

ヘルスリサーチを語る

第10回

患者主体の医療の実現に向けて

大竹 美喜 (おおたけ よしき)
アフラック 創業者・最高顧問

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
国際医療福祉大学 副学長

経済同友会を基点として日本の医療についてご発言をなさっておられるとともに、アメリカンファミリー生命保険会社 創業者・最高顧問というお仕事自体も医療とご関係があるということで、本日は大竹美喜さんにお越し願いました。

大竹さんご自身、前立腺癌のためアメリカで治療を受けた経験がござり、患者の立場からも、日本の医療にいろいろご意見をお持ちのようです。

今日は思いのたけを語っていただきたいと思います。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：大竹さんはもう皆さんご存知だろうと思いますが、最初に、改めて自己紹介をしていただけますでしょうか。

大竹：私は日本初のがん保険を発売したアフラックを30年前に日本で設立して以来、今日までその経営一筋で参りました。しかし、32歳でアフラックと出会うまでは、世のため人のためになる仕事がしたいと思い、天職探しを続けていました。25、6歳の頃は国会議員の秘書をやっていました。私が仕えた先生は厚生族の永山忠則先生で、戦前からの国会議員でした。ずっと医療行政などをサポートされた先生だったため、その頃から私は厚生省との繋がりができました。

年金よりも医療問題の方が深刻

そうした経歴もあって、私は医療というものに対して興味を持ちました。特に皆保険制度について興味を持ち、制度ができてからずっと今日まで、私は何度も厚生省に「今が改訂のチャンスだ」と言ってきましたが、結局よいときに改訂できないまま、公的皆保険制度はここまできてしまいました。公的皆保険は国民

公的医療保険は現在かなり深刻な状況にあると考えている。

医療は「只だ」と錯覚しているところに問題がある。最低限のことを国がやり、そこから先は自己責任という「公と民の相互乗り入れ」が必要。

的な財産ですから、何度も何度も見直しされて、大事に大事にしなればいけないところが、ここに至って、今大問題になっています。

開原：大竹さんがアフラックを創業した30年前にも保険制度についての論議があったのではないですか？

大竹：はい。その頃田中角栄さんが総理大臣で、当時の主計局長と3人でお話をしたときに、「もう、日本の公的医療保険制度は崩壊する」とおっしゃっていました。これが30年前の話です。崩壊しないでここまで持っているのですが、綱渡りしているわけです。この綱渡りがどこまでもつのか、かなりシリアスな問題だと思います。“公的皆保険制度無かりせば”という議論を一度やってみたらよいと思うのです。

教育と医療は、社会的規制で結局残ってしまった。義務教育は無償ですし、医療は皆保険制度で、水や空気みたいな感じで、皆さん「只だ」と錯覚していらっしゃるところに、すごく問題があるのではないかと思うのです。

結論から言えば「公と民の相互乗り入れ」しかないだろうと思います。公的な皆保険制度は維持した方がよいに決まっている。これを無くしてしまえと言っているのではなく、最低限のことは国がやり、そこから先は自己責任で、自分が自分に投資しなければいけない。医療というのは投資すべきものだ、私は思っているのです。

開原：そうですね。自己責任でやらなければいけない部分があるというのは私もその通りだと思います。

大竹：そして、自由に選択できる。そこで初めて満足できる医療

が受けられるのではないのでしょうか。

開原：今は、公的な皆保険制度で大変よいのだけれども、それがある意味で、医療全体を支配してしまっているものですから、いろいろな規制でがんじがらめになってしまっているところもありますね。自由度が非常に無くなってきている。

今の世の中は、患者さん自体が選択を求める時代になってきていますから、これだけ強い規制の中では、だんだん満足しなくなっている人が出てきているのではないかという感じですね。

日本での診断病理のバラツキが不安にさせた

大竹：その一人が私なのです。4年前に前立腺癌を見つけていただいたときに、セカンドオピニオンのみならず、サードオピニオンまでやり、最終的にはアメリカのハーバード大学のオピニオンを取りました。

その結果、診断確定がいずれも異なっていたのです。

開原：そうだったのですか。

大竹：そこで私は不安に陥りました。

最良の治療法を選択するのに本当に悩みました。日本では「全摘」ということだったのですが、「全摘しなくても助かる方法がある」とアメリカの先生に言われました。結局、日本では受けられないけれど、アメリカではポピュラーな治療法である“永久留置法による小線源療法”を受けるために渡米しました。その後、日本に帰ってから都内の病院でピンポイントの外部照射を20日間受けたのです。

その治療法は当時はまだ放射線の規制が厳しい日本では認められていなかったわけです。

開原：もう少しその辺のところを詳しく教えていただけますか。要するに日本で複数の診断を受けたらその結果がそれぞれ違った。主治医には「手術を受けなさい」と勧められたが、最終的には当時は日本では認められていなかった“永久留置法による小線源療法”を受けにアメリカに渡ったということですね。

大竹：そうです。

“永久留置法による小線源療法”はやっと昨年からは日本でも受けられるようになりましたが、施設が整っていないのと、技術者が育っていないため、この治療を日本人のどなたでも受けられるようになるのは、もう少し先だと言われています。

開原：大竹さんが最終的にアメリカに行って治療することを選ばれた理由をお話いただけますか？

大竹：うちの会社はアメリカの企業ですから、アメリカ本社の最高経営責任者から「絶対アメリカに来て、アメリカの治療を受けなさい」と、強く勧められたのです。最初はそれに躊躇しました。できれば日本で治療を受けたいと思っていました。やはり、どうしても日本人の医師の方が安心感がありましたから。

ところが、先ほどお話しした診断確定で、あれだけバラツキがありますと、不安になってしまい、いろいろ調べていくうちに、日

本でまだ認められていない治療法を私自身がアメリカで受けてみることに意義に気が付きました。

私は医者ではないのでよくわからないのですが、外科や内科は日の当たる場所なので、志願者が多いけれども、基礎的な研究には、日本では先生方もなかなか手を上げて行かないと聞いています。アメリカだったら、各種のインセンティブがありますから、魅力があるようです。日本とアメリカでは、仕組、制度の違いがあるのではないかなと思います。

私が治療を受けたボストンの病院(Lahey Clinic)は、放射線治療を専門に行う病院で、いくつかの病院から依頼を受けて治療を行っています。いわば病院の機能分化と医療資源の適正配置が行われているのです。

また、アメリカの場合は、放射線科の医師が熟練した技術を持って治療にあたっています。技師ではなくてお医者さんです。すごい数が揃っています。ああいう方が日本でもぐんと増えていかないと、たぶん私が受けたような治療、あるいは女性の卵巣癌の治療はできないと思います。放射線科のお医者様がもっと日の当たる場所で大活躍できる環境を作ってあげる必要があるかも知れません。

開原：そうですね。

大竹：日本は、医療機器はすごく発達しているのですが、それを使う環境が整っていない。それを医療消費者もわかっていないのです。

開原：確かに、病理や放射線や麻酔が日本はなかなか日の目を見ないところがあって、従ってお医者さんも足りない。そうするとレベルもなかなか維持するのが難しいという、悪循環に陥っている可能性があると思います。

医師から「あなたがお客様なのだ」と言われた

ところで、大竹さんはアメリカへいらっしゃって、そこで治療を受けられて、向こうの病院を患者として経験されたわけですが、日本の病院とはかなり違いましたか。

大竹：まず、入院はせずに、外来で治療していただきました。

開原：アメリカで入院されたわけではないのですか。

アフラック 創業者・最高顧問。
1939年(昭和14)広島生まれ。
広島県立農業短期大学(現・広島県立大学)卒。
1974年に日本にアフラック(アメリカンファミリー生命保険会社)を設立、2003年より現職。
経済審議会「次代を担う人材小委員会」委員、「ヘルスフォーラム21」幹事などを歴任。著書に「これでもいいのかニッポン」「医療ビッグバンのすすめ」など。

大竹：ええ。アメリカに行く前に日本で診断確定していただいたデータを全部お借りして、向こうに送りました。それを参考資料としてもう一度向こうで手術前の検査をやっていただきました。それから手術当日の朝も、チーム医療の8名の先生がまたチェックしてくださいました。

医師団がチームワークを発揮してくださるので、横の連携

がものすごく良かったです。医師、看護師共に本当に親切でカスタマーサービス精神に溢れていたことに感動いたしました。

開原：その8名は、専門の違った人達だということですね。

大竹：全部違う先生方です。

それから、後でわかったことですが、ボストンで開業している日本人医師が、その病院の放射線科医と協同で治療に当たってくれていました。日本では、開業医が病院の治療に直接参加することなどほとんどありませんよね。アメリカでは、必要な場合には開業医が大きな病院の施設を使用して患者の治療にあたることも可能なのです。

また、行ったときにお医者様から言われたのは「そんなに頭を下げなくていい」ということです。「あなたの方がお客様なのだから、医者の方が頭を下げるべきなのだ」と言われました。

開原：医者自身から言われたのですか。なるほど。

大竹：とにかく至れり尽くせりでした。車から降りたら、迎えに出てくださいし、見送りもしてください。全くのサービス産業ですね。

日本では「3時間待ちの3分診療」といわれるほどですから、同じことを医師に求めるのは無理だと思います。先ほどの皆保険制度の話に戻ってしまうのですが、結局、制度そのものがお医者様たちがじっくりと患者と向かうことができない仕組みになってしまっているわけで、医師が悪いのでもなければ、病院が悪いのでもない、看護師が悪いのでもないのです。

