

ヘルスリサーチニュース

CONTENTS

第8回ヘルスリサーチフォーラム

「新世紀の保健・医療・福祉を考える - 変革への模索 - 」を開催 (P1)

第10回(平成13年度)助成案件採択一覧表 (P8)

研究等助成受領成果報告・国際共同研究2編 (P10)

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並びに
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 (P10)

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 (P13)

第8回ヘルスリサーチフォーラム

「新世紀の保健・医療・福祉を考える

— 変革への模索 —」を開催

平成13年11月10日(土)千代田放送会館において、第8回ヘルスリサーチフォーラム「新世紀の保健・医療・福祉を考える - 変革への模索 - 」が財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構の協賛を得て開催されました。

現在、我が国では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、私達一人ひとりがかかわってくる重要な問題です。

第8回を迎えた今回のフォーラムは「変革への模索」というサブタイトルで、さまざまな分野の方々からヘルスリサーチの研究発表をいただきました。

本年度は平成11年度国際共同研究助成による研究成果発表、平成12年度日本人研究者海外派遣研究発表、平成13年一般公募演題の発表に加え、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実施し、充実した内容のフォーラムとなりました。

研究助成採択者、研究者、報道機関、当財団役員、ファイザー製薬関係者等、合計170名の出席を得て以下のプログラムで行われました。

1. 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 垣東 徹
財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 専務理事 岡部 陽二氏

2. 来賓挨拶

厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐 中野 滋文氏

3. 研究発表(7題)

4. 第10回(平成13年度)助成案件選考経過・結果発表

5. 基調講演「Strategies for the Health Care of Tomorrow - The Need for a New Approach」

The manager of Timbro Health Unit, a division of the Timbro Policy Group, Stockholm, Sweden Johan Hjertqvist

6. 研究発表(12題)

7. 懇親会

現在当財団で、今回のフォーラムの内容をまとめた冊子を作成中で、2002年3月には完成の予定です。ご希望の方は財団事務局まで氏名、住所、勤務先名をご記入の上、FAXでお申し込みください。完成次第ご送付いたします。

FAX
03-3344-4712

1 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 垣東 徹

今回のヘルスリサーチフォーラムへの出席と、財団の事業活動に対する支援への、感謝の意を述べました。引き続き、平成13年度助成案件の応募状況・採択結果の概要を報告し、最後に「今後とも、ヘルスリサーチの研究振興のために、財団としては大変微力ではございますが、一生懸命努力する所存です」と抱負を述べました。

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 専務理事 岡部 陽二氏

「医学の研究は、疾病の診断や治療方法の研究と、医学の成果を必要とする人々に役立てるヘルスリサーチ研究に大別されますが、わが国では後者の研究に助成をされておられる団体は、このファイザーヘルスリサーチ振興財団のほかの一つ存在するだけで、この面での同財団の先見性に改めて敬意を表します。

従来医療システムは優れてドメスティックな制度であって、外国の制度や考え方をそのまま採り入れるのは困難であるとの主張が支配的でしたが、現実には、この分野にも国際化の動きが急速に高まっております。

しかし国際プロジェクトに参加していくには、それなりに整備された研究インフラが必要です。

日本と欧米諸国、特に米国との大きな違いは、政策研究に従事しているシンクタンクの層の厚みです。米国には多彩、多岐にわたる医療改革論争の参加者が多数存在しているという点が特徴的です。

こうしたことを背景に、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成活動は、わが国での医療・介護・福祉に関する政策決定の客観性・透明性を高め、有効な政策が打出されるために不可欠で有意義なものです。このフォーラムが21世紀に入りますますます充実した存在感のある研究交流の場として発展していくことを期待します。」と述べられました。

2 来賓挨拶

厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐 中野 滋文氏

「本年1月に中央省庁再編が行われ、厚生省は労働省と合併し、厚生労働省になり、研究の面では、まだ予算要求の段階ではありますが、来年度より厚生科学研究の中に労働衛生分野についても取り入れられる予定であります。

また、政府全体の科学技術政策に関しましては、同じく本年1月より内閣府におきまして、総理直属の総合科学技術会議が設置されましたが、その中で、ヘルスリサーチと大きく関連する専門調査会は「評価専門調査会」と「生命倫理専門調査会」の2つです。

最近の研究に求められる課題として挙げられる項目には、ただ研究の目的を達成することだけを考えた研究計画をデザインするのではなく、社会情勢にマッチした研究計画であることが求められているという、質の向上が挙げられます。すなわち、本年4月より施行している「ヒトゲノム遺伝子解析に関する倫理指針」が策定されたことや、「個人情報保護法」に関連した「疫学研究に関する倫理指針」が検討されていることも、研究計画の質が大きく問われていることの一つといえます。

このような時代の流れの中で、こうした報告会を開催して、研究発表を行い、議論を交わすことにより、次の研究の内容や研究手法の向上へと結びついていくことは、大変大きな意義を持つことだと思います。」と述べられました。

3 研究発表

印は平成11年度の国際共同研究助成、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発表、他は一般公募演題)

● 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、社会的とりくみ」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粘膜炎学分野 教授 清水 宏

表皮水疱症は先天的に皮膚が脆弱な遺伝病の総称で、国の稀少難治性疾患にも指定され、医学的・社会的にも重要な疾患である。本症は比較的稀であり、しかも多数の病型に分類されているため、国際的な診断基準、治療指針、望ましい社会での対応などのコンセンサスが得にくいのが実状である。

本研究は、患者のみならず家族にも多大な精神的、肉体的、経済的負担を強いることが多い表皮水疱症のヘルスクエアを考える上で、本症に対する医療保障制度、国の政策の整合性を客観的に調査研究する必要性が望まれるという観点から、日欧米で表皮水疱症の治療・研究の中心的役割を果たしている3つの医療研究機関における国際的ヘルスリサーチ研究を行ったもの。

その結果、従来まで使用されてきた表皮水疱症の診断基準は、現状に一致せず、21世紀に対応しうる理想的な国際診断基準を設定することが必要であるとの結論に達した。それに基づき、新しい国際診断基準を制定した。

大腿骨近位部骨折後のOutcomeと医療経済

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

わが国の大腿骨近位部骨折は1年間に10万人以上が受傷し、今後も高齢者の増加にともない17万人へと急増が予測される。本研究は、すでに治療体系が進んでいるスウェーデンと日本で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(hospital cost)、医療制度を調査研究することを目的として実施した。

その結果、日本で効率的な医療をおこなうためには受傷後早期手術と退院後の受け入れシステムの確立が必要であるとの結論に導かれた。

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

食道がんは消化器がんの中で難治がんに属する。本研究では、食道がんの予後較差は治療施設間でどの程度あるのか、その較差は縮小してきているのかどうか、を明らかにする目的で、1975年～92年に大阪府がん登録に届出のあった食道がん患者のうち、一定の条件を満たす2,556人を調査対象として、主たる治療施設を、特定病院群、大病院群、中病院群に分類し、また、診断年によって4期に分けて、病院群別に5年相対生存率を算出し、次に、特定病院群で治療を受けた患者を基準とした時の、他の病院群で治療を受けた患者のハザード比を計算した。その結果、食道がんに対する病院群間の治療成績の較差は、全体として縮小してきたものと推定された。

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/慶應義塾大学医学部講師(非常勤)・京都大学大学院社会学系講師(非常勤) 瀬上 清貴

平成7,8,9年の日本人のICD10による選択死因別死亡数から、各都道府県の各性年齢階級別死亡率の分布を検討した。一方、米国CDCのホームページ上のCDC Wonderを用いて、白人、黒人、その他の人種という3区分により、日本の選択死因と一致する分類区分で各年齢階級別死亡率の米国50州の分布を検討した。

次に、各年齢別の死亡率(SALT期待死亡率)を計算し、この期待死亡率に基づき各歳人口(または年齢階級別人口)を乗じて得られた期待死亡数と実測死亡数との差を死因別SALT(達成可能な削減目標死亡数)とした。そして、このSALTに基づき簡易生命表の手法でSALT改善生命表を作成した。

各都道府県の死因別SALTを掲げて健康づくり運動を展開すれば、住民にとって分かり易い目標となることから、その達成にかかる年数で施策を評価し得る。つまり、SALT及びSALT平均余命は、保健医療福祉施策の総合的効果測定指標として活用できる。

