

ヘルスリサーチニュース

目次

第10回(平成13年度)助成案件公募を締切る	(P 1)
第8回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択	(P 1)
研究等助成受領成果報告-国際共同研究助成3編、短期招聘1編	
日本とタイにおける地域住民の健康教育による喫煙行動と健康障害の変化に関する比較研究	
- EBMの観点から調査 -	(P 2)
WHO国際障害分類改訂に関する国際共同研究 - 特に「障害の主観的次元」の導入に関連して	(P 4)
日米の市民を対象にした質的手法による医療ニーズの構造分析および医療ニーズの形成過程における	
文化的・社会的背景の影響に関する考察	(P 8)
薬物使用のアウトカム研究において、記録連携システムの利用から得られた教訓	(P13)
第8回ヘルスリサーチフォーラム プログラム内容決定	(P15)
第8回ヘルスリサーチフォーラム 開催のお知らせ	(P16)

第10回(平成13年度)助成案件公募を締切る

第10回(平成13年度)の研究助成案件の公募は7月31日で締め切りました。応募件数は合計176件で昨年より3件増加しました。そのうち国際共同研究の応募件数が15件増加し、海外派遣の応募件数は16件減少しました。

平成10年から従来のヘルスリサーチの研究分野「全般」から時代のニーズにあった研究領域(1. 制度・政策に関する研究 2. 医療経済に関する研究 3. 保健医療の評価に関する研究 4. 保健医療サービスに関する研究 5. 保健医療資源の

開発に関する研究など)への募集を行い応募者の申告による集計ですが保健医療サービスに関する研究53件、医療資源の開発に関する研究39件、医療の評価に関する研究32件等で募集案内に示した5つの研究領域への応募が88%を占めました。

応募された助成案件は選考委員会で検討・選考の後、理事会に報告・決定され、その結果は採否にかかわらず10月中旬頃、申請者本人および推薦者に通知されます。

	応募件数	前年度
国際共同研究	112	97
海外派遣	50	66
短期招聘	11	9
中期招聘	3	1
合計	176	173

第8回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択

本年度のヘルスリサーチフォーラム(11月10日(土)開催)で発表される一般演題募集には24題の応募があり、8月17日(金)開催の組織委員会で下記6題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

- 「治療医療機関の種別・規模による食道がん患者の生存率較差」
大阪府立成人病センター調査部調査課 課長補佐 田中 英夫
- 「OECD A System of Health Accounts (SHA) 準拠の医療費推計に関する研究」
財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 主任研究員 石井 聡
- 「最近の米国ホスピス政策の動向 - 1997年財政均衡法を中心として -」
一橋大学大学院法科学部研究科公共関係法専攻博士後期課程1年 今村みづ穂
- 「高齢社会におけるGender - specific Medicineの日米比較」
千葉県立東金病院 内科 院長 平井 愛山
- 「疾病死亡率の性年齢階級別に見た都道府県の分布特性と米国州別分布特性の比較、及びその比較に基づき算定された達成可能な死亡率曲線と削減目標死亡数による医療施策評価の提案」
千葉県健康福祉部 理事 瀬上 清貴
- 「寿命の長期化は老人医療費増加の要因か？」
社団法人・日本経済研究センター 研究員 鈴木 亘

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成3編、短期招聘1編 -

平成11年度国際共同研究

日本とタイにおける地域住民の健康教育による 喫煙行動と健康障害の変化に関する比較研究 - EBMの観点から調査 -

研究期間 1999年10月1日～2000年9月30日

代表研究者 東海大学医学部地域・環境保健系地域保健学部門 教授

岡崎 勲

共同研究者 神奈川県立厚木病院内科、東海大学医学部地域・環境保健系地域保健学部門

伊藤 俊

東海大学医学部地域・環境保健系地域保健学部門

古屋 博行

Asean Institute for Health Development, Mahidol University Som-arch Wongkhomtung

はじめに

禁煙がいわゆる生活習慣病を予防し、各種癌の罹患を予防することはこれまでの各種大規模臨床試験からも証明されている。WHOでも禁煙の健康教育を健康増進の第一の戦略としてあげている。

日本では男性の喫煙率が57%と欧米諸国に比し約2倍高い。また女性においても以前は欧米諸国より著しく低かったが、近年漸増傾向にあり、約14%に達している。禁煙に関する教育は以前よりも多様化し、禁煙外来も登場するようになっているが、成果を上げているところはまだ少ない。その理由はなぜだろうか。今まで欧米諸国との比較検討はなされたことがあるが、我々は今回同じアジア諸国であるタイと比較することでその原因を検討したので報告する。

調査方法

神奈川県厚木市および海老名市在住の住民から各年齢層（20歳代、30歳代、40歳代、50歳代）から男女約100名ずつ抽出し、あらかじめ作成した質問表に記入していただいた。またタイにおいてはバンコク郊外の住民から同様の年齢層より男女100名ずつ抽出し、同内容の質問表に記入していただいた。質問表の解析は東海大学医学部地域保健学及びMahidol大学アジア健康開発研究所でそれぞれ行った。統計学的検討はStatView5.0Jを使用し、分割表検定にて行った。有意水準を5%とした。

結果

回答数は日本で619名（男性285名、女性334名）、タイで591名（男性293名、女性288名）であった。年齢別の検討では日本の40歳代男性がやや少なかったが、統計学的有意差を認めなかった。

健康のために心がけていることとして、両国とも「食生活」が最も多かった。また日本で有意に多かった答えとして、「運動」「ストレス回避」「睡眠」「禁煙」があげられた。健康に関する情報の入手先としては「メディア」を挙げた答えが両国共に圧倒的であった。家族の喫煙状況については日本で「いる」人が多かったのに対し、タイでは「いない」と答えた人が多かった。内訳を見ると、両国共に「父親」と答えた人が多かった。タイでは「兄弟」が多く、男系家族が多かったのに対し、日本では「配偶者」を挙げた人が多かった。

喫煙状況について、喫煙歴のある割合ではタイが57.7%と日本（55.7%）をやや上回っていた。日本ではタイにくらべ禁煙した人が多く、一方タイでは節煙の割合が多かった。

喫煙開始年齢について特徴的だったのはタイにおける10歳代の高さである。日本での42%に比し、66%を占めていた。喫煙の動機としては日本・タイともに「好奇心から」と答えた人が多かった。日本では「何となく」の答えも多かった一方、タイでは「人に勧められた」もめだった。1日の喫煙本数ではタイの 6.52 ± 8.71 本に対し、日本では 19.3 ± 10.5 本と3倍近く喫煙していた。喫煙の理由につ

いての問いに対しては、「習慣的に」と答えた人が両国ともに最も多かったが、タイでは「気分が落ち着くから」「口寂しい」の答えも多かった。

「主流煙」「副流煙」と言う言葉について日本での理解度は比較的高く、過半数がなんらかの形で知っていたが、タイでは63%の人が知らなかった。

禁煙の試みについては両国共に「考えたがしなかった」人が最も多かった。タイでは1回実行した人が多いのに比し、日本では実行した回数が多い傾向にあった。禁煙の動機については両国共に「タバコの害を知った」または「体の具合が悪い」と挙げた人が多い。ただしタイでは「周囲に言われた」と答えた人も多かった。禁煙方法としては「我慢」と答えた人が両国とも最多でほぼ半数を占めた。次に「ガムや飴」と口寂しさを紛らわす手段を挙げた人が目立った。ニコチン補充療法を挙げた人はごくわずかであった。禁煙時の症状については「イライラする」と答えた人が両国とも最も多く、タイでは「怒りっぽい」も目立った。一方両国ともに26%の人が「症状無し」と答えていた。

