

ヘルスリサーチニュース



| | |
|---|-------|
| 第9回(平成12年度)助成案件公募を締切る | (P 1) |
| 第7回ヘルスリサーチフォーラム一般演題及び平成11年度短期・中期派遣助成成果発表を採択 | (P 1) |
| 研究等助成受領成果報告-国際共同研究助成3編、研究者派遣助成2編 | |
| 日米医療内容の比較分析 | (P 2) |
| 「保健医療福祉複合体」の日米比較研究 | (P 3) |
| 日米の精神科医療におけるアウトカムの比較 | (P 4) |
| 「医療福祉における Managed Competition」の日英米比較研究」 | (P 9) |
| COPD(慢性閉塞性肺疾患)の治療内容及び医療費に関する日英間の比較検討 | (P10) |
| Dr. Patch Adams来日講演 “Humor and Health” 開催 | (P14) |
| 第7回ヘルスリサーチフォーラムプログラム内容決定 | (P15) |
| 第7回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ | (P16) |

第9回(平成12年度)助成案件公募を締切る

第9回(平成12年度)の研究助成案件の公募は7月末で締め切りました。応募総数は173件と昨年より22件減少し、その内海外派遣の応募が17件減少となりました。

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・政策関連研究 2. 医療経済学的研究 3. 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. 医療資源の開発研究)の募集を行い、平成12年度は申請者の申告による集計ですが、これら5つの研究領域への応募が80%を占め、特に医療の評価に関する研究、保健医療サービスに関する研究への応募が目につきました。

平成9年度は、全体の87%がバイオメディカル等の応募でしたのでこの3年間で当財団の応募内容が大きく変化したと言えます。

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 | 97 | 95 |
| 海外派遣 | 66 | 83 |
| 短期招聘 | 9 | 16 |
| 中期招聘 | 1 | 1 |
| 合計 | 173 | 195 |

第7回ヘルスリサーチフォーラム一般演題及び平成11年度短期・中期派遣助成成果発表を採択

本年度のヘルスリサーチフォーラム(11月11日(土)開催)で発表される一般演題募集には13題の応募があり、8月18日(金)開催の組織委員会で下記7題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

| | | |
|---|------------------------|-------|
| 生命、医療保険市場における「遺伝子による差別」発生のメカニズム； 遺伝子診断の実現と非対称情報構造の存在 | 神戸大学経済経営研究所講師(研究機関研究員) | 曾我 亘由 |
| PFIによる病院統合の可能性 | 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科教授 | 小林 暁峯 |
| 疾病毎の医療受診とOTC需要の代替性に関する分析 | 大阪大学社会経済研究所助教授 | 大日 康史 |
| 欧州におけるDRGの導入状況について | 産業医科大学公衆衛生学教室教授 | 松田 晋哉 |
| 入院精神分裂病患者の治療の質に関する研究 | 三重県立看護大学精神看護学教授 | 川野 雅資 |
| 大規模災害時の死体検案体制の国際比較に関する研究 | 滋賀医科大学法医学講座助教授 | 西村 明儒 |
| 結核感染症の効率的な疫学調査と感染予防についての共同研究 | 国家公務員共済組合連合会新小倉病院内科 | 内田勇二郎 |

また、当財団の平成11年度短期・中期派遣助成に基づく以下の研究の同フォーラムでの発表も採択されました。

| | | |
|--|------------------|-------|
| 米国におけるLife Style Drugの動向調査研究 | 日本経済新聞社科学技術部編集委員 | 中村 雅美 |
| 痴呆性老人の音楽療法における臨床的治療効果の定性的評価法に関する日英比較研究 | 宮城大学看護学部教授 | 佐治 順子 |

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成3編、研究者派遣助成2編 -

平成10年度国際共同研究

日米医療内容の比較分析

研究期間 1998年11月1日～1999年10月17日

代表研究者 東京大学先端科学技術研究センター 助教授

浜窪 隆雄

共同研究者 東京医科歯科大学医学部 教授

佐藤 千史

ハーバード大学医学部マサチューセッツ総合病院 助教授 Gazelle Scott, Raymond Chung

東京大学先端科学技術研究センター 客員助教授

森口 尚史

降圧剤処方パターンに関する日米比較分析

日米の内科医を対象に合併症のない高血圧症患者に対する降圧剤の選択に関する調査を行った。日本では、Ca拮抗剤（長時間作用型）61%と最も多く処方されていた。次にACE阻害剤（20.3%）、A受容体拮抗薬（8.2%）、利尿剤（4.5%）、遮断薬（2.1%）、その他（3.9%）の順であった。

一方、米国では、Ca拮抗剤（長時間作用型）（39.8%）、ACE阻害剤（30%）、A受容体拮抗薬（10.2%）、遮断薬（10.1%）、利尿剤（8.5%）、その他（1.4%）の順であった。日米ともに、合併症のない高血圧症患者に対する降圧剤にはCa拮抗剤（長時間作用型）、ACE阻害剤が多く用いられていた。

さらに、米国HMO（マネジドケア）でのデータベースによる調査では、米国の診療ガイドラインや多くのHMO（マネジドケア）が合併症のない高血圧症患者に対する降圧剤の第一選択は、利尿剤・遮断薬であると推奨しているにもかかわらず、Ca拮抗剤（長時間作用型）及びACE阻害剤の使用が10年間で急激に増加していることが判明した。10年間で、Ca拮抗剤（長時間作用型）は7.0%増で、ACE阻害剤は8.3%増であった。反面、利尿剤・遮断薬は、それぞれ9.5%減、5.8%減となっていた。

米国でのCa拮抗剤（長時間作用型）及びACE阻害剤の急激な増加は、製薬企業による販売戦略であるDTC（Direct To Consumer）手法の浸透が最も大きな原因であった。

降圧剤治療を受けた高血圧患者のヘルスアウトカムリサーチ（日米共同研究）

- 1：降圧剤治療の平均直接医療費（年間）に関する日米比較；

合併症のない高血圧症患者1人当たりの平均直接医療費（年間）について日米で調査した。日本については、全国17病院、240人の患者平均である。米国については、HMO（マネジドケア）における20万7700件の患者データベースより算出（1ドルを100円で換算）した。その結果、日本は541,830円（平均45歳）、米国は、842,000円（平均53歳）となった。米国の方が、比較的高額であった。

- 2：糖尿病合併高血圧症患者に対する降圧剤処方に関する意思決定分析（日米共同研究）

日米ともに糖尿病合併高血圧症患者数は増加傾向にあるにもかかわらず、患者QOL及び治療予後データから、どの降圧剤を使用すればいいかは不明である。我々は、日米の糖尿病合併高血圧症患者312人のデータ（QOL、治療予後データ）及び文献データを元に糖尿病合併高血圧症患者に対する降圧剤処方に関するHealth Decision Analysisを行った。なお日米の患者QOL（効用値）は、Health Utilities Index mark2,3 SU 15 Q（暫定日本版・英語版）を用いて各々測定された。

その結果、期待効用値（死を0、完全な健康を1.0として表現）の観点からは、日本人及び米国人の糖尿病合併高血圧症患者に関してはCa拮抗剤（長時間作用型）治療のほうがACE阻害剤治療よりも優位であることが判明した。（期待効用値；ACE阻害剤治療群：0.66、Ca拮抗剤（長時間作用型）治療群：0.76）

