

ヘルスリサーチニュース

目次

第13回(平成16年度)助成案件応募は前年度並みに(p1)/リレー随想 日々感懐(学習院大学経済学部 教授 南部 鶴彦 氏)(p1)/対談「ヘルスリサーチを語る - 第11回 - 医療行政におけるニューパラダイム」(対談相手:岩尾 健一郎 氏)(p2)/研究等助成受領成果報告-3編-(p9)-3編タイトルは下記 - /第1回ヘルスリサーチワークショップ参加者と基調講演の演者決定(p11)/第11回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択(p11)/アンケート結果報告(p12)/第5回 北里 - ハーバードシンポジウム開催のお知らせ(p13)/京都大学からのお知らせ・Newcastle大学CCEBからのお知らせ(p13)/第11回ヘルスリサーチフォーラム・ゲスト講演及び研究助成金贈呈式プログラム内容決定(p14)/第11回ヘルスリサーチフォーラム・ゲスト講演及び研究助成金贈呈式開催のお知らせ(p16)/財団ホームページをリニューアル(p16)

第13回(平成16年度)助成案件応募は前年度並みに

第13回(平成16年度)の研究助成案件の公募は7月16日(金)で締め切りました。応募件数は合計303件で前年度(305件)並みとなりました。国際総合共同研究は昨年度24件に対して今年度9件と、大幅に減少しましたが、これは申請基準を「学際的研究であること」「必ず海外のパートナーがいること」等厳しくしたためと思われる、逆に国際共同研究は昨年度77件から今年度98件と増加しています。海外派遣は25件から36件と増加したものの、反面、若手海外留学が「学位を取得すること」という条件を付加したことにより80件から56件と減少しており、このように申請基準を厳しくした研究助成プログラムにおいて件数が減少したという特徴が認められます。

	応募件数	前年度
国際総合共同研究 ^{*1)}	9	24
国際共同研究 ^{*2)}	98	77
海外派遣	36	25
短期招聘	10	14
中期招聘	1	2
若手海外留学	56	80
若手国内共同研究	93	83
合計	303	305

*1) 昨年度国際共同研究(A)
*2) 昨年度国際共同研究(B)

応募案件の研究内容に関しては、応募者の申告による集計では、「制度・政策関連研究」が44件、「医療経済学的研究」が18件、「医療の評価に関する調査研究」が64件、「保健医療サービスに関する調査研究」が81件、「医療資源の開発に関する研究」が50件、「その他」が46件でした。「医療の評価に関する調査研究」が増えている以外はほぼ横這いとなっています。

応募された助成案件は選考委員会で検討・選考の後、理事会に報告の上決定され、その結果は採否にかかわらず10月上旬頃、申請者本人および推薦者に通知されます。

リレー随想 日々感懐

貧すれば鈍する

学習院大学 南部 鶴彦

高齢化の進展がもたらす医療費・介護費の増大については、負担の増大にどう対処するかという点での危機感ばかりが強調されている。しかしこれは最近10数年間の経済停滞がそのまま大きく変化しないという悲観論に依存しているところが大きい。経済学の常識からいって戦後60年位しかたっていない国民経済が失速したまま低成長を続けるなどということはありえない。また一方では人口減少のもたらす危機感も悲観論を助長しているように見える。しかし問題は労働力化率であって女子の労働参加率の低い日本では今後(ときには男子よりも)良質の女子の労働参加が望めるということを見逃している。さらに日本の消費税率は先進国と比べ5%でしかない。ということは国民の負担能力にはまだ十分な余地があるということの意味している。もし医療や介護へのさらなる支出が必要だと日本人が考えるなら、それは経済的に支出可能だということのあることを忘れてはならない。医療・介護亡国論はわずか10数年の停滞に育えた「貧すれば鈍する」という類の妄想である。

今回は評議員・選考委員の東海大学法科大学院教授の宇都木 伸 先生にお願いいたします。

研究等助成受領
成果報告-3編タイトル

入院患者における薬剤関連エラーと薬剤性有害事象の発生率ならびにその対策に関する日米比較研究(p9)/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(p9)/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(p10)

対 談

ヘルスリサーチを語る

第11回

医療行政におけるニューパラダイム

岩尾 總一郎 (いわお そういちろう)
厚生労働省 医政局長

開原 成允
当財団助成選考委員長、理事
国際医療福祉大学 副学長

小泉政権の一連の改革路線の中で、現在、医療業界も様々な改革を求められています。それを実際に担当している行政の現場では、どのように考え、何を行い、どんな方向を見据えているのでしょうか。

今回の対談のお相手は、厚生労働省 医政局長 岩尾 總一郎先生にお願いいたしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：今日は、岩尾先生をお迎えました。直接行政に携わっておられる現職の方に対談をお願いをしたということは、今回が初めてで、そういう意味では大変緊張しております。

ヘルスリサーチの概念が積み上がってきた

岩尾：私はこの財団設立の当時から、ファイザーの方が「社会貢献のためにこういう財団を作りたい」と厚生省に来られたことを聞いておりました。業務局の医療機器課長の頃ではなかったかと思えます。

役所というのは仕切がはっきりしているものですから、ヘルスリサーチという幅広いことをまとめるには、なかなか一つの局に収まらないということで、官房に持っていき、厚生科学課の所管になったという経緯を承知しています。

それからもう12年になりますが、長い間この健康分野に財団が貢献してきてくれたことを大変有り難く思っています。誌上を借りて御礼申し上げたいと思います。

その後、研究開発振興課長や厚生科学課長になった折り折りで、この財団に関与する機会がありました。何回かはフォーラムにご挨拶に行かせていただいたこともあり、「順調に伸びているな」と思いました。

当初からこの財団に関与させていただいて、たぶん開原先生もそのように思うでしょうが、はっきりしなかったヘルスリサーチの概念が、だんだん積み上がってきた。この財団が、助成や研究発表を行って行く中で、ずいぶん固めてきたのではないかと。開原先

生を中心に、そうしたテーマを選んで研究助成をやってきたということは、行政がその結果を利用することも多々ありまして、大変有益な活動だと思っています。

開原：先生にそのように言っていただくと、私も嬉しく、財団の皆様も大変嬉しいものと思えます。

岩尾：何か日本の研究に収益の一部を還元したいという時、普通だったら、例えば医薬品の開発に貢献するようなものなど、自分の会社オリエンテッドの「何か」を考えられるところを、「ヘルスリサーチ」という概念としたところに、私は、外資の懐の深いところという印象を持ちました。

私は研究開発などの研究費の配分に携わっていましたが、間口が非常に狭く分割されていて、なかなかこういう幅の広い概念へ国の予算を出せませんでした。そんな中であって、縦割りではなく、横に幅の広い分野で研究をやっていく者に助成金を出してくれるというのは、画期的だと思っています。

開原：最近では更に、研究助成だけではなくて、若い世代の出会いの場を作ろうという目的のワークショップを計画しています。領域を超えて、医療関係者だけでなく、ジャーナリストや社会学者などが集まって、来年実施します。そうしたことで、いろいろな人がこの分野に興味を持ってくれるようになると大変いいなと思います。

岩尾：そうですね。そういう人材を養成するという意味でも、今後の財団の活動に期待をします。

しかし、ヘルスリサーチという新しい、切り口の違うことを評価するというのは、結構難しいのではないかと。

開原：ええ、確かに研究費助成の審査は難しく、いろいろな領域の選考委員の意見が全く食い違うということも多々あります。

岩尾：この財団はオープンに公募していますから、我々の全く知らない、まさに異業種・異分野の先生が出てくる。それが将来社会保障分野で活躍してくれるようになれば、研究費に加えて人材

留学先のテキサスで、国民皆保険制度を持つ日本との医療の違いを実感した。

養成という意味でも、非常にプラスになると思っています。

開原：10年以上財団が活動していますので、そろそろ実際にそういう方も何人か出てきています。

受験のときから行政を目指していた

ところで、せっかくの機会ですから、少し先生の個人的なことをうかがってもよろしいでしょうか。先生はもちろん医学をバックグラウンドとしておられるわけですが、行政に携わることは、医学部にお入りになった頃から思っておられたのですか。