ストレスについても調査した。ストレスを感じる時としてはタイでは「金銭関係」が34%を占め、以下「家庭内」「社会的」と続くのに比し、日本では「社会的」が約60%と過半数で、「家庭内」とあわせてほとんどを占めている。解消法としてはタイでは仕事を挙げる人が多く、日本では趣味を挙げる人が多いという結果であった。

次に日本の集計結果をさらに禁煙に関して4群に分け、それぞれについて集計を試みた。非禁煙群が292名（男性62名、女性230名）、既喫煙群（禁煙した群）121名（男性76名、女性45名）、試禁煙群（禁煙を試みたが止められなかった群）105名（男性68名、女性37名）、喫煙群166名（男性125名、女性41名）であった。男性に関しては各年代共に喫煙者が多いが、非喫煙群は若年代の方が目立った。また50歳代に禁煙者が目立った。また逆に女性では若年程喫煙者が多く、30歳代に禁煙者が目立った。

健康のために心がけていることとして、非禁煙群における「食生活」の割合は有意に高い。既禁煙群、試禁煙群、喫煙群において目立ったのはそれぞれ「禁煙」「運動」「なし」であった。健康に関する情報の入手先としては「メディア」を挙げた答えが各群共に圧倒的であった。家族の喫煙状況については各群ほぼ半々であり、有意差は見られなかった。内訳を見ると、「父親」が4群ともに高い比率を占めている。ただし非喫煙群では「配偶者」が上回る。試禁煙群及び喫煙者では他群より「母親」「兄弟」の比率が高かった。

喫煙開始年齢について喫煙群で10歳代が47.4%、20歳代が43.0%と10歳代の喫煙が多いのに比べ、既禁煙群では10歳代32.6%、20歳代60.7%と禁煙ができた群ほど若年喫煙の割合が低かった。喫煙の動機としては「好奇心」と答えたのは特に喫煙者に多く、「何となく」と答えたのは試禁煙者に多かった。1日の喫煙本数では喫煙群が 23.0 ± 17.3 本と他の2群に比し、やや多めだが、有意差は認めなかった。喫煙の理由として「習慣的に」と答えた人が3群共に多かった。「主流煙」「副流煙」と言う言葉についてだが、既喫煙群ほど言葉の理解度が高く、喫煙者ほど知らない傾向が見られたが、有意差は認めなかった。

禁煙の動機については喫煙群では多くが「タバコの害を知った」と答えているが、試禁煙群および既禁煙群では「体の具合が悪い」の回答が目立った。禁煙方法については二国間の比較と同様「我慢」を挙げた人が各群共に多かった。既禁煙群程「我慢」の割合が高かった。禁煙時の症状については「イライラする」「怒りっぽい」などの精神的な禁断症状が特に喫煙群に多く見られた。一方既禁煙群では「症状無し」「食欲がます」と答えた人が多かった。

ストレスを感じる時は各群とも「社会的」を挙げたが、その傾向は特に喫煙群程目立った。非喫煙群では「家庭内」と答えた人も多かった。また解消法としては「趣味」が最多で以下「スポーツ」「カラオケ」と続いた。また非喫煙群では「おしゃべり」も目立ち、それ以外の3群では「飲酒」が目立った。

考 察

日本での喫煙率については日本たばこ産業株式会社（以下JT）の平成12年のデータでは男性53.5%、女性13.7%となっている。タイで男系家族が吸っていると挙げた人が多かった背景として、タイにおける男性の喫煙率の高さ、及び女性の喫煙率の低さが挙げられる。喫煙群間でも喫煙群に

種々の家族を挙げた割合が高かったこととして、もともと周囲ですべている環境があり、喫煙しやすい状況ができ上がっていた可能性が推測できる。1日当たりの喫煙本数ではJTのデータでは8.87本であり、かなりデータに差が見られる。

タイでの答えとして注目される点として、喫煙の動機にも禁煙の動機にも「周囲の人にすすめられて」という答えが比較的多かったことが挙げられる。日本より周囲の言動が行動に影響を受けやすい理由ははっきりしないが、禁煙教育の波及につながりやすいかも知れない。

禁煙の動機で喫煙群と、試禁煙群および既禁煙群とで傾向に差がみられたこととしてタバコの手を頭で知っていても実際に自分の体に影響が出ないと禁煙行動に走りにくいという、喫煙の持つ依存の根深さが伺われる。また禁煙手段については特に手段を持たず我慢だけで乗り切ろうとする傾向が見られ、喫煙群ほど精神的依存症状が出やすいために禁煙を継続できず、禁煙中比較的楽な症状だった人程禁煙を継続できるようなのである。今回ニコチン補充療法に関する質問を用意しなかったが、この知名度が上がれば、もう少し容易に禁煙が継続できるかもしれない。

ストレスの原因と解消法で二国間に差が出たのはタイでは生活が厳しく、仕事以外の余暇が過ごしにくい環境にある可能性が示唆された。他方、日本では最近の不景気の影響は実際に家庭には生活が厳しくなるまでにはいらず、余暇を楽しむ余裕があることが考えられる。非喫煙群に「おしゃべり」が目立ったのは、女性の占める比率が高く、喫煙群に「飲酒」が多かったのは男性の占める割合が高かったことが考えられる。

結 語

我々は日本とタイにおいて喫煙行動と健康障害に関するアンケート調査を実施し、以下の結果を得た。

1. 喫煙歴のある割合はタイでは57.5%、日本では55.7%であった。また、1日の喫煙本数ではタイでは 6.52 ± 8.71 本、日本では 19.3 ± 10.5 本だった。
2. 両国ともタバコの手を頭で知っていても実際に自分の体に影響が出ないと禁煙行動に走りにくいという、喫煙の持つ依存の根深さが伺われた。
3. 両国とも禁煙手段については特に手段を持たず我慢だけで乗り切ろうとする傾向が見られ、喫煙群ほど精神的依存症状が出やすいために禁煙を継続できず、禁煙中比較的楽な症状だった人ほど禁煙を継続できた。
4. 知識の啓蒙は特にタイに於いては効果的かも知れないが、両国とも比較的楽に禁煙を止められるようなニコチン補充療法のなお一層の普及が望まれた。

平成11年度国際共同研究

WHO国際障害分類改訂に関する国際共同研究 - 特に「障害の主観的次元」の導入に関連して

研究期間 1999年11月1日～2000年10月31日

代表研究者 (財)日本障害者リハビリテーション協会 副会長

上田 敏

共同研究者 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部 部長

大川 弥生

世界保健機関(WHO)国際障害分類担当部門 責任者

T. Bedirhan Ustun

はじめに - 本研究の背景

世界保健機関(WHO)は1980年に国際障害分類初版(ICIDH)を発表した¹⁾。これは国際疾病分類(ICD)、すなわち1893年に初めて「国際死因分類」として始まり、その後改訂を重ねて、現在第10版であるICD-10が広く用いられている権威ある国際分類への補助分類として作られたもので、疾患構造の変化(急性疾患の減少、慢性疾患の増加、障害をともなうものの増加)、寿命の延長、また障害者の権利の尊重などの、保健領域における大きな変動を反映し、それに適切に対処しようとする努力のあらわれであった。

