

2010年12月号

2010年もいよいよ暮れが迫って来ました。今年1年を振り返ってどんな年だったか、それぞれの思いはあるでしょうが、何より、健康で新年を迎えられそうなことが何よりではないでしょうか。お孫さんなどからサンタクロースとして期待されている方も多いことと思いますが、健康が何よりのプレゼントかも知れません。



12月定例会 既報通り「健康と元気の集い」・・・詳細 P.2

12月の定例会はすでに会報10月号からお知らせしているように、12月21日(火)、NPO法人ふるさとテレビと共催で、「健康と元気の集い」として開催いたします。99歳になられた聖路加国際病院理事長の日野原重明先生の講演を中心に、友好団体の紹介や、懇親会があります。定員までまだ余地がありますので、ご希望の方で、まだお申込みでない方は早急にお申し込みください。

11月定例会・懇親会の報告 詳細 P.3-5

11月の定例会は、16日、青山1丁目タワーのおなじみ国際医療福祉大学の大学院の大会議室において、循環器病の権威、東邦大学の山崎純一先生に「心腎連関」というテーマのお話を中心に勉強しました。多くの方が、身に覚えのある生活習慣病が原因である場合が多いこともあり、熱心に耳を傾けました。なお、梶原代表が風邪を引いて欠席と言う会になりましたが、代表は23日には予定通り、名古屋での講演をこなしました。ご心配をおかけして申し訳ありません。

その他

「難聴のいろは」・・・まだまだ不明な点の多い難聴について見てみる・・・P.6

「“ゴールド健康保険証”のススメ」・・・特定検診の受診率の差に思う・・・P.7

「ノーベル賞応用の薬! & 認知症に期待の3新薬!」・・・P.8

最近の薬の話題を2つピックアップしました

「医療は公共財かビジネスか⑧ “公共度”を国際比較に見る」・・・公的医療費の国際比較・P.9

健康医療市民会議(KISK) 代表 梶原 拓

〒105-0013 東京都港区浜松町1-12-2 東武ハイライン大門203

TEL: 03(5403)7723 FAX: 03(5403)7724 E-Mail: Info@kisk.jp URL: [http:// www.kisk.jp](http://www.kisk.jp)

お知らせ:会報は当会ホームページ <http://www.kisk.jp> の「会報」ボタンからダウンロードできます。

定例会のご案内

すでにお知らせしたとおりですが、もう一度、ご案内いたします。

「健康」と「元気」の集い



日 時：平成22年（2011年）12月21日（火）

15時（午後3時）受付開始

16時（午後4時）開会

場 所：衆議院 憲政記念館

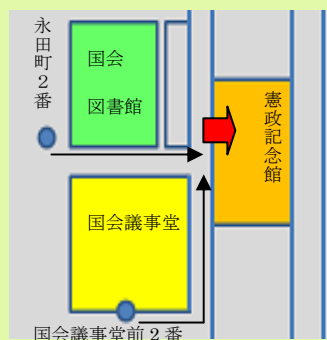
東京都千代田区永田町1-1-1

地下鉄「永田町」2番出口徒歩5分

「国会議事堂前」2番出口徒歩7分

参加費：¥2,000

懇親会にもご参加の方は合わせて¥7,000



<プログラム>

16:00-17:15 主催者あいさつおよび友好団体自己紹介プレゼンテーション

（ふるさとテレビ、健康医療市民会議、国際美健ネットワーク、
全国健身気功連盟、日本総合医学会、アクティブ倶楽部、新老人の会）

17:15-18:15 日野原重明先生 講演



「変わってきた健康の考え方と健康保持の対策」

<日野原重明先生プロフィール>

1911年山口県生まれ。1937年京都帝国大学医学部卒業。41年聖路加国際病院内科医となり、
内科医、院長等を歴任、現在、聖路加国際病院理事長・同名誉院長、聖路加看護学園理事長、財団
法人ライフ・プランニング・センター理事長など。99年文化功労者、2005年文化勲章受章。

