

ヘルスリサーチニュース

INDEX

リレー随想 日々感懐(日本薬剤師会 副会長 伊賀 立二 氏)(p1)/ 鼎談:学際を拓く - 第1回 - 医療が経済学に求めるものは(南部 鶴彦 氏、松井 豊 氏、今井 博久 氏、中村 洋 氏)(p2)/ 理事長就任のご挨拶 - ヘルスリサーチ領域の草分けとしての誇りを胸に -(理事長 岩崎 博充 氏)(p10)/ 第14期(平成16年度)事業報告並びにこれに伴う収支決算書を承認 - 第27回理事会・評議員会を開催 -(p11)/ 研究等助成受領成果報告-3編-(p14)/ 標準的小児心肺蘇生法の普及と小児救急医療サービスの品質確保に関する研究 - 確実なトリアージと救命のために -(p14)/ WTPを用いて様々な施設介護サービスに対する要介護者及び介護者の金銭評価を推定する(p16)/ 精神障害者ケアマネジメントの国際比較研究:効果的な精神障害者ケアマネジメントとは何か?(p17)/ ヘルスリサーチワークショップ第4回幹事・世話人会を開催 - 次代の幹事・世話人は参加者の中から(p18)/ 平成17年度研究助成案件等募集、第12回ヘルスリサーチフォーラム一般演題募集(p19)/ 第12回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ(p20)/ ご寄付のお願い(p20)/ 当財団のプライバシー・ポリシーを制定しました(p20)

平成17年
研究助成案件等募集

第12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：7月8日まで(当日消印有効)

詳しくはP19をご覧ください。

第2回
ヘルスリサーチ
ワークショップ
近日 参加申込
受付開始

大盛会だった第1回に引き続き、第2回ヘルスリサーチワークショップが以下の開催日・開催場所で実施されます。

開催日：平成18年1月28日(土)・29日(日)
開催場所：アポロラーニングセンター(東京都大田区：ファイザー(株)研修施設)

幹事・世話人会でテーマ、参加要項等を検討の後、8月頃から参加者の公募が当財団ホームページ上で開始される予定です。(関連記事をP18に掲載)

リレー随想 日々感懐

医薬分業とかかりつけ薬剤師

日本薬剤師会 副会長 伊賀 立二

近年、我国の医薬分業の進展には目を見張るものがあり、平成16年9月における保険薬局での処方せん受取り率からまとめられた分業率は全国平均で52.6%に達している。依然として地域格差はあるものの、医療機関からの処方せんの発行と、保険薬局での調剤という医薬分業はわが国において定着したといえる。しかしながら、多くの場合には医療機関と調剤薬局といった図式であり、患者側からは2度手間と不便であるばかりでなく、金銭的にも院内での調剤に比べて高いことなどの指摘があることも事実である。このような観点から、医療費の抑制、医療提供体制の見直しなどの流れの中で、医薬分業についても、今、その質が厳しく問われているといっても過言ではない。

医薬分業とは、「患者本位の医療」を実践するために、処方と調剤とを医師と薬剤師という2つの職能が独立して、各々の専門性を最大限に発揮し、両者が密接に協力して患者に最良の医療を提供するシステムである。医薬分業の最大のメリットは、医師の処方に対して、薬剤師が鑑査することによって、最大限に医薬品によるリスクを回避することにあるといえる。

患者に安全で安心な医療を提供するためには、保険薬局において、厳密な処方鑑査、正確な調剤、的確な服薬指導が実践されなければならない。これらの実践が患者から評価されることにより医薬分業の質が担保され、「かかりつけ薬局」としての評価、さらに「かかりつけ薬剤師」としての信頼をかちとることにより、真の医薬分業が定着するであろう。



次回は評議員の国立国際医療センター 名誉院長 小堀 鷗一郎 先生にお願いいたします。

当財団では、2005年1月に新規事業ヘルスリサーチワークショップ(HRW)を開催しました。

同HRWでは「“ 出会い ”と“ 学び ”」が最大の目的とされ、この目的のもとに様々な分野の方々が集い、メインテーマ「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざまで - 」の討議の切り口別に

- 「財(たから)」チーム (赤ひげの経済的側面)
- 「育(そだつ)」チーム (赤ひげの人材育成)
- 「導(みちびき)」チーム(赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ)
- 「望(のぞむ)」チーム (赤ひげにおける受療者のNeedsとWants)

の4チームに別れて、2日間に亘る分科会を行ないました。

分科会では様々な議論が続出し、今後の医療とヘルスリサーチにとって貴重な示唆に富む内容となりました。その成果をより有効に活用するために、本誌では新たに鼎談シリーズを企画しました。毎号・4回に亘って、各チームのメンバーの代表者、ファシリテーターが、HRWで討議した内容を、その分野の権威の先生と語り合っています。

第1回目の今回は「財(たから)」チームです。南部鶴彦先生をお迎えし、メンバー代表の松井豊先生、ファシリテーターの今井博久先生とともに熱く議論を交わしました。(司会は中村洋先生)



鼎談：学際を拓く

第1回

第1回HRW「財」チームからの問題提起



南部 鶴彦 (なんぶつるひこ)

学習院大学経済学部教授
当財団評議員、選考委員

- 1966年 東京大学経済学部 卒業
- 1973年 東京大学大学院 経済学研究科 博士課程 修了
- 1973年 武蔵大学経済学部 専任講師
- 1975年 同 助教授
- 1976年 学習院大学経済学部 助教授
- 1978年 同 教授

医療が経済学に求めるものは



松井 豊 (まついゆたか)

医療法人社団まついクリニック理事長
神戸大学大学院経営学部非常勤講師

- 1983年 宮崎医科大学医学部卒業
千里救命救急センター
大阪労災病院麻酔科脳神経外科他で研修
- 1990年 大阪大学医学部医学研究科修了(医学博士)
阪和記念病院脳神経外科、医誠会病院診療部部長、
医誠会クリニック院長、十三医誠会クリニック院長を経て
まついクリニック開設、院長
- 2002年 神戸大学大学院経営学部経営学研究科修了(経営学修士)
- 2003年 神戸大学大学院経営学部非常勤講師
- 2004年 神戸大学大学院経営学部非常勤講師

脳神経外科学会専門医、救急医学会専門医、透析医学会専門医・指導医、
アフレスス学会認定専門医



中村 洋 (なかむらひろし)

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
当財団ヘルスリサーチワークショップ世話人

- 1988年 一橋大学経済学部卒業
- 1996年 スタンフォード大学経済学
博士課程修了(Ph.D.)
慶應義塾大学大学院経営
管理研究科専任講師就任
助教授を経て
- 2005年 教授就任

今井 博久 (いまいひろひさ)

旭川医科大学医学部助教授
当財団ヘルスリサーチワークショップ幹事

- 1986年 北海道大学経済学部卒業
- 1993年 旭川医科大学卒業
- 1995年 国立東京第二病院内科研修修了
- 1999年 北海道大学大学院修了
(医学博士)
- 2000年 慶應義塾大学医学部助手
- 2001年 宮崎医科大学医学部講師
- 2004年 旭川医科大学医学部助教授

論 点

論点-1 制度疲労

医療を取り巻く社会が変化して、40年前に制定された医療保険制度は制度疲労から機能不全を起こしている。今、やり方も仕組みも変える必要がある。

論点-2 様々な問題

それには、モラルハザードの問題や、保険料の負担割合・公的保険と私的保険のバランス、ペナルティの賦課の可否等、様々な問題が含まれる。まずそれらに対する議論を出し合うことが求められる。

論点-3 新しい仕組みの構築

新しい時代に合った仕組みでは、ペナルティが制度の中に入れていられることがよい。しかし、難しいのは線引きをどこにするかということ。

論点-4 新制度の試み

現在、新しい試みとして混合診療や株式会社化、私的保険の議論が出ている。それらは是か非か。また、それらの議論の問題点は。

論点-5 社会保障の意義

制度改革に先だって、まず最初に「社会保障の意義」を議論することが必要である。特に、日本・ヨーロッパとは異なるアメリカ型の社会保障制度の理念の前提を知る必要があるのでは。

論点-6 制度改革の主体

本当の意味での政治家に、改革するインセンティブを持たせなければ、制度改革はできない。そしてその政治家は、現場の医師の中から出てくるべきである。

中村：2005年1月のヘルスリサーチワークショップでは「医療とお金」という観点から議論をして、非常に盛り上がりました。本日は、この分野の第一人者でおられる南部先生をお招きして、鼎談という形でご意見を伺わせていただきたいと思います。

まずその前に、南部先生から、なぜヘルスケアの分野に興味を持たれたかを、簡単にお話しただければと思います。

南部：私の専門は、経済学部の講座では産業組織論という分野に相当していて、元々は必ずしも医療は対象になっておりません。一番長い間の専門は、競争の弊害とそれに対する独禁法の適用の仕方はどうあるべきかというような問題ですが、もう20年近く前になるでしょうか、段々そういう問題から関心がずれてきました。

