

## ヘルスリサーチニュース

目次

第12回(平成15年度)研究助成案件等募集のご案内(p1) / 対談「ヘルスリサーチを語る - 第5回 - 」バイオエシックスの視点から見た日本の医療(対談相手:木村利人先生)(p2) / 平成15年度は予算倍増。事業内容を大幅に拡充(p9) / ヘルスリサーチフォーラム10周年記念出版計画 順調に進展(p10) / 平成15年度事業計画(p11) / 研究等助成受領成果報告 - 国際共同研究助成2編 / 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(p13) / 日米共同研究:医療をめぐる情報と倫理と法(p15) / 第10回ヘルスリサーチフォーラム一般演題募集のご案内(p16)

### 第12回(平成15年度)研究助成案件等募集のご案内

第12回研究助成案件等の募集を下記の通り行いますので、ご案内申し上げます。

詳細につきましては、各大学、研究機関などに送付しております募集案内書、案内ポスター、や募集広告をご覧ください。

**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

**応募期間:**  
平成15年4月～平成15年7月18日  
(当日消印有効)

**応募規定:**

1. 国際共同研究助成
  - (新規)国際共同研究(A)(原則として2年間) 1件 1,000万円以内 2件程度
  - 国際共同研究(B)(原則として1年間) 1件 500万円以内 17件程度
2. 海外派遣助成  
(2～6ヶ月程度) 1件 200万円以内 10件程度
3. 外国人研究者招聘助成
  - A. 短期招聘(1ヶ月程度) 1件 100万円以内 5件程度
  - B. 中期招聘(6ヶ月程度) 1件 250万円以内 2件程度
4. 若手研究者育成助成
  - (新規)A. 海外留学(1年以上) 1件 400万円以内 10件程度  
(但し年齢制限40歳以下)
  - (新規)B. 国内共同研究(原則として1年間) 1件 300万円以内 5件程度  
(但し年齢制限40歳以下)

**助成決定:**

平成15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は直接入力できません。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、ホームページをご覧ください。

### 研究領域と例示

ヘルスリサーチとは 【 医学の成果の評価やそれを人々に効率的に適用する調査・研究をいいます。本財団は国際的視点からのヘルスリサーチの研究を助成すると共に若手研究者の育成を助成します。 】

#### 1 制度・政策に関する研究

医療・介護サービスの質の確保に関する制度の研究  
法・生命倫理と医療サービスの研究  
医療保険制度・介護保険制度の研究  
薬価・薬事制度の研究 など

#### 2 医療経済に関する研究

Pharmaco Economicsの研究  
医療における費用対効果の研究  
医療における技術革新の経済評価の研究  
患者の受診行動の研究 など

#### 3 保健医療の評価に関する研究

医療の質とEBMの適用の研究  
文化・制度の違いによる疾患治療の相違の国際比較研究  
保健医療のOutcomeの研究  
医療福祉経営における品質管理手法の研究 など

#### 4 保健医療サービスに関する研究

患者・家族の精神的ケアの研究  
保健医療サービスにおける患者の満足度とその要因の研究  
在宅医療を含む医療施設の機能評価の研究  
情報化社会の医療に及ぼす影響の研究  
医療経営に関する研究 など

#### 5 保健医療資源の開発に関する研究

開発途上国における保健・医療資源開発の研究  
ヘルスマンパワーの研究  
ゲノム開発等のイノベーションと  
新薬開発コストに関する諸問題の研究  
新薬開発のグローバル化と  
保健医療に関する国際比較研究  
医療と知的財産権に関する研究 など

\*お問い合わせは ..... 〒163-0461 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル  
財団法人 ファイザー - ヘルスリサーチ振興財団 事務局  
電話: 03-3344-7552 FAX: 03-3344-4712

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

## ヘルスリサーチを語る

## 第5回

## バイオエシックスの視点から見た日本の医療

木村 利人 (きむら りひと)

早稲田大学教授 (人間科学部・バイオエシックス担当)  
早稲田大学・国際バイオエシックス・バイオ法研究所長

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

医療を始めとする科学技術の発展は、個人の生命・生活の価値判断や倫理的な決断へ大きな影響を与えています。遺伝子組み替え、ヒト・ゲノム解析、遺伝子治療、脳死、臓器移植、患者と医師の関係、末期のケアと看護、臨床治験などの問題とその解決を生命倫理的側面から研究するバイオエシックスは、ヘルスリサーチと研究領域を一にする部分が多いと思われます。従って今回の対談は、本邦におけるバイオエシックスの草分け的存在でいらっしゃる木村 利人先生にお願いしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：個人的な話になりますが、私が初めて先生にお目にかかったのは、20年くらい前にワシントンででした。あの時は先生から全く新しい分野の話をうかがって、大変感激をしたのを、今でも覚えています。まず最初に、先生の今までやってこられたことを、自己紹介を兼ねてお話しただければと思います。

木村：私は、早稲田大学の法学部の出身ですが、専門は比較法学と言いまして、いろいろな国々の法律の比較検討を通して、法の本質を探るものです。特に私は、東南アジアの家族比較法学をやっていましたので、タイに5年ばかりおりました。次にベトナムに行き2年間、その後ジュネーブ大学の大学院で人権論を教えて、そこに3年おりました。少し日本に帰った後、ハーバード大学に2年間、その後ジョージタウン大学に20年間おりました。

そうした折に、早稲田大学も1987年から人間科学部でバイオエシックスを大事なカリキュラムの1つにするので、是非教えてくれという要請があって、10年ほど早稲田大学にはジョージタウンから通っておりました。

バイオエシックス研究のきっかけは枯葉剤

私がどうしてこの分野に入るようになったかと言いますと、家族法の研究で、ベトナムにおりましたときに、私の学生の一人が、そ

アメリカでは1970年代半ばから、医師主導型から患者主体へのパラダイムシフトが起こった。その契機は患者の権利章典ができたこと。当時の日本はヘルスリサーチを巡る倫理的な問題はほとんど取り上げられなかった。

の当時の非常に危険な秘密文書と写真を入れた鞆を持って、私の家に来たのです。

開原：それはベトナム戦争の最中ですね。

木村：ええ。それで、その学生が「先生、今何を食べていますか」と聞くので「魚とか海老を食べている。安いし、ベトナム料理は大好きだから」という話をしたら、「危険だからやめなさい」と言うのです。枯葉剤の主成分のダイオキシンがその中に取り込まれているので、海老など海産物が特に危ないと言うのです。地元の人々はみんな知っていて、水も濾過するし、なるべくそういう海産物を大量に取らないようにすることでした。そして身体的障害を負った赤ちゃんの写真を見せてくれました。

開原：既にその時にベトナムで被害があったのですね。

木村：はい。それを見て、これは大変なことが起こっている、これは科学技術の悪用・誤用ではないかと思いました。

今、炭疽菌などで話題になっている「生物化学兵器」の意図的なのはしりですね。アメリカ側は「これは人を殺傷するわけではないから、クリーンな爆弾だ」と言っていたのですが、データでは、遺伝子に影響を及ぼすということがその時にはっきりしていました。それにもかかわらず、意図的に使ったということで、この問題を、人権と生命を守る法律家としての立場から取り組みたいと思ったわけです。

しかし、その当時はベトナムでは弾圧政治の下で、国会議員が逮捕状なしに捕まったり等、いろいろな人権侵害が起こっていたものですから、その研究に忙しく、具体的にその分野での取り組みが始まったわけではありません。

その後招かれて、ジュネーブ大学の大学院に行き、そこで人権論を教えているとき、1972年に「遺伝学と生命の質について」と

いう国際会議がありました。

開原：どこが主催した会議ですか。

木村：スイスに本部がある世界教会協議会( World Council of Churches : WCC )という宗教のNGOです。その国際会議で、やはり遺伝の問題と生命の質の問題を、法律家として取り組んでいこうと思いました。つまり、72年の段階でもげ仮にクローンができたなら、それをどのように人間のコミュニティーの中に受け入れていくのか」といった議論がそこでは行われていて、命が操作される時代になってきたと強く実感されたからです。