しかし患者が「患者本位の医療」を求めている以上、日本独自のものを、新たな制度を開発していくことが必要ではないか

アメリカの医療は、徹底的な患者主体のサービス。日本との違いは、結局、制度の違いによるものであり、日本でも新たな制度の開発が求められる。アメリカでは医師や医療機関についての情報を、インターネットなどでいくらでも調べられる。日本からの患者流出はかなりの数に上る。

と思います。

また、アメリカでの治療の日、麻酔が切れて急に寒くなってきた時に通りかかった看護師に「毛布をくれ」と言ったら、与えられたのが温かい毛布でした。温めてあるのですよ。びっくりしましたね。あんな毛布を用意してあるなんて。ちょっとしたデリカシーと言うのでしょうか、こうしたところにも感謝しました。

アメリカではインターネットでいくらでも調べられる

開原：大竹さんの場合には、アメリカでは入院もなさらないで、朝行って、日帰りで治療を受けて戻られたということですね。

大竹：麻酔をされて、終わるまで、半日くらいでした。

病院は朝6時ごろから開いていて、全員勤務態勢にあるのには驚きました。行ってから何時間が待たされるかと思っていたら、すぐに検査されて、麻酔を打たれて、終わったのが昼過ぎの1時頃ですから、たぶん5～6時間くらいということでしょう。

開原：日本で手術をしていたら何日間も入院しなければならなかったかもしれませんね。

大竹：そうですね。私は、初期ではなく末期でもない、中間だったのです。日本の主治医の先生には手術を勧められたのですが、アメリカの場合、慎重に検討をしてくださった結果、「切ってもすぐに再発する可能性がかなり高いから、手術をやめなさい」ということで、手術ではない治療法を勧められました。最終的に私はアメリカでの治療を選んだわけですが、どちらが正しかったかは、私が生きている間はわかりません。

ただし、それまでに会ったことのないアメリカの医師に命を預けるわけですから、正直言いますと、やはりあまり気持ちの良いものではありませんでした。普段からお付き合いさせていただいている先生にお願いするのが普通の医療だと思いますし、そのための掛かり付け医です。

しかし、私はその先生を信頼しました。というのは、その医療機関とその先生をあらゆるところで調べたのです。インターネットでもいくらでもデータが引き出せました。そうしたら、まことに素晴らしい病院だということと、先生はアメリカでも屈指の医師だということがわかりましたから、もう、これは賭けるしかないと思ったわけです。

開原：アメリカの場合は本当に簡単に調べられますね。

大竹：手術以後、先生からは、ずっと連絡をいただいています。「何かあったらアメリカから飛んできてやる」というぐらいに、アフターケアが行き届いているのです。私が特別扱いかと思ったからそうではないようで、やはり先生が診た患者にはずっと関心を持って、見守ってくださる。心強いものです。

ところで、アメリカでは、医療を含めたアメリカの技術発展史についてレポートを作っています。日本にも無ければおかしいのではないかと、先日ある大臣に話したのですが、「日本にはそんなものは無い」と言われました。やはり日本の医療も100年間

の間にどういう歴史を経てきたか、どんなに進化したか、といったものをインターネット上で公開して、世界との比較などができるようになれば、どれほど私たちの役に立つでしょうか。

開原：そうですね。

大竹：これからは情報を皆で共有できる時代になるでしょうし、そうなれば、先生の方も楽だと思うのです。患者が勉強してきてくれば、説明が容易で、説明するところも非常に的確に説明できると思います。

かなりの数の患者流出がある

開原：大竹さんのお話は、日本の医療に携わる立場からすれば、ある意味では大変ショッキングな話なのです。日本の医療が駄目だと言われているような・・・

大竹：いえ、駄目だとは言っていません。

開原：そうではないにしても、今の大竹さんのような例が特別なものではなくて、日本人で同じことをなさる方がだいが出てきたのではないかという感じが、最近しているのです。

大竹：確かに数は思いのほか多いようです。私の知り合いでも私みたいに発表しないだけで、密かにアメリカで治療を受けた人がいます。アメリカの病院やアメリカの医師が、日本の患者をどんどんアメリカに迎え入れようという動きもあるようです。

開原：私は、昔、ジョンズホプキンス病院にいたのですが、あそこには「Johns Hopkins International」という名前の部署があるのです。私は、医学上の交流をやるころだろうと思っていたのですが、この間その人が来て「会いたい」というので、会ったら、「日本の患者を集めてくれ」と言うのですよ。ここは日本語のホームページもあるので関心のある方は見ることもできます。

(www.jhintl.net/English/index.asp)

しかも、そうした話はアメリカだけではないみたいですね。

大竹：オーストラリアとかシンガポールでも聞きますね。

彼らはビジネスと同様、医療でも、戦略的に、いろいろなものを構築します。統計学的にピンと、医療消費者に十分に説明できるようわかりやすい物を用意します。私が得た情報もそうでした。だから、私は行く気になったのです。曖昧ではなく、きちっとして、説得力があるのです。

すごいですよ。全米の最高の病院と最高の医師を全部紹介してくれるのです。

開原：日本の場合、周りが海で囲まれているから、外国へ行くというのは非常に特殊な感じがしますが、ヨーロッパなどは最近EUになってしまったから、国境を越えて、もうずいぶん患者が移動しているみたいですね。

日本の医療に欠けているものの理由とは

開原：アメリカでの治療を実際に体験なさったこともあって、大竹さんは、日本の医療に対して今のままではいけないというこ

とを、いろいろなところでご提言なさっておられます。経済同友会の中でも文章をおまとめになったともうかがっております。

大竹さんのお話からは、どうも日本の医療には何かが欠けているところがあるらしいと言わざるを得ないのですが、それは何故なのだろうかということをお話しいただければ。

大竹：私が申し上げているのは、皆保険制度そのものが妨げになっている部分があるだろうということです。もっと言えば、日本は今、「行きすぎた自由」と「行きすぎた平等」が「悪平等」を招いているということです。

1999年12月、小淵内閣のときに日本の経済戦略会議が行われ、アサヒビールの樋口さんが「樋口レポート」を出しました。そこで3つの事を言っています。まず、「結果の平等」はもうやめようということ。これからはどなたにもチャンスを与えて、「結果の平等」から「機会の平等」へということ。2つ目には努力した人は報われる社会にしようということ。3つ目はリスクへの挑戦です。

それに基づいて小泉さんはどんどん日本を変えようとしているわけです。

開原：その3つのルールは大変良いことですね。

大竹：特に2番目ですが、現在、お医者様が一生懸命努力して、報われる、あるいはインセンティブがあるかと言えば、無いですね。

開原：他のセクターでは、今の3つの原則はかなり実現し始めていると思うのですが、こと医療の世界では・・・

大竹：教育の世界もそうなのです。農業もそうなのですが、それは別として、教育の方は文科省がかなり真剣に考え始めていますから、残ったのは医療なのです。

医療には社会的規制がありますね。かつての銀行もそうでした。護送船団行政で、一番スピードのないところに合わせて、一行も潰さないという保護政策をとってきたのです。同じことが医療にあるのではないかと思います。保護政策で競争させない。しかし、それによって誰が被害を受けるのかというと、医療消費者なのです。選択もできないのですから。

黒船が来る前に

開原：一方で今の話をすれば、必ず出てくる反論は、「金持ちだけが良い医療を受けることになる」という話です。

大竹：他の分野を見れば、飛行機にもファーストクラスもあればエコノミークラスもあるし、エグゼクティブもある。何故医療にこれが駄目なのかというのは、全然理に適っていない

と思います。

米国政府は、教育と医療の分野で日本のマーケットをオープンせよと、突きつけている。私はこれがどんどん進むと思っています。恐らく日本の国内で自分たちの力で何とか切り開かなければ、黒船は来ますね。そうなった時には遅すぎるのではないかと。日本の金融ビッグバンだってさんざん荒らされて、もうどうしようもない状況になっているのですから。

開原：この場合は黒船が来るのか、患者さんが逃げ出す場合もあるのではないかと心配になっているのです。結局同じなのかもしれません。

大竹：しかし、日本の先生方は優秀でいらっしゃるし、素晴らしい医療ができるはずですから、私は黒船の力を借りることなく、制度だけを変えればよいのではないかと思います。アメリカのお医者様も日本に来て、日本のお医者様を指導してくれることがあってもよい。日本の先生ももっと海外に学びに行き、帰ってきてもらえばよい。

開原：こういう制度を作った人は、それが良い制度だと思い、平等が良いと信じてやっていると思うのです。私も医療提供者側の人間ですから正直いってその意見に賛成な部分もあります。ですから、提供者側から変えろと言っても、難しい話でしょう。医療を受ける側が「今の日本の社会は平等すぎるため、我々が受けられるべき医療を十分受けられないではないか」という意見を強く言ってもらわないと、日本社会はなかなか変わらないという感じがするのです。

日本の医療消費者が目覚めるためには

大竹：ただ、一般の国民は「こんなものだ、これ以上のことは望めないのだ」とあきらめている人が大多数ではないでしょうか。患者やその家族の立場というのはただでさえ不安だし、弱者ですから、お医者様に対等な立場で意見することはなかなか難しい。むしろ「逆らったらえらい目に遭うかもしれない」というぐら

日本は「行き過ぎた自由」と「行き過ぎた平等」が「悪平等」を招いている。
黒船が来る前に制度を変えるべき。
医療を受ける側からの「本当に良い医療が欲しい」という声が高まらないと、日本の社会は変わらない。その為の「環境」作りが必要である。

