

ヘルスリサーチニュース

目次

平成14年度研究助成案件等公募&第9回ヘルスリサーチフォーラム一般演題 応募締め切り迫る (p1)/ 対談 ヘルスリサーチを語る (p2)/ 研究等助成受領成果報告-国際共同研究助成2編-(p9)/ 国際的病院比較による医療の質および効率の評価手法の開発に関する研究 (p9)/ 医療施設の「治療の質」に関する日米比較研究:急性心筋梗塞症患者に対する治療および治療成績を一例とした実証的研究 (p12)/ 第11期(平成13年度)事業報告並びにこれに伴う収支決算書を承認-第21回理事会・評議員会を開催-(p13)/ 第9回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ(p16)/ 寄付のお願い (p16)

応募締め切り迫る7月31日まで

平成14年度

研究助成案件等公募

研究対象

保健医療福祉分野の政策あるいはこれらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチ領域の研究

応募規定

1. 国際共同研究 『国際的観点から実施する共同研究』
1テーマ当たり500万円以内 11件程度
2. 海外派遣助成 『海外におけるヘルスリサーチの研究活動への参加』
(2~6ヶ月程度) 1人当たり200万円以内 11人程度
3. 研究者招聘助成 『講演会、学会等への参加』
短期(1ヶ月程度) 1人当たり100万円以内
中期(6ヶ月程度) 1人当たり250万円以内 計8人程度

応募締切

平成14年7月31日(水) 当日消印有効)

助成決定

平成14年10月中旬

- 応募方法 -

本財団所定の申請書式によりご応募下さい。

応募要綱・申請書をご希望の方は、本財団のインターネットホームページからダウンロードをお願い致します。

Windows版 Word、Mac版 Word、PDFファイルの3種類です。Wordは直接入力できます。PDFファイルは、プリントアウトしてご使用下さい。詳しくは、ホームページを御覧下さい。

第9回ヘルスリサーチフォーラム

一般演題募集

発表テーマ

変革期の保健・医療・福祉を考える - 発展への示唆 -

研究内容

医療制度・政策、医療経済に関する研究、保健医療の評価に関する研究、保健医療サービス、医療資源の開発に関する研究等

応募方法

財団所定の申請書式(次項に入手方法を記載)に必要事項をワープロで記入の上、ファックス、郵便または、E-mailにファイルを添付して、お申し込み下さい。(ワープロによる切り貼り可)

申請書ファイル入手方法

財団ホームページから、Windows Word 95、Macintosh Word 6.0、Acrobat PDFファイルをダウンロードして入手して下さい。

URL: <http://www.pfizer.co.jp/phrf> E-mail: hr.zaidan@japan.pfizer.com

応募締切

平成14年7月31日(水) 当日消印有効)

発表

組織委員会が採否を決定します。採用の場合は、平成14年11月9日(土) 会場「千代田放送会館」(東京都千代田区紀尾井町)で開催する第9回ヘルスリサーチフォーラムにおいて15分程度でご発表願います。

発表演題の機関誌等への掲載

フォーラムで発表された研究内容は、財団の機関誌等へ掲載致します。また、第9回ヘルスリサーチフォーラム小冊子としてまとめ、配布致します。

演題発表のための交通費

演題が採択された場合、首都圏以外(但し海外を除く)の一般演題発表者(発表者本人のみ)には、フォーラム開催都市までの交通費を財団の規定により支給します。

申込・ご質問・お問い合わせは、一般演題、研究助成ともに当財団事務局まで。

ヘルスリサーチを語る

第2回

患者の視点に立った
医療のニュー・パラダイム

ワット 隆子

乳がん患者会「あけぼの会」会長

開原 成允

当財団助成選考委員長、理事
(財)医療情報システム開発センター 理事長

様々な分野で「パラダイム・シフト」が行われている中、医療における新しいパラダイムはどこに見つけていくべきなのでしょう。その一つの解答は、消費者としての患者サイドの視点から医療サービスを見直してみることによって得られるかもしれません。現在の医療に対して、患者側は何を考え、何を求めているのでしょうか。

そこで第2回目の今回の対談のお相手は、患者側の代表として、乳がん患者の会「あけぼの会」の会長でいらっしゃいますワット隆子さんをお願いいたしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：私はワットさんのお書きになった物や雑誌でのお話を読んで、一度お目にかかりたいなと思っておりましたが、今日初めてお目にかかる機会を得て、大変嬉しく思っております。

この対談録をお読みになる方は、ワットさんのことを必ずしも充分ご存知ない方も思うかと思いますが、自己紹介を兼ねて、今やっておられること、また「あけぼの会」のことなどについて、お話をいただければと思います。

ワット：私は乳がん患者の会「あけぼの会」の会長として、来年25周年を迎えます。25年前に自分自身が乳がんの手術の体験をいたしまして、そのときに、退院してから大変精神的に落ち込み、何か助けが欲しいと思って、色々なことをしました。そんな折にアメリカの本で「Reach to Recovery」というボランティア団体組織があるということを読み、「これだ」と思ったのです。それで患者同士がサポートするという発想を知りました。

日本にすでに名古屋に乳がんの患者会が1つあるということを知り、教えてもらい、その東京支部を創りたいと希望を言ったのですが、返事が来ませんでした。私は大変気が短かいので、「もう待つこともない」と新聞に投書したのがきっかけで、「あけぼの会」が出来たわけです。

1978年10月1日に発足し、そのときから私は会長をやっています。当初は17人でスタートしたのですが、どんどん会員が増えまして、今は3,500人を超えています。

開原：患者団体としてはかなり大きい方になりますか。

ワット：そうですね。例えば糖尿病患者の会とか、リウマチや胃がんの会などがあり、数においてはおそらく多いとは思いますが、私たちは純粋に乳がんの患者でスタートして、自分達の力で続けてきているという意味で、かなり大きい方だと思います。

社会とのつながりを保つことが継続の条件

開原：歴史が一番長いと言っているくらいですか。

ワット：長い方ですね。

それは、私が再発しないで元気でいたということもありましたが、結局患者は日一日、刻一刻新しく生まれているわけで、その人たちが次々と入会してくる、これが絶え間なくあったことが、継続の絶対的な要素です。

また、私たちは、患者同士の助け合いが第一目的ですが、それだけでは社会との関連がなく、社会的意義がないと考えまして、患者会だけでも、一般女性に乳がんの早期発見の重要性を訴える活動をするを、最初から会のもう一つの活動に入れておりました。それがすごく良かったわけです。

患者会といいますが、どうしても患者同士の親睦に重きを置くのですが、それ以上の広がりがないと、会員も飽きてくるし、続かないのです。社会とのつながりを常に保ってきたのが、あけぼの会の一つの大きな力になってきたと思うのです。

患者は、最初は助けが必要ですが、自分の体験を活かして自分から社会的に働きかけをするという積極的な役割を果たすことで、自分の体験が無駄でなかったと思えるのです。それがまたがん患者に生きる力となって戻ってくるわけです。

共通の「敵」はがんという病気

開原：社会とのつながりという点では、そういう意味でのつながりもあると思うのですが、逆に医療側に対して色々意見を言うというふうなつながり方もあるのでは。

ワット：最初からそういう視点もありました。

対談：ヘルスリサーチを語る

しかし、えてして「自分のお医者さんはこうしたああした「よくない」という、個人的体験で特定の医師を攻撃・非難する」ということが起こりがちなのですが、私たちは患者の意見は意見として聞きますけれども、それをすぐ医療側にぶつけるということとはしません。

やはり患者にとってお医者さんは「敵」ではないのです。「敵」があるとすれば、それはがんという病気なのですから、お医者さんも患者も共に力を合わせて、どう戦えばよいかということを考えなければいけない。敵対するのではなく、同じ側に立って進まなければいけないということ、最初から打ち出しておりました。結構私は意見を率直に伝えるのですが、それが「先生、私だけでなく、皆そう思っているんですよ」といった伝えかたをしてみました。ですから、多くの先生方が最初からずっと応援してくれていますし、何か困ったことがあれば、相談して、先生に教えてもらっています。

結局医療者側にはわからないことがある

例えば、近年「カルテの開示」ということが叫ばれておりますが、あれは患者の権利として聞こえはいいのですけれども、「見たければ見なさい」とカルテを目の前に開示されて、わけがわかるならよろしいですけども、わからないものであれば意味がない。ですから、そういう権利の主張の仕方ではだめだと思います。