20年くらい前は、民間の産業のほとんどが、非常に健全な産業でした。それに対して、電電公社や国鉄など、国営あるいは国の規制が極めて強い産業が、どこも産業組織的に見て非常に健全だと思われ、規制の在り方を見直すということから始まったわけなのです。ですから私は、電気通信とか電力の方が看板板で、裏の看板に医療とか医薬品があるという感じになります。

この裏の看板の最初のきっかけは医薬品でした。産業組織的な観点から、競争のメカニズムも同時に規制もある。且つ、資源配分の観点から色々問題が多い。薬価基準制度があり、この薬価基準制度が存在していることは、果たして経済的に見て合理的かどうか、その議論からスタートして、未だに続いているわけです。その後、次第に薬から医療そのものへと拡大しました。

中村：今度は松井先生に。先生は医療の現場に携わりながら、神戸大学で経営学や経済学を勉強されていますが、これらに興味を持たれたのは、どういった経緯からなのでしょう。

松井：私は脳外科を専門として、脳の移植の問題等をやっていました。しかし、何かよく理解できない現象が社会の中で多くなってきた。例えば使っている動物をどう扱うのが正しいのか。また、どのような移植実験が許されるのか。私の中に疑問に答えるだけの蓄えが無いことに気が付き、それを追っているうちに、社会科学をもう一度勉強し直さなければいけないと思うようになりました。

経済学や経営学の本を読んだりするのですが、なかなか発展しない。そこで、神戸大学の経営学にもう一度入り直したというのが発端でした。専門は管理会計をやりましたので、全くお金の計算はできないままで終わってしまいました(笑)。

中村：今井先生も自己紹介をお願いします。

今井：私は、北海道大学経済学部を卒業し、大学院にもいて、医療政策・厚生経済学を少し勉強しました。周りの友達や親戚に医療関係者がいたこともあって、徐々に医療に興味を持つようになり、そこで、医学部に入り、大学院で医療経済をやりました。

基礎教育は経済学と医学の両方を受けているので、両方の問題意識を持って、医学部の頃から本を読み漁ったのですが、あまり良い本が無かったこともあって、今から振り返るともどかしい状況でした。両方とも、現実の医療の世界をうまく交通整理したり一刀両断にできない。逆にそのことがすごく魅力がある。特に最近思うのは、人の価値観とか倫理観とか、そういう問題も必ず医療を考える上で無視できないということです。難しさ故に逆に面白くて、色々言ったり書いたり考えたりしています。

論点-1 制度疲労

国民皆保険制度は時代の申し子

中村：では、早速、今井先生、松井先生から、現場で考えることを、問題提起としてお伺いしたいと思います。

今井：差し当たり大きな話を。

非常に急激に、医療を取り巻く社会が変化しています。例えば人口構造が変化して、少子高齢化が進む。医療現場では、昔は結核や急性期の感染症が中心でしたが、今はガンや糖尿病を始めとした生活習慣病に疾病構造が変化している。一方、それを支えてきた医療保険制度あるいは社会保障制度は、40年来基本的な構造は変わっていないわけです。実態に即さなくなっていて、制度疲労から機能不全が起きているのではないかと。これを今後どうしていったら良いのかという話をしたいと思うのです。

松井：制度疲労ということでもまず思い浮かぶのは、国民皆保険制度ですが、私は国民皆保険制度は基本的には賛成であり、我が



「改革に反対する人の議論の多くはレトリックなのです。それに引きずられることなく、本質を見据えた議論を進めていくことが必要です。」

国が誇る制度だと思えます。ところが、国民皆保険制度の始まりは1960年代ですが、その時の経済的な状態の中で国民を守る制度であると、私は理解しています。政策的に標準化された幅のない医療を供給することで国民の健康を守っていった。そしてそれによって医療供給者は安定した成長を築いた。

現在制度疲労を起しているのではないかという危惧の原因は、主たる産業の経済成長が低下していることと、それに伴うマクロ経済政策が転換してしまったことに加えて、日本の社会の成熟化がどんどん進んで、需要が多様化していったことです。医療需要の多様化に対応することは、標準化とは相反するものであり、これが今の現場の不満の元であろうと思っています。

他の産業、例えば自動車産業などでは、大量生産から高度情報化、多品種少量生産という構造的変革を、既に10～20年前から始めて、今はもう完成させてしまっている。医療も、今、「医療の本当の社会的な意義」を見直して、効率性・生産性に寄与するような制度を築くことが求められているのではないか。今は医療の社会的意義が不安定な感じがしますし、その効果という点でも、それを支える経済学のモデルが見当たらず、しっかりとした骨組みができずに彷徨っているというのが現状ではないでしょうか。中村：お話にありました需要の多様化とは、どういうことをイメージされているのでしょうか。

松井：それは、価値観の多様化と連続する言葉です。医療は、命の仕組みや病の仕掛けを検討して人を幸せにしていく技術ですが、それに対して、どこが消費者の幸せなのかということです。

南部：松井先生と同じことを、私はだいぶ前から考えておりました。国民皆保険のスタートは昭和36年(1961年)で、既に40年位経っていますが、私は「これは「時代の子」である」と言っています。時代の産物であって、決して永遠のモデルにはなり得ない。

昭和36年は、もしかすると日本が一番良い時だったかも知れませんが、人口の中心は若い人ばかりで、お年寄りには当時はあまり長生きをされず、長生きをする人はみんな丈夫で、介護などはおおよそ関係ない人ばかりでしたので、国民皆保険は成功すべくして成功したのです。だいぶ前に、論文の中で、私はヤングエコ

ミーとオールドエコミーと分けました。ヤングエコミーであるからこそ国民皆保険がうまくいっている。

私は国民皆保険がうまくいくキーポイントは、国保が何とかもっているということだと思うのです。若手の労働者が大半で、まず病気をしないし、してもすぐ治る、色々な病気を併発しないから、当然コストも掛からない。問題は、失業者や老人が入っている国保ですが、ここで少々お金を食っても、トータルではバランスしてしまうと言えたのです。私はいつも、国保は(表現は悪いのですが)残渣(residual)であると言っています。つまり、まず大企業の人たちや共済組合の人たち、あるいは特殊な船員など、職業別に健康状態が良い人たちの保険組合があって、最後の残りを国保が救う。老齢化が進めば、早晚立ち行かなくなることは分かり切っている。だとすると、国民皆保険制度は、時代が変われば見直して、やり方も仕組みも変えるべきだと思っているのです。

論点-1 制度疲労

社会保障制度改革の4つの原則

スライド1～9(p4～6に掲載)は、先日、医療保障政策研究会議で私が話したもののレジュメです。

制度疲労について、アメリカでも多くの人が語っています。public economicsの第一人者であるマーティン・フェルドスタインが『AER』(American Economic Review)の最新号の会長講演で「Rethinking Social Insurance」という論文を書いています。そこでまさに制度疲労のことを言っており、もう70年経っているアメリカの制度は根本的に見直さなければダメだと述べております。

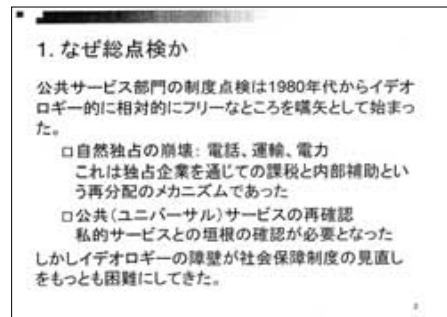
フェルドスタインは社会保障制度改革には3つの視点があるとしています。一つは定年退職後の所得保障をどうするかという問題で、次に失業保険の問題、それからメディケアの問題です。そして彼は社会保障制度改革の4原則を掲げて、この4つに従って現実的に進むことが必要だと言っています。

第1点(スライド-5)が、社会保障制度の裏側はその負担であるということで、課税の制度になるのですが、その課税の効果がどうなるかということを正確に認識することです。国民はこの70年間非常に賢くなつて、社会保障制度が導入されると、その制度を一部の人はずっと自分の有利になるように使おうとするゲーム的行動(彼はゲーミングと呼んでいます)があるので、それが結局、国民経済にマイナスの影響を与える可能性がある。分かりやすい例で、本来は失業保険は、不本意ながら失業している人が一時的に調整するためのものなのに、かなりの人は故意に失業し、なかなか職も見つけようとしない。そのためにどんどん赤字になつ

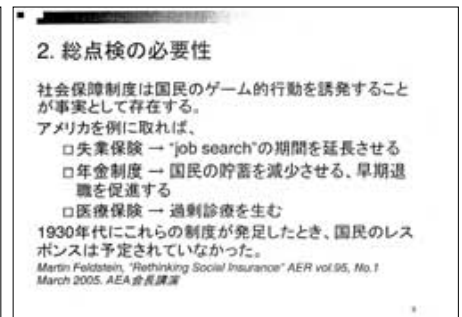
スライド - 1



スライド - 2



スライド - 3



て、追加課税というか、高い失業保険料が必要になってくる。こういう循環が動いて、結局経済学の言葉で言うとDead Weight Lossが発生してくる。この図では三角形ABCのところ。フェルドスタインが一番主張したかったのは、所得の再分配の問題もあるが、それよりもアメリカの制度においてはDead Weight Lossがものすごく大きいということです。

