与されたのをはじめ数々の特別賞や記念品が贈呈された。

最後に循環器病チャリティーゴルフ運営委員会委員長である青山行雄氏（読売テレビ特別顧問）から当財団の川島理事長に収益金を当財団の基金の一部として贈呈された。

財団ではこの基金をもとに研究助成や予防啓発パンフレットの発刊など循環器病制圧のための諸事業に役立てる。関係各位の温かいご厚志に心から謝意を申し上げる次第である。

－ 講演要旨 －

なぜ無くならないのか？医療事故

財団法人 循環器病研究振興財団

理事長 川 島 康 生

昨年、一昨年とこの会で心臓移植の話しをさせて頂きましたが、今年はちょっと目先を変えまして皆様も大変興味をもっておられるであろう医療事故の話しをさせて頂きます。

医療事故とは一体どんなものであるかということですが、看護婦さんが注射の後片付けをしていて間違っただけで自分の指を針で突くというのも医療事故の内ではあります。私が若い頃に手術について緊張して動き回っておりまして、ふと後ろを向いたとたん後でメスを持っていた看護婦さんに肘をブスッと突かれました。大変大事な指を動かす神経が走っているその5mm~1cmぐらい横を切られた訳です。神経をそのメスで切っていたら心臓外科医としての私は無かったかもしれないのです。これも一応医療事故であります。一般にはこういう医療従事者の事故よりも、治療を受けられる側の患者さんに危害の及んだものを医療事故或いは医療過誤と言っています。

そういう事故の中にはよくある血液型を間違えて輸血したというような単純なエラーによるものから、理由は分からないけれども手術を受けたが上手くゆかなかったという不成功例まで含まれています。つまり大変幅が広いわけです。そしてその不成功例の中にも患者さんの状態が悪くて現在の医療ではどうしようもないものもありますし、医者がもう少しベテランであれば、或いは医者の知識がもう少し豊富であれば防ぎ得たのではないかと言うものもあります。

そういったものは昔は医療過誤とは言いませんでした。つまり医療が完全なものであるとは思われていなかったのです。大学の教授が退官の記念講演で「私の生涯の誤診率は80%である。」と言われたような時代には誤診は過誤ではなかった訳です。現在の様にテクノロジーが進歩して超音波検査とかCTとかいうもので診断が非常に正確になってきますと、診断を間違えただけで医療過誤ではないかというふうになってくるわけです。即ち今までとは違って医療の不成功というのものの中の



かなりの部分が過誤と見られるようになってきたのです。

そうすると過誤というのは法律で罰せられることはなくても少なくとも民事訴訟の対象にはなってきました。そしてこれがマスメディアに登場すると「あーまた過誤か」ということになって、医療事故が非常に増えている様に思われるわけです。なぜこんなに医療事故が多いのかということの一つにはこれがあると思います。今まで医療過誤とみなされておらなかったものが現在では医療過誤とみなされているという部分がかかなり多いと思います。

今一つは、これは医者の中にも言う人がありますが、今までは闇から闇へ葬られていたものが、此の頃は明るみに出る様になったからではないかということです。私も残念ながらそれを全く否定するわけには参りません。昔、聴診器と飲み薬だけでやっていた時代にも事故が無かったわけではありませんが、医者がそれを殊更に言わなければわからなかったわけです。しかし現在は医療というのは本当にチーム医療になっており、たくさんの医療従事者、医者だけではなく看護婦さん、技師さんなどが協力して治療を行いますので、何か間違いがあった時にほお被りをして済ませるといのはほとんど不可能と言ってもいい状況です。それだけにそういったことも表に出てくるようになったということがあります。

それから先程申し上げました様な、過誤とも不

成功例ともいえないような中間の部分のことは、昔はお医者さんが一生懸命やって下さったのだから上手く行かなくても仕方がないということで、それを法廷に持ち出すようなことはございませんでした。また、若しもそれを新聞社に訴えても「そんなこといっても仕方がありません。あなたの運命です。」というようなことで取り上げてもえなかった。とすることで、ここでもまたプレーキがかかっていたわけですが、現在はそういう「たが」が全部外れておりますから、それでも記事になるわけです。そうするとますます医療事故というのがたくさん皆さんの耳目に触れるということで、大変多くなっていると思われがちであります。

しかし医療事故が増えているのも事実だと思います。最近の高度先進医療ということになりますと、医療がだんだん複雑になって来ていますから、その複雑になった分だけ現実に事故も増えているのではないかと思われまます。