私たちは代わりに、私たちが知りたいことを前もって織り込んだ「私のカルテ」という小冊子を作りました。例えば赤ちゃんの記録ができる母子手帳のように、そこには、いつ手術してがんの状態はどうであったか、腫瘍マーカーやホルモンレセプターなどの基本的な項目を書くところがあり、それから、再発した人は再発の箇所はどこか、マーカーがどうか、放射線治療が何回で、どういう治療をしたかということが一冊の本でわかるように作ったのです。

はじめに提案したときは、専門医と看護婦さんが作られ、私たちは後で意見を聞かれました。「これは患者の考えているものと違う。専門的すぎる」とか「病院に行くときに、いちいちこんな大きい物を持って行かれない」といった意見を言い、完全に私たちが考えているものに作り替えました。そのように、私たちの意向が受け入れられ、先生も快く同意して、直していただきました。

結局、医療者側ではわからないのですよね。先生はいいと思ってやっても、私たちが見たら、「こんなことまで知らなくてもいい」「私たちが知りたいのはこれだけです」ということがあって、これらを反映した物を作った、という点で、医療者側に患者側からの意見を述べたことになりました。



ワット隆子

旧満州国生まれ。京都女子大学短期大学部英文科卒業。1977年に乳がんの手術を受ける。1978年、自らの経験を生かして、乳がん体験者の全国的なセルフヘルプ・グループ「あけぼの会」を組織。1987年度エイボン女性教育賞、1988年保健文化賞受賞。2000年テレサ ラッサー賞受賞

医療側の受け入れ方も変わってきている

開原：1978年の創立の頃の、医療側のこうした会に対する受け入れ方と、今は、だいぶ変わってきたとお感じになりますか。

ワット：全く変わってきています。最初は自分の患者があけぼの会のことについて「知りたい」とか「入りたい」とか言いますと、「そんなところに入って余分な知識を付けてどうするんだ」とか…

開原：やはりそういう反応がありましたか。

ワット：知らない知識をつけて余計不安を増すばかりだというようなことで、それっきりだったこともありました。あるいは、私たちの会の案内を患者さんに渡して下さいとお願いしても、そこに私たちは始めから「乳がん患者の会」と書いていましたので、お医者さんが患者に告知していないのにこの案内書を渡せば、暗にあなたはがんだということと告げることになるので、それはできません、と言われたりもしました。

このようにがんという病名や告知に大変センシティブな時代があって、「がんの告知について」といったシンポジウムなどもありました。しかし最近では、乳がんについて、病名を告知するかしないかなどということをテーマにシンポジウムをやったら、笑われる時代です。現在は、恐らく100%の患者ががんとわかっているし、受け止めておりますね。昔と違って、「前がん状態」とか「放っておくとがんに移行するのではかたなく切る」というようなことは、お医者さんも言わないし患者も思わない、そういう時代だと思います。

大事なものは共に考えていくという姿勢

開原：最近では創立当初にあったような反応を示す医療機関はないですか。

ワット：それはありませんね。たまに、詳しいことをもっと聞こうと思って迫ると、「あなたはそんなことまで知ってどうするの、医者になるの？」と言う先生がおられるということ、会員が言ってくるときもありますが、でも、それぞ「たまに」の話です。

患者の方はインターネットなどで、昔に比べてかなり専門的な情報を得ることができますし、それをもとに先生に質問すれば、答えやすいことであれば答えて下さっているみたいです。但し、わけもわからないのに聞いたり、あるいは患者の方が先生を非難したりして、けっこう嫌われている人もいることはあります。昨日電話で話した患者がいるのですが、ああいえば「こういう感じの人で、完全にノイローゼだと思わのですけれども、お医者さんに「うちへ来ないでくれ」「電話しないでくれ」と言われたそうです。

医療が良い方向に向いているということとは確か、お医者さんも、患者の質問に答えましようという態度が増えていきます。ですから、患者が賢くならなければいけない。患者が賢くなるということは、専門的知識をより医療者に近いレベルで持たなければいけないということでは決してなくて、患者は自分の病気が何であるかを知り、あるいは今の状態がどうであるかを知り、治療の

内容を知り、そして、これからどうしたら良いかということを知る、つまり、知るべきことを知っている患者にならなければいけないということです。それがわかる人になって欲しいと思うのです。

開原：患者団体にはよく「医療被害者の会」といった非常にエキセントリックなものがあって、昔は患者の団体というと、医者の方でもすぐにそういうものを想像して、逃げ出したくなるという人もいました。その時代からみると、患者さん側の団体も随分変わってきたし、医者の態度も変わってきましたね。

ワット：大事なものは、お互いが尊重し合い敬意を払い、そして大事なポイントを共に考えていく姿勢です。それをあげばの会は安定してやり続けてきたということが、本当に良かったと思うのです。

製薬会社も変わってきた

また、最近2、3年変わってきているのは製薬会社です。かつては、製薬会社が薬について、直接患者と話をしてはいけないという時代がありました。特に、抗がん剤などは、製薬会社がお医者さんに説明して、それからドクターが患者に説明するという経路しか

ありませんでした。それが今は、聞けば直接教えてもらえます。また、例えば製薬会社がスポンサーとなってシンポジウムをやるときも、今までは多分学会的なことだけだったものが、この2、3年の間は、私なども中に入れてくれるというように、考え方が随分変わってきていますね。

そうすると、私たちが大変気分がいいのです。何故ならば、もう隠されているところはないという

安心感がありますから。

開原：その薬に関して、昨年、厚生労働省が「薬剤情報の提供に関する懇談会」を開催しました。そこでまさに今ワットさんが言われたような議論が色々ありました。そもそも薬の情報とは、医者を通じて患者さんに伝えるべきなのか、直接伝えてもいいのか。

日本の医療界の中には、医者を通じて伝えるべきだと考えている人が、多分まだかなりいると思います。しかし、そんなことを言っても、現実にはインターネット上でいくらでも薬の情報を取れる時代ですから、そういう考え方はいくら守ろうと思っても守れない。こうした状況の中で薬の情報の提供がどうあるべきかを考えていくべきだというのが、そのときの結論でした。

ワット：薬に関しては、患者は効能もそうですが、副作用についても知りたいのです。その情報がお医者さんから少なかったのです。自分が症状を訴えても「それはおかしい、そんな副作用があるはずがない」「あなただけじゃないか」という返事をもとって、泣き寝入りや我慢をしていた患者がいたわけです。ところが今は、副作用について細かく書いた物が手に入ります。そして自分の症状に合致している場合は、薬を止めれば症状は終わるのだと納得できま

すし、自分の不快感は薬のせいだということがわかると我慢できるのです。

それが、かつては長い間なかったのです。

日本の医療はリラックスできる雰囲気ではない

開原：少し話を変えたいと思うのですが、ワットさんは多分外国の医療にも接する機会をお持ちだったのではないかと思います。外国と日本の医者や看護婦さんの、患者さんに対する接し方に何か違いがあると思われませんか。

ワット：英語でいうとFriendlyといえますか。

開原：どちらが？

ワット：アメリカがです。患者とお医者さんが、とてもリラックスして話ができる雰囲気ですね。それというのも、向こうのお医者さんは時間をとって診るわけです。“Hello, How are you?”と、最初から何でも話してもよい、歓迎されている雰囲気ですから、とても楽に入っていけます。ところが日本は、とにかく早く済ませなければいけないという初めから拒絶されたような雰囲気です。リラックスなかにしていたら怒られますし、できない。

それから患者の側も、米国は、例えばがんとか生とか死とかの受け止め方については、自分で考えて、自分で決めて、そしてその決めたことに、例え結果が悪く出ても、自分で責任を持ちます。ところが日本の場合は、自分の病気について深く聞かずに、「他の人はどうしてますか？」というのがまず問題になったりします。がんはそれぞれ個別のものであるのに、考え方の基本が「他の人がそうしているなら私もそうする」というような人がいて、その点でお医者さんはやりにくいのではないかと思っています。