医療に重ねると若干語弊があると思いますが、例えば一部の人が必要でもない医療を受けようとする、またはお医者さんが必要以上の医療あるいは薬剤を給付して、結局医療財政が困難になり、自己負担が現在のように3割になってしまうということです。

2番目(スライド-6)は1番目の問題と裏腹です。例えば医療で考えると、医療保障を手厚くすればするほど国民の便益は増える、しかし同時に手厚くなった保障を逆用・悪用するゲーム的行動が生じるので、限界的な浪費も増えてくる。その限界便益と限界浪費にはバランスがあって、最適な水準があるのではないかと。これを見極める必要があるというのが彼の主張です。

3番目(スライド-7)が、条件の変化に適応した制度設計をすぐやる姿勢が必要だということです。彼は、従来型のTax以外に“Saving Account”を作って、自分が医療のために貯蓄したら所得控除できるという、シンガポールなどのような制度をした方が良くと言っていますが、その時に、アメリカでは全員背番号があることも含めて、IT技術の進歩を使って実施することが可能である、そして、先ほどのゲーミングをきちんと認識して分析できるようになっているから、そこまで考えた制度設計ができるということです。

4番目(スライド-8)は、彼はアメリカの社会保障制度には所得再分配効果は全く無いと言っています。逆さまの分配、つまりpoorからrichに再分配する制度になってしまっている。

そこで、スライド-9の「日本との比較」ですが、「福祉は絶対に犯すことができないので、その予算を削減することは許さない」という議論、あるいは、社会構造や人口構成が変わり、技術進歩があったのですから、医療に対するニーズは当然高まっているはずなので、医療の高コスト論による「GDPの何%以内でなければいけない」という議論も、もう一回見直す必要があると思っています。

論点-2 様々な問題

単一の医療モデル、アメリカの医療経済学の力不足

中村：今井先生や松井先生は、実際の医療の現場から見られて、この南部先生のお話について、いかがでしょうか。

今井：まず思うのは、アメリカはこういうことが非常に議論されるのに、日本は少ないということです。日本も最近、経済諮問会議

や経済改革会議で議論されるようになってきましたが、やはりもう少し色々な形で意見を出し合わなければならないと思います。

不必要な医療やモラルハザードという問題もありますし、どこまで個人で負担して、どこまで保険等で備えておくのかという問題もあります。単に1割負担とか3割負担ではなくて、弾力性を持って「こういう病気の場合には何割負担」といった形も考えられるでしょう。あるいは、ワークショップの時に話ですが、検診をちゃんと受ける人や自分で健康管理を努力してる人に対しては負担を少なくする、そうでない人にはペナルティを課すとか。こうしたことを実現しなくてはならない段階に来ていると思うのです。

松井：私がいつも疑問に思うのは、医療費の考え方です。日本の場合は、公的医療制度から拠出されたお金を医療費と捉えています。そういう捉え方だと、医療全体のアウトプットの評価と不釣り合いになります。例えば、患者さんは月1万円くらいの健康食品を買っていますが、それも医療費として捉えるのかどうか。

日本で「医療市場」と言うときの、その「市場」に乗せる医療費の対象をどのように絞るのか、それからその「市場」の参加者は誰なのかを、私はいつも疑問に思うのです。開業医である私は、需要があって、競争の中での医療機関と患者との「市場」というものを考えます。しかしこれは厳密には医療経済を語るときの「市場」ではなく、もう少し複雑な医療モデルがあるようです。このように、モデルが異なったり、分りにくかったりする。

南部：日本には、国民医療費の対象になる医療と同時に、例えば東洋医学のような医療がありますが、それは医療費の中に入っていない。それも含めて、ということでしょうか。

松井：そうです。「東洋医学はダメです」と医師が言ってしまうところが、国民皆保険制度の弊害であるわけです。政策によって標準化された医療があるので、医師も選択できない。患者の方は、需要が多様化しているので、それに応えてくれるものを求めている。双方が咬み合わない根本的な理由は、モデルがないからです。それと同時に、アメリカの医療経済学が、日本が作ってしまった国民皆保険制度の硬直した医療の中では、なかなか現場を説得するだけの力を持っていないからなのではないでしょうか。

南部：モデルがないというより、日本はモデルが一つしかなくて国民皆保険が押しつけられてしまっているということですね。

今井：多様なニーズに応えとか、それに対するコストを支払うということは全然ないのですね。

スライド - 4

3. 社会保障の論拠

「哲学」的論拠
社会的連帯(solidarity)

「経済」的論拠
情報の非対称性

1. 私保険における利己的行動
被保険者には自己の不利な情報を開示しないインセンティブが働く
2. 政府における情報の欠如
受給者にはトランスファーを期待して怠業(gaming)が起こるが、誰が本当にそうかは知ることができない

スライド - 5

4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(1)

① 社会保障制度の課税効果を正確に認識する
国民の一部は必ずゲーム的行動(合理的でもある)をとり、国民経済全体の効率性に影響を与える。
ゲーム行動の結果、支出は増大し追加課税によるdeadweight lossをもたらす。

deadweight loss (純損益) = ΔABC

スライド - 6

4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(2)

② 保障と資源配分の歪みの適切なバランスをとる
保障を手厚くすれば、国民の限界的便益は増えるが、同時に浪費が増大する。このトレードオフから最適な水準を模索する。

既に現場では持ち出しで対応している

松井：そこで、現在の制度の下で、素晴らしい医療を供給して、自分の医療機関を発展させようと思ったら、経営者はこんな工夫をします。つまり、私は、脳外科の診療所とともに、血液透析と腹膜透析専門の診療所も経営していますが、透析は脳外科とは異なって経験的で標準的な医療が現場で行われています。そこで私は、ブレークスルーと言われている新しい特殊な透析方法をやったのです。保険では重症の合併症になったら適応とされる治療法ですので、保険請求できません。重症になる前の患者には生理的で有効と考えられていますが、もちろん適応外です。通常より多く必要とされる費用は請求できず、安全管理や材料など高額になり、一人当たりコストは2倍位かかります。これは持ち出しです。しかし「それに伴う医療技術の進歩を組み合わせていけば、診療所は発展する」という経営学的な仮説を立て、診療所開設時から「実験」を行ったところ、非常に上手くいったのです。私の修士論文がそれなのですが、平均に比べ、患者増加数で3～4倍の成長をしました。死亡数に至っては、3年経っても総死亡率の20分の1位です。

そうしたことを、私だけではなく、現場では結構やっているはず。例えば、学会が認めていないような不妊治療をしたとか、遺伝子治療をしたとか。もちろんそれは医師の倫理観で、それに伴った技術や学問的根拠があってということ。もう既に現場では国民皆保険制度がある程度良い意味で無視して、持ち出しでやっている。そして医療の水準を上げているのです。

今、医療も情報というものが非常な速度で進んでいます。日常的な診療におけるテクノロジーも進んだ。もう医療も、大きな転換期を迎える役者が揃った時期なのではないかと思うのです。

南部：患者さんは松井先生の所がそういうことやっているという情報を、どうやって入手するのですか。

松井：敢えて情報は流しません。自らインターネットなどで探してもらいます。私の所はオープンカルテと言って、患者さんはパスワードでサーバーにアクセスしてカルテの内容を全部読めるようにしてあります。そういう手続きができる人しか私の所に来なくてよいという姿勢なのです。そうすると、そういう価値を求めた方が来られますので、診療の質を上げることができるのです。

今井：本物の患者が来るから、自分が良い医療を受けていることを見抜く力もあって、両方にとって良いということですね。

中村：この経営のノウハウの話が世に出るとまずいのでは(笑)

松井：まずありません。私はいたる所でこの考えをしゃべって

ます。というのは、競合者が出てこない、それを求める需要あるいは消費者が増えないのですよ。

制度の中にペナルティを

南部：松井先生の「標準化・定型化した医療」の話に関連して危惧するのは、今の医療保険制度はますます赤字が増えていから、保険者を統一して、赤字と黒字を混ぜていけば良いという議論がかなりあることです。しかしこれは一番危険なやり方だと思ふのです。ますます国民皆保険かつ定型的な医療しかないという世界を作ってしまう。統一体としての保険システムというのは、逆に言うと逆さまに電電会社を作るようなものです。

中村：先ほどの話の、いわゆるオールドエコミーに合った新しい仕組みは、今後どんな形で構築していけば良いのでしょうか。

南部：先ほど今井先生がおっしゃるように、ペナルティが制度の中に入っている方が良いと思うのです。

例えば、若い時に好き放題やって、年を取ってから貧窮に喘いでも、それは自分の選んだものだということにする。逆に言えば、そうならないように、何かの備えをするという仕組みにする。もちろんグラジュアルにやる必要がある。ある年齢以上の人は急に自己責任と言われても無理だと思いますが、ある年齢から下の世代については、備えをしなさいということが制度的に設計されないといけないと思います。つまり、先ほどのフェルドスタインのSaving Accountなりで、自分のインセティブで自分の老後に備える。それを備えたら、ご褒美として、そこだけは税金が掛からないようになる、というような仕組みを作らないといけないと思います。