18:15-19:45 （参加ご希望の方のみ）懇親会

<ご注意>

- ・まだ、ご参加の余地がありますので、まだお申込みでない方は添付 FAX 用紙にてお申し込みください。また、キャンセルされる方も必ず事前にお知らせください。
- ・当日、受付は「健康医療市民会議」の受付にて参加費等の手続きをしてください。
- ・懇親会ご参加の方のみ、受付にて名札をもらって着用して下さるようお願いいたします。帰りにご返却下さい。
- ・参加友好団体のテーブルが、講演まではホール隣に、懇親会中は会場隣にあり、紹介しています。団体によっては本なども販売しています。

1 1月定例会報告（メモ）

11月の定例会は、代表梶原が急な風邪で発熱と言うことで欠席し、初めて代表不在の会となりました。また、毎回司会をして頂いている小山悠子先生も、今回、経営独立に伴う多忙のためお休みということでいつもと違う雰囲気となりました。事務局からの簡単な中間報告の後、循環器病の権威、東邦大学教授の山崎純一先生から「心腎連関」のお話を聞きました。CKD（慢性腎疾患）とか（CVD）心血管疾患という用語に慣れるのに多少の時間がかかりましたが、生活習慣病に身に覚えのある人にはとても役に立つお話であったと思います。また、講演の後、会員だよりとして、(株)ラックショー社長の石橋様より水素のお話を聞きました。昨年8月の内藤先生のお話「水素の医学的効用について」の復習になりました。

1 「心腎連関」山崎純一先生

医学博士 東邦大学医療センター大森病院循環器内科主任教授。日本心臓核医学会理事長

梶原代表とは友人の岐阜県総合医療センター院長の渡辺佐知郎先生とのご縁で本日の講演ご紹介、精悍で重厚な講師のエネルギーなお話が始まりました。本会では既に高血圧、虚血性疾患、糖尿病はお話があり、私は心筋梗塞、高血圧、心不全等が専門だが、本日は「心腎連関」の話をする。血管は心臓・腎臓・脳とも相互関係があり「心脳連関」でもある。内容は「1 慢性腎疾患(CKD)の患者数の推移、2 腎機能障害とは、3 糸球体血圧の検知、4 CKD と心血管疾患(CVD) の関係「心腎連関」、5 CKD の治療」について話したい。



国民医療費 31.5 兆円。腎疾患 4.1% 高血圧 7.9% 脳血管 7.1% 糖尿病 4.8% 虚血性心疾患 2.9%。慢性透析患者 08 年 28 万人・現在 30 万人。透析患者の原因内訳は慢性糸球体腎炎 23%で減少、糖尿病腎炎は 43%で増加中。慢性腎臓病対策の重要性の背景は透析患者が今後とも増加、生命予後は一般人の 50%。週 3 回 4 時間ずつの透析は体力的にも大変。

慢性腎臓病の判断基準は 1 明らかな腎障害を尿蛋白・血液検査等で確認、と、2 糸球体[補注：腎臓は心臓からの血液 1/5 を受入れ不要物を濾過排出し血液を浄化するが、それは輸入細動脈からボウマン囊の糸球体毛細血管群に入り濾過不要物は尿管に・浄化分は輸出細動脈に排出]の濾過量(GFR) $\leq 60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$ で判断する。2 の判断には血清クレアチニン値の数値が参考に。05 年に 60ml 未満は 1926 万人、50ml 未満は 418 万人、透析患者 26 万人。リスクのステージは五段階あるが最悪の 5 腎不全は GFR15 未満。CKD の早期発見には 1 尿アルブミン 2 血圧 3 高脂血症 4 糖尿病 5 糸球体濾過量(GFR) の調査が大切。アルブミン尿は糸球体高血圧で生じ、心血管病リスク。蛋白尿は心血管病+腎不全リスク。心血管病の危険因子に追加の「微量アルブミン尿」は尿試験紙では検出困難なほど微量でも心血管病リスク上昇。

「高血圧 糖尿病 メタボ 肥満 加齢」が慢性腎臓病(CKD)発生のリスクとなる。自動調節機能破綻・糸球体高血圧をきたしうる病態は「輸入細動脈拡張(高血糖 肥満 高インスリン血症 ネフロン数減少)」と「輸出細動脈収縮(RAS 活性化 インスリン抵抗性 交感神経活性化)」。2006 年米国心臓協会(AHA)