米国の患者団体は役割分担がはっきりしている

開原：アメリカの患者団体ともお付き合いはあるのですか。

ワット：あります。乳がんの「インターナショナルコンファレンス」があるのですが、そこへ何度か行ってありますし、今度8月にマレーシアで初めてアジアの大会をやるのに、私も呼ばれて行きます。

開原：アメリカの患者団体と日本の患者団体はどこが違うと思われますか。

ワット：違いますね。

アメリカの患者団体は、皆で旅行に行つて温泉に入るとか、そういう発想は全然ないのです。向こうは役割分担がはっきりしています。早く手術をした人は、研修を受けて、今度新しく手術をした人の相談相手になるということがきちんと決まっています。それを決められた通りにやるというのが会の一番の目的です。あるいは、マラソンをして基金を募って、それをリサーチ団体に寄付します。

ところが、私たちはニュースレターを作って、「皆さんお元気ですか？」で、「和」を大事にする。また、マラソンをしてアピールしたくても、そこまで社会の受け入れが出来ておりません。私たちがピンクのシャツを着て町を走つても、「あれは何だ？」と言われそうで出来ない。アメリカは何でも団体が走ったり歩いたりするというのに慣れていきますから、やりやすいですし、また、寄付を募って基金を

集めても、寄付を受ける団体がある。それが日本ではない。

開原：そうですね。向こうの団体はお金を持っているし、中に専任のスタッフを持っていて、非常に強力ですね。何かある事業をやっているというような感じですね。

ワット：そうですね。そして、堂々としているでしょう。私たちが堂々としたいのですけれども、まだ力がないので、あれほどには政府に働きかけたりできないのです。

米国の温存療法への移行は患者団体からの働きかけから

開原：実はそここのところが、私が今日一番うかがいたかったところなのです。最近でこそ日本でもtotal mastectomy(乳房を全部取ってしまうこと)はあまりなくなりましたが、昔は全部取っていたわけです。その手術が随分遅くまで日本で残っていましたが、アメリカではもうだいぶ前にやめて、がんだけを取って放射線と併用するという方法が定着しました。

何故アメリカで早くこちらの方に治療法が切り替わっていったかという、患者団体が絶えず強く働きかけたから、医者の方もそのように変わっていったのだという話を、ある本で読んだことがあるのですが、そんな話を聞かれたことはありますか。

ワット：あります。私も本を読みました。実際に働きかけをしたその人は亡くなりましたけれども、その人の活動が軸になったおかげで、手術方法が変わっていったのです。

開原：アメリカの患者団体は、医者の治療法そのものにもかなり大きな影響を与えたということですね。

ワット：そうですね。お医者さんの目を覚まさせたといえますか。

日本では、「アメリカでやっているから」という追従的なところがあります。特に乳がんは発症率が、かつてはアメリカの50分の1といった時代がありました。数的に多い国のやっていることに従っていったという歴史がありますので、それは仕方がなかったところがあると思います。今は、乳がんの発症率も高くなりましたから、日本も独自に色々考えますけれども。

しかし、やはり日本のお医者さんもしっかりして、「やるならやる」というところを見せて欲しいですね。温存療法に移行するときも、最初「あれで大丈夫か」と言って反対していたのに、ある日突然、皆がそっちに行ったら我も我も行くのです。昨日まで「駄目」と言っていたのに今日は…。症例の根拠がありますから、変わるのはいいのですけれども、それを患者にちゃんと説明するという配慮が欲しかったと思います。あれは患者を置き去りでいきました。

開原：患者がアメリカの手術方法を変えていったことについて、その具体的な内容までおわかりでしたら、教えていただけますか。

ワット：その人は、Rose Kushnerという女性で、「Why me?」(Saunders Press/Holt Reinhardt, 1982)という題の本を1982年に出しました。

彼女が手術をしたのは1975年のことです。その頃は、病院に行くのが「悪い物です、切らなければいけません」はいそうですか、早くお願いしますという感じでした。私も同じでした。でも彼女は賢い人で、納得がいくドクターに会えるまで、飛行機に乗って行って手

術してもらったという人です。特にバイオプシで悪性と診断がいたら、すぐに手術に移行するという方式を、結果を患者に知らせながら手術に入るシステム、Wake up, one or two、だったと思いますが、麻酔から醒めたら一つだけだったということがないよう、という働きかけをして有名になりました。でも、再発して91年に亡くなっています。

温存手術に変わっていったのは、強い女医さん(女の人と結婚しているという人ですが)がいて、医者側から温存療法をサポートしたのです。Dr. Susan Lovesというとても有名な人です。

開原：アメリカは、そういう疑問が提示されると、きちんと臨床試験(比較試験)をします。医者もちゃんとデータを集めて、その上でどちらがいいかを論争して決めていくというところがあります。最近の言葉で言えば「Evidence Based Medicine」といって、医療の考え方がきちんとしています。

その意味で、先ほどの「日本のお医者さんは、ある日突然わけがわからないうちに変わってしまった」というのは、非常に痛烈な日本の医療に対する批判です。

ところで、あけぼの会は乳がんの治療法の選択に関して、何か指針を持っておられるのですか。

ワット：指針とは言えませんが、例えば新しい薬、ハーセプチンとかができて、今までと違った効果があると先生方の説明を受けると、もう他に使う薬がないような患者がいますから、そういう人たちのために一日も早く承認して欲しいということを行うために、勉強会を開いたりしています。

直接厚生労働省に行って意見を言ったりということはありません。言うためには、ちゃんとした知識を持っていなければいけないと思いますから。その代わりに、例えばホームページでハーセプチンについて詳しく患者に紹介したりというように、側面から攻めていくという感じです。

開原：先ほどの温存療法に関しては、相談されたときにはこうだという方針はお持ちなのですか。

どこでも一律の医療が受けられるようになって欲しい

ワット：例えば「パラパラと3ヶ所くらい広がっていたら温存は無理じゃないか」とか、あるいは「乳首に近いところであれば温存はできない」というように私たちは聞いている「あなたの状態に合わせて、先生は温存ができればはずですよ」と答えるスタンスです。何でも温存できる病院に行きなさい」とは言いません。わからないことは言えないですから。但し、「もう一つの病院に行って相談することはできますよ。」ということはずいぶん言います。

開原：私は日本の医療で最大の問題というのは、医療機関の間で同じ病気の治療方針が非常に違っているということだと思って





います。それが、ちゃんと理由があって違っているのならいいのですけれども、あまり理由もないのに違っているということがあります。それを直していかなければいけないということで、ガイドラインを作るうとか、違いをできるだけ明らかにして、お互いに違っているということ認識した上で、直せるものは直していこう、といったことを医療機関側では考えています。

そういう意味では、患者さん側でも「あの医療機関は行くと何でも乳房をとられてしまう」とか、「あそこだったら比較的温存療法でやる」といった情報を集めて持っていて、それを患者さんに教えるということがあっていいのではないかと、私は思うのですが。そうしたことは、あけぼの会ではなさるおつもりはおいませんか？

ワット：他には「イデアフォー」という会があります。そこは温存でスタートしたような会ですから、温存療法を奨励する会と思ってもいいのではないかと思います。しかし私たちは、例えば病院が癌研とかがんセンターであって、その先生が「全摘しななければいけない」と言ったのに、「温存をやってくれるところに行きなさい」と言うほど、大胆にはなれません。何故なら、がんの専門病院の先生は、わかって言っていると私たちは思いたいのですが。

ところで、今先生がおっしゃられたように病院によってまちまちであることで、困るのは患者なのです。特に地方で遅れているというのが一番困ります。例えば、青森の人が東京に来るわけには行かないのです。地方の会員がいつも言います、「会長さんは、セカンドオピニオンを求めて、もう一つ別の病院に行けと言うけれども、もう一つの病院がないのです。」と。乳がんを一生懸命やってくれている病院が近くに一つしかない場合は、行くところがない。そういう地方の会員の声を聞くと切実です。だから、全国どこに行っても一律の医療が受けられるようになって欲しいと希望しています。

でも、良い方向にあると思うのは、乳がん学会のメンバーが全国に6,000人もいるそうですから、そういう先生方が会に出て、情報を得て、戻って患者にそれを反映させてもらえるということですね。また、乳がんもガイドラインを作っているという話も聞きました。今進行中だと思いますが、それができてくれるのはありがたいです。