ここでいよいよ本題に入ります。その医療事故がどうしてこれだけ世の中が進んでいるのに減らすことが出来ないのかということです。

医療事故に対する対策というのは、まず何と言っても医者の自制心であり、注意力であると思います。事故が起こるのはやはり医者の気のゆるみ、あるいは今日では医者だけではなく医療従事者の気のゆるみが第一に挙げられます。そしてこれには情報というものも非常に大きく関係していると思います。事故があったという報道があるとやはり大変不名誉なことですし、病院の経営にもかかわることですので、こういうことは起こすまいと一生懸命になります。従ってそれによって事故が少なくなることもあると思います。

ちょっと余談になりますが、私はそういった事故が起こった後の情報だけではなく、事故が起こ

るまでの情報というのが大変大事だと思います。ある病院で手術をしてもらって上手くいかなかったとって後でいろいろ調べてみたらその病院はそんなにいい病院ではなかったという様なことでは後の祭です。前もってどの病気はどの病院が良い、どの医師が良いという情報が充分にあれば先程申し上げました様な不成功例は随分減らす事が出来ます。とすることはこれによって広い意味で医療事故を少なくすることが出来るのです。

その為には全ての病院、全てのドクターの専門の領域であるとか、技術であるとか、どれだけのキャリアがあるのかを情報公開として患者さんに提供されなければなりません。それが前向きな情報であると思います。そのような事を先週の10月12日金曜日の読売新聞に書かせてもらいましたが、それも広い意味で医療過誤を少なくする方法の一つであると思います。

それでは元に戻りまして「なぜ減らないのか」ということです。事故が起こりました時に病院長がテレビの前で三拝、九拝して二度とこの様な事は起こしませんと言ってありますが、そういうことを言ったら本当に事故が無くなるのかということそれは大変問題です。我が国で医療事故が起こりますと、まず原因を追求します。これは大変大事です。また、責任を問います。これも大変大事です。しかし、それだけでは決して事故は無くなりません。何故かという人間というのは失敗をする動物だからです。事故を無くす為には、失敗をしないような、事故を起こさないような仕組みを作らなければならないのです。

今日は循環器病センターの北村総長に来て頂いていますが、北村先生が先日開催されました、日本胸部外科学会にアメリカから大変有名な先生がお見えになりましてそれに関連した話をされました。「医療事故というのは、大部分がシステムの

問題であり、起こした個人の問題であることは極めて少ない」という話でした。全くその通りであると思います。この事故を起こさない仕組みを作る事が、どうも日本の医療関係者は下手な様です。

具体的な例を申し上げます。三十何年前に私はアメリカに留学致しました。大変恥ずかしい話ですが、留学して1週間も経たない内に急病になり、留学するはずの病院に緊急入院しました。入院するとすぐに手首にビニールのバンドを巻きつけられました。ガチッと止められて、これは切れない限り取れないようになっていました。それには名前と年齢が書いてありました。

昨年起こりました、横浜市立大学での心臓手術の患者さんと肺の手術の患者さんとの取り違い事故の時に、若しもこの制度があり名前を書いたバンドが患者さんの手首に付いておればあの事故は防げていたのです。あの時に心臓手術の患者さんを担当された麻酔科の女医さんは何かおかしいということに気が付いて皆に聞いて回っておられます。担当医にも聞いた。「この患者さんはおかしいのと違いますか。ちょっと私が思っているのと違う」と。ところが「いやそんなこたはない、この人です」ということで、病室まで電話をして確かに手術場に患者さんが出ているかを尋ねた。確かに出ているという返事があって、それではやはりこの人なのかということで手術が進められた。そしてあのような結果になってしまったのです。

若しも、私が言いましたビニールのバンド一本が手首に巻いてあればあの事故は防げたはずなのです。三十何年前にアメリカで行われていたことが、日本で行われていなかったのです。

実は、私はアメリカから帰ってこれは良い制度だからやりましょうと言いましたが、その頃、私はまだ一介の助手ですからそのようなことを言って直ちに院長さんに採用してもらえよう状況

ではありませんでした。しかも私が行っておりましたロスアンジェルスはその頃英語を話せない人、いわゆるヒスパニックの人達が大変沢山おられましたから「あの国は言葉のわからない人が沢山いるから、それが必要なのだ。日本は皆高学歴でそんな必要はない」と言われて、成る程そうかなと思ってしまいました。

