

ヘルスリサーチニュース

CONTENTS

第9回ヘルスリサーチフォーラム	
「変革期の保健・医療・福祉を考える - 発展への示唆 - 」を開催	(P1)
対談(高齢者医療・介護の現状と将来/対談相手:医療法人社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長 大塚 宣夫先生)	(P2)
第9回ヘルスリサーチフォーラム内容	(P9)
第11回(平成14年度)助成案件採択一覧	(P14)
第9回ヘルスリサーチフォーラム アンケート結果	(P16)

第9回ヘルスリサーチフォーラム

「変革期の保健・医療・福祉を考える

— 発展への示唆 —」を開催

平成14年11月9日(土)千代田放送会館において、第9回ヘルスリサーチフォーラム「変革期の保健・医療・福祉を考える - 発展への示唆 - 」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、我が国では厚生行政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。私達の健やかで豊かな暮らしに欠くことの出来ない保健・医療・福祉を新しい時代の要請に応えるサービス体制に変革していくことは、私達一人ひとりにかかわってくる重要な問題です。

第9回を迎えた今回のフォーラムは「発展への示唆」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12年度国際共同研究助成による研究成果発表、平成12年度・13年度日本人研究者海外派遣研究発表、平成14年度一般公募演題の発表に加え、ドイツのUniversity of KonstanzのFriedrich Breyer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。(内容のまとめは本誌P9~13に掲載しております。)

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 医療経済研究機構 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長 遠藤 明氏
3. 研究発表(8題)
4. 第11回(平成14年度)助成案件選考経過・結果発表
5. 基調講演「The German Health Insurance System : Competition, Reform & Implications for Japan」
Professor of Public Economics at the University of Konstanz, Germany Friedrich Breyer
6. 研究発表(11題)
7. 懇親会

お知らせ

現在当財団で、今回のフォーラムの内容をまとめた講演録を作成中です。2003年3月には完成の予定ですので、ご希望の方は財団事務局まで電話又はFAX(ご芳名・送付先を明記ください)でお申し込みください。完成次第ご送付いたします。尚、講演録は無料です。

お願い

又、当財団では機関誌「ヘルスリサーチニュース(本誌)の購読をご希望される方を広く求めています。ご希望の方をご存知でしたら、別紙購読者紹介用紙で当財団にご紹介ください。購読は無料です。

TEL 03-3344-7552

FAX 03-3344-4712

ヘルスリサーチを語る

第 4 回

高齢者医療・介護の現状と将来

大塚 宣夫 (おおつか のぶお)
医療法人社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長

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

高齢者に対する保険制度は、わが国では2000年に介護保険がスタートして、現状、医療保険との2本立ての制度となっています。高齢者医療・介護の現場ではこれらがどのように運営され、どのような捉え方をされているのでしょうか。また、グループホーム、NPOなど、最近の介護をめぐる新しい動きにはどのような評価が与えられているのでしょうか。第4回目の対談のお相手は、ユニークな運営で評価の高い老人病院、医療法人社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長 大塚 宣夫先生にお願いいたしました。

(以下、敬称略)

開原：大塚先生は大変著名な方でいらっしゃいますが、最初に、改めて先生のこれまでやってこられたこと等を、自己紹介によってお話しただけませんか。

大塚：私は昭和41年に医学部を卒業し、その後精神科を専攻しました。初め関心があったのは精神科の薬物療法の分野でした。しかし昭和49年に、たまたま友人のおばあさんのことで相談を受けたことから、世の中にお年寄りの介護を巡る重大な問題があり、しかもそれに対応する体制が、非常に悲惨な状況であるということを知りました。

一つは、自分の親が歳をとったときに安心して預けられるような施設が無いということ、もう一つは、これから日本はすごい勢いで人口の高齢化が進んで、要介護高齢者が一定の率で増えていき、将来きっと大変な問題になるだろうということでした。

開原：まだ一般的にはそういう認識はなかった頃ですね。

大塚：そうですね。そこで、それだったら自分の親を安心して預けられる場所だけでも作ろうと思って、決心をしたわけです。実際には昭和55年に147床の老人病院でスタートをしました。これが青梅慶友病院です。

高齢者への対応には「医療」「介護」「生活支援」の3つが組み合わさって初めて効果があがる。欧米では最初に「生活支援」があり、それに「介護」「医療」が付け加えられたという歴史があるのに対して、日本は逆に、まず最初に「医療」があり、それに「介護」「生活支援」が付け加えられてきたという特異性がある。

オープンしたらすぐ一杯になり、待機者ができるようになりました。その後、需要に応えるという形で10年間に3回の増築をして、現在約800床の老人病院としてやっております。

開原：先生の病院は「皆様に代わって親孝行をいたします」ということをモットーとしていらっしゃいますが、まだ老人「医療」しかなかった時代に、ユニークな病院として世の中に広く知れ渡るようになりました。早くから要介護高齢者の問題に着目されていたわけで、非常に先見の明があったということですね。

日本の要介護高齢者向け施設の特異性

大塚：老人病院を建てたものの、最初はお年寄りとは一体どういうものかも全然知りませんでしたし、ましてや、老人医療の特異性というものをよく知らなかったのです。ただ闇雲にお年寄りを預かって、医療の力で少しでもお年寄りを元気にすることができないかと思ったわけです。

しかし4、5年後、ヨーロッパの施設を見に行き、そこでお年寄りへの対応がまるきり違うということに気が付いたことが、私の非常に大きな転機になりました。我々は、「病院」という名前がついているのですから、まず「医療」があって、その後に「介護」が必要な人がいて、さらに入院が長期化するので「生活環境の整備」といった順番で組み立てていったわけです。しかしヨーロッパでは、もう最初に人生の最晩年を過ごすための「生活の場」があり、そしてそこに生活している人が必要な機能として「介護」があって、さらに「医療」が関わるという組み立てになっていたのです。

開原：そういう考え方は、ヨーロッパでは、普通の病院にもありますね。昔のナイチンゲール病棟では、祭壇があったりといったように、単なる医療の場ではないという感じがするのですが、どうい

うわけか日本は、そういう考え方が病院自体に無かったですね。
大塚：歴史的に見て、おそらくヨーロッパの病院は、まず最初に、病気の人や自分で生活ができなくなった人達を収容して面倒を見るということ、医者以外の人が始めたのです。そして、そこに必要な機能を取り込む。例えば外から医者呼んで来て診させるというようなことで、病院の成り立ちがきつと違うのだと思います。同じようなことがお年寄りへの対応でもあるわけです。ヨーロッパの要介護高齢者への対応は、大体みんなそういう流れの中にありまして、歳をとって自分のことができなくなったら、行き先は、いわゆるナーシングホームが主体でした。

ところが日本は、当時そのナーシングホーム自体が整備されていなかったし、また、かつての養老院イメージがあって、そういうところに入れることに、家族の非常に大きな抵抗がありました。病院に入れれば、家族の体裁が保ちやすいということがあったわけです。また、経済的にも非常にメリットがあるということで、「ナーシングホームよりも病院に」と、要介護高齢者の主体が病院になるという特異な歴史を辿ってきたのだと思います。

医療保険制度のみの体制下での老人病院の運営

開原：その頃の私の老人病院のイメージは、基本的には病気だけを見るというものだったのですが、それと先生の病院が一番違っていたところは、どこなのでしょう。

大塚：ヨーロッパの施設を見て、日本に帰ってきてから、私は組み立てを変えようと思いました。病院として医療保険からの支払いは受けるけれども、中でやることはまず、生活環境をきっちり整えて「生活する場所」というようにする、また、ヨーロッパで見たような介護の機能をしっかり入れていく、そしてそこに元々ある医療も関与できるような形で運営していこうと決めたのです。

開原：そうすると、建物自体の設計から変わったのですか。

大塚：そうです。途中で何回か増築をしておりますので、その度に形が変わってきました。

開原：その頃は介護保険はなく、医療保険しかなかったわけですが、病院経営という観点から、なかなか大変だったのではないかとおもうのですが。

大塚：当時の医療保険は、病気の治療だとかケガの治療といった、いわゆる急性期対応を中心にした診療報酬でしたから、長期間お預かりして、しかもお年寄りのように介護を必要とする、あるいは生活の一部も取り込んでやるということになれば、当然経営的には成り立たないわけです。その当時皆さんはどうされていたかという、少し過剰診療・濃厚診療のようなことで収入を上げて、経営の帳尻を合わせるが多かったと思います。

私は、そんなことで帳尻を合わせるのをおかしいと思い、介護や生活があるのだったら、その分はしっかりご家族なり扶養者なりに負担していただくということで、保険外負担を設立当初から積極的に取り入れました。ですから、制度に組み込まれていないようなサービスの展開が可能になったと思います。

開原：非常に今の時代を先取りしておられたようで、ある意味で

は制度の方が追いついていなかったということですね。

介護力強化病院制度が与えたインパクト

大塚：そして1990年4月から介護力強化病院制度ができ、これが日本の老人病院の対応に一大転機をもたらしました。

それまでお年寄りの介護というと、病院においても、付き添いさんを付け、その人達に任せるというものだったのですが、これがきちんと病院の職員として人を雇って、介護の仕事のプロとしての養成をするという制度になり、そういう人を揃えたところでは、医療行為の多寡にかかわらず、1日当たりの支払いをそれまでの出来高払いから定額払制に変えたわけです。そうすると、経営の帳尻合わせの為の過剰診療・濃厚診療は姿を消しました。それまでは医療行為をすればするほど収入が増えるという仕組みだったのが、今度は、医療行為をするのは支出が増えるだけで収入の方は全く変わらないという仕組みになったためです。

開原：先生の病院もその制度に乗ったわけですか。

大塚：そうです。まっ先に乗ったと言ってもいいでしょう。もともと長期間の入院であり、自前で介護の職員を持っていて、そして医療は最小限の関わりを持つという中で運営されていたわけですから、まさに制度が我々のやっていたことを支援するような形でついてきたということかもしれません。

開原：普通の老人病院は、まだなかなか先生の病院のような「生活の場」という考え方が無かったのではないですか。

大塚：しかし5、6年の間に、大部分の老人病院がいわゆる介護力強化型になり、介護を自前化して、「医療」の対応がどんどん減っていきました。

1990年代の最後の3、4年には、今度は療養型病床の基準が提案されるようになり、その制度に乗り換えるということで、「生活する場」としての環境が整えられるようになりました。

福祉への高い志の人が増えてきた、しかし医師は...