特に出生前診断で、赤ちゃんの障害がわかった場合に、中絶するかどうかというようなことを巡って、イスラム教の人とかキリスト教の人、あるいは純粋に遺伝学の立場の人など様々な価値観の方々が集まって討議する機会があり、そこに、5年後に世界最初の体外受精児を完成させるロバート・エドワーズ先生が参加されていました。こうした科学の最先端にいる研究者が「胎児研究の倫理的なガイドラインをきちんと作る必要がある」として、宗教者や法律家と対話する必要がある」として、ケンブリッジから出てきたということで、私はすごく感銘を受け、それからこの分野にますます深く関わっていったわけです。

従って、ジュネーブでは人権論をやっていましたが、生命と人権の問題に関する国際会議を3回ばかり主催しました。

#### 1970年代の日本とアメリカ

開原：その頃は、日本の風潮はどんな感じでしたでしょうか。

木村：70年代の始めて、科学技術の進歩に伴う公害などの問題が出てきているものですから、日本でも関心が無かったわけではないのですが、まだ大きい声にはなっていない時代でした。

1976年に出たWHOの正式文書で「HEALTH ASPECTS OF HUMAN RIGHTS with special reference to developments in biology and medicine(生物学と医学の発展に特に関わりの深い人権と健康の諸問題)(p5写真)」というものがあります。

この中で開原先生に関係のある分野では「Computerized Individual Medical Records」があります。医療情報の倫理問題も、76年に既に取り上げられているのです。

この他、人工妊娠中絶の問題、遺伝的な欠陥を持って生まれた新生児の倫理的問題、人間の胎児をリサーチに使う問題、断種の問題、避妊の問題、遺伝的な欠陥に伴う予防医学の問題、人工受精の問題、それから全体的な人を対象とした実験の問題、インフォームドコンセントと医学ボランティアの問題等々が書かれています。

このようにヘルスリサーチは非常に幅が広くて、そういうものをカバーするいろいろな倫理的問題が、もう既に1970年代には出てきているのです。しかし、日本ではあまりありませんでした。

開原：コンピューターが日本の医療の世界に入ってきたのは1970年代の始めです。その頃は、コンピューターは医療データの処理という目ではあまり見られず、むしろ合理化や省力化の道具だと考えられていました。

実は東大病院にコンピューターを入れたのは1974年ですが、その時に強く反対したグループがありました。東大の学生運動が残っていた時代で、いわゆる過激派と言われた人達がいたわけです。その時の彼等の根拠が3つありました。「合理化首きり反対」が1つ。もう1つは「産学協同反対」です。今はその2つの問題はあまり無くなったと思っているのですが、もう1つ、彼等が根拠にしたのは「管理強化反対」です。国民総背番号制反対ということだったわけです。実は今でもその問題は残っていて、それが結局現在の個人情報保護法などにつながっていると思っています。

木村：アメリカでは70年代で既に、コンピューターの問題の1つとして、メディカルデータを他とリンクさせないということがありました。それをすると、医師・患者関係が根本的に破壊されてしまう。それから、誰でもアクセスできないようにする。特にプライバシーとの関係できちんとしなくては行けないということを言っています。

今は違うかもしれませんが、日本はいいですね。血液を採ったら何の検査でもできる。(笑)例えば日本では血液を採って手術の前に、HIVキャリアの検査をやっていましたね。スイスでもアメリカでも「何をやる」と特定しない限り絶対にできません。

特に日本の場合には、企業の保健室のようなところがいろいろな情報を持っていて、人事のポリシーにもそのデータが行くようなシステムになっているのが、「ある意味ではプライバシーの侵害だ」と、アメリカの人が言っていました。例えば、東南アジアに出張して、体の調子が悪くなって日本に帰ってきて、会社の保健室へ行ったらHIVに感染していた、これは問題があるとして、メインラインからはずされてどこかのポジションに就けられた、ということが実際のケースとしてあるのです。会社の中で医療情報がシェアされてしまう。これは日本の大きい問題の一つですね。

#### アメリカの「メディカル」には広がりがある

開原：今は建て前の上では、そういうことはないはずですが、日本は、そういう問題に対して、昔はセンシティブでなかったのは確かだと思います。

私がこの問題に関心を持ったのは、アメリカでの個人情報保護の問題の最初の本だと言われている「Medical Record and Human Right」という本によってです。アメリカの場合は、最初の本がメディカルから出発しているのです。

木村：アメリカではメディカルは、先生が今おっしゃったように広

1934年東京に生まれる。  
早稲田大学第一法学部卒、同大学大学院法学研究科博士課程修了後、チェラロンコン大学(タイ)、サイゴン大学(ベトナム)、ジュネーブ大学大学院等教授(スイス)、世界教会協議会(WCC)エキュメニカル研究所副所長、ハーバード大学研究員等を経て、1980年以降ジョージタウン大学ケネディ倫理研究所国際バイオエシックス研究部長、教授、現在に至る。





がりがありますよね。日本でメディカルというと、何かプロフェッションの小さい枠なのですよね。

開原：そうですね。メディカルとは特殊な世界だというように、みんな思ってしまうですね。ところが、そうではなくて、メディカルと

いうのは、ある意味では時代の先見性を持ったいろいろな問題がそこから生まれ出すようなものだという捉え方があります。ですから、アメリカだと、先生のような法律学者が医療の世界に興味を持たれるということは、ちょっと珍しいことではないのだけれども、日本では昔は法律学者が医療の問題になかなか関心を持ってくださらなかった。関心を持って、医療訴訟の話ばかりでした。木村：インフォメーションの権威である開原先生とお会いする前にインターネットで調べようと、Googleで検索したのですが、「ヘルスリサーチ」とカタカナで検索すると、19件しかない。その19件のうち3件は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団のもので、「健康科学」で検索すると約4万件出てきます。そこで「health research」と英語で入れると、何件くらいあると思われませんか。

開原：どれくらいでしょうね。

木村：あるんですよこれが。約480万件です。

開原：480万件ですか。

#### 70年代半ばからのアメリカでのパラダイムシフト

木村：要するにヘルスリサーチは、アメリカではもう定着していて、みんなが知っている言葉なのです。日本ではヘルスリサーチをわからないから、メディカルリサーチかと思ってしまう。

メディカルリサーチというと、医師主導型で、患者が対象になる。ところがヘルスリサーチでは患者が主役になってくる。

私がバイオエシックスで、1970年代半ばから大きいパラダイムシフトが起こったと言っているのは、今までの医療は全部医師が自分で勝手に（勝手にという語弊があるのですが）プロトコルを作って、そして患者に同意などを求めることを考えもしなかったわけです。これが1970年代始めにアメリカで患者の権利章典ができてからブレイクする。そこからインフォームドコンセントの問題をきちんとやるようになった。また、これも1970年代の始めにアメリカでは国家研究規制法(National Research Act)ができました。これによって、IRB(Institutional Review Board)などもきちんとやり、性別も平等に、それからプロフェッションもなるだけ医学は入れないという形で、クリニカルトライアルについてのきちんとした

情報無くしてバイオエシックスは無い。その点、現在の日本の医療はまだ充分に変わりきれたとは言えない。  
特に消費者が意見を言えるメカニズムを確立することが必要。

同意の文書を作るという方向性が出てきたのです。つまり、患者中心の発想で、メディカルに対するチャレンジ、あるいはインダストリーに対する期待が強いのです。良い薬を早く、本当に困っている私達ならびに私達の家族のために使えるようにしてくださいという声アメリカでは大きいのです。このため、一例を挙げると、今までは遺伝病関係の病気のグループがバラバラであったのに、今はGenetic Allianceという一つにまとまった患者団体ができ、大きいプレッシャーグループになっています。