現実に日本でも、赤ちゃんには手首か足首にバンドが取り付けられています。ところが今から5年ほど前に、熊本県のある病院で肝臓の手術の患者さんと肺の手術の患者さんを取り違える事件が起こりました。その時、実は私は循環器病センターの病院長をしておりましたから、その時にこれはいけないと思って直ぐにビニールバンドを付けることをやれば良かったのですが、忘れてしまってその時には実行致しませんでした。大変反省しております。

しかし、その時にその反省で全国の病院が、ビニールバンドを巻くことをしておれば、つまり事故を起こさない簡単な仕組みをやっておけば、横浜での事故は起こらなかったはずです。北村総長に伺いますと循環器病センターではあの事故より前から既に準備をしていたので、あの事故が起こってから直ぐにそれを実行しているということなのです。先日も病室に患者さんを見に行きましたら、ビニールのリストバンドをちゃんと付けておられました。しかし、全国の病院ですでに100%リストバンドが付けられているかという、これは大変疑わしいと思います。こういうことをする事が、事故をなくする方法であると思います。

もっと他の例を挙げますと、このビニールのリストバンドは非常に安い物ですが、そういう仕組みを作る為にはやはりいろいろ経費がかかる場合があります。外科に関係した医療事故で一番多いのは、お腹や胸の中にガーゼを置き忘れることで

す。ところで現在手術の時に使われているガーゼには金属の繊維が一本入れてあります。これは何かと言いますと、手術が終わった時にお腹なり胸なりのレントゲン写真を撮ると、若しガーゼが残っておれば織り込んだ金属線がレントゲン写真に映りますのでガーゼを忘れたということが直ぐに判りますので、開けて取り出せば良いわけです。たったこれだけの事が、これも外国で行われてから日本で行われるまでに十数年かかっていると思います。これにはやはりビニールバンドと違って少しは費用も要る訳です。ですからそういう物がちゃんと売れるということが判らなければメーカーさんもそういう物を作らないわけで、やはり医療に掛けるお金というのも非常に大事な事です。

それから胃の中に入れる栄養剤を間違えて注射してしまったというようなことも起こっていますが、これも静脈の点滴する回路と胃への栄養チューブの回路とを接続できない様にしておけばかなりは防げる筈です。コックの大きさを変えておけば防げる訳です。今は全部違うサイズになっておりますが、昔はそうではなく全部同じだったので。これも簡単なことで、替えたら良いじゃないかと思っても、やはり経費のかかることはなかなか出来なかったのです。やはり安全の為にはお金がかかるといふことでだと思いますが、どうも我が国ではこの点がなござりにされてきたのではないかという気がします。

しかし最大の問題はやはり人です。経費が一番掛かるのは人です。横浜の事故にまた戻りますが、あの事故は一人の看護婦さんが二人の患者さんを別々のベッドに乗せて、手術場へ運んで行かれたと聞いています。物理的にも大変難しいと思います。こんな事は外国では絶対ないことです。殊に基礎麻酔を施して少し意識が薄れているような患者さんに対してそういう扱いをするということは

全く許されないことです。一人の患者さんには一人の看護婦さんが付いて行く、場合によってはもう一人付いて運んで行くのが普通です。それを二人一緒に一人で運んでいったから、手術室で受け渡しの時に間違えてしまったのです。

病棟の看護婦長さんが看護婦さんに一人で二人の患者さんを連れて行きなさいとは絶対に言わないはずで。けれどもそういう事になってしまったのは、この朝の患者さんを手術場へ、或いは検査室へ出す時間というのは病棟が非常に忙しい時だからなのです。夜勤の看護婦さんと昼の看護婦さんとが申し継ぎをする時刻でもありますので大変忙しい。恐らく忙しいから「私が一人で行けるわよ」と言ったのではないかと私は想像します。それをしなければこの事故は起こってないはずで

す。こういったことは何も患者さんを運ぶ場合だけではなくありません。私は外科医ですので外科の話しを致しますが、手術場の中で手術をする時に看護婦さんが一人器械を医師に渡す為に手洗いをして清潔な状態になって付いております。しかし手術の途中でいろんな器械が要るようになり、いろんな用事をしなければならぬことがあるので、そのためにもう一人看護婦さんが手術場の中に居るのが普通です。

けれども、その看護婦さんを充分配置できないので場合によっては二つの手術場を一人の看護婦さんが掛け持ちをするような事態まであります。心臓の手術ですと外国の場合一つの手術場に3人の看護婦さんが居ることも珍しくありません。ところが私が大阪大学で心臓の手術をしておりました頃には二つ並んでいる心臓の手術室を一人の看護婦さんが掛け持ちをしていることもあったのです。そんな事をしたので大丈夫かな、心臓を止めて手術している間に何か急に物が要るようになっ