開原：普通の病院でもそういう病棟を持てるようになってきたというわけですね。その切り替えの為に、医者ではなく介護をする人を整えなければいけなかったと思うのですが、そういう人達は、もうその頃から育っていたのですか。

大塚：最初から育っていたというわけではありません。お年寄り、特に要介護高齢者を見ようとしますと、先ほどから申し上げてい

1942年生まれ。
1966年慶應義塾大学医学部卒業。
同大学医学部精神神経科教室を経て1968年より三鷹の財団法人井之頭病院へ出向。
1971年より2年間、フランス政府給費学生として渡仏し、精神薬理学を専攻。
1980年青梅慶友病院を開設。
現在理事長を務める。
著書に「老後・昨日、今日、明日」。
「老人の専門医療を考える会」会長。

ますように、生活・介護・医療の3つを見る仕組みが同時にサービスとして提供される必要がある。そこでは非常に多様な職種・多様な人材が必要とされますが、そのような人材はなかなか調達できなかったというのが本

当のところだと思えます。

開原：先生のところは、そういう人達を案に集められたのですか。

大塚：世間よりは少し楽だったかとは思いますが、自分達で集めて育てるということを繰り返してきたわけです。

開原：今だと福祉の世界に入りたいという若い人も結構いるのですが、当時は、介護や生活支援をする人達の社会的な認識はそれほど無く、最近の言葉でいえば「格好いい職業」ではなかったですね。

大塚：特に老人医療などは、世間の認識は極めて乏しい状況でした。老人病院に働くというと、医者にしても、看護師あるいはハビリの資格をもった人にしても、正道から外れたアウトローの人達が仕方なしに行くようなイメージでしか語られなかったですね。

私が老人病院を作った頃は、仲間に「お前、そんなにまでして金儲けがしたいか」と言われたことがありました。老人病院イコール悪徳病院というイメージでしか語られていなかったのです。

開原：今も決して理想的な時代になったとは言えないけれども、その頃に比べれば、世の中の目はずいぶん変わってきましたね。

大塚：ずいぶん変わりました。今は、先生がおっしゃられたように、介護の仕事に就きたいという若い人が増えてきました。しかも志が高い人が増えています。これは看護師の世界でも同じです。

そういう意味では、今一番遅れているのは医師の世界かも知れません。老人医療を初めからやりたいということで入ってこられる医師は極めて少ないと思います。ただし、これは何も日本に限ったことではありません。今から10年以上前に、イギリスの先生に話を聞いたことがあります。当時は老人医療や、あるいは要介護高齢者の対応を巡って、イギリスでも関心が高まっていた頃ですが、それでもやはり老人医療を目指す医師が少なくて困るということをおられました。

1990年に実施された介護力強化病院制度は、「医療」から「介護」「生活支援」への拡充と、それらの一体化に大きな貢献をした。しかし、2000年の介護保険制度は再び「医療」と「介護」「生活支援」を分離する方向に進みつつある。

高齢者への関わり、あるいは「死」というものについて、医療の専門教育の価値観を見直すべき。医師は75歳を過ぎた人は一般成人とは違う存在だという認識を持つべき。

求められる医師の在り方

開原：しかも、医者がイメージする老人医療と、世の中が期待する医者のイメージとは、少し食い違いがありますね。大学の老人科の先生というのは、普通の内科の医者みたいなもので、要するに患者さんを診療することです。けれども、世の中が本当に求めている老人医療の医者は、そうではなくて、今先生がおっしゃったように、介護も理解し、生活の支援も理解して、自分がそういうものをオーガナイズしていけるような人なのかもしれません。

大塚：医師がオーガナイザーとして適当かという問題は別にして、老人医療を巡る問題は大きく分けて二つあると思います。

一つは、歳をとった人に対して、医療がどんな関わり方をすべきか、どこまで関わるべきかということです。医療の専門教育の2大価値観として、一つは正常だとか健康だとかのイメージがあって、そこから外れた人をいかに正常に戻し、健康にさせるかということがある。もう一つは、生物学的な意味での「死」を極力回避する、あるいはできるだけ遠くにやるということで、もし、その死が起きたら、我々はそので敗北となるということがあります。こうした価値観で動いています。

けれども、80歳、90歳、あるいは100歳に近くなってきたら、健康だとか正常だとか言っても、当然のことながらその概念が違ってくるし、ましてや死というものは避けられないものであるのに、これを敗北と位置付けたら、みんな敗北に向かっていかなければいけないことになってしまう。だから、我々が教わった2大価値観を、新しくまるっきり違った面で捉え直さないといけないのではないかと思います。

老人医療を巡るもう一つの問題は、老人の体は、75歳くらいを境に一般成人とは全く違った存在になると言ってもいいくらいだということです。病気の形も違えば、検査の正常値も違う、あるいは治療に対する反応なども全然違う。例えば、お年寄りには、病気の治療のためとはいえども、一週間も10日も安静を保ったら、病気本体が治ったとしても、そのあと、自分の力では立ち上がることもできない状況になる。「はい治療が終わりました」と言われても、その人はもう普通の社会生活ができないわけです。そうすると、病気の治療上必要ではあっても、早い時期からある程度の危険を承知で体を動かさなければいけない。ですから、まず、医師の側で、特に75歳を過ぎた人は一般成人とは違う存在だということを認識することが、かなり重要なことです。

日本の医学教育の問題点

開原：色々な話をうかがっていると、全ての問題が教育につながっていくようです。今の医学教育の中で、老人医療の考え方は、だいぶ教えられるようになってきているのでしょうか。

大塚：私達の頃はそうした講座はどこにもありませんでした。私が専門とする老年期の痴呆の問題にしても、精神科の教科書では3、4ページで終わりです。一般の内科的な教科書を見ても、老人の問題に章を割いて書いてあるところはありませんでした。

最近では、かなり多くの医学部に、老年科や高齢医学の講座が

できましたが、そこで教えられていることは、やはり高齢者の病気の特性のようなものかだけで、高齢者をトータルとして元気にするにはどうするかといったことは、ほとんど無いですね。

開原：先生のところで働いているお医者さんは、先生の感化を受けて、そうしたことを理解される方が増えているのでしょうか。

大塚：私もも集めるのに一番苦労しているのは医師です。800人の患者さんをお預かりしていれば、医師の数はフルタイム換算で少なくとも18人ぐらいはいなければならないのですが、そんな数の専門家を集めるのは至難の技です。せいぜいその半分も、老人医療にしっかりと知識も関心もあるような人を集められれば良いというのが実情です。

開原：医学部の中で、そういう教育をすれば、多分興味を持つ若いお医者さん達が出てくるのではないかという感じがします。

大塚：老人医療に限らず、日本の医学教育の共通した問題点としていつも思うのは、「人が幸せに生きるとはどういうことか」ということをあまり教えない点です。病気の見方や治療の仕方は教えます。しかし、医者としての役割は、それを通して人の幸せな生活に貢献することだという、一番大本の部分をしっかりと刷り込まない。その為、医療だけは確かにできるけれども、医療の結果がその人の豊かさなり幸せの増進に役に立っているかどうかという点で、かなり首をかしげるような問題がたくさん出てきていますね。

介護保険制度の影響

開原：話が戻りますが、介護力強化病院ができ、次に制度的に療養型病床ができたというお話でした。そして、2000年には介護保険ができたのですが、そこでまた先生の立場から、何か大きな変化が起こったということでしょうか。

大塚：先ほど述べたように、日本は、医療・介護・生活という3つのうち、医療からスタートしているわけですから、最初は「医療費を使って介護の部分まで見るのはけしからん」と言われていました。介護や生活の部分は、本来は医療ではないのだから、別で見るべきだと散々言われた歴史があるわけです。

それが介護力強化病院制度ができて、その中に介護、あるいは長期療養の為の少しばかりの環境整備というものが取り込まれて、医療・介護・生活の3つがある程度一体的にサービスとして提供できるようになってきたわけです。