日本では、メディカルリサーチに対するそういう声が少ないのではないですか。

開原：まさにおっしゃるとおりです。これは医学だけではなくて全てがそうだと思うのですが、日本の社会には、消費者側の意見をまとめてきちんと表現するようなメカニズムが無いのだと思うのです。一言で表現すると日本は「サプライヤー優先のパターナリズム社会」だと思うのです。医療もそういう意味でお医者さんが中心だった。行政だって同じで、政府が主導してやる。銀行だってそうですね。銀行も昔はお金を借りる消費者のことを考えるより大蔵省のことを考える。大蔵省も銀行のことを考える。

しかし日本の社会の非常に面白いのは、悪気があってやっているのではないという点です。みんな自分が良いことをやっている、消費者のためを思ってやっているのだと信じてやっているわけです。医者だってそうです。「患者のためになるから俺に任せておけ」と言っていたわけで、そこがパターナリズムなのですね。

#### 大事なものは情報開示と患者側の自己決定

木村：医療のパラダイムシフトで、医療中心から患者中心に移る中で何が大事かという、患者の側で情報をきちんと持って、自分なりの価値判断に基づいて自分で決めるということです。

私自身、先ほど言った枯葉剤以外にも一つの体験をしています。それは私自身の病気でした。ベトナムにいた時に私は結石になりました。入院のために日本に帰国して、大学病院に行っただけですが、その時先生がまさにおっしゃるように、診断して手術だと医者が決めただけです。レントゲンの写真を私の方に見せずに学生の方に見せて、学生どこれどうだと話し、明日の朝手術だと決めてしまうわけです。これが1970年です。

私は1979年ハーバードにいたときに、もう一度腎臓結石になるのですが、アメリカで病院に行きましたら、全部私に写真を見せられ、そして最後に医者が私に言った言葉が「You are the final decision maker(あなたが最終的に決めなさい)」でした。彼は「レントゲンの写真を見て、データを見ると、私は治療が一番いいと思う」それから「もしあなたがセカンドオピニオンが必要だったら、どうぞ言ってください。情報は全部持って行ってください。手術するかしないかもあなたが決めるんですよ」ということでした。

結局、情報とバイオエシックスはものすごく深い関係があり、情報無くしてバイオエシックス無しなのです。

開原：なぜ日本がそうならなかったかというのは、先ほど言ったように、結局、消費者側が意見を言う機会を与えられなかつ

たし、また、まとまって何かを言うことがなかったことに原因があるのではないかと思うのです。日本の医療を良くしていくためには、もっとコンシューマー側が自分のことを発言しなければいけないのではないかと。先ほどの Genetic Alliance のようなものが日本にもできるべきなのではないかと思えます。

木村：なぜコンシューマーが大きな声で言わないかというのは、一つは先ほど先生が言われたパターナリズム。日本には長い伝統があって、行政にしる、知識を持った人にしる、教育者にしる、権威ある者に質問しないで黙って従うのが良いことだというような風潮が、今でもありますね。もう一つは、日本人は専門性に対する尊敬を、良い意味で持っているのです。例えばお医者さんはそれなりの教育を受けて、それなりの経験を積んで、up-to-date の知識を持っているはずだから、お医者さんを尊敬するのが当たり前という雰囲気があるのですよね。

開原：私は、それは専門性に対する尊敬ではなくて、専門性に対する恐れではないかと思っています。

木村：あるいはそうかも知れませんが、また一方で、権威を持っている側には、素人が何も知らないでくだらないことを言うなという発想がありますでしょ。例えば、私は今でも覚えています、ある先生と討論した時に「法律家が法律の論理でもって医療の中に入ってきて、患者の人権というようなことを言うのはおこがましい」と言われたことがあります。要するに、病院の敷地に一步入ったら、患者の権利とかそういうことを言ってもっては困る、医者が治すのだから、黙って医者の言うことを聞け、というわけです。

それが1980年代の始めです。その頃から私は新聞や雑誌などに書き始めていたのですが、みんなに言われたのは「木村さんがアメリカ帰りの発想で日本の医者に対して何か言っても、負けるに決まっている」ということでした。しかし、やはり医療を変えるということを真剣に考えていच्छる優れた医療者、研究者もいっぱいいらっしゃいます。その人達のサポートで、私の考えなどがやっと広がってきたわけです。

1980年からの20年で、リサーチの場面でもきちんとした文書をとるようになったし、臨床場面でも現実には非常に大きく変わりましたと、私は認識しています。

#### 日本の医療は変わったか？

開原：ここで過去の話から現在の話に移って、先生のお考えからすると、今の日本の医療は、十分に変わったのか、いや、まだ変わりきれないで、もがいているのか、どちらですか。

木村：いや、まだ変わりきれないでしょうね。

臨床治験の情報の開示がなかったということで、昨日判例がありましたね。比較研究の試験であっても、こういう臨床治験をやっているということは、きちんと相手に言わなくてはいいと決められました。それに対するコメントが2人出ていて、これは当たり前だという人と、そこまでやることに違和感があるし、実際問題できなくなってしまうのではないかという人です。国際的に見たら、これはもう当たり前なのです。世界の歴史は、同時代的に進行し



ていくわけですから、日本だけ「日本には日本の良い点がある」と言っても通用しない。それが今度の、厚生労働省で臨床治験の統一ガイドラインを作ろうというところに現れているのではないかと思うのです。

臨床治験については、やはり、患者に情報をきちんと出して、それに参加するボランティアを募らなければいけません。アメリカでは、例えば National Institutes of Health は、臨床治験については、これだけ(上記写真)のパンフレットを作っています。内容は、まず患者への歓迎の言葉。それから患者の権利、インフォームドコンセント、守秘義務、あなたの医者はこういう医者ですということ、そしてパシエントインフォメーション、サポートサービスとなっています。これだけのパンフレットがあるのです。この中で、私がいつも感動をするのは、“The most important person in medical research is the patient”と書かれていることです。当たり前のことですが、このようにドキュメントに載っていると感動します。連邦政府がこのようなきちんとしたドキュメントを作り、患者の十分な合意と納得の上で、いろいろなりサーチをやっているわけです。

日本でも、私は今、東京都の病院倫理委員会の委員長をしているのですが、そこで都立病院の患者の権利章典(上記写真)というものを作りました。出来上がったのは2000年ですが、20年かかっています。また、例えば、私が20年前からボランティアで行っているところですが、聖隷三方原病院では「入院のご案内(上記写真)があって、この中には患者の権利に関する宣言が入られています。「患者さんが尊重され、よりよい信頼関係の深まりとともに、安心して治療が受けられていくように、患者さんの権利に関する宣言を掲げています」ということで、これは病院の入口にもあります。こういう方向が、いろいろな臨床の場面に出てきており、今、変革が起こりつつあると思うのです。

先生はいかがですか、医療の現場は相当変わってきているというご認識ですか。







開原：ええ、ずいぶん変わってきました。厚生労働省自身がインフォームドコンセントの委員会を作りましたが、あの頃からインフォームドコンセントが世の中に認知され、次に「カルテ等の診療情報の活用に関する委員会」ができて、ここで診療情報の開示の話が出てきて、その後、医師会自身も今は診療情報は開示しなければいけないというガイドラインを出しました。

木村：2000年でしたか、新しい医師会の倫理綱領ができましたね。

開原：あの中では遺族に対する開示の問題もちゃんと議論されているわけです。そういう意味では確かに変わったのだと思います。今は、インフォームドコンセントとか、患者にカルテを開示しなければいけないというところに関しては、よほど古い先生はまだ抵抗あるかもしれないけれども、大部分は反対しないと思います。