1 1 月定例会報告（メモ）（続）

「心腎連関」（続）

は「心血管病のリスクファクターとしてCKDのスクリーニングをする」よう呼びかけた。

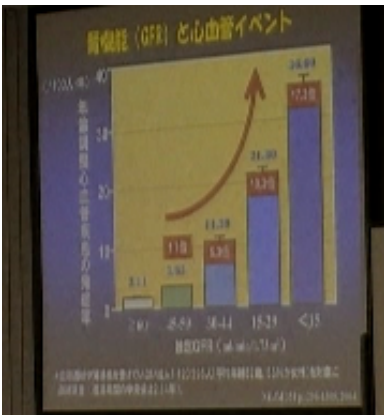
「心腎連関」即ち腎疾患 CKD と心血管疾患 CVD の関係について久山町での研究等をグラフによって 1 CKD と心血管系イベント発現率 2 腎機能 GFR と心血管イベント 3 心不全例では腎機能の低下に伴いイベント発症率が高まる 4 CKD ステージごとの心血管イベント発症率 5 心血管系イベントの発現に影響した因子(性別 年齢 脳疾患 心疾患 糖尿病 腎疾患危険因子)等の相関を講師がご説明。

「慢性腎臓病(CKD)のとらえ方」は従来は、

「腎炎等→慢性腎臓病 CKD→末期腎不全(透析)→心血管イベント」

だったが、現在は、

「高血圧に肥満・糖尿病・メタボ・高脂血症が影響→慢性腎臓病 CKD→末期腎不全→心血管イベント」の新たなとらえ方に変化している。CKD は CVD の重要な危険因子であり、「加齢 高血圧 糖尿病 メタボ 肥満 動脈硬化 慢性腎炎」が直接又は「慢性腎臓病 CKD」を経由して「心血管イベント・心筋梗塞・脳卒中等」に、一方で「慢性腎臓病 CKD」から「末期腎不全・透析療法」に。CKD で心血管系疾



患が多い理由は「高血圧:GFR の低下で血圧上昇」「心肥大:CKD 初期から心肥大が出現」「貧血:頻脈狭心症心不全心筋収縮障害を惹起」「Ca と P 代謝異常:全身血管の石灰化の惹起」「炎症:CKD の CRP 高値が心血管系疾患に関与」「酸化ストレス」「ホモシステイン」が影響。慢性腎臓病は心血管系疾患の重要な危険因子であることが明らかになり、心血管系疾患対策の上でも慢性腎臓病を減少させることが強く求められる。米国心臓協会(AHA)は、「循環器医は慢性人疾患を正しく評価し、腎臓医は慢性虚血性心疾患を正しく評価する」ことを求めている。

「慢性腎臓病(CKD)の治療・降圧療法」は、降圧目標を一般的には、高齢者は 140/90、若年・中年者は 130/85、糖尿病・腎障害者は 130/80mmHg に置く。高血圧治療の基本は、食事療法と運動療法(私は毎日 6000 歩等)による生活習慣の是正。効果不十分なときは、薬物療法を追加する。自己管理が大切。高血圧関係の主な生活習慣は塩分の取過ぎ。これで体液が増え、それを排泄しようとして血圧が上がる。また血液中の Na (ナトリウム) 濃度が上がり血管収縮や腎機能低下で血圧が上昇する。50 億年前に海に生物が生まれ、陸上に上がり人間になった。従って塩分は比較的摂取しやすい。日本人の塩分摂取量は現在 12-13g/日と多い。塩分は半分 5-6g を目標に 1-2 割ずつ徐々に減らすべき。具体的には塩分の多い食品を減らす。加工食品は多い、醤油 2.7g 味噌汁 2g スープ 1-3g ラーメン 3-4g。味噌汁も一日一杯・ラーメン汁は飲まない。次に K (カリウム) の多い野菜・豆類・果物・イモ類を増やす。K は Na を体の外に出す働きをする。カロリーを減らし肥満をなくす。減量で血圧が下がる。