ところが、2000年に介護保険がスタートして、介護も必要とするようなお年寄りは、今度は介護保険で見るようにしろということになりました。これにより、今まで老人病院で見ていたようなお年寄りを介護保険で見ようとする、今度は「介護の費用で医療をやるのか」というように流れが変わりつつあるのです。「もし、本当に医療が必要になったら、一般病院に一時的に移して診たらいじやないか」というようなことを、平気で言われるのです。

これが、介護保険がスタートした後の、我々にとって一番大きな問題と言えるかもしれません。お年寄りに対して医療を行うときには、介護も生活の環境も一体的にやらないと、医療の効果も薄いのです。そして医療だけが行われた場合には、完全な寝たきり

になるとか、生きる意欲を失うといった問題が必ず起きてくるわけです。介護保険ができて、医療は別建てにしないということと言われるようになって、かつて我々が老人病院をスタートした頃に味わったのと同じような悲劇的な状況が、再び起きようとしているということです。

開原：しかし、先生のところは「病院」ですね。病院の中でうまく介護保険と医療保険を使い分けて、一体とした老人の治療と介護と生活支援をやることは、今の制度だとできにくいですが。

大塚：介護保険がスタートしたときには、老人病院は医療保険でやってもよし介護保険でやってもよしという制度でしたが、流れとしては、医療費の増加を少しでも抑えたいという意図が働いて、お年寄りはみんな介護保険で見るようにというように、医療保険の側の締めつけが行われています。我々のような老人病院は「病院」という名前が付きながら、実際には介護保険での給付に全部移行せざるを得ない状況になっているのです。

開原：私は勉強不足なのですが、介護保険を一旦採用したら、その中で医療をやることはできなくなってしまうのですか。

大塚：できないというわけではありません。今のところは、医者を従来通り置いていますし、看護師も置いてよしということにはなっています。しかし、恐らくこの先は、医者も看護師ももっと減らしていいのではないかとこの方向に行く流れにあると思っています。具体的にそのように発言している行政の高官も何人もおられます。

開原：介護保険は、逆にそういう影響を与えてしまうんですね。

大塚：そうですね。名前が変わったがゆえにということでしょうか。やはりネーミングは大事ですね。医療保険で見ると介護は別物、介護保険で見ると医療は別物とイメージされるわけです。

介護保険だけを取り出してどうかとか、医療保険だけを取り出してどうかというよりも、お年寄りが本当に必要な医療・介護・生活という3つの機能が同時に提供されないと、質の高い生活を実現することはできないという認識が最初に無いと、きっとこの制度の運用はうまくいかないと思います。

高齢者施設について

開原：ところで高齢者に対する施設としては、老人保健施設や特別養護老人ホームがあり、最近ではグループホームとか、色々なものが出てきていますが、そういう施設の在り方や施設の人達の受けている介護について、どうお感じになりますか。

大塚：介護保険がスタートしたときに、高齢者受け入れ施設としては、特別養護老人ホーム、老人保健施設、それから老人病院という3つのサービス体系があったわけですが、この3つを一本化してはどうかという議論すら出てき

ました。「どこにも同じような人が入っている。特に老人病院には、社会的入院と言われる、医療が全く必要無いにもかかわらず、行き先がないというだけで入っている人達がたくさんいる。これらは、老人保健施設や特別養護老人

ホームでも全く問題無く対応できる」として、介護保険制度の下では、この3つの施設を一本化してはどうかということです。

開原：その3つは当然違うんですね。

大塚：特別養護老人ホームと老人保健施設は、機能的に似たところがありますが、我々のやっていることは少し違います。一番の違いは、特別養護老人ホームあるいは老人保健施設で対応できる人は確かに我々の老人病院におられるけれども、それらで絶対に対応できないような人が我々の老人病院には結構な数があります。これを一本化するのには、かなり無理があると思います。

開原：医療法人は老人保健施設を持っていますので、最近では医療法人の中でそういう施設を持って、複合的にやっという考え方がありますね。

大塚：私は、同一法人といいますが一つの組織の中で見ていこうということは、当然のことだと思っております。自分が色々なタイプの施設を持ち、最も高齢者の状態に適したところに振り分けるということは、一つの時代の流れではないでしょうか。

グループホームの問題点

開原：最近、グループホームが高齢者医療の問題の中で時々話題になります。また、グループホームの経営はNPO法人がいいとも言われます。先生はこれらについてはどのようにお考えですか。

大塚：グループホームは、特に今は痴呆の人を中心に扱うようになっていっています。痴呆が始まって、その人の残された機能を総動員して、それなりに豊かな生活を維持しようと思えば、まず少人数で、家庭生活の延長のような環境で見るのがいい、見られる方も見る方も満足が高い、という知見のもとに始まった制度です。日本でも盛んにそれが取り入れられて、今拡充しようという流れの中にあるのですが、そこに潜む問題がいくつかあります。

一つはどうしても経費がかかる。非常に小規模でやるので、スケールが小さくなることによる相対的な経費の増加があります。

それからもう一つは、少人数対少人数ですから、外部の目、他人の目が届かなくなる。つまり密室性が高まるわけです。そこで何が行われているかということが、外部からわかりにくくなってく

る。グループホームに関しては、その密室性がゆえにきちんとした対応が行われていないのではないかと、あるいは虐待やひどい扱いをしているところがあるのではないかと問題視されるようになっていっています。多人数対多人数という環境の中では、周りの目がいつもあるわけですから、あまりひどい扱いはできないのに対して、グループホームの場合は、例えば8人とか9人を、日中だと2、3人の少人数で見られるわけですから。

開原：最近監査制度を入れようという動きもありますね。

NPO、ボランティアについて

大塚：NPOは、非常に社会の関心を集めています。私がこういう仕事に就こうと思った元々の動機は、自分の親を何とかしたいということだったものですから、そういう志を持った人が集まって事業に参画し、そこで目的とするものは利益でも事業拡大でもなく、もっと自分達の価値観なり個人的な利害に密着したものだという点で、良いことだと思えます。一方で公的サービスがこれからはもう限界があるということは十分に分かっていて、かといって利潤を目的とするような企業がそこに参画することについて社会に抵抗があるとすれば、中間的な形でNPOのようなものが出てくるのは、とても良いことだと思っています。

開原：先生の病院では、ボランティアはおられるのですか。

大塚：ボランティアは導入していません。最大の理由は、私達のところでは預けるお客様から保険外負担をもらっているのだから、「プロの仕事をすると言って、お金をきちり取っているのに、ボランティアという半素人を入れて、その人達をお金も払わないで使っているのか」という批判を受ける恐れがあると思いますので。

開原：私はボランティアに関心を持っていて、東大病院にいたときに、国立の大学病院で初めてボランティアを入れました。ずいぶん反対があったのですが、非常に良かったですね。何が一番良かったかという、先ほど先生の言われた密室性が破れたことです。あんな大きな組織でも、不思議なもので、病院というものは仲間意識があるのです。ですから、事務員などでも患者さんを怒鳴りつけていたわけですが、ボランティアの人が来て、外の目が入ってくると、そんなことはできなくなるのです。

大塚：それが効用としては一番大きいのではないですか。

私どもはその役割をご家族にしてもらっています。24時間365日ご家族はその動機いかにかわらず、ずっといていただいて構わないと言っております。できるだけオープンにして、外の目で見てもらうということを心掛けています。

新しい試み...回想法、パワーリハビリ

開原：先生のところには、斎藤正彦先生や黒川由紀子先生などがおられ、回想法等色々な新しい試みをなさっておられますね。ああいう試みは、将来にインパクトをもたらさそうでしょうか。

大塚：私どもは自分の組織を「高齢者ケアのための実験研究開発センター」と位置付けて、支援する体制があるがなかりながら、自分達で色々な試みをしてみようとしています。その為の費用は、

日本の医学教育は「人が幸せに生きることはどういことか」を教えるべき。
グループホームは、その密室性に問題がある。
回想法、パワーリハビリなど、新しい試みが行われている。

負担能力の高い人に払ってもらおうということで運営しています。その一環として、痴呆性の患者さんに対する回想法をやっているわけです。非常に効果があることは確かですが、回想法さえあれば老人性痴呆の対応が全部カバーできるかという、そんなものではなく、やはりごく一部のみに有効だということですし、もう少しステージが違えば、違ったことをやらなければいけない。

こうした回想法を中心とした精神的なケアとともに、身体的に、今我々の世界で関心を集めているのは「パワーリハビリ」というものです。病気や障害のために機能が落ちている人を、少しずつアップするというばかりでなく、今残っていて普通の機能を果たしている部分に対して、もっと負荷をかけて、もっと訓練すれば、老化に伴う機能低下を先延ばしすることができるという考えが、今この世界にずいぶん持ち込まれるようになってきました。

開原：それは身体的なものだけですか。

大塚：身体的な機能が上がってくると、精神的な機能も上がってきます。例えば寝たきりになれば、身体機能が落ちる状態であると同時に痴呆が多発するとか、痴呆症状がどんどん進むといったこともある。だから、身体を鍛えれば精神機能が高まる、精神機能が高まると身体機能もそれに引きずられて上がっていくという、非常に密接な関係があるということが最近知られています。