今井：そのためにはおそらく、事前に若い世代への教育とか情報が必要ですので、政府が積極的に言ってあげて、そして自分で理解して、選択して、という形が必要でしょう。

南部：そうですね。ただ、問題なのは、自分の責任でなくて恵まれない人達です。しかし、そういう人たちに対する保障や援助は、経済学的に見て、当然というよりも簡単だと思うのです。そういう人は一握りしかいないのだから、その人たちに500億円、1,000億円出すとしても、日本の国力からはゴミのような金額です。

中村：この話と関連することで、先ほどゲーミングという話が出ましたが、医療では、不必要かもしれないけど、ちょっと心配だから医療機関へ行くということが。個々の動きとしては合理的だが、マクロ的に見るとまた違う問題を引き起こしてしまう。こういった問題をどう扱うかがなかなか難しいですね。

南部：「合成の誤謬」ですね。私も答えは無いのですが、ゲーミン

スライド - 7

<p>4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(3)</p> <p>③ 条件の変化に適応した制度設計の変更をする</p> <p>アメリカの社会保障制度は1930年代の大不況の産物である。今や諸条件の変化は明白。</p> <p>a. 経済の変化 今や大不況の構造はない</p> <p>b. 技術進歩 個人の資産、所得の把握により個人投資勘定は可能</p> <p>c. 経済分析の発展 制度に対する個人のレスポンスを分析可能</p>
--

スライド - 8

<p>4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(4)</p> <p>④ 社会保障を所得再配分から分離する</p> <p>アメリカの社会保障制度は貧者への再配分機能はない。</p> <p>ミーンズ・テストの対象者よりも余裕のあるグループへの支出は巨大となっている。(5千億ドル)</p>
--

スライド - 9

<p>5. 日本との比較</p> <p>日本では社会保障のdeadweight lossに関する認識が希薄で、増税論が優勢を占めている。その背景には、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 福祉聖域論 福祉は政治的得票の視点のみから論じられる 2. 医療高コスト論 社会的ニーズに対してどれだけ必要かではなく、GDP比率のみが重視される 3. 経済分析の経緯 日本における乗証分析の脆弱性が原因となり、現状に関する分析が欠如 4. 国民皆保険と年金制度の幻想 昭和36年はあまりに健康なbase yearである。それに続く昭和40年代はあまりに不健康なインフレ年代である。

グの裏腹で、日本はよくモラルハザードというように問題を付け替えます。「非常に悪いことをやっている」となるのですが、私は必ずしもそうだとは思えません。賢い人は制度の弱点というか、上手く利用できるところを見抜いて行動してしまう。これは、別に褒められたことではないかもしれないが、モラルハザードと言って、とんでもなく悪いことしているのだというのはおかしい。「悪用」されることがないように制度の仕組みを作っておくことが必要です。

論点-3 新しい仕組みの構築
線引きをどうするか

今井：一方で、線引きは医療現場の医師からは難しいですね。

例えば、現在ならば「肺ガンになる」という知識は一般的にあるわけですが、ヘビースモーカーが肺の扁平上皮ガンで治療に難渋し集中治療室へ入ってしまつて1,000万円使う。しかし、高額医療の還付制度で本人は余り負担をしないで済む。これでいいのか。こういう場合は、公的な保険で賄うのを制限する、という形もあると思います。また、一生懸命自分で健康管理をして検診を受ける人と、一切検診を受けないで健康管理にも注意しない人を平等に扱っていくのか。このような場合の線引きをどうするのか。

松井：年齢だけでは計れないその方の人生とか、周りの方と直接接しますので、なかなか線引きが難しい。また、疾患には遺伝的な背景があって、努力に努力を重ねたけれども、不幸にして脳卒中や動脈瘤の破裂になった方もおられます。だから、果たしてみんなが納得できるように整合性がとれるかどうか。

今井：ヤングエコミーの時は聖域だった部分も、線を引いていかないと、社会全体が共倒れになる。制度設計の細かい検討を重ねなければならない段階にきているのではないかと思います。

南部：財政的な危機に陥ると、価格やTaxを上げれば、一時的には何とかなるけれども、ますますそこで悪循環が起こってしまうのですよね。

今井：そうですね。介護保険でも、単純に負担を上げるというのは無策で、誰でもできる。もっと審議会なり、設計に関わる人たちが知恵を出しあうしかないと思うのです。

南部：線引きの問題について、フェルドスタインも「誰がゲーミングをやっているのか、また誰が自分の責任でない原因で大病に陥っているのか、その区別ができないから無差別にやらざるを得ない」という議論を否定して、それは無差別・一律にするべきだということにはならないと主張しています。(スライド4)

論点-4 新制度の試み

混合診療の議論のレトリックと身近な混合診療

中村：最近色々新しい制度の試みがなされていて、例えば混合診療や株式会社化の問題、私保険と公的保険の議論などが出てきています。こうした点についてはいかがでしょうか。

南部：混合診療で、「金持ちは受けられるけど、そうでない人は受

けられなくなる。だから混合診療をやるべきではない」という議論がありますが、これは完全なレトリックで、混合診療をやらせたくないという人がそのためにする議論だと思ふのです。

金持ちがどれ位いるのでしょうか。税金を1千万円以上納めた、いわゆる長者番付に載った人たちは7万5千人です。4人家族だとすると30万人が富裕ということですが、1億数千万人の中に30万人位金持ちがいて何が悪いのか。例えば、かつての中国のように、富裕階級がとてつもない富を蓄えていて、大衆を圧迫しているという事実があればそれは悪いけれども、ただか7万5千人しか金持ちがいない社会で、それと富裕階級の話とがごっちゃ混ぜになるのはまずいと思います。

松井：私は混合診療の対象をはっきりさせて、解禁すべきだと思います。

ただ、混合診療に反対している医師会の議論は、全部保険適用にすべきだという考えです。私はそれも間違いだと思います。

混合診療についてもっと議論しなければいけないのは、解禁したときに、何が混合診療に向けられるかということだと思いますが、それは、ほとんどが製薬に向けられるのです。製薬が医療費に占める割合というのは、一般の人たちが考えている以上に大きなウェイトを占めており、混合診療の目的がそれに行っているのではないかという危惧があって、なかなか支持が得られないのではないかと思います。

また、混合診療を補うための保険制度はどうするかということで、公的保険の市場に私的保険が入ってくるのではないかと議論が重ね合わされています。

今の混合診療の議論は、新聞を読んでいても、何が書いてあるのかよく分からないのは、様々な問題が混ざり合っているからです。それらを切り離して、きちんと刺し違える位の議論をしないと、医療の進歩はないの

ではないかと思うのです。

私は混合診療したら良いと思うのですが、ただ私が考える混合診療はもっと身近な診療です。例えば、CTスキャンはたくさん撮っても費用は一緒で、たくさん撮ったからと5枚も請求しても2枚しかフィルム代は認められないことがあります。しかし、2枚撮って分からなくても、4枚分のフィルムを撮れば、40枚位スライスが多くなって、分かるようになる。だからこれを混合診療でやるのです。今は私は持ち出してやっています。

こうした身近な分野での混合診療ならば、消費者の支持を得られると思うのです。

論点-4 新制度の試み

私的保険と公的保険のバランス

中村：今のお話には、私保険と公的保険のバランスということが含まれていると思います。南部先生、いかがでしょうか。

南部：先ほど私がGDPに対する比率はあまり問題にすべきでないと言ったのは、「本質はあくまでも公的保険だ」という議論をしているから、GDPに対して6%、7%となるわけだが、本当に医療への国民のニーズがあれば、GDPに対して10%であっても良い、



「医療の現場では医療経済への違和感を感じています。医療は、国家の富や発展に貢献しているのでしょうか。産業として有望なのでしょうか。」

但し公的保険で見るとは例えば6%までで、残りの4%は、例えば私保険で賄われる形に切り分けることが必要だということです。今の画一的な国民皆保険制度の中で混合診療は保険適用を全部にするということは、私は受け入れ難い議論だと思います。

では、どうやってセレクトすれば良いのかというのは、私たち経済学者の手には負えません。ただ、お医者さん方は、普通の病気はだいたい見当がついているし、薬も数百あればいいと言われます。まず、そういう本音でのお医者さんの常識のようなものを基準にして考えればよいのではないかと思います。

松井：私の診療所が取り組んでいるのは、とにかく売上げを下げることです。売上げを下げる努力しないと材料費がかかって、利益率がどんどん減っていきます。薬は使えば売上げに反映されますので、いかにジェネリクスなどの安い製剤を使うか。それから検査も、いかに枚数なり回数を減らして売上げを減らすか。

現場では、南部先生がおっしゃったように、善良な医師がやっている普通の感覚が分かり易いはずなのですが、それを、誰かが分かり難くしているだけなのです。

また、私的保険については、どんどん組み入れて、柔軟な制度を作ってしまうと、そんなに町の先生方が困るような制度にならないし、国民にも良いし、政府も使い甲斐のあるお金が使えるのではないかと思います。現場の感覚です。