ただし感度分析を施行したところ、Ca拮抗剤治療が優位性を保つためには、Ca拮抗剤（長時間作用

型) 治療を受けている患者のQOL (効用値) が0.66以上であるか、ACE 阻害剤治療を受けている患者のQOL (効用値) が0.76以下でなければならなかった。

HCV-1b 患者に対する最適治療戦略分析 (日米共同研究)

日米ともにIFN難治性であり、かつ患者数の多いHCV-1b型患者の治療については議論が多い。米国HMO (マネジドケア) では上記患者に対する効率的・効果的な治療戦略が模索されており、日本でも同様である。

本研究では、HCV-1b型患者 (40歳) に関する治療戦略のHealth Decision Analysis を行い、どの治療戦略が最も患者のQALYS (QOLで調整された生存年) を増加させるかを日米で比較評価した。

その結果、日本人についてはIFN治療前に、米国人についてはIFN+リバビリン治療前にウイルス量とNS5A検査を行い、NS5A2209-2248領域のアミノ酸変異がなく、ウイルス量が高いHCV-1b型患者についたは、IFNを第一選択とせず、肝臓庇護療法を行う戦略が最も患者のQALYS (QOLで調整された生存年) を増加させることが判明した。

その場合のHCV-1b型患者 (40歳) のQALYSは、34.63QALYSであった。

本研究は、平成12年11月11日開催の第7回ヘルスリサーチフォーラムで発表される予定です。

平成10年度国際共同研究

「保健医療福祉複合体」の日米比較研究

研究期間 1998年9月1日～2000年4月30日

代表研究者 日本福祉大学社会福祉学部 教授

共同研究者 日本福祉大学経済学部 教授

日本福祉大学経済学部 教授

米国・スタンフォード大学アジア大太平洋研究センター

他3人

二木 立

野村 秀和

足立 浩

西村由美子

近藤 克則、平野 隆之、高橋 紘一

1990年代に、日米両国で同時に急成長し続けている「保健・医療・福祉複合体」(以下、「複合体」)と「統合医療供給システム」(以下、IDS。米国)との比較研究を行った。主な調査方法は、文献収集と検討、日米の研究者・関係者へのヒアリング、日本と米国での「複合体」、IDSの現地調査である。の中心は、2000年1月に実施した、米国カリフォルニア州南部の二つの非営利IDS (シャープ・ヘルスケアとカトリック・ヘルスケア・ウエスト)の現地調査である。

当初は、両者の「理念」面での類似性 - 保健医療サービス全体を包括的に提供する組織 - に注目した。しかし、「現実」には、両者は根本的に異なっていることが判明した。わが国の「複合体」は急性期医療と慢性期ケア (医療・介護) とを統合するか、慢性期医療と介護を統合しているが、米国のIDSの大半は急性期医療の枠内の統合 - 中心は医師と病院との結合 - である。他面、一部のIDSでは、医師・病院統合に加えて、医療保険 (マネジドケア) との統合も行われている。両者の異質性をより明確にするために、「複合体」の典型である「3点セット」開設グループ (私的病院・老人保健施設・特別養護老人ホームを開設) 259グループと米国の「最高度統合システム」(3種類以上の医療・保険関連施設を所有または契約し、しかも医療費支払い者と保険契約) 266との比較検討を行った。

わが国では「複合体」の効果についての実証研究はまったくないが、米国では、IDSの経済的・経営的效果の実証的研究がいくつかみられる。しかし、意外なことに、その存在を否定する研究結果もあり、結論はまだ出ていない。

(以上は、二木報告の要旨である。足立・野村・近藤・平野報告の要旨は省略した。)

フルレポートをご希望の方は、財団事務局までご連絡下さい。

また、本研究は平成12年11月11日開催の第7回ヘルスリサーチフォーラムで発表される予定です。

日米の精神医療におけるアウトカムの比較

研究期間 1998年10月1日～1999年9月30日

代表研究者 国立医療・病院管理研究所 主任研究官

伊藤 弘人

共同研究者 McLean Hospital (Harvard Medical School)・

Executive Vice President (Associate Professor)

Lloyd I. Sederer

概要

日米の精神科医療におけるアウトカムを比較するために、(1)申請内容であるハーバート大学医学部の唯一の関連精神科病院であるマクリーン病院でのアウトカムを調査するとともに、(2)その背景となるアメリカおよび日本の精神科医療制度をまとめ、(3)精神科医療におけるアウトカムの評価方法に関する教科書を翻訳した。現在のところ発表した主な成果を列挙する。なお本研究を契機にアメリカ精神医学会や政府機関(例: Agency for Health Care Policy and Research; AHCPR)との交流が深まり、研究終了後も引き続き新たなテーマに共同で取り組んでいる。あわせて報告するとともに、本機会を与えていただいたファイザーヘルスリサーチ振興財団に深く感謝する。

1)精神科病院のアウトカム調査

対象はマクリーン病院に1998年2月1日から入院した50名で、倫理委員会の承諾後に50名の診療録を調査した。患者は、平均年齢38(SD = 12)歳で、46名(92%)が白人で、半数が未婚で、4割が単身であった。自傷性ある患者は30名で他害性ある患者は10名であり、7名は自傷他害性をあわせ持っていた。3名は非同意入院(MGL123条12b項)であった。主診断は、物質関連障害が12名、精神分裂病が8名(うち6名は分裂感情障害)、気分障害が23名、その他の精神病性障害が3名、その他が4名であった。人格障害(Axis)は18名に見られた。入院時の平均GAF得点は38(SD = 8.5)点であった。平均在院日数は、11(SD = 8.3)日であった。10ヶ月以内に14名が再入院し、精神科医療の質の指標として使用されている30日以内の再入院率は、16%であった。本調査結果については一部を発表するとともに(成果5)現在査読中である。

2)アメリカの医療制度調査と日本の制度の紹介

アウトカムを比較する場合、その前提となる日米の保健医療制度についての特徴をまとめることが必要である。アメリカ精神科医療については、(1)最近の精神科医療事情、(2)その変貌、(3)変化の背景(脱施設化の利点と課題、マネジドケア)、(4)これからの精神科医療についてまとめた。日本の精神科医療制度については、概要の紹介を英文学術雑誌に投稿するとともに(成果1, 3)、現在日本で議論されている、入院形態、隔離、拘束、リスクマネジメント(職員調査)などについても共同研究者と検討した(成果2, 4, 6-8)。以下に紙面の許す限り、読者の理解の一助として、成果の一部からアメリカの精神科医療制度についての紹介をする(成果10参照)。

3)アウトカムの評価方法に関する教科書の翻訳

精神科医療のアウトカムについての必要性の認識は、開発諸国に比較すると低い。そこで日本の関係者にこの領域の啓発を行うために、アウトカムの評価方法に関する教科書を翻訳した(成果9)。

本共同研究の主な成果(査読中のものを除く)

1. Ito, H. and Sederer, LI. Mental health services reform in Japan. *Harvard Review of Psychiatry* 7; 208-215, 1999.
2. Ito, H., Eisen SV, Sederer LI. Involuntary admission in Japanese psychiatric hospitals. *International Medical Journal* 7; 109-112, 2000.
3. Ito, H. The now and future of mental health care in Japan. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 9; 1-5, 2000.
4. Ito H., Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H, Psychiatric Nurses' Intentions to Leave Their Jobs. *Psychiatric Services*, 2001(in press).
5. 伊藤弘人, Sederer, LI. Massachusetts州のMcLean Hospitalにおける急性期精神科医療. *精神神経学雑誌* 101; 840-841, 1999.