社会的存在であり続けることが好影響をもたらす

もう一つ、最近私も非常に注目しているのが、身体的な障害があるうが、精神的な機能障害があるうが、人間は幾つになっても社会的な存在であるということです。家庭で家族の介護を受けながら生活をする最大の問題点は、周りが身内ばかりなため、自分を良く見せようという意欲を無くし、周りに依存的になってしまうということです。こういうところでは、精神も身体的機能も急速にダウンするのです。

ところが、私達の施設がお預かりし、例えば病気があってもご本人にきっちりと着替えさせ、化粧もし、そして男の人であればYシャツにネクタイ、靴もしっかり履くというようにしますと、自分を外に見せる格好になります。こういう場面では、人は自分を最大限に良く見せようという気になるのです。これが、非常に機能アップに役立つのです。例えば病院でコンサートをするとか、あるいは特別の食事をします。そういうときには、例えば車椅子で行くにしても、おしゃれをしてそこに行くだけで、痴呆があっても問題行動があるような人でも、すごくきちんとした行動がとれるようになります。身体的にも背筋がピンと伸びて、少々のことは何でも自分でやろうというような気になるといった現象も、ずいぶん出てきます。

要介護に至る時期を先延ばしするためには

開原：今まではケアが必要な高齢者を考えてきましたが、別にケアを必要としない高齢者もいらっしゃいます。そういう人達をできるだけケアの必要でない状態で長く過ごしていただいた方が、世の中の為に良く、それがまさに、これからの高齢化社会を乗り切る道ではないかと思えます。先生はどのようにお考えでしょうか。

大塚：現在65歳以上の人だけで2,300万人と言われてます。介護を必要とする人はその内の1割ちょっとぐらいでしょうか。4/5ぐらいの人は、自分で自分のことがきっちりできると考えた方がいいわけです。そうすると、この人達を長持ちさせるには、国や社会として、あるいは個人としてどうしたらいいかということです。

このために一番大事なのは、社会参加の機会を増やすことだと思うのです。男は「会社勤めが大変だ」とか「仕事がつらい」とか言いながらも、やはり仕事に関わっているときが一番元気だと思うのです。定年になり、組織との関わりを持たなくなってくると、ボケるしかないような人が結構たくさんいます。

企業は生産性を上げようとする、年寄りをいかに早く切るかということを検討するのですが、日本の場合、組織にもう少し長く関わられるような仕組みを構築するべきではないでしょうか。男が突然組織を離れて、社会参加しろと言っても、これは実際問題として無理ですよ。私達の病院でも、女性は入院されて30分もすると、完全に周りに溶け込んで、話もできれば、一緒に行動する相手ができる。ところが男性の場合は、何日経っても隣の人と話をしない。名刺交換をしないとその先の話が始まらない。

開原：人間個人でなく、肩書きを背負っていないと話ができない。

大塚：そこでうちの病院で最近始めたのが、特に男性が入ってこられたときに、必ず名刺を作り、そしてその名刺に“元 ”と、その人が最も誇りにする肩書きをお入れするという事です。話を始める前に、必ず名刺交換をするようにしています。特に男性はそういう点で難しいのです。女性の方が社会的な意味ですっと長持ちをする。このようにまず、男をいかに長く社会に関わらせるかという対策を最初にすべきだというのが一つです。

また、今の制度では、お年寄は何となく周りで支えなければだめだというように思いがちだという点に問題があります。病気になったとき、あるいは歳をとったときには、社会保障制度で見てくれるものだということで、却って依存心ができて、だんだん誇り失ってしまう。社会保障費が膨らんできついなどと言われると、何となく自分達は社会にとってのお荷物存在だと刷り込まれていく。歳をとればとるほど、逆に、依存心を起こさせないような仕組みにしていかなければいけないと思います。こうした視点に立って、社会保障制度を全部見直すべきだというのが私の持論です。

より長く社会で生活できるようなサービスが必要

開原：これから高齢者が社会で生活していくためには、今の住環境が悪いのではないかという感じもします。食事は自分で作れば作ってもいいけれども、作らなければ食堂に行き食べられるような、高齢者用の集合住宅が外国にはあると聞きます。

そういうものは、日本ではまだあまり無いのでしょうか。

大塚：日本は、高齢化の対策という点ですごく後進国だと思います。確かに介護を必要とするような状況になれば、それなりにどこか預かってくれるところがあります。しかしその前の、例えば料理が毎食作れなくなったり、掃除や洗濯が自分達だけではできなくなったという段階の時期が結構長いのです。そうした段階で、もう夫婦で施設に入ってしまう人が結構いて、それが施設に対する需要を増しているところがあるのです。ですから、日本は、介護が必要になる前の段階をサポートするサービスがもっとたくさんある社会になるべきでしょう。そうなれば、今の高齢化対策は、もっと形が変わったものになる。より長く社会で生活できる国になると思います。

青梅慶友病院の経営理念

開原：ここで、先生の病院の、患者さんに対するスタンスなど、経営的なお話をお聞かせ願えればと思うのですが。

大塚：まず1つ目として、最初に申し上げたように、とにかく自分の親を安心して預けられる施設を作りたいという、全く素人としての発想から始まっていること。2つ目は、今までどちらかという我々サービスを提供する側が極めて優位に立って「施し」のような感覚でやっていたものを、もう一度お客様との対等の立場に立った「サービス業」という視点から捉えなおしてやってみたいと思ったこと。3つ目は、日本ではみんな、歳をとって介護が必要な状態になったら、自分の家で家族に見てもらおうが一番と思っていますが、どうもそれは嘘ではないかという疑問を持ってまして、家庭で家族に見てもらいよりも、もっと居心地がいい豊かな最晩年を、我々の仕組みの中で作っていきたく思っていること。この3つを達成する為に、ずっと試行錯誤してきたというのが、病院の歴史です。

サービス業であると言ったとたんに、患者さんとそのご家族は我々のお客様そのものになる。自分達の持っているものを提供するだけでは不十分で、そこに工夫も工夫もして、お客様のニーズに全部応えていくということが大事になってくるのです。

例えば、病院の経営という点から言えば、入院期間が長くなれば経営的に不利だということで、老人病院でも、状態いかに

かわらず、時間がきたら退院をさせるということをやってきたわけですが、私どもは、一旦お預かりしたら、ずっといていただいているというのが一つのサービスであり、これがニーズだと捉えてやってきました。老人病院に連れて来るご家族は、程度の差こそあれ、みんな後ろめたさを持って来られる。この後ろめたさを払拭することができれば、きっとお互いに良い関係が生まれるだろうと思うのです。その為に、いろいろ工夫をするわけです。

また、普通「病院に預ける」と言ったら、検査や治療をして正常に戻し、家庭に戻してもらおうのがニーズだと思うけれども、実際は、医療による長生きよりも、人生の一番最後の部分を豊かに過ごしてもらおうということが、お客様のニーズであることもあります。そのように捉えなおすと、やることまるっきり違ってくる。

病院のスタンスとしてもう一つは、極めて労働集約型ですから、働く人達をどのように動機づけていくかということがあります。これによって生産性そのものが決まってくる。ですから、人事評価をはじめとする色々な仕組みを考えています。私どもの人材育成の目標は2つあります。1つは「外で高く売れる人材を作る」ことで、これが我々経営者の使命だと思います。もう1つは「働く人をハッピーにしないと、良いサービスなどできない」ということです。

開原：「外で高く売れる」とは、どういうことでしょうか。

大塚：自分達の組織の中だけでしか通用しない技術や知識であったり、人材であっては困るということです。しかし、人を育て、そして価値のある人に育ったとき、自分達の対応がその価値に合ったものにならないと、その人材は外に行ってしまう。だからそれなりの待遇も与え続けなければいけないということで、これは、経営体としての緊張を強いられるということになります。

その先の展開

開原：実は、大塚先生の理想をさらに追求する、青梅慶友病院の“その先”があるというお話も聞いているのですが。

大塚：今までは自分の親を預けられる施設を作りたいと思ってやってきましたが、今から3、4年前に私の母親がうちの病院に入り、その後、すごく元気になって、幸せに暮らしており、大体これで最初の目標は達成しました。これから先は、今度は私が身を預けられる施設を作りたい(笑)ということで、今、その為にどんな仕組みを作ったらいいかを一生懸命考えています。次の世代と同居することが、決して良いことだとは思いません。やはり同世代の人が一緒に暮らせば楽しいですよ、きっと。お互いにある程度痴呆も始まっていれば、共通の体験について、誰かがあどときはこうだったと話して、話し終わったとたんに忘れてしまって、また違う人が同じことを何度でもくり返して過ごせるわけですから。(笑)

開原：その時がなるべく早く来て、私も入れていただければと思います。(笑) 本日は大変ありがとうございました。

社会性を維持することが精神的・身体的機能アップにつながる。

ケアを必要としないでいられる状態をできるだけ長く保つことが、今後の高齢化社会の一つの対策。そのためには、社会参加の機会をできるだけ増やすこと。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。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。)

第9回(平成14年)ヘルスリサーチフォーラム内容

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

第9回ヘルスリサーチフォーラムへの出席と財団の事業活動への支援に対する感謝を述べた後、平成14年度の助成案件の応募状況・採択結果の概要を報告し、最後に今後の財団の活動に関する抱負を述べました。

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 専務理事 岡部 陽二氏

「我が国ではヘルスリサーチの研究体制が著しく立遅れており、この分野の研究助成団体はこの財団のほかに一つ存在するだけで、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の先見性に改めて敬意を表します。