● 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

セカンド・オピニオンとは、担当主治医以外の医療専門家に現在の診断・治療方針について独立した立場より意見を求める医療制度である。本邦医療の世界標準化を推進する上においても、インフォームド・コンセントと

並んで次世代医療制度の根幹を形成する重要なコンセプトと考えられる。

本研究では、同制度が発展かつ定着したシカゴ及びボストンにおいて米国現況を実態調査し、その後、本邦の神戸大学医学部在位の医療関係者と姫路市医師会会員に対してアンケート質問を行った。その結果、本邦医療従事者間のセカンド・オピニオン制度に対する認識の遅れと期待が表裏一体である可能性を示した。実践を通した米国医療現場における同制度への限定的な見直しと、より非対立的な方法での情報開示への取り組みをいち早く認識し、本邦での制度のあり方を修正的に検討することが必要と総括された。

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

代理発表者：北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻博士課程 大学院生 瀬川 克之

本研究は、日米の市民が医療に何を求めているかを質的研究手法（フォーカスグループおよび半構造型個人面接）を用いて調べ、両国の患者の医療ニーズにどのような特徴があるかを検討し、医療ニーズの形成にどのような因子がはたらいているかを考察することを目的とした。その結果、日米いずれの高齢者からも類似したニーズが多数抽出された。特に、プライマリケアを担う医療機関に対しては“親近感を感じる”や“専門医への紹介”を望み、高次医療機関には“専門的診療”や“高度な診療機器”などの要素に対して信頼感を感じていた。これらは各医療機関が本来持つべき機能に関連したものであり、両国の高齢者は共にそれらの社会的機能を理解していることが想像される。しかし、発言内容の具体的な“意味”となると日米での違いがより明確だった。すなわち、「なぜ高齢者が医療にそのような期待を持っているのか」におよぶと、日米での文化的な相違に基づく解釈がなされていることが予想された。

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

がん医療における代替療法（以下CAM）は、一般社会で広く利用されているが、実際の使用状況を正確にまとめた資料は少ない。欧米でもCAMに関する大規模な調査から、診療におけるCAMの位置づけ・医療経済資源等さまざまな問題が提起されている。本研究の視点としては、単なるCAMの推進普及ではなく、科学的・合理的な評価方法を導入することを目指している。このデータベース化によって、地域的に行われている代替療法の種類や内容に関する（有害事象情報等も含めた）情報を世界に発信し、合理的・客観的な評価の難しいこれらの治療方法に関する国際的な評価基準の確立と情報交換を目的とした。

また、現在までに、和漢薬などを含めた文献リストを作成して、本邦のがん医療に関するCAMホームページを開設した。

4 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

「日本は、どちらかというとバイオメディカルリサーチというべき基礎医学的研究の方が評価される風土があり、ヘルスリサーチが非常に遅れていて、研究者が少ないということがあります。私はそれは間違っていると思っております。バイオメディカルリサーチももちろん大事ですが、それと同時に、ここで取り上げるような医療を取り巻く社会的な事実を対象にして、それに対して分析をしたり、評価をしたり、またはその政策を形作っていく研究が、日本の医療の為には必要であるという考え方に基づいて、助成採択の審査を行ってまいりました。」と述べ、特に平成13年度の国際共同研究の採択12件（本誌8ページ参照）について、簡単に説明しました。

応募・採択一覧表

応募	（単位：件）		採 択	（単位：千円）		
	第10回	第9回		第10回	第9回	
	件数	金額	件数	金額		
国際共同研究	112	97	12	56,033	12	54,000
海外派遣	50	66	12	19,995	11	19,449
短期国内招聘	11	9	4	4,000	3	3,000
中期国内招聘	3	1	1	2,500	1	2,000
計	176	173	29	82,528	27	78,449

5 基調講演

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

Strategies for the Health Care of Tomorrow - The Need for a New Approach

The manager of Timbro Health Unit, a division of the Timbro Policy Group, Stockholm, Sweden
Johan Hjertqvist

伝統的・従来型なヒエラルキー中心の官僚主義的な医療を、より福祉国家に合った、市場原理を導入した形に変えていくことを考える。

まず西欧・日本における医療の問題点の指摘とヘルスケアとは何かという定義づけを行い、次にストックホルムにおける医療制度改革を概観する。また、日本とスウェーデンの比較を通じて、患者が自由な選択権を持っているということが極めて重要で、同等の関係パートナーシップ関係が何よりも大事だとする。そして、91年から導入して約10年経ったスウェーデンの制度改革でどのような成果があったかを述べた後、公共の医療制度を維持し、開発していきたいと思うのであれば、改革をせざるを得ないこと、その改革の一つの可能性としてストックホルムの考え方があると述べる。

結論として、階層（ヒエラルキー）型からネットワーク型にするということ、企業のカムフラージュを入れるということ、政治家は意思決定・政策というところだけを見て、医療提供者は医療提供のところだけをやるといような切り分けが必要だということ、医療スタッフの能力を向上させるようにしなければいけないこと（持てる力を最大限に発揮できるような環境の提供、合理的なインセンティブの導入）、それから、古い垣根を取り払うこと、を指摘する。

6 研究発表 印は平成11年度の国際共同研究助成、 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発表、他は公募一般演題)

● 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

軽度の心血管系リスクを有する人を対象に、ライフスタイル変容の効果とそれに必要な直接費用を日米両国で検討した。米国Duke大学において、軽症高血圧133例（年齢 48 ± 1 歳）を、運動療法（EX）、減量+運動療法（WM）群、対照（C）群に無作為に振り分け、6ヶ月間の介入治療を行い、一方、国内では、高齢軽症高血圧23例（ 69 ± 3 歳）に対して漸進的エアロビクスサーキットトレーニング（PACE）による運動療法を週3回12週間施行した。その結果、軽度の心血管リスクを有する者に対してライフスタイルの変容は医学的および医療経済学的に有効な治療法であることが確かめられた。しかし、米国においても、限られた施設のみで、研究助成によって実施されているのが現状である。

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

21世紀を迎えて超高齢化社会の到来が現実のものとなった中、健やかに長寿を迎えることは国民的な関心事となっている。そのような状況下で、1999年に旧厚生省から「健康日本21」構想が提示され、国民への定着、推進が図られている。しかし、「健康日本21」の策定と推進に対して、本来国民自らが積極的に取り組むべき課題であるべきところ、その推進策について「官主導」から脱し切れていないという批判がある。本研究では、「健康日本21」のモデルともなったヘルスプロモーション先進国との比較調査を通じて、「健康日本21」推進策が抱える問題点などを指摘し、より良いヘルスプロモーションの方向性を探ってみた。その結果、官主導方式の限界が明らかになった。今後わが国の「健康日本21」の成果を上げるためには、「社会の健康」での位置付けと住民参加やNPOなどエンパワーメントが不可欠であり、プロセスとアウトカムについて継続的で多面的な評価が必要である。

高齢社会における Gender-specific Medicine の日米比較

千葉県立東金病院 院長 平井 愛山

多くの生理医学的研究における臨床研究が、対象から女性を除外して計画され、男性で得られた結果を盲目的に女性にも当てはめてきた。この結果、女性における医薬品の適正使用や治療指針の確立が立ち遅れ、医療における性差がもたらす本質的な差が考慮されていないのが現状である。

日米比較研究の一環として、今回、千葉県における女性の医療と健康づくりの現状と課題を分析した結果、閉経後に急速に進行する血管の老化（動脈硬化症）から女性を守る必要があること、働き盛りの女性を襲うガンの現状があり、中でも乳がんの早期発見・早期治療システムの確立が急務であること、食事療法、運動療法、薬物療法などとともに禁煙指導などのライフスタイル改善指導を通じ、女性の寝たきりを防ぐことが医療経済的にも緊急の課題であること、等がわかった。

WHO 国際障害分類改定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 / WHO 国際障害分類日本協力センター 代表 上田 敏

世界保健機関 (WHO) による国際障害分類初版 (ICIDH, 1980) は障害を3つのレベル (機能・形態障害、能力障害、社会的不利) に区別して捉えるという階層的見地を明確に示した点で画期的であり、障害者の医療・福祉・行政等に大きな影響を与えたが、これらは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った。本研究は、WHO 本部の国際障害分類担当部門責任者との共同研究により、1) 問題の理論的整理と分類素案の作成、2) WHO-QOL その他の主観的 QOL、主観的障害に関する国際的研究の調査、3) 実際のリハビリテーションの場における障害者の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、4) 以上の研究成果の総括という内容で行なったもの。