岩尾：医学部を受験した時、「将来どうする」という面接試験で、私は「衛生行政に行く」と答えております。

開原：もうその頃からですか。

岩尾：父親が厚生省の研究機関の部長だったものですから、親の意向といいますが、「文科系あれば東大の法学部に入って大蔵省に行って予算をとってこい」、それから「理系であれば医学部に行って厚生省に入って予算をとってこい」という選択肢を、多分意識の中に持っていたのではないかと思います。たまたま理科系だったということで、医学部に進学したという経緯です。

卒業した後は、「学位があったが方がいいだろう」という月並みな理由ですが、行政が一番近いということで、大学院の公衆衛生に入り、その後留学させていただきました。留学中に「新設の医科大学ができるので来ないか」という話があり、戻ってから北九州の産業医大に助教として赴任しました。そこに4年いてから、行政に入りました。最初に配属されたのが、昔のライフサイエンス室、研究費の配分のところでした。

そういう意味では行政は途中入省ということで、他の人より12年ほど経歴は短いわけです。言ってみれば民間採用みたいなものです。

開原：厚生省はわりとそういう方が入っておられますね。私は研究者と行政官が行ったり来たりするということが、もっと日本でもあったらよいと思っております。

ところで、ご留学はアメリカですか。

岩尾：はい。私の大学院での恩師が、その後産業医大の学長になられた土屋健三郎という先生でした。その土屋先生のお考えが、これから先は都市の健康問題が重要になるということです。つまり都会に人が集まるようになると、都市の衛生学とか都市の環境が非常に大きい問題だということで、「そういう目で少し世界を見た方がよい」ということと、奨学金を出していただけることになったので留学をしました。

テキサス大学のヒューストン校という公衆衛生大学院があって、全米で唯一アーバンヘルス(urban health)という講座を持っていたことが当時の恩師の土屋教授のイメージに非常に合っていたことから、そこに留学することになりました。まあ、それは表向きの理由で、たまたま学部長さんが、土屋先生がUCパークレーに留学したときの同僚だったということで、単に自分の弟子を知り合いに預けたということではないかなと思います。(笑)

ご存知と思いますが、テキサスのメディカルセンターは南北4km、

東西2kmにわたって医療施設があるところですよ。

開原：そうですね、テキサスは他とまた違った面がありますね。

岩尾：当時病院が32～3、研究所が20余り、医科大学が2つ、看護学校が3つ、それから歯科大学も1つという、要するにメディカルコンプレックスで、医療がまさに産業なのです。

ヨルダンの皇太子が健康診断で来たときに、ホテルのような病院全部を借り切ってしまったという話もあれば、貧しい人たちやお金のない黒人とか、メキシコからの不法移民の方々が病気になってかかる市民病院、あるいは救急医療しかない病院などを目の当たりにしてきました。国民皆保険を持つ日本とはえらい違いだなという印象を、もうその時から持っていました。

開原：今のお話の「医療を一つの産業と見て国を興す」ということは、プラス面とマイナス面から評価できるのではないかと思います。あとでそのへんのところももう少しがいたいと思います。

さて、そういうご経験をなさって厚生省にお入りになり、最初は研究費の配分など、比較的波風の立たないところでしたが、その後は、どうなのでしょう。

労働省への“出向”

岩尾：産業医大に4年勤めた後に移ったのですが、産業医大はご存知のように労働省がお金を出している大学でしたから、私の恩師に当たる当時の学長が「行政に行くのは仕方がない。ただし、自分の大学にプラスになるように。」ということで「労働省に出向する”なら許してやる」という話になりました。それで1年3ヶ月ほど厚生省のライフサイエンス室で勤務した後の2年間を、労働省に出向させて頂きました。

開原：その頃はもちろん労働省と厚生省は別の役所ですよ。

岩尾：ええ、別の役所です。そこで私は、有害作業場、有害環境という労働者の健康問題をやるところに配属されて、仕事をしておりました。

その仕事の一つに「労働安全衛生法の改正」という作業がありました。実はこの改正で初めて「事業主に労働者の健康保持増進の義務を課す」という努力義務の一条を入れたのです。これから先高齢化社会になることが見えていましたから、働く者の労働能力を維持することが必要だ。そのためには、健康で労働力が提供できなければいけないのだから、事業主が自分の責任において、彼らの健康増進活動をやらせる必要があるということで

1973年慶應義塾大学医学部卒、77年同大学院修了、78-80年米国テキサス大学ヒューストン校公衆衛生学部留学、81年産業医大助教、85年厚生省入省(ライフサイエンス室)。その後、労働省、佐賀県、環境庁を経て、研究開発課長、厚生科学課長、環境省自然環境局長等を歴任し、2003年厚生労働省医政局長

す。

法律を改正する時は、当然他省庁とやりあうのですが、最大の交渉相手が厚生省でした。健康増進栄養課というところがあって、健康作りは一元的に自分がやるものだと思っているのです。

それから、保険局の保険課という、健康保険を所管しているところです。組合の保険で、上乘せでいろいろな検診をやっており、組合活動の一環として、保健予防活動を行っていて、これは法律上規定されているものです。

開原：今でもそうですね。

岩尾：健康づくりを厚生省が一元的にやっているのに、「何故事業主にやらせるんだ」ということです。「労働省が、労災の予防をするというお金であり、まさに事故が起きたらそれで負担しなければいけないお金を、何故健康づくりに使っているのだ」という話です。この交渉は、「各省折衝」と呼ばれていますが、役人になったばかりということもあり、私としてはかなり厳しい経験でした。

17、8年も前ですが、時代を感じますね。まさか厚生省と労働省が一緒になるなんて思っていませんでしたから。

そういう経験をさせていただいた後、佐賀県に出ました。これは全体の行政を回るといことで、私達にとっては勉強になりますが、県にとっては一種のOJT(on the job training)みたいな話ですから、ご迷惑だったのではなかったかと思えます。

それでも、お医者さんが行政官でいるということは、なかなか地方自治体ではありませんので、特に対医師会の問題ですとか、医療関係の問題が起こったときには、的確な対応ができるという意味で、県にとっても有り難かったのだと思います。

C型肝炎は、当時はまだ非A非B型肝炎と言われており、それが東日本よりも西日本に多いようでした。そこで佐賀県内で悉皆調査をやるということになりました。しかし国に言っても国は予算をくれません。私は知事さんのご理解が得られて、「県でやろう」と言ってくださり、県1/2、市町村1/2で予算補助をしながら、40歳以上の方全部にやった記憶があります。

そして、対策をどうするか。まだ当時インターフェロンが十分でなかった時代ですが、こういう方法なら予防できるという臨床的な知見が段々積み重なってきました。早めに自分が罹患している、罹患していないということに分らせるということは、佐賀県が一番最初にやったのではないかと思います。昭和63年から平成2年まで向こうにおりましたが、その時の結果を基に、現在では随

分と県内での肝炎対策が推進されたのではないかと考えております。

開原：その当時、今で言うところのエビデンスベースな行政をなさったということですね。それは、地方の時代に大変よいご経験をなさいましたね。

水俣病問題の顛末

岩尾：そんなことで2年数ヶ月経った時に呼び戻されました。戻った先が今度は環境省(当時は環境庁)の環境保健部で、水俣病対策を担当しました。

まだ裁判が10ヶ所起こされていて、原告団の数が数千人規模でした。国と県とが一体で訴えられていますから、普通は手に手を取って闘うのですが、熊本の細川知事が突然「県は和解する」と言ってしまう。県が和解すると国は和解しないということになったわけです。

確かに悲惨な方々がおられるし、実際にかわいそうです。しかし制度としてその人達を救済するということは、私のポケットマネーで払うのではなく、国の税金で払うわけですから、国民全員が納得する形でなくてはならない。恣意的なお金の出し方でなく、ルールのもとにやるわけです。そして、ルールの中で病気がどうかを判断して棄却された方々なのだから、もらえないはずなのです。いろいろな交渉をし、また、国会で大変な目にあいました。