いの気持ちを抱きがちなのではないのでしょうか。

そうすると、開原先生が望んでいらっしゃるように、医療消費者を目覚めさせ、「本当に良い医療が欲しい」と言わせしめるには、“環境”をどう作るかということなのです。そのためには、正しい情報を提供して、患者サイドに築かせる環境、インフラ作りが不可欠になります。

どこを切り口に始めたらよいかという、だいぶマスコミが騒ぎ始めていますが、医療過誤の問題も一つでしょう。アメリカでは法廷で医師同士で討論をやります(カンファレンス方式)。日本の場合であればどこまで進んだのかわかりませんが、やはり医師でないと、ミスかどうかというのはわからない。わからないまま闇の中に葬り去られてしまう。

開原：最近、医学関係者でも、そういう証言に立とうという人は、だいぶ増えてきていますね。

大竹：そういうことが行われて、患者も信頼して、納得することができる。社会がそこまで育たないといけないと思うのです。

経済同友会の提言 - 3つの柱

開原：しかし、世の中を変えるというのは本当に難しいものだなと思いますね。

大竹：変わるのは国民全体の責任なのです。国民が本気にならない限り、改革は進みません。

今回こういう対談のチャンスを与えていただき、もちろん読んでくださる方は相当良いヒントを得ていただくに相違ないのですが、一億数千万人全員がこれを見てくださるわけではないので、そういう人にどうやって伝えていくかが課題ですね。

開原：そこで、現在、経済同友会でいろいろ議論をされているということを漏れうかがっています。そこでは、変えていくためにはどうするべきだとおっしゃっているのですか。

大竹：私は今年の提言作成にあたって座長を務めました。今年は正式に医療制度改革委員会を設置し、これにはファイザー株式会社の岩崎壽務にも副委員長をやっていただき、座長の竹川節男さんを中心にまとめていただきました。

ここでは、改革の方向性というものが示されているのと、医療先進国にならなければいけないということが強く訴えられています。医療はものすごいスピードで進んでいますので、今回はお医者さんも入っていただき、医療提供者の立場と受ける側の立場の双方から、活発な議論を重ねていただいております。

その提言書では供給体制の改革には3つの柱があると、整理されています。

第一に、「多様で質の高い医療サービスの提供を努力した医療機関が、適正に評価される環境整備」で、医療の規制緩和による競争促進をやるということですが。

第二点は、「規制緩和による弊害の発生を防ぎ、患者の安全を守るための体制作り」です。優れた技能を有する医療従事者

を十分に確保し、患者の権利を守る制度的枠組みを整備することが、国民の医療に対する不信を払拭することになる。ところが、この「良い医師を確保する」あるいは「良い看護師を確保する」ということは、大変なことらしいのです。大都市でも不足していると言われていて、ましてや地方ではなおさらではないでしょうか。

第三に「世界先端の医療サービスが、日本の国内で受けられ、ひいては世界にも送り出せることを目的とした、医療周辺産業の振興」です。例えば東京のお台場に「医療機関がコアになって、その周辺の産業の振興をやるのではないか」ということで、議論もありますが、実際にこれを実現するためには、相当な年数を要するだろうと思います。しかし、世界の方が、あるいはアジアの方が東京に来て最高の医療を受けるということは、立派な外交だと思ふのです。日本で治療を受けたその国の指導者が日本顧問になります。

開原：この前、李登輝さん(元台湾総統)元、わざわざ日本へ来て治療を受けて帰られましたね。

大竹：提言書には、「医療事故紛争の裁定を行う第三者機関の設置」ということも言っています。医療訴訟を起こしても、結局、裁定する人がいない。裁判官の中にはいませんし、弁護士でも多少そういう専門の方が始まったところなんです。結局は殆ど示談になってしまう。こんなことでよいのだろうかということです。

“アメリカンホスピタル”

提言書作成に当たっては、日本人で、アメリカの医療現場で活躍している方々のレクチャーも受けているようです。この方は2カ国を見ており、別にアメリカを賞賛なさるわけではないのですが、アメリカから日本を見て、先ほど開原先生がおっしゃったような問題点を、非常に残念に思っているようです。

日米の医療サービスの質の差というものを考えた場合に、私はやはり論理的且つ統計的な意味のある明確なメッセージを出していくことがすごく大事だと思うのです。

開原：教育の世界で私が非常に面白いと思っているのが、日本人でありながら子どもをわざわざ日本にあるアメリカンスクールに入れる人達がいることです。ですから、医療の世界も「アメリカンホスピタル」みたいなものを、日本で作ったらよいのではないかなと思うのです。それは結局は「特区」の考え方になるのだろうと思うのですが、それで、患者さんがどちらを選択するかを見る。アメリカの方がいいと思う人もいるかもしれないし、日本がいいと思う人もいるかもしれない。選択の幅を広げるためには情報が重要ですが、「アメリカンホスピタル」であればアメリカはこうなんだというのがわかるわけです。何かそういう仕掛けができると、すごく良い啓発になるという気がしています。

大竹：日本の医療法ができたのは昭和23年ですが、それから根本的に見直されていないということが問題ではないでしょうか。憲法だって今議論されているのに、どうして医療法が議論されないのかが、不思議ですね。

国民が自立することが大事

開原：私はインターンを、日本にあるアメリカの基地の中の病院でやったのです。立川に、その頃エアホースホスピタル(空軍病院)というものがありません。軍の病院で、それほど程度が高かったとは思えませんが、そこで私はアメリカの医療を経験しました。同時に日本の病院とも少なくともインターン制度を比較できるような立場にあったもので、非常によかったと思います。

やはりアメリカの基地の中の病院の方を「なかなかよい」と思いましたね。軍の病院ではありましたが、大竹さんが言われるように、患者には親切でし、医者はよく説明していました。

大竹：結局、「人間愛」と言うのでしょうか、このあたりが違うのではないかと思います。

医療に関しても、アメリカでは、ホームレスで医療費が払えなくても、病院に担ぎ込んで医療を行っています。非営利団体でもそれだけの資金が積んであって、そういった方々に手厚い医療を施しています。このあたりは全然日本で発表されていなくて、「アメリカでは、保険が無いから見捨てられている」「アメリカは金持ちしか受けられない医療だ」などと言っているのは間違いなのです。

開原：確かに、向こうはお金を取りっぱぐれるということを見込んで、その分の予算を取っていますね。

大竹：銀行の貸し倒れと一緒にですね。

開原：私はアメリカの病院の予算を調べてみたことがあるのですが、日本と大変違っているのは、まず寄付が収入の面ではすごく大きいことです。

大竹：そこが日本で必要なのです。国が財政で行き詰まったのだったら、金持ちが病院や学校にどんどん寄付できるように、税制を見直さないといけない。医療費が厳しくなっている中で、国民は「もっと出せ」とわがままを言うが、無いものは出せない。国民が金持ちなのだから、今度は国民が国を助ける、病院を助ける、学校を助けるという番になっていると思うのです。

開原：また、アメリカの病院の予算では、先ほど言ったような「取りっぱぐれ」の部分が、大きな値としてちゃんと出てくるのです。不思議なもので、ああいう非常に合理的な国であるにもかかわらず

らず、そういう、ある意味ではボランティア的なものが、収入にも支出にも出てくるわけです。

大竹：だから、国民が自立する、大人になるということが大事なのではないでしょうか。対談の始めにも言ったように、「自分の責任は自分にある」「国ができることは限界がある、だから、あとは自分で始末する」という国民性にならないと、良い関係が構築できないのではないかと思います。

開原：結局、やはりそこに行き着くのかもかもしれませんね。

大竹：ええ。健康というものは、自分自身で努力して維持するということでしょう。

そして一方で、生まれてくる前から母親教育をきちんとおいて、生活習慣病に罹らないようにする。そうした予防医学というものもどんどん発達させなければなりませんね。

公的保険と民間保険の補完

開原：そういう意味では、公的保険は7割になったわけですが、私は、8割まで保険が負担することにして、その代わり内容を限定する。自己負担が安くなった部分を個人が使って私的保険に入るというのも一つの考え方ではないかと思うのです。自己努力で、私的保険を払っておいて、カテゴリーによっては多少は選択の幅の広い医療を受けることを認める。もちろん、保険料を払えない人に対しては、アメリカのMEDICARE、MEDICAIDのような別のシステムは必要ですが。

大竹：やはり国と民間が双方で補い合うというのが一番望ましいことですね。

開原：そうすると今の保険財政も、ずいぶん助かるはずですよ。公的保険の支給に差を作ることはできませんが、私的保険にいろいろなカテゴリーを作り、金持ちには喜んでたくさんお金を払ってもらって仕組みを作る。そうやっておいて、公的保険の方はベースのところをがっちり守るといことは、私はあなたがち人間性に反することではないような気がします。

大竹：私は、西洋医学、東洋医学など、あらゆる医療を日本の医療消費者がもっと受けられるような国にするべきではないかと

今は国民が国を救うべき時代。その為には、国民が大人になり、「国のすることには限界があり、それ以上は自己責任である」という自立した国民性になることが必要。

素人分かりする形で医療消費者に情報を提供していくことが、少しずつ問題を解決していく。

思います。また、どんなに医療が発達しても、必ず限界があると思いますから、患者もそれを知るべきです。その上で、お互いに納得できる本音の話し合いができないと、この問題はお互いに被害者意識を持ってしまって、収まらないと思うのです。

そうした中でどのような組立をするべきかということが問われるのではないのでしょうか。そこには、社会正義とか倫理感覚というものが、当然必要になってくるでしょう。双方がきちんと納得いくように、開原先生を始め諸先生方にリードしてもらいたいです。それだけに、開原先生のご専門の「情報」が、できるだけ素人分かりするようなものであることが望ましいと思います。