私自身も日米の医療システムについての比較を、種々の切り口から試みていますが、その過程で気が付いたのは、あらゆるテーマについて、米国のデータは豊富に揃っているのに対し、わが国には客観的なデータがほとんど存在しないということです。研究者の皆様方のご苦勞お察しいたしますとともに、研究活動を通じて、このようなデータの蓄積も進めていただきたいものと念願しております。」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長 遠藤 明 氏

「これまでタンパク質は10万種類と言われ、人の遺伝子もタンパク質を規定するものとして、それと同じぐらいの種類があると予測されていました。しかしゲノムの解読が進んで、3万ないし4万種類ぐらいしか存在しないことがわかってきました。つまり、遺伝情報がタンパク質に伝えられていく過程の中で、他の様々な環境要因が付け加わって、疾病なり健康なりが作られていくということで、そのような不確実あるいは私達の知識の不完全さをベースにして、どうやって私達の行動に結び付けていくかということに関しては、まだまだ研究が必要なのではないかと感じています。

また、医療の分野では、昔は、人はとにかく長生きをすることが大切であるということに主眼が置かれていたものの、最近ではQOLという概念が急速に意識され始めました。このQOLという概念を入れると、人の命の価値がその人その人によって変わってきます。逆に言えば、価値観の多様化というものが政策決定の要素になったということです。

非常に科学技術の進歩が激しい中で、その科学技術をどうやって社会に適用していくのかという観点から、ファイザーヘルスリサーチ振興財団が行っている研究助成あるいは本日のようなフォーラムが、非常に重要な役割を持ちます。今後とも財団の活動により、高度技術の社会への適用という点で進展が見られることを期待しています。」と述べられました。

3 研究発表(印は平成12年度の国際共同研究助成による研究発表、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、印は平成13年度の日本人研究者海外派遣助成による研究発表、無印は平成14年度一般公募演題)

テーマ：医療の質 座長 学校法人 新潟総合学院国際政策科学総合研究所長 国際メディカルテクノロジー専門学校長 小野寺 伸夫

21世紀に活躍する公衆衛生従事者の資質の向上方策に関する国際比較研究

国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長 平野 かよ子

わが国における公衆衛生従事者への教育研修方法に資する目的で、モンゴル、フィリピン、ネパールの大学レ

ベルの公衆衛生従事者への基礎教育及び卒業後教育内容とオーストラリアで公衆衛生修士課程のカリキュラムに関するプロジェクトについて事例調査を実施した。また、平成13年度の国立公衆衛生院の教育研修プログラム等に参加した10ヶ国の教育関係者・公衆衛生行政官に対してアンケート調査を行った。

結果、それぞれの国の医療制度や医療レベルに相違はあっても、公衆衛生従事者の資質の向上には、教育・研修理念および到達目標を明確にすることの重要性が示唆された。

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

日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門 助教授 梅里 良正

医療における質と効率の評価手法の開発を目的とし、まず、診断群分類（以下JDRG）を用いて在院日数、医療費の施設間、施設内のバラツキを分析し、つぎに、JDRGをさらに重症度で細分した患者群において、同様の分析を行った。医療の質に関しては、胆石症・腹腔鏡下手術について、術後合併症の発生状況および手術途中において開腹手術に移行した割合を調査した。

この結果、医療の質と効率の評価においては、評価対象とする患者群の臨床的な均質性は極めて重要であり、患者重症度の考慮は必須であると考えられた。

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

東洋英和女学院大学国際社会学部国際社会学科 専任講師 野口 晴子

日米両国のハイテク医療施設における治療の質を計測し比較する目的で、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（CCP）と1995年1月～12月にかけて名古屋大学医学研究科のフィールドで10施設から抽出された急性心筋梗塞症の入院患者371人を含むレトロスペクティブ・データを用い、心カテを基点とする治療法をハイテク技術とし、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、パイバリエット・プロビット法を用いて解析を行った。

結果、日米両国においてハイテク治療は患者のクオリティー・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。

不適切な薬剤処方と関連する医師特性

宮崎医科大学医学部公衆衛生学講座 講師 今井 博久

M.Beersの薬剤処方の基準（常時避けるべき薬剤、超えてはならない用量、服用回数/期間の薬剤、特定の臨床状態の患者に使用すべきではない薬剤）を採用して、高齢者患者に対する不適切な薬剤処方と医師特性との関連性を明らかにする。米国ジョージア州最大のHMOのデータベースを用い、処方患者は2,035名とした。次にBeersの基準に照らし合わせ、不適切な処方をした医師307名、しない医師700名を同定し、医師特性（個人特性、職業特性、診療特性）に関して検討した。

結果、不適切な処方をした一般医師は、それをしなかった医師と比較して、過去10年間に医学論文の出版がより少なく、診療形式が個人診療であるなどの相違点があった。

テーマ：医療経済

座長 一橋大学大学院経済学研究科 教授 鶴田 忠彦

インターネットによる患者・消費者への保健医療サービス提供（インターネットメディシン）に関する国際比較研究

財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究部長 坂巻 弘之

本研究ではe-Health（WEBサイトを利用した保健医療サービスの提供）のうち消費者とのコミュニケーションを目的にWEB上で情報提供を行うものを「インターネットメディシン」と呼ぶこととし、米国のe-visit（受診）e-prescribing（処方）e-disease management（疾病管理）の3分野を取り上げ、これらの最近の動向と課題（セキュリティ、情報の質、コスト）に対する米国における対応を報告する。

情報技術の進展は著しく、消費者と医療提供者間のコミュニケーション手段はインターネットにとどまらず広がりをみせている。90年代後半に米国で誕生したe-Health企業は消滅したものが多く、ビジネスとしての可能性については今後の検討課題であると考えられるが、今後とも継続した調査研究が必要な領域である。

発展途上国の母子保健医療における包括的料金支払制度を考慮した病院運営試案

聖マリアンナ医科大学産婦人科学教室 教授 石塚 文平

発展途上国における医療サービスは無料診療が基本とされてきたが、「患者医療費負担制度」を導入し、独立した病院運営を行う試みが行われている。本研究は医療の質の保持と恒久的な病院運営を行うための患者医療費負担制度の試案を作成することを目的とし、カンボジア国立母子保健センターにおいて、病院の収支に関する情報と診療記録により、その内容と必要経費を試算し検討した。その結果、患者医療費負担制度を導入す

ることにより、会計上の病院運営は良好であったが、現行の患者数に対する出来高給与制は、医療の質に負の要因となっており、今後は診療グループ毎の標準診療ガイドラインを設定し、治療・介護の目標達成度に対する報酬制に切り替えることの必要性が示唆された。

C型慢性肝炎におけるインターフェロン療法下の肝癌スクリーニングの費用効果分析

山口大学医学部附属病院医療情報部 講師 石田 博

肝癌の80%はC型肝炎ウイルス感染を背景としており、我国ではC型肝炎患者に対し、インターフェロン療法(IFN)とともにスクリーニング(SCR)が行われている。しかし欧米では、その予後に対する効果が実証されていないため、積極的なSCRは推奨されていない。そこで、IFN治療導入後のC型肝炎患者における肝癌SCRの費用効果分析を行った。IFN治療がなされた慢性肝炎患者において、SCRは生涯医療費を高める大きな要因であり、費用効果的に優れているとは言えなかったが、5年生存率が改善することで、IFN治療下であってもSCRの費用効果は改善する可能性が示唆された。

出生前診断治療の発展導入がもたらす小児医療経済上の影響：日米の胎児外科医療からみた比較研究

国立成育医療センター特殊診療部 部長 千葉 敏雄

胎児期の外科治療は、いまだに実験医学的側面の強い医療技術であり、この新しい医療の経済学的評価は、従来の標準的な出産後医療に対して如何なる経済的影響をもたらすかという観点で行うことが適切である。脊髄髄膜瘤(MMC)患児は出生時より多くの身体的困難を有し、それに対する長期的ケアに莫大な支出を要するため、これを検討対象疾患とした。1998年頃に米国で始まったMMCに対する胎児手術は、次第に成績が安定してきており、出生後の治療に対して明かな効果が報告されるようになってきている。MMC胎児手術は医療経済的にみて、既にその有用性が明かになりつつあるとも言える。我国においてMMC治療開始時期の早期化が、現行の診療報酬体系の中でどのような効果をもたらすか検討を試みた。

4

第11回(平成14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

平成14年度の国際共同研究の採択14件を簡単に説明し、特に「国際共同研究についての全体的な印象は、実証的な研究が多くなってきたということです。しかし、実証的な研究をしようとする、問題になってくるのが日本ではデータが得にくいということで、これからのヘルスリサーチ発展の為に、客観的なデータをいかに整備していくかということが、一番大事なのではないかと考えます」と述べました。

平成14年度研究助成案件は本誌P14～15をご覧ください。

応募 (単位: 件)

	第11回		第10回	
	件数	金額	件数	金額
国際共同研究	88	112		
海外派遣	43	50		
短期国内招聘	7	11		
中期国内招聘	0	3		
計	138	176		

採択 (単位: 千円)