当時の大臣が「水俣に行く。」と言ったのです。私たちは「今行ってもおみやげがありません。手ぶらで行っても駄目だから、行かないでくれ。」と言いました。細川知事は「俺は和解する。」と言って一躍ヒーローになっているのに、うちは「駄目です。」と言って、やはり大臣としてはご不満なのです。水俣病と認定されると企業が補償金(当時約1,800万円)を支払います。「病氣と認定されれば1,800万円もらえて、認定されなければ0というのが今の制度なのです。」と説明しますが、「何でそんな制度なんだ。」と言われるのです。

これは残念なことだったのですが、そういう一連の社会の運動の中で、当時所属の長だった局長さんが自殺なさいました。それでその時、おおわらわになりました。混乱している中で、当時の大蔵省から「来年度予算である程度のことは考えるから、納得のいく解決策を示せ」という宿題がきました。

開原：先生はその頃は課長でいらっしやいますか。

岩尾：室長です。つまり、お金が流れて、皆が納得する理屈を作れというわけで、役所というのはそういう仕事のプロセスなんだと思いました。

その時にどうしたかという、1,800万円もらう人と0の人しかいないのだったら、当然間を作ればいいわけなのですが、この人を何と呼ぶかということです。もらう人は水俣病です。それ以外は水俣病でない人です。それでその時考えたのが、今で言うPTSDです。水俣病ではないのだけれども、水俣病と思ってもやむを得ない人たち。当時PTSDという概念がないときに、自分でそれを持ち込んだというのは、結構画期的だったと私は思うのですが。

医療制度改革は様々な社会問題を提起している。「安心」「安全」「高い質」という3つの医療の理念を「人」「箱」「モノ」の3つの供給資源に分類した3×3のマトリックスによって医療供給体制の改革の施策を検討している。

その人達に国として健康管理手当として月々2万円払うということにしました。対岸の島に住んでいる人も多いものですから、検診しに来るときに船をチャーターしなければいけないといった話があって、それらを計算すると、だいたい一人2万円で決着するかなと思われたのです。年間24万円です。当時あの地域には22万人住んでいたのですが、私の計算は補助金を受け取って裁判を降りる人数を4,800人と推計しました。実際には4,600人余りという結果でした。

しかし、裁判で勝たない限り弁護士には一銭も入らないわけですから、これでは彼らの弁護士は不満です。結局、その5年後に、政治解決という形で、一律270万円の一時金を支払い、弁護士にも相当の額を払って、それで裁判が終結しました。だから実に金がかかっているのです。

このような反省に立ち、「企業が何らかの環境汚染をするとき、汚染をしないように努力するのはたかだかの金ですむが、一旦汚染をさせてしまったら、その後被害を救済し現状回復するのにいかに金がかかったか」という「水俣の教訓」は絶対に参考になるはずだということで、エピソードを全部資料にして残し、当時のことを知っている人たちの肉声を聞かせるために、主として発展途上国に、患者さんと一緒に何度も行くという予算がとられています。東南アジア、それから中国に行っています。やはり水銀を流しているところもありますから。

私の頃は、とてでもないけれども患者さんと一緒にいられますでしたが、今は行政と非常にうまくいっています。

開原：発展途上国に対して、今そういうことを行政的にやっているという話などは、もっと知られてもいいことですね。

岩尾：新聞はいいことは書かないのですよ。役人は悪いことしかやらないと思っていますから。(笑)

そういう意味でどちらかという弱者救済的な仕事をやらされました。難病やエイズの問題もそうでしたし。

開原：エイズにも関わられたのですか。

岩尾：はい。それからハンセン病にも関わりました。

改革における医療資源 - 人・箱・モノ

開原：厚生行政というのは、人間の問題を扱うので、一つ一つの話に非常に興味が尽きませんが、今度は、今の医療行政の話についてうかがいたいと思います。

岩尾：小泉内閣の方針で、「改革」が言われていますが、その一つが医療改革ということになっています。平成14年に、厚生労働省の中に医療制度改革の4つのチームができました。一つが医療保険制度の改革、2つ目が診療報酬制度の改革、3つ目が医療提供体制の改革、4つ目に社会保険庁を中心とする改革ということで、私は3つ目の医療提供体制を担当しています。

昨年のちょうど今頃に医療提供体制の改革のビジョンを局で出しましたが、他の3つが奇しくも、この数ヶ月の間にまさに話題になってしまったところですよ。社会保険庁もご存知のように、本来なら社会保険病院をどうするかという話だったのですが、結果とし

て社会保険庁をどうするかという話になってしまった。それから、診療報酬のルールをどうするかという話で、図らずも中医協をどうするかという話が、これまた新聞を賑わせました。保険制度の話は、要するに、今の国保の保険者の体制が小さくなったということで、統合の話。それから、高齢者保険をどうするか、「突き抜けなのか」という話。これもまだ決着していないわけで、事ほど左様に、医療制度改革をしると命令する人はいいいのですが、やることになった時に、まさにいろいろな所で社会問題になってしまうような大きな問題なわけですよ。

私の医療提供体制は、わかりやすく言えば、「安全」で、「安心」で、「質の高い」医療をどのように国民に提供していくか、そのための提供体制は、医療資源としての「人」、それから施設 - つまり「箱」、そして、薬ですとか医療機器、情報という「モノ」ということになっています。この「人」「箱」「モノ」を縦軸に、横軸に先ほど言いました理念である「安全」「安心」「質の高い」ということを並べますと、3×3のマトリックスができます。このマトリックスにそれぞれどういう施策があるのかということをはめこんで仕事をしている、というのが私のやり方です。

例えて言いますと、臨床研修の必修化ということで、お医者さんが卒後2年間勉強するようになりました。これは、いろいろなところに当てはまる部分であると思います。一つはやはり「質の高い」医療という政策実現のためにやっていることもかもしれないし、地域住民からすれば24時間診てくれる「安心」できるというものなのかもしれない。そういうようなものにも絡むわけですよ。まあ、仕分けとしては、どちらかと言うと「医療の質」の保証のための政策だと言えらると思います。

それに対して、救急医療施設の施設整備の補助金を行政で持っているのですが、これは、住民が24時間かかれる施設に対する「安心」を担保するものになるだろうと思います。

それから、昨今盛んに言われております医療事故の問題ですと、働く「人」の問題や、働く場所、つまり例えば病院のデリバリールームですとか、ICUとか、手術室の問題といった「箱」の問題もあるし、そこで使われる薬のラベルが分からないとか、薬の取り扱い説明書がよく分からない、薬の名前がよく似ているという「モノ」の問題も対策の中に入れていくということで、それぞれのカラムに入って行くわけですよ。

大学病院の進む方向は？

開原：研修の問題では、一つの大きな転換が出来たという気がしています。しかし研修問題が片づいても、まだ医師の供給という点については決して問題が無いわけではありません。地域的な差であるとか、診療科の間の提供の差といった問題が大きく残ってしまっているのではないかと

いう感じがするのです。

岩尾：そうですね。特に過疎地において医療を提供するお医者さんがいないということで、去年ニュースになったかと思うのですが、名義貸しというような問題もあります。基本的にそのような事態が生じるのは医者の数が足りないのだという議論がありますけれども、問題は医者が偏在していることなんだと思うのです。

それから、特に臨床研修の必修化を契機として、医師の引き上げ、つまり大学に戻せという話が出てまいりました。今までの医局制度の中では「お前あその病院に行け。」と言われたら嫌と言えないルールがあって、それで成り立っていたものが、この「臨床研修の必修化」を導入したことによって、そのルールが崩れて、一気に変わってしまった。だから、それに追いつくためにとりあえず既卒の医師を集めてこようと大学が考えているわけです。

去年は市中の病院で臨床研修を受ける人と大学病院に残って研修を受ける人の比が、45対55になりました。従来は、市中病院が3、大学で受けるのが7という割合でしたから、大学についての臨床研修よりも、実践が学べる町の病院にシフトしたわけです。大学としては、「そうはさせじ」といろいろな手を講じているのを、私は承知しています。