情報化社会は権威の崩壊

開原：そうですね、患者さんに納得させるという意味でも情報は大切だし、それからアメリカの医療はこのようになっているという情報がある程度分かることも非常に大事ですね。そういうことが、遠回りのようだけれども、この問題を少しずつ変えていくことは確かだと思います。

大竹：私は情報は押さえられないと思うのです。全世界の情報が何でも検索できて、全部取れる時代です。だから、隠しようがない。それだったら、正直に全部出す方が、むしろ信頼関係が成り立つのではないのでしょうか。

開原：東ドイツを崩壊させたのは、ベルリンのテレビ塔だと言われています。東ベルリンの人たちはベルリンのテレビ塔から西ドイツのテレビ番組が見られるものだから、情報がどんどん入ってきてしまって、「これはおかしい」とみんな思い始めたということです。

大竹：日本は語学のハンディがあるからまだ救われているのですが、たぶん近年のうちに、5ヶ国語くらいは自動翻訳できる機能がテレビの中にセットされると思います。そうすると、誰でも語学のハンディが無くなってしまい、もっと情報が身近なものになってくる。そうすると権威で生きていた人間は権威を失い、実力のある人だけが評価され尊敬される時代になってくるわけです。

お医者様ももっと自己投資なさって、もっと腕を上げることが当然必要になってくる。そのためには、勉強できるような、ある程度余裕がある時間を先生に与えないと、先生方は腕を上げられない。そうするとまた仕組みの問題になってしまうわけですね。

開原：時間になりました。今のところをまとめていただいて、今回の対談を終わらせていただきます。

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: 03-5309-9882

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 3 編 -

平成14年度国際共同研究

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

研究期間 2003年2月1日～2004年1月31日

代表研究者 日本大学薬学部 教授

白神 誠

共同研究者 ソウル大学保健大学院 教授

Bong-min Yang

共同研究者 日本大学薬学部 専任講師

亀井美和子

1. 緒言

医薬分業は、13世紀に欧州において、医師の処方箋を薬剤師が調剤することで患者の安全性を確保することを目的として導入された仕組みである。東洋医学の歴史を持つ日本および韓国の医療制度においては、近年になって医薬分業制度が導入された。両国の医薬分業の導入経緯には違いがあり、日本では任意分業として昭和49年以降に徐々に進展し現在の処方せん受取率が約50%に近づきつつあるのに対し、韓国では1999年7月に強制分業に踏み切ったばかりであるが院外処方せん発行率は100%に近い状況である。しかし、いずれの国においても医薬分業の進展や導入が必ずしも国民のコンセンサスの下に行われたものではないという共通点がある。すなわち、任意分業とはいえ日本における最近の医薬分業の急激な進展は処方せんを発行する医療機関側の経営上の選択に負うところが大きいからである。そこで、本研究では、医薬分業を消費者の立場から評価することを試みた。

2. 日本における医薬分業に対する消費者の評価

(1) 調査の主旨

わが国における医薬分業は、十数年間で急速な広がりを見せており、平成14年には院外処方せん発行数で約5億枚、処方せん受取率も全国平均約49%に達し、さらにのびる勢いである。これに伴い、薬局調剤医療費も大幅に増加し、平成13年度で3兆2703億円、国民医療費の10.4%を占めている。歯科・医科の医療費が1%台の微増にとどまっているのに対し、調剤のみ前年度比16.5%の増加と、大幅な伸びを見せている。

このような中、これまで医薬分業を積極的に推進してきた政府や保険者の医薬分業に対する評価がわりつつある。医薬分業においては、同じ薬剤を院内において交付された場合と比較して診療報酬上では割高になる。つまり、医薬分業が割高である以上は、余分にお金をかけるかわりに、それに見合うものが得られているのかということが問題になってきた。

そこで本研究では、医薬分業を総合的に評価するための指標として、仮想市場法を用いて一般消費者（生活者）における医薬分業の便益を測定することとした。

(2) 調査対象者および実施方法

調査対象は、全国の満20歳以上の男女2,000人とした。これらは、全国の住民台帳から層化副次（二段）無作為抽出法により選出されたものである。調査は、平成15年8月8日から11日に、調査員による個別面接聴取法によって行った。WTP（willingness to pay）の質問方法は、回答者にシナリオを提示して、シナリオに記述されたある健康利益に関して市場が現実存在すると仮定し、それに対して最大いくら支払う意思があるのかを示すことを求めるものである。本研究におけるシナリオには、医薬分業下で行われる薬局薬剤師によるファーマシューティカル・ケアの場面として、薬局薬剤師は、患者一人一人の処方せんを点検していること、必要に応じて患者さんに質問をしたり、薬に関する説明を行っていること、点検の結果必要とされた疑義照会によって院外処方せんの1.2%（1,000枚中12枚）が処方変更されたこと、変更されなかった場合に、すべてのケースで重大な副作用や事故を起こしたとは断言できないが、医薬分業によりそれらを未然に防ぐことが出来たこと、を説明した。このシナリオを提示した上で、これらの医薬分業下で行われるサービスに対して薬を受け取ることに支払うWTPを質問した。WTPは300円を起点とするbidding gameによって質問した。調査票では、このほかにWTPに影響を及ぼすと思われる収入などの患者属性、及び、医薬分業の経験やかかりつけ薬局の有無、医薬分業に関する意見を質問した。1,000円を支払う意思がある者には、WTPの最大値を回答してもらったが、分析においては1,000円を上限とした。

(3) 結果および考察

調査対象者2,000人からは、1,371人の回答が得られた（有効回答率68.6%）。回答者の性別は、男性

632人(46.1%)、女性739人(53.9%)、年齢は20～30代403人(29.4%)、40～50代544人(39.7%)、60才以上424人(30.9%)であった。

WTPは、平均値295.8円(標準誤差330.5円)、中央値150円であった。平均値は男女間で差が見られ、男性が313.1円、女性は294.4円であり、世帯年収および職種と関連性があると思われた。年齢別では、高齢者層において平均値が高い傾向がみられた。これは後に述べる医薬分業の経験等が関連していると考えられた。WTPは収入に影響を受けるといわれているが、本調査結果においても世帯収入とWTPとは正の相関関係が認められ、年収が高いほどWTPが高いことが示された。

また、医薬分業を経験している人の平均値は303.8円、経験がない人は261.4円であった。かかりつけの薬局があると回答した者の平均値は379.5円であったのに対し、そうでない者は264.5円であり、医薬分業を経験し、かかりつけの薬局でファーマシューティカル・ケアを受けた可能性がある人のほうがWTPが高いことが示された。さらに、医薬分業が医療の安全性の向上に貢献しているかの質問に対する回答別のWTPは、医薬分業への評価が高ければ高いほどWTPの中央値は高い傾向がみられた。また、評価していない者は、中央値、平均値ともに低い傾向がみられ、医薬分業に対する評価がWTPに反映されていることが示された。

(4) 結論

WTPは、評価しようとするプログラムによる便益を未だ受けていない人に対して、仮想のシナリオを示して金額を尋ねるのが一般的である。しかし本研究に関して、医薬分業を経験していたのは、有効回答1,371のうちの79.9%である1,095人にも上った。また、疑義照会・薬歴作成などの薬剤師が現在薬局で行っている業務について一定の理解をもっている一部の回答者にとっては、すでに受けているサービスに対して、追加の費用を払うことを尋ねるといったことになってしまったとも考えられ、今後は質問の方法、シナリオの設定、回答者の選抜方法などを検討する必要があるだろう。しかしながら、本研究結果においては、医薬分業の経験がある者および利用している薬局がかかりつけ薬局である者のWTPが高いことが示され、医薬分業を経験した人における医薬分業の評価は決して低いものではないことが推察できた。また、医薬分業が医療の質の向上に貢献していると思うほどWTPが高くなる傾向が示されたことより、WTPが医薬分業の評価の測定に応用できる可能性があると考えられた。

3. 韓国における医薬分業に対する消費者の評価

- (1) 韓国の医薬分業
- (2) 統計から見た医薬分業による薬剤使用の変化
- (3) 医薬分業に対する消費者の反応
- (4) 医薬分業の費用と薬物乱用減少による健康増進効果の推計
- (5) 結論

紙面の都合により省略します

4. 結語

本研究は、日本および韓国における一般消費者による医薬分業の評価を主に経済性の観点から分析した。日本における医薬分業での薬局サービスに対するWTPは、医薬分業経験者や医薬分業が医療の安全性に貢献していると思う人ほど高く、医薬分業の評価の指標としてWTPを把握することが有用であると思われた。また、韓国においても医薬分業の導入が医薬品使用の状況に変化をもたらし、国民の健康増進にも寄与していることが示された。本研究で行った消費者による評価を今後も継続して実施することで、医薬分業の質が向上しているかどうかを推測することが可能と思われた。

フルレポートををご希望の方は、財団事務局までご請求下さい。

平成14年度国際共同研究

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 -

研究期間	2002年11月1日～2003年12月31日		
代表研究者	東京医科歯科大学大学院保健衛生学科総合保健看護学専攻小児・家族発達看護学教授	廣瀬たい子	
共同研究者	ワシントン大学看護学部 準教授	Rebecca Kang	
共同研究者	ワシントン大学看護学部 準教授	Andrea Kovalesky	
共同研究者	東京医科歯科大学大学院保健衛生学科総合保健看護学専攻小児・家族発達看護学助教授	澤田 和美	