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 梶田 忠彦

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 立石 彰男

治療技術の進歩は、救命不能な患者における終末期の様相にも変化をもたらした。回復断念後も部分的な臓器補助を続行することで、比較的長期間の終末期を経験する患者が増加し、医療者や患者・家族が何らかの withdrawal (WD) を決断する機会も増加した。

本研究では、1) 97年4月から1年間の成人症例で、retrospective に死亡予測が成立した症例の抽出と成立日 (DWp)、WD 実施症例の抽出とWD日 (DWa) を決定し、2) 死亡例での経過を、;入室日 ~ DWp、;DWp ~ DWa、;DWa ~ 退室日に区分して、各期間に投入された医療資源量を求め、3) 終末期の対応についての日米比較を行った。その結果、ICU 患者の終末期ケアにおいて資源配分と医療倫理の原則を調和させるには、良好な患者 - 医療者関係と客観的予後評価がともに必要である。その場合、医療資源投入量の最大期待減少率は10 - 15%と見積もることができる。

OECD A System of Health Accounts (SHA) 準拠の医療費推計に関する研究

(財)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

経済協力開発機構 (OECD) では、国際比較可能性等の観点から新たに National Health Accounts (NHA) の国際基準として「A System of Health Accounts (SHA)」を定義した。本基準では、医療に関わる支出のより広範かつ多次元的な集計・推計が求められ、そのため新たな医療費推計手法を開発する必要性が生じた。本研究は SHA 準拠の医療費の推計手法の確立と1998年度のNHA 推計を目的としている。

SHA 準拠の推計手法の確立により、計算プロセスの明確化につながるとともに、医療支出の多面的な国際比較が可能となったと考えられる。一方で、我が国の医療制度改革における国際比較の議論に対する、より比較可能性の高いデータの提供、そのための費用項目等の明確化のためには、新しいデータソースの検討や推計手法の改善など医療費推計の精緻化に向け、継続的に取り組む必要がある。

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 -

一橋大学大学院法学研究科 博士後期課程1年 今村 みづ穂

米国では1982年に公的医療保険 (メディケア) による費用償還制度がホスピスに導入された。これ以降、ホスピスを利用する患者の自己負担がほぼ免除されることになり、ホスピス業界は飛躍的に発展してきた。しかし、連邦政府は1997年に総医療費の抑制・削減を目的とした財政均衡法を制定し、近年におけるホスピス・サービスの予算の増加を抑制すると同時により効率的なホスピス・サービスの提供を促進するため、ホスピスに対してもより厳しい財政的制約を強いた。これはホスピスの発展を支えてきた患者の自己負担の免除を基盤とする費用償還制度の見直し、及びホスピスの質の確保と総医療費抑制の両立の可否といった問題を提起するものであった。以上のような米国のホスピス政策の動向は、我が国の今後のホスピス政策においても参照に値すると考える。

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

高齢化の一側面は寿命の長期化にある。よく知られているように、年齢別の平均医療費は、年齢を追うごとに急激に高まる構造を持っているので、長寿化により医療費の高い老人の期間が伸びれば、その分だけ医療費が増加すると一般に考えられている。本研究では、1993年の老人健康保険におけるレセプトデータを用いて、終末期医療費を明示的に考慮した年齢別医療費を推定し、一人当たり老人医療費が将来増加するかどうかを分析した。

その結果、一人当たり老人医療費は長寿化により上昇しないばかりか、むしろ減少する可能性が示唆された。これまで行われてきた老人医療費の将来予測や、現在議論されている老人医療費伸び率上限制有効性に対して、本研究は疑問を提示する結果となった。

● 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
E B Mの観点からの調査

東海大学医学部 教授 岡崎 勲

代理発表者：神奈川県立厚木病院内科 伊藤 俊

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。日本とタイの住民から各年齢層から男女約100名づつ抽出し、アンケート調査を行った。結論として、1) タバコの害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うかがわれた、2) 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、禁煙中薬な症状だった人程禁煙を継続できた、3) 知識の啓蒙は特にタイに於いては効果的かも知れない、等が判明した。

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

世界的な潮流として、医学教育は市民に開かれた参加的なものになりつつある。このような中で、日本の医学教育における参加は、どのような方向に進みつつあり、どのような課題を内在させているだろうか。

本研究では、参加的な医学教育の典型的な方法論と言える模擬患者を取り上げ、その先進国である米国、及び日本の文化や医学教育と共通点が多い韓国を取り上げ、日本と比較しながら現状の比較分析を試みた。

日本における模擬患者の養成と利用の現状は、研究の厚みとすそ野の広さの点で日本に遥かに先行する米国を目指しつつある一方で、韓国の模擬患者養成と比較しても独自の問題を提起している。市民グループのパワーと大学側の教育理念が互いにどのように支えあい、より十全な医学教育に向かうのかが問われていると言える。

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

国立公衆衛生院疫学部成人病室 室長 土井 由利子

健康増進と疾病予防に関する Surgeon General's Report (1979年)によれば、米国における若年死の40 - 70%、急性疾患の3分の1、慢性疾患の3分の2が、不適切なライフスタイル(例：喫煙、飲酒、食事、運動、ストレス、性行動等)に起因するものであることが報告された。このように、罹病・死亡の原因が従来の感染性疾患から生活習慣に起因する非感染性疾患へと移行する中で、行動科学という新しい分野が特に欧米を中心に発達した。行動科学は、人々の健康に対する意識を高め、健康へと導くためにそのライフスタイルや行動を変化させることを目的とし、そのために必要な技術開発、技術支援および環境整備を行うものである。米国ハーバード大学公衆衛生大学院の健康・社会行動学部は、健康と社会的因子(貧困、社会階層、失業、性・人種差等)について精力的に研究をすすめている研究グループの1つである。日米間の社会文化的背景に相違はあるものの、彼らの研究方法・研究成果を参考にしながら、日本における新しい行動科学教育のカリキュラム内容・組立・授業方法等の開発について考察する。

エビデンス・ベースド・ナーシングの推進に係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

エビデンス・ベースド・ナーシング(EBN)の実践の基盤となる疫学/臨床疫学および看護情報学に関する内外の情報収集・整理や現地調査を通じて、疫学/臨床疫学に対する看護職の主体的な寄与を一層推進するための看護疫学(仮)の体系の考究を試みるとともに、看護情報学の教育内容や方法等に関する提案を行った。本研究により、1) EBN、疫学および看護情報学に関する情報収集・整理、2) 疫学および看護情報学の研究・教育に関する現地調査の実施、3) 看護疫学の体系の考究と看護情報学の教育充実に関する提案、という成果が得られた。また、看護情報学については、「人々の生活を支援するために、看護ケア・看護研究・看護教育・看護行政等、看護のすべての分野で扱われるデータ・情報・知識を、情報処理と通信技術を活用して、その分野の目標に最も効果的に利用する方法を研究する看護学の一分野」と定義し、大学における看護情報学の教育内容試案(学部・修士)を提案した。

第10回(平成13年度)助成案件 採択一覧表

平成13年度 国際共同研究採択者

(順不同・敬称略)

生越 喬二(おごし きょうじ)

東海大学医学部 外科 助教授
研究テーマ 保健医療のアウトカム評価に関する国際共同研究
 : QOL測定を中心として
共同研究者 Adrian A. Kaptein, Ph.D.
 Unit of Psychology, Leiden University Medical Center
 Professor
共同研究者 山岡 和枝
 帝京大学法学部(医学部兼任) 助教授
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

樋口 範雄(ひぐち のりお)

東京大学法学部 教授
研究テーマ 日米共同研究グループ「医療をめぐる情報と倫理と法」 i) 医療
 情報保護と利用 ii) 医療における倫理 iii) 医療事故防止と法の
 役割
共同研究者 Carl E. Schneider
 University of Michigan Law School, University of Michigan
 Medical School Assistant Professor of Law, Professor of
 Internal Medicine
共同研究者 Robert B. Leflar
 University of Arkansas School of Law, University of
 Arkansas for Medical Sciences Arkansas Bar Foundation
 Professor of Law, Adjunct Professor of Medical Humanities
助成金額 2,890,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