ですから、ポストグラデュエイトの教育をどう考えるのか、そして大学病院のあり方をどう考えていくのか、ということ、真剣に考えなければいけないと思うのです。大学に残る最大の理由は、学位を出すということでしょうが、それが通用しなくなってきた。先日、全国の医学部長・病院長会議で「これから先は、学位で釣るという時代ではない。先生方も私たちも知恵の出どころです。」というお話しさせていただきました。

開原：今までは「アカデミックメディスン」が、最高の価値があると思われていたのですが、それは一つの医学の領域であって、それが他を支配するものではない。本当の臨床をやる方にもっと大きな価値があるということを世の中の人々が認めるようになってくると、今先生がおっしゃったような人の流れがずいぶん変わってくると思います。

「人」の問題：臨床研修の必修化により一つの大きな転機ができた。大学病院のあり方を真剣に考えなければならぬ。

「箱」の問題で：一元論的に公的病院のあり方を論じることは難しい。DPC(診断群分類別包括評価)により病院の淘汰が進むかもしれない。

岩尾：また、専門医制度というもの、それなりに学会のアカデミズムの中で有用な制度だとは思いますが、でも、その専門医にも問題があります。

先日テレビで報道されましたが、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会の3つの学会共通の心臓血管外科専門医を作ろうとしたときに、理事会での叩き台では、経験すべき症例は50例以上ということで、これを総会に諮ったら、「そんな数を経験するのは時間がかかる」とか「それじゃあとても大変だ」ということで、20例経験したら専門医と名乗ってよいと決まりました。しかし、国民が「この人は専門家だからお願いしよう」というときに、自らのレベルを下げたところで専門医を名乗るような者は、やはり国民の期待に反すると思うのです。

患者にとってはアカデミズムよりも医者のスキルだろうと思いき、それをきちんと評価できるようなことがなければいけないと思っています。

簡単にいかない公的病院と民間病院の役割分担

開原：もう一つ、先ほどの「箱」の話なのですが、私は、今病院そのもののあり方が変わってきつつあるという感じがしています。日本には公的病院と民間病院とがあって、その2つが日本の医療を支えてきたと思うのですが、その役割分担自体が、今問われているのではないのでしょうか。

岩尾：昭和23年に医療法ができたときに、既に日本の病院は公立も私立もあって、混在していました。それを前提として、GHQのマッカーサーがサムス准将に、日本の医療体制を司る法律を考えさせて、今の医療法ができています。そのときの考え方は、「公的病院であれ私立の病院であれ、そこにあるのは社会資源だ。」ということだと思うのです。

当時は十分な予算で公的なものは整備できなかったから、民間の施設も含めて、公共の財という考え方で法律の網を掛けていった。大きな考え方でいうと、そこにある病院の機能が残ってくればよいのであって、運営者は問わないという形になっています。そうすると、個人のお医者さんからしてみれば、そこで自分たちが代々医業を続けてきたのに、「建物さえ残してくればあなた方の一族はいなくなってもいいです」という考え方の法律が成り立っていると、バランスがとれないわけです。そこを調整しながら、医療法の適用や運用をやってきたから、先生がおっしゃるように、公的病院の使命と私的病院の使命というのは、発足の当初に概念はあったにしても、うまく分けられていないと思うのです。

そういう中で、最近、病院経営が難しいという話になってきたときに、地域でセットとして病院を考える。例えば中核的な病院があり、そこに対して紹介あるいは逆紹介をして、患者さんの再配分を図るという地域医療支援病院の形ですとか、いくつか法律上の制度を作ってまいりましたが、やはりその中でも公的病院、私的病院という概念はあまりない。

この議論をうまく持つていくためには、やはり公的病院のあり方がきちんとなさなければならないと思うのです。「今こうあるべき」と

言っても、そういう形でこの50年過ごしてしまったものをどう切り分けるかが問題なのです。

そうすると、手のつけやすい社会保険病院や国立病院、厚生労働省関係ですと労災病院という、国の税金を投入しているところでは、不採算なものは撤退しろという話になる。そうすると、過疎地であれば、もちろん不採算ですから、そこを撤退するという事になって、ますますその地域に医者がいなくなる。不採算部門というのは当然ある程度公的なものでやらなければいけないという理屈があっても、今のような財源論で撤退しろと言われると、結局は無医村で残ってしまうところが出てくるわけです。

開原：この問題は、むしろ公的病院と私的病院を分けるのがいけないのであって、公的であっても私的病院であっても、同じ土俵の上に乗せろ。そして、例えば僻地に対しては、国民の納得の上でこのくらいの補助金は出しますということにして、公的であれ私的であれ、その補助金をもってやりたいという病院に進出してもらうという考え方にした方がよいのではないのでしょうか。

岩尾：各論では、公的病院の設立母体もいろいろあって、それぞれお互いが比較できるようになればよいのではないかということと、先日も病院会計準則という全体のルールを作ったわけですが、同じ土俵に乗って比較して、初めて、「考えたら公的病院というのは退職時の引当金を積んでいなかった」とか、あるいは「特別会計を組んでいなかった」等、いろいろな話があるのです。だから、そういうようなものをルール化しようということは今度始めました。

それに民間病院も乗って下さいと言っているのですが、「うちの経営状態がわかって税金の網がもつとかかるようになってしまおう」とか、関連する株式会社などを経営しているとすれば、「そことの金のやりとりも明らかになるから」といったことを懸念しているのでしょうか、なかなか素直にうんと言ってくれない。そういう意味では、「お互いの財布を見せ合いっこしよう」という話はなかなか難しい話だと思いますね。

ただ、私立の病院にしても、国の補助金が出ているところもあるわけですから、少なくとも何らかの公的な融資や公的な出資があるところは、それを開示するというのをまずやっていっていただければと思います。

DPCが病院の評価につながる

開原：せっかくの機会ですから一つかがいたいのですが、私は、これから病院を良くしていくにも、医者を良くしていくにも、ある程度競争の原理を使う必要があると思うのです。競争があるから差が出て、差が出るから質が上がるということではないのでしょうか。

医療の世界は、できるだけ競争を無くそうという方向で、今まで行政が動いてきたような気がします。例えば、「地域医療計画における病床規制」の問題などもそうだと思います。これも、今見直そうという議論もあるようですが、そのへんはいかがでしょうか。

岩尾：ワーキンググループの報告書がもうじき出るかと思うのですが、諸外国のルールを参考にしながら、日本に見合ったものにする叩き台を、学者の先生方に作っていただいています。

ただ、東京を中心とする大都市における病床の必要性と、僻地、特に北海道の寒冷地において社会的入院が要請されるようなものの病床を考えると、やはり病床の質の区分ということをしなければいけないのではないのでしょうか。第四次の医療法改正で、昨年8月末に病床区分の届け出をしていただいて、その他病床を一般病床と療養病床に分けたわけですが、結果として日本中のベッドが130万床ほどあって、一般病床が90万床で療養病床が40万床という届け出になりました。人によってはフィフティフィフティでよいというご意見がありますが、どうなるかは、まさに今後何らかの競争原理が働くことによって、収束するものだろうと思っています。

あるいはベッドに対してお金が払われているからそういう議論になるのであって、患者への治療行為に対してお金が払われるようになるのであれば、ベッドがいくらあっても構わない。無駄なところは削って、患者をどんどん回転させていくということになるでしょう。長く入れたらそれだけ医療費が高くなるというのは、やはりおかしいのです。

2003年4月よりDPC(Diagnosis Procedure Combination=診断群分類別包括評価)が大学病院の本院など81病院で開始されました。2004年からは民間病院や社会保険病院など51病院に試行され、いよいよ日本にも米国のDRG/PPS制度に通じる「疾病別支払い方式」の時代が訪れようとしています。一定の医療の質が担保されて、そしてなおかつある程度の収入が求められて、今度の方がうまくいくということになれば、病院はDPCによって見ることができるようになります。そうすれば、病院に患者さんが来ない限りどうしようもないわけですし、下手な先生が治療すれば時間がかかって、却って損するわけですから、そこで病院の評価がなされると思うのです。