本研究は、わが国における乳児期の子どもと母親への育児支援サービスを効果的に提供する方法の検討を目的として、日米の低出生体重児とその母親に対する育児支援サービスの種類、提供の方法、制度の比較調査を行った。わが国では、母子保健法に基いて誰もが等しく、公平で均質のサービスを病院

NICU、保健所、市町村保健センターから受けることができることが建前である。しかし、米国には母子保健法に該当する法律に基づいて全国一律のサービスを提供するという制度は存在せず、公的医療保障制度も整備されていない。そのため、それらを補完すべく大学や民間機関、非営利団体等による独自の活動や試みが行われている。特に、看護職が中心となったユニークで多様な育児支援が行われ、親子の愛着形成、発達促進、虐待防止等の成果が報告されている。そのような根本的な相違に着目し、低出生体重児とその母親に対する育児支援について2つの日米比較調査を実施した。

第一の調査は、日米の地域における低出生体重児に対する育児支援サービスの種類、提供方法について、調査者が病院NICU医師・看護師、保健所・市町村保健師や訪問看護師、臨床心理士等を訪問、聞き取り調査を行った。また公刊物やインターネット配信情報から資料を得た。第二の調査は、共同研究者のBarnard、Kang博士らがシアトル地域で開発した低出生体重児とその母親に対する育児支援法を用いた介入調査であった。東京・千葉地域の低出生体重児の家庭訪問を実施した。その結果、上述した制度と文化・社会・経済・医療・看護の背景に裏付けられた大きな相違が明らかにされた。要約すると、日本は広く、薄く、公平にすべての対象母子に公的育児支援サービスを提供し、NICU入院日数が長いのにに対し、米国は利用者の自助努力を前提としており、それができない身体的・社会的にハイリスクの母子にのみ、官民双方による独自性豊かな育児支援サービスを提供していた。また、多くの児が36週以前に退院を余儀なくされ、地域での看護や育児支援が不可欠であった。

平成14年度国際共同研究

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

研究期間 2002年11月1日～2003年10月31日

代表研究者 世界保健機関 (WHO) Team Leader

渋谷 健司

共同研究者 帝京大学医学部・衛生学公衆衛生学教室 教授

矢野 栄二

共同研究者 ハーバード大学・基礎社会学研究センター 教授

King Gary

目的:

わが国においてはC型肝炎 (HCV) による罹患・死亡数が急増しており大きな社会問題となっている。それに対応して、抗HCV抗体を用いたスクリーニングがある集団を対象に導入されることになった。しかし、最もHCV陽性率の高い成人男性集団には職域での肝機能検査が義務付けられているのみである。さらに、ランダム化臨床試験が行われていないHCVスクリーニングが果たして健康改善に寄与するか否かは知られていない。そこで本研究では、数理統計モデルを用いた 1) HCVスクリーニングを成人男性にも広げた場合の費用 - 効果分析と 2) HCVによる肝癌の発生・死亡率の将来予測を行い、わが国のHCV対策のための政策上の提言を行うものである。

方法:

わが国の1972 - 2001年度の人口動態統計を用いて肝癌による死亡率の推移を分析した。Poisson回帰分析を用いて年齢、年次、出生コホート別の作用因子を推定し、さらにコホート作用の将来予測をARIMAモデルを用いて行った。抗HCV抗体スクリーニングの費用 - 効果分析はdecision treeとマルコフモデルを用いて、40, 50, 60歳の男性コホートのシミュレーションを行った。

結果:

現在観察される肝癌死亡の増加は主に1930年代の出生コホートの影響によるものと考えられる。このコホートはHCVへの暴露の確率が非常に増加した時期と一致している。コホート作用はその後には次第に減少していくと予想され、肝癌死亡は2010 - 2015年ころまでは増加するがその後は減少に転じると推定される。一方、抗HCV抗体スクリーニングの導入は現行の肝機能検査に比べて非常に対費用効果が高いが、これは主に費用の軽減によるものであり効果が大きく増えるわけではないことが示唆された。抗HCV抗体スクリーニングで最も効率が良いのは40歳でHCV抗体検査を一度行うことであった。多変量の感受性分析でも効果においては、既存の肝機能検査と抗HCV抗体スクリーニングとでは大差が無いことが示唆された。主な変数のうち、被験者の年齢、IFNの効能、HCVの効能、HCVの有病率が費用 - 効果比に最も大きな影響を与えた。

結論:

HCV感染は出生コホート作用が強く、肝癌による死亡数は増加を続けるが、HCV感染者数ならびに肝癌死亡率は低下していくことが予想される。現在のレベルでの有病率では、既存の肝機能検査に比べて40歳代で抗HCV抗体検査を行うことが望ましいが、将来的にはより対象を絞った検査が必要になるであろう。

第1回ヘルスリサーチワークショップ 実施内容決定、参加申込み受付を開始

財団本年度の新規事業ヘルスリサーチワークショップは、下記メンバーによる世話人会が充足し、同会において第1回目ワークショップの開催に関する具体的な実施内容が決定しました。

ワークショップ事業の基本的なスタンスは「出会い」と「学び」であり、多彩な人材が参加して、出会い、そして楽しく学ぶことが最大の目的とされています。

これに従って第1回のワークショップのテーマは「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」と決定（P13趣意書及びP14～15世話人からのコメント参照）。

30名の参加者は、推薦枠とオープン参加枠で構成されます。6月下旬より参加申込みの受付が行われています。

世話人会
(50音順・敬称略)

幹事	中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科 教授
	平井 愛山	千葉県立東金病院 院長
	福原 俊一	京都大学大学院医学研究科医療疫学分野 教授
世話人	今井 博久	宮崎大学医学部公衆衛生学講座 講師
	岩崎 博充	ファイザー(株) 専務取締役
	川越 博美	聖路加看護大学看護実践開発研究センター 教授
	菅原 琢磨	国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 専任講師
	中島 和江	大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 助教授
	中村 洋	慶應義塾大学大学院ビジネススクール 助教授
アドバイザー	開原 成允	国際医療福祉大学副学長・同大学院長

第1回ヘルスリサーチワークショップ

テーマ：赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで -

開催日：平成17年1月29日(土)・30日(日)(1泊2日)

開催場所：ファイザー(株)アポロラーニングセンター(東京都大田区)

参加者：約30名(世話人・財団選考委員による推薦参加者とオープン参加者)

プログラム概要：第1日目

12時	受付/集合
12時～13時	昼食
13時～14時	オリエンテーション
	チームビルディング
14時～15時	講演
15時～18時	分科会(グループ別)
19時～21時	レセプション

第2日目

8時～11時	分科会(グループ別)
11時～12時	グループ別発表/討議
12時～13時	昼食
13時～15時	グループ別発表/討議
15時～16時	総括討議/纏め
16時	解散

イメージキャラクター
あかひげくん



オープン参加者申し込み受付中!

オープン参加枠：6～7名程度

参加要件：下記分野の将来性ある若手研究者又は実務担当者(年齢は不問)

共通言語は日本語(国籍は不問) 尚、動機書(800字)の提出と推薦者が必要です。

1.ヘルスリサーチ分野

経済学者、統計学者、経営学者、社会学者、心理学者、人類学者、哲学者、教育学、法学者、倫理学者、医療疫学者、保健学者、医療マネジメント学者、医療情報学者、医療政策学者、医療システム学者、ゲノム医学者

2.保健・医療分野

医師およびコメディカル(看護師、保健師、薬剤師、ケアマネジャー、カウンセラー他)

3.行政分野

保健・医療政策の立案担当者、保健・医療政策の実施担当者

申込期限：平成16年7月30日(金)当財団事務局必着

選出方法：申込者多数の場合は、世話人会にて選出し、平成16年9月末日頃までに本人に通知

申込方法：当財団ホームページを通じて申込書をダウンロードしてお申し込み下さい。

<http://www.pfizer-zaidan.jp>

参加費無料

ファイザー・ヘルスリサーチ・ワークショップ 趣意書

「赤ひげ」を評価する
その実像と虚像のはざままで

玄關の庇はゆがみ、屋根瓦はずれ、両翼の棟はでこぼこに波を打っている「小石川養生所」。江戸末期、長崎でオランダ医学を学んだばかりのエリート青年医師の保本登（加山雄三）は、そこで出会った「赤ひげ」こと新出去定（三船敏郎）に感化され、人間愛に目覚めていく。小石川養生所での勤務を続ける覚悟をきめ、「医は仁術であることを・・・」という登にむかって、「赤ひげ」はこう言い放つ。

「仁術どころか、医学はまだ風邪ひとつ満足に治せはしない。病因の正しい判断もつかず、ただ患者の生命力に頼って、もそもそ手さぐりをしているだけのことだ。しかも手さぐりをするだけの努力さえ、しようとしなない似而非（えせ）医者が大部分なのだ」

山本周五郎原作の名作「赤ひげ診療譚」（1959年）を巨匠黒澤明監督が2年がかりで映画化したのは、1964年のことであった。

その後、「ネパールの赤ひげ」、「ドヤ街の赤ひげ」、「ナース革命と赤ひげ」といったように、庶民の味方をしてくれる医療の代名詞として「赤ひげ」という言葉は急速に一般化していった。山本周五郎の原作が出版されてから映画化までのわずか5年の間に、国民健康保険制度が全国に普及し、1961年には国民皆保険が達成された。日本国憲法第25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という精神に則った国民皆保険の達成の時期に、これほど「赤ひげ」が人びとの共感を呼んだのは、なぜだろうか？