戈木 クレイグヒル 滋子(さいき くれいぐひる しげこ)

東京都立保健科学大学保健科学部 看護学科 小児看護学 助教授
研究テーマ 小児がん専門医の子どもへのtruth-tellingに関する意識と実態
 : 日米比較
共同研究者 原 純一
 大阪大学大学院医学系研究科
 小児発達医学講座 小児科 講師
共同研究者 Susan K. Parsons
 ダナファーマーがん研究所(ボストン小児病院付属の研究所)
 ハーバード大学医学部 小児がん(造血幹細胞移植)専門医、助教授
助成金額 4,943,000円 本研究期間 13.09.1 ~ 14.10.31

八代 尚宏(やしほ なおひろ)

社団法人日本経済研究センター 理事長
研究テーマ 医療保障制度の改革と医療サービスの質に関する日米比較
共同研究者 David Wise
 National Bureau of Economic Research (NBER)
 NBER プログラムディレクター兼ハーバード大学
 ケネディースクール 教授
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.08.1 ~ 14.10.31

新福 尚隆(しんぷく なおたか)

神戸大学医学部附属医学研究国際交流センター 疫学調査研究分野 教授
研究テーマ 精神医療政策、特に触法精神障害者に対する政策形成に関する国
 際比較研究
共同研究者 Martin Gittelman
 Department of Psychiatry, New York Medical College Professor
共同研究者 Rachel Jenkins
 The Maudsley Institute of Psychiatry Professor
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

茅野 眞男(ちの まさお)

国立病院東京医療センター 循環器科 循環器科・内科医長
研究テーマ 医療の質の向上と評価に関する国際共同研究
共同研究者 西川 哲
 テキサス大学医学部ハーマン記念病院 助教授
共同研究者 西山 正徳
 社会保険診療報酬支払基金 審議役
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

河北 博文(かわきた ひろぶみ)

東京都病院協会 会長
研究テーマ 患者登録システムの開発と医療評価に関する研究
共同研究者 Nicole Silverman
 Maryland Hospital Association Managing Director, Center for
 Performance Sciences
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

石川 ベンジャミン 光一(いしかわ べんじゃみん こういち)

国立がんセンター研究所 がん情報研究部がん情報システム研究室 研究員
研究テーマ 医療保険者での医療給付管理における医療専門職の役割および
 情報技術の利用に関する日米比較研究
共同研究者 福田 敬
 東京大学大学院薬学系研究科 薬業経済学 客員助教授
共同研究者 綿貫 成明
 ミネソタ大学看護学部 リサーチアシスタント
 大学院博士課程
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

山崎 喜比古(やまざき よしひこ)

東京大学 医学系研究科健康科学・看護学専攻健康社会学分野 助教授
研究テーマ 診療場における医師・高齢患者・家族間コミュニケーションと
 付き添い家族の役割: 日米比較研究
共同研究者 Debra L. Roter, DrPH
 The Johns Hopkins University, School of Hygiene & Public
 Health, Department of Health Policy and Management,
 Joint appointment in the Department of Medicine, School of
 Medicine 教授
共同研究者 石川 ひろの
 東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻健康社会学分野
 The Johns Hopkins University, School of Hygiene & Public
 Health, Department of Health Policy and Management 大学
 院生博士課程2年
 (東京大学休学中 Johns Hopkins大学留学中)
助成金額 4,700,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

田島 和雄(たじま かずお)

愛知県がんセンター研究所 疫学・予防部 部長
研究テーマ 東南アジア諸国におけるがん予防推進のための実用化モデルの
 開発
共同研究者 徳留 信真
 名古屋市立大学医学部公衆衛生学教室 教授
共同研究者 Malcolm Moore
 アジア太平洋がん予防機構 トレーニングセンター 事務局長
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

大久保 一郎(おおくぼ いちろう)

筑波大学社会医学系 教授
研究テーマ 医療政策に対する医療経済学研究的役割に関する国際比較研究
共同研究者 Barbara McPake
 London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of
 London Senior Lecturer & Head of Health Policy Unit
共同研究者 近藤 正英
 筑波大学社会医学系 講師
助成金額 5,000,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

松田 肇(まつだ はじめ)

獨協医科大学 熱帯病寄生虫学教室 教授
研究テーマ 途上国における住血吸虫症対策の費用対効果分析と人材育成
共同研究者 大前 比呂恵
 筑波大学基礎医学系 講師
共同研究者 Iganacio L. Lipayon
 Schistosomiasis Research and Training Division Officer in
 Charge
助成金額 3,500,000円 本研究期間 13.11.1 ~ 14.10.31

合計 件数 12件 金額 56,033,000円

平成13年度 日本人研究者海外派遣採択者

森本 剛(もりもと たけし)

京都大学大学院 医学研究科臨床疫学 大学院博士課程、リサーチアシスタント
派遣目的 呼吸器感染症患者に対する初期治療の決断分析、費用効果分析
受入機関 Harvard School of Public Health
助成金額 2,000,000円 派遣期間 13.9.5 ~ 14.5.29

伊藤 聡(いとう さとし)

新潟大学大学院 医学総合研究科内部環境医学講座(第二内科) 助手
派遣目的 運動性抗リウマチ薬の使用状況、内科医と整形外科医の連携、
 大病院とリウマチセンターの連携、学生教育
受入機関 Dept. for Intern Med. of The Clinic for Rheumatology Bad
 Bramstedt
助成金額 1,000,000円 派遣期間 14.9.1 ~ 14.10.31

道信 良子(みちのぶ りょうこ)

札幌医科大学保健医療学部 一般教育科社会学教室 講師
派遣目的 北部タイで操業する企業で工場労働者として働く若者に提供する
 性の保健サービスの開発を、民族誌学的調査とマヒドン大学にお
 ける性の保健サービスに関する理論的研究をふまえて検討する。
受入機関 Center for Health Policy Studies, Machidol University
助成金額 1,035,000円 派遣期間 14.7.13 ~ 14.9.8

田辺 英(たなべ あきら)

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 助手
派遣目的 日本とドイツにおける精神分裂薬物療法の国際共同比較研究
受入機関 ミュンヘン大学
助成金額 Ludwig Maximilian Universität Munchen
 2,000,000円 派遣期間 13.11.1 ~ 14.4.30

山本 美江子(やまもと みえこ)

産業医科大学医学部 公衆衛生学教室 助手
派遣目的 北欧諸国における医療の情報化に関する研究
受入機関 School of Health Sciences and Social Work, Vaxjo University
助成金額 1,960,000円 派遣期間 14.1.7 ~ 14.7.6

内山 有子(うちやま ゆうこ)

国立公衆衛生院 母子保健学部 研究生
派遣目的 CDCで行われている事故防止啓発活動、事故防止教育プログラム、
 事故研究データの収集・分析方法、病院・学校・保健所等で行わ
 れている事故予防安全対策等を参考し、今後わが国に必要とされ
 る事故防止教育、指導教材、製品開発等を考察する。
受入機関 Centers for Disease Control and Prevention
助成金額 2,000,000円 派遣期間 13.11.1 ~ 14.4.30

河口 洋行 (かわぐち ひろゆき)

国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所 研究員

派遣目的 英国の病院情報公開指標の詳細(特に効率性)と日本の情報公開のあり方について
 受入機関 University of York, Department of Economics and Related Studies, Graduate Program in Health Economics
 助成金額 1,000,000円 派遣期間 14.7.1 ~ 14.9.30

今村 みづ穂 (いまむら みづほ)

一橋大学大学院 法学研究科公共関係法専攻 博士後期過程1年

派遣目的 マネジドケアのホスピスケア、特にその財政・質及び患者の自己決定権に及ぼす影響について法的・財政的側面を中心とする研究
 受入機関 University of California, Los Angeles, School of Public Health
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 14.7.1 ~ 14.10.31

小保内 俊雅 (おぼない としまさ)

東京女子医科大学母子総合医療センター 研究生

派遣目的 ドイツにおける乳幼児突然死症候群研究制度とその運用および問題点の研究
 受入機関 Department of Neuropathology Charite Humboldt universitat
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 13.11.1 ~ 14.4.30

左合 治彦 (さごう はるひこ)

国立大蔵病院 産婦人科 医長

派遣目的 米国の遺伝カウンセリングシステムに関する研究
 受入機関 Department of Pediatrics, University of California San Francisco
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 14.4.1 ~ 14.6.30