それと最近の話ですが、私は「JACCRO(日本がん臨床試験推進機構: Japan Clinical Cancer Research Organization)」という治験会の発会式に行きました。全国から乳がんの専門の先生方が沢山集まっておられ、無作為試験をやるのでも、一つの施設ではとてもデータを取れないので、全国の先生方が一斉に協力してやりましょうということになったのです。それを見て、とても新しい時代に入ったと思いました。

開原：今、学会のお話が出たのですけれども、ワットさんはいわゆる本当の意味での医学会にシンポジストとして招かれたことはありますか。

ワット：あります。私は患者で初めて日本癌学会に呼ばれました。それは随分前の話で、そのときは温存の話でした。医学会総会や、その他あちこちで学会のようなものに沢山呼ばれました。開原：それだけ医学会もだいぶ変わってきたということなんですね。昔は患者さんが学会に参加するなどということはなかなか考えられない時代があったわけですから、

ワット：あります。私は患者で初めて日本癌学会に呼ばれました。それは随分前の話で、そのときは温存の話でした。医学会総会や、その他あちこちで学会のようなものに沢山呼ばれました。

開原：それだけ医学会もだいぶ変わってきたということなんですね。昔は患者さんが学会に参加するなどということはなかなか考えられない時代があったわけですから、

社会への働きかけの一つ...「母の日キャンペーン」

先ほどのアメリカの患者団体と日本の患者団体の違いの話に戻るのですけれども、アメリカは事業をやったり、お金を集めたり、意見を表明したりして、医療や政府に対して働きかけを行います。

私は、そろそろ日本でも、アメリカみたいな活動をやる患者団体が出てきてもいいのではないかという気がしているのですけれども、ワットさんはそういうふうにお思いになりますか？

ワット：それはよくわかります。ですけれども、私たちは大勢の会員が何を求めているかということとを、ずっと考えてやってきたからこそ、会員がいるわけです。日本の患者団体は患者の会費で運営していますし、お客さん(笑)を逃がすわけにはいかない。満足してもらっているということがあっての会なのです。政府に働きかけるといったことだけやれば、沢山の会員が辞めるでしょう。

開原：やはり辞めますか。

ワット：例えば私たちの会に「母の日キャンペーン」という活動があります。それは、乳がんは自分で見つけられるのに、命を落として、子供さんに悲しい思いをさせてはいけません、お母さんは生きていなければいけない、という趣旨で、母の日にステッカーを配りまして、自己検診をしてくださいというキャンペーンです。もう18年も続けています。それに全国の35くらいある支部が一斉に参加するのです。

これは、各地の新聞とかテレビで紹介されますから、一般の啓蒙活動としてはかなりの歴史と影響力があると思うのです。そういうことを私たちはやっていますが、政府に対して直接の働きかけはあまりしていません。

私たちはどちらかというと「お医者さんたちと仲良く総合的に運動を進めて行きましょう」というような温厚な会ですが、別の団体では、行動的に厚生労働省へ「こういう薬はもうアメリカでは使われていないのに、日本の患者にはまだ使っている」ということを陳情に行ったり、先生に直接抗議に行ったり、それからイギリスの雑誌に原稿を送ったりしています。ですから先生がおっしゃっているような会がないわけではないのです。それはそういう考えの人たちが会員として集まっているから、ある意味ではできるのですね。

このような時代ですから、そういう会ができてくると、私はあけぼの会はだんだん会員が減るのではないかと思ったのですが、あけぼの会に入会してくる人は後を絶たない。たぶん今年は4,000人の会員数になるでしょう。その人たちが何を求めているかという、やはり自分達の病気への心配に対して、わかりやすい情報がほしいということなのです。

だから私たちはそう簡単に姿勢を変えられないのです。

開原：なるほど。非常にそういう意味では、ワットさんは「ワット」というお名前でありながら、非常に日本的ですね。(笑)

底辺から変えていきたい

ワット：でも、あけぼの会でパネルディスカッションなどをするときには、厚生労働省からも役人を招いて、お医者さんと、患者と、全部が一つのテーブルで「かんかんがくがく」とやります。例えば「何故薬の承認にそんなに時間がかかるのか」「その間に死ぬ人もいる」とかはつきり言います。

そういうタイプの運動を私はしたいのです。小賢しく訴えても何も動かない。しかし4,000人の会員の声を集めれば、その力で動かすことはできるのではないかと思っています。時間はかかりますけれども、一時の運動は恰好いいですけれども、何か変わらなければ意味がないから、私は底辺から変えていくことを考えています。もう25年も時間が経ってしまったのですけれども。(笑)

開原：ところで、ワットさんは別の疾病の患者団体ともお付き合いがあるのですか。

ワット：実は、例えば胃がんの会と一緒に組んで、厚生労働省に患者会に何か支援して欲しいと陳情に行けば効果的と考えたこともあるのです。そう思って、胃がんの会の集まりに出行ってみました。ところが問題が切実なのです。乳がんは確かにお乳を取られてかわいそうですけれども、物は食べられますし、洋服を着ていれば普通の生活ができるのですが、胃がんの人は物が食べられなかったり、会に来るにも家族に連れられてきたりとか、そういう悲愴な人たちがかなりいて、乳がんと胃がんの会といっても何も一緒にできないと思いました。

開原：25年の間には本当に変わってきました。そういう意味では、ワットさんのような会があったからこそ変わってきたのかも知れませんね。医療被害の視点からの運動も重要ですが、その運動だけだったら、結局は根付かなかったのかもしれない。

ワット：そのときは話題にはなりませんけれどもね。

患者が救われることが第一

私たちは皆を救い上げながら、やっていきたい。結局患者が救われないことには、話にならないのに、日本の医療にはその部分で欠けているのです。

アメリカには Patient Representative とか、あるいは Psychotherapy とか、悩みを聞いてもらうところがあります。外科医がやらなくても、役割分担がきちんとしています。ところが日本にはありません。心療内科というものも、いくつか少数の病院にしかありません。精神的な悩みを訴えに行きたいと思っても、6ヶ月先の予約です。今助けが必要だというのに、その間に治ってしまう。(笑) 私たちはその人が、今、生きる力をまず支えてあげたいという気持ちで運動を続けてきているのです。

会のニューズレターの中身を見ても、ものすごい進歩、変革です。昔はただ「皆さん元気ですか?」「私はこうしました、あしました」といった域を出なかったのですけれども、今は大変専門的な

ものを載せて、それを抵抗なく読んでくれています。

開原：そうしたニューズレターをお作りになるような事務組織をお持ちなのですか。それとも、ワットさん一人で編集されるのですか。

ワット：大体私一人です。

でも最近は、パソコンができる人が「この1ページやってください」というように頼むことができます。それが福岡県と石川県と愛知県で、東京の人ではありません。参画する方も喜びます。全国的に自分の仕事が載りますから、張り合いをもってやってくれます。

そして、私たちは北海道の印刷屋を使っています。そういう時代です。

開原：こういう会は、寄付は受けられないものなのですか。

ワット：寄付は、いただければもらえます。例えば、亡くなった会員の遺族の方が「香典返しに使うお金はあまり意味がないので、おたくのようなところへ寄付したい」とか、亡くなる会員が、死ぬ前に「会に寄付をあげて欲しい」とか言ってくれたりして、お金が集まります。また、色々な会社が乳がんのキャンペーンをやって、その売上げの何割かを会にくれるというものもあります。

そういうものがありますが、私たちは大体の運営は会費で賄っていきます。

地道な活動が重要

昨年度は200万円ほどの大きなお金を使って、「朝日新聞」全国版に広告を出しました。「乳がんで死なないで」と。それで寄付のお金を全部使いました。気分がよかったですね。(笑) そういうお金は最も役立つものに使いたかったのです。アメリカやヨーロッパの「The Month of Breast Cancer」の真似をして、私たちも10月を乳がん月間にしてはいるのですが、その10月1日に広告を出しました。

他にも、アメリカの真似をして、病院訪問ボランティアをやっていますが、その人たちはもちろん手弁当ですが、せめて交通費くらい出してあげたいといったこともありますので、寄付をもらえば、そのためにプールしてあります。

開原：私は、もう少し行政の場に患者さんの団体が入ってくるような仕組みが、日本でもできるといいのではないかと思います。しかし、今の話をうかがっていると、そうした場に入ってきて何か言うこととともに、もっと地道な活動することも重要ななという感じ