そして、1973年に手塚治虫が「週刊少年チャンピオン」で「ブラックジャック」の連載を開始し、最近では、立花隆が「コミックやノンフィクションを超え、知・情・意のすべてを錬磨する新しい情報メディアとなった」と絶賛した佐藤秀峰の「ブラックジャックによろしく」が爆発的な人気を呼んだ。「赤ひげ」は、これら連綿とつながる日本の医療をめぐるトリック・スターの嚆矢であったと見ることもできる。

この「赤ひげ」に代表される理想の医療像を、EBM（Evidence-based Medicine）に基づいたヘルスリサーチの視点から、評価してみたいと考えた。

例えば、小石川養生所の経費ははじめ年額700両、のちに840両になったが、病室がふえるのと反比例して、幕府の経費削減にあい、その後は削減されていく。経費の削減をいきどおりつつ、「赤ひげ」は若岐守の診察をして50両の薬代をとりたてるなど、抜け目なく経済的な再建を行っていく。金持ちからは多額の診察料を徴収し、貧者には無料診療を行う。医療経済学の視点から、将来の日本で「赤ひげ」的診療は可能なのであろうか？

また、はじめは「赤ひげ」の見立てに反発していた保本登も、失敗を重ねていく中で成長し、長崎遊学中の筆記と図録をすべて提出し、彼の学んだことは養生所の共有財産となったという。ここでは、師の後姿を見て成長していく若き医師像に焦点をあて、古き良き修業時代の原型が描かれている。しかし、教育機関で習得した教育内容が急速に時代遅れになっていく現代において、「赤ひげ」の再生産、すなわち、保健医療に関する教育システムとその評価はどうあるべきであろうか？今年から始まるあらたな卒後臨床研修システムは、全人的医療を実践する医師の育成を目指しているが、「赤ひげ」の再生産につながるのだろうか？

また、「赤ひげ診療譚」では、5名の番医の活躍は描かれているが、看護師も理学療法士も姿を見せない。スーパースターひとりだけで医療ができるはずがない、という医療関係者の常識は多くの物語では無視されがちである。「赤ひげ」的医療の中で、グループ診療やチーム医療をどう位置づけるべきであろうか？さらに、医療機関の機能分担と連携の推進という医療の枠組みそのものが変わろうとしている中で、現代の「赤ひげ」には、チームリーダーとして何が求められているのだろうか？

そして、いまの日本で、「赤ひげ」や「ブラックジャック」がもてはやされるには、それなりの理由がある。医療への不信と同時に、その裏返しとしての理想的な医療への幻想。医は算術ではなく、仁術なのか？医療のスーパースター、カリスマ医師や看護師を生み出そうとするジャーナリズムの志向も含めて、人びとのニーズ（needs）とウォンツ（wants）を冷静に評価する必要がある。

今回のワークショップでは、「赤ひげ」に代表されるいわゆる理想の医療像をモデルとして提示し、EBMの視点に基づき、自由な討議を行う予定である。医師や看護職といった専門職だけでなく、経済学、哲学、人類学、心理学などの幅広い関連分野、行政やジャーナリスト、NGO/NPOなど、いろんな立場や背景をもつ人びとに参加していただき、自由闊達に議論する場を提供していきたい。予定調和的な結論や小賢しい提言はまったく不要である。実態をしらない大風呂敷といわれようと青二才の空想と貶されようと、かまわない。この21世紀に通用する理想の医療像をヘルスリサーチの視点から語り明かすことに、このワークショップの意義を見出したい。

いろんな立場の人びとが出あい、ともに学びあうことにより、新しい時代のヘルスリサーチがはじまり、真に学際的な研究が芽ばえることを期待している。

ヘルスリサーチ・ワークショップ世話人一同

世話人からのメッセージ

幹事 中村 安秀

多民族多文化の国びとが暮らす途上国において、乏しい財源と人材を最大限に活用して、人びとの健康を増進し、必要なときに適正な医療を提供するために、ヘルスリサーチは必要不可欠でした。私自身は、国連機関や国際協力の活動において、現場での実践活動と創造的な研究を結びつける必要性と学際的アプローチによる研究推進の重要性を痛感しました。日本においても、原則的な状況は同じだと思います。アカデミックな研究を実践に応用すると同時に、現場での実践をアカデミックな研究の推進にフィードバックする有機的な研究システムの確立が求められています。とくに、今回のワークショップでは、多岐にわたる分野を横断し、専門分野で培われた経験や分析技術を基盤にしたうえで学際的な議論を行うこと、すなわち、混ざり合うこと（チャンブール）から新しいヘルスリサーチの種まきが始まることを確信して、キックオフを心待ちにしています。

幹事 平井 愛山

私は、長年、医療の実践と研究開発の現場に携わって来ました。平成13年、県立病院長として「健康ちば21」（「健康日本21」の千葉県版）の策定作業および都道府県立病院としては初めての女性専用外来の開設に関わるなかで、エビデンスに基づいた保健医療行政が今こそ必要なのだと思うようになりました。それが私とヘルスリサーチの出会いでした。医療事故の報道が相次ぐ中で、安心してかけられる医療機関を求める市民の声は日に日に強くなっていきます。また、地域医療においては、医師不足問題が大きく取り上げられています。一方、電子カルテなど医療を支える技術基盤にも大きな変革がおきています。このような保健・医療の激動の時代にあっても、ヘルスリサーチは21世紀の日本がめざす保健・医療の旗手になると確信しています。今回のワークショップでは、様々な分野の方々のホットな語り合いが、ヘルスリサーチとの出会いにつながる事を期待しています。

幹事 福原 俊一

日本人にとって赤ひげとは何だろう？

1. 利益を度外視して、患者にとって最善の診療を誰に対しても公平に行う。
 2. 一見怖いのが、患者の立場にたって親身になって診てくれる。個々の患者の背景（家族、職業、価値観など）に配慮し総合的に判断する、従って患者の意思ではなく自分が判断し決める。その代わり責任は最後まで持つ。
 3. 患者（病気）を、身体の部品（の故障）としてではなく、全体として診てくれる。
- 上記のような理想の医師像を赤ひげに求める心理が今も日本人に根強くある一方で、
1. 差額や謝礼を払ってもきれいで快適な病室に入りたい、自分だけは特別な扱いを受けたい。
 2. 医師のパターナリズムはけしからん、患者に意思決定をさせるべき。（でも結果責任は医師がとるべき）
 3. 高度に専門分化した最先端の医療を受けたい。（実は検査や薬が好き）

というようなむしろ逆のことを医師や医療に求める傾向もある。

今回の「赤ひげを評価する」というテーマは、現在の医療を評価するだけでなく、「赤ひげを求める心理を評価する」ことも含むと理解している。さらにその心理の背景には、システム、歴史、文化、など多様な要因があるにちがいない。異業種の参加者による活発な議論に期待したい。

世話人 今井 博久

病に苦しむ人々がいる、助けを求めている人々がいる、といった状況がある。その一方で治療方法がある、助ける術がある、人材もある、お金もある、といった状況がある。しかし事態は何ら改善しない。なぜ、うまく行かないのだから。ヘルスサービスリサーチとは、保健医療分野における制度、経済、評価などに関して効果・効率・公平といった視点から研究するあるいは社会厚生を図ること、とわたし自身は考えています。研究対象は患者1人ではありません。社会で生活している様々な人々であり、その営みを担うシステムです。したがって、多分野の研究者が参加してこそ成り立つ研究領域です。医学だけでなく、経済学、法学、心理学、統計学などの方々、第一線の行政担当者、実践者など多彩な人材が不可欠です。ワークショップの目的は「出会いと学び」です。参加資格はヘルスサービスリサーチへの情熱です。みなさんと熱い議論ができることを楽しみにしています。

世話人 岩崎 博充

ヘルスケアに関わる幅広い分野の方々に加え関心のある一般の方の参加をも頂き 21 世紀に通用する理想の医療像をヘルスリサーチの視点から語り明かすこのワークショップは参加者に学際的出会いの場を提供するだけでなく自由闊達な意見の交換のうちから理想の医療への多くの示唆が得られるものと今から期待しております。製薬産業に身をおく私は議論の端に薬剤の医療に果たす役割、理想的な役割の果たし方それを可能なものとする制度を含めた仕組みを伺い知ることをとりわけ期待しております。

これらを知ることは自分自身の存在価値を確認し製薬産業の歩むべき道しるべを得ることにもなるからです。医薬品は医療の一端を担うといわれながらその位置付けや内容についての議論には今後待つところが多いように思います。理想の医療像の追求のどこかで医薬品が語られたらという欲深い期待をしている次第です。

世話人 川越 博美

人々はなぜ「赤ひげ」を求めめるのか。「赤ひげ」の中に現代の医療者が失ったものを求めているからか？しかし「赤ひげ」が人々がヘルスケアに求める全てを満足させるものではないことも確かである。ヘルスケアに従事する者もヘルスケアを受ける者も限界をもった人間である。赤ひげ信仰は、ヘルスケアを与えるもの受けるものと区分することから生まれているのかもしれない。「赤ひげ」をさまざまな視点から語り合うことで、先端医療、医療過誤、チーム医療、インフォームドコンセント、患者参加医療などなど、ヘルスケアが直面するさまざまな課題の解決への糸口がつかめるような期待感がある。「赤ひげ」を語るために集う人々との未知なる出会いも期待できる。ヘルスリサーチワークショップでの新しい出会いから出発する新しいヘルスケアの実践と研究のはじまりを期待している。ヘルスケアを取り巻く多方面からの参加者との活発で心ときめく、そして何より楽しい語らいのときが持てるか、それは参加者一人一人が創りあげるものでもある。