小林 巖 (こばやし いわお)

岩手県立大学ソフトウェア情報学部ソフトウェア設計学講座 専任講師

派遣目的 福祉・リハビリテーション機器の供給と活用の支援システムに関する研究
 受入機関 Department of Rehabilitation Science and Technology, School of Health and Rehabilitation Science, University of Pittsburgh
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 14.4.1 ~ 14.9.31

増成 直美 (ますなり なおみ)

広島大学大学院 社会科学部法政学専攻 博士課程後期

派遣目的 ドイツ連邦各州のがん登録法の運用の実態を調査し、届出に関して実際に患者がどのくらいの割合でそれを拒否したか、届出を権利とした州と義務とした州とでのがん罹患把握率の違い、届出が実名でなされた場合と匿名化された割合、研究用にデータが利用された頻度とその具体例などを調べたい
 受入機関 DKFZ-German Cancer Research Institute
 助成金額 1,000,000円 派遣期間 14.9.1 ~ 14.10.31

合 計 件数 12件 金額 19,995,000円

平成 13 年度 外国人短期招聘採択者

堀内 成子 (ほりうち しげこ)

聖路加看護大学看護学部 教授

招聘目的 人間性あふれる助産ケアの普及
 招聘者氏名 Robbie Davis-Floyd
 テキサス大学 特別研究員
 受入機関 日本助産学会
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 14.3.9 ~ 14.3.17

濱畑 章子 (はまはた あきこ)

愛知県立看護大学看護学部 老人看護学 教授

招聘目的 老人保健施設に入所している高齢者の在宅ケアへの移行について
 招聘者氏名 Joan K. Magilvy
 University of Colorado Health Sciences Center 教授
 受入機関 愛知県立看護大学
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 14.9.29 ~ 14.10.26

初山 泰弘 (はつやま やすひろ)

国際医療福祉大学大学院 大学院長

招聘目的 高齢者に対する制度的、医療的、技術的な対応に関する日本・スウェーデン比較研究
 招聘者氏名 Hakan A. Eriksson
 Karolinska Institute, Stockholm カロリンスカ研究所教授
 受入機関 国際医療福祉大学
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 13.11.10 ~ 13.11.19

澤口 聡子 (さわぐち としこ)

東京女子医科大学医学部 法医学教室 助教授

招聘目的 SIDS 家族の精神的ケアに関する国際比較
 招聘者氏名 Andre Kahn
 Brussels Free University Children Hospital Queen Reine Fabiola
 ブリュッセル自由大学付属小児病院教授
 受入機関 東京女子医科大学医学部法医学教室
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 14.10.1 ~ 14.10.31

合 計 件数 4件 金額 4,000,000円

平成 13 年度 外国人中期招聘採択者

宮坂 勝之 (みやさか かつゆき)

国立小児病院 麻酔集中治療科 医長

招聘目的 小児医療臨床教育の日米比較
 招聘者氏名 Katherine Kelly Noble
 Children's Hospital and Boston Medical Center Boston
 Combined Residency Program in Pediatrics
 受入機関 国立小児病院
 助成金額 2,500,000円 招聘期間 13.11.1 ~ 14.4.30

合 計 件数 1件 金額 2,500,000円

当財団へのご寄付のお願い

当財団は、今後とも、助成事業をはじめ国際セミナーの開催等、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方々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。なお当財団は厚生労働省の認定による「特定公益増進法人」に認められておりますので、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。

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究2編 -

平成11年度国際共同研究

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 並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

研究期間 1999年10月1日～2001年3月31日

代表研究者 京都大学大学院医学研究科循環病態学 助手

木原 康樹

共同研究者 Beth Israel Deaconess Medical Center East Campus and Harvard Medical School Professor

ジェイムズ P. モーガン

共同研究者 神戸大学大学院医学系研究科社会情報医学 教授

鎌江 伊三夫

共同研究者 神戸大学医学部社会情報医学講座都市安全医学

相野 博司

(1) 緒言

セカンド・オピニオンとは、担当主治医以外の医療専門家に現在の診断・治療方針について独立した立場より意見を求める医療制度である(1, 2)。米国では、この20年間に社会医療制度として定着してきたが、本邦ではまだ目新しい術語といえる(3, 4)。本邦医療の世界標準化を推進する上においても、インフォームド・コンセントと並んで次世代医療制度の根幹を形成する重要なコンセプトと考えられる。本研究では同制度が発展かつ定着した米国の現況を調査するとともに、本邦医療従事者間における制度に対する認識具合を把握し、来るべき制度改革への提言をまとめることを目標とした。

(2) 対象と方法

本邦における調査は、姫路医師会を現地医療関係者の代表として、また、神戸大学付属病院を医学教育機関の代表として各々の構成員である医師に対する郵送によるアンケート方式により実施した。米国医療機関における調査は、Northwestern University, Harvard University/MGHのPrimary Care DivisionおよびCurrent Medical Diagnosis & Treatmentのe-mailリストを用いてe-mailによる回答形式およびHarvard Universityにおける研究協力者の叙述的意見聴取により実施した。統計学的検討は、2×2分割表に対してカイ2乗検定を行い、有意水準は5%とした。

質問項目

- 1) セカンド・オピニオンの認知度について
- 2) セカンド・オピニオンに関する医療行為の経験について
- 3) セカンド・オピニオンという言葉から連想する言葉について
- 4) セカンド・オピニオン制度の必要性について
- 5) 回答者の標榜について
- 6) 回答者の診療形態について

(3) 結果

姫路医師会における調査では、アンケートの回収率は46% (294/635)であった。また、神戸大学病院でのアンケート調査の回収率は56% (33/59)、米国医療機関に対するアンケート調査の回収率は13% (29/230)であった。

質問1については米国医療従事者に対するアンケートでは、制度としてのセカンド・オピニオンは100%周知されていることが判明した。神戸大学病院在籍の医師に対する同じアンケート調査においても、82%が制度に対する明確な認識を有していた。一方、姫路市医師会会員を対象としたアンケートでは、本制度への認識は46%に留まっていた。本制度への認識度に関しては、神戸大学病院在籍医師の方が姫路市医師

会員よりも高いとの結果で、統計学的にも有意な差を認めた。

何らかの形でセカンド・オピニオンに関する診察行為ありという回答の割合は、神戸大学病院97%、米国100%と高率を示したが、姫路医師会では56%に留まり、セカンド・オピニオンに関する診療行為への経験が少ないという結果が見出された。

セカンド・オピニオンから連想する言葉については「インフォームド・コンセント」、「標準的医療」、「患者の知る権利」、「医療訴訟・医療紛争」、「医療支出の削減」、「エビデンスに基づく医療」、「病診連携」、「何も想像できない」8個のキーワードから2個選択する回答を求めた。その結果、「患者の知る権利」(姫路医師会28%、神戸大学病院35%、米国40%)、「インフォームド・コンセント」(姫路医師会25%、神戸大学病院30%、米国18%)、「標準的医療」(姫路医師会18%、神戸大学病院12%、米国16%)が三大キーワードとして上位を占めた。また、キーワード全般にわたり、米国および神戸大学病院、姫路医師会においても概ね同様の連想傾向を示す結果が得られた。

質問4では、米国および本邦の医学教育機関、実地医療機関いずれにおいても、「不要である」よりも、「必要である」と回答した医師の割合が高率に認められた(姫路医師会48% vs 2%、神戸大学病院70% vs 3%、米国76% vs 24%)。すなわち、米国、本邦ともに、セカンド・オピニオン制度の必要性に関しては共通の認識が存在することが示唆された。一方、セカンド・オピニオン制度が不必要という回答については、本邦と米国では対照的な結果が得られた。すなわち、本邦では、「不要である」と回答した医師は極めて少数であったのに対し(姫路医師会2%、神戸大学病院3%)、米国医療機関では、24%が「不要である」と回答した。また、姫路医師会では、質問1に示されるように元々セカンド・オピニオンの認知度が低いためか、「分からない」という回答が49%を占め、神戸大学病院21%、米国0%に比べて、本邦の実地医療機関の医師における判断留保の実態が浮かび上がった。

標榜については、調査群間でほぼマッチされており「内科医または皮膚科医」が高率を示した。しかしながら、米国では標榜の分布の違いは避けられず、結果として「内科医または皮膚科医」が70%を占める偏りが生じた。