がしてきました。

ワット：例えば先生方の学会などでも、患者会のメンバーが入って受付の手伝いをするといったことがあります。私たちもそういうことをやりたいのです。何故ならば、お医者さん達に私たちの会を知って欲しいから。

しかし、患者会は沢山あるので、あけぼの会だけを呼ぶわけにはいかないと、日本の発想が出てくるわけです。それは、アイデアフォーとかが来て、会場の中でお医者さんを攻撃するのが恐ろしいから、あけぼの会の人を呼ぶわけにはいかないとケチな発想です。

開原：そこが日本的ですね。アイデアフォーだっていいのではないかなと思うのですが。あれはあれですごく立派だなと思います。

ワット：アイデアフォーの主張に対してははっきりと答えられるお医者さんでなければいけないわけです。私はそう思います。ただ、系統が違いますから、私たちの会と一緒ににはできない。けれどもお互いに一目置きあってはいるのです。

地域の住民の意見を反映した病院運営を

開原：私がアメリカの病院にいたときに、一ついいなと思ったことは、病院にアドバイザーグループがあることです。例えば地域の病院だとすると、そこに地域の人たちが作っている諮問委員会みたいなものがある。そこには患者さんも入り、地域の警察署長さんも入って、そういう人たちが病院のことを一生懸命になって心配し、病院をよくしようという議論をやっているわけです。

そういう意見を聞くような場が日本の病院にもあった方がいいのではないかなと私は思うのです。

私は最近、新しい病院を計画したことがあるのですが、そのときには、どういう病院にするかということ色々の人に意見を聞きました。お医者さんの意見も聞き、看護婦さんの意見も聞く。それから検査技師の意見も聞く。ところが住民の意見だけは、聞く機会がないのです。

ワット：そうですね。コミュニティに直結した病院という、やはり個人病院的なものになってしまう。

開原：そうでもないと思うのです。例えば市立病院だって県立病院だって、コミュニティーホスピタルなのです。都立病院もそうです。だからやはり都立病院をいかに運営するか、改築して造り直すときにどういう機能を持たせるかというようなことには、都民の意見をもっと直接的に反映するような仕組みがあってもいいのではないかなという気がしています。

ワット：日本人は、自分の住んでいる市の市民病院に行くよりは、遠くても有名な専門病院に行くという傾向があるのではないのでしょうか。ですからお互いにできないのでは？

開原：あまり「おらが病院」と思っていないのかも知れませんが、もっと地方に行くとも必ずしもそうではないのですが。

だからもし、乳がん非常に有名な病院などがあつたら、その病院の運営そのものに関する院長の諮問機関のようなところに、あけぼの会の人々が常にいるということが、将来の日本の医療の姿と

して、あってもいいのではないかなと思っています。

ワット：そうですが。日本で一番乳がんの症例数が多いのは癌研ですが、全然私たちを入れてくれません。先生方は、個人的にはサポートしているのですが、病院としては絶対にダメです。例えば病院訪問ボランティアを受け入れるとかという考えがないのです。その点、聖路加国際病院などはそうした考え方がありますので、そこに行っています。

医者はプロとして自信ある態度で

開原：最後に、将来の日本の医療のあり方と患者団体の関わりについて、締めくくっていただけますか。

ワット：まず、やはり先ほど申し上げたように、どこにいても一律の医療が受けられるようにしたい。日本は狭いのに、それができていない。地方の患者が可哀想です。

もう一つは、患者が「お利口さん」になって「情報」「情報」と言っています。確かに情報は大事ですが、それに振り回されて、逆に結構困っている人がいたりします。これからますます情報過多になりますから、賢い患者にならないといけない。

それから、時代がどうなつてこようと、患者はお医者さんに敬意を表しますし、またお医者さんはプロとして自信ある態度、態度だけでなく、もちろん中身もですが、患者にあたって欲しいですね。いたずらに患者に媚びたり、おもねたりするのは、私はおかしいと思うのです。何故ならば、そんなことをやっている場合ではない。病気は深刻です。がんを治していただかなくてはならない。私たちは専門家ではないのですから、お医者さんと同じだけの知識を1日、2日では絶対に得られない。ですから、何と言われようがこれが患者のためにいいという自分の意見を言える、あるいはそういう考えを持って接して欲しいと思います。

今頃そう言うと、大変保守的とか遅れているとか言われますけれども、私はそうではないと思います。病気は治してもらわなくてはならない。それをせずに患者の権利のみを主張したって始まらない。患者も、常に病気を治すためにはどうしたらいいかということ基準を考えて、お医者さんに接していくべきだと思うのです。病気に対して謙虚になる。そしてお医者さんがやる気をおこすような患者でなければいけないと思います。

先ほど言いましたように、「もう電話しないでくれ」とか「来ないでくれ」とか言われたらどうするのですか、ということです。その人は今行くところがありません。

開原：色々示唆に富むまとめをしていただきまして、どうもありがとうございました。

本対談に関するご質問、ご意見を受付けております。

ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-3344-4712

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成2編 -

平成12年度国際共同研究

国際的病院比較による医療の質 および効率の評価手法の開発に関する研究

研究期間 2000年11月1日～2001年10月31日

代表研究者 日本大学医学部 医療管理学教室 助教授

梅里 良正

共同研究者 Thomas Jefferson University

Distinguished Professor of Medicine, Dean Emeritus

Joseph S. Gonnella

共同研究者 Thomas Jefferson University Managing Director

Daniel Z. Louis

目的

医療における質と効率の向上は世界各国における共通した課題であり、わが国においても近年ますますその重要性が認識されている。この課題においては、適切な医療における質や効率に関する絶対的な基準が存在しないため、多くの診療実績の比較研究から、妥当と考えられる一定の診療基準を得ることができれば、質および効率評価のツールとして有効に活用できるものと考えられる。本研究は、このような観点から、臨床的に類似した患者群の作成と、各患者群における医療費、在院日数の施設間・施設内のバラツキを分析することにより、医療の質や効率評価に資する知見を得ることを目標とする。

データ

2000年1月から12月までの1ヵ年間に各病院に入院し、退院した症例について、主診断名、合併症・併存症名等、患者の病態を表す情報と、入院に係わる医療費、在院日数等、医療資源消費に関するデータを一定の様式で収集した。対象病院は、わが国の5病院、米国およびイタリアの各1病院ずつの計7病院で、収集した延べ症例数は、わが国55,122症例、国外14,694症例、の合計69,816症例である。【表1】

次に収集されたデータの精度を調べる目的で、胆石症、胃癌、結腸癌の3疾患について、主病名の精度を診療録と対照して調査した。【表2】

表1 症例数

施設名	年間症例数 (全疾患)
国内	
A	7,522
B	15,167
C	8,430
D	7,990
E	16,013
国内計	55,122
国外	
F	8,668
G	6,026
国外計	14,694
総計	69,816

施設F,Gは、主要30疾患のみ

表2 主病名・第1病名の精度

胆石症		診療録データの 第1病名 正しい主病名						
		施設A	施設B	施設C	合計			
胆石	胆石 (1)	39 92.9%	52 85.2%	22 95.7%	113 89.7%			
胆石以外	胆石 (2)	2 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.6%			
胆石	胆石以外 (3)	1 2.4%	9 14.8%	1 4.3%	11 8.7%			
回答総数		42	61	23	126			
胃がん		診療録データの 第1病名 正しい主病名						
		施設A	施設B	施設C	合計			
胃がん	胃がん (1)	41 93.2%	79 90.8%	64 98.5%	184 93.9%			
胃がん以外	胃がん (2)	3 6.8%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.5%			
胃がん	胃がん以外 (3)	0 0.0%	8 9.2%	1 1.5%	9 4.6%			
回答総数		44	87	65	196			
結腸がん		診療録データの 第1病名 正しい主病名						
		施設A	施設B	施設C	合計			
結腸がん	結腸がん (1)	25 89.3%	58 82.9%	34 94.4%	117 87.3%			
結腸がん以外	結腸がん (2)	2 7.1%	5 7.1%	2 5.6%	9 6.7%			
結腸がん	結腸がん以外 (3)	1 3.6%	7 10.0%	0 0.0%	8 6.0%			
回答総数		28	70	36	134			