世話人 菅原 琢磨

黒澤監督の映画「赤ひげ」の公開よりも後に生まれた私にとって、「赤ひげ」は具現化された何かではなく、常にシンボリックな良い医療の「一般名称」であり続けています。一方、同様に医療を題材とした作品で、最近、再び大きな反響を呼んだ「白い巨塔」では、自称「財前派」、「里見派」の人々によって、お茶の間やネット上で白熱した議論が行なわれ、「良い医療」に対する社会の認識が、益々、多様化していることを感じさせます。

多様化する社会認識の中で、永らく「一般名称」で在り続けた「赤ひげ」を厳格に(?)再評価することは、「赤ひげ」ご本人には、少々、気の毒ですが、一般社会が考える「良い医療」を考察する上で、これ以上の適任者はいないでしょう。

なお、経済学をベースとする私個人の見解では、「赤ひげ」の行動にも、単なる「善行」を超えた、経済的合理人の「臭い」を感じています。様々なバックグラウンドを持つワークショップ参加者により、どのような「赤ひげ」像が浮き彫りにされるのか、非常に楽しみにしています。

世話人 中島 和江

医療の3つの要素として、医療費(cost)、利便性(access)、医療の質(quality)が挙げられます。前2者について、既に高いレベルを達成した我が国では、国民の関心は医療の質と安全性の確保にシフトしつつあります。その一方で、医療資源に限りがある(scarce resource)のも厳然たる事実です。これからのヘルスリサーチには、科学的手法を駆使して現行の医療制度の構造的な問題を明らかにし、よりよい政策の提言につなげていくことが求められます。

今回のワークショップにお集まりの方は、医療従事者(health care provider)も含めて、皆、時に患者(patient)になり、同時に保険料や税金を通した医療費の支払い者(payer)でもあります。これら医療を取り巻くすべての立場で納得し満足できる、そのような制度を実現するために、新しいヘルスリサーチの布石となるような活発な議論がなされることを期待しています。

世話人 中村 洋

地域密着、患者との信頼関係の構築：「赤ひげ」から、何を学ぶ？

テーマのタイトルの中に、最初に「赤ひげ」という言葉を見て、正直戸惑いました。昔、「赤ひげ」のドラマを見た記憶があるだけで、「赤ひげ」がどんな人物だったか、よく理解していないと思ったからです。おぼろげながら記憶していることは、「赤ひげ」先生やその診療所の人々が、地域の一員であり、患者と親身に話している姿でした。難しく言えば、地域密着で患者との信頼関係が構築されている感じでした。

そういえば、医療サービスの受け手である私自身、病院にかかった時に、散々待たされた挙句に、医師からわかりにくい説明をされたり、自信がなさそうだったり、あるいは事務の対応が悪かったりなど、こんな医者や病院で大丈夫かと思ったことが何度もあります。治る病気も治らない、と感じたこともあります。そう見ると、現代医療が失ったものが「赤ひげ」にあるかも知れません。多分野の方々、様々な観点から議論をさせていただき、少しでも多くの「気付き」を得たいと思っています。

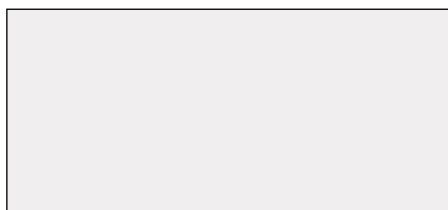
第13期(平成15年度)事業報告 並びに収支決算書を承認

第25回理事会・評議員会を開催

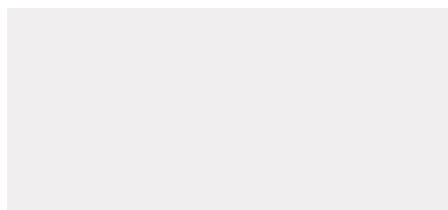
東京都渋谷区代々木のファイザー株式会社本社会議室で、平成16年5月17日(月)に開催された第25回評議員会、並びに5月24日(月)に開催された第25回理事会において、第13期(平成15年度)事業報告及び収支決算書が承認されました。

理事会では厚生労働省大臣官房厚生科学課 課長補佐 眞鍋馨氏より「厚生労働省全体の研究費は増える傾向にあるが、どうしても基礎、あるいは遺伝子研究などに目がいてしまいがちである。しかし、研究によって患者のQOLが上がること、あるいは、研究の結果が医療政策に活かせることが重要であり、この観点からも、この財団で行っている研究助成は素晴らしいと考えている。」とのご挨拶をいただきました。

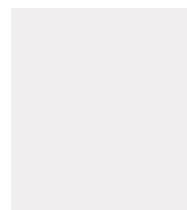
また、評議員会、理事会の席上、財団理事長 垣東 徹氏より平成15年度の事業と収支決算概要の説明と今後の財団事業への抱負が述べられました。



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
眞鍋 馨氏

第13期(平成15年度)事業報告

平成15年度に実施した主な事業の概要は次の通りです。

1. 第12回研究等助成事業 (()内は平成14年度実績)

	応募件数	採択件数	助成金額(千円)
国際共同研究A	24(-)	1(-)	10,000(-)
国際共同研究B	77(88)	19(14)	93,340(63,007)
研究者海外派遣	25(43)	11(11)	18,970(20,950)
研究者短期国内招聘	14(7)	6(4)	5,600(4,000)
研究者中期国内招聘	2(0)	0(0)	0(0)
若手研究者海外留学	80(-)	10(-)	40,000(-)
若手研究者国内共同研究	83(-)	6(-)	14,650(-)
合 計	305(138)	53(29)	182,560(87,957)

応募件数は合計305件で昨年より167件の増加。そのうち国際共同研究A・Bを合わせて応募件数は101件で前年に比べて13件増加した。内訳は新設の国際共同研究Aが24件であったのに対し、既存の国際共同研究Bが77件と対前年11件の減少であった。海外派遣の応募件数は18件の減少、国内招聘は9件の増加であった。一方、新設の若手海外留学は80件(競争倍率10倍)、若手国内共同研究は83件(競争倍率17倍)と非常に高いものとなった。

2. 第10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協賛を得て、研究成果発表を行った。また、一般演題は12題の応募の中から組織委員会にて7題が採択・発表された。当該事業年度は10周年記念行事との併催及び演題数が多かった為、初めて2会場による同時進行形式を採用した。

日 時：平成15年11月15日(土) 午前9時30分～午後3時00分

会 場：都市センターホテル

テーマ：10年の成果を明日に活かす

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260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長
4. 平成13・14年度研究助成成果発表 16題
5. 一般公募演題 7題

フォーラムの記録を小冊子(3,000部)としてまとめ関係者に配布し、高い評価を得た。

3. フォーラム10周年記念事業

フォーラム10周年記念行事実行委員会が組織され以下の主たる記念行事が運営された。

記念行事

日時：平成15年11月15日(土)午後3時30分～午後5時30分

会場：都市センターホテル

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260名

内容：1. 10周年特別記念講演

- | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------|
| 「日本における介護保険の現状と未来」 | 厚生労働省老健局 総務課長 | 山崎 史郎氏 |
| 2. 財団理事長挨拶 | | 垣東 徹氏 |
| 3. 来賓挨拶 | | |
| 厚生労働大臣祝辞 代読 | 厚生労働省大臣官房技術総括審議官 | 上田 茂氏 |
| 自治医科大学 学長 | | 高久 史磨氏 |
| (財)厚生年金事業振興団 常務理事 | | 松田 朗氏 |
| 4. 感謝状授与(財団設立発起人)ファイザー(株)代表取締役 | | A.B. ブーツ氏 |
| 5. 第12回(平成15年度)助成案件選考経過・結果発表 | 財団選考委員長 | 開原 成允氏 |
| 6. 第12回(平成15年度)研究助成授与式 | 財団理事長 | 垣東 徹氏 |

10周年記念誌編纂

ファイザーヘルスリサーチ振興財団の10年の成果を踏まえて、過去の採択者を中心にヘルスリサーチ領域各分野第一人者の執筆によるヘルスリサーチの展望の学術書を編纂した。10周年記念式典当日に東洋経済新報社より上梓した。財団として、執筆者の研究費を負担するとともに、当該記念誌を買い上げて10周年記念式典出席者並びに財団役員等に記念品として配布した。また、平成16年3月に国立国会図書館を始め全国大学416の図書館に寄贈した。

その他

10周年記念の関係事業としてヘルスリサーチのイメージビデオ(私達の願い-ヘルスリサーチが目指すもの-)の制作、小冊子「財団10年の歩み」の作成及び過去10年間のヘルスリサーチフォーラムでの発表並びに研究助成成果報告を纏めたCD-ROMの作成が行われ、記念式典での使用及び関係者への配布がなされた。

4. 財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」の刊行

1回12,000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。また出捐企業ファイザー(株)社員における財団活動の認知度等の向上を目的に、10月号から全MRへ配布を開始した。

平成14年4月号より新たにはじめた対談『ヘルスリサーチを語る』はヘルスリサーチの啓発を目的としたシリーズで2年目を迎え、一段と好評を得ている。

5. 寄付活動

以下の通りの寄付があった。

<基本財産>	寄付年月	寄付者名(敬称略)	金額(円)
	平成15年11月	梅村富美子(ファイザー(株)元代表取締役副社長 故梅村生男氏夫人)	100,000
	平成15年11月	ファイザー(株)50周年記念プロジェクト	300,000
	平成16年1月	ファイザー(株)	500,000,000
	合計		500,400,000
<運用財産>	寄付年月	寄付者名(敬称略)	金額(円)
	平成15年10月	ファイザー(株)	200,000,000
	合計		200,000,000