姫路医師会は推測されたとおり開業医：61%、勤務医：33%と、開業医優位の集団構成であったのに比べ、米国では教職の回答者は70%にのぼり、姫路と対照的に教職優位の集団構成を示した。神戸大学病院では、医員レベルの若手医師からの回答が多く、教職員の回答は24%に留まり、勤務医：76%と勤務医優位の集団構成を示し、三者三様に異なる所属代表性を有する調査対象集団であった。

(4) 考 察

質問1の回答結果により、本邦の医学教育機関では、米国と同様にセカンド・オピニオンの認知度が高いことがわかった。一方、本邦の実地医療機関では認知度が低く、啓蒙の不十分さが浮き彫りとなった。また、姫路医師会の回答について、医師の所属別の解析を実施したところ、「開業医」は「勤務医」と比較してセカンド・オピニオンの認知度が低いという結果が得られ(それぞれ38%、63%)、実地医療機関内においても医師の勤務形態により認知の温度差があることが認められた。このような認知度の差は、今後の本邦におけるセカンド・オピニオン制度の普及を計画する上で考慮すべき有用な情報となり得る。

質問2では、本邦の実地医療機関の医師はセカンド・オピニオンを目的とした診療を行った経験が少ないという回答が得られた。しかし、質問1に示されるように、セカンド・オピニオン制度の認知度が70%程度であることから、セカンド・オピニオン制度を認識している姫路医師会の過半数は、セカンド・オピニオンに携わっていると示唆される。しかし、それは依然として本邦の医学教育機関や米国と比較して、セカンド・オピニオンに関する医療行為の実践度は低調であることを意味すると推察される。

質問4に見られるように、米国および本邦の医学教育機関、実地医療機関いずれにも、セカンド・オピニオン制度の必要性への認識は存在していた。しかしながら、米国においては、24%が、「不要である」を回答していた。セカンド・オピニオン制度が十分に普及している国の医療機関においてセカンド・オピニオンに対する否定的意見が約1/4も見られたことは大変興味深い。今後、本邦でのセカンド・オピニオンに関する制度整備を推進するためには米国におけるこのような否定的意見の理由をさらに詳細に検討することが有用であると考えられる。

標榜する専門性について質問した結果においては、米国医療機関および本邦の医学教育機関、実地医療機関ともに、「内科医または皮膚科医」の回答者が多数を占めた。姫路医師会と神戸大学病院の回答者には陽に外科を標榜する医師がそれぞれ25%、21%含まれていたが、米国医療従事者の回答者では0%であった。一般に内科系よりも外科系のような治療に伴うリスクが大きい専門分野の方がセカンド・オピニオンへの認

識が高い可能性がある。しかし、米国の回答者には外科系の医師が少ないにもかかわらず、セカンド・オピニオンに対する高い認知度および実践度が見出された。また、標榜診療科間でのセカンド・オピニオンの認知度および実践度を比較するため、姫路医師会の回答者について層別解析を行った。その結果、姫路医師会においては、標榜診療科間において認知度、実践度いずれにも大きな差は認めないことが判明した。

質問6により3つのパターン、すなわち姫路医師会は開業医優位、米国は教職優位、神戸大学は、勤務医優位の三者三様の回答集団であることが判明したが、これは今回調査の回答を比較する上でひとつの特徴となる反面、大きなバイアスにもなりうる。そのため、回答者の所属によるこのようなバイアスを考慮するため、姫路医師会の回答者について、所属先別の解析を行った。その結果、セカンド・オピニオンの認知度および実践度は、共に、勤務医のほうが開業医よりも高いことが判明した。その一つの理由として、本邦の医療従事者に対する生涯教育制度が適切に機能していないことが示唆される。

今回のアンケート調査を踏まえ、今後の問題点や課題として次のような事項が考えられる。

- 1) 米国医療機関に対するアンケートの回収率は13%と低く、回答した医師の多くがセカンド・オピニオンに関心のある医師で占められていた可能性があり、今後このような選択バイアスを統計的にコントロールした本格的調査を行う必要がある。
- 2) 医療経験が長い、すなわち高齢の医師は、セカンド・オピニオンに関係する医療行為を行う機会が多かったはずである。今回の調査においては年齢に関する質問を設定していないため、年齢との関連を評価することが出来なかった。平均年齢が最も高いと考えられる姫路医師会での調査では制度に対する認知度や実践経験は少なく、高齢の医師になるほど開業医の割合が増加し、逆にセカンド・オピニオン制度に対する認知度が低下する可能性も示唆された。従って、回答者の医療経験年数や年齢による回答への影響の評価が課題として残された。
- 3) 今回の調査ではそれぞれの医師がどのような医療行為をセカンド・オピニオンの経験と認識したかという詳細については調査できていない。従って、他科へのコンサルタント、指導医への相談なども含めて、「セカンド・オピニオンに基づく医療行為」についての内容の詳細を調査することも今後の課題として残された。
- 4) 神戸大学病院において教職に就いている医師においても、「教職」ではなく、「勤務医」と答えた回答者が存在した可能性があり、アンケートの質問形式の改良も検討課題として残された。
- 5) 今回のアンケート調査は、回答者の選定が統計的に保証されたランダムサンプリングではなかった。従ってサンプリングバイアスの問題は大きな検討課題として残されている。

(5) まとめ

米国および本邦の医療機関へのアンケート調査を実施し、そのセカンド・オピニオンのコンセプトに関する実状の概略を明らかにした。その結果、米国では広汎に、また、本邦の教育機関においてもある程度セカンド・オピニオンが認知され実践されていることが示唆された。一方、本邦の教育機関外の医師については対照的に、本制度に対する認知度が低いことが示唆された。特に、姫路医師会の層別解析の結果、勤務医と比較して開業医ではセカンド・オピニオン制度の認知度が低いことが推察された。このことから、本邦におけるセカンド・オピニオン制度の普及には、開業医を対象に医師会などを通じた啓蒙活動がまず必要であることが示唆された(5)。

米国でのインタビュー調査では、当初期待された医療費削減の役割は否定されるものの、セカンド・オピニオン制度は医療従事者間で既定制度として定着したことが聴取された。しかし、同制度の運用において医師 - 患者関係は必ずしも良好ではなく、医療訴訟を含む両者の敵対的關係が隠然と存在しそれを解消するには至っていないことが示唆された。このような背景から同制度の役割は限定的に見直され、各医療施設はIT技術を利用した医学情報の開示部門を準備し、患者の自発的学習による患者 - 医師間の齟齬解消に取り組みつつあることが示された(6)。

このような米国の状況と比較し、セカンド・オピニオン制度に対する認識の遅れと期待が表裏一体である可能性が示された。本邦医療従事者への教訓として、実践を通じた米国医療現場における同制度への限定的な見直しと、より非対立的な方法での情報開示への取り組みが必要であると考えられる。例えば、公的機関としてのセカンド・オピニオンセンターの設立等も視野に入れる必要がある。いずれにせよ、本邦での制度のあり方を修正的に検討することが必要と総括された。

(6) 研究協力者

1. Northwestern University Medical School
Jun Teruya, MD, DSc ,
Director of Hemostasis, Co-director of Blood Bank, Associate Director of Clinical Laboratories
2. Massachusetts General Hospital
Dion Buchner, MD, MBA , Division of Laboratory Medicine, Department of Pathology
Elizabeth A. Mort, MD, MPH , Director, Decision Support Unit and Operations Improvement
Taryn J. Pittman, RN, MSN Patient Education Specialist
3. 兵庫県姫路市医師会
大田 研治 姫路市医師会副会長
小西 與承 姫路市医師会検診センター所長

(7) 参考文献

- 1) 新居昭紀 セカンド・オピニオンの勤め 自己決定を育てる医療 病院 58巻2号 P158-162 1999.02
- 2) Rosenberg SN, Gorman SA, Snitzer S, Herbst EV, Lynne D. Patients' reactions and physician-patient communication in a mandatory surgical second-opinion program. Med Care. 1998 May ; 27 (5) : 466-77.
- 3) 木原康樹：セカンド・オピニオン。医療ビッグバンの基礎知識 - 医療の大変革を理解するために - 認定内科専門医会 医療ビッグバン検討委員会編、社団法人日本内科学会, pp58-60, 1999.
- 4) 山根清美、木原康樹、古市圭治、中村十念、木野昌也：第11回認定内科専門医会講演会まとめ「これでいいのか日本の医療：21世紀に続くグローバルスタンダード？」内科専門医会誌 12 (3) : 389-421, 2000.
- 5) Sato T, Takeichi M, Hara T, Koizumi S. Second opinion behaviour among Japanese primary care patients. Br J Gen Pract. 1999 Jul ; 49 (444) : 546-50.
- 6) Schilling J, Faisst K, Kapetanios E, Wyss P, Norrie MC, Gutzwiller F. Appropriateness and necessity research on the Internet : using a "second opinion system". Methods Inf Med. 2000 Aug ; 39 (3) :233-7