方法

わが国の5病院において、JDRGのうち、症例数が比較的多い20群を選び、各群内の症例による特掲診療料のバラツキを調べた。特掲診療料とは、医療費のうち、入院料を除いたもので、検査や手術など、医療行為が提供された場合に発生する医療費である。一方入院料は、1日当たり定額で発生するため、在院日数が延長すると、これを反映して高額となる性格を有している。ここで、特掲診療料のバラツキを分析対象としたのは、上記の理由により、特掲診療料が医療提供の差異を量的に表す尺度として、医療費総額より優れていると考えられるからである。

次に、症例を施設別に分け、医療費のバラツキが施設間の格差に由来するものであるのか、または施設内におけるバラツキであるのかを調べた。施設内のバラツキが小さい群は、少なくとも同一施設内においては、提供される医療が医療費の観点からは、ある程度の類似性を有していることになり、医療費償還のための症例のグループ分けとして使用できる可能性がある。一方、施設内のバラツキが大きい群は、同一の病態であっても患者によって医療提供がまちまちであるか、または群内に異なる病態の患者を包含する群分けとなっている可能性を示唆するもので、そのままでは、同一・定額の医療費の支払いに適さない群と考える。

JDRG内の医療費のバラツキの大きな要因のひとつとして、疾患の重症度が影響していることが考えられるため、JDRGをさらにGonnellaらが開発したDisease Staging法で分類し、重症度を考慮したグループにおける医療費のバラツキを調べた。

結果

この結果、選定したDRG 20群のうち、慢性副鼻腔炎・手術有り・なし、急性虫垂炎・腹腔鏡下手術、鼠蹊ヘルニア・手術有り・なし、胆石症・腹腔鏡下手術、子宮平滑筋腫、経膈、腹腔鏡下手術、開腹手術の9群において、施設内の特掲診療料のバラツキを示す変動係数が50を下回った。また、急性虫垂炎・開腹手術、胆石症・手術なし、大腿骨骨折・手術なし、子宮平滑筋腫・手術なし、等の群において、重症度別に分割することによって、施設内のバラツキが顕著に減少した。疾患の重症度により、JDRGをさらに分割し、各群に一定の症例数が確保される場合、大腿骨骨折の手術有りの群を除いて、施設内の特掲診療料のバラツキは、同等あるいは減少した。【表3】

考察

診療報酬を診断群別に定額で支払う方式においては、医療提供者、患者が納得のいく患者分類が必要であり、このためには、医療提供に関する科学的なデータと分析に基づく患者分類の検討が重要であると考えられる。また、医療の質の評価においては、死亡や合併症発生などに対するリスクが同等の病態の患者群がグループ化されていることが重要である。本研究では、わが国で現在試行的に調査が進められているJDRGについて、協力病院の入院データを用いて、医療費のバラツキの分析を行った。この結果、現行のJDRG分類では医療費にバラツキが大きい群が存在した。疾患の重症度を考慮することによって、このバラツキが減少される診断群が存在し、一部のJDRGにおいて分類の見直しが必要と考えられた。患者分類の作成においては、まず、患者の病態を臨床的に分類し、次にこれに対して提供された手術術式など、医療資源消費に大きく影響する因子で区分すべきと考えられるが、現行の分類では、まず手術の有無で分類しているケースなど、一定の基準に基づいた分類となっていない場合がある。

診断群内の医療費は、この診断群を用いて定額支払い方式を実施した場合、医療提供を控えるインセンティブが働き、その結果医療資源消費に変化を生じる可能性がある。しかしながら、医療費のバラツキは、診断群の臨床的な妥当性を評価する有力な尺度になるものと考えられる。

また、わが国の入院診療においては、在院日数の適正化に関するインセンティブは十分とは言えず、施設内、施設間におけるバラツキが大きい。国外2施設は、在院日数の平均値やバラツキの比較結果においては、わが国を大きく下回っている。在院日数は短すぎる場合、再入院の必要を生じるなどの問題となることもあり、疾患による適切な在院日数の決定は、難しい問題であるが、少なくとも患者によるバラツキを減少させる努力は必要であろう。

また、分析の過程で、わが国の病院のデータ整備において標準化の遅れを示す所見が見られ、診断名等を用いた患者分類ごとの支払い方式の導入においては、その前提として、これらのデータ精度の確保が必須かつ絶対的な要件であることが明らかとなった。