論点-4 新制度の試み

株式会社化と評価の問題

中村：規制緩和に関連して、最近株式会社化という議論もあります。これについてはいかがでしょうか。

南部：株式会社の人たちが「粗診粗療」と言いますが、手を抜いて、金儲けをするために病院を作ることができないような監視体制を設けておくことが必要ですし、それがあれば株式会社でやっていただくことはとても良いと思います。

株式会社は、同じrestraint、constraintを受けていながら、なお既存の病院よりも安くできるノウハウやテクノロジーを持っているはずですから、患者にとってはベネフィットがあると思うのです。

中村：その場合に、医療の質を評価するのはなかなか難しいのではないかと思います。アウトカムを国民に分かり易く評価するには、何をすればよしいのでしょうか。

南部：ISO9000は、文書が山ほど増えるだけで、本当に良いシステムになるのか疑問ではありますが、しかし、このISOといったようなものを、最初は使わざるを得ないのではないかと思いますね。

今井：アメリカには、市場や株式会社、民間活力といったことが考え方のコアにある。ヨーロッパには、既存の制度を少しずつ変え

ていったら良いという考えがある。こうした世界の良い方を取り入れることも含めて、松井先生がおっしゃるように、刺し違える位に議論するべきでしょう。

松井：私が「実験」が上手くできた理由は、私のはだいたいの売上高が決まった医療なので、利鞘は少なくとも患者さんの数を増やせばできるという、単純な理論だからです。

ただ、それが適用できない医療もあります。どんどん治療しなければ助けられない医療、先進的な医療、それから、それとは全く違う、風邪や怪我を診る日常的な医療です。これらは質的に変えなければ、問題は解決しないと思います。そのためには、株式会社化して、もっと大規模に物事を進めていった方が良い。それでも開業医の存在意義は消えないと思います。消えるのは、皆保険制度の下で努力しない医療機関です。

論点-5 社会保障の定義

まず最初に社会保障の定義を議論するべき

ただ、その前に、社会保障の目的は何かという大きな議論をしないとイケません。社会保障の意義は、アメリカの場合はドロップアウトした人々を救済する方法として捉えられていますが、日本はアメリカとは多少異なっていると思うのです。その辺をもう一度国民に問い直して、その後、資金調達の方法を自由にする。株式会社はもちろん資金調達をしていますから、アンフェアでないように、病院も市場から資金調達をできるようにする。こうした資金調達の市場も国がきちっと作って、その中で戦うなら、株式会社が入ってきても反対は少ないだろうと思います。

今井：そして質を一定に保つために、アウトカムの評価や質の評価も同時にする。株式会社の場合、アメリカで「ごまかし」などということが起こっていますので、そういうものも何らかの形で防ぐ。

松井：株式市場である程度洗練されるのでは。

中村：世の中の株式市場も不祥事を多く抱えています。情報が取れそうで取れない。なかなか難しい点があると思いますね。

南部：現実論で言いますと、きちんとした医療をやる株式会社は、なかなか参入が難しく、心配するほど入ってきはないと思うのですよ。

今井：特区でもなかなか手が挙がりませんね。

南部：先ほど社会保障の意義という話がありました。介護の話に飛びますが、介護保険を受けている人たちの中には、従来の措置制度の方が良かったと言っている方もいます。日本では、日本のしきたりなりsolidarity(社会的連帯)の取り方として、貧乏であつてもそれを表に出さないようにするシステムですとずっときていて、それがアメリカとの決定的な違いだと思うのです。アメリカでは以前、「あなたは本当に貧乏なのか」というミーンズテスト(資産調査)を受けないとメディケア的なものにさえ入れなかった。日本はミーンズテストを受けなければいけないステータスの人はいるのだけれども、それをいわばオブラートに包んで、悪く言えばごまかしてきた。

社会保障の制度を考えると、日本やヨーロッパとは違ったアメリカ型の制度をよく見ておいた方が良いのではないのでしょうか。極端に言えば、ミーンズテストみたいなものもあつて社会保障という理念もあるのだということを、この際ははっきりさせた方が良いのではないかと思います。



松井：私は、今のような所得税とか法人税の税体系の中で、アメリカのような社会保障制度を持つてくるのは、ちょっと問題があるのではないかと考えます。

フリーターだけではなく自営業者も含めて、徴税を逃れている人たちの税の捕捉の仕方を、もう少し公平にするべきです。また、収益をあれほど取られてしまうのも問題がある。全部税金で取られますから、組織として強くすることができないのです。だから、医療機関に資金調達を認めることをしないと、良い医療機関は成長できない。大規模な医療機関ができて、南部先生おっしゃったように、ISOで品質管理された均一品質を供給する。そのような医療機関が成長できる仕組みを作っていけないといけないと思います。

論点-6 制度改革の主体

求められるのは政治家+プレントラスト

中村：最後に、これだけは訴えたいということを一言ずつ。

今井：かつてはヘルスサービスリサーチは必要なかった。患者の需要も医者への供給も人口構造も対象疾患も全部シンプルだったから研究者など要らない、大学で講座も要らない、医学部も経済学部も法学部も社会保障論はマイナーでよかった。今は逆に毎日、医療、社会保障、年金、病院等が必ず新聞に出てきます。社会全体が、色々な領域の人達が議論すべきだと要求している。今日はこの小さな空間での鼎談でしたが、今度は大学やシンクタンク、政府や諮問機関にどんどん拡がって、こういった議論ができる場がもっと増えて、そして医療や社会保障があるべき姿あるいは望ましい姿に一步でも近付いてくれたら、と思います。

松井：私は南部先生に教えていただきたいのですが、私たちが現場でやっている診療は、本当に国に富をもたらしているのかどうか。医療は本当に国

にとって大事なのかどうか。一般的な医師には、医療経済は「お金を出してもらおう」という印象が強くて、「出せない」ということならば「治すのは良くないことなのではないか」と思ってしまうような、違和感があるのです。現場の各スタッフの方々も、自分たちが一生懸命働いて、果たして国家の富や発展に十分役に立っているのかが知りたい。そしてそれが数値でちゃんと出るのか。そのようなことを教えていただきたいと思います。

南部：難しい問題ですね(笑)。経済学には健康資本(ヘルスキャピタル)という概念があります。お医者さんの仕事は、病気になって個人の健康状態がマイナスになったときに元に戻してくれる事で、つまり、下がったものを上げるという仕事です。反対なのが教育で、まっさらな白地に教育してレベルを上げるということで、ちょうどプラスマイナス逆になっているのですが、座標軸をひっくり返せば良いだけです。それも国富あるいはキャピタルとい

う意味で見ることができます。

松井：ヘルスリサーチワークショップでは、医療は数字に見えないところが評価されなければいけないという議論がありましたが「数字にないところを認めて欲しい」と思うこと自体、それを測る尺度に問題があるのではないかと。数字できちんと評価できて、国の産業として非常に有望だということならば、もっとみんな働きがいがあるのではないかと思います。

南部：既存の統計でも、資本形成をヘルスも入れて計算し直せば、数字も出せると思いますね。

また、有望かということについては、医療の規制緩和は、結局ヘルスのビジネスがどんどん伸びていって、産業連関的に言ってすごく誘発効果大きいという議論を、一橋大学の宮澤先生などを始めとしてたくさんのお先生方がやっていらっしゃいます。

中村：では、最後に南部先生、お願いします。

南部：規制緩和の議論をやってきてずっと思っているのは、改革に反対する人の議論の多くはレトリックだということです。ありもし

ないことをあるがごとく言う。NTTが悪いから分割すべきだという議論で分割したのもその一例で、私はこれは全く違うと思うのです。上手くレトリックを使われると、本質的な議論が脇に置かれて変な方に流れてしまう。医療の場合も、そういうことの無いようにしなければいけないというのが第一点です。

もう一つ、制度変革をしようというときに、既存の官僚は既得権が大きく、それ以上に汗をかいたのが嫌ですから、役人の中から旗を振る人が出てくることは絶対にない。だから本当の意味でのステーツマン(政治家)がいて、その人たちに国を改革するインセンティブを持たせることが必要だと思うのです。日本は戦後の何十年間、政治家には「汚職だ」「スキャンダル

だ」と言って、ディスインセンティブばかり与えて、泥まみれにしてきました。そうではなく、政治家が制度改革などの大きなことをやったなら、金銭的な意味ではなく、何か良いことがあるようにする。例えばアメリカでは、上院議員になれば、それは大変素晴らしいことを達成したという証拠のようになっていきます。そのように政治家にインセンティブを与えないと、制度改革はできないのではないかと思います。

松井先生への注文ですが、政治家になられて(笑)、制度改革のリーダーシップを執っていただきたい。それがお医者さんの中から出てくるべきだと思うのです。そして、例えばアメリカでは、そういう政治家が出たとき、大きな実証研究のグループがあって、そこから良い人を選んで自分のプレーンを作る。日本もそうしたステーツマン・プラス・プレントラストという形にしないと、いつまで経っても変わらないのではないかと思っております。

中村：ちょうど時間になりました。本日は有り難うございました。



「日本ではこういう事を議論する場が少ないのです。改革が必要ということは一貫しているのに、もっと色々な形で議論しなければならぬと思うのです。」

本鼎談に関するご質問、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、鼎談者と検討の上、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。)