6. 伊藤弘人、立森久照．精神科病院における隔離室の使用に関する予備的検討．日本病院管理学会誌 37 ; 145-151, 2000.
7. 瀬戸屋雄太郎、長沼洋一、立森久照、大西美紀、伊藤弘人、栗田広．精神科病院退院患者における多次元QOL尺度 SF-36日本語版の有用性の検討．臨床精神医学 29 ; 185-192, 2000.
8. 伊藤弘人．保健医療福祉施設における隔離と身体抑制．社会保険旬報 2067 ; 20-25, 2000.
9. 伊藤弘人、栗田廣 訳．精神科医療アセスメントツール、医学書院、2000 (Sederer LI, Dickey B. Outcomes assessment in clinical practice, Williams & Wilkins, Baltimore, 1996)
10. 伊藤弘人、新貝憲利．アメリカの精神科医療．(新福、浅井編．海外の精神科医療、へるす出版、印刷中)

1 最近の精神科医療事情

1) 精神障害に関する疫学研究

アメリカでそして国際的にもよく引用されるアメリカにおける3つの疫学研究から考えてみたい。第1に、1978年に発表されたRegierら(1978)による研究である。この調査は、精神障害者の有病率と精神科医療の受療率との関連を検討したものである。その結果、1975年の時点で、少なくともアメリカ人の15%は、1年間に精神障害に罹患していた。精神障害とは、「軽いつつ状態」やストレス関連障害も含む広範囲なものであるが、この研究で、「精神障害は自分とは関係ない」障害ではなく、多くの国民に身近な障害であることが明らかになった。また、この調査では、これらの精神障害に苦しむ人のうち、約20%しか専門的な精神科医療を受けておらず、60%は一般医療で受けていることも明らかになった。

「精神障害は身近のものである」という認識は、それ以降ますます強くなっていく。Kesslerらの研究(1994)では、18歳以上の人28.1%は「1年間」に精神障害もしくは薬物使用障害で苦しみ、約50%は生涯のうちである期間は精神障害に苦しむという結果であった。なお、心臓血管系の疾患はアメリカ人の20%、呼吸器系疾患(かぜや肺炎も含む)では1年間に50%がかかるとされている(Snowden, 1998)。生涯のうちに精神障害に罹患する人(国民の半数)のうち、40%弱は専門的治療を受けていなかった。

第3に、Murrayら(1996)の障害調整年の研究がある。彼らは精神科医療における専門家ではないが、すべての疾患や障害を同じ基準で検討し、社会における総体的負担(Global Burden of Diseases)を数値化したところ、気分障害の中で「うつ病」が高血圧や糖尿病以上に負担が重いことを明らかにした。

精神障害の中核的な疾患は「だれもが苦しむ可能性のある疾患」なのである。なお、物質使用障害者の数はきわめて多く、マリファナは12歳以上の人32%は使用経験があり、4.7%は現在も使用しており、コカインは10.3%に使用経験があり、0.8%が現在も使用している。たばこは、71.8%に使用経験があり、現在は28.9%が喫煙をしている(合衆国商務省センサス局編, 1999)。

2) 医療施設について

アメリカ政府資料(合衆国商務省センサス局編, 1999)による1994年の精神科医療施設に概要を示したものが表1である。「退役軍人局」には精神科病院や総合病院精神科などを含んでおり、また、「その他」とは精神科外来施設や社会復帰施設などの日本における「病院」ではない施設も含まれている。病院の施設数は、総合病院がもっとも多く、ついで民間精神科病院、公立精神科病院となっていることがわかる。また1施設あたりの病床数は、公立精神科病院が最も多い。また、人口あたりの病床数は、公的精神科病院、民間精神科病院およ

表1. 施設形態ごとの施設の概要

| | 精神科病院 | | 総合病院 | 退役軍人局 | その他 | 合計 |
|----------------|---------|---------|-----------|---------|---------|-----------|
| | 州・郡立 | 民間 | | | | |
| 施設数 | 256 | 889 | 1,612 | 161 | 2,474 | 5,392 |
| 病床数 | 79,300 | 69,000 | 53,000 | 21,100 | 26,000 | 248,400 |
| 1施設あたりの病床数 | 310 | 78 | 33 | 131 | 11 | 46 |
| 職員数(B) | 100,200 | 72,400 | 74,300 | 21,600 | 102,400 | 370,900 |
| 1床あたりの職員数 | 1.3 | 1.1 | 1.4 | 1.0 | 3.9 | 1.5 |
| 人口千人あたり病床数 | 30.6 | 27.8 | 20.5 | 8.2 | 9.9 | 97.0 |
| 1日平均入院患者数 | 69,500 | 48,800 | 37,100 | 15,200 | 19,900 | 190,500 |
| 年度当初在院者+新規入院者数 | 308,000 | 568,000 | 1,102,000 | 186,000 | 224,000 | 2,388,000 |
| 1病床あたりの年間の回転率 | 3.9 | 8.2 | 20.8 | 8.8 | 8.6 | 9.6 |

び総合病院精神科の順に多いがその差は大きくない。一般に語られる「精神科入院医療は公的医療機関が多い」という認識は現在は通用しない。1病床あたりの年間の回転率は、公立精神科病院がもっとも少なく、民間精神科病院はその2倍、総合病院精神科はその5倍であった。なお、アメリカでは触法患者の保安に関する医療は別に定められている。

3) 職員数

アメリカでは専門分化がなされており、専門家数も充実している。精神科医はアメリカ医師会の調査によると1996年に44,052人おり、アメリカ精神医学会は40,000人(全臨床医の6.8%)が精神科臨床に従事していると推計している(Snowden, 1998)。精神医学における研修医は1990年代後半は年間6,000人程度で安定している。ただし、外国の医学部卒の研修医の割合が増加しており、最近の研修医の40%以上にのぼる。精神科医数(公務員を除く)は人口10万人あたり16.1人で、そのうち研修医を除いた臨床精神科医数は12.9人である。なおマネージドケアの被保険者10万人あたり4.3~12人であるという調査がある(kronick, 1993)。1996年における精神科医の収入の中央値は12万ドルであり、全医師の中央値の73%であった。精神科医療の臨床現場に勤務する専門家の6.8%が精神科医である(1992年)。

精神科医以外の専門家も数多い。アメリカ心理学協会の会員は82,400人でその90%以上が博士号を取得している。アメリカ労働省の調査によると、1992年には143,000人が「心理士」として従事している(これは雇用分類であり、教育歴を問わない)。個人でオフィスを持ち独立して開業している場合も多い。

ソーシャルワーカー協会には155,000人が会員として所属しており、加入率は50%と推定されている。会員の60%は修士号を取得しており、18%は大学院の修士過程に所属している。労働省では1992年に133,000人がソーシャルワーカーとして従事しているとしている。1990年の登録看護婦(士)は、常勤換算で78,000人である(ナーシングホーム、物質使用のための施設、などの看護職員を除く)。

医療施設の施設基準については複雑なので、マクリーン病院の施設を紹介しながら考えてみよう。この病院では、精神科医は、100床あたり6.8人、看護職員は100床あたり67人勤務している。この他にも、臨床心理士や精神医学ソーシャルワーカー、また看護助手などに相当するメンタルヘルスワーカーがおり、事務職員などの間接職員を含めると100床あたり150人の職員が勤務している。

4) 入院形態と精神科救急体制

入院形態や強制入院の手続きは州によって大きく異なるが、一般的には、自らの意思で入院する以外は、入院はきわめて難しい。ここでは、マサチューセッツ州とカリフォルニア州の強制入院について紹介する(表2参照)。