木村：しかし、私が今、大学で学生に、日本の医療についての問題点を挙げよと言ったら、きちんとしたインフォームドコンセントがない、薬の名前を聞いてもちゃんと教えてくれない、といったことが結構出てきますよ。

#### 黒船で変わることの問題点

開原：確かに、まだ世の中が完全についていけないというところはあると思うのですが、建て前の上では、それを否定することはもう無くなったという点で変わったと思うのです。

ところが、私は1つ心配しているところがありまして、日本は確かに変わったのだけれども、日本の国は変わる時は、常に「黒船」で変わるということです。つまり、フランスが変わった時は、フランス革命が起こって、そこで思想的な転換が行われた。これは別に、誰かが革命を起こせと言ったわけではなく、フランスの中からそういうものが起こってきているわけです。たぶんアメリカでもペインテライトといった話が起こってきたのは、アメリカ人の中に本当にそう思った人がいて、最初是对立があったものの、その対立を乗り越えて、それを自分達で確立してきたと思うのです。ところが日本はそうではない。インフォームドコンセントという外来語が象徴しているように、それは外から与えられたものなのです。

私は、これはやはりパターナリズムではないかと思うのです。患者が猛烈に抗議をしたり、患者が必要だということを主張して、そこに対立があった後にインフォームドコンセントが出てきたのでは

なく、行政とかお医者さんたちが、それを輸入した。そうすると、確かに変化したものの、これが本当の変化なのかと考えてしまうのです。

木村：私は、そこのところは先生と考え方が少し違います。先生のイメージでは、厚生省の官僚や行政の担当者、あるいは医者が作ったと思われるのですが、実際はシステムが非常にオープンに変わって、作っている委員会の中にいろいろなプロフェッションの人が入ってきています。今までだったら官僚が作った提案が通っていたシステムだったのが、医学の分野の専門的なガイドラインを作るのにも、哲学の人や宗教の人、あるいは一般企業の代表の方など、いろいろな方々が入ってきているのです。しかもそのプロセスの中で、インターネットやファックスによる一般からのインプットなどもあります。

#### コンシューマーが意見を言えるメカニズムが必要

開原：それは確かにそうだと思いますが、その一般からのインプットの量が少ないと思いますね。

木村：アメリカに比べれば、少ないという点は同感です。例えば、Patients Bill of Rights(患者の権利章典)というのは、要するに、体制の変革の中で自分達の権利を「王様」に認めさせたという、むしろ非常にラディカルな表現になっているのですが、日本では、例えば東京都で言うと、「東京都の「患者の権利章典」となってしまうわけです。コンシューマーが中に入ってやるというプロセスを一応は作って、例えば大塚病院などで患者の方々に、どういう形がいいかというアンケートをしたりしているのですが、そのパワーが少ないということはあるかもしれませんね。

開原：つまり、本当の意味で内在的な変化の要因があって、それが突き上げて変わったのではないという気がするのです。そういう変化には脆いところがあって、環境が変わると、また元に戻ってしまうことがあるのですよ。

木村：確かにそういうことは言えますね。今までは入院の日にしても、処置の方法にしても、あるいは処方にしても、医療側が全部決めていた。それを、患者が情報を持って自分なりに判断する、そのためには自己決定が必要だということ、私は1980年から言っていたのですが、それに対する現在の論調は「本当に自己決定できるか」「日本人は自己決定できないところに、日本人らしさがあるのではないか」と、なんか非常にポストモダンの自己決定論のようなものが出てきます。バイオエシックスでも、自己決定というものが流行ってくると、コロッとひっくり返って、「やはり家族あつての日本人、あるいは「社会やコミュニティあつての日本人」という、日本美化論みたいなものが出てくるのですよ。

開原：それを防ぐためには、繰り返しますが、やはりコンシューマーがもう少しきちんと組織化されて、意見を言うようなメカニズムができないといけないと思います。

木村：例えば1968年に和田心臓移植がありました。和田先生は、自分は自分で正しいことをやったと言われているわけですが、和田心臓移植を告発する会ができて、集会をやり、その時に病者の

アメリカの大病院ではバイオエシックスのコンサルテーションのシステムがある。  
日本でバイオエシックスを根付かせるためには、医療の現場での展開がなされる必要があり、そのための教育が求められる。

権利宣言をするのです。しかし、システムが無いから、一発やっつとワツとマスコミで騒がれて、それでおしまいになってしまいました。

アメリカの場合には、通常コンシューマーのベースがあるので、システムを作り、そして病院協会がステートメントを出し、州が州法に取り入れ、それに従って、州のあらゆる病院が病院ごとに患者の権利のステートメントを出していくというシステムが残っていきます。日本の場合は、追求し、告発して、そして消えていってしまう。

開原：追求告発型になるか、さもなければ仲良しグループなるか、そのどちらかになってしまう。「何故なのだろう？」と思います。

木村：やはり、自分で情報を持って、そして自己決定するという、非常に確固とした信念に生きる日本人がこれから生まれてこない、と、大勢に流されてしまう。お仕着せでなく、自分が選択していく、つまり情報を自分の手にして自分の価値判断に沿ってそれを決断していくという、そういう時代になっていると思うのです。

薬にしてもそうです。今、臨床試験の広告が出始めましたね。朝日と読売に2001年の1月から2002年の9月まで、150件ぐらい出ています。広告の多いのが尿の失禁と鬱病なのだそうですが、そうやって患者に製薬会社が直接情報を出して、これに参加しませんかと呼びかけるシステムは、もうアメリカではありません。

#### 臨床試験広告の問題点

開原：アメリカは遙か昔からです。ただ、あれも日本はまだ問題があります。日本はコンシューマーに対して医家向け医薬品の広告ができないのです。だから、臨床試験の募集を見ると、病気の名前は書いてあるものの絶対に薬の名前は書いていない。しかしアメリカはそうではないですね。NIHの中にある、National Library of Medicineのホームページでは、現在やっているクリニカルトリアルの一覧表が全部出ています。そして、今これは募集中とか、参加したい人はここへ連絡せよとか、そういうものが書かれています。しかもちゃんと薬の名前が出ています。

木村：アメリカでボランティアをやっているリクルートメントオフィスのオフィサーに会ったときに、その方は、この頃の患者さんは、自分の病気に非常に興味を持っているものだから、知らないお医者さんよりもっと情報を持って、勉強している人が多い、このためよくメイトする応募が増えているとのことでした。

開原：私はそうあるべきだと思うのです。ところが、今は情報が足りないわけです。例えば、A社が鬱病の募集をする、B社もやはり鬱病の薬の募集をする、患者さんはどちらに応募しようかと考えたとしても、両方とも鬱病としか書いていない。つまり薬のインフォメーションが、あそこには全く欠けているのです。今、日本には、医薬品の広告は医者にしかなってはいけないという規則があるのです。

木村：コンシューマーに直接出せないのですか。

開原：出せません。それをやったら違反になります。日本の論理は、医薬品の情報は医者を介して告げるべきだということなのです。医者がその薬を処方する時には、お医者さんが患者さんに注意を与えて、情報を明かして処方箋を書くから、薬の名前を教え

ても良い。しかし、製薬会社が、医者を通り越して、直接患者に情報を渡すことはいけないという論理なのです。

木村：患者はちゃんとした判断能力がないからというわけですね。

アメリカでは、ラジオの番組でも「いろいろな事を医者に聞いて、ちゃんと答えない医者がいいたら、そういう医者のところには行かないでくれ」ということをコンシューマーセンターで流しています。それから、「薬の情報はきちんと自分で持ちましょう」ということもコマーシャルで流しています。

開原：ですから、そこはもっとフェアに、薬の名前もちゃんと出して、そして薬はどのような効能・効果があるということも一緒にして広告をするべきだと思います。まだ日本は規制社会ですよ。