て看護婦さんに頼む、ところが看護婦さんがいない、ずーと待っている、そうすると心臓を止めておれる時間と言うのは限りがありますからだんだん患者さんの状態が悪くなるのです。もう一人居ればずっとスムーズにいくものが、その為に悪くいけば患者さんの命を落とすということも有り得るのです。そういったことが日本の病院ではやられているのです。高度先進医療の現場というのは、本当に綱渡りの状態で治療をしてきたわけです。看護婦さんの増員要求というのは毎年毎年出ていますけれども、そして幸いにして循環器病センターはかなりそれを認めて頂いておりますけれども、大学病院などではまだまだです。

実際にどれぐらい少ないかということですが、日、米、欧の大学病院を比べてみますと病院全体で病床一床当りの看護婦さんの数は、日本はアメリカの3分の1です。ヨーロッパの半分です。循環器病センターは日本の大学病院より少し多くなっています。

いくらトヨタや日産やマツダがロボットを使っていい仕事をしていると言ってもアメリカの会社の2分の1や3分の1の従業員でやっているとは私はとても思えません。一般の医療従事者の数に至ってはアメリカの5分の1です。そんな危ないことを避ける為にどうしているかという、自衛手段として医療の密度を薄くしているのです。患者さんが入院しても直ぐには検査しない、検査してもすぐには手術をしない。手術が済んで元気になられてもすぐには帰ってもらわない。ということで、これで入院期間が長くなる訳です。社会的入院ということで患者さんが退院されなくて入院期間が長くなっていることが多いのですが、高度先進医療の場でもやはり現実にはこういったことをせざるを得ないのです。

小泉内閣が誕生して医療についても構造改革が

言われております。経済財政諮問会議でその中間のまとめだったと思いますが医療提供側がやるべき改革の第一に書かれているのが「病床数の削減」ということです。私は大賛成です。日本の病院のベッドの数は、さっきの言葉の裏返しでアメリカの3倍あります。ヨーロッパの2倍あります。これは医療費の無駄遣いであるというのは事実です。ですからこれをカットするというのは大賛成ですが、カットした時に看護婦さんも一緒に首を切って辞めてもらったのではどういう事になるでしょう。3分の1の病床で今までと同じだけの患者さんに医療を提供する、手術をするということになると、とてもそんな数の看護婦さんでは出来ません。ますます医療事故が増えるに違いありません。病床数は減らしても看護婦さんの数は減らさないというのであれば先進医療の安全性は保てないと思います。

我々が医療事故を少なくする為にやるべき事は、現場においても、医療システムにおいても事故が起こらない様な仕組みを作る、事故が起こらないような仕組みの為の改革をやることです。これが本当の医療改革であると思います。医療の改革というのは医療に掛かる費用を少なくすることだけでは、患者さんの安全は決して保てません。

これからの小泉内閣がどのような医療改革をしてゆかれるのか詳しくは存じませんが、病床削減というのを看板に掲げておられるのは大賛成です。しかし病床削減と共にそれに伴う本当の意味の医療改革をやって頂かなければ今後とも残念ながら医療事故は減らないだろうと思います。精神主義、大和魂だけでいくらがんばっても医療事故は減りません。やはり減らすような仕組みを皆で考えていくこと、その為には現場の意見も良く聞いて改革を進めてもらいたいというのが私の願いです。

知っておきたい 最新号ご紹介 循環器病あれこれ



	タイトル	著 作	発行年月日
29	心臓の検査で何がわかる	国立循環器病センター 副院長 宮武邦夫 心臓内科医長 中谷 敏	2001年11月1日
30	めまいと循環器病	国立循環器病センター 脳血管内科部長 成富博章	2002年1月4日

インフォメーション

募集要項

財団法人 循環器病研究振興財団
第10回 (2002年度)
バイエル循環器病研究助成

■趣旨

財団法人 循環器病研究振興財団は、バイエル薬品株式会社からの申し出を受け、循環器病領域の研究に携わる少壮研究者に対し、下記の如く研究助成を行います。

■研究テーマ

小児の心臓病 (外科を含む)

■応募資格者

昭和33年(1958年)4月1日以降に生まれた、わが国に在住する研究者

■研究助成額

500万円 1件 250万円 2件

■応募期間

平成14年(2002)1月4日~2月28日

問い合わせ・応募先

財団法人 循環器病研究振興財団

〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5丁目7番1号

電話06-6872-0010 F A X 06-6872-0009

Eメール: jcrf@jeans.ocn.ne.jp

循環器病

研究振興財団へのご寄付

平成13年10月から平成14年1月までにご寄付を頂いた方々のご芳名を記し、心より厚くお礼申し上げます。

前田幸美	橋本正路
高橋澄子	東野克彦
宮越外次	清水五朗
新保誠敏	赤松 弘
大矢哲男	谷 佳憲

(敬称略・順不同)