表3 JDRG分類別特掲料の状況と、JDRG分類の妥当性について

JDRG/Disease Staging	施設数	症例数	特掲料		施設間 分散%	施設内 分散%	Pr > F	DRG/群 CV	施設間 CV	施設内 CV
			平均	SD						
03011 慢性副鼻腔炎OPなし	3	167	50,309	16,040	42.0	58.0	0.4861	31.9	27.2	31.9
EN06 STG1	3	159	50,098	16,172	36.3	63.7	0.5670	32.3	24.4	32.4
STG3	1	8	54,504	13,318	-	-	-	24.4	-	24.4
03012 慢性副鼻腔炎OPあり	3	70	46,714	15,178	87.1	12.9	0.0021	32.5	78.2	30.1
EN06 STG1	3	70	46,714	15,178	87.1	12.9	0.0021	32.5	78.2	30.1
05001 急性心筋梗塞OPなし	4	311	147,761	123,274	49.5	50.5	0.0001	83.4	74.3	75.0
CV14 STG3	4	306	147,263	122,786	54.7	45.3	0.0001	83.4	82.1	74.7
CV15 STG3	1	5	178,277	164,235	-	-	-	92.1	-	92.1
05002 急性心筋梗塞力テ治療	2	106	243,792	207,017	67.0	33.0	0.0375	84.9	119.0	83.6
CV14 STG3	2	106	243,792	207,017	67.0	33.0	0.0375	84.9	119.0	83.6
05003 急性心筋梗塞CABG	1	14	532,009	316,548	-	-	-	59.5	-	2.7
CV14 STG3	1	14	532,009	316,548	-	-	-	59.5	-	2.7
06115 急性虫垂炎OPなし	4	245	24,357	17,781	88.5	11.5	0.0001	73.0	195.0	70.2
G116 STG1	4	188	20,656	13,356	91.5	8.5	0.0001	64.7	197.2	60.1
STG2	3	57	36,567	24,170	89.3	10.7	0.0007	66.1	170.1	58.8
06116 急性虫垂炎(腹腔鏡下)	1	30	41,583	8,991	-	-	-	21.6	-	21.6
G116 STG1	1	24	41,967	9,792	-	-	-	23.3	-	23.3
STG2	1	6	40,049	4,923	-	-	-	12.3	-	12.3
06117 急性虫垂炎(開腹)	3	147	27,367	17,794	84.9	15.1	0.0045	65.0	149.4	63.1
G116 STG1	3	108	22,756	8,060	70.2	29.8	0.1003	35.4	53.6	35.0
STG2	3	39	40,137	28,387	49.1	50.9	0.3906	70.7	69.5	70.8
06119 鼠径ヘルニアOPなし	5	293	17,377	8,532	81.1	18.9	0.0022	49.1	99.4	48.0
G127 STG1	5	290	17,260	8,419	82.7	17.3	0.0009	48.8	104.1	47.5
STG2	1	2	23,009	13,624	-	-	-	59.2	-	59.2
STG3	1	1	40,218	-	-	-	-	-	-	-
06121 ヘルニア根治術	3	306	18,200	7,403	80.7	19.3	0.0163	40.7	82.3	40.3
G127 STG1	3	306	18,200	7,403	80.7	19.3	0.0163	40.7	82.3	40.3
06157 胆石症OPなし	5	214	38,152	39,979	57.8	42.2	0.2453	104.8	122.2	104.4
HB07 STG1	5	122	33,116	25,060	85.0	15.0	0.0003	75.7	167.7	70.4
STG2	5	34	41,429	24,525	37.1	62.9	0.6735	59.2	46.6	60.7
STG3	4	10	51,156	35,817	30.9	69.1	0.7288	70.0	51.8	77.5
HB73 STG1	5	35	45,507	76,701	68.2	31.8	0.1001	168.5	231.6	158.3
STG2	5	13	47,031	45,618	26.3	73.7	0.8330	97.0	65.3	109.4
06159 胆嚢摘出(腹腔鏡下)	4	206	53,549	22,330	91.2	8.8	0.0001	41.7	125.7	39.1
HB07 STG1	4	168	48,195	16,762	86.8	13.2	0.0003	34.8	85.0	33.2
STG2	4	27	76,022	28,704	79.5	20.5	0.0220	37.8	64.5	32.7
STG3	4	5	87,027	38,175	88.2	11.8	0.2616	43.9	49.6	18.2
HB73 STG1	1	4	68,432	7,724	-	-	-	11.3	-	11.3
STG2	1	2	86,476	27,564	-	-	-	31.9	-	31.9
06161 胆嚢摘出術(開腹)	3	122	65,454	40,270	83.5	16.5	0.0077	61.5	134.1	59.6
HB07 STG1	3	72	61,037	34,702	73.2	26.8	0.0720	56.9	91.8	55.5
STG2	3	34	67,321	47,927	79.7	20.3	0.0304	71.2	129.9	65.6
STG3	2	2	51,918	9,186	-	-	-	17.7	17.7	-
HB73 STG1	2	8	77,640	19,150	46.6	53.4	0.3858	24.7	23.3	24.9
STG2	2	6	96,149	68,611	73.8	26.2	0.1689	71.4	102.5	61.1
07019 大腿骨骨折OPなし	5	159	92,119	98,934	46.6	53.4	0.4817	107.4	100.5	107.6
MS09 STG1	5	119	98,846	76,570	54.2	45.8	0.3216	77.5	84.0	77.2
STG3	2	2	460,972	425,439	-	-	-	92.3	61.7	-
MS10 STG1	4	21	42,878	57,363	48.1	51.9	0.4495	133.8	129.5	134.5
STG2	5	17	62,463	128,577	62.0	38.0	0.2303	205.8	244.3	191.3
07020 大腿骨骨折OPあり	4	140	95,160	124,274	57.3	42.7	0.2637	130.6	150.7	130.1
MS09 STG1	4	99	86,596	133,546	51.7	48.3	0.3657	154.2	159.3	154.1
MS10 STG1	4	24	104,198	77,349	59.8	40.2	0.2477	74.2	87.8	72.0
STG2	3	16	131,832	123,459	45.0	55.0	0.4625	93.6	85.8	94.8
STG3	1	1	139,391	-	-	-	-	-	-	-
11011 前立腺肥大症	4	371	19,464	14,160	98.0	2.0	0.0001	72.7	433.8	61.6
MG06 STG1	4	365	19,213	13,905	98.1	1.9	0.0001	72.4	435.6	60.9
STG2	2	4	21,840	4,250	67.0	33.0	0.2903	19.5	23.9	16.8
STG3	2	2	60,597	18,079	-	-	-	29.8	29.8	-
12020 子宮平滑筋腫OPなし	2	25	32,187	38,713	61.6	38.4	0.2178	120.3	150.5	118.8
GY08 STG1	2	21	26,646	13,885	78.0	22.0	0.0755	52.1	92.3	49.1
STG2	2	4	61,278	96,753	15.5	84.5	0.7099	157.9	79.3	185.1
12021 子宮平滑筋腫(経膈)	5	207	34,406	14,230	90.6	9.4	0.0001	41.4	118.9	38.3
GY08 STG1	5	199	33,986	13,354	92.9	7.1	0.0001	39.3	127.6	35.2
STG2	3	8	44,872	28,020	60.8	39.2	0.2990	62.4	72.3	58.0
12022 子宮平滑筋腫(ラバ口)	1	11	49,914	10,063	-	-	-	20.2	-	20.2
GY08 STG1	1	11	49,914	10,063	-	-	-	20.2	-	20.2
12023 子宮平滑筋腫(開腹)	5	219	35,677	17,196	80.2	19.8	0.0034	48.2	94.5	46.9
GY08 STG1	5	203	34,178	10,814	89.8	10.2	0.0001	31.6	87.2	29.5
STG2	5	16	54,691	48,027	18.9	81.1	0.9138	87.8	47.6	98.5

参考文献

- 1) Gonnella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of Disease : a case-mix measurement. Journal of the American Medical Association 251 : 637-644, 1984
- 2) 梅里良正, 大道 久, 中村清吾, 三宅史郎 : 医療資源消費の観点からみた科別診療特性分析, 医療情報学 11 (2) : 81-92, 1991
- 3) Louis DZ, Taroni F, Yuenn EJ, Umeasato Y, Gonnella JS. : Patterns of Hospital Care and Physician Perspectives from an Italian, Japanese, and USA Hospital. American Journal of Medical Quality 11 (3) : 123-134, 1996.
- 4) 梅里良正, 前田幸宏, 久保喜子, 天野定雄, 柴田昌彦, 福澤正洋, 根岸七雄, 前田英明, 藤井雅志, 笠倉雄一, 大道 久 : 症例分析による医療評価手法の研究 - 消化器外科領域における試み -, 診療録管理 11(1) : 8-15, 1999
- 5) 梅里良正, 有賀 徹, 伊藤弘人, 井上徹英, 上嶋権兵衛, 坂本哲也, 鈴木荘太郎, 前田幸宏, 益子邦洋, 山本修三 : 救急医療領域におけるクリニカル・インディケータの開発に関する研究, 病院管理 38(4) : 31-40, 2001

平成12年度国際共同研究

医療施設の「治療の質」に関する日米比較研究： 急性心筋梗塞症患者に対する治療および治療成績 を一例とした実証的研究

研究期間 2000年11月1日～2001年10月30日

代表研究者 東洋英和女学院大学 専任講師、全米経済研修所 研究員

野口 晴子

共同研究者 スタンフォード大学 助教授

マーク マクレラン

共同研究者 名古屋大学 医員

益田 雄一郎

目的

本研究は、日米両国のハイク医療施設における治療の質を計測し比較するを目的に、1994～1995年に米国保健財政庁を中心に、急性心筋梗塞で入院したメディケア（米国における公的高齢者医療保障制度）全受益者約20万人に関する100以上の指標を含むカルテに基づくデータベース（Cooperative Cardiovascular Project-CCP）に比較可能な形で、名古屋大学医学研究科のフィールドで医療情報を収集した。

データ

現時点で収集された日本側のデータは、1995年1月から12月にかけて10施設から抽出された急性心筋梗塞症の入院患者を371人含むレトロスペクティブ・データである。名古屋大学医学研究科のフィールドが比較的人口密度の高い都市部の大規模ハイク医療施設であることから、米国側の調査データから、入院患者数や心臓カテーテル検査（心カテ）の実施回数など、類似した特徴を有する施設の入院患者のみを対象として抽出した結果、急性心筋梗塞患者数が300人以上400人未満の15の都市部にある298施設から5,050人を抽出した。

方法

本研究では、経皮的冠動脈形成術や冠動脈バイパス手術といった心カテを基点とする治療法をハイク技術とし、入院後7日以内に行われた心カテとそれ以外の薬物治療、治療成績、および医療支出との関連性について、パイパリエット・プロビット法を用いて解析を行った。米国と比べ、日本側の対象医療施設ではハイク治療に対する意思決定が比較的短期間（中央値：入院後8日間）でなされるため入院後7日以内の心カテを指標とすることにした。

結果

詳細な患者特性を統計学的にコントロールした上で、米国に比べ日本の対象施設ではより積極的に経皮的冠動脈形成術を中心としたハイク治療が実施されており、日米両国においてハイク治療は患者のクオリティ・オブ・ライフ（死亡率と再入院率の減少）の向上に大きな役割を果たしている一方、医療支出増加への影響が大きいことが示された。

第11期平成13年度事業報告 並びにこれに伴う収支決算書を承認

第21回理事会・評議員会を開催

東京都新宿区西新宿のファイザー製薬株式会社本社会議室で、平成14年5月15日（水）に開催された第21回評議員会、並びに5月21日（火）に開催された第21回理事会において、第11期（平成13年度）事業報告及び収支決算書が承認されました。