日本の医療費は全部カバーと言えるか？

木村：そうですね。しかし、規制社会だけれども、日本の良いところは、どんどん自己負担が増えてきているものの、一応医療費が全員カバーされているという点です。これは珍しい国ですよ。アメリカなどは4000万人くらいがかかれないのですから。

開原：それも最近、私は少し疑問に思ってきているのです。日本人が全部カバーされているということは、その通りなのですが、日本には不法滞在の外国人などがたくさんいるわけです。それらの人達が全然カバーされていない。アメリカでカバーされていないというのは、そういう人達がたくさんいるからということもあるのです。そういう意味では、だんだん日本は全部カバーしています」と胸を張って言えなくなってくるのではないかと思います。

木村：確かにそうですね。「外国人も含め、日本に滞在している全ての人達は人権を保証されている」と言いますが、しかし、実際は裁判になっても、不法滞在だと来られないとか、通訳がきちんと通訳しないために非常に不利な扱いを受けるということが、司法の分野でも起こっていますね。

おっしゃるように、病気などで実際に治療を受けられない方々が、日本の中にも一杯いるという現実を、日本人としては見なくては行けません。

アメリカのバイオエシジストは臨床の現場にいる

開原：先生にもう一つ、うかがいたいのですが。

例えば一人の患者がいて、その人が非常に苦しんでいて、ある薬を使うべきか使わないべきではないのか、あるいは人工呼吸器を外すべきか外すべきでないのか、という個々の臨床の症例に対する悩みというのは、医者はいつも抱えています。そういうことに対して、アメリカの病院の場合には、デパートメント・オブ・バイオエシックスというものがあり、そこに相談すると、いろいろアドバイスをし、場合によってはカルテに書き込んでくれる、つまり、そ



の病院の中で、個々の臨床症例に対するバイオエシックスが本当に生きていて聞いたことがあるのですが、それは本当ですか。

木村：ええ。インターンの時から、ラウンドで回る時に、専任のバイオエシキストがいて、一緒に回るのです。そして、こういう場合に倫理的にどういふ問題があるかということ、学生の中から学んでいくわけです。例えば両足切断をしなくては行けないが、本人は絶対反対している、お嬢さんは車椅子になってもいいので切ってください、切らなければどうしようと悩んでいる、そういう場合にアメリカの病院では、バイオエシックスのコンサルテーションのシステムがあるのです。

開原：そういう人は、病院毎にいるのですか。

木村：大きな病院でしたら、ほとんどいると思っていいますね。

NIHもクリニカルセンターの中にバイオエシックスのデパートメントがあります。そこは同時に、ペイシェンツ・ライツ・オフィサーという患者の権利の担当の職員がいるのです。この職員というのは看護師さんが多いのですが、要するに、ペイシェンツ・ライツ・オフィサーとバイオエシックスの専門家がいて、例えば24時間ベルを持って、倫理的な問題があったら駆けつけます。

開原：そのバイオエシキストには、どういう人がなるのですか。

木村：いろいろな分野があって、学部の中にはコミュニケーションとか哲学をやったり、宗教をやったり、倫理をやったり、もちろん看護学の人もありますし、そういう方々がバイオエシックスのマスターを取ってPh.D.までいきます。

開原：大学にバイオエシックスの教室があって、そこでちゃんと養成しているということですね。先生のジョージタウン大学でも、養成しているわけですか。

木村：ええ、養成しています。バイオエシックスのコースを取る人は、病院の中の実習を含めてやっています。

日本でバイオエシックスを根付かせるために

開原：そこが日本と違うと思うのです。そこで私が知りたいことは、早稲田大学の先生の教室では、そういう人の養成をなさろうとしているのですか。

木村：そういうことが勉強できるように、例えば東京女子医大の新生児センターで共同ゼミをしたり、また、私のところを出て、東大の医学研究科に行き、それから浜松医科大学に行った人もいますし、他の医科大学へ行く人もいます。特にバイオエシックスの臨床の経験ということで言えば、清瀬のそばにはいろいろな国立病院がありますし、近くの「信愛の園」という介護施設で、高齢者の方々の末期にどういう形でコミュニケーションをしていくのかというような末期のケアを、実際にボランティアをして、データを取った学生もいました。

開原：それは大変素晴らしいことではあります。しかし、卒業して

いった人達が病院の現場で、先ほど言われたように、一緒にラウンドをするといったようにならないといけない、私は思うのです。

木村：アメリカでは、私は例えば朝の小児科のカンファレンスに出て、データをみんなでシェアしてやります。もちろん倫理委員会にも出ます。しかし、日本は、やはり専門外の人に来るということ、嫌うのではないのでしょうか。看護婦さんと医者が中心ですから、もし行ったら、「専門外の全然関係ない人が来て、よけいな事を言うな」という感じではないのですかね。

開原：やっと今、委員会とか、研究のための、といったところまでは開かれました。ですから、そういうところには先生もたぶん参加されるし、東京都の病院にも参加されるし、是非来てくださいと呼ばれると思うのです。ところが、バイオエシキストが病院にいて、個々の相談にのっているところは、日本はたった1つも無い。そういう意味で、日本の場合は、私はまだまだだと思っているのです。

木村：日本の場合、もう一つは、例えばそうやってバイオエシックスの専門家に来てもらうよりも、医師自身がバイオエシックスを学んでやった方が早道ではないかと思っている方々も、結構いらっしゃるのです。私は、違った観点から見ると、やはりバイオエシックスを基本的にやった人が必要だと思えますし、それは、医者でない方がいいのではないかと思っています。

開原：私もそう思います。そういう意味では、まだ日本にはバイオエシックスは、全然根付いていない。私は先生にそこまで日本にバイオエシックスを根付かせていただきたいと思っているのです。

木村：私は今、医師国家試験の委員しています。これは公開されているので言って構わないことですが、ここ2年くらい前から、医療における人間の尊厳と患者の権利や医の倫理ということ、国家試験の中に入れてきたのです。それがやはり勉強する側に、つまり教育の場で、意識の変革を起していると思えます。

また、バイオエシックスというのは医療の問題だけではなく、ヘルスリサーチ全般を含みます。先生が言われたように、日本に不法滞在している方々の問題とか、難民、あるいは疫学的な問題、文化の問題等も含め、非常な幅広い研究を含んでいます。学際的学問ではなく、それよりも非常に幅広い「超」学際的学問だと、私は言っていますが、そういうヘルスリサーチを含めたバイオエシックスをこれから新しく展開していきたい。そのための一つの教育のプロセスとして、これから先生のおっしゃったような医療の現場でのクリニカルなバイオエシックスの展開がなされないと、その有効性が無いですね。

先生にお手伝いしていただいて、なんとか根付かせたいと思います。

開原：どうぞ、よろしく願います。

有り難うございました。

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。)



第22回理事会・評議員会を開催

# 平成15年度は予算倍増。 事業内容を大幅に拡充

東京都新宿区の新宿三井ビルで、3月7日(金)に第22回評議員会が、3月20日(木)に第22回理事会を開催。評議員会では理事・監事15名の改選が、また理事会では評議員16名及び選考委員9名の改選が承認されるとともに、平成15年度の当財団の事業計画、収支予算、その他が審議、承認されました。

平成15年度はファイザー製薬㈱からの寄付金増額等によって、事業予算は倍増し、これに伴い、財団事業内容を大幅に拡充することになりました。また基本財産の増額も図られます。主な拡充の内容は以下の通りです。