表2. カリフォルニア州とマサチューセッツ州の強制入院について

| | カリフォルニア州 | マサチューセッツ州 |
|------------------|--|------------------------------|
| 法的根拠 | The Lanterman-Petris-Short Act | Massachusetts General Law |
| 入院要件 (を満たす) | 精神障害であること 自傷性、他害性、重度の障害の うち2つ以上に該当する | 精神障害であること 自傷性もしくは他害性があること |
| 評価および初期治療 | 72時間(3日間) | |
| その後の継続 | 14日間 | 10日間 |
| 自傷他害性がある場合 | 14日間 180日間(裁判所の許可) | 不明 |
| 重度の障害がある場合 | 30日間 1年間(裁判所の許可) | |

マサチューセッツ州では、Massachusetts General Law(MGL法)により規定されている。強制入院の要件は、(1)精神障害であり、かつ(2)自傷他害性が存在することである。この州では精神科救急医療圏を4ブロックに分けている。そのひとつのBoston Emergency Services Team(BEST)は、看護職員とソーシャルワーカーで組織されている移動チームで、住民等の要請により、車で現場へ向かう。電話で精神科医と連絡をとりながら、患者の状態などを評価し、緊急性がある場合は、マサチューセッツ総合病院(MGH)やケンブ

リッジ病院など4施設のいずれかの救急部門へ患者を輸送する。4施設には精神科救急の専門部門があり(MGHでは救命救急室内に急性期精神科サービス部門がある)そこで精神医学的評価が行われ、必要があれば自院の入院部門もしくは他の専門機関へ転送する。なお急性期精神科サービス部門での平均在室時間はおよそ6時間である。

転送先の入院施設では、再度精神医学的な評価を行う。上記の強制入院の要件を満たしている場合は、本人に入院の必要性を説明し同意を得る努力を行う。72時間(3日)は評価と初期の治療のために強制的に入院させることができ、またその後も10日の強制入院が可能である(MGL法12b項)ただし、実際にはそのことを患者に伝え、「入院期間中は途中で退院しない」という本人の同意を得て入院する場合がほとんどである。これは入院時に期間を決めた入院契約をするもので、厳密には完全な任意入院ではないために「条件付任意入院(Conditionally Voluntary Admission)」と呼ばれている。入院病棟は著者の知る限りすべて閉鎖病棟であり、条件付任意入院患者もすべて閉鎖病棟で治療を受ける。触法患者で長期の入院が必要な場合は、裁判所が必要と認めた場合は、別の専門施設で治療を受けることになる。

カリフォルニア州では、The Lanterman-Patris-Short Act(LPS法)により、強制入院手続きが規定されている。強制入院の要件は、(1)精神障害であり、かつ(2)自傷性、他害性、または重度の障害(日常生活の困難さ)のうち2つ以上に該当するというものである。まず、72時間(3日間)の評価および初期治療のあと、引き続き14日間の入院が可能である。その後も自傷他害性の恐れのある場合は14日間、裁判所で必要と認められた場合は180日間の入院が認められる。一方重度の障害(生活障害)がある場合は30日間、裁判所で必要と認められた場合は1年間の入院が認められている(新貝、1996)。

厳格な強制入院の手続きは、個人の自由を最大限に尊重する制度づくりに寄与してきた。ただし、本人の意思を尊重するために、通院や服薬を中断し、状態が悪化する場合がある。近年では、ニューヨーク州などこの厳格な手続きを緩和する州もでてきた。

5)診療録開示

日本では、現在診療録の開示についての検討がなされているので、マサチューセッツ州の状況について説明する(Sederer, 1999)。医学情報や保険に関する他の事項の開示については、アメリカでは各州の問題であるので、連邦政府による規制はなく、各州により異なる規制がなされている。マサチューセッツ州では、精神科病院での患者以外のすべての患者は診療録を見る事ができる。なお、総合病院精神科の患者については他科と同じく診療録を見る事ができる。精神科病院では、診療録の開示が患者に不適切な害をおよぼすと考えられる場合は、記録を見せることを拒否できる。ただし、指名された他人(患者が選定する)に対してはすべての診療録を開示する必要がある。これらの点について患者が任意入院か強制入院かで違いはない。なお、触法患者については、別の規定が存在する。

このような規定となっているが、たとえばマククリーン病院ではこの例外規定を用いることはなく、患者が診療録を見たい場合は許可している。その場合は、常に職員(多くの場合医師)が患者に同席し説明をする。

6)医療費

アメリカの医療費は高騰しており、1996年は約1兆ドルであり、国内総生産の13.7%を占めている。2007年には16.6%になると試算されている。アメリカは日本のように国民皆保険制度はない。公的な保険には、高齢者のためのメディケアと低所得者および障害者のためのメディケイドがあり、この2つの保険で国民の25%をカバーしている。しかしそれ以外の国民はみずから医療保険を選択して加入しない限り、医療を受けたときは全額支払う覚悟が必要である。1996年にはその数は4,200万人にのぼる。また18歳未満の子どもの7人に1人は無保険者である。たとえ保険に加入していてもその該当疾患が狭かったり、支払額が低かったりする不十分な保険者も多い。

精神科に関する直接的な医療費は790億ドルである。これには、いわゆる全国統計にあがらない費用も含まれているが、精神障害ゆえの失業、休職などに関連する間接費用はその数倍にのぼるといわれている。商務省の全国データは、そのおよそ半分の費用しか把握しておらず、他の形態での治療、薬剤費、マネージドケア組織の管理費、政府の予防に関する費用、専門家の教育・研修費や研究費は含まれていない。しかし、

各施設形態ごとの状況が理解できるために、表3に示す。民間精神科病院の医療費は公的精神科病院や総合病院精神科よりも高い状況が理解できる。なお、1日あたりの一般的な入院費用は、急性期の精神科医療は600ドル程度、慢性期の精神科医療は200ドル程度、ナーシングホームは120ドル程度である。

表3. 精神科医療費について

| | 精神科病院 | | 総合病院 | 退役軍人局 | その他 | 合計 |
|-----------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|
| | 州・郡立 | 民間 | | | | |
| 医療費(100万ドル) | 7,824 | 8,829 | 5,344 | 1,386 | 9,752 | 33,135 |
| 患者1人あたりの医療費(ドル) | 25,403 | 15,544 | 4,849 | 7,452 | 43,536 | 13,876 |
| 職員1人あたりの医療費(ドル) | 78,084 | 121,948 | 71,925 | 64,167 | 95,234 | 89,337 |

2 精神科医療の変貌

アメリカにおける最近の精神科医療事情を始めて知る読者は、どのような経緯でこのような状況になったのかに関心があるろう。また、1980年代以前のアメリカの状況をご存知の読者には、この状況はすぐには納得できないかもしれず、やはりその変化を知りたいであろう。ここでは、いくつかの指標を用いて精神科医療事情の経年変化を検討する。

1) 病床数、入院患者数および在院日数の変化

施設形態ごとに人口1万人対精神科病床数の経年変化を見たものが図1である。公的精神科病院の病床数は激減している一方で、民間精神科病院や総合病院精神科の病床は増加している。「精神科入院医療は公的病院が担っている」といわれてきたことは、アメリカではすでに過去のことなのである。