この国際障害分類初版は、「障害の構造」、すなわち障害を機能・形態障害(impairment)、能力障

害 (disability) 社会的不利 (handicap) の3つのレベル (階層) に分け、それらの階層間の相互依存性と相対的独立性とを明らかにした点で画期的であり、リハビリテーション医学をはじめとする臨床医学一般、障害者福祉をはじめとする社会福祉一般、障害者にかかわる行政、また障害者運動等の広い分野に大きな影響を与えた。

しかし同時にこのような優れた特徴は評価しつつも、なお残る問題点を指摘する建設的な批判が起こることもまた避けがたいことであった。これには1) 主観的障害の重要性の指摘 (上田、1981) 2) 障害、特に社会的不利の発生における環境因子の重要性の指摘 (カナダ・ケベック・グループおよび各種障害者運動、1981-89) 3) 社会的不利の分類が不備であるとの批判 (実際に他の分類が100-200項目であるのに社会的不利の分類は僅か7項目であり明らかに不備であった) 4) 作成過程に障害者が参加していないという批判、5) 欧米の文化のみを念頭におき、アジア・アフリカ・ラテンアメリカなどの文化を考えていないという批判、等、さまざまなものがあった。

なかでも本研究の代表研究者である上田は、障害分類初版の発行の次の年 (1981) に、機能・形態障害、能力障害、社会的不利の3つの階層を分けたことは非常に重要であったが、これらは結局障害全体の中の客観的側面に属するもののみを取り上げたものであり、それに劣らず重要な障害の主観的側面 (体験としての障害) を無視している点に問題があることを指摘した^{2), 3)}。

これらの批判にこたえて改訂作業がWHOを中心に1992年から世界各国の国際障害分類協力センター、多数のテーマ別タスクフォークが協力して始まった。わが国でも上田 敏、佐藤久夫、大川弥生らによってWHO国際障害分類日本協力センターがつくられ、年次国際改定会議への積極的参加、ベータ1案、ベータ2案の2回にわたるフィールドトライアル、第6回国際改定会議の開催 (1998年3月、東京)、ベータ2案の翻訳⁴⁾、シンポジウムの開催を含む種々の普及活動、等を行ってきた。この間において毎年の年次改定会議、またその間の各国協力センター会議等の場で我々は主観的障害の問題の重要性を改めて力説した。オーストラリア協力センターなどもこの問題の重要性に賛同し、その結果、われわれ日本の研究者とWHO本部の国際障害分類担当部門責任者のT. Bedirhan Ustun 博士との共同研究が発足したものである。

1. 研究計画ならびに分担

研究は1) 上田による、問題の理論的整理と分類素案の作成、2) 大川による、実際の障害者における客観的障害と主観的障害、ならびにこれら両者の相互関係に関する実態調査とその分析、3) Ustun 博士による主観的障害に関する国際的研究の調査、4) 上田とUstun 博士との討論による以上の研究成果の総括という内容で、1999年 (平成11年) 11月から2000年 (平成12年) 10月にかけておこなった。

2. 障害の主観的次元の定義

上田はこれを次のように定義した。なお疾患および3レベルの客観的障害を示す用語は改定後の新しいものを用いている。

「障害の主観的次元とは、健康状態 (疾患、妊娠、高齢、等) 3つの客観的障害 (機能・構造障害、活動制限、参加制約) および不適切な環境因子のすべての主観への反映 (体験) であり、これらの問題に対する個人の認知的・情動的・動機付的な反応として生じてくる。これは受動的なものではなく、その人の人格特徴、人生経験、価値体系、自己像、理想、信念、人生の目的等に基づいた能動的な反応であり、実存としての人間のレベルでとらえた障害である。」

3. 「生活機能と障害の主観的次元の分類」素案

上田は従来の理論的・実証的研究および臨床経験、また次に述べる大川による実証的研究、さらに国内外の研究の批判的吟味に基づいて、次のような分類素案を作成した。なお、障害者のマイナスの面 (障害) だけを見るのではなく、プラスの面 (正常機能・能力・社会的役割) をも重視し、環境についてもマイナス面 (障害因子) だけでなくプラス面 (促進因子) をも見べきだという改定版の思想に立って、人間生活のプラス面の包括用語である生活機能 (functioning) の語を加え、「生活機能と障害の主観的次元」と呼ぶことにした。

1) 基本的構成

以下に示すように全9章からなり、うち1 - 5章は健康状態、客観的障害、環境因子に対する一対一の満足度であり、6章以下は包括的・総合的な心的状態・姿勢・基本的生活態度を示すものである。

- 第1章 健康状態に関する満足度
- 第2章 心身機能・身体構造に関する満足度
- 第3章 活動に関する満足度
- 第4章 参加に関する満足度
- 第5章 環境因子に関する満足度
- 第6章 自己の価値と人生の意味
- 第7章 身近な人との情緒的な関係
- 第8章 社会・グループへの帰属と受け入れ
- 第9章 基本的生活態度

2) 第6章以降の分類項目

第1 - 5章は、それぞれ対応する客観的存在（健康状態、客観的障害、環境因子）に対応する個別項目的あるいは包括的（自分の置かれている環境全体について、等）な満足度であり、既存の分類を準用できるが、6章以降については全く新しく作る必要がある。以下がその素案である。

(1) 第6章 自己の評価と人生の意味

- 自尊心が高い 低い（劣等感がある）
- 自分には価値があると思う そうは思わない
- 人生には意味があると思う そうは思わない
- 自信をもっている 自信がない
 - 自分の能力について
 - 自分の人柄について
 - 自分の外見について
- 信念（宗教的、倫理的、政治的、等）をもっている もっていない
- 生きる目的・目標・大望・使命感をもっている もっていない
- 将来に希望をもっている もっていない
- 人生に興味をもっている 興味がない

(2) 第7章 身近な人との情緒的な関係

- 愛している 憎んでいる
- 愛されている 憎まれている
- 信頼している 不信をもっている
- 信頼されている 信頼されていない
- 感謝している 恨んでいる・怒っている
- 感謝されている 恨まれている
- 幸福である 不幸である
- 他の人の幸福を喜んでる ねたんで（嫉妬して）いる
- 人生を楽しんでいる 楽しんでいない（悲しんでいる）
- 自立しており人に動かされてはいない 人に動かされている
- 人と交わりたい 交わりたくない

(3) 第8章 社会・グループへの帰属と受け入れ

- 周囲から受け入れられている 排除されている
- 周囲から賞賛されている 非難されている
- 普通に扱われている 特別視されている
- 他人の役に立っていると思う 他人のお荷物になっている
- 仲間・世間とうまくいっている 孤立感・孤独感をもっている
- 自分の現状には他人に責任・罪があると思う 誰にも責任・罪はないと思う 自分に責任・罪があると思う

自分が罰を受けるいわれはないと思う 当然の罰を受けていると思う
 自殺など考えたことはない 自分などいない方がよいと考えたことがある 自殺を考えたことがある 自殺を試みたことがある

(4) 第9章 基本的な生活態度

自分の状況をよく把握している よく把握していない
 自立心が強い 依存心が強い
 困難に直面する 困難から逃避し否認する
 困難とたたかう あきらめる
 解決法を自分で工夫しようとする 解決法を外に求める
 何事も自分の責任で決定する 決定の責任を他人に委任する
 現状を前向きに受容している 現状について嘆き悲しんでいる