	第11回		第10回	
	件数	金額	件数	金額
国際共同研究	14	63,007	12	56,033
海外派遣	11	20,950	12	19,995
短期国内招聘	4	4,000	4	4,000
中期国内招聘	0	0	1	2,500
計	29	87,957	29	82,528

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

The German Health Insurance System : Competition, Reform & Implications for Japan

Professor of Public Economics at the University of Konstanz, Germany Friedrich Breyer

まず、ドイツの医療保険制度の原則は何かということをご概観し、日本との比較が可能になるようないくつかの重要な統計数字が示されるとともに、より詳細にドイツの疾病金庫間の競争が説明される。次に、ドイツにおける医療制度改革が近年どのように行われ、今後どのような改革が必要と思われるかが述べられ、最後に、こうしたドイツの事例によって、同国と類似性が高いと言われている日本で、どのような教訓が得られるかについて言及する。

ここでは「競争」と「選択」の必要性が強調される。つまり、医療保険の効率化のためには、医療機関間の競争の促進、民間医療保険における競争の促進、政府による直接介入の縮小が必要であり、長期的な財源問題に関しては基礎給付内容の決定方法の開発と、追加給付に対する医療消費者の選択の拡大が重要であるとす。



研究発表 (印は平成12年度の国際共同研究助成による研究発表、 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、 印は平成13年度の日本人研究者海外派遣助成による研究発表、 無印は平成14年度一般公募演題)

テーマ：医療安全

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

CDC に学ぶ事故防止の科学・技術

国立保健医療科学院生涯保健部 研究生 内山有子

米国疾病対策予防センター (CDC) 内、国立事故防止センター (NCIPC) を訪問し、日米の小児の事故の現状、事故防止啓発活動、事故データの収集・分析方法、また、これからの日本に必要とされる事故防止策を学んだ。アメリカでは長期に渡り事故防止の研究が行われており、その結果を用いて事故防止策を数多く考案している。また、さまざまな領域の専門家が事故防止策を検討し、事故防止活動に従事しており、多くの事故防止プログラムも作成されている。学校でも授業で事故防止をとりあげ、啓発を行っている。

医療・福祉工学との連携によるヒューマン・テクノロジー・デザインの構築 - 豊かな QOL の向上を目指して -

九州共立大学大学院 教授、総合研究所長 藤井 邦夫

21世紀は、少子・高齢化社会の到来による教育・福祉関係の方策が重要な課題となるであろう。21世紀型の双方向性社会構造への質の変革には、人間と技術の融合 (ヒューマン・テクノロジー) を目的とした新しい技術概念が必要である。この概念の構築に当たっては、医療機関、福祉関係機関、工学系研究者の連携が必要である。ヒューマン・テクノロジー・デザインの具体的な項目は、1. 医療と工学との連携、2. 高齢化・福祉社会に対する技術的な連携、3. 人間介在型省エネルギー対策、4. 豊かさの定義、5. バリアフリーと技術的な関係、である。

日本及び先進国における病院防災体制の比較研究

- NBC 災害における医療対策の現状と今後の方向性に焦点を当てて -

国立病院東京災害医療センター臨床研究部病態蘇生研究室長 原口 義座

本研究では、欧米先進国におけるNBC (Nuclear, biological and chemical) 災害時の医療対応 (準備・考え方) を比較検討し、我国の医療対応体制の方向性を模索し、国際的システムの確立を目標とした。基本的な研究デザインは、1) 現状を可及的に客観的に観察する、2) その是非・問題点の評価を総合的、かつ第三者的視点で行う、3) 最終的になすべき方向を提示する、とした。その結果、我国においては、レベル別の対応施設の決定、医療従事者、医療施設に対するNBC災害の教育・訓練・研修、一般人に対する啓蒙、が必要とされる。

災害と小児精神保健 - 日本と台湾における災害後の精神的問題への対応に関する比較文化的研究 -

神戸市看護大学保健看護学講座 教授 植本 雅治

本研究では、日本における阪神淡路大震災、台湾における1999年大震災が、我国を含め東アジア諸国での児童の精神保健に関する知識や関心に与えた影響を検証し、それぞれの国においてどのような対応が効果的であったかを明らかにする。神戸市、埔里 (台湾) で聞き取り調査、質問紙法による調査、半構造的面接を行った。結果、質問紙法では両国とも半数以上の教員が災害後、児童の精神保健に対する見方が変化したことを認めたが、その知識はPTSDとその関連に限られていることが示された。面接では両国とも約半数が、精神保健に対する考え方が変化したとし、そのうちの日本40%、台湾37.1%が災害の影響に限らず、精神保健全般への関心が高まったことをうかがわせる回答をしている。その他、有効であったと考えられる対応などは、文化差や社会状況の影響が示唆された。

テーマ：医療制度

座長 日本大学大学院薬学研究科 客員教授 北澤 式文

人体由来試料を医学研究等に使用する際の社会的・倫理的問題についての研究

東海大学法学部 教授 宇都木 伸

人体由来試料の利用価値は急増しつつある。しかし、わが国では、その試料の採取、保存、移動に関する法的・倫理的規範の根拠となるべき法律がほとんどなく、手続き不十分なまま採取・利用されている。報告においては、法的・倫理的状况の明確化に対する、米、仏、独等のそれぞれの動向の概要を紹介し、英国で1999年に発覚した大規模な臓器・組織の不適正な採取・保管問題と、これに対する対応を紹介する。そして、これらの資料から、わが国の学ぶべき点を提示する。

福祉再建の比較制度論的研究 - イタリア・日本・イギリス・アメリカの医療改革

早稲田大学政治経済学部 教授 眞柄 秀子

今日すべての先進諸国は医療支出削減という不人気の改革を遂行しようとし、この改革に成功した国と、そうでない国がある。医療改革の展開の相違はそれぞれの国の制度と利益の相互作用によって説明されるという前提で、総じて豊かではあるが医療改革の成功度が異なるイタリア、日本、イギリス、アメリカの事例を分析した。その結果、医療改革を行うための倫理的であると同時に現実的でもある方法として、「持続可能な」医療システ

ムに向けた民主的交渉を通じた改革を提案する。

コンポジット・インディケータ手法の病院評価への応用
- 英国 NHS 病院データによるデータエンベロップ分析との比較 -

国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所 助教授 河口 洋行

組織の経済効率性を測定するコンポジット・インディケータ手法 (CIM) と組織の技術的効率性を測定するデータ・エンベロップ分析 (DEA) を用い、英国ナショナル・ヘルス・サービス制度における国立病院データより5種類のデータセットを引用し、経済効率性の推定を行い、CIMの病院評価手法としての適合性を検討した結果、適切であることが確認された。更に、CIMはDEAに比してデータセットの違いによるロバストネスにおいて優れた点があるが、各指標の相対ウエイトの推定方法に不確実性を伴うとの問題点があることが示唆された。

包括評価の適正化に求められる人的医療資源の評価手法の開発に関する研究
~ 診断群分類と看護度による看護マンパワーの実体 ~

鹿児島大学医学部保健学科地域看護・看護情報学講座 助教授 宇都 由美子

わが国では、医療制度改革が急速に進められてようとしており、その1つが特定機能病院への包括評価導入である。本院では1984年より総合的な病院情報システム (HIS) を構築し、87年からは看護情報のシステム化にも取り組んでいる。また、98年からは蓄積したデータをもとに、病院データウェアハウス (DWH) を開発し病院経営改善を推進している。今回の包括評価導入に際しても、これらのデータの活用が極めて有効であった。また、看護度データを利用して、同一の診断群分類で看護ケア量がどのような条件に影響を受け、どのような差異が生じるか分析してきた。わが国で包括化の適正な仕組みを早期に形成する上で、IT化や人的資源の指標となる客観的データの活用は不可欠であると考えられる。

テーマ：高齢者医療

座長 宮城大学副学長 兼 大学院看護学研究科長 湯澤 布矢子

米国高齢者長期ケア施設の失禁ケア管理システムに日本は何を学ぶか。 - Prompted Voiding 導入の研究軌跡、失禁ケア管理の実際と障壁に関する山形県・ミネソタ州施設調査の比較から -

山形大学医学部看護学科臨床看護学講座 教授 佐藤 和佳子

本研究では、高齢者の自立とQOLに深刻な影響をもたらす尿失禁 (UI) について、1) 高齢者長期ケア施設において、特にPrompted Voiding (排尿自覚刺激行動療法) の導入に関する研究軌跡から米国の課題を明らかにし、2) ミネソタ州ミネアポリス市と山形県の高齢者長期ケア施設を対象に、ケアワーカー、看護職、看護管理職による失禁ケア管理の実際と障壁について実態調査を行い、相違点・類似点について詳細に比較検討した。

医療ジャーナリストが評価する高齢社会を支えるヘルスケアネットワーク
- 日・米・英・豪の痴呆ケアネットワーク調査比較

医療ジャーナリスト懇話会幹事・(株)日本医事新報社情報広告課 室長 野沢 俊一

痴呆患者を支えるケアネットワークを先進国でどのように構築しているか、アメリカ、イギリス、オーストラリア、日本を対象に比較実地調査を行った。この4か国に共通にみられることは、(1) 痴呆患者を支える全国規模の民間団体がある、(2) 団体の活動資金は補助金や寄付金などで賄われているが、潤沢ではなく財政的問題を抱えている、(3) 幅広く国民や企業から寄付を得るために様々な努力をしている、(4) 痴呆患者を支える情報サービスの構築を図っていることであった。研究を通じて、痴呆患者を支える民間団体への寄付に対する免税措置の拡大や電話・インターネットを活用した情報サービスの構築が急務であることが明らかになった。