理事長就任のご挨拶

ヘルスリサーチ領域の草分け としての誇りを胸に

理事長 岩崎 博充



私は、当財団とは、その設立前から深い縁があります。20数年前、医薬マーケティング部門の責任者（当時 台糖ファイザー株式会社）をしていた頃に、当財団設立の起案書を提出しました。当初は『バイオメディカルリサーチ』領域での研究財団の設立を計画していたもので、幸いマネジメントやニューヨーク本社の承認を得ることができましたが、新規の財団の設立はそう簡単ではなく、諸先生方のアドバイスをいただいた結果、現在の財団の事業目的である『ヘルスリサーチ』という領域に着目するに至りました。今日のこの領域の発展と重要性を見ると、全く新しい分野であったものの、当時からヘルスリサーチの重要性に着目され、そしてこの財団の設立にお骨折りいただいた諸先生方の先見性に敬服いたしますと共に、今回、こうした縁のある財団の理事長に就任させていただいたことを感慨深く感じ、大変嬉しく思っております。

私は、最近では主として財団を出捐企業の立場で支援してまいりましたが、その立場から、常々、財団には3つの意味付けがあると考えております。すなわち -

- ・ファイザーは企業の社会的責任（CSR）を果たすという意味で数々の社会貢献活動を実施していますが、財団はその中心的な事業であること、
- ・国民医療の一端を担う製薬企業として、財団の研究助成活動を通して患者さんのQOLの向上に貢献するという大きな役割をもち、
- ・そしてファイザーが社員にとって誇れる会社であること、裏返すと社員に選ばれる会社になる、財団はそのためのシンボリックな位置付け、

の3点です。ファイザー株式会社には『最も成功し最も尊敬されるヘルスケア企業』になるというビジョンがありますが、こうした財団の活動は、そのビジョンを大きく具現化するものの一つであると思っております。第三者機関が行なった、ステークホルダーを対象にした最近のいくつかの企業イメージ調査の結果を見ても、現実に医療用医薬品市場におけるリーディング企業にふさわしい評価をいただいております。財団が大きく貢献していることが読み取れます。

財団設立以来、理事、評議員、選考委員の先生方を始め、ヘルスリサーチ研究者並びにヘルスリサーチ研究を志す皆様、そしてヘルスリサーチにご関心を持たれて支えてくださる皆様のお陰により、財団事業は質と量の両面において大幅に拡大・充実いたしました。皆様方的一方ならぬご支援に深く感謝を申し上げます。

いまだ政治・経済の不安定な情勢が予想される昨今ですが、幸い、出捐企業のファイザー株式会社からは、変わらずに、理解と支援をいただいております。それをバネに、次代を担う若い世代を重視したヘルスリサーチ領域のますますの進展を図って行きたいと考えております。

本年は財団の事業も、一層の飛躍と共に、より確実に運営して行きたいと考えております。どうか皆様方、これからのファイザーヘルスリサーチ振興財団に、一層のご指導・ご支援をよろしくお願い申し上げます。

第14期(平成16年度)事業報告 並びにこれに伴う収支決算書を承認 第27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17年5月18日(水)に開催された第27回評議員会、並びに5月24日(火)に開催された第27回理事会において、第14期(平成16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主査 荒木康弘氏より「現在日本では重点的にライフサイエンス研究を進めることとなっているが、その中で厚生科学研究の果たす役割は重要であり、厚生労働省としても今後とも重点的に支援していきたいと考えている。ファイザーヘルスリサーチ振興財団におかれても、厚生科学研究を今後とも強力にバックアップしていただくとともに、日本におけるヘルスリサーチの振興に貢献していただければと期待している。」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 岩崎博充氏より平成16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
厚生科学課主査
荒木 康弘氏

第14期(平成16年度)事業報告

平成16年度に実施した主な事業の概要は次の通りです。

1. 第13回研究等助成事業 (()内は平成15年度実績)

	応募件数	採択件数	助成金額(千円)
国際総合共同研究	9 (24)	1 (1)	10,000 (10,000)
国際共同研究	98 (77)	18 (19)	80,700 (93,340)
研究者海外派遣	36 (25)	12 (11)	23,760 (18,970)
研究者短期国内招聘	10 (14)	5 (6)	4,993 (5,600)
研究者中期国内招聘	1 (2)	0 (0)	0 (0)
若手研究者海外留学	56 (80)	9 (10)	28,908 (40,000)
若手研究者国内共同研究	93 (83)	11 (6)	30,150 (14,650)
合 計	303 (305)	56 (53)	178,511 (182,560)

国際総合共同研究並びに国際共同研究の前年度名称は、各々国際共同研究A並びにBである。

応募件数は総合計303件で前年より2件減少し、ほぼ横這いであった。そのうち国際総合共同研究・国際共同研究の合計は前年の国際共同研究A・Bの応募件数に比べて6件増加した。内訳は改変新設の国際総合共同研究が9件と対前年15件の減少であったのに対し、国際共同研究は98件で対前年21件の増加であった。海外派遣の応募件数は11件の増加、国内招聘は5件の減少であった。一方、若手海外留学は24件の減少、若手国内共同研究は10件の増加であった。

2. 第11回ヘルスリサーチフォーラムの開催

平成16年度から、当財団の主務官庁である厚生労働省の後援を得ると共に、前年同様に財団法人 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18題の応募の中から組織委員会で6題が採択・発表された。平成16年度は前年度に引き続き2会場による同時進行形式を採用した。

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

テーマ：ヘルスリサーチの新展開

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240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（厚生労働省大臣官房厚生科学課長）挨拶

4. 平成14・15年度研究助成成果発表 18題（内1題は小冊子 下記 紙上にて発表）

5. 一般公募演題 6題

6. ゲスト講演「人口減少社会と医療改革」富士通総研経済研究所 主席研究員 松山 幸弘氏

7. 第13回（平成16年度）助成案件選考経過・結果発表

8. 第13回（平成16年度）研究助成金贈呈式

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

3. ヘルスリサーチワークショップ

第24回理事会において、平成16年度から当財団の新たな主たる事業として承認されたヘルスリサーチワークショップは、幹事・世話人会が組織され、第1回が開催された。

日 時：平成17年1月29日（土）～30日（日）

会 場：ファイザー（株）研修施設 アポロラーニングセンター（東京都大田区）

基本テーマ：「赤ひげを評価する」 - その実像と虚像のはざままで -

参加費：無料

参加者：幹事・世話人会と当財団選考委員の推薦及び公募によりメンバー46名（参加者38名＋ファシリテーター8名）が第1回の参加者として決定され、討論の「切り口」別に以下の4つのチームにグループ分けされた。尚、参加者38名中4名が都合により当日欠席となり、出席者は合計42名となった。

財（たから）チーム：赤ひげの経済的側面

育（そだつ）チーム：赤ひげの人材育成

導（みちびき）チーム：赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ

望（のぞむ）チーム：赤ひげにおける受療者のNeedsとWants

プログラム：基調講演2題に引き続き、上記4チームに分かれた分科会方式により、基本テーマ「赤ひげを評価する」に沿って、2日間に亘る活発な討議が行われ、最後に各チームによるグループ発表と全体討議が行われた。

また、第1日目夕食にはレセプション（情報交換会）が行われた。

基調講演： 演 題：風のひと 土のひと ～金持ちより心持ち～

演 者：色平 哲郎 氏（長野県南佐久郡相木村診療所長）

演 題：患者の求めるパートナーシップ

演 者：岸本 葉子 氏（エッセイスト）

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。

平成14年4月号より新たに始めた対談『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、3年目も一段と好評を得た。尚、同対談シリーズは12回を終え、内容も一区切りしたので、全12回を合本として纏めた。その際開催した座談会「ヘルスリサーチの明日」を巻頭に付して、研究者・実践者に供する為に平成17年3月に刊行した。

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16年 12月	ファイザー（株）	500,000,000
	合 計		500,000,000
<運用財産>	寄付年月	寄付者名（敬称略）	金額（円）
	平成16年10月	ファイザー（株）	200,000,000
	合 計		200,000,000

第14期収支決算概要

第14期の事業報告及び決算に関する計算書類については、当財団の監事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いる。

1. 収入の部、支出の部

平成16年度収入面では、基本財産収入としてファイザー(株)からの寄付金5億円、またファイザー(株)から運用財産としての寄付金2億円、基本財産利息収入5,087万円、及び受取利息他の雑収入として72万円円で合計7億5,159万円の収入があり、当期収入合計は対前年比2,684万円減で3.4%の減少となった。これは主として、対前年増加要因として基本財産利息収入増(1,645万円)雑収入増(26万円)があった一方で、減少要因として基本財産収入減(40万円)前年度に特別計上できた基本財産売買差益による基本財産運用収入減(3,315万円)と同じく前年度に特別収入として計上したフォーラム10周年記念事業積立取崩収入(1,000万円)が当期は無かったことによる減少等との相殺結果による。