第13期収支決算概要

第13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15年度収入面では、基本財産収入としてファイザー(株)他からの寄付金500,400千円、基本財産運用収入として67,566千円、寄付金収益としてファイザー(株)から運用財産としての寄付金200,000千円、雑収入として受取利息、為替差損で465千円、フォーラム10周年記念事業積立取崩収入として10,000千円で、当期収入合計778,431千円、対予算比35,031千円の増加だった。

特に基本財産運用収入に関しては、運用利回り約3.5%で34,416千円の基本財産利息収入を得る一方、債券売却益である基本財産運用収入が33,149千円発生している。

一方、総支出金額は、220,996千円だった。この中には「財団運営強化積立基金」33,149千円と「研究助成事業強化積立基金」7,440千円からなる「特定目的支出」が含まれている。

「財団運営強化積立基金」は、期中に発生した債券売却益を積立てるもので、経済状況の変動の、財団の基本財産運用への影響をミニマイズする目的で設けたもの。ポートフォリオの組み替えが必要になったときに、どうしても購入した値段より高くは売れないケースも出てくるため、これを取り崩してマイナスに充当するという場合にのみ限定して使用する。

「研究助成事業強化積立基金」は、助成案件の質維持の観点から、採択できる案件に予算が達しない場合はこの基金にプールし、理事長並びに理事会の同意を得て、次年度以降の優良な案件への助成へ使用するというものである。

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532,415千円、期末基本財産は前期より500,400千円増加し1,483,332千円となった。

正味財産増減計算書

平成15年4月1日から平成16年3月31日まで

科目	金額 (単位: 円)	
1) 増加原因の部		
1 基本財産収入		
基本財産収入	500,400,000	
2 基本財産運用収入		
基本財産運用収入	33,149,275	
基本財産利息収入	34,416,398	
3 寄付金収益		
寄付金収入	200,000,000	
4 雑収入		
受取利息	667,488	
雑収入	202,188	
合 計		768,430,973
2) 減少原因の部		
1 事業費		
調査費	208,000	
国際共同研究事業費	103,340,000	
海外派遣事業費	18,970,000	
外国人招聘事業費	5,600,000	
研究者育成事業費	54,650,000	
財団機関誌	7,931,032	
ヘルスリサーチフォーラム	22,787,452	
ヘルスリサーチフォーラム		
10周年記念誌発行支援事業	5,437,707	
CD-ROM	2,071,755	
合 計	220,995,946	
2 管理費		
旅費交通費	2,176,525	
通信運搬費	2,127,793	
会議費	525,298	
消耗什器備品費	2,941,314	
消耗品費	912,753	
印刷製本費	1,249,201	
審査謝金	499,996	
租税公課	70,000	
広告費	365,925	
臨時雇賃金	1,339,516	
雑費	2,811,604	
合 計	15,019,925	
当期正味財産増加額		532,415,102
前期繰越正味財産額		1,025,911,188
期末正味財産額		1,558,326,290

貸借対照表

平成16年3月31日現在

科目	金額 (単位: 円)	
1) 資産の部		
1 流動資産		
現金預金	12,100,239	
有価証券	25,518,067	
流動資産合計		37,618,306
2 固定資産		
基本財産		
基本財産定期預金	10,000,000	
基本財産有価証券	1,473,332,444	
基本財産合計	1,483,332,444	
その他の固定資産		
定期預金	40,589,275	
その他の固定資産合計	40,589,275	
固定資産合計		1,523,921,719
資産合計		1,561,540,025
2) 負債の部		
1 流動負債		
未払金	3,213,735	
流動負債合計		3,213,735
2 固定負債		
固定負債合計	0	0
負債合計		3,213,735
3) 正味財産の部		
正味財産		1,558,326,290
(うち基本金)		(1,483,332,444)
(うち当期正味財産増加額)		(532,415,102)
負債及び正味財産合計		1,561,540,025

医療経済研究機構機関誌「医療経済研究」からのお知らせ

医療経済研究奨励賞新設 並びに 投稿論文募集のご案内

医療経済研究機構では、このたび機関誌「医療経済研究」の編集体制を刷新すると共に、平成16年度発行の「医療経済研究」から掲載論文に対する「医療経済研究奨励賞」を設置します。医療経済・医療政策研究分野の論文の投稿をお待ちしております。

医療経済研究奨励賞：賞金30万円(年1回1本)
 当該年度に発刊された掲載論文中、最も優秀なものに送ります。選考は編集委員会にて行います。
 投稿者の条件はありません。
 採用された論文の掲載料金は無料です。
 投稿規程、執筆要項は医療経済研究機構ホームページをご覧ください。

<http://www.ihep.jp>

編集委員	敬称略、50音順	編集幹事	敬称略、50音順
編集委員長：	西村 周三 京都大学大学院経済学研究科教授	井伊 雅子	一橋大学大学院国際企業戦略研究科 教授
編集副委員長：	池上 直己 慶應義塾大学医学部 教授	泉田 信行	国立社会保障・人口問題研究所主任研究官
	小林 廉毅 東京大学大学院医学系研究科 教授	大林 厚臣	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 助教授
	田中 滋 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授	駒村 康平	東洋大学経済学部 助教授
	南部 鶴彦 学習院大学経済学部 教授	橋本 英樹	帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室 講師
	長谷川敏彦 国立保健医療科学院 政策科学部長	濱島ちさと	国立がんセンターがん予防・検診研究センター 情報研究部 診断支援情報研究室長
	宮川 公男 財団法人統計研究会 理事長	福田 敬	東京大学大学院薬学系研究科 医薬経済学講座 客員教授

お問い合わせは、医療経済研究機構 機関誌『医療経済研究』担当まで TEL：03-3506-8529 / FAX：03-3506-8528

京都大学からのお知らせ

京都大学が医師(歯科医師)に特化した1年制の

臨床研究者養成 プログラム学生を募集

京都大学医学研究科 社会健康医学系専攻
では、1年制の臨床研究者養成プログラム
(Master of Clinical Research:MCR)を開
講する。平成17年度入学予定の学生を募集中。

修了者は、社会健康医学系専攻の専門職学位
を取得できる。

募集人員：若干名

MCR プログラムの特徴：

- 1) 臨床家のニーズに合致した授業・実習を4月～7月の4ヶ月間に集中して提供
- 2) 学生へのメンタリング(個別指導) 双方の合意の下に、MCR 修了後も継続可能

出願資格：臨床経験のある医師あるいは歯科医師

現在の勤務先に在籍したまま大学院生としても在籍できる社会人優先の大学院である。

出願期間：平成16年7月下旬

出願方法：願書を郵送

学 費：約52万円(年間)

試 験 日：一次選考(書類審査)8月中旬、二次選考(学力試験・面接)9月1日

申 込 先：〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町 教務掛(大学院担当) 願書は6月中旬に公表
ホームページ：<http://office.med.kyoto-u.ac.jp/nyuusi/daigakuin/index.html>

社会健康医学系専攻では、4年制の医学博士コースも募集する(出願期間9月上旬)

プログラムの内容に関する問い合わせ先：MCR 設置準備室 mcr@pbh.med.kyoto-u.ac.jp FAX：075-753-4644

平成16年度 **研究助成案件等募集**応募締め切り迫る**7月16日**まで(当日消印有効)**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. 国際総合共同研究助成	(期間2年間)	1,000万円以内	2件程度
2. 国際共同研究助成	(期間1年間)	500万円以内	15件程度
3. 日本人研究者海外派遣助成	(期間1年以内)	200万円以内	10件程度
4. 海外研究者招聘助成			
A. 短期招聘	(期間1ヶ月程度)	100万円以内	} 合わせて 5件程度
B. 中期招聘	(期間6ヶ月程度)	250万円以内	
5. 若手研究者育成助成			
A. 海外留学	(期間一年以上2年程度)	400万円以内	10件程度
		学位取得のための海外留学、但し年齢制限40歳以下	
B. 国内共同研究	(期間1年間)	300万円以内	10件程度
		但し年齢制限40歳以下	

応募方法: 募集要綱・申請書サンプルをご希望の方は、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。申請書はホームページ上の入力フォームからのみ作成可能です。作成した申請書をプリントアウト後、署名・捺印し、必要書類と共に本財団までご郵送下さい。

第11回ヘルスリサーチフォーラム **一般演題募集**応募締め切り迫る**7月16日**まで(当日消印有効)**フォーラムテーマ:** ヘルスリサーチの新展開**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

発表: 組織委員会で採否を決定します。採用の場合は、平成16年11月6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11回ヘルスリサーチフォーラムにおいて15分程度(含むQ&A)で発表願います。

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(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。

応募方法: 財団所定の申請書式に必要事項をパソコン入力の上、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。申請書は、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。

財団ホームページはこちらです <http://www.pfizer-zaidan.jp>

第11回 ヘルスリサーチ フォーラム開催のお知らせ

第11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、本年度の助成採択結果の発表、平成14年度国際共同研究助成を受けられた先生方の成果発表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。

詳細は次号本誌でご案内いたします。

日時：平成16年11月6日(土) 午前9時30分～午後6時00分(予定)

会場：都市センターホテル 東京都千代田区平河町2-4-1

主催：財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

後援：厚生労働省(予定)

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

財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3丁目22番7号 新宿文化クイントビル

TEL: 03-5309-6712 FAX: 03-5309-9882

©Pfizer Health Research Foundation

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