平成11年度国際共同研究

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

研究期間 1999年11月1日～2000年10月31日

代表研究者 国際医療福祉大学 教授

高橋 淑郎

共同研究者 University of Toronto Associate Professor

ロス ベーカー

共同研究者 国際医療福祉大学 教授

佐藤 貴一郎

共同研究者 ホノルル・ヘルスリサーチ

當麻 あづさ

概要

健やかに長寿を迎えることは、国民的な関心事となっている。1999年に旧厚生省から「健康日本21」構想が提示され、国民への定着、推進が図られている。「健康日本21」の策定と推進に対して、本来国民自らが積極的に取り組むべき課題であるべきところ、その推進策について「官主導」から脱し切れていない。

本研究では、「健康日本21」のモデルともなったヘルスプロモーション先進国との比較調査を通じて、「健康日本21」推進策が抱える問題点などを指摘し、より良いヘルスプロモーションの方向性および浸透方法を探ってみた。まず、世界のヘルスプロモーションの歴史と考え方の変遷を追い、わが国の位置を確認した。アプローチの視点は、Evidence Based HealthcareおよびPrecede-Proceed modelおよびBalanced Scorecard Approachの視点からアメリカ、カナダ、日本を分析した。アメリカはライフスタイル・アプローチに主眼がおかれ、カナダはソーシャル・アプローチに主眼がおかれ、その両国の比較分析結果を踏まえ、わが国のヘルスプロモーションの在り方を提言した。その重要な要因は、Precede-Proceed modelの原点への回帰、参加型/エンパワーメント/民間主導およびNPOの役割が明確になった。その事例として、ハワイ、バンクーバー、トロントの事例を分析した。

結論として、官主導方式の限界が明らかになった。今後、わが国の「健康日本21」の成果を上げるため

には、「社会の健康」での位置付けと住民参加やNPOなどのエンパワーメントが不可欠であり、プロセスとアウトカムについて継続的で多面的な評価が必要であることが分かった。

本 稿

- ・はじめに
 - ・ヘルスプロモーションの世界の流れ
 - ・アプローチの視点
 - ・調査対象国の現状と課題
 - ・カナダ：ソーシャル・アプローチに主眼 は紙面スペースの都合で省略いたします。
- (尚、本研究成果は第8回ヘルスリサーチフォーラムで発表されました。また、フルレポートをご希望の方は当財団事務局迄ご連絡下さい。)

Ⅶ わが国のヘルスプロモーションの在り方 - ヘルスプロモーション先進国との比較からの提言 - ヘルスプロモーションの政策科学的視点と戦略的評価システム・モデル

a) ヘルスプロモーションと計画策定

医療資源の効率的配分、特に医療費削減的な政策とヘルスプロモーションが不可分あるいは、平行、さらに前提として認識されることが少なくないが、必ずしもヘルスプロモーションが医療費抑制・削減を目的としているわけではない。欧州型に較べ米国でのヘルスプロモーションは市場主義的な医療システムのためにそのような誤解も生じているが、ヘルスプロモーションは元来いわゆる「公衆衛生(活動)」の一環であり、現代の医学研究とくに疫学的成果を取り入れた新しいムーブメントで、「費用抑制の正当性とか既存の保健医療制度とは関係なく」ヘルスプロモーション政策独自の展開がなされていると理解しなくてはならない。

現在わが国では「健康日本21構想」が策定され、実施が急がれており、一部には医療政策同様米国の、“Healthy People 2000”や2010の焼き直しで、予防効果による一種の医療費抑制策ではないかと、批判が表明されたり、政策の影響が懸念されているが、政策担当者は実施や方法に傾注する前に国民の一部にそうした認識があることを把握し、誤解を解くことがむしろ先決問題であろう。

わが国のヘルスプロモーションへのそうした誤解の要因は2つに要約されよう。その第1はヘルスプロモーション計画策定が本来のオタワ憲章にもうたわれている地域との関係の重視、住民参加の過程が十分とられていないという懸念であり、第2は「ライフスタイル(生活様式)」に対する認識の違いである。

第1の計画策定過程については、「健康日本21構想」自体が従来の保健医療政策と同様な過程でなされ、いわゆるトップダウンの政策として公表され、それにあわせて地域での実施計画が求められているからではなかろうか。社会参加を標榜しながら「地域医療計画」や「地域福祉計画」、「介護保険」と同軸上と理解されるプロセスではなかろうか。

第2の要因であるライフスタイルについても一部有識者の発言に見られるように、「生活や健康は自己責任」であり、コミュニティであっても他人の干渉を受けない、干渉はファッショであり、喫煙・飲酒などはもとより、健康づくりイベントに参加し(たがら)ない者に対する「村社会」における相互監視ではないかという見方も一部にはある。ライフスタイルについては専門家の間でも議論されて現在の(一応の)合意に至っているが、元来ライフスタイルの解釈には、ライフスタイルこそがヘルスプロモーションの目標で、健康のためによいという理由で自ら選択する行動様式とする考え方と、個人が選択しうる以上に自らの行動を制約し、拘束している社会的・文化的状況の中で生じるものという社会的選択として把握する考え方が存在してる。

ところで、健康教育は単一の健康志向行動を変容させるための公衆衛生活動として成功(~70年代)し、ライフスタイルと関連して生涯にわたるより複雑な生活習慣や社会環境を変えることが新たな目標となり、公衆衛生教育は社会生活に組み込まれたライフスタイルの改善を目標にするとともに公正・社会正義が問題になった。そこで、健康教育はヘルスプロモーションの考え方のもとに、ライフスタイルの選択や目的をも含めたより広範な方策として注目されるようになり、健康プログラムのなかで中心的役割を担うこととなった。そこでのヘルスプロモーションの定義は「健康に資する諸行為や生活状態に対する教育的支援と環境的支援の組み合わせ」であり、ヘルスプロモーションの目的は「自らの健康を決定づける要因を自らよりよく管理できるようにしていくこと」で、行為・行動は個人、集団、地域のいずれも関わり、保健政策作成者、事業主、教師、健康づくりに関わる人々の参加を前提とする。地域社会のライフスタイルは複雑・広範にわたり、管理はコミュニティの決定と実行に委ねられるという考えが現在普遍性を持つとし

て受け入れられている。

そうした意味で、ヘルスプロモーションの代表的・先験的な例としてカナダ・アメリカ・ヨーロッパから学ぶことが少なくないが、なかでも策定過程の代表的な方法論であるPRECEDE - PROCEEDモデルに沿ってわが国の「健康日本21構想」を評価することが有効であると考えた。

そこでPRECEDE - PROCEEDモデル(図4)をもとに「健康日本21構想」を評価すると、評価基準は次の3点にまとめられる。住民主体の目標づくり、疫学上の成果・実績にもとづく優先順位や重要度評価、ヘルスプロモーション活動における評価システムの組み込みである。まず、「健康日本21構想」策定は地域住民の参加をベースにいわゆるボトムアップの形で組み立てられたかどうか問われるところである。日本的(地域政策)モデルは、特定地域での住民参加も含めたニーズの抽出をもとに中央官庁主導で、しかも審議会や委員会での諮問にこたえる答申を反映するという形式での政策形成が中心で、構想を中央政府が発表し、地域ではそれに如何に応えるかを問うことが多く、「健康日本21構想」も例外ではない。そして、地域で具体的計画を立てる過程において重要視されるべきデータや資料については、各地域の特性を反映した疫学調査が平行してなされておらずEBM・EBHが実践・普及しているとは言い難い状況である。むしろ、今回の構想でも地域での実施計画策定段階で中央から求めることになるようで、アメリカにおけるフラミンガムスタディやLipid Research Clinic Studyのような疫学調査が皆無に近いことは以前から問題視されていた通りである。また、「健康日本21構想」が地域で実施に移される際、その効果を評価する運営時の小さなPDSサイクルを実際にシステムに内蔵化しているケースがどれほどだろうか、今後の課題といえる。いずれにせよ、こうした中央政府・行政主導型計画はPRECEDEよりPROCEEDにウエートが置かれているのが実情と理解される。