病床数の減少とともに見られた現象は、入院患者数の増加である。図2は病床数と入院件数の年次推移を示したものである(商務省,1999、新貝,1996)。ただし収集できたデータは年度が前年である場合があるために、この図は各年頃の値として参考にさせていただきたい。人口あたりの病床数は減少した一方で、入院患者数は増加している状況が理解できるであろう。この背景には、入院1回あたりの入院日数の減少もあげることができる。

Mechanicらの研究によると、総合病院の精神科の退院患者は、民間の非営利病院で増加し、公立病院では減少していた(Mechanic, 1998)。在院日数は民間の非営利病院では12.6日(1988年)から9.4日(1994年)と短くなった。主な支払元は、公的プログラムから民間保険へと移行した。民間の非営利総合病院では、公的保険の重症の患者を治療するようになっている。精神科病院では、1988年から1994年で人口あたりの退院患者数は減少した。その理由は公的精神科病院における減少であり、民間精神科病院では増加している。平均在院日数は1988年では75日であり1992年では56日であった。

カリフォルニア州でも同様の変化が起きている。精神科病床数、延べ在院患者数、平均在院日数は減少し、退院患者数、病床稼働率は増加した。営利団体の施設および急性期医療施設では施設数、病床数、在院患者数、平均在院日数の減少が顕著である一方で、総合病院精神科と非営利団体の施設は退院患者数の増加が見られた。民間の急性期精神科医療の活動は、公的精神科病院の活動をしのぐ勢いであるが、1997年のメデ

図1. 人口1万人対精神科病床数

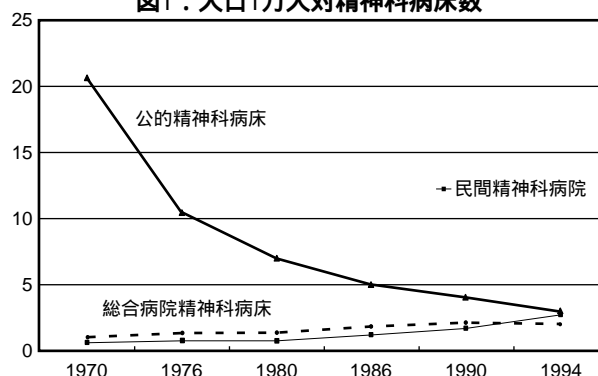
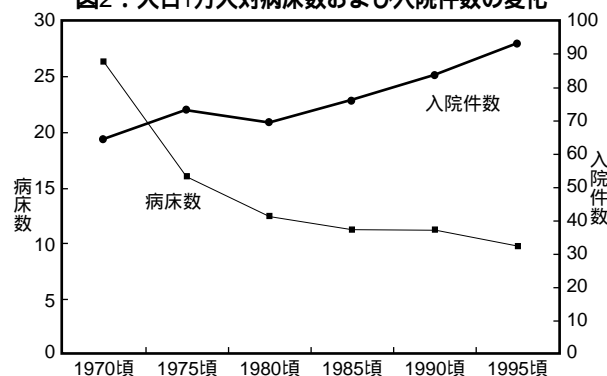


図2. 人口1万人対病床数および入院件数の変化



ケアの支払い方法の変更や競争の激化により、1996年以降も施設や病床が縮小されている(Garritson, 1999)。

2) 公的精神科病院の設立時期による変化

脱施設化後に設立された病院では、病床数は少なく、スタッフ数は多い診療形態である。在院日数は短く、回転率が高い。思春期の患者を扱う割合も多い。

表4. 脱施設化(1949年)前後に設立された州立精神科病院の比較(全米)

| | | 脱施設化前に設立された病院 (166病院) | 脱施設化後に設立された病院 (80病院) | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------|
| 児童・思春期の患者の割合 | | 6% | 20% | 23.5*** |
| 在院者 1人あ たりの 職員数 | 管理スタッフ | 0.80 | 0.93 | ns |
| | 臨床スタッフ(修士号以上の 医師、Ns, CP, PSW) | 0.16 | 0.29 | 23.7*** |
| | その他のスタッフ | 1.20 | 1.55 | 12.3*** |
| 経費(\$) | 病床あたり施設経費 | 1,869 | 1,610 | ns |
| | 在院者1人あたりの人件費 | 57,099 | 79,955 | 13.3*** |
| | 在院者1人あたりの維持費 | 13,084 | 18,164 | 5.9* |
| 施設 | 病床数 | 503 | 228 | 42.3*** |
| | 稼働率 | 0.92 | 0.90 | ns |
| | 年間の回転率 | 4.00 | 7.88 | 37.5*** |
| 在院日数(日) | | 119.6 | 86.0 | 12.8*** |

Stilesらの論文から作成(Stiles, et al, 1996)

3) 精神療法の変化

マサチューセッツ州では、開業している多くの臨床心理士があり、それぞれの流派の精神療法を実施してきた。精神療法に対しても医療保険が適用されてきた。しかしマネージドケアの影響で、精神療法が適用されない場合が多くなり、適用されても回数は制限されるために、長期にわたる精神分析的な精神療法を保険で行うことが難しくなった。また多くの精神科医および臨床心理士は、マネージドケアが診療に影響していると述べている。マネージドケアに対応する簡易精神療法が増加している。

以下のように報告は進みますが、誌面の関係で全文を掲載できません。フルレポートをご希望の方は、財団事務局までご連絡下さい。

3. アメリカにおける変化の背景にあるもの

4. これからのアメリカの精神医療

本研究は、平成12年11月11日開催の第7回ヘルスリサーチフォーラムで発表される予定です。

平成10年度中期派遣

医療福祉における

‘Managed Competition’の日英米比較研究

派遣期間 1999年1月3日～1999年3月28日

派遣者 聖学院大学総合研究所 教授

郡司 篤晃

受入先 London School of Economics and Political Science

本研究では、日英米の比較研究を志したが、現実には日英の比較研究に留まった。英国には、London School of Economics and Political Science にguest scholarとして、1999年の1月3日より3月28日まで受け入れられ、文献調査、病院や自治体など関係者へのインタビュー、研究会への参加などにより、研究を行った。

Thatcher 保守政権が行った医療制度改革は、Managed Competition のいわば英国版で、いわゆる 'quasi-market' の導入である。その内容は、大きく二つに分かれる。一つは、'purchaser-provider split' であり、もう一つは、サービス機関の独立法人化である。そして予算の使用権限を、NHS の場合には GP fund-holder に、対人福祉サービスの場合にはケア・マネージャーに委任した。すなわち、政府はプロバイダーであることをやめ、購買者に徹する。その購買者の代理人を GP fund-holder やケア・マネージャーに行わせる。これまでのサービスの提供者は、競争的に顧客を獲得しなければならないことになった。医療の場合には、医療システムの中に市場を構築することになったので、内部市場 (the internal market) とも呼ばれている。

この改革は1946年にNHS導入以来最大の改革であった。しかし、その効果は部分的には認められたが、全体的に変化は極めて少なかった。おそらくこれは、経済的なインセンティブが足りなかったこと、政府がその評価を行うことに積極的でなかったため、データが不足している、大きな改革で交絡が多く、その変化が検出できなかった、等と言われている。しかし、私が地方の病院の院長を訪問しインタビューを行った印象などから、病院の専門医等の抵抗と市場への適応が進まなかったことも大きな原因のように思われた。

1997年の労働党政権は、内部市場の廃止、GP fund-holder 廃止を公言したが、実際には purchaser-provider split は残す、新たに PCG を創設して、2次医療施設と長期の契約を取りかわし、競争ではなく協働の関係を築いていくとしている。すなわち、前保守党の行った政策の重要な要素は変更していない。ますます、アメリカにおける HMO に類似してくるようであるが、1次医療と2次医療の分離している点は HMO と異なり、そこに取引コストがかかるのは避けられないのではないと思われる。