## 1. 研究等助成内容の拡充

国際共同研究助成

前年度5,500万円だった予算枠を1億500万円に増枠し、助成内容を次のように拡充する。

### イ. 長期・高額枠の新設

より重要と判断されるテーマで、特に研究方法が優れているものを対象として、長期・高額(2年間・1件1,000万円を2件)の助成枠を新設する。

### ロ. 従来枠の拡大

従来枠は「1年間・1件500万円を11件」だったが、件数を「17件」に増加する。

若手研究者育成事業の新設

ヘルスリサーチ分野の若い研究者を支援するために、新たに「研究者育成事業」を加える。内容は次の2点。

A. 海外留学助成(研究者年齢40歳以下に限定・1件400万円を10件)

B. 国内共同研究助成(研究者年齢40歳以下に限定・1件300万円を5件)

## 2. ヘルスリサーチフォーラム10周年記念式典の開催と記念出版

平成15年度はフォーラムが第10回を迎えるため、これを記念して、以下の事業を行う。

記念式典

通常のフォーラム開催時に10周年記念式典を実施する。

記念出版

出版計画を支援サポートする形式で、10年に亘るヘルスリサーチ研究に基づく成果の学術書を、民間の出版社から発刊する。

## 3. 基本財産の増額

平成15年度に5億円、平成16年度に5億円の合計10億円を増額予定。

理事会席上で、来賓の厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐伊藤芳郎氏は、「ファイザーヘルスリサーチ振興財団は厚生労働省で手の届きにくい部分の助成を行っていただいている点に深く感謝する。今後とも財団の活動を色々と援助していきたい。」と述べられました。



評議員会

厚生労働省大臣  
官房厚生科学課  
課長補佐  
伊藤 芳郎氏



理事会



## 理事・監事

理事長	垣東 徹(再任)	ファイザー製薬株 特別顧問
常務理事	岩崎 博充(再任)	ファイザー製薬株 専務取締役
理事	青木 國雄(再任)	愛知県がんセンター名誉総長
理事	荒井 蝶子(再任)	国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 保険医療学専攻看護学分野・主任教授
理事	梅田 一郎(新任)	ファイザー製薬株 参与
理事	大谷 藤郎(再任)	(財)藤楓協会理事長
理事	開原 成允(再任)	(財)医療情報システム開発センター理事長
理事	黒川 清(再任)	東海大学教授・総合医学研究所所長
理事	幸田 正孝(再任)	社会福祉法人恩賜財団済生会理事長
理事	高久 史麿(再任)	自治医科大学学長
理事	水野 肇(再任)	医事評論家
理事	宮澤 健一(再任)	一橋大学名誉教授
理事	山崎 幹夫(再任)	千葉大学名誉教授
監事	片山 隆一(再任)	公認会計士(新日本監査法人)
監事	北郷 勲夫(再任)	国民健康保険中央会理事長

### (退任理事)

理事	小川 諭	ファイザー製薬株 常勤顧問
理事	加藤 尚武	鳥取環境大学学長

(敬称略・50音順)

## 評議員

岩崎 栄(再任)	日本医科大学常務理事
岩田 弘敏(再任)	岐阜大学名誉教授
宇都木 伸(新任)	東海大学法学部教授
大塚 宣夫(新任)	医療法人社団慶成会青梅慶友病院理事長
大道 久(再任)	日本大学医学部教授
河北 博文(再任)	医療法人財団河北総合病院理事長
岸 玲子(新任)	北海道大学大学院医学研究科教授
近藤 健文(再任)	環境省公害健康被害補償不服審査会委員
高橋 則行(再任)	日本薬剤師会相談役
出月 康夫(再任)	東京大学名誉教授
鍋田 忠彦(再任)	一橋大学大学院経済学研究科教授
花野 学(再任)	東京大学名誉教授
福原 俊一(新任)	京都大学大学院健康解析学(理論疫学)教授
町田 豊平(再任)	東京慈恵会医科大学名誉教授
三富 利夫(再任)	東海大学名誉教授
矢作 恒雄(新任)	慶應義塾大学大学院経営管理科教授

(敬称略・50音順)

## 選考委員

伊賀 立二(新任)	東京大学医学部教授 付属病院薬剤部部長
宇都木 伸(新任)	東海大学法学部教授
開原 成允(再任)	(財)医療情報システム開発センター理事長
小堀 隆一郎(新任)	国立国際医療センター院長
近藤 健文(再任)	環境省公害健康被害補償不服審査会委員
鍋田 忠彦(再任)	一橋大学大学院経済学研究科教授
中谷比呂樹(再任)	厚生労働省大臣官房厚生科学課長
平野かよ子(新任)	国立保健医療科学院公衆衛生看護部部長
矢作 恒雄(新任)	慶應義塾大学大学院経営管理科教授

### (退任選考委員)

小野寺伸夫	学校法人新潟総合学院国際メディカルテクノロジー専門学校長 国際政策科学総合研究所長
北澤 式文	日本大学大学院薬学研究科客員教授
湯澤布矢子	宮城大学副学長 兼 大学院看護学研究科長

(敬称略・50音順)

任期...理事・監事、評議員及び選考委員とも、平成15年4月1日から平成17年3月31日迄の2年間。

## ヘルスリサーチフォーラム 10周年記念出版計画 順調に進展

本誌でご説明した記念出版計画については編集委員長鍋田忠彦先生、編集副委員長近藤健文先生(いずれも当財団評議員兼選考委員)より、過去の当財団研究助成採択者を中心に人選の上、下記8名の執筆者が決定し、3月12日に執筆者会議が行われました。

### 執筆者



八代 尚宏先生  
日本経済研究センター



野口 晴子先生  
東洋英和女学院大学



樋口 範雄先生  
東京大学



平野かよ子先生  
国立保健医療科学院



立石 彰男先生  
山口大学



山口 敏晴先生  
がん研付属病院



池上 直巳先生  
慶応大学



姉川 知史先生  
慶応大学

- ・本のタイトル「保健・医療の質と効率の向上 日本のヘルスリサーチ10年の成果」(仮題)
- ・A5判、250～270ページ、上記8人の執筆者による8章建て。

いずれもヘルスリサーチの第一線で活躍される先生方です。内容にご期待ください。

なお、出来上がった記念誌は11月15日に開催される第10回ヘルスリサーチフォーラムの会場で、参加者には無料で配布いたします。

# 平成 15 年度事業計画

## 平成 15 年度事業概要

ヘルスリサーチに関する実態調査	諸外国におけるヘルスリサーチに関する研究専門雑誌や研究会についての情報を収集し、日本のヘルスリサーチ研究者に参考情報を提供する。	
研究等助成	<b>1. 国際共同研究事業</b> 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の研究テーマについて国際的な観点から実施する共同研究への助成。	
	国際共同研究(A)(原則として2年間)	1件1,000万円以内 / 2件程度
	国際共同研究(B)(原則として1年間)	1件500万円以内 / 17件程度
	<b>2. 日本人研究者の海外派遣事業</b> 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・評価に資する研究テーマについて取り組む日本人研究者が海外におけるヘルスリサーチの研究活動に参加するための渡航助成。 (期間2～6ヶ月程度)	1件200万円以内 / 10件程度
	<b>3. 外国人研究者の招聘事業</b> 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・評価に資する研究テーマについて取り組んでいる将来有望なヘルスリサーチ領域の研究者の招聘助成。	
	A. 短期招聘(1ヶ月程度)	1件100万円以内 / 5件程度
	B. 中期招聘(6ヶ月程度)	1件250万円以内 / 2件程度
	<b>4. 若手研究者育成事業</b> 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の研究テーマについて取り組む若手研究者の育成を目的とする助成。	
	A. 海外留学助成(1年間以上 但し年齢制限40歳以下) <small>(H.15.4.1現在)</small>	1件400万円以内 / 10件程度
	B. 国内共同研究助成(原則として1年間 但し年齢制限40歳以下) <small>(H.15.4.1現在)</small>	1件300万円以内 / 5件程度
財団機関誌の刊行 (ヘルスリサーチニュース)	事業及びその成果を情報として提供し、研究の推進・啓蒙を図る。 また、ヘルスリサーチの啓蒙と実践的な展開を目指してヘルスリサーチ各領域に亘っての対談をシリーズで行い掲載する。 (別刷)保健・医療・福祉にかかわる記事を同封する。	年4回
第10回 ヘルスリサーチ フォーラム・ 10周年記念行事	通常のヘルスリサーチフォーラムと10周年記念行事を併催する方式をとる。 一般公募演題の発表、平成13年度実施の国際共同研究の成果発表、平成14年度・平成13年度海外派遣助成研究発表及び討論等、通常のヘルスリサーチフォーラムを2会場方式で開催し、引き続き10周年記念行事として特別記念講演と記念式典をメイン会場に一堂に会し行う。記念式典においては、実行委員長、来賓挨拶に続いて、平成15年度応募助成案件の選考結果・経過の発表並びに研究助成授与式、感謝状授与式、レセプション等々を行う。特別記念講演と通常のヘルスリサーチフォーラム部分については、その内容を小冊子としてまとめ配布する。  テーマ：「10年の成果を明日に活かす」	開催日： 11月15日(土) 会場： 都市センターホテル