但し、慢性の、例えばALS(筋萎縮性側索硬化症)だとか筋ジストロフィーのようなベッドをかなり長い間確保しなければならない病気の患者さんにまで、同じようなルールが適用できるのかと言ったら、これはまた別の話だと思います。

医療を産業として見るためには・・・

開原：最後に、「モノ」の話なのですが、先生のところでは、日本の薬とか医療機器に対する産業に対して、いろいろご提言なさっておられますが、そのことを含めて、また、先ほどちょっとお話に出たのですが、外国などではむしろ医療そのものを産業として見て、それによって極端に言えば国を興そうということを考えているところさえあると思います。こうした産業という立場で今の日本の医療を見た場合の、先生のコメントがいただければと思います。

岩尾：まず、製薬産業というのは知的生産性の非常に高い分野

であり、21世紀の日本はこういうもので諸外国と勝負していくべきだと思っています。そのためには特許の制度や研究開発に対する投資の面での様々な優遇税制等を総合的に利用しながら、国内で研究開発型の企業を育成していくのが使命だと思っています。そういうものが国の知的財産を保護することにもなるし、日本の将来にとって必要な方向だと思うのです。

また、「医療というものを産業として捉えたときに」というご質問ですが、日本と外国との最大の違いは国民皆保険という制度です。日本で病気にならない私たちでも毎月払っていて、病気になった人に私たちの分が使われるというルールですから、「その枠の中でどう考えるか」が常について回る話です。もし医療を外国で受けたいのなら、そうした日本の国の枠の中で分け合う医療費のパイを考えたとき、自分のお金を払って行って下さいというのが、私は当然だろうと思うのです。日本で医療を産業として捉えるときに考えなくてはいけないのは、この医療費のパイをどうふうに分け合うかということだろうと思うのです。

だから、今言われている「混合診療をさせてください」という話は、実は既に、広い部屋に入りたいというときに差額ベッドのシステムがあり、金歯を入れたいというときに自費のルールがあるように、いわゆる選定療養と言われている部分というのは、言ってみれば混合している部分です。また、高度先進医療と言われる部分は自分でその分を払うものです。

「新しいことを自分のテリトリーとしてやりたいからルールを変えてくれ」と言われても困る。「今そういうルールでやっているのだから、それに加えていけばいいじゃないか」というのが、私たちの考え方です。

もう一つ、株式会社を入れさせてくれという話があるのですが、医療産業に資本を提供する人が入ってくれば、そこで支払われた医療費が、資本を出した人に行くわけです。つまり出資した人が外国人だとすると、日本に所得税が落ちないわけですから、そうすると結局、本来私たちが分け合おうとした30兆円のパイが外に出ていくことになるわけです。そういう意味で、こういう人たちの参入は日本の医療制度に馴染まないと考えています。

実は、そういう議論はあまりしていないで、株式会社を入れる、入れないの話しかやっていないのです。けれども、全体として誰が得をするのか。そのような資本参入を許すのかという話は、私

「モノ」の問題：製薬産業は知的生産性が高く、21世紀の日本はこうしたもので勝負するべき。混合診療・株式会社の参入問題は、医療費を国民全員で支えあっているという日本の特殊性から判断するべき。

は需要者の立場で考えていくことだろうという気がするのです。

需要者の立場を反映するメカニズムは可能か

開原：今先生が言われた「需要者の立場で物事を考えていく」ということが大変印象的です。それが問題の解決に繋がると思うのですが、私は、今までの医療行政では、本当の意味で医療の需要者の立場が制度として反映するようなメカニズムがあまりにも少なかったのではないかと思うのです。

岩尾：弁解するつもりはないのですが、実は患者というのは自分の病気にはものすごくいろいろと言ってくれども、他の病気のことはあまり考えない傾向があります。だから、たぶん808の病気の患者たちを全部集めない限り意見は出てこないのだけれども、そういう意見をまとめて1本化することはしないのです。

患者の声を集約してみると、結局「自分たちは安全で安心して質の高い医療を望んでいるんだ」ということなのであれば、先ほどマトリックスに分けましたが、そのようにブレイクダウンして、今私たちが考えているものを患者さん方にお話して、「あなたの言っていることは、こういうところに収まるのです」という話に持っていく。

うがった言い方をすれば、医療提供者側も必ず患者にはなるわけですから、あえて患者代表たる一人を選ばなくても、患者としての感覚が全て分かっているものとして、議論が重ねられているのではないかと思っております。

開原：時間も迫ってまいりました。最後に締めくくりの言葉をお願いいたします。

岩尾：まさに変革の時代ですが、自分たちの考えたことが行政で実現するまでというのは、ちょっと時間のずれがあります。私なりの行政の経験からすると、先頭を走ってはいけません。

ハンセンにしてもエイズにしても、先取りしてやったことが結果として後で裁判になってしまいましたし、今だって、C型肝炎が裁判になっているのです。自分が良かれと思ってやったことが、なかなか行政だけで決着せず、結局司法を巻き込んでしまったような仕事にずいぶん関与してきました。そういうことを踏まえると、行政が常に先取りしてやらなければいけないのだということではなくて、“何か”が先の方に少し行っているときに、ちょっと一歩おいて、第二集団とは言わないけれども、第一集団の後ろの方に付いていって、流れを見ながら施策を打つというのが、今の時代に合っているのかなという気がします。

そのようにしながら全体を考えているのだということをご理解いただけたら有り難いと思います。

開原：最後の方は大変面白い深いお話だったと思います。大変有り難うございました。

これで今日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、ご意見を受け付けております。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

入院患者における薬剤関連エラーと薬剤性有害事象の発生率ならびにその対策に関する日米比較研究

研究期間	2002年11月1日～2004年5月31日	
代表研究者	京都大学大学院医学研究科臨床疫学 教授	福井 次矢
共同研究者	ハーバード大学医学部ブリガムアンドウィメンズ病院総合診療科 教授	David W Bates
共同研究者	京都大学医学部附属病院総合診療科 助手	森本 剛

薬剤性有害事象や薬剤関連エラーは頻度の高い疾患であり、包括的な対策は緊急を要する課題である。しかしながら、わが国においては有効な対策はあるか、対策の基礎資料となるべき疫学データもほぼ皆無である。本国際共同研究では、わが国の入院患者における薬剤性有害事象や薬剤関連エラーの発生率ならびにその対策を明らかにするために、1) 米国の教育病院のコホートデータを利用してACE阻害薬による有害事象発生の予測モデルの開発；2) 薬剤性有害事象や薬剤関連エラーの発生率や防止可能性を科学的に定量する方法論の開発；3) 日本の3教育病院において、開発した方法論を用いた前向きコホート研究、を行った。

1) 米国におけるACE阻害薬による薬剤性咳嗽の一般的な発生率は12%であるが、米国の教育病院においてコホート研究を行い、臨床疫学的予測モデルを開発した。この予測モデルを用いることで、ACE阻害薬の投与を受ける段階で、6ヶ月以内における患者の薬剤性咳嗽の発生率を4%、14%、20%、60%の4群に分けて定量的に予測できることを明らかにした。

2) 薬剤性有害事象や薬剤関連エラーなどの“ソフト”なアウトカムを測定したり、その防止可能性を定量する研究には、常に曖昧さに関する批判が発生する。従って、研究者は最大限、科学的、客観的であり、再現性の高い方法を取らなければならない。本研究では1990年代から米国で行われてきた薬剤性有害事象や薬剤関連エラーに関する研究の方法を総括し、曖昧さが最小限かつ汎用性の高い方法論を提唱した。

3) 平成16年6月現在、薬剤性有害事象や薬剤関連エラーの頻度やそのリスクファクター、予防可能性に関する前向きコホート研究をわが国の3教育病院で行っているところである。本研究は1995年にBatesらがJAMA誌上に発表した研究と完全に相似であり、わが国特有の医療環境に起因する原因などについて、非常に有用な結果が得られると考えられる。