それに対して、日本は昭和37年、民間セクターで医療を行うことを決定して以来、全ての医療施設間で競争が激しく行われてきた。それに加えて出来高払い方式の支払制度が、医療システムの動向に大きな影響を与えた。その結果、日本の医療は過剰な投資が行われ、現在その費用の増大に悩んでいる。また、競争が施設間の統合性を阻害し、未だに適切な紹介制度が確立できない。

医療の質と効率と公平性を確保する理想的なシステムは世界的にまだ確立していない。今後、このような視点からの国際的な比較研究がさらに重要なものとなる。

平成10年度中期派遣

COPD(慢性閉塞性肺疾患)の治療内容および 医療費に関する日英間の比較検討

派遣期間 1998年10月～1999年9月末

派遣者 京都大学医学部附属病院内科(呼吸器内科)助手

池田 顕彦

受入先 The Liverpool University, University Clinical Department at
Aintree Fazakerley Hospital

【背景・目的】COPDは、肺気腫と慢性気管支炎の二つの病態により、不可逆性の気道閉塞を主徴とする疾患である。主な原因は慢性喫煙である。欧米では45歳以上の人口の約5%が罹患している頻度の高い疾患であり、死亡、寝たきりおよび就労不能原因の上位を占めている。わが国においても、人口の高齢化と過去における喫煙の増加から、COPDは増加しており、近い将来、欧米同様に社会問題の原因となる可能性が指摘されている。そこで、COPDに対する管理・治療を、その先進国である英国と比較し、わが国の問題点を明らかにすることを目的とした。さらに、医療費削減を意図したホームケアの試みについても述べる。

1. COPDに対する治療の日英間の比較

【方法】英国のデータは、英国内43の基幹病院に入院した患者を対象に行われた聴取調査結果をもとに算出した。外来治療内容は入院前の安定期に行われていたものである。本邦の外来治療内容は、京都

大学病院呼吸器内科（96～98年）と関西地区の18の呼吸器疾患専門施設における調査（90～94年）をもとに算出した。入院治療内容は京都大学病院呼吸器内科における過去3年間のデータである。

【結果と考察】外来治療内容を表1Aに示した。年齢や喫煙率、また、疾患の重症度を表す安定期1秒量の対予測値%には差がなく、男女比を除けば概ね同一の患者群を対象にしている。本邦では圧倒的に男性が多いが、これは過去において女性の喫煙率が極めて低かったことに起因すると考えられる。健康関連QOL（quality of life）スコアは英国に比べて明らかに低く、これは疾患のために日常生活が障害されていると感じる患者が比較的少ないことを意味する。薬物治療では、テオフィリンの使用がやや多く、ステロイド薬が少ない傾向にある。本邦で無治療で経過観察されている患者がおよそ20%存在するが、これは、おそらくQOLがあまり障害されていないため、比較的軽症患者では愁訴が少なく、薬物治療が実施されないことがあるからであろう。逆に英国ではQOLが障害されていると感じている患者が多いため、ステロイド薬を含め、本邦よりやや濃厚な治療が施されているものと推察される。COPDに対する薬物治療の目的は、呼吸機能を可能な限り高めることによってQOLを改善することである。薬物治療の延命効果はこれまで証明されていない¹。入院治療における違いとしては、本邦では英国に比べ在院日数が長い（約3倍）ことと、抗生物質が主に経静脈的に投与されていることが挙げられる（表1B）。その理由は明らかではないが、問題はいずれも医療費に与える影響が大きいことである。注射薬の1日分の費用は経口薬の5倍以上である。中等ないし重症の肺炎でない限り両者の効果に明らかな差はない²。また、点滴行為は、それ自体が在院日数延長の原因にもなるため、この点は改善の余地があると考えられる。

表1. 治療内容の比較

| A. 外来治療 | 京大 + 関西基幹病院 | 英国基幹病院 |
|---|--------------|--------------|
| 対象者数 | 382 | 1373 |
| 男女比 (%) | 94 : 6 | 55 : 45 |
| 平均年齢 | 68 | 72 |
| 禁煙率 | 70% | 66% |
| 安定期1秒量 (対予測値%) | 1.04L (40%) | 0.97L (41%) |
| 安定期QOL (SGRQ) 値* | 35 | 65 |
| 薬物療法 | | |
| 吸入気管支拡張薬 | 70% | 72% |
| テオフィリン | 30% | 22% |
| 吸入ステロイド薬 | 24% | 60% |
| 経口ステロイド薬 | 3% | 34% |
| 治療なし | 21% | 4% |
| 在宅酸素療法 | 10% | 22% |
| リハビリテーション | - | 3% |
| * : 本邦では京大 (155症例)、英国はリバプール大 (61症例) の調査結果。 SGRQ = Saint George's Respiratory Questionnaire : 疾患特異的QOL調査票の一つ。 | | |
| B. 入院治療 | 京都大学病院 | 英国基幹病院 |
| 対象者数 | 85 | 1373 |
| 男女比 (%) | 92 : 8 | 55 : 45 |
| 平均年齢 | 71 | 72 |
| 安定期1秒量 (対予測値%) | 0.90 L (35%) | 0.97 L (41%) |
| 入院 (急性悪化時) 治療内容 | | |
| 平均在院日数 | 28日 | 10日 |
| 7日以下の割合 | 5% | 50% |
| 薬物治療 | | |
| ネブライザー気管支拡張薬 | 95% | 91% |
| 全身性ステロイド薬 | 89% | 85% |
| 抗生剤 | 75% | 80% |
| 経口薬のみ | 10% | 61% |
| 静脈内投与 | 90% | 39% |

2. COPDに対する医療費

英国におけるCOPDの有病率は人口の1%（約60万人）といわれ、EnglandとWalesにおいては死因の第5位であり、男性死亡の5.4%、女性の3.2%を占めている³。厚生省の患者調査⁴によれば、本邦の総患者数は約22万人で、男性死因の1.7%を占めるが全死因の10位までには入っていない。表2に日英でのCOPDに対する医療費を示す。診療報酬や薬価などを含めた医療システムの違いがあるため、日英間での単純比較は出来ない。日本で外来治療費の比率が高いのは気管支炎が加算されているためと思われる。英国のデータで注目されることは、COPD患者は高齢者が多いにも拘らず、間接医療費が予想以上に大きいことである。これは我が国においても、有病率の増加と、人口高齢化に伴う高齢者の社会的役割の増大を考えれば、少なからず当てはまることであろう。COPDの社会に与える経済的負担は無視できない。

3. COPD急性悪化に対する自宅治療の試み

COPDは緩徐に進行する慢性疾患であるが、主に気道感染を契機として急性に気道閉塞の悪化をきたすことがしばしばあり、これを急性悪化という。病状は軽症から重症まで様々であるが、さほど重症でなくとも呼吸困難による身体的制限や不安感などのため、入院治療となるケースが多い。しかし、表2で明らかのように、急性悪化による入院治療費はCOPDにおける医療費の3分の1を占めており、いかに有効に入院を削減するかは重要な問題である。そこで、英国リバプール大学病院において、専門看護婦を中心としたホームケアチームが組織され、救急室受診時に一定の基準を満足した患者を対象にしたホームケアが試みられた。