4. 生活機能と障害の主観的次元に関する実証的研究

大川はリハビリテーションを受けた後自宅生活に復帰した脳卒中片麻痺患者とその家族（配偶者）全343組について、上田・大川が障害構造に則って作成し標準化した「包括的QOL評価表」によるQOL（この場合生活機能および障害と同義）の評価を行ない、1）客観的障害と主観的障害との間には相互依存性とともに相対的独立性とが存在するため、別個に独立に評価する必要がある、2）本人の障害が家族に障害を引き起こし、それが本人の障害を一層複雑にし悪化させるという「悪循環」が起こるが、その際客観的障害と主観的障害とは複雑に相互作用する、3）日常生活行為（ADL）と人生の質（QOL）の向上を目的とする「目標指向的リハビリテーション・プログラム」によって客観的障害のみならず主観的障害も大きく解決される、4）特に「障害の受容」に向けたアプローチにより、客観的障害の改善程度を上回る主観的障害の改善を実現することができる、等の興味深いデータを得ることができた。

5. 国際的文献調査

Ustun 博士は、自身が作成に携わったQOL（人生の質）評価法であるWHO-QOL（全項目の約半数が客観的障害、残りが主観的障害に関するもの）ならびにその他の障害の主観的次元あるいは主観的QOLに関連する各種のテスト、評価法等を検討し、これらを上田の分類素案（上記）と比較した。その結果多くの評価法においては障害の階層性の認識が不十分であり、ことなる階層に属する障害項目を混在させている（客観的障害の3階層間あるいは客観的次元および主観的次元間）場合がほとんどであり、また包括性についても不十分であり、それらの点で上田の素案が優れているとの結論に達した。

6. 結論

以上の研究の結果、結論として、1）障害者のニーズを総合的・包括的に把握し、それに立って適切なサービス・施策を実施するためには、客観的障害にとどまらず、主観的障害をも把握し対処することが不可欠であり、国際障害分類にこれを含めることが望ましいこと、2）上田による「生活機能と障害の主観的次元の分類」素案がその出発点となりうるものであること、3）しかしこれを一層広い国際的検討に付して内容を一層充実させ国際的なコンセンサスを得る必要があり、2001年11月の国際障害分類最終改定会議までに成案を得るには至らないこと、4）そのため2001年5月22日に正式採択されたICF（WHO国際障害分類改定版）⁵⁾には、付属文書第8番に今後の重要課題としてこの問題を取り上げ、継続審議とすること、が確認された。

参考文献

- 1) WHO : International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) , Geneva, 1980.
- 2) 上田 敏 : リハビリテーション医学の位置づけ、医学のあゆみ、116 : 241-253, 1981.
- 3) Satoshi Ueda : The concept of impairment, disability and handicap, The Proceedings of REHAB Seminar Tokyo October 15-12, 1981, pp. 61-67.

- 4) WHO 国際障害分類第2版「生活機能と障害の国際分類」ベータ2案完全版、WHO 国際障害分類日本協力センター訳・発行、2000.
- 5) WHO : International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) , Geneva, 2001.

研究成果発表

雑誌

- 1) 上田 敏 : WHO 国際障害分類からみた家事の位置づけ - 主観的障害について、作業療法ジャーナル35(2) : 127-133、2001.
- 2) 上田 敏 : ICFの問題点と今後の課題、作業療法ジャーナル35(10) : 1025-1030、2001。(印刷中)

図書

- 1) WHO : International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) , Geneva, 2001.
- 2) 上田 敏 : リハビリテーションの思想(第2版)、医学書院、2001.
- 3) 上田 敏 : 科学としてのリハビリテーション医学、医学書院、2001.

学会発表

- 1) 上田 敏、大川弥生、佐藤久夫 : WHO 国際障害分類改定案における「生活機能と障害の主観的次元」に関する研究、第37回日本リハビリテーション医学会学術集会、横浜、2000年6月23日.

平成11年度国際共同研究

日米の市民を対象にした質的手法による医療ニーズの構造分析および医療ニーズの形成過程における文化的・社会的背景の影響に関する考察

研究期間 1999年11月1日～2000年10月31日

代表研究者 北海道大学医学部附属病院総合診療部 教授

共同研究者 ミシガン大学家庭医療学講座 準教授

北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻

同 上

前沢 政次

マイケルD. フェターズ

瀬島 克之

杉澤 廉晴

緒言

急速な高齢化とともに、日本の国民医療費は増加の一途をたどっている。高齢者は複数の疾患を有する場合が多く、高齢者の増加は医療費に大きく影響するとされている⁽¹⁾。これまで政府は高騰する医療費を抑制するため、高齢者の自己負担を引き上げ、高齢者の受診を抑制する政策を試みてきた。しかし、それらは必ずしも効果的な方法ではなく、限定的な効果にどどまっているとする報告がある。⁽²⁾このような状況から、高齢者のmedical care seeking decision-makingのメカニズムを調べ、高齢者の受療行動をコントロールする医療システムを構築することは今後の重要な課題ともいえる。

医療に対する患者ニーズは人間の性格や情緒、価値観などさまざまな要素に影響を受けている。質的研究は数値では十分に表現できないこうした複雑な要素を探る社会調査手法として知られている。しかし、これまで日本では質的手法を用いて医療に対する高齢者のニーズを調べた研究は極めて少なく、日本と米国の患者の期待を比較した質的調査は皆無であった。そこでわれわれは高齢者の医療ニーズの性質を調べるため、2000年4月から9月にかけて日本と米国の高齢者を対象にフォーカス・グループや個人面接などの質的調査を行ない、両国の高齢者の期待にそれぞれどのような特徴があるのかを比較して考察した。

方法

1. 研究デザイン

日本と米国は文化的背景や医療制度をはじめとする社会システムが異なるため、両国の高齢者が期待する医療の内容が異なることは想像に難くない。そして、これらの具体的内容を検討することによ

って、日本における医療に対する患者ニーズの特徴をより明確にすることができる。

われわれは調査対象者のクライテリアを“さまざまな医療機関を受診できる地理的条件にある町に居住する65歳以上の高齢者”と定め、参加者を合目的にリクルートした。そしてフォーカス・グループおよび半構造型個人面接をおこなって医療機関や主治医に対する期待を収集した。

なお、調査前および調査時に本研究の倫理的配慮に関する説明を参加者におこなって承諾を得た。また、本研究は参加者のプライバシーに関わる情報を収集するため、北海道大学医学部研究倫理委員会およびThe University of Michigan Institutional Review Boardから研究の倫理性に関する承認を得た。

2. 調査対象

我々は、北海道のある町と、医療資源の配置や人口が類似した米国ミシガン州のある町を調査場所にした。これらの町にはプライマリケア医（Primary Care Physician）と地域病院（Community Hospital）があり、通院範囲内の場所に基幹病院（Regional Hospital）や大学病院（University Hospital）があった。具体的な参加者の特徴として、日米ともに“現在治療中またはこれまで通院や入院をしたことのある65歳以上の高齢者”を選び、特に米国では文化的特殊性を考慮して参加者を白人に限定した。日本では町の有力者に広告の掲示を依頼し、米国では週刊新聞や公共施設に参加者募集の広告を掲載した。また、これらのリクルートで参加者が十分に集まらなかった場合、日本では医療機関の医師や老人福祉施設の婦長に、米国では町の医療スタッフや慈善団体に参加者の紹介を依頼し、さらに日米双方で参加者自身に対しても同様の依頼を行なうこととした。なお、日米のフォーカス・グループでは6名から10名の参加者からなるグループを男女別に構成し、それぞれ2グループにインタビューを行なうことを計画した。また、個人面接ではsnow-ball samplingによって参加者を集め、理論的飽和（theoretical saturation）に至った時点で終了することとした。