慢性腎臓病 (CKD) の降圧療法の血圧を下げる目標は 130/80mmHg 未満、蛋白尿や糖尿病性腎症の場合は 125/75。原則として降圧薬は、ACE 阻害薬か ARB を使用。尿蛋白はできるだけ減少させる。降圧の違い

1 1 月定例会報告（メモ）（続）

「心腎連関」（続）

によるイベント累積発症率を通常降圧と積極降圧の Ca 拮抗薬と ACE 阻害薬の薬品別でその効果を各種のグラフでご説明。薬は毎日規則正しく飲む。

治療のまとめとして、「慢性腎臓病(CKD)は心血管疾病(CVD)の重大なリスク」を強く意識する。CKD は軽症のうちに適切な治療を、そのため早期発見を。生活習慣の改善を含め患者が積極的に治療に参加。高血圧は目標にあわせ RAS 阻害剤を、不十分なら利尿薬、CCB の併用投与も。CKD に対する CCB 投与はエビデンスのある薬剤を。CKD は特別な病態ではなく、日常臨床でよく見受けられる病態であり、それを意識するかが大切。と締め括られました。会員の多くの関心事への確りとした判り易い講話に拍手喝采が続きました。

会場から「塩分で歯磨きの粉等がショッパイが大丈夫か。自分は手の血管が細いが大丈夫か。高血圧でアルカリ水の飲料は良いか。家庭用の血圧計の標準値との関係」の質問。講師は「飲まなければ大丈夫・ソフトに時間をかけての歯磨きが大切。動脈は通常なら問題ない・静脈に血栓ができ肺にとぶことは治療必要。家庭用は 5 程度低く 130/80 にセットされているが日常生活の状態での検査となり問題はない」と回答されました。

会員だより 「水素について」株式会社ラックショー代表取締役 石橋 國鷹 様



水素の医学的効用については昨年 8 月、当時佐野厚生総合病院の内藤先生の講演では臨床例などを交えてお話をしましたが、その復習の意味を含めて、会員で、現在水素のサプリメントを取り扱っておられる(株)ラックショーの社長石橋様に改めて水素の効用について話して頂きました。

現代生活の中では、環境汚染、食品添加物、ストレス等々、体内に活性酸素を発生させる要素が非常に多い。活性酸素は体などの異物を取り除く働きをする等生命には不可欠の要素であるが、過剰にあるのが問題である。この過剰な活性酸素が細胞をがん化させる等の病気を引き起こす働きをしている。活性酸素を除去する食品はいろいろあるが、ダイレクトに活性酸素をマイナス水素イオンで中和させるのがもっともよい。

また、加齢に伴って自己免疫力が落ちている。水素にはこの自己免疫力を高める効果もある。したがって、病気の予防に素晴らしい効果がある。水素は活性酸素の除去にはとてもよいが、もちろん水素だけではだめで、バランスのとれた栄養、適度な運動、十分な睡眠も必要。水素には熟睡を促す効果もあるし、寝覚めが良い。

水素をミネラルなどに吸着させ、水中で水素イオンを発生する仕組みのサプリメントを勧めているが扱っているサプリメントは酵素も配合しており、今のところ最高の水素サプリメントと自負している。

難聴のいろは

よくわかっていない実態・原因・治療法

最近、会員の中にも難聴のため定例会に出ても話がよく聞こえないという方がおられたので、難聴について、ネットでいろいろ調べてみました。その結果、残念ながら、実態、原因、治療法、予防法に至るまで、まだわかっていないことが多いということが分かりました。エコブームで近年電気自動車も増えると予想されますが、電気自動車は静かすぎて危険ということでエンジン音に似た音を出させる車も開発されているほど、やはり、音は大事。基本的なことは理解しましょう。

まずは、難聴患者の数ですが、耳の病気は直接命にかかわるといことが少ないので治療に熱心でないこともあり、また、難聴とはどういう状態なのかがきちっと定義されていないため実際のくらの人が難聴なのかも正確な統計がないのが実情のようです。厚生労働省の平成18年度身体障害者実態調査（1万人足らずのサンプル調査）の結果では、聴覚障害者は推定34万人。以前報告した目の病気白内障の92万と比べかなり少なく、また、実際に耳鼻科で治療を受けるのは年間1万5千人程度のようなので、患者自身が治療を疎んじていることは感じます。一方、補聴器の販売台数は年40～50万台と言われており、その耐用年数から見れば、200～300万人の人が使っていると推定出来るし、厚生労働省も実際は、600万人程度が難聴ではないかと見ているようです。