理事会では厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐中野滋文氏より「2年に1度行われる特定公益増進法人の認定の更新も、当財団は本年3月に問題なく更新された」旨の報告をいただくとともに、「平成13年11月に国の研究開発評価に関する大綱の方針ができあがり、これに基づき厚生労働省の研究開発評価に関する指針を作成中である。当財団もこの指針を参考にし研究助成活動を行って欲しい」また、「財団の運営についても、公益の増進に寄与すべく活動を続けて欲しい」との要望をいただきました。

また、評議員会、理事会の席上、財団理事長 垣東 徹氏より平成13年度の事業と収支決算概要の説明がなされた後「今年度も引き続き我が国におけるヘルスリサーチの研究振興を図るため、最善を尽くす所存です」との抱負を述べられました。

評 議 員 会



理 事 会



厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐
中野 滋文 氏

第11期(平成13年度)事業報告

平成13年度に実施した主な事業の概要は次の通りです。

1. 第10回研究等助成事業 (()内は平成12年度実績)

	応募件数	採択件数	助成金額(千円)
国際共同研究	112(97)	12(12)	56,033(54,000)
日本人研究者海外派遣	50(66)	12(11)	19,995(19,449)
外国人研究者短期国内招聘	11(9)	4(3)	4,000(3,000)
外国人研究者中期国内招聘	3(1)	1(1)	2,500(2,000)
合計	176(173)	29(27)	82,528(78,449)

応募総数は176件で、昨年より全体で3件増加し、内訳は国際共同研究15件、短期国内招聘並びに中期国内招聘が各々2件の増加、海外派遣の応募件数は前年に比べて16件の減少であった。

平成10年度から助成の対象を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「医療制度・政策研究・ヘルスエコノミクス」等の分野に特化したため、基礎・臨床医学からの応募が減少傾向にあり、反面、看護学、薬学、歯学並びに経済・経営学、法学などの社会科学系からの応募が昨年に引き続き増加傾向にある。

2. 第8回ヘルスリサーチフォーラムの開催

昨年同様に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賛同を得て、研究成果発表、助成選考経過説明に加えて、一般演題の発表と外国人経済学者による基調講演を行った。一般演題は24題の応募の中から組織委員会で6題が採択された。

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

テーマ：新世紀の保健・医療・福祉を考える - 変革への模索 -

参加者：助成採択者、一般研究者、報道関係者、行政、財団役員等約170名

内容：1. 財団理事長挨拶

2. 協賛法人 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専務理事挨拶

3. 来賓挨拶 厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐

4. 平成11・12年度研究助成成果発表 13題

5. (第10回)平成13年度助成案件選考経過・結果発表

6. 一般公募演題 6題

7. 基調講演 Mr. Johan Hjertqvist

フォーラムの記録を小冊子(1,500部)としてまとめ関係者に配布し、高い評価を得た。

3. 財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」の刊行

1回6,000部作成、年間4回発行し、全国大学医学部、薬学部、看護学部、経済学部、心理学部や学会、研究機関、報道機関、厚生労働省、助成案件採択者、財団役員等に配布した。

4. 寄付活動

ファイザー製薬株式会社から運用財産として寄付があった。また、同社臨床開発部門から基本財産としての寄付があった。

- 基本財産 -

寄付年月：平成13年11月

寄付者名(敬称略)	金額(円)
ファイザー製薬(株)臨床開発部門	15,000,000

合計 15,000,000

- 運用財産 -

寄付年月：平成13年11月

寄付者名(敬称略)	金額(円)
ファイザー製薬(株)	82,000,000

合計 82,000,000

正味財産増減計算書

平成13年4月1日から
平成14年3月31日まで

(単位:円)

科目	金額	
1) 増加原因の部		
1 基本財産収入		
基本財産収入	15,010,000	
2 基本財産運用収入		
基本財産利息収入	36,108,323	
3 寄付金収益		
寄付金収入	82,000,000	
4 雑収入		
受取利息	1,515,045	
公社債売買収支差額	0	
雑収入	94,765	
合 計		134,538,603
2) 減少原因の部		
1 事業費		
調査費	164,400	
国際共同研究事業費	56,033,000	
海外派遣事業費	17,995,000	
外国人招聘事業費	6,500,000	
財団機関誌	4,312,395	
ヘルスリサーチフォーラム	9,915,759	
CD-ROM	0	
合 計	94,920,554	
2 管理費		
旅費交通費	1,630,158	
通信運搬費	1,000,984	
会議費	435,649	
消耗什器備品費	1,360,600	
消耗品費	156,331	
印刷製本費	756,086	
審査謝金	388,886	
租税公課	70,000	
臨時産資金	296,587	
雑費	1,649,612	
合 計	7,744,893	
合 計		102,665,447
当期正味財産増加額		31,873,156
前期繰越正味財産額		972,346,136
期末正味財産額		1,004,219,292

貸借対照表

平成14年3月31日現在

(単位:円)

科目	金額	
1) 資産の部		
1 流動資産		
現金預金	1,138,877	
有価証券	28,381,409	
流動資産合計		29,520,286
2 固定資産		
基本財産		
基本財産定期預金	5,039,576	
基本財産有価証券	964,659,430	
基本財産合計	969,699,006	
その他の固定資産		
定期預金	5,000,000	
その他の固定資産合計	5,000,000	
固定資産合計		974,699,006
合 計		1,004,219,292
2) 負債の部		
負債合計		0
3) 正味財産の部		
正味財産		1,004,219,292
(うち基本基金)		(969,699,006)
(うち当期正味財産増加額)		(31,873,156)
負債及び正味財産合計		1,004,219,292

第11期収支決算概要

第11期の事業報告及び決算に関する計算書類については、財団の監事2名の監査を受け、いずれも適法・正確で、且つ収支の状況、財産の運用状況など妥当であるとの報告を受けております。

1. 収入の部、支出の部

平成13年度収入は、ファイザー製薬より運用財産として8,200万円・基本財産として1,500万円の寄付金、基本財産の運用益として3,611万円等、計1億3,454万円の収入がありました。一方、総支出金額は1億767万円でした。

2. 当期正味財産増加額 / 期末正味財産

当期正味財産増加額は3,187万円、期末正味財産は10億422万円となりました。

第9回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ

第9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。

フォーラムでは、平成12年度国際共同研究助成を受けられた先生方の成果発表等と、公募による一般演題発表等を主たる内容としております。奮ってご参加下さいますようご案内申し上げます。詳細は次号の本誌でご案内いたします。

日時：平成14年11月9日（土） 午前9時30分～午後6時30分

会場：千代田放送会館 東京都千代田区紀尾井町1-1 電話：03-5210-4305

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

お願い 当財団へご寄付を！

当財団は創立以来10年を経過しました。

この間、私どもは、主たる事業である研究助成については、4,580万円（第1回目）から8,253万円（第10回目）と漸次助成金額を増額し、この他、フォーラムの開催や機関誌の発行等を通じて、我が国に於けるヘルスリサーチ研究の振興に努めてまいりました。

しかし、現在、時代は急速に展開しています。

ご高承のとおり、昨今、様々な分野で「構造改革」が求められており、医療業界もその例に漏れず、「医療改革」が急務と叫ばれています。しかし、我が国では、この「医療改革」を実行するための「理論的裏付け」の開発に立ち遅れていたことは否めず、その研究開発が待たれています。

この「理論的裏付け」の研究こそが、まさに「ヘルスリサーチ」の一研究領域であり、従って、今日、「ヘルスリサーチ」研究は、その「重要性」のみならず、ますます「緊急性」を増しているわけです。

かかる状況のもとで、当財団も、微力ながら、「ヘルスリサーチ」研究のさらなる振興に、従来にも増して貢献できればと考えております。しかし、社会のニーズに十分に応えた活動を展開するには、資金面をはじめとして、より充実した事業基盤が求められます。そしてそのためには、何より先ず、皆さまからのご支援が必要不可欠です。

こうした事態をご理解の上、是非、当財団へのご寄付をご検討くださるよう、お願いいたします。

当財団は厚生労働省より「特定公益増進法人」に認定されておりますので、寄付金については一定の免税措置が講じられます。

詳しくは、当財団事務局（右記）までお問い合わせください。

電話

03-3344-7552

尚、平成14年5月、故梅村生男様（元ファイザー製薬株式会社代表取締役副社長）ご遺族様より、弔慰金の一部を当財団にご寄付いただきました。故人の御冥福を心よりお祈り申し上げますと共に、謹んで御礼申し上げます。