3. 調査および分析のプロセス

我々は米国の研究者と共に作成したインタビューガイドを使用してフォーカス・グループと個人面接を行なった。フォーカス・グループでは、プライマリケア医（Primary Care Physician）や地域病院（Community Hospital）、基幹病院（Regional Hospital）や大学病院（University Hospital）を受診する際のアドバンテージとディスアドバンテージについてグループディスカッションを行った（40分 - 80分）。個人面接においては、参加者の体験をもとに受けた医療内容に関するアドバンテージとディスアドバンテージを質問した（30分 - 180分）。

フォーカス・グループはテープレコーダーやビデオカメラで、個人面接はテープレコーダーで記録したが、それらの記録は日米の研究アシスタントがテープ起しし、両国の研究者がそれらの精度を確認した。瀬島と杉澤は、両者の合意をとりながら日本でのテープ起し結果を編集し、重要なテーマを抽出する作業を行った。フェターズは米国の個人面接のテープ起し結果を編集し、日本の結果を参考にしてテーマを抽出した。そして、瀬島は米国でのフォーカス・グループのテープ起し結果を編集・抽出し、フェターズによる米国での個人面接の結果に重ね合わせた。最終的に、日米で抽出されたテーマ群は瀬島が「患者が医療機関に対してもっている期待」という観点からまとめた。

また、調査終了後、日本の参加者に対してフォローアップアンケートを行ない、参加者の適切性（eligibility）とデータの確からしさ（plausibility）を確認した。

結 果

1. 参加者の数および属性

日本のフォーカス・グループには合計41名（男性20人、女性21人）が参加し、個人面接は19人（男性11名、女性8名）で理論的飽和に達した。米国のフォーカス・グループは合計26名（男性11名、女性15名）が参加し、個人面接は22人（男性9名、女性13名）で理論的飽和に達した。日本人参加者の平均年齢は73.0歳、平均就学年数は9.5年であり、米国人参加者の平均年齢は、75.1歳、平均就学年数は13.9年だった。

フォローアップアンケートの結果、日本の参加者はさまざまな医療機関に通院しており、過去10年間に受診した医療機関もさまざまだった。また、日本の参加者の85.5%は「とても話しやすかった」または「話しやすかった」と答え、89.7%の参加者が「調査後も医療に対する価値観は変わらなかつ

た」と答えていた。

2. 日米の高齢者が持っている医療ニーズ

Primary Care Physician を受診するアドバンテージ

日米で共通して挙げられたテーマは「feeling of intimacy/familiarity with the medical staff」
「close proximity」
「shorter wait to see doctor」
「there is continuity of care with the same physician」
「offers referrals to specialists」であった。日本だけで多く語られたテーマは「medical care and drug dispensing is accommodating to the patient's preferences」であり、米国だけに見出されたテーマはなかった。

Primary Care Physician を受診するディスアドバンテージ

日米で共通するテーマはなかった。日本だけで抽出されたテーマは「the laboratory tests and treatments are limited」や「can't be seen on an emergent basis during after hours, weekends, and holidays」だった。米国だけで抽出されたテーマには「must go through family physician to get referral」や「large number of patients」などがあつた。また、日本にのみ「プライマリケア医には受診しない」とする者が複数見られた。

Community Hospital を受診するアドバンテージ

日米で共通に見られたテーマは「some physicians are easy to talk with」
「there are facilities and specialized care not available from a general practitioner」
「can receive care when emergently ill」
「proximity matters」だった。また、米国だけで「not too big」や「more personal than regional and university hospital」が抽出された。

Community Hospital に受診するディスアドバンテージ

「there are limits on the types of illness that can be handled there」が日米双方で抽出され、「can't trust the doctors because they frequently change」や「waiting times are often long, and thus inconvenient」が日本のみで挙げられた。その他、日本には「地域病院には受診しない」とする者が複数いた。

Regional Hospital を受診するアドバンテージ

日米双方で「it seems as though a wider variety of illnesses can be handled there」
「specialists work with more regularity」
「the infrastructure is well organized」
「referred there by somebody else ("third person")」が挙げられ、日本だけで「within commuting distance」や「there seem to be decision making by many doctors」など抽出された。また、米国では「smaller than university hospital」が挙げられた。

Regional Hospital を受診するディスアドバンテージ

日米で「there are many associated costs of commuting to the hospital」が挙げられ、米国のみで「more difficult for visitor to access」が抽出された。

University Hospital を受診するアドバンテージ

日米双方で「there physicians of authority who have technology and knowledge」や「better research facilities and more specialized treatment」が挙げられた。また、日本では「there seem to be decision making by many doctors」が、米国では「reputation with respect to specialities」が挙げられた。

University Hospital を受診するディスアドバンテージ

米国のみで「overwhelming size」
「never see same physician」
「long wait to see doctor」
「less personal than smaller facility」が挙げられた。日本で抽出されたテーマはなかった。

考 察

1. 本調査の限界と課題

参加者の属性は、我々が当初設定した参加者のクライテリアにほぼ合致しており、多くの参加者は「調査は話しやすいものであり、価値観に介入するものではなかった」と答えている。このことから日本の参加者はeligibleであり、その参加者から収集されたデータはplausibleであったと考えられる⁽³⁾。一方、残念ながら米国の参加者のeligibilityとデータのplausibilityを評価することは出来なかった。しかし、米国の参加者は日本人以上にインタビュー調査に集中し、かつ、率直に答えており、彼らから

のデータもまた plausible であることが想像された。しかしながら、我々は日本と同じように米国の参加者の eligibility とデータの plausibility を評価し、米国での調査の妥当性を調べるべきであった。

また、日本人と米国人に対するインタビュー調査の分析には言語のニュアンスが影響する場合がある。実際に、日米で共通のインタビューガイドを使用したものの、日本人参加者にはそのニュアンスが理解しにくい単語 (respect や loyalty など) があつた。また、米国でのフォーカス・グループの結果は、米国人調査者による分析結果を参考にしながら日本人研究者が分析したが、日本人研究者が米国人の発言のニュアンスに敏感でなかった可能性もある。さらに、日本での分析のプロセスにおいては複数の分析者の reflexivity (内省性) を利用することができたが、米国ではひとりの研究者によって分析が行なわれた。したがって、米国での分析は日本のそれよりも reflexivity に欠けているといった、分析の validity に関する批判を受けるかもしれない。

また、日本と米国のある町がそれぞれの国の実情を反映しているとは限らず、参加者の教育水準やリクルート方法の相違が影響している可能性があるため、この調査結果の一般性は量的研究を別途計画して確かめるべきである。しかし、これらの点は質的研究の特性でもあり限界でもある。したがって、本研究の限界や課題を考慮して結果を分析し、これらをふまえて今後さまざまな調査を行ない結論を補完、修正していくことが重要である。

2. 医療機関に対する日米の患者ニーズ

日米の高齢者は多くの共通したニーズを持っていた。例えば、日米の高齢者はプライマリケア医に対して、「feeling of intimacy / familiarity」や「close proximity」, 「continuity of care」あるいは「referrals to specialists」を期待していた。これらの結果は、General Physician が持っている「be open and attentive to patients' opinion」や「be available」, 「ensure follow-up」や「coordinate care」という要素に患者は Loyalty を感じているとした Roberge の報告⁽⁴⁾を支持する結果といえる。また、基幹病院や大学病院などの高次医療機関に対して、日米の高齢者は「specialists and authorities」や「more specialized treatment」, あるいは「better research facilities」などをキーワードとする高度医療をおこなえる能力や機能に期待感が強かった。これらの共通するニーズは、文化的背景や社会的状況の違いを超えた“医療機関のはたすべき役割”、言い換えれば“各医療機関が社会的に求められてきた機能”に関連したものと見える。