難聴には聴力レベルに応じて、軽度難聴（26dB以上の音が聞こえる）、中度難聴（40dB以上の音が聞こえる）、高度難聴（70dB以上の音が聞こえる）、ろう（聾）（90dB以上の音が聞こえるか全く聞こえないか）と分ける分け方があります。

また、内耳から大脳中枢にかけての音を感じる器官の障害から来る感音性の難聴と、鼓膜、中耳、外耳などの音を伝える器官の障害から来る伝音性の難聴、感音性と伝音性を併せ持った混合性難聴と分ける場合もあります。感音性の難聴には、メニエール病、突発性難聴、抗生物質等薬の物中毒、騒音性難聴、遺伝性難聴などがあります。加齢により大脳、中枢神経が衰える場合は、特に、老人性難聴とよんでいるようです。伝音性難聴は、中耳炎や外耳炎などが大きな要因で、音響難聴も含まれるようです。混合性難聴はこれらの合わさったもので、中耳炎がひどくなり内耳にまで及んだ場合がその例と言えます。



さて、治療の方法ですが、感音性の難聴でもメニエール病とか突発性難聴については、薬剤による早期治療により、治癒する場合も多いようです。しかし、一般的には感音性の難聴は治療が難しいとされています。これに反して、伝音性の難聴は、例えば中耳炎や外耳炎は耳鼻科に行けば比較的治療が可能であるし、例えば鼓膜に穴があいても、入院もしないで、人工的に塞ぐことが出来るようになってきました。もちろん、単に耳垢が塞いでいるだけの場合もあるので耳鼻科で取ってもらえば簡単に戻ります。

結局のところ、難聴を感じたら早期に医師に相談することは大切ですが、その結果、治療は難しいという場合には、補聴器に頼ってもいいのではないのでしょうか。

“ゴールド健康保険証” のススメ

特定健診受診率の差に思う

生活習慣病が病気の上位を占め、その予防や早期発見こそ国民医療費削減の最も効果的な近道ということで平成 20 年度より特定健診の制度がスタートした。特定健診とは、保険者が主体となって 40 歳～74 歳の加入者の生活習慣病に関する健康診断とか保健指導を行い、生活習慣病を減らそうと言うものである。また、その促進のために、受診率の目標の達成具合に応じて平成 25 年度より後期高齢者支援金で加算、減算などのインセンティブ/ペナルティを保険者に対して与えようというものである。その初年度の実施の状況の詳細が今年の 8 月末によく厚生労働省より発表された。それによると特定健診の初年度の受診者は対象者 5,190 万人に対し、1,990 万人、受診率は 38.3%であった。政府の目標値は平成 24 年度までに、もっとも低い国保でも 65%で、目標の半分と低い水準だが、ここでは、その受診率の保険者間の較差に注目する。



まず、保険者の種類で見ると、公務員などが作る共済組合は受診率 58.7%、大手企業などが作る組合健保は 58.0%と高く、小規模企業の全国健康保険協会が 29.5%、市町村国保が 30.8%と低い。管理が行き届いた組合は受診率が高く、行き届かない組合では 2 倍の差がある。共済組合や大手企業の組合では 80%～90%前後の高率を誇る組合も多い。

次に、市町村国保を例に見てみると、全体の平均は 30.8%であるが、都道府県別に見ると、受診率が高いのが、宮城 (47.5%)、東京 (41.7%)、富山 (41.2%)、などが上位に並び、和歌山 (17.5%)、広島 (17.6%) 北海道 (20.9%)、山口 (21.3%) などが下位に並ぶ。宮城と和歌山では 3 倍近い差がある。市町村単位で見ると 80%を超える受診率を示す市町村もある。あえて公表されていないが、計算上、10%にも満たないところも結構多いと思われる。