【対象】COPDの急性悪化にて救急室受診し、入院治療が妥当と判断された患者のうち、以下の条件を満たすもの： 動脈血ガスpH > 7.35、PaO₂ > 55torr かつ PaO₂ < 60torr、 脈拍数 < 100/分、 白血球数 4000 ~ 20000/mm³、 心不全や肺炎の合併および意識混濁がなく、24時間看護や点滴治療を要しない。

表2. COPDの医療費

英国（1995/96）

| 直接医療費（1£=200円で換算） | | |
|-------------------|------------|-----------------|
| プライマリーケア | 総額 | 524億円（54%） |
| | 受診料 | 42億円（4%） |
| | 薬剤費 | 170億円（17%） |
| | 在宅酸素 | 312億円（32%） |
| 二次ケア | 総額 | 448億円（46%） |
| | 救急（急性悪化）入院 | 348億円（36%） |
| | 救急以外の入院 | 88億円（9%） |
| | 外来受診料 | 12億円（1%） |
| 間接医療費 | | |
| 就労不能日数 | | 24000000日 |
| 疾病および就労不能に対する給付金 | | 1200億円（治療費+療養費） |
| 就労不能による雇用者の損益 | | 3000億円 |

データはOffice of Health EconomicsおよびMediPlus International Medical Surveyの調査をもとに算出（文献3より引用改変）。

日本（平成8年度）

| 間接医療費 | |
|-------|------------|
| 入院 | 454億円（35%） |
| 入院外 | 842億円（65%） |

文献4より引用改変（気管支炎および慢性閉塞性肺疾患の項で45歳以上のデータのみ使用）。

【方法】救急室にて気管支拡張薬、経口ステロイドおよび経口抗生物質を個々に応じて医師が処方。専門看護婦により第3病日までは朝夕、以後は必要に応じて訪問看護を行う。また、巡回看護婦により必要に応じて夜間の付き添い、買い物や家事の手伝い、その他個人的なケアを行う。

【結果】表3に患者背景を示した。16ヶ月間で379名が受診し、296名が除外され、このうち101名は重症の急性悪化であった。ホームケアは83名に実施され、70名(84%)は2週間以内に、2名は2週間以上要したがいずれも軽快した。表4に結果を示した。ホームケアが奏効せず、入院となったのは11名(13%)であったが、COPDの悪化によるものは2名のみであった。ホームケアの間、医師への往診要請はなく、訪問看護は平均10回行われ、また、生活支援は27名(33%)に対して必要であった。

表3. 患者背景

| | |
|----------------------------|--------------------|
| 受診数379名(16ヶ月間) | |
| 対象: 83名(男性40、女性43) | |
| 年齢(歳) | : 71 ± 7 |
| 喫煙歴(pack-years) | : 34 ± 20 |
| 受診時FEV ₁ (L) | : 0.86 ± 0.49 |
| 対予測値(%) | : 41 ± 18 |
| 受診時PaO ₂ (torr) | : 75.0 ± 16.0 |
| 除外: 296名 | |
| 理由 | 101名: 重症COPD |
| | 64名: 心不全合併 |
| | 23名: 肺炎合併 |
| | 12名: 社会的あるいは看護上不適切 |
| | 45名: 他疾患 |
| | 16名: 他の臨床試験目的で入院 |
| | 12名: ホームケア拒否 |
| | 23名: その他 |

表4. 結果

| |
|-----------------------|
| 軽快: 72名 (87%) |
| 70名: 2週間以内 |
| 2名: 2週間以上 |
| 入院: 11名 (13%) |
| 2名: COPDの悪化 - 死亡なし |
| 9名: その他 - 死亡2名(肺炎、膵炎) |
| 医師の往診: なし |
| 平均訪問看護回数: 10回(7~14)回 |
| 生活支援: 27名(33%) |
| 11名: 夜間の付き添い |
| 20名: 家事の手伝い |
| 6名: その他 |

【考察】この基準を用いた場合、COPDの急性悪化で救急受診した患者のおよそ30%は訪問看護により在宅治療が可能と推測される。我が国ではこうした看護システムが確立されていないため、現時点では、このような試みを行う自体、極めて困難な状況である。しかし、不必要な入院治療を減らすことは、医療費を低減する上で有効であると考えられ、今後、取り組むべき課題であろう。

文献

1. BTS Guidelines for the Management of Chronic Obstructive pulmonary Disease. Thorax 52 (Suppl 5): S7 - S15, 1997.
2. Ikeda A, Nishimura K, Izumi T: Pharmacologic treatment in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Drugs & Aging 12(2); 129 - 137, 1998.
3. Calverley PMA and Sondhi S. The burden of obstructive lung disease in the UK - COPD and asthma. Thorax 53(Suppl 4), 1998.
4. 厚生省大臣官房統計情報部編: 人口動態統計、平成8年度.

“ Humor and Health ”開催

当財団の平成11年度外国人短期招聘助成により来日されたDr. Patch Adamsの来日記念講演会が、7月29日(土)昭和女子大学人見記念講堂で行われ、同助成採択者 阪井 裕一先生より、以下の通り、ご報告をいただきました。(同講演会は、主催パッチ・アダムス招聘実行委員会及び財団法人ドナルド・マクドナルド・ハウス財団と当財団の後援により開催されました)

Dr. Patch Adams来日講演

国立小児病院麻酔集中治療科 阪井 裕一

2000年7月29日(土)昭和女子大学人見記念講堂において、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成によるDr. Patch Adamsの講演“ Humor and Health ”が行われた。Dr. Adamsは、1945年米国ワシントン生まれの医師で、映画「パッチ・アダムス」の実在のモデルである。映画で語られている通り、彼は16歳の時に父親や親愛していた伯父の死のショックから、自分自身の存在理由や人生に対する深い失望感に打ちひしがれて自殺願望に苛まれ、精神病院に自主入院した。そこで出会った同室の患者とのコミュニケーションから、「愛の持つ力」を実感して“笑い”が人の心や体の病を癒すことに気付き、医師になることを決意したという。1977年に医学部を卒業後、共同体形式による無料診療の病院「お元気で病院(Gesundheit Institute)」を設立して、愛とユーモア、医師と患者との友情を診療に取り入れた医療を実践すると同時に、数々の劇を書き、プロデュースし、時には出演もするプロの道化師でもある。

笑いが免疫力を高めることはすでに科学的に証明されているが、Dr. Adamsは、そこから一歩進んで「医師と患者とのコミュニケーション、スキンシップ、感情移入」によって育んだ真の友情を臨床医療に生かし続けてきた。初めて診察する時には、患者1人につき3、4時間かけ、患者及び家族のことを理解する、それによって患者との距離を縮め、親密感を高めることが大切なのだと言う。そして、精神安定剤ではなく、ユーモア、愛、創造性、そしてくつろぎを与えると言う。

「これが私たちのやり方です。苦しんでいる人たちの根底に下りて行って、愛と思いやりとユーモアとで付き合う。私たちは常に患者のことを治せると確信しているわけではありませんが、彼らのことを心から思うことはできると信じているのです。」そして、この革新的なプロジェクトの接着剤はユーモアです。このプロジェクトを30年間持続させた原動力がユーモア。ユーモアのおかげで私はバイタリティーを得ることができました。」

今日、高度に発達した医療のおかげで、救命率は上がり平均寿命は延びた。しかしながら、患者さんはそれで幸せになり、社会はよりよいものになったのであろうか？ 何故今、こどもの「心の問題」がクローズアップされているのか？