一方、参加者の発言を詳細に検討すると、「referrals to specialists」と「continuity of care」は日米で異なる“意味”を持っている可能性があつた。すなわち、米国人にとっての「continuity of care」は“慢性疾患をコントロールすること”であり、日本人にとっては“慢性疾患の経過観察を行ない、何かあればすぐに専門医へ送ること”を意味している発言が目立った。また、米国人高齢者にとって「referrals to specialists」とは“患者が専門医にセカンドオピニオンを求めること”であるのに対して、日本人高齢者では“プライマリケア医が患者を専門医に振り分け (triage)、彼らに患者を委ねること”を意味していることが予想された。

さらに、日米の高齢者は共に“高次医療機関は大きい”という認識を持っていたが“大きいこと”の“意味”は日米で大きく異なっていた。すなわち、日本では“too big”であることを“信頼の目安”としてアドバンテージと考えていたのに対して、米国の高齢者にとって“too big”であることは“不便”で“親身になってくれない (less personal)”といったディスアドバンテージであつた。このように、米国では高次医療機関に対する具体的なディスアドバンテージが挙げたが、日本ではディスアドバンテージがほとんど挙げらず、高次医療機関に“大きいので安心”といった漠然とした期待を日本人は持っていた。

日本と米国では文化的・社会的背景が大きく異なる。特に日本の高齢者は受診する医療機関を自由に選択することができ、少ない負担で医療をうけることができる。そのため、日本の高齢者はコストの問題や医療機関の役割分担に関する意識に欠け、“近いこと”を優先する者はプライマリケア医に、“医療機関の機能の高さ”を重視する者は高次医療機関に通院する傾向がある。事実、複数の日本人参加者が「プライマリケア医や地域病院を受診したことがなく、いつも大病院を受診している」と発言し、本来プライマリケア医が担当すべき病状であっても患者の判断で高次医療機関を受診していることが伺えた。一方、米国の高齢者は Managed Care によって専門医にかかるためにはプライマリケア医の紹介状が必要となり、医療費の負担も日本人に比べて大きい。それゆえ、米国では

“Insurance cover” と “cost” の話題がたびたび挙がった。しかしながら、米国の高齢者は制度上の不満を持ちながらもプライマリケア医の技術や疾病管理に一定の信頼を寄せており、日本人がしばしば持っている“大病院志向”を想像させる発言は米国人からはほとんど聴かれなかった。Thomらは「医師・患者間で情報や方針の決定（decision-making）を共有すると両者の絆（trust）を強化する」と報告⁽⁵⁾している。医師への信頼よりも通院に関わる利便性や病院機能としてのinfrastructureを重視する日本人の結果は、日本における医師・患者間の“共有の希薄さ”を表しているのかもしれない。

前述したように、プライマリケア医や高次医療機関に対する日米の高齢者のニーズには“意味”の違いが存在することが予想される。Kurataらは「米国人に比べて日本人は医療に満足していない」と報告⁽⁶⁾しているが、こうした“意味”の違いは必ずしも満足度の違いだけで説明できない。個人にとっての“意味”は文化や社会的背景に影響を受けながら生じる。本研究における日米の参加者も教育水準や社会参加意識の違いが目立った。例えば、米国の参加者のほとんどが高等教育を受けていたのに対して、日本の参加者の多くは高等教育を受けていなかった。あるいは、米国では自発的な応募者が多かったのに対して日本では自発的な応募者がいなかった。さらにはグループディスカッションの参加者としての積極性など社会参加意識にも日米で違いがあり、参加者の社会的背景の違いに起因する“意味”の差である可能性は十分に考えられる。

本研究は文化的・社会的背景の異なる日米の高齢者が医療機関や主治医に対して多くの類似したニーズを持ち、異なる“意味”が潜在化している可能性を示した。しかしながら、日米間の“意味”の違いがこうした社会的背景によって生じたのか、個人の価値観などの文化に基づくものだったのかに関して明確な答えを本研究は提示しない。Barryらが報告しているように「患者はさまざまな“声なき声”を持っており、これらは保健医療のoutcomeに影響を与えている」⁽⁷⁾。日本人は文化的に米国人に比べて率直な意見を述べるのを躊躇する傾向にあるとされ、今回のような質的調査によって隠れたニーズを抽出する意義は大きい。今後、質的、量的を問わず、さまざまな手法を用いた研究を行なって、患者の“意味”や“声なき声”を収集し、よりよい医療システムを構築するための知見を集積することが重要である。

結 語

われわれは日米の高齢者に対してフォーカス・グループと個人面接などの質的調査を行ない、医療機関に対して高齢者が何を求めているのかを調べた。そして、文化的あるいは社会的背景の異なる両者には共通するニーズも多く、それらの多くが文化的あるいは社会的な背景とは無関係に生じている可能性が示唆された。そして、これらのニーズを詳しく検討すると、その“意味”が日米で異なっている可能性があり、今後、さまざまな手法を用いた研究成果を比較し、高齢者のmedical care seeking decision-makingのメカニズムを明らかにすることが今後の課題である。

参考文献

- 1) 厚生労働省 高齢者医療制度等改革推進本部事務局 編：医療制度改革の課題と視点．わが国の医療制度の現状と課題．ぎょうせい．2-23．平成13年
- 2) 澤野孝一郎：高齢者医療における自己負担の役割．定額自己負担と定率自己負担．医療と社会．10(2)．115-137．2000．
- 3) 瀬島克之、杉澤廉晴、マイク D．フェターズ、他：質的研究における方法論の妥当性に関する検討．プライマリ・ケア．24(4)．2001．
- 4) Roberge, D., Beaulieu, M.D., Haddad, S., et al: Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. Family Practice. 18(1)．53-58．2001．
- 5) Thom, D.H., Campbell, B.: Patient-Physician Trust: An Exploratory Study. The Journal of Family Practice. 44(2)．169-176．1997．
- 6) Kurata, J.H., Watanabe, Y., McBride, C., et al: A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States. Soc. Sci. Med., 39(8)．1069-1076．1994．
- 7) Barry, C.A., Bradley, C.P., Stevenson, F.A., et al: Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ. 320(6)．1246-1250．2000．

薬物使用のアウトカム研究において、 記録連携システムの利用から得られた教訓

受入期間 2000年11月7日～11月15日

報告者 帝京大学医学部第三内科学教室 教授

道場 信孝

招聘者 Professor of Medicine, Pennsylvania University School of Medicine Brian Leslie Strom

受入先 日本薬剤疫学会

報告書(1)

平成12年11月10日に第6回日本薬剤疫学会学術総会で講演された内容は以下の通りである。当日の聴衆は約300名で、大きな感銘を受けた。

演者：Brian L. Strom, M.D., M.P.H.