これだけ違うと言うことは、結局加入者の意識の違いであり、それぞれの保険者、自治体の首長の加入者への意識付けの違いと言うほかはない。初年度の結果であわてて対策を講じる保険者、自治体の首長も出てくると思うが、やはり、加入者への徹底の難しさはある。

一つ提案として、保険者ではなく、いっそ加入者個人へのインセンティブ、ペナルティを入れてはどうか。対象期間中、毎回受診したのに、後期高齢者になって、怠慢な保険者や、非受診者のために犠牲になるのはおかしい。受診した人には保険料を安くするとか、場合によっては病気になった場合に治療費を安くするなどの案が考えられる。予防や早期発見が医療費削減に有効という論理からすれば、それに貢献した人にはそれなりの報いがあるのもよいし、逆に、健診をさぼって結果的に余計医療費を使う人にはマイナスの報いがあるのもよいと思う。運転免許証で言えばゴールドカードがあって有効期限のベネフィットがあるようにゴールド健康保険証を作ってベネフィットを持たせてもよいのではないか。

今後の課題は、健診項目と病気との相関のさらなる研究と充実、管理事務の問題、止むを得ず健診を受けられない人のことなどはあるが、解決可能な問題で、一方、加入者の意識は随分変わると思う。国民医療費は間違いなく増加するが、少しでも効率的に上げることにもなると思う。

国民健康保険 被保険者証

山田 太郎

GOLD

薬の話題を2つ

ノーベル賞応用の薬 / 認知症に期待の3新薬

<ノーベル賞応用の薬！>

一般的にノーベル賞が私たちの生活にどんな関係があるかは間接的でピンと来ないことも多いのですが、今年のノーベル化学賞を受賞された根岸英一先生、鈴木章先生らの開発された「クロスカップリング反応」についても化学に疎い人たちにとっては馴染みのない言葉で、説明を聞いても簡単に理解できるようなものではありません。しかしながら、「クロスカップリング反応」は新しい物質を作る上で応用範囲が大変広く、結構身近なところにもその成果が色々見られるようです。最近では、液晶パネルの材料を作るのに応用されているので、テレビやパソコンなどを通して世界経済に巨額のインパクトを与えていることが目立ちますが、医療の世界でも大変お世話になっているようです。特に高血圧の薬、メルク社の「ロサルタン」、ノバルティス社の「ディオバン」は、ともに「クロスカップリング反応」を利用した薬品として知られていますが、ともに売上数千億円を誇るヒット商品です。皆様の中にもお世話になっている方もおられるでしょう。また、ファイザー社の関節リウマチ薬とかブリストルマイヤーズスクイブ社の抗ウィルス薬にも同反応が応用されているとのこと。甚大なる社会への貢献、両先生に感謝ですね。



<認知症に期待の3新薬！>



今まで国内には、アルツハイマー型認知症の薬として承認されたのは1999年に発売された「アリセプト」しかありませんでしたが、今年2月には、すでに海外では広く使われている「ガランタミン」「リバスチグミン」「メマンチン」という3つの薬が、日本でも製造販売の承認の申請がされました。承認までは1年はかかるとのことですから、相変わらずドラッグラグの問題は顕著で不満はありますが、認知症の患者さんを抱える家族の方は、もう少しですから期待して頑張りましょう。

「ガランタミン」はベルギーのヤンセン社が開発、ラップズイセンが原料のようで、アリセプトより臨床成績が良かったとのこと、軽度から中程度のアルツハイマー症に効くようです。日本ではヤンセンと武田が共同で売るようです。「リバスチグミン」はノバルティス社と小野薬品の共同開発。経口薬と貼付剤があり、アリセプト同様、記憶や思考に大切な脳内神経伝達物質であるアセチルコリンの分解酵素であるコリンエステラーゼを阻害することによって効果を発揮。「メマンチン」は第一三共（厳密にはその子会社）が10年以上前にドイツのメルツ社から導入したものを元に開発。他の認知症薬と異なり、神経伝達物質の分解酵素の阻害によるのではなく、神経細胞を保護することにより、高度～中度の症状の改善に有効とのこと。