(続き)

<b>ヘルスリサーチ フォーラム 10周年記念誌出版</b>	財団10年の成果を踏まえて、ヘルスリサーチの展望の学術書を民間の出版社から 発刊する。学術書として引用可能なものを目指し、市場性のあるものを出版する。 平成15年11月の出版を計画する。財団としては、執筆者への謝金としての研究費 と一部買取りにより出版計画を支援サポートする形式をとる。 仮 称 : 「保健・医療の質と効率の向上 日本のヘルスリサーチ10年の成果」
<b>CD-ROMの作成</b>	過去の成果報告集、ヘルスリサーチフォーラム講演録などを収録。 <span style="float: right;">2000枚予定</span> 平成12年度に作成したもののバージョンアップ
<b>第4回 ハーバード・北里 シンポジウムへの 後援</b>	開催予定 : 平成15年10月28日～29日 主 催 : 北里大学、ハーバード大学 後 援 : ファイザーヘルスリサーチ振興財団 参加者 : 治験に関係するドクター、製薬会社、規制当局関係者等 600人 内 容 : 「効率的な新薬開発に関する検討」 (Advanced and Global Drug Development Techniques)
<b>KBS-Tufts CSDD シンポジウムへの 協賛</b>	開催予定 : 平成15年9月8日 主 催 : 慶應義塾大学ビジネススクール・ Tufts Center for the Study of Drug Development 後 援 : (厚生労働省 - 予定) 協 賛 : ファイザーヘルスリサーチ振興財団 参加者 : 研究者、行政担当者、国会議員、医薬品業界関係者、報道関係者等 約150人 テ ー マ : Encouraging New Drug Development in Japan Building a Globally Competitive Environment

### 平成15年度予定表

事業年度		平成14年度			平成15年度														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
運営会議	理事会	平成15年度 事業計画・予算 3月20日(木)第22回			平成14年度事業報告・決算報告 新年度現況報告 5月 第23回												平成16年度 事業計画・予算 3月 第24回		
	評議員会	3月7日(金)第22回			5月 第23回 監事決算監査												3月 第24回		
事業関連	選考委員会	2月14日(金) 第31回新年度助成方針			4月11日(金) 第32回新委員顔合わせ 新年度助成方針確認												選考方針・作業分担 最終選考 8月初旬 第33回 9月初旬 第34回		
助成事業他	公募	応募要綱 作成			公募期間 (配布・紹介)												平成16年度 応募要綱作成		
	選考	案内・広告			最終公募とりまとめ														
助成事業他	選考結果	第9回 小冊子 刊			公募現況報告												第10回 フォーラム 小冊子 刊		
	第10回ヘルスリサーチフォーラム& 10周年記念式典行事 10周年記念事業実行委員会 10周年記念誌発行 ヘルスリサーチニュース発行 KBS-Tufts CSDD シンポジウム ハーバード・北里シンポジウム				一般演題公募 一般演題: 選考作業: 参加者募集 11/15 (土)														
管理業務	(一般業務)	平成15年度予算・事業計画作成																	
	平成14年度決算処理 厚生労働省報告(予算・決算書) 助成金支払い 平成16年度予算・事業計画作成																11/1 - 特増更改		

# 研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成 2 編 -

平成13年度国際共同研究

## 医療保障制度改革と 医療サービスの質に関する日米比較

研究期間	2001年11月1日～2002年10月31日	
代表研究者	社団法人 日本経済研究センター・理事長	八代 尚宏
共同研究者	National Bureau of Economic Research プログラムディレクター	David Wise
共同研究者	東洋英和女学院大学専任講師 / NBER	野口 晴子 他8名

### 概要

高齢者を中心とした医療・介護制度改革は、日米共通の大きな課題となっている。米国では、政府の一般財源で賄われるメディケア・メディケイドの改革が重要となっているが、日本では制度改革の前提として、医療サービスの標準化と、それを通じた医療の質の向上が大きな課題となっている。また、介護保険の導入にともない介護分野の規制改革も進められている。本報告書は以下の5つの論文からなっている。

第1に、日本の1990年代医療制度改革についての論文で、利用者としての患者の選択肢を拡大させることを通じた質の向上を目指したものではなかったことや、2003年から施行される健康保険法改正が保険財政収支の改善を目的とした一時的な効果しかもたないことを示した。

第2に、個票を用いて日米間での医療サービスの質を比較した論文で、急性心筋梗塞（AMI）高齢患者について、通常の診療技術と比べた高度医療技術の費用と、その結果得られる患者のQOL向上とのコスト・ベネフィットが具体的に示された。

第3に、医療サービス標準化のために病院ごとの手術症例数と医療成果との関係について分析した論文で、急性心筋梗塞患者に対する経皮経管冠動脈形成術（PTCA）について、死亡確率に影響を与えるのは、病院ではなく医師の手術数であり、単純な病院ごとの症例数が医療の質を評価する基準とはならないことが示された。

第4に、長期的に医療費増加の大きな要因として喫煙行動についての論文で、29歳以下の学生の喫煙行動を決定する要因を分析した。その結果、母親の喫煙や高校における禁煙教育が、喫煙抑制に一定の効果をもつことが示された。

最後に、公的介護保険の設立により、在宅介護分野では民間企業の参入規制が撤廃された効果についての論文で、サービスの質は、非営利業者や公的業者の方が高いものの、その格差は縮小しており、市場競争を通じた量的拡大と質的向上が達成されていることが示された。

### 論文1 日本の医療制度改革 - 1990年代改革と将来展望 -

#### 要約

疾病構造の変化や消費者のニーズが多様化するなかで、患者にとって満足のいく医療サービスが提供されていない。患者にとっての医療の質向上を目的とした医療制度改革が必要である。しかしながら、1990年代の医療制度改革は主に医療費削減を目指したものであり、利用者としての患者の選択肢の拡大を図るものではなかった。さらに本格的な構造改革が期待された2002年度健康保険法改正もまた、患者の自己負担率引き上げなど、もっぱら財政収支の改善を目的とした一時的な対応に終始した。

本来の医療制度改革のためには、これまで避けてきた医療保険や医療サービス供給面の基本的な問題点に取り組む必要がある。とくに優先度の高い改革は、医療のIT化、包括払い方式の導入、混合診

療の確立、保険者機能の強化、医療機関の競争促進、情報公開、保険者機能の強化などである。

以下本文見出しは次の通り（紙面スペースの都合で省略いたします。）

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 1990年代の制度改革とその効果  | 3. 医療制度改革の方向       |
| (1) 自己負担の引き上げ        | (1) 「根拠に基づく医療」     |
| (2) フリーアクセスの制限       | (2) 医療のIT化の促進      |
| (3) 包括払い制の導入         | (3) 医療サービスの公私の役割分担 |
| (4) 供給能力規制           | (4) 診療報酬体系の改善      |
| 2. 2003年度健康保険制度改正の効果 | (5) 保険者機能の強化       |
|                      | (6) 医療機関の近代化と競争促進  |
|                      | (7) 医療と介護サービスとの連携  |

## **論文2** The Quality of Health Care: A US-Japanese Comparison of Treatment and Outcomes for Heart Attack Patients

Objectives:

The main objectives of this project are to create a comparable database to the Cooperative Cardiovascular Project (CCP), a major policy initiative to improve the quality of care for Medicare beneficiaries with acute myocardial infarction (AMI) undertaken by the Health Care Financing Administration (HCFA currently called Center for Medicare and Medicaid Services: CMS), and to investigate the variation in the quality of health care with respect to treatments and outcomes between the United States and Japan, controlling for chart-based detail clinical information on elderly patients, 65 years old and over, with AMI. In this study, we will divide medical technology applied for patients with AMI into high-tech and low-tech treatments. We will define high-tech treatments as those with large fixed or marginal costs when they are applied and low-tech treatments as those with relatively low fixed and marginal costs, so that in principle they could be provided by virtually any medical facility. Both technological procedures are used widely enough to contribute substantially to patient outcomes and hospital expenditure.