演題：『薬物誘発性好中球減少症とStevens-Johnson 症候群のcase-control study：薬物使用のアウトカム研究で用いられる記録リンゲージの方法論に関する教訓』

重篤な薬物の有害反応を最小限にするためには、どの薬物がそれらの原因になるかを知ることが重要であり、それは薬剤疫学にとっての挑戦でもある。薬剤疫学で用いられる方法上のアプローチは疫学の方法そのものであるが、三つのユニークな問題を含んでいる。第1は、市販前の研究がすでに存在するので、新たな情報源となり得るには一般に薬剤疫学においては大規模集団であることが求められる。第2は、市販前RCTがすでに行われていることから、再度のRCTが新たな情報をもたらす可能性は少ない。第3は、集団の健康、管理調整、そしてこの分野での市場的な関わりから、解答はしばしば迅速に出されなければならない。これらの理由から、これまで種々のユニークな戦略的アプローチが考えられてきた。

過去20年間に、薬剤疫学的研究の目的で記録のリンゲージが用いられることが多くなった。これらの大半は、支払いのために保険者に提出される医療請求からデータを得ている。病院、医師、薬剤師の全ては支払請求を保険者に提出するが、また当該患者から寄せられる請求はユニークな患者ID番号によって同定され、そして、これらは請求を正当化するために必要な医学情報をもたらすものである。見方を変えれば、行政上の目的から支払者は、ユニークな患者ID番号を用いることによってこれら種々の情報源から個々の患者についてデータをリンクすることになる。これらのデータが研究者によって使用されれば薬剤疫学的研究に有用であるが、勿論その際には患者や支払者の秘密保持について適切な対策が必要となる。

このようなデータセットとして演者らがこれまで用いているのがCOMPASSであり、これは不利益者のための米国保険プランであるMedicaidの有資格者の患者から得られたデータセットである。今回はこのようなデータセットを薬剤疫学的研究に用いることの利点と欠点について述べられた。先ず欠点として挙げられるのは、攪乱要因、問題となる診断の妥当性、そして、ICD9-CMコードをデータベースに用いたことによって生じる種々の問題点に関連したデータの限界である。これらの問題の一つ一つに対するアプローチについて論じられた。

上に述べた原理のいくつかの例として二つの研究が紹介された。第1は、薬物誘発性の白血球減少症のcase-control studyで、これについてはこの疾患が稀であること、白血球減少症の診断の正確さそして、白血球減少症と種々の疾患や薬物との既知の関連がすでに報告されている。これに対して、演者らはerythema multiforme major / Stevens-Johnson Syndromeに関する同様の研究を行なった。問題となるICD9コードの全ての患者は皮膚疾患として入院したが、実際にはほとんどがerythema multiforme majorではなかった。これらの大部分はerythema multiforme minor、staphylococcal scaled skin syndrome、ICD9-CM rubricに属する他の疾患、あるいは、関連のない疾患が誤診であった。これらの疾患のそれぞれは異なった原因によって生じるので、これらをまとめた1疾患群として解析することは出来なかった。

Strom教授は薬物有害事象の同定におけるCOMPASSデータベースの有用性と問題点の詳細を論じ、薬剤疫学における問題解決の難しさを理解させる内容であった。

報告書(2)

大阪医薬品協会におけるStrom教授講演会「薬剤疫学の過去・現在・未来(Past, Present, and Future of Pharmacoepidemiology)」は、平成12年11月13日に行なわれた。参加者は約150名であった。

まずOliver Wendall Holmes(1880)の言葉を引用して、医薬品には有害反応が避けられないことを冒頭に述べ、その医薬品をいかに有効に、かつ安全に使用するための薬剤疫学が果たし得る役割を述べた。

まず、1950年代にはchloramphenicol起因性再生不良性貧血、1961年のthalidomide disaster、1970年代のclioquinolによるSMON、DESによる子宮頸部、および、腫の腺癌、practololによる眼粘膜症候群、ticrynafenやbenoxaprofenによる肝臓障害、zonepiracによるanaphylaxis、催奇形の誤認によるBendectinの市販中止、suprofenによる急性腹痛、Accutaneによる出生児異常などがみられた。

1990年代に入ってamoxicillin-clavulanic acidやbromfenacによる肝臓障害、calcium channel blockerによる癌や心筋梗塞、cisaprideとの相互作用による不整脈、dexfenfluramineによる原発性肺高血圧症と心臓弁膜症、ketrolac使用と胃腸出血、術後出血、死亡や他の有害反応、mibefradilとの多くの薬剤相互作用、より新しい経口避妊薬による血栓症、sildenafilによる心筋梗塞、tramadolによる痙攣、tryptophanによる好酸球増多を伴う筋肉痛、ctions vitamin Kによるアナフィラキシー反応、troglitazoneによる肝障害などが生じている。

これらに対して、1966年にはBoston Collaborative Drug Surveillance Program、1970年代にはBoston University Drug Epidemiology Unit、および、COMPASS(Medical data使用のcomputerization data base)、そして、1980年代にはPrescription Event Monitoring、また、他のデータベースやフィールド研究が継続的に発展して今日に至った歴史が紹介された。

現在、薬剤疫学研究に利用できる資源としては、有害事象の自発報告、人口の集積データ、医療制度から組織的にコンピュータ化されたデータ、進行中や既存のad hoc研究、および、de novo薬剤疫学研究などの利点や短所についてparenteral ketrolacの最近の研究、抗生物質は感染性心内膜炎の真の予防になるかを例として述べた。

将来、この分野における科学的発展には、新しい疫学的方法の応用や、洗練された精巧な医薬品使用実態計画の利用、ADRの因果関係評価技術の洗練化、ADRのより系統的なスクリーニング法の研究、医薬品の有益効果の研究、医薬品経済学、医薬品使用の個別化、および、QOL研究が重要であると指摘し、今後の戦略としてデータベースを構築し、薬局のサーベイランスの使用、中毒コントロールセンターのデータ使用を視野に入れるべきであるとした。今後の問題として、資金の限界、訓練計画の少ないこと、腐敗墮落的な販売促進目的のみの研究、訴訟における薬剤疫学の不適切使用などの克服に触れた。

薬剤疫学は有害反応を発見し、治療し、医師の教育と処方改善に繋げることができるという認識をすべきである。その結果、企業や学問に役立つことを目的とするが、しかし大事なことは国民の健康である。次に起こりうる“thalidomide disaster”は薬剤疫学では予防できないが、公衆衛生上の悪い衝撃を最小にできるとともに、市販医薬品の使用を合理化し、価値のある医薬品が不適切に失われることを防止する。過去20~30年間にこの新しい学術の利用価値が示されているが、いくつかの問題も指摘された。幸い恵まれた数年で前者がより強調され、後者は解決に向かうであろう。

当財団へのご寄付のお願い

当財団は、今後とも、助成事業、情報提供活動を通じて、より幅広くヘルスリサーチの振興に寄与して参る所存ですが、そのためには更なる事業基盤の充実が必要であります。

こうした趣旨をより多くの皆さまにご理解をいただき、当財団へのご寄付について格別のご高配を賜りますようお願いいたします。なお当財団は厚生省の認定による「特定公益増進法人」ですので、寄付金については一定の免税措置が講じられます。