Dr. Adamsの講演は、奇抜な道化の恰好とは裏腹に、「人間の心を重視する」という普遍的な命題に立ちかえる必要性を思い起こさせるものであった。日本の医療界に一石を投じ、来るべき21世紀に医療の進むべき方向を示唆する重要な役割を果たしたと言える。

第7回ヘルスリサーチフォーラム

第7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。

プログラム内容決定

| | | | |
|---------------|--|---|-------------------------|
| 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 厚生省大臣官房審議官 | 垣東 徹 上 俊 堀 昭 宣 |
| 9:45 ~ 9:55 | 来賓挨拶 | | |
| 9:55 ~ 11:05 | 研究発表 テーマ：薬剤に関する社会的問題 | 座長 日本大学大学院薬学研究所客員教授 | 北澤 式文 |
| | 医薬品製造の試験研究に関する特許法のシステムとその経済的効果 - 国際比較 | 香川大学法学部無体財産権法助教授 | 潮海 久雄 |
| | 小児臨床試験のガイドラインと小児臨床薬理研究ネットワーク | 国立小児病院・小児医療研究センター小児薬理研究部・部長 | 辻本 泰三 |
| | 米国におけるLife Style Drugの動向調査 | 日本経済新聞社科学技術部編集委員 | 中村 雅美 |
| | 疾病毎の医療受診とOTC需要の代替性に関する分析 | 大阪大学社会経済研究所助教授 | 大日 康史 |
| 11:05 ~ 11:20 | 休 憩 | | |
| 11:20 ~ 11:55 | 研究発表 テーマ：医療の国際比較 特に結核について | 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 |
| | 結核治療の日米比較 - 臨床医及び行政担当者の対応と認識 - | 財団法人結核予防会第一健康相談所読影センター長 | 増山 英則 |
| | 結核感染症の効率的な疫学調査と感染予防についての共同研究 | 国家公務員共済組合連合会新小倉病院内科 | 内田勇二郎 |
| 11:55 ~ 12:45 | 研究発表 テーマ：医療経済 | 座長 一橋大学大学院経済学研究科教授 | 樋田 忠彦 |
| | 発展途上国における保健医療支出の社会経済効果に関する研究 | 埼玉大学経済学部経済学科教授 | 貝山 道博 |
| | 生命、医療保険市場における「遺伝子による差別」発生のメカニズム； 遺伝子診断の実現と非対称情報構造の存在 | 神戸大学経済経営研究所講師(機関研究員) | 曾我 亘由 |
| | PFIによる病院統合の可能性 | 広島国際大学医療経営学教授 | 小林 曉章 |
| 12:45 ~ 13:45 | 昼 食 | | |
| 13:45 ~ 14:00 | 第9回(平成12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 |
| 14:00 ~ 15:00 | 基調講演 「Information and Its Impact on Provider Incentives & Competition: Is the US Experience Relevant for Japan?」 | 座長 財団法人医療情報システム開発センター理事長 演者 Associate Professor with tenure, Dept. of Economics and Dept. of Medicine, Stanford University Mark B. McClellan, MD, Ph. D | 開原 成允 |
| 15:00 ~ 15:15 | 質疑応答 | | |
| 15:15 ~ 16:05 | 研究発表 テーマ：精神医療と看護 | 座長 宮城大学副学長 兼 看護学部長 | 湯澤布矢子 |
| | マクリーン病院における急性期精神科医療のアウトカム | 国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官 | 伊藤 弘人 |
| | 痴呆性老人の音楽療法における臨床的治療効果の 定性的評価法に関する日英比較研究 | 宮城大学看護学部教授 | 佐治 順子 |
| | 入院精神分裂病患者の治療の質に関する研究 | 三重県立看護大学精神看護学教授 | 川野 雅資 |
| 16:05 ~ 16:20 | 休 憩 | | |
| 16:20 ~ 17:35 | 研究発表 テーマ：社会制度の医療に与える影響 | 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 |
| | 「保健・医療・福祉複合体」の日米比較研究 | 日本福祉大学大学院社会福祉学研究所長 | 二木 立 |
| | 米国におけるマネジケアの進展と薬剤医療費への影響 | 慶應義塾大学総合政策学部政策・メディア大学院助教授 | 印南 一路 |
| | マネジケア(管理医療)の米国への影響の分析及び日米の医療内容の比較分析 (C型慢性肝炎(HCV-1b型)のDisease Management戦略構築に関する日米共同研究) | 東京大学先端科学技術研究センター分子生物学講師 代理発表者: 東京大学先端科学技術研究センター先端医療・知的財産政策研究部門客員助教授 | 浜窪 隆雄 森口 尚史 |
| | 欧州におけるDRGの導入状況について | 産業医科大学公衆衛生学教室教授 | 松田 晋哉 |
| 17:35 ~ 18:30 | 研究発表 テーマ：医療の国際比較 | 座長 聖徳大学教授 | 小野寺伸夫 |
| | 手術後病院食の国際比較 | 東京都立大久保病院外科医長 | 丸山 道生 |
| | 胃十二指腸疾患における日米間の治療体系変遷の検討 | 国立大蔵病院内科医員 | 大原 信 |
| | 大規模災害時の死体検案体制の国際比較に関する研究 | 滋賀医科大学法医学講座助教授 | 西村 明儒 |
| 18:30 ~ 20:00 | 懇 親 会 | | |

(印は平成10年度の国際共同研究助成による研究
印は平成11年度の日本人研究者中期派遣助成による研究
印は平成11年度の日本人研究者短期派遣助成による研究)

第7回ヘルスリサーチフォーラム 開催のお知らせ

第7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。

21世紀を間近に控え、我が国では本格的な少子・高齢化社会の到来にそなえ保健・医療・福祉全般にわたる改革が進められています。私たちの健やかで豊かな暮らしに欠くことのない保健・医療・福祉の新しい時代の要請に応えるサービス体制の構築は、私たち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国民が享受するため、サービス体制の構築を調査・研究するヘルスリサーチの分野に研究助成を行っています。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の発表と数年前からヘルスリサーチの研究を志す研究者に広く発表の場を提供できればと一般演題の募集を始めたところ数々の興味深い演題の応募があり高い評価を頂いております。

さて、本年度は第7回目を迎え、下記プログラムのように平成10年度国際共同研究成果発表、平成11年度短期・中期海外派遣助成成果発表、平成12年度一般演題発表に加え、スタンフォード大学Dr. Mark B. McClellan先生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。今年の基本テーマは「21世紀の保健・医療・福祉を考える - 国際的な視点から見た日本の医療 -」に設定致しました。例年通り財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会のご賛同を得まして開催致し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12年11月11日(土) 午前9時30分～午後6時30分

会場 都市センターホテル

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

電話：03-3265-8211

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

詳しいプログラム内容は、本誌P15をご覧ください。

第1回国際QOL学会環太平洋集会

会期：2001年4月13日(金)～15日(日)

会場：日本都市センター会館

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

電話 03-3265-8211 FAX 03-3262-1705

学会長：福原 俊一(京都大学大学院医学研究科教授)

黒川 清(東海大学医学部長)

事務局：コンベンションリンクージ

〒107-0052 東京都港区赤坂9-5-24

赤坂日本ビル

電話 03-5770-5531 FAX 03-5770-5532

E-mail：qol@c-linkage.co.jp

Home page：http://www.c-linkage.co.jp/qol/

一般演題募集〆切り 2000年12月15日(英文校正を希望される方は11月15日〆切り、校正料7,000円)

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。