医療は公共財かビジネスか

⑱ “公共度” を国際比較に見る

医療は公共財かビジネスかを考える時、公的医療費がどのくらい使われているのも一つの指標として考えることが出来る。ここで言う公的医療費とは、税金や公的な医療保険で賄われた医療費である。下表はおもな先進諸国の公的医療費に焦点を当てたもの。日本が医師不足とか医療崩壊が近いなどという現状を示すものとしてよく使われるのが GDP に占める医療費の割合で、先進国では日本より少ないのは韓国ぐらいだと批判されているが、GDP に占める公的医療費部分をとっても傾向は同じで、保険料が高いと嘆いても数字上は先進諸国に比べて少ないことは間違いない。フランスを初め、ヨーロッパの主要国は GDP の 8%前後の公費負担が当然となっている。

アメリカは、民間の医療保険の役割が大きいイメージがあるが、医療費が高いこともあり、GDP 比では全医療費が 16.0%と断然抜けており、税を中心とした公的医療費でさえ 7.4%と日本をかなり上回っていることも見逃せない。共和党が「社会主義は要らない」と言って公的医療保険の強化に反対していた国でさえ、社会が相対的に日本より多くの負担をしていたと言える。

見方を変えて、全医療費に占める公的医療費の割合から公共性の度合を見ると、デンマークの 85%など、日本を含め、多くの国では 80%前後が公的医療費となっており、医療は 8 割は公共財であるという見方が先進国間では共通の認識であるとうかがえる。アメリカは例外で 46%、つまり半分以上が自費と言うことはアメリカでは病気は自己責任という意識が強い。韓国も 55%と低い、全医療費がまだ他国に比べて少ないと言う問題が先決で、高齢化、長寿命と相まって、医療費は他の先進国の倍のスピードで伸びていると報告されている。

さて、日本はどの方向に進むのか。最近の行政の動きを見ると、GDP に占める全医療費の比率は上げて行く方向には思えるが、財源の問題が余りにも大きく、高齢者の健康保険による診療の自己負担率をちょこちょこ上げる政策を見ても、他の先進諸国並みの数字は遠いと感じてしまう。

(公的医療費国際比較 OECD 調べ・2008 年)

	GDP に対する 公的医療費%	GDP に対する 全医療費%	全医療費に占める 公的医療費%
フランス	8.7%	11.2%	78%
ドイツ	8.1%	10.5%	77%
デンマーク	8.2%	9.7%	85%
スウェーデン	7.7%	9.4%	82%
アメリカ	7.4%	16.0%	46%
カナダ	7.3%	10.4%	70%
イギリス	7.2%	8.7%	83%
日本	6.6%	8.1%	81%
韓国	3.6%	6.5%	55%

なお、公的医療費負担の方法にも、国ごとに違いがあり、イギリスは税、アメリカも税が中心で、フランスやドイツは社会保険が圧倒的な比重を占めている。また、価格決定の方法も予算や協約に基づく、「公定」に属する決め方が殆どだが、アメリカだけは自由競争中心の価格と言えよう。

FAX: 03-5403-7724

(健康医療市民会議宛て)

『「健康」と「元気」の集い』

12月21日(火)

参加申込用紙

送信日: 月 日

ご氏名:

12月21日(火)の『「健康」と「元気」の集い』に、

1. 参加します 2. 参加しません

懇親会に、

1. 参加します 2. 参加しません

同伴者、ご連絡事項等あればご記入ください。

健康医療市民会議にご登録のない方は下欄にご記入ください。

所属企業(団体)部署等:

TEL:

FAX:

<ご注意>

この参加申込用紙は「健康医療市民会議」からのご案内によりお申し込みになる方の申込用紙です。当日は「健康医療市民会議」の受付にて、会費を納入の上、領収書をお受け取りください。共催の「ふるさとテレビ」からのご案内により参加される方は「ふるさとテレビ」の事務局にお申し込みになり、当日も、「ふるさとテレビ」の受付にて手続を済ませてください。

H22・9

健康医療市民会議(KISK) 代表 梶原 拓

〒105-0013 東京都港区浜松町1-12-2 東武ハイライン大門203

TEL: 03(5403)7723 FAX: 03(5403)7724 E-Mail: Info@kisk.jp URL: http://www.kisk.jp

12M