以下本文見出しは次の通り（紙面スペースの都合で省略いたします。）

- Study setting and measurements
- Method
- Results

## **論文3** AMI患者に対するPTCAの量と質

要約

病院ごとの手術数が医療の質の評価の基準として注目されるようになっている。本論文では、AMI患者に対するPTCAの数と医療成果の関係を実証的に検討し、科学的な病院評価や政策判断に資することとする。

推定結果によれば、死亡確率に影響を与えるのは、病院のPTCA数というよりは医師ごとPTCA数である。また、単なる症例数ではなく、患者の重症度を考慮する必要性が示された。したがって、単純な病院ごとの症例数は医療の質の評価の基準とはなり得ない。

以下本文見出しは次の通り（紙面スペースの都合で省略いたします。）

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. はじめに     | 4. 病院レベルの分析 |
| 2. データ及びモデル | 5. 医師レベルの分析 |
| 3. データの概観   | 6. まとめ      |

## **論文4** アンケートに基づいた喫煙行動に関する分析

要約

若年者が喫煙を抑制することは、喫煙期間の減少を通じて超過医療費の抑制につながると考えられる。本論文では、経済学部的大学生を中心としたアンケート調査をもとに、喫煙行動に関するロジット分析を行なった。主な結果としては、以下の3点があげられる。1つは、母親の喫煙が子供の喫煙要因となっていることである。また、父親の喫煙も母親よりは弱いと同様の効果が見られた。さらに、高校における禁煙教育が、喫煙抑制にやや効果があることも分かった。

以下本文は紙面スペースの都合で省略いたします。



## 論文5 介護保険導入後の訪問介護市場におけるサービスの質と効率性の変化

### 要約

本稿は、公的介護保険開始以降の訪問介護業者の実態について、「サービスの質」と「効率性」に焦点をあてた分析を行った。具体的には、筆者等が独自に収集した全国の業者アンケート調査を用いて、法人種別（営利業者・非営利業者・公的業者）や新旧業者別の比較を行った。その結果次の2点の結論が得られた。

第一に、介護保険実施当初の平成12年において、サービスの質は、非営利業者や公的業者の方が明確に高いものの、平成13年には営利業者・新規参入業者との差が著しく小さく成っており、営利業者や新規参入業者が急速な追い上げをしている。

第二に、サービスの質を考慮した上での効率性については、平成12年時点においては非営利業者や公的業者の方が高かったが、平成13年には明確な差が無くなっており、営利業者の努力が著しい。

以下本文見出しは次の通り（紙面スペースの都合で省略いたします。）

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. はじめに       | 4. 効率性分析        |
| 2. データ        | 4.1 効率性分析の統計モデル |
| 3. サービスの質の比較  | 4.2 推定結果        |
| 3.1 サービスの質の定義 | 5. 結語           |
| 3.2 サービスの質関数  |                 |
| 3.3 推定結果      |                 |

フルレポートをご希望の方は当財団事務局までご連絡ください。

平成13年度国際共同研究

## 日米共同研究：医療をめぐる情報と倫理と法

研究期間 2001年11月1日～2002年10月31日

代表研究者 東京大学 法学部・教授

共同研究者 University of Michigan Law School, Professor of Law

共同研究者 University of Arkansas School of Law, University of Arkansas for Medical Sciences・

Arkansas Bar Foundation Professor of Law, Adjunct Professor of Medical Humanities

Leflar Robert

樋口 範雄

Schneider Carl

### 概要

本共同研究は、医療と法の諸側面につき、日米の比較を通して有益な知見を得ることを目的とする。毎月の研究会の他、日米の関連施設（病院等）や有識者へのインタビュー、セミナーへの参加など多様な方法で追究した最大のテーマは医療情報の保護と法のあり方に関するルールの検討であったが、副次的に他の医事法問題も検討する機会を得た。

第1に、最も力を入れた研究活動は、アメリカにおいて2003年4月に実施予定の医療情報保護に関する連邦ルール、いわゆるHIPAAプライバシー規則と、わが国で制定が予定されている個人情報保護法の比較検討である。それぞれの国で、ルール策定に関わった担当者へのインタビューや医療機関での情報保護の現状などを調査するなど、幅広い検討の結果、2002年秋の日米法学会と日本医事法学会において、研究メンバーがシンポジウム形式での報告をした。2003年度には、それぞれの学会誌で活字の形で公表される予定である。なお、アメリカでの実施が2003年に予定され、わが国の法律もこれから制定される運びになったので、フォローアップの研究会を継続する予定である。

第2に、医療情報の問題は、医療事故の問題に直結する。事故情報の報告システムのあり方につき、両国で議論されている現状を検討し、厚生労働省での検討会や研究会に情報提供その他の形でつなげる努力を行った。この面でも、今後とも比較法的視野を取り入れた検討を継続する予定である。

第3に、医療倫理のあり方と法の役割という観点につき、関心を持ち続け、この面でも識者を招いて議論する機会をもった。1つの副産物が、ジュリストの座談会という形で行った、「救命と法 除細動器航空機搭載問題を例にとり」と題する検討会である。

## 第10回ヘルスリサーチフォーラム 一般演題募集のご案内

本年も下記により、第10回ヘルスリサーチフォーラムの一般演題を募集致します。  
申込期間は4月～7月18日(当日消印有効)ですので振って応募のご検討をお願いいたします。

### 発表テーマ

10年の成果を明日に活かす

### 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、Macintosh Word、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](mailto:hr.zaidan@japan.pfizer.com)

### 申込期間

平成15年4月～平成15年7月18日(当日消印有効)

### 発表

組織委員会で採否を決定します。採用の場合は、平成15年11月15日(土) 会場「都市センターホテル」(東京都千代田区平河町)で開催する第10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10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。

## 平成14年度寄付金一覧 並びに ご寄付のお願い

平成14年度中に次のとおり寄付金を頂きました。(平成15年3月31日現在)  
慎んでお礼申し上げます。

基本財産		
平成14年5月	梅村富美子様 (ファイザー製薬㈱ 元代表取締役副社長 故 梅村生男氏 夫人)	2,500,000円
平成14年11月	ファイザー製薬㈱ 臨床開発部門	10,000,000円
平成14年12月	Mr. William Looney (ファイザー・ニューヨーク本社 コーポレートストラテジックプランニング&ポリシーディビジョン) (ディレクター・グローバルポリシー)	254,000円 12,754,000円
運用財産		
平成14年10月	ファイザー製薬㈱	90,000,000円

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

こうした趣旨をより多くの皆さまにご理解をいただき、当財団へのご寄付について格別のご高配を賜りますようお願いいたします。なお当財団は厚生省から「特定公益増進法人」に認定されております(平成14年3月14日厚生労働省発科第0314004号により認定更新済み。)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。