基本財産ポートフォリオに関しては、中期国債ファンドの一部廃止に伴い利付国債(既発2年)に変更すると共に、所有している一部の10年国債並みの利率の事業債を金利上昇局面に有効なCMSフローターボンドに切り替えた。これらにより、基本財産ポートフォリオのリスク分散を一層図ることができた。

また、基本財産への当期5億円の新規投資に際しては、前年度同様に証券3社と銀行1社による競合プレゼンテーションにより投資方針決定プロセスの透明化を図ると共に、当財団の現状のポートフォリオ分析と今後の政治・経済状況を考慮して、より安定した最適なミックスでのポートフォリオ構築を行い、従前の総体的利回りもほぼ確保できた。

当期は基本財産運用収入に於いて、対前年2,684万円減の7億5,159万円となった。他方、総支出金額は2億3,108万円対前年比4,553万円、16.4%減、対予算で94.5%と当初の予算を下回った。

2. 当期正味財産増加額/期末正味財産

当期正味財産増加額は5億3,401万円、期末基本財産は前期より5億19万円増加し19億8,353万円となった。

正味財産増減計算書

平成16年4月1日から平成17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	500,000,000	
2 基本財産運用収入		
基本財産運用収入	0	
基本財産利息収入	50,870,077	
3 寄付金収益		
寄付金収入	200,000,000	
4 雑収入		
受取利息	688,934	
雑収入	32,386	
合計		751,591,397
2) 減少原因の部		
1 事業費		
調査費	218,900	
国際総合共同研究事業費	10,000,000	
国際共同研究事業費	80,700,000	
海外派遣事業費	19,760,000	
外国人招聘事業費	4,993,020	
研究者育成事業費	47,450,000	
財団機関誌	10,520,108	
ヘルスリサーチフォーラム	18,916,486	
ヘルスリサーチワークショップ	7,358,379	
合計	199,916,893	
2 管理費		
旅費交通費	1,376,595	
通信運搬費	2,170,795	
会議費	485,716	
消耗什器備品費	6,201,587	
消耗品費	931,493	
印刷製本費	1,325,815	
審査謝金	444,441	
租税公課	64,100	
広告費	1,258,425	
臨時雇賃金	750,421	
雑費	2,264,279	
合計	17,273,667	
3 基本財産支出		
基本定期預金支出	395,562	395,562
		217,586,122
当期正味財産増加額		534,005,275
前期繰越正味財産額		1,558,326,290
期末正味財産額		2,092,331,565

貸借対照表

平成17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	25,519,123	
有価証券	29,207,311	
流動資産合計		54,726,434
2 固定資産		
基本財産		
基本財産定期預金	212,000,000	
基本財産有価証券	1,771,526,876	
基本財産合計	1,983,526,876	
その他の固定資産		
定期預金	54,078,255	
その他の固定資産合計	54,078,255	
固定資産合計		2,037,605,131
資産合計		2,092,331,565
2) 負債の部		
1 流動負債		
未払金	0	
流動負債合計		0
2 固定負債		
固定負債合計		0
負債合計		0
3) 正味財産の部		
正味財産		2,092,331,565
(うち基本金)		(1,983,526,876)
(うち当期正味財産増加額)		(534,005,275)
負債及び正味財産合計		2,092,331,565

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成 2 編、国内共同研究助成 1 編 -

平成15年度国際共同研究

標準的小児心肺蘇生法の普及と小児救急医療サービスの品質確保に関する研究 - 確実なトリアージと救命のために -

研究期間	2003年11月1日～2004年10月31日	
代表研究者	国立成育医療センター手術集中治療部 医員	清水 直樹
共同研究者	国立成育医療センター手術集中治療部 部長	宮坂 勝之
共同研究者	トロント小児病院救急部，トロント大学小児科 教授	アナ・ジャービス

. 緒言

2002年4月、我々はPALS - International Training Organization (ITO) を本邦に設置し、American Heart Association (AHA) の協力のもとPediatric Advanced Life Support (PALS) の導入に至り、小児心肺蘇生法の標準化を実現した。本研究において我々は、PALSの本邦全域にわたる普及をすすめるため、コースの啓蒙と開催場所の全国展開にむけて努力した。更に、PALS教育システムの品質確保 (quality assurance) の検討を重ね、加えてPALSが小児救急医療にもたらす多様な波及効果と、その応用につき検討を加えた。

. PALS コースの普及

ITOはPALS教育システムの品質確保に努力を払いつつ、2004年12月までに延べ37回のPALSコースを開催した。PALSの啓蒙も、講演や論文等々を通じて行ってきた。これらを通じて2002年4月から2004年12月までに797名のプロバイダーを養成した。インストラクターについては、これまでに5回のインストラクターコースを海外講師招聘をしつつ開催し、73名のインストラクターを養成した。

教育施設拡充も図り、都内3箇所のトレーニングサイト開設に加えて沖縄、九州、関西のトレーニングサイトを立ち上げた。更に2005年中を目途に、北陸、信州、関東、東北、北海道にもトレーニングサイト開設計画を完了した。今後の都内トレーニングサイトの位置づけとしては、ITOのインストラクター指導を通じたPALSコースの品質確保の拠点としてゆく計画である。

. PALS コースの quality assurance

最近、本邦においても、PALSをはじめとした蘇生教育コースの導入・開発が進んでいる。一方で、その品質確保に関する真剣な議論には乏しい現状である。PALSはそうした本邦の状況のなかで、コースの品質確保をことに重視してきており、その姿勢は国際的にも評価されつつある。蘇生教育コースの品質確保に関する研究とその発信を通じて、本邦の蘇生教育を中心とした医学教育の品質確保に関するオピニオン・リーダーとしても努力を続けている。

この品質確保の一環として、2004年9月には二日間のQuality Improvement Meetingを開催し、2002年以来のPALSコースの品質再評価を実施した。改善策とそれを実現するための教材編集も行った。さらに、国際共同研究者であるDr. D. A. Jarvisを招聘した上でPALSインストラクターコースを開催し、上記教材を全国のインストラクターと共有することで、改善されたPALSコースの品質を保つ努力をした。

なお、高度なシミュレーターを応用使用することにより、コース自体の品質維持のみならずプロバイダー評価の均質化や、再履修コースにおける技能維持の客観的評価方法としての可能性を、今後も探つてゆく予定である。こうした教育コースの品質管理の重要性は学会でも報告し、かつ国際的にも評価を受けている。

・小児救急医療サービスとPALS

小児救急医療においては、初期診療レベルではトリアージ能力が最も重要であり、高次診療レベルでは小児蘇生をとりまく小児救命救急の知識と技術が求められる。PALSはこの両者の教育内容を含んでいる。小児救急医療サービスの品質保証を考える際には、その終着点である高次診療機関における小児救命救急の充実も重要であるが、実際はそれ以上に、初期診療・二次診療機関における確かなトリアージとそれに引き続く最低限の一次救命処置（BLS）、さらには予防のための啓蒙が極めて重要である。こうした内容は総てPALSに包括されており、そのメッセージを正確に伝え、かつ実践して、小児救急医療サービスの品質保証と、小児救急医療がかかえる医学的・社会的問題の本質的解決を目指したいと考えている。

(1) トリアージ

小児初期救急においては、最終的な疾病診断ではなく病態診断によるトリアージが重要であることを、PALSを通じて啓蒙することが、小児救急医療をとりまく社会問題を解決する糸口の一つになる。“迅速な小児の心肺機能評価”を中心としたトリアージをキーワードとして、国立成育医療センター院内では救急センターでの小児救急専任看護師によるトリアージ・システムの充実を図り、院外では非小児科医によるトリアージのための知識すなわちPALSの啓蒙と、そのためのトリアージ・ガイドラインの開発を図った。この両者の開発と啓蒙により、小児初期救急システムの品質保証の一助とした。

北米における小児救急医療現場においては、Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale (P-CTAS) がトリアージ・ガイドラインとして標準化されている。我々は、Pediatric Triage and Acuity Scale (PTAS-NCCHD) を日本の現状に合わせて作成し、その教育教材の準備も完了した。トリアージ・プロセスにおいては、“迅速な心肺機能評価”というPALSの中核概念が応用され、看護師に対するBLS/PALS指導の必要性が認識された。当院においては2004年度から、小児救急看護師のトリアージ教育においてPTAS-NCCHDの指導を実地に応用している。

蘇生教育を背景にPTASを本邦に導入することは、小児救急医療の危機管理上も必然であり、またこれは現在の小児救急医療において重要案件となっている、内科医等・非小児専門医との共働における臨床上有用なガイドラインとしても応用可能と考えており、医療行政的価値が高い内容である。

(2) メディカルコントロール

2002年の当センター開設以来の解析結果として、CPAOA9例の死亡率は100%であった。このうち3例が心原性であり現場でVF/VTを認め、救命の可能性があったが、8歳未満であることから包括的除細動の適応とされず搬送中に心静止となった。

小児の院外除細動の必要性の検討をはじめ、小児のmedical directivesにおけるoff-Line standing orderの作成基準の原版にPALSを用いる有用性を、小児科関連諸学会、救急関連諸学会をつうじて訴え続けているものの、まだ認識は浅い。また、救急救命士への小児蘇生教育教材の作成にも着手したが、これは上記PTASともあわせ、教材作成ならびにその普及が望まれる。