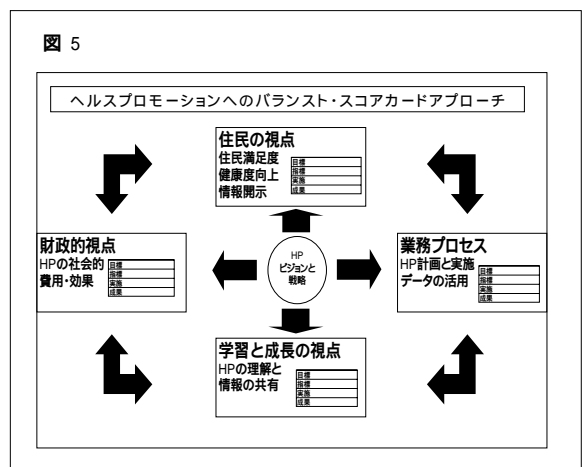
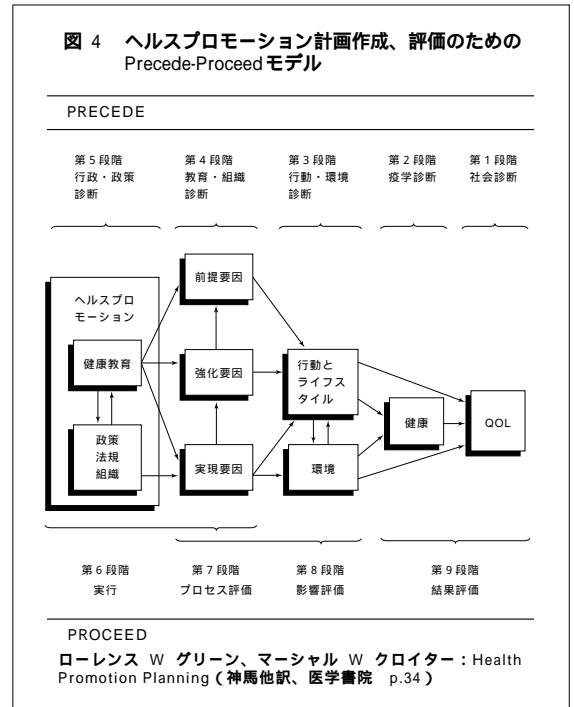
これら日本的ヘルスプロモーションの根底には、住民参加と社会的健康教育の未成熟、さらには従来のマスメディアに依存しない情報開示や情報発信をベースにした地域におけるヘルスプロモーション・コミュニケーションシステムの必要性が指摘される。

b)ヘルスプロモーション評価システム・モデル(提言)

Balanced Scorecard Approach:ヘルスプロモーション計画の評価(図5)

疫学的調査研究をベースとしたヘルスプロモーション計画策定段階では、PRECEDEモデルが役立つが、ヘルスプロモーションの効果に関してはアウトカムモデルが主流といえる(表2)。しかし、ヘルスプロモーション活動のマネジメント評価という視点に立てば企業戦略評価として多くの実績をもち、近年非営利組織や政府の活動さらにヘルスケア部門への適用が注目されているバランス・スコア・カード(BSC)が有効である。なぜならばPROCEEDモデルに比べ、財務的な、(したがって)経済的視点が加わるため、予算編成・財政評価が可能になり、またアウトカムモデルが成果主義であるのに対し、BSCの原型が組織の総合的マネジメントであるだけに、参加主体のモチベーションやプロセスまで総合的に評価可能で、より実践的と考えられる。

ただし、企業活動と異なり、ヘルスプロモーションのように非営利組織や政府活動に対応させるにはオリジナルのBSCの構造に修正を加える必要がある。ヘルスプロモーションが医療費抑制を第



一義的な目的としているのに対応して、財政的な成功を達成することがヘルスプロモーション活動を担当する非営利組織や政府にとっての第一目標ではなく、住民や有権者を階層構造の頂点におき、両者に望ましい価値提案である健康水準の維持・向上を提供する内部プロセスを明らかにすることが適当である。また、企業経営が時に十分なキャッシュフローを重視するような短期的な視点よりも、ヘルスプロモーション活動は長期的な目標設定になる。公共セクターの組織における財政的視点と住民の視点から、以下のような3つのミッションに最も近い上位の視点が上げられている。

コストの発生：この視点では業務の効率性が重視される。コストの対象は組織内あるいは直接的コストだけでなく、住民にかかるあるいはヘルスプロモーションに関連する社会的コストや間接コストも考慮しなくてはならない。次の期待される便益や効果に対して最小となる費用が望ましい。

価値の創造：この視点では、ヘルスプロモーションで創造される住民への効果/QOLや便益を明らかにする。ただし、何を効果の指標にとるか、どのように測定するかは必ずしも容易ではない。ヘルスプロモーションによるアウトカムを測定することが望ましいが、代理変数としてヘルスプロモーション活動への参加度を指標とする場合もある。いずれにせよ費用と比較考慮して費用便益分析(CBA)、費用効果分析(CEA)でプログラムの有効性を判断する。

支援の合法化：あらゆる政府や行政にとって、企業の「顧客」に相当するのは住民であり、ヘルスプロモーションの財源を納税の形で提供する「資金提供者」に他ならない。したがって、ヘルスプロモーションを継続するためには住民が満足する努力が必要で、満足度の高いヘルスプロモーション・プログラムが要求される。

ヘルスプロモーションのマネジメントは、最小のコストで最大の効果を産みだし、その資金を提供する権限をもつ住民から継続的な支援と委任を引き出すことが求められる。そして、こうした目標を達成可能にする「内部プロセス」と「学習と成長の目標」を明確にすることに進む。

本プロジェクトを通じて到達したバランス・スコア・カードによるヘルスプロモーション・マネジメント評価の概念モデルは図4の通りである。詳細についてはヘルスプロモーション先進国をベンチマークとしたベストプラクティスにより実践可能なシステムとして実用度を高めることが今後の課題である。

VII. 結 び

ヘルスプロモーションは、プロセスとして認識すべきことであり、長期の視点を持ち、すぐに固定化しないことが重要となることが分かった。さらに、トップダウンの官主導方式の限界が明らかになった。今後わが国の「健康日本21」の成果を上げるためには、個人の問題はすでに行なわれつつあり、それなりの成果が上がりつつあるが、それ以上に「社会の健康」としての視点からの位置付けと住民参加やNPOなどエンパワーメントが不可欠であり、いかにして自然に住民を巻き込んで、社会全体の健康に持っていかれるかが重要で、住民が主体的に動く仕組みを作ることと地域の主体的な創意工夫を共有できるような(コミュニケーション)システムづくりが行政には求められる。その時にNPOは有効な主体となりうる。日本の政策で住民を策定段階から参加させようという仕組み作りは画期的であるが、実態はほとんど機能していないことも明らかになってきた。したがって、プロセスとアウトカムについてBSC的な継続的で多面的な評価をしながらの改善が必要である。

それらの仕組みを構築し実行し、わが国の「健康日本21構想」の成果につながることを期待したい。

表 2 An outcome model for health promotion

Health & Social Outcomes	Social outcomes measures include: quality of life, functional independence, equity		
	Health outcomes measures include: reduced morbidity, disability, avoidable mortality		
Intermediate Health Outcomes (modifiable determinants of health)	Healthy lifestyles measures include: tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use	Effective health services measures include: provision of preventive services, access to and appropriateness of health services	Healthy environments measures include: safe physical environment, supportive economic and social conditions, good food supply, restricted access to tobacco, alcohol
	Health literacy measures include: health-related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self-efficacy	Social action and influence measures include: community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Healthy public policy and organisational practice measures include: policy statements, legislation, regulation, resource allocation, organisational practices
Health Promotion Actions	Education examples include: patient education, school education, broadcast media and print media communication	Social mobilisation examples include: community development, group facilitation, technical advice	Advocacy examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia

European Commission of the International Union for Health Promotion and Education: The Evidence of Health Promotion Effectiveness Part 2, p.6,2000