詳細は当財団事務局(電話:03-3344-7552)までお問い合わせください。

- 第8回ヘルスリサーチフォーラム - プログラム内容決定

第8回ヘルスリサーチフォーラムのプログラム内容が以下の通り決定しました。

9:30 ~ 9:45	開会挨拶	財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団理事長 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会専務理事 厚生労働省大臣官房厚生科学課課長	垣東 徹 岡部 陽二 佐柳 進
9:45 ~ 9:55	来賓挨拶		
9:55 ~ 11:00	研究発表 テーマ：診断治療法の国際比較および評価	座長 聖徳大学教授	小野寺伸夫
	表皮水疱症に対する医学的、社会的取り組みにおける日欧米間での比較 北海道大学大学院医学研究科皮膚病・皮膚科分科教授		清水 宏
	日本とスウェーデンで2000年に登録された大腿骨近位部骨折患者を無作為選択して、入院期間、治療経過・成績、医療費、治療の満足度、QOL、医療制度に関する調査研究 名古屋大学大学院医学研究科機能構築医学運動・形態外科学整形外科助教授		長谷川幸治
	治療医療機関の種別・規模による食道がん患者の生存率較差 大阪府立成人病センター調査部調査課課長補佐		田中 英夫
	疾病死亡率の性年齢階級別に見た都道府県の分布特性と米国州別分布特性の比較、及びその比較に基づき算定された達成可能な死亡率曲線と削減目標死亡率による医療施策評価の提案 千葉県健康福祉部・理事		瀬上 清貴
11:00 ~ 11:15	休 憩		
11:15 ~ 12:15	研究発表 テーマ：医療と社会・文化	座長 日本大学大学院薬学研究科客員教授	北澤 式文
	アメリカ合衆国におけるセカンド・オピニオン制度の現況 ならびに同制度を本邦に導入するにあたっての社会基盤上の問題点とその解決指針 京都大学大学院医学研究科循環病態学助手		木原 康樹
	日米の市民を対象にした質的手法による医療ニーズの構造分析 及び医療ニーズ形成過程における文化的・社会的背景の影響に関する考察 北海道大学医学部附属病院総合診療部教授		前沢 政次 瀨 昌
	がん医療における代替療法の国際的データベース構築と適正な評価に関する指針の確立 国立病院四国がんセンター副院長内科		江口 研二
12:15 ~ 13:15	昼 食		
13:15 ~ 13:30	第10回(平成13年度)助成案件選考経過・結果発表	選考委員長 財団法人医療情報システム開発センター理事長	開原 成允
13:30 ~ 14:30	基調講演 「Strategies for the Health Care of Tomorrow - The Need for a New Approach」 演者 The manager of Timbro Health Unit, a division of the Timbro Policy Group, Stockholm, Sweden Johan Hjertqvist	座長 財団法人医療情報システム開発センター理事長	開原 成允
14:30 ~ 14:40	質疑応答		
14:40 ~ 15:55	研究発表 テーマ：高齢社会における医療	座長 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教授	近藤 健文
	心血管疾患に対するライフスタイル改善の効果とその評価法に関する日米共同研究 名古屋市立大学医学部内科学第三講座助教授		早野順一郎
	高齢者医療福祉の向上を目指したヘルスプロモーションと成果に関する国際比較調査研究 国際医療福祉大学教授		高橋 淑郎
	高齢社会におけるGender-specific Medicineの日米比較 千葉県立東金病院内科院長		平井 愛山
	WHO国際障害分類改訂に関する国際共同研究 - 特に「障害の主観的次元」の導入に関連して (財)日本障害者リハビリテーション協会副会長		上田 敏
15:55 ~ 16:10	休 憩		
16:10 ~ 17:15	研究発表 テーマ：医療資源配分と医療費	座長 一橋大学大学院経済学研究科教授	鎌田 志彦
	集中治療の医療資源配分と医療倫理の調和に関する日米比較 山口大学医学部附属病院総合診療部助教授		立石 彰男
	OECD A System of Health Accounts (SHA) 準拠の医療費推計に関する研究 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構主任研究員		石井 聡
	最近の米国ホスピス政策の動向 - 1997年財政均衡法を中心として - 一橋大学大学院法科学部研究科博士後期課程1年		今村みづ穂
	寿命の長期化は老人医療費増加の要因か? 社団法人・日本経済研究センター研究員		鈴木 亘
17:15 ~ 18:30	研究発表 テーマ：医学・看護教育	座長 宮城大学副学長 兼 看護学研究科長	湯澤布矢子
	日本とタイにおける地域住民の健康教育による喫煙行動と健康障害の変化に関する比較研究 - EBMの観点からの調査 - 東海大学医学部教授		岡崎 勲 伊藤 俊
	異なった社会状況下での模擬患者導入;参加的医学教育への可能性探索から準備 / 試行に至る過程での国際比較事例研究 福岡大学医学部公衆衛生学教室教授		守山 正樹
	公衆衛生分野における行動科学教育についての日米比較研究 国立公衆衛生院疫学部成人病室長		土井由利子
	エビデンス・ベースド・ナーシングの推進に関わる看護疫学の体系化 および看護情報学教育の充実に関する日英共同研究 東京都立保健科学大学保健科学部看護学科助教授		猫田 泰敏
18:30 ~ 20:00	懇 親 会		

(印は平成11年度の国際共同研究助成による研究
印は平成12年度の日本人研究者海外派遣助成による研究
無印は平成13年度一般公募演題)

第8回 ヘルスリサーチフォーラム 開催のお知らせ

第8回ヘルスリサーチフォーラムを下記により開催いたします。

我が国では、現在国の重要な施策として、保健・医療・福祉全般にわたる改革が進められています。私達の豊かな暮らしに欠くことの出来ない保健・医療・福祉を新しい時代の要請に応えるサービス体制に変革していくことは、私達一人ひとりにかかわってくる重要な問題です。

当財団は、医学の成果を人々に効率的に適用することを研究するヘルスリサーチの分野に長年にわたり研究助成を行ってきましたが、お蔭様で財団の事業活動が年々評価されるようになりました。年一回開催される本フォーラムは、助成を受けられた先生方による研究成果発表の場としてはじまったものですが、数年前からヘルスリサーチの研究を志す研究者にも広く発表の場を提供するため一般演題の募集を始めたところ毎年、多くの興味深い演題の応募があり、他の学会では得られないユニークな研究交流の場として定着してきました。

さて、本年度は第8回目を迎え、下記プログラムのように平成11年度国際共同研究成果発表、平成12年度日本人研究者海外派遣研究発表、平成13年度一般演題発表に加え、SwedenのシンクタンクであるTimbro Policy GroupのJohan Hjertqvist氏による基調講演を企画し、より一層の内容充実を図っております。今年のテーマは「新世紀の保健・医療・福祉を考える - 変革への模索 - 」と致しました。例年通り財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構のご賛同を得ましての開催でございますので奮ってご参加下さいませようご案内申し上げます。

日時 平成13年11月10日(土) 午前9時30分～午後6時30分

会場 千代田放送会館
〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町1-1
電話：03-3238-7401

主催 財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団

協賛 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

詳しいプログラム内容は、本誌P15をご覧ください。

名誉理事 中尾 喜久 先生 ご逝去

当財団設立発起人並びに理事として財団事業の発展にご尽力くださり、また、我が国の医学界に多大な貢献をされた元自治医科大学長 中尾 喜久 先生が平成13年6月21日ご逝去されました。享年89歳でした。つつしんでご冥福をお祈りいたします。



事務局通信

(財)ファイザーヘルスリサーチ振興財団事務局長交代のお知らせ

平成13年9月、下記の通り交代致しましたので、御連絡申し上げます。前任者に賜りました御懇情に御礼申し上げます、後任者にも変わらぬご交誼とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

-- 記 --

新事務局長 佐藤 忠夫
e-mail:tadao.sato@japan.pfizer.com
TEL:03-3344-7552 FAX:03-3344-4712

前事務局長 川端 隆之