高齢者の健康とQOLに関する包括的疫学研究

- ライフサイクルからみた疫学的エビデンスとそのデータベース構築に関する国際共同研究 -

北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻予防医学講座老年保健医学分野 教授 玉城 英彦

高齢者の健康を考えるに当たって、全生涯の社会環境を最大公約数的に考慮するライフコースのアプローチが不可欠である。本研究は、全生涯におけるそれぞれの事象とその後の高齢者の健康およびQOLに関する疫学的エビデンスを系統的に調査し、グローバルなデータベースを構築して、これからの総合的な老年保健医学対策に資することを目的とする。この共同研究では、疫学、公衆衛生学、予防医学、国際保健に関する講義に、本研究課題である「高齢者の健康とQOL」の疫学データを追加したインターネット上のレクチャーバンク [データバンク] を構築している。この新しいアプローチは高齢者の健康とQOLに関する情報などの共有、交換のためのプラットフォームおよびツールとして、重要性が認識されてきている。

第11回(平成14年度)助成案件 採択一覧表

平成14年度 国際共同研究採択者

(順不同・敬称略)

小泉 俊三(こいずみ しゅんぞう)

佐賀医科大学附属病院 総合診療部 教授
 研究テーマ 医療および医療機関の質評価と質改善における患者(満足度)調査の活用に関する研究
 共同研究者 阿部 俊子 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究所 助教授
 共同研究者 公文 敦 財団法人 医療情報システム開発センター 研究開発部 研究開発二課 課長
 助成金額 3,800,000円 本研究期間 13.9.1 ~ 15.3.31

牧本 清子(まきもと きよこ)

大阪大学医学部 保健学科 教授
 研究テーマ 英語版と日本語版の院内感染アウトブレイク調査データベースの開発
 共同研究者 関川 暁 Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Assistant Professor of Epidemiology
 共同研究者 芦田 信之 大阪大学医学部 保健学科 助教授
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.7.31

福井 次矢(ふくい つぐや)

京都大学大学院医学研究科 臨床疫学 教授
 研究テーマ 入院患者における処方エラーと薬剤による有害事象の頻度ならびにその対策に関する日米比較研究
 共同研究者 David W. Bates Division of General Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Chief and Associate Professor of Medicine
 共同研究者 森本 剛 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
 助成金額 3,800,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

尾藤 誠司(びとう せいじ)

国立病院東京医療センター 総合診療科/臨床研究部 厚生労働技官(医1)
 研究テーマ 医師の仕事満足度および職場環境と医療過誤、患者満足との関連に関する国際比較研究
 共同研究者 Mark Linzer Department of General Internal Medicine, University of Wisconsin School of Medicine, Professor
 共同研究者 Mark Schwartz Department of General Internal Medicine, New York University, Assistant Professor
 助成金額 4,328,000円 本研究期間 14.10 ~ 16.10

瀬上 清貴(せがみ きよたか)

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部 部長
 研究テーマ わが国の都道府県別、韓国では道別、及び米国においては人種別かつ州別に見た年齢階級特異的死亡率の地域間分布特性の検討、また、その分布特性に基づき算定された達成可能な「期待」死亡率曲線と削減目標死亡率(SALT)の検証、及び介入施策(健康施策、新治療法)導入によるOutcomeに対するSALT関連指標を用いた評価法の確立の試み
 共同研究者 Akira Sekikawa Department of Epidemiology, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Assistant Professor of Epidemiology
 共同研究者 Byeon Gae Kwan Korean Institute for Health and Social Affairs / Center of Policy Development for the Elderly and the Disabled, Chief of the policy development center for the disabled and elderly
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

白神 誠(しらがみ まこと)

日本大学薬学部 薬事管理研究室 教授
 研究テーマ 医薬分業の経済性評価に関する研究: 経済性評価を通じた日韓における医薬分業に対する消費者の評価
 共同研究者 Bong-min Yang School of Public Health, Seoul National University, Professor
 共同研究者 亀井 美和子 日本大学薬学部 専任講師
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

大矢 幸弘(おおや ゆきひろ)

国立成育医療センター 第一専門診療部アレルギー科 医長
 研究テーマ 患者向け医療情報の信頼性の評価に関する国際研究 - DISCERN日本語版の開発とアトピー情報の評価および国際比較 -
 共同研究者 Hywel C. Williams Centre of Evidence-Based Dermatology, Queen's Medical Centre, University of Nottingham, Professor
 共同研究者 Jonathan Mark Batchelor 国立成育医療センター アレルギー科 研究員
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

田村 俊世(たむら としよ)

国立療養所中部病院 長寿医療研究センター老人支援機器開発部 部長
 研究テーマ スウェーデンと日本における医療保険サービスに関する情報機器の普及に関する研究
 共同研究者 Ewa Stalldal Vardal Foundation, Executive Director
 共同研究者 樋口 徹 国際医療福祉大学医療経営管理学科 講師
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

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 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
 共同研究者 岩田 太 上智大学法学部 助教授
 助成金額 2,804,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

森山 美知子(もりやま みちこ)

広島大学医学部 保健学科看護学専攻臨床看護学講座 教授
 研究テーマ 糖尿病の疾病管理におけるアセスメントアルゴリズムと介入プログラムの開発: 日米比較研究
 共同研究者 Gregg Mayer Gregg L. Mayer & Company, Inc., President
 共同研究者 速水 廉紀 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 研究員
 助成金額 4,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

平井 愛山(ひらい あいざん)

千葉県立東金病院 院長
 研究テーマ 性差に基づく医療(Gender-specific Medicine)を担う人材の育成システムに関する日米比較研究
 共同研究者 龍野 一郎 千葉大学大学院医学研究院細胞治療学 講師
 共同研究者 William F. Hickey Dartmouth Medical School, Professor of Pathology, Senior Associate Dean
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

渋谷 健司(しぶや けんじ)

帝京大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 講師
 研究テーマ わが国におけるC型肝炎スクリーニングの費用-効果分析とC型肝炎発生率と死亡率の将来予測モデルに関する研究
 共同研究者 Gary King ハーバード大学・基礎社会学研究センター 教授
 共同研究者 矢野 栄二 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室 教授
 助成金額 4,326,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

原口 義座(はらぐち よしくら)

国立病院東京災害医療センター 臨床研究部 病態学研究室長
 研究テーマ 日本及び先進国における病院防災体制の比較研究 - NBC災害における医療対策の現状と今後の方向性に焦点をあてて
 共同研究者 Henry J. Siegelson Atlanta University, Associate Professor
 共同研究者 Sten Lennquist Department of Surgery, University Hospital, Linkoping, Professor and Chairman
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

広瀬 たい子(ひろせ たいこ)

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所総合保健看護学専攻小児・家族発達看護学 教授
 研究テーマ 育児支援サービスの質の確保と制度に関する日米比較研究 - 乳児の心身の発達と、虐待予防のための母親支援サービスの種類と提供方法に関する日米比較研究 -
 共同研究者 Kathryn Barnard ワシントン大学看護学部 教授
 共同研究者 Rebecca Kang ワシントン大学看護学部 準教授
 助成金額 4,949,000円 本研究期間 14.11.1 ~ 15.10.31

合計 件数 14件 金額 63,007,000円

平成14年度 日本人研究者海外派遣採択者

福水 道郎(ふくみず みちお)

国立精神・神経センター武蔵病院 小児神経科 医師
 派遣目的 睡眠障害を持つ子供と家族に対する健康管理と治療についての
 日米比較に関する国際共同研究
 受入機関 Department of Psychology/Eastern Maine Medical Center,
 University of Maine
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 15.4.1 ~ 15.9.30

中野 満里子(なかの まりこ)

九州大学大学院人文科学研究所 哲学研究科(倫理学研究室) 助教授
 派遣目的 海外におけるヘルスリサーチの研究活動への参加
 受入機関 University of California, Los Angeles
 助成金額 1,150,000円 派遣期間 15.7.20 ~ 15.10.31

廣瀬 昌博(ひろせ まさひろ)

京都大学医学部附属病院 安全管理室 室長・助手
 派遣目的 退役軍人健康管理(VHA) 国立患者安全センター(NCPS)は、
 患者安全システムを確立し、全米172VA病院で実施されている。
 そのシステムの概念から実際までをわが国の大学病院に適用可能
 なプログラムを考案する。
 受入機関 Veterans Health Administration National Center for Patient
 Safety
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 15.3.1 ~ 15.5.31

平 憲二(ひら けんじ)

京都大学医学部附属病院 総合診療部/臨床疫学 研究員(テキサス大学ヒューストン校健康情報大学院)
 派遣目的 終末期患者の余命予測方法の妥当性を検証するための多施設共
 用型データベースの開発
 受入機関 School of Health Information Sciences, The University of
 Texas Houston Health Science Center
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 14.11.1 ~ 15.3.31

田中 敏明(たなか としあき)