フルレポート(英文)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

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

研究期間	2002年11月1日～2003年10月31日	
代表研究者	広島大学大学院 教授 保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座	森山美知子
共同研究者	Gregg L. Mayer & Company, Inc. President	Gregg Mayer
共同研究者	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・主席研究員	坂巻 弘之
共同研究者	広島大学大学院保健学研究科 博士課程後期	中野真寿美

米国の疾病管理の発展の背景を、保険支払い方法の転換と生活習慣病を基礎にした慢性疾患患者の増加との関係から分析した。また、米国で発展した疾病管理の構成要素、コア・プロセスと各段

階で行われるサービス/活動について、米国の代表的な疾病管理会社に対する調査から抽出するとともに、特徴的な疾病管理ツール、評価指標を比較した。さらに、ビジネスモデルとして成功している包括的 disease management プログラムを提供する会社のサービス内容と対象疾患、規模、収益等の比較を行った。

次に、疾病管理のプログラム開発が緒についたばかりの日本の状況及び問題点を把握するために、国内外の代表的な糖尿病診療ガイドライン17件を抽出し、「患者アセスメントの内容」「自己管理・教育に関する内容」「その評価基準」を比較し、わが国のガイドラインの特徴を明らかにした。

さらに、糖尿病のチーム医療、診察ガイドラインの順守状況、患者フォローアップシステムの観点から、無作為抽出し、承諾を得た日本糖尿病学会員の医師605名(全国)から得た質問紙調査の回答を分析した。

これらの結果から、米国ではEBMと費用対効果プログラムの具現策として疾病管理が進んでいるのに対して、わが国では、患者のリスク特性による階層化は実施されておらず、患者の自己管理に言及したガイドラインの整備は十分ではなく、医療機関における心理社会面のアセスメントやケアについての実施割合は低く、疾病管理の各段階で必要とされるツールの開発の必要性が示唆された。

最後に、広島市内8カ所の病院/診療所に通院する2型糖尿病患者で調査協力の得られた425人に対し行った調査結果及び米国DM会社のクライアントアセスメント/階層化の手法、上記調査結果を基に、アセスメントアルゴリズムを試験的に構築した。

フルレポートをご希望の方は、財団事務局までご請求下さい。

平成14年度国際共同研究

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

研究期間 2002年11月1日～2003年10月31日

代表研究者 千葉大学工学部メディカルシステム工学科教授

田村 俊世

共同研究者 Vardal Foundation Executive Director

Ewa STÅLLDAL

共同研究者 国際医療福祉大学医療経営管理学科 講師

橋口 徹

IT機器の医療保険制度への応用について福祉先進国であるスウェーデンと日本で比較を行った。福祉立国であるスウェーデンにおいてもITの導入は、わが国と同じ問題を抱えている。高齢者のITに対するMotivationの低さ、経済的負担などである。スウェーデンにおいてもわが国同様、画像診断の遠隔医療は盛んであるが、コミュニティレベルでのIT導入は図られていない。スウェーデンでは、いまだ、概念設計の段階である。

一方、日本側では、まず、地方都市におけるコンピュータの重要性を調査した。医療従事者、看護学校生、高齢者、その家族を対象にコンピュータの使用感、必要性のアンケートを取った結果、コンピュータはこれからの医療に重要な役割を果たすことは理解できるが、必要性が感じられないとの回答が多かった。さらに、インターフェイスの複雑さが、壊すのではないかと先の先入観を与えていた。これらの結果をもとにコンピュータを用いない遠隔健康管理システムを構築し、運用した。方法は、携帯電話を利用し生体情報を送信するシステムで、医療従事者が、望んだ時刻、場所でデータを閲覧できる。このシステムは、利用者が積極的に通信をしなければ、本人には通信費用はかからず、医療従事者が費用を負担する。このようなシステムは、利用者の経済負担、操作をなくし、これからの遠隔健康管理に有用なシステムであることが確認された。

日瑞両国ともITを用いた健康管理、在宅医療の構築を検討しているが、われわれの開発したシステムは、有望なシステムとして両国で使用できる可能性が示唆された。

フルレポートをご希望の方は、財団事務局までご請求下さい。

第1回ヘルスリサーチワークショップ 参加者と基調講演の演者決定

既報のとおり、財団の本年度の新規事業であるヘルスリサーチワークショップの第1回の開催内容の大枠は以下のとおり決定致しました。

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)

8月24日(火)には同ワークショップ第2回幹事世話人会が開催され、推薦枠とオープン参加枠で申し込まれた参加候補者の決定と、基調講演の演者の決定、ワークショップで実施される分科会等の、より具体的な運営方法が打ち合わされました。



イメージキャラクター
あかひげくん

その結果、約35名の参加者が決定し、また、基調講演演者として、色平 哲郎氏(長野県南佐久郡南相木村診療所長)と岸本 葉子氏(エッセイスト)の2名が決まりました。「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」という基本テーマの下に、色平先生からは医療の現場からのお話を、岸本さんからは患者の立場からのお話をお聞かせ願ひ、その後、参加者が1チーム8名程度の計4チームに分かれて分科会が行われます。各々のチームは別々の「切り口」から、上記基本テーマに関する討議を行います。「切り口」としては次の4つが決まりました。

- ・ 赤ひげの経済的側面
- ・ 赤ひげの人材育成
- ・ 赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ
- ・ 赤ひげにおける受療者のNeedsとWants

次回は本年12月に第3回幹事世話人会が開かれ、最終的な実施内容・方法が詰められます。

第11回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択

本年度のヘルスリサーチフォーラム(11月6日(土)開催)で発表される一般演題募集には18題の応募があり、8月3日(火)開催の選考委員会で下記6題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

- 市民による訪問調査「埼玉の救急医療大探検」にもとづく埼玉県の救急医療に対する市民からの提言
市民の医療ネットワークさいたま 代表 上田 寧
- なぜ科学的根拠に基づく診療ガイドラインは、医師の診療を変化させることができないのか - 質的研究 -
京都大学大学院医学研究科医療経済学教室 特任助手 関本 美穂
- 医師・研究者主導の臨床試験・治験における医療費と補償・賠償について
京都大学医学部附属病院探索医療センターCOE 研究員/助手(特任) 村山 敏典
- Asia-Pacific Traditional Nursing と日本の方向性
富山医科薬科大学医学部看護学科 教授 永山くに子
- 臍帯血ミトコンドリア移植の医療経済解析
虎の門病院血液科 医員 湯地晃一郎

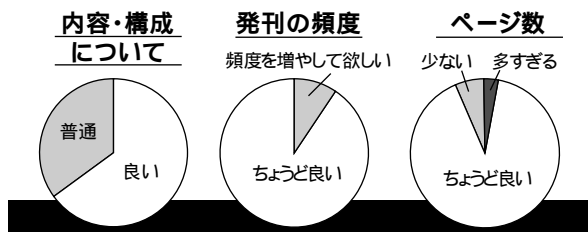
大学病院のDPC (Diagnosis Procedure Combination) 前後の「機能性」「収益性」「生産性」からの評価と今後の対策 - MBAの経営管理手法の観点から -

福岡歯科大学総合医学講座内科学分野 講師 堺 孝明

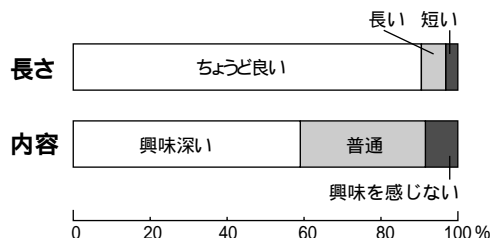
アンケート結果報告 (2004年7月実施)

本誌7月号でヘルスリサーチニュースに関するアンケートへのご回答をお願いしておりましたが、97名の方々にご回答を頂きました。ご協力有り難うございます。集計結果を以下のとおりご報告致します。