循環器病をめぐる統計（医療費）

医療費の全国統計としては、厚生省の「国民医療費推計」がある。これは、各年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものである。範囲を傷病の治療に限っているため、正常分娩、健康診断、予防接種等に要する費用は含んでいない。

本誌VOL.11で最新の資料として平成10年度推計を掲載したが、その後平成11年度推計が発表された。平成11年度の国民医療費は30兆9337億円で、遂に30兆円を超えるに至った。国民所得に占める割合は8.08%である。

このうち、一般診療医療費（医科：国民医療費全体の約80%）を傷病分類にみると、

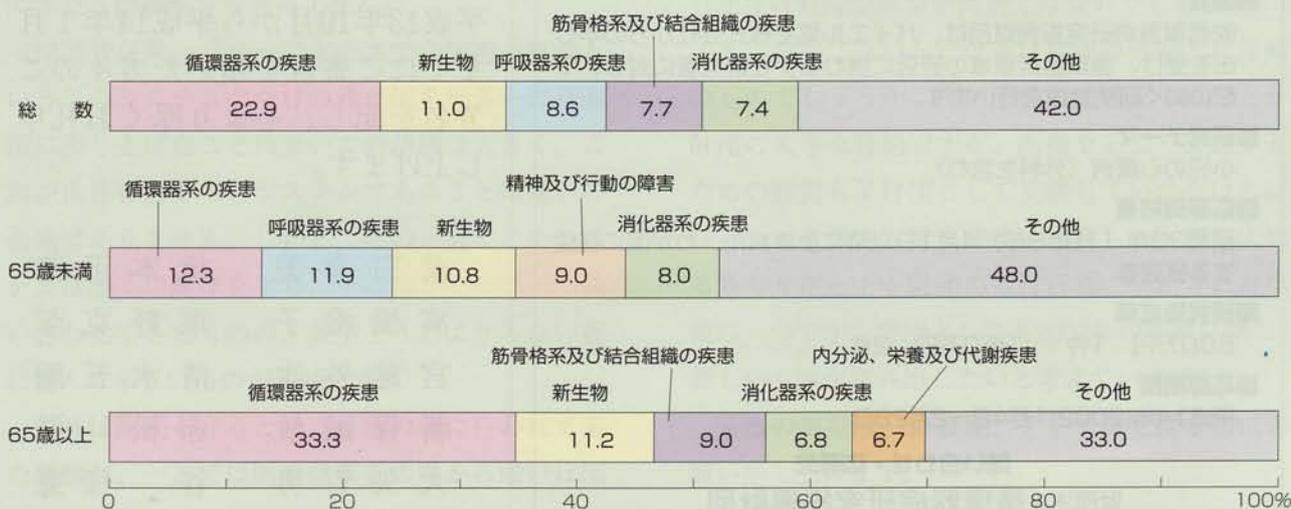
- ①「循環器系の疾患」が前年度に引続き最も多く、5兆4962億円で、第2位の新生物2兆6432億円を大きく引離している。
 - ②65歳未満と65歳以上の2区分でみると、65歳未満では「循環器系の疾患」「呼吸器系の疾患」「新生物」の3大傷病で35.0%であるのに対し、65歳以上では「循環器系の疾患」だけで33.3%を占めている。
- なお、国民医療費には一般診療医療費のほか、歯科診療、薬局調剤、入院時食事、老人保健施設、訪問看護の各医療費が含まれる。

平成10年度・平成11年度の上位5傷病別一般診療医療費

	平成10年度		平成11年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)
一般診療医療費	234,827	100.0	240,132	100.0
循環器系の疾患	54,535	23.2	54,962	22.9
新生物	25,367	10.8	26,432	11.0
呼吸器系の疾患	18,796	8.0	20,649	8.6
筋骨格系及び結合組織の疾患	18,384	7.8	18,435	7.7
消化器系の疾患	19,133	8.1	17,843	7.4
その他	98,612	42.0	101,812	42.4

注：傷病分類は、「第10回修正国際疾病、傷害及び死因統計分類」による。

平成11年度の年齢2区分別各上位5傷病別一般診療医療費構成割合（%）



注：「その他」とは、上位5傷病以外の傷病である。