札幌医科大学保健医療学部 理学療法学科 助教授
 派遣目的 高齢者・障害者の転倒防止用福祉機器開発研究と機器活用に関す
 る実態調査
 受入機関 Laboratory for Biomechanics and Human Rehabilitation,
 Massachusetts Institute of Technology
 助成金額 1,800,000円 派遣期間 15.7.1 ~ 15.10.31

中島 孝子(なかしま たかこ)

流通科学大学サービス産業学部 医療・福祉サービス学科 専任講師
 派遣目的 医療貯蓄口座制度と医療保険制度の比較分析
 受入機関 University of California, Los Angeles, Department of
 Economics
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 15.4.1 ~ 15.8.31

河野 あゆみ(こうの あゆみ)

東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究所・地域保健看護学分野 講師
 派遣目的 地域虚弱高齢者における寝たきり予防のための家庭訪問ケアプロ
 グラムの開発
 受入機関 University of California, Los Angeles, School of Medicine
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 14.11.1 ~ 15.4.30

小山 由美(こやま ゆみ)

日本大学薬学部 臨床薬理学研究室 助手
 派遣目的 米国の臨床薬剤師教育とその生涯研修教育の承認と評価の研究
 受入機関 The American Council on Pharmaceutical Education
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 15.5.1 ~ 15.10.31

武田 留美子(たけだ るみこ)

広島大学大学院社会科学部 国際社会論専攻 派遣研究室大学院博士課程後期 院生
 派遣目的 英国における医療・福祉サービス提供者と購入者の分離
 (準市場化)とサービス利用調整、品質の確保対策の動向と実態
 受入機関 University of Leicester/School of Social Work
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 15.5.1 ~ 15.7.31

三木 裕子(みき ゆうこ)

東京大学医学部 小児科 助手
 派遣目的 カナダにおける1型糖尿病患児のメンタルケアおよびQOLについ
 て調査し、我が国と比較する。
 受入機関 Division of Endocrinology, The Hospital for Sick Children
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 15.2.1 ~ 15.7.31

矢口 有乃(やくち ありの)

東京女子医科大学 救急医学教室 講師
 派遣目的 EU(欧州連合)における救急医療、高額医療に対する保険医療制
 度および社会保障制度について本邦との国際比較
 受入機関 Universite Libre de Bruxelles, Hopital Erasme
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 14.12.1 ~ 15.5.31

合 計 件数 11件 金額 20,950,000円

平成14年度 外国人短期招聘採択者

開原 久代(かいばら ひさよ)

東京都児童相談センター 技術次長
 招聘目的 1.保健・医療領域における女性のキャリアのバリア克服の進歩と
 問題を、データと経験にもとづいて報告してもらい、日本の現状
 と米国の比較研究を行う。2.医学教育の中で「医療と人権」に
 関する講義の必要性和「戦争と子供の問題」も協議課題。
 招聘者氏名 Carola Eisenberg
 Harvard Medical School 社会学講師
 受入機関 医療情報システム開発センター
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 14.11.1 ~ 14.11.15

太田 久彦(おた ひさひこ)

日本医科大学 医療管理学教室 講師
 招聘目的 わが国のリハビリテーション病院におけるCARFサーベイの実践
 とCARFの活動に関する教育講演
 招聘者氏名 Christine MacDonell
 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities,
 Managing Director
 受入機関 日本医科大学
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 15.6.16 ~ 15.6.21

丸井 英二(まるい えいじ)

順天堂大学医学部 公衆衛生学教室 教授
 招聘目的 アレルギー表示の国際比較
 患者及び消費者団体との交流による情報交換
 招聘者氏名 Anne Furlong
 The Food Allergy & Anaphylaxis Network 代表
 受入機関 順天堂大学
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 15.4 ~ 15.5

木村 真理子(きむら まりこ)

関西学院大学社会学部 教授
 招聘目的 本共同研究の目的は精神保健医療制度・政策へのリカヴァリ(回
 復)促進モデル導入の方法を開発することにある。北米で推進さ
 れている制度・政策における同モデル導入過程を、経済効率、利
 用者の満足度、専門家の技術の観点から研究する。
 招聘者氏名 David LeCount
 Dane County Dept. of Human Services 精神保健コーディネーター
 受入機関 関西学院大学社会学部
 助成金額 1,000,000円 招聘期間 15.9.14 ~ 15.10.14

合 計 件数 4件 金額 4,000,000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。

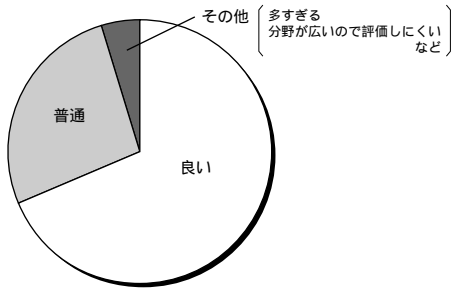
こうした趣旨をより多くの方々にご理解をいただき、当財団へのご寄付について格別のご高配を賜
 りますようお願いいたします。なお当財団は厚生労働省の「特定公益増進法人」に認定されております
 ので、寄付金については一定の免税措置が講じられます。

詳細は当財団事務局(電話:03-3344-7552)までお問い合わせくださるか、又は、別紙寄付資料請
 求用紙を当財団宛にFAXくださるようお願いいたします。

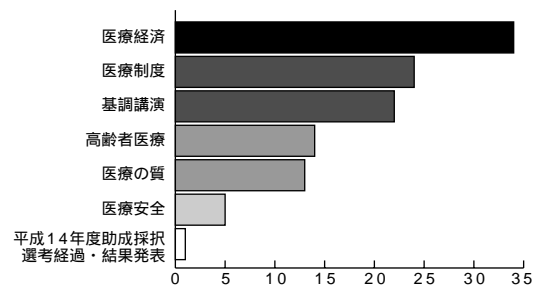
アンケート結果報告

第9回ヘルスリサーチフォーラムの会場で、内容に関するアンケートを行いました。
回答数は67件で、結果は以下の通りでした。

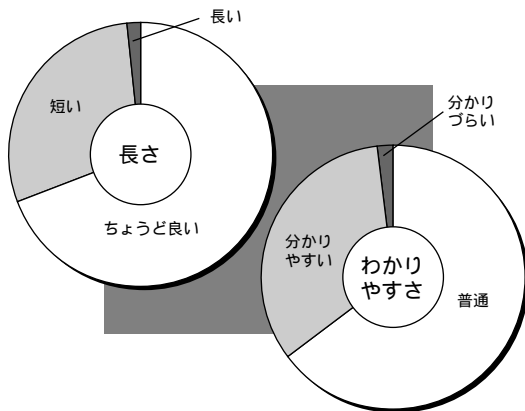
Q1 今回のフォーラムのプログラム内容全般についていかが思われますか？



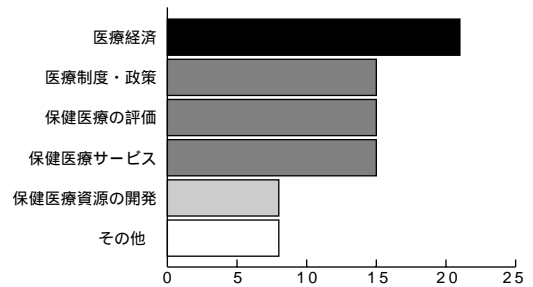
Q2 今回のプログラムで最もご興味のあるセッションはどれですか？(3つまで選択)



Q3 各演題の発表について

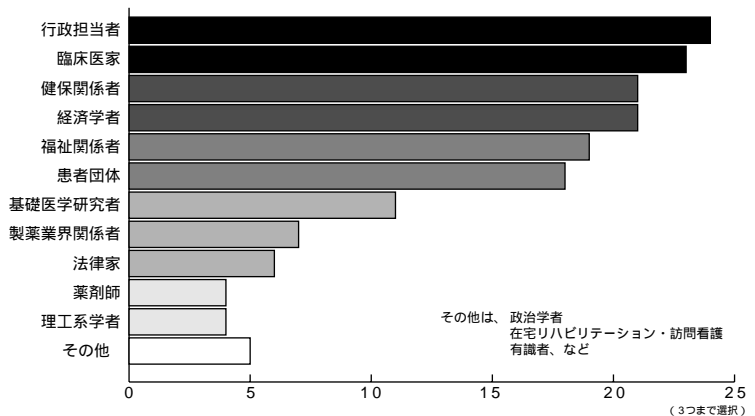
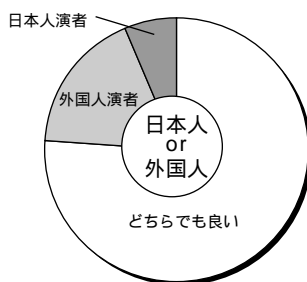


Q4 今後このフォーラムで取り上げる領域はどれを望みますか？



その他は、代替・補充医療、途上国支援の問題点、国際保健医療比較、超高齢社会における保健意識について、保健医療教育に関する領域、医療と福祉間の関係性に関する領域、医療・医学教育とNGO(NPO)の役割、など

Q5 今後の基調講演の演者として望まれるのは？



その他は、政治学者、在宅リハビリテーション・訪問看護有識者、など

このアンケート結果を参考にし、今後ますます充実したヘルスリサーチフォーラムにしていきたいと思っております。ご協力ありがとうございました。