ヘルスリサーチニュースについて



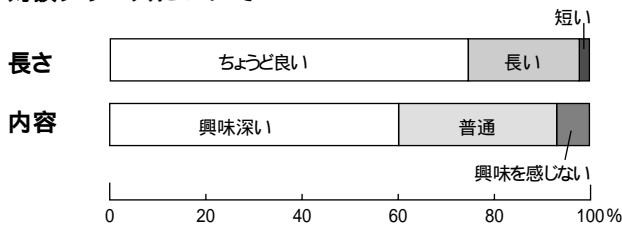
リレー随想について



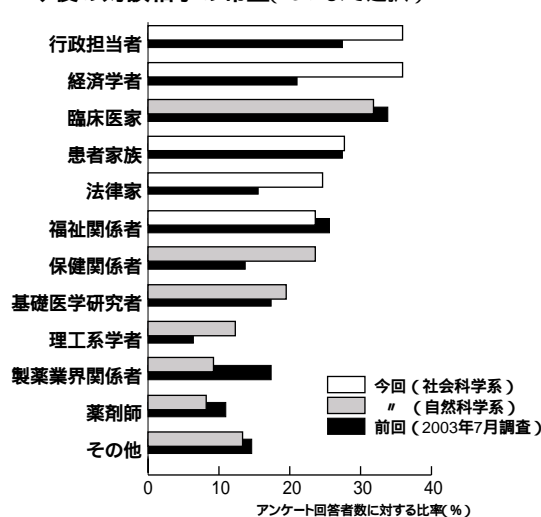
本誌(ヘルスリサーチニュース)の内容については概ね好評をいただいております、発行の頻度、ページ数とも「ちょうど良い」と回答された方が圧倒的に多いという結果でした。

vol.36から始まった財団役員による「リレー随想」についても、高い評価を頂きました。

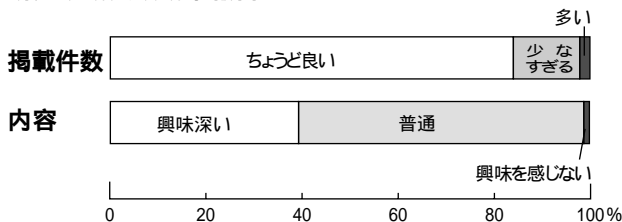
対談シリーズについて



今後の対談相手の希望(3つまで選択)



研究助成受領成果報告について



対談シリーズに関してはほぼ前回アンケート調査と同様の高い評価を頂きました。但し、今後の対談相手の希望に関しては、昨今の医療改革の進展により、圧倒的に「社会科学系」の対談相手を望む声が高くなっており、中でも、従前に比べて行政担当者、経済学者、法律家等を望む声が高いという結果になりました。

本誌掲載の、当財団の助成金による研究の成果報告に関しては、誌面の制限でフルレポートを掲載できないケースがあるため、多少インパクトが弱いと感じられているようです。

本誌及び当財団へのご意見・ご希望

本誌については、「もう少しゆとりのあるレイアウトに」というご指摘もありましたが、「レベル内容の高い記事だ」「内容も良くなってきている」等、概ねご好評を頂いております。

財団の活動に関しては、次のようなご希望がありました。

- ・ 国際的ヘルスリサーチの動向と科学的紹介、国際的ポリシーサイエンスの動向と科学的紹介(を希望する。)
- ・ 近年、NGOは支援が少なくなり困難を極めている。考慮願う。
- ・ 保健関係の基礎教育担当者や卒後の教育担当者の助成にも力添えが欲しい(チーム医療を現実のものにしていく為の人材教育が21世紀の医療を保障していくと思うから)。

当財団では、これらのご指摘・ご意見を参考にし、今後、より内容の充実した誌面作りと情報の提供、研究助成活動を行ってまいります。今後ともご期待下さい。

第5回 北里・ハーバードシンポジウム開催のお知らせ

例年当財団が後援している北里・ハーバードシンポジウムは、本年第5回を迎え、最新のグローバルな医薬品開発技術や、近年の成果と将来展望に焦点を当てて講演と討論が行われます。

その内容は、グローバルな臨床開発の進展における諸問題とともに、今後5年間に予想される課題について討論されます。さらに様々な疾患領域における新たな挑戦、新薬開発のための将来的なデザインや斬新な技術革新の内容が盛り込まれております。また、客観的なゴールとしてテーラーメイド医薬品、バイオマーカー、とりわけ今後の研究開発や新薬の胚幹細胞研究の将来的な適用と新薬開発、薬に対するresponderとnonresponderを明確にする臨床研究、将来的に可能性の高いグローバルな創薬についても議論が行われます。

議論は海外からの参加者と共に、日英同時通訳が付き、行われます。参加者は主に学術関係者、製薬メーカー、および行政機関の方です。シンポジウムは北里大学、ハーバード大学公衆衛生学校、およびファイザーヘルスリサーチ振興財団によって共催されます。

テーマ： Advanced and Global Drug Development Techniques :
Achievement and Future Direction

開催日：平成16年10月25日(月)～10月26日(火)《2日間》 会場：東京全日空ホテル

主催：北里大学 後援：財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

詳しい内容及び申し込み方法は右記ホームページをご覧ください

<http://www.pharm.kitasato-u.ac.jp/biostatis/>

医療倫理シンポジウム「よりよい生き方と逝き方を考える」のご案内

京都大学からのお知らせ

この度、京都大学医学研究科社会健康医学系専攻、厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「特定疾患のアウトカム研究：QOL、介護負担、経済評価」班（主任研究者：京都大学医療疫学 福原俊一）共催で、医療倫理シンポジウム「よりよい生き方と逝き方を考える」を平成16年10月23日(土)、24日(日)の2日間開催いたします。

本シンポジウムでは、日米の専門家をお招きして、両国における治療中止に関する法と指針や患者・医療従事者関係についての講演、重症疾患患者の診療方針決定に関するケース・スタディを行うとともに、この研究班の学際的ワーキンググループによる「重症疾患の診療倫理指針(案)」の提示、パネル・ディスカッションを予定しています。

シンポジウム参加を希望される方および詳細についてご質問がごありの方は、下記までEメール、ファックス、または郵送でご連絡いただけますようお願い申し上げます。

日時：平成16年10月23日 午後1時～24日 午後1時

場所：〒606-8501

京都市左京区吉田近衛町京都大学医学部
芝蘭会館・山内ホール

定員：250名

参加費：無料

事務局：〒606-8501

京都市左京区吉田近衛町

京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻 医療倫理学分野助教授室内

「医療倫理シンポジウム」実行委員会委員長

浅井 篤

FAX：075-753-4649

e-mail：aasai@pbh.med.kyoto-u.ac.jp

Newcastle 大学大学院 学生募集中

12月締め切り

オーストラリアの Newcastle 大学大学院では、右記の要領で2005年度の臨床疫学通信教育プログラムの大学院生を募集している。詳細は下記まで問い合わせのこと。

日本語での連絡先・資料入手先：

Newcastle 大学 CCEB 臨床疫学通信教育日本事務局

東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学医学部国際交流室内

E-mail：cceb-jp-office@umin.ac.jp

FAX：03-5803-1817

Web site：http://www.i-hope.jp/index.html

(NPO 健康医療評価研究機構)

Newcastle大学CCEBからのお知らせ

内容：

臨床疫学、生物統計学、医療社会学、薬剤疫学、他
(すべてのコースにおいて、修士取得後に博士取得も可能)

出願資格：

医学・薬学・看護学などの学士取得者で、学習を継続できる英語能力(TOEFL(CBT)213点以上)を有する者。

出願期間：

10～12月中旬

情報入手先(願書もダウンロードできます)：

CCEB

<http://www.newcastle.edu.au/centre/cceb/>

全コース一覧

<http://ccdb.newcastle.edu.au/courseinfo/programlist.cfm?ugpg=14&fos=9>

第11回 ヘルスリサーチフォーラム・ ゲスト講演 及び 研究助成金贈呈式 プログラム内容決定

第11回ヘルスリサーチフォーラム・ゲスト講演 及び
研究助成金贈呈式の内容が以下の通り決定いたしました。

尚、フォーラムは2会場方式で行われます。

フォーラム座長



国際医療福祉大学
大学院 教授
伊賀 立二



東海大学法科大学院
教授
宇都木 伸



国立国際医療センター
名誉院長
小堀 隆一郎

ゲスト講演座長



環境省公害健康被害補償
不服審査会 委員
近藤 健文

助成選考経過・結果発表



学習院大学経済学部
教授
南部 鶴彦



国立保健医療科学院
公衆衛生看護部 部長
平野 かよ子



慶應義塾大学
経営大学院 教授
矢作 恒雄



国際医療福祉大学
副学長
開原 成允

フォーラム

会場

9:30 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機構 専務理事 岡部 陽二

9:42 来賓挨拶

厚生労働省大臣官房厚生科学課長 上田 博三

10:00 研究発表 テーマ：医療サービス

座長 国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長 平野かよ子

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
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
小児・家族発達看護学 教授 廣瀬たい子

Asia-Pacific Traditional Nursingと日本の方向性
富山医科薬科大学医学部看護学科 教授 永山くに子

小児がんの子どもの緩和ケアにおける看護援助モデル開発に
向けての一考察 オーストラリアのホスピス視察を通して
千葉大学大学院看護学研究科母子看護学講座小児看護学
教育研究分野博士後期課程 中村 美和

高齢者・障害者の転倒防止用福祉機器開発研究に
関する調査
札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 助教授 田中 敏明

11:05 休憩(15分間)

11:20 研究発表 テーマ：医療サービス

座長 国際医療福祉大学大学院 教授 伊賀 立二

スウェーデンとわが国における在宅健康管理への情報
技術の導入
千葉大学工学部メディカルシステム工学科 教授 田村 俊世

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
独立行政法人国立病院機構災害医療センター
臨床研究部病態蘇生研究室長 原口 義座

フォーラム

会場

10:00 研究発表 テーマ：医療制度

座長 東海大学法科大学院 教授 宇都木 伸

医療情報をめぐる倫理と法の日米比較
東京大学法学部 教授 樋口 範雄

医療機関の知的財産を特許取得するためのパイロット研究
名古屋大学医学部附属病院医療経営管理部 講師 杉浦 伸一

米国医療制度と反トラスト法の展開
金沢大学法学部 助教授 石田 道彦

医師・研究者主導の臨床試験・治験における医療費と
補償・賠償について
京都大学医学部附属病院探索医療センター
COE研究員/助手(特任) 村山 敏典

11:05 休憩(15分間)

11:20 研究発表 テーマ：医療評価

座長 慶應義塾大学経営大学院 教授 矢作 恒雄

薬剤性有害事象及び薬剤関連エラーに関する研究
前 京都大学大学院医学研究科臨床疫学 教授 福井 次矢
代理発表者:京都大学医学部附属病院総合診療科 助手 森本 剛

医師の仕事満足度および職場環境と、医療過誤、
医療の質との関連に関する国際研究
独立行政法人国立病院機構東京医療センター
臨床研究センター臨床疫学研究室長 尾藤 誠司

フォーラム

会場

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

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授 牧本 清子

救急医療大探検にもとづく埼玉の救急医療に対する市民からの提言

市民の医療ネットワークさいたま代表 上田 寧

12:35 昼 食(55分間)

13:30 研究発表 テーマ:医療経済

座長 学習院大学経済学部 教授 南部 鶴彦

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

日本大学薬学部薬事管理学研究室 教授 白神 誠

わが国における肝癌死亡率の将来予測モデルとC型肝炎スクリーニングの費用-効果分析

世界保健機関 チームリーダー 渋谷 健司

臍帯血ニ移植の医療経済解析

虎の門病院血液科 医員 湯地晃一郎

大学病院のDPC (Diagnosis Procedure Combination) 前後の「機能性」「収益性」「生産性」からの評価と今後の対策 - MBAの経営管理手法の観点から -

福岡歯科大学総合医学講座内科学分野 講師 堺 孝明

14:40 休 憩(35分間)

フォーラム

会場

医療および医療機関の質評価と質改善における患者調査の活用に関する研究

佐賀大学医学部附属病院副病院長・総合診療部 教授 小泉 俊三

なぜ科学的根拠に基づく診療ガイドラインは、医師の診療を変化させることができないのか 質的研究

京都大学大学院医学研究科医療経済学教室特任助手 関本 美穂

12:40 昼 食(50分間)

13:30 研究発表 テーマ:医療評価

座長 国立国際医療センター 名誉院長 小堀鷗一郎

年齢階級特異的死亡率の地域間分布特性の国際間比較検討と分布特性値を用いた健康施策評価の試み

前 国立保健医療科学院公衆衛生政策部長 瀬上 清貴

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

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻
看護開発科学講座 教授 森山美知子

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

千葉県立東金病院 院長 平井 愛山

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ビエ情報の評価および国際比較 -

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 大矢 幸弘

14:45 休 憩(30分間)

ゲスト講演

会場

15:15 「人口減少社会と医療改革」

座長 環境省公害健康被害補償不服審査会 委員 近藤 健文

富士通総研経済研究所 主席研究員 松山 幸弘

研究助成金贈呈式

会場

16:30 来賓挨拶

厚生労働省大臣官房技術総括審議官 松谷有希雄
ファイザー株式会社 代表取締役社長 アラン B. ブーツ

第13回(平成16年度)助成案件選考経過・結果発表

選考委員長 国際医療福祉大学 副学長 開原 成允

研究助成金贈呈式

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

17:30 情報交換会

(5F オリオンの間)

第11回 ヘルスリサーチフォーラム・ ゲスト講演 及び 研究助成金贈呈式



のお知らせ

近年我が国では、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。

私たち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、私たち一人ひとりにかかわってくる重要な問題です。当財団は、医学の成果を効果的且つ効率的に人々に適用することを研究する、ヘルスリサーチの分野に長年にわたり研究助成を行って来ました。お蔭様で財団の事業活動が年々評価されるようになりました。

年一回開催される本フォーラムは、当初、助成を受けられた先生方による研究成果発表の場としてはじまったものですが、数年前からヘルスリサーチの研究を志す研究者に広く発表の場を提供するために一般演題の募集を始めたところ毎年、多くの興味深い演題の応募があり、他の学会では得られないユニークな研究交流の場として定着してまいりました。

本年度は「フォーラム」「ゲスト講演」「平成16年度研究助成発表・贈呈式」の3部構成で行います。

「フォーラム」は平成14年度国際共同研究成果発表、平成14・15年度日本人研究者海外派遣研究発表に、平成16年度一般演題発表を加えて、昨年度に引き続き2会場方式で行われます。「ゲスト講演」は富士通総研 松山幸弘氏による「人口減少社会と医療改革」が企画され、「平成16年度研究助成発表・贈呈式」では本年度の助成採択の経緯と結果の発表と贈呈式が行われます。

本年度より厚生労働省の後援を得、また、例年通り財団法人 医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構のご賛同を得ての開催です。

詳しいプログラム内容は、本誌P14、15をご覧ください。

日 時	平成16年11月6日(土) 午前9時30分～午後5時30分
会 場	都市センターホテル 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1 電話:03-3265-8211
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
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

財団ホームページをリニューアル

9月13日に財団のホームページをリニューアル致しました。

このホームページには、ヘルスリサーチのコンセプトの説明をはじめ、財団全ての活動内容、役員、財務状況報告、前年度事業報告、新年度予算・事業計画、研究助成の成果物などを掲載すると共に、主要な関連団体へのリンクなどを可能にしております。

また、今回から新たに財団への寄付のお願いも掲載致しました。

一方、新たなホームページからは以下のアクションが出来るよう、ホームページ訪問者との双方向性を取り入れました。

- 研究助成申請の入力（平成16年度分の公募は現在締め切りました）
- ワークショップ参加申込書などの取得（同じく本年度分は締め切り）
- ヘルスリサーチフォーラム聴講申し込み
（本年度分は10月上旬にオープン）
- ヘルスリサーチニュースバックナンバーの閲覧や申込
- ヘルスリサーチフォーラム講演録バックナンバーの閲覧や申込
- 財団事務局へのメール送信 等々

今後は最新の事業活動をタイムリーにアップデートしていく予定です。

また、ホームページからヘルスリサーチと財団活動に関するイメージビデオも見られます。

新しい当財団のホームページを是非ご覧ください。



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

ホームページ画面