こうした小児のmedical directivesに支えられた小児重症患者の搬送医学の重要性に、今後さらなる光を当ててゆく必要があると考えている。

(3) BLS

小児初期救急から小児高次救急への救命の連鎖を確立することが次に重要になる。安全・確実な小児蘇生法の普及による“救命の連鎖の確立”をキーワードとして、院内では看護師へのBLS普及を組織的に計画し、院外では初期診療施設におけるBLS確保と搬送医学の啓蒙に務めた。初期から高次への橋渡しとなる救命の連鎖を確立することにより、小児高次救急システムの品質保証の一助とした。

小児のBLSでは、蘇生事例の発生を未然に防ぐ努力が大切であることも啓蒙する。“予防”をキー

ワードとして、医療従事者の立場からは迅速な小児の心肺機能評価の普及により、心肺停止事例を早期に発見して予防することの重要性も指導した。

これまでのPALSコース評価を解析した結果、概ねポジティブな評価であった一方で、PALSの前提であるBLSの指導強化を求める声が多かった。研究初年度には、PALS受講後の筆記試験における成績格差の消失を確認し、小児科医ことに蘇生経験が乏しいと推測される医師群を対象とした場合のPALSの有効な教育効果が確認されている。本年度、実技試験におけるBLSを中心とした必要最低限の実技評価基準も望まれ、2004年1月以降はBLS指導強化と適正な評価基準を実施した。BLS/PALS指導を通じての小児医療の質の底上げと、現場での危機管理に今後さらに大きく貢献すると考えられた。

BLSに包括される自動体外式除細動器Automated External Defibrillator (AED)は現在、医療行政的に重要な話題であり、小児領域においても看過できない。その前提としてBLS教育のインフラ強化は、PALSのみならずAEDの視点からも非常に重要である。

・PALS教育の国際協調

国際蘇生連絡委員会 (ILCOR) は本邦のPALSの品質確保の姿勢のみならず、アジア地域における蘇生教育普及へ日本が果たす役割にも大きな期待を寄せている。今後は本邦開催のPALSプロバイダーコースへの海外受講者招待や、アジア海外地域においてPALSコース開催を検討する。そのためには、アジア・欧米等、海外の現状視察やILCOR等の国際会議出席も必要になる。

我々のグループとILCOR/AHA-ECCとの協調は更に強くなり、2005年改訂の蘇生ガイドラインであるConsensus 2005のEvidence EvaluationにもPALS subcommittee/Task forceの一員として参画し、蘇生国際基準作成のためのエビデンス作成作業に本邦から初めて実績を挙げた。

さらに、National Registry of CPR (NRCPR) にも協力することで国際的な“pediatric Chain of Survival”の確立に向けて着実な進歩を遂げつつある。本邦におけるNRCPRの基本データを準備する作業は、国内の小児集中治療ネットワークの形成契機ともなり、このネットワークを地盤とした多施設共同研究のインフラは、今後さらなる小児蘇生に関わるエビデンス創出基盤となることが想定され、国家予算の投入も望まれる。

アジア圏を睨んだ国外におけるPALS普及計画も開始したく、これは国家的意義のある展望でもあり、JICA/JICWELSをはじめとした国際協力諸機関やNGOとの連携も求められよう。

2005年5月5日～10日の期間中、PALS Asia Committeeを開催し、アジア10数ヶ国と連絡をとり、シンガポール、韓国、米国の参加者を交え、中国、香港、ラオス、ベトナム、カンボジア、ネパールの小児蘇生の現状と今後の展開につき討議した。

平成15年度国内共同研究

WTPを用いて様々な施設介護サービスに対する要介護者及び介護者の金銭評価を推定する

研究期間 2003年10月1日～2004年10月31日

代表研究者 岡山大学経済学部 助教授

岸田 研作

共同研究者 鳥取大学医学部保健学科 助教授

谷垣 静子

目 的

現在代表的な施設介護サービスである特別養護老人ホームの入居者の大半は、4人以上の大部屋に居住している。しかし、大部屋ではプライバシーが保障されず、人が余生を過ごす場所として不適切である。近年プライバシーが守られ、家庭的な介護が受けられる新型特養やグループホームが普及したが、利用者の自己負担が高いため、低所得者に対する適切な補助が必要である。本稿の目的は、利用者の施設介護サービスに対する金銭評価 (WTP) を測定し、適切な補助額を求めることである。

方法

調査対象は、中国地方の2つの市に在住し、特養に入居申請をしているすべての要介護者を抱える世帯（待機者世帯）である。そのうち同居世帯を対象に、ケアマネによる訪問対面調査を行った。施設介護サービスの金銭評価は、仮想質問法を用いて測定した。

結果

特別養護老人ホームの待機者のうち、本稿の分析対象となる「実質的な待機者」は約半数であった。介護保険料段階が低くなるほど、プライバシーが守られる個室がある新型特養の入居を選択する確率は低くなり、現在待機している従来型の特養に将来入所することを選択した。介護保険料段階が第2段階の者が、標準世帯である第3段階と同様の入居選択確率を達成するのに必要な補助額の点推定値は、現在の補助額よりも約1万5千円高かったが、有意差はなかった。第1段階の者については、サンプル数が少なくはっきりした結論は得られなかった。仮想質問の理解があいまいである者は、諸条件を考慮した合理的な選択行動ができていなかった。

考察

医療や介護サービス市場のように価格が規制され十分な変数が取れないサービスの需要分析の手段として、しばしば仮想質問法が用いられる。しかし、被験者の理解度をチェックしない結果にはバイアスがあると考えられる。介護保険料の第2段階世帯は、1号被保険者の3割を占める。これらの世帯に対する個室を備えた施設サービスの利用者負担に対する補助額の増額が必要であるという確定的な結論は得られなかった。

平成15年度国際共同研究

精神障害者ケアマネジメントの国際比較研究： 効果的な精神障害者ケアマネジメントとは何か？

研究期間 2003年11月1日～2004年10月31日

代表研究者 大阪府立大学社会福祉学部 教授

三野 善央

共同研究者 ロンドン精神医学研究所ヘルスサービス研究センター 教授 グラハム・ソーニクロフト

効果的ケアマネジメントの開発のために、これまでにケアマネジメントが発展的に行われている英国と米国のケアマネジメントを巡るシステムとその実践を比較検討した。英国におけるケアマネジメントは比較的新しい。2000年に新たなケアプログラム・アプローチ（CPA）に関して政策が出され、それによりイングランドの社会福祉領域と健康領域で分断されていたケアマネジメントは統合された。英国のケアマネジメントには2種類あり、ひとつが標準型（standard）CPAであり、もうひとつが強力型（enhanced）CPAである。標準型は比較的安定している者で、生活面でのサポートに重点が置かれ、保健医療面では専門家（精神科医）に定期的に診察を受けることになる。これが1%のうちの3/4をしめる。もうひとつの強力型ではより障害の重い精神障害者が対象となり、より手厚いケアを受ける。これにはアウトリーチサービス、家庭治療サービス、法精神医学チームサービスなどが含まれる。これは国民健康サービス（National Health Services, NHS）の中に位置づけられ、システムとしてケアマネジメントを取り入れている。一方、米国においては様々な先進的なケアマネジメントが実践されている。とりわけ積極的（包括的）ケアマネジメントであるACT（Assertive Community Treatment）に注目しなければならない。ACTは1980年代に米国で始まった。それは病院のような、24時間週7日のサービス（3交替制）で壁のない病院に例えられる。その目標は不必要な入院を防ぎ、地域での生活スキルを發展させることである。包括的なケアシステムとして機能し、すべての直接サービスと間接サービスを包含するものである。国際的比較検討研究より、わが国における精神障害者ケアマネジメントは米国のACTを包含しつつ、システムとしては英国のCPAを取り入れたものが望ましいと考えられた。



ヘルスリサーチワークショップ第4回幹事・世話人会を開催

次代の幹事・世話人は参加者の中から



ヘルスリサーチワークショップ
第4回幹事・世話人会



5月27日(金)にヘルスリサーチワークショップ第4回幹事・世話人会が開催され、第1回ワークショップにおけるアンケート結果の分析・報告に基づく反省と第2回ワークショップ開催に向けた打ち合わせが行われました。

第2回ヘルスリサーチワークショップ

テーマ：未定(7月に開催予定の新幹事・世話人による会議にて決定)

開催日：平成18年1月28日(土)・29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)

幹事・世話人の体制

特に幹事・世話人の体制に関して、原則として以下の通りとすることが決定しました。

- ・幹事3名のうち毎年2名が退任し、その時点の世話人の中から後任幹事2名が決められる。
- ・これにより不足する2名の世話人は、ワークショップ参加者の中から世話人会で選任する。
- ・世話人の任期は2年。但し1回に限り再任を認める。

これにより、参加者の中から世話人が出て、世話人の中から幹事が出るという流れが出来たわけです。しかも最長4年の任期であり、メンバーの新陳代謝に重点を置いたシステムとなっています。また、参加する側からは、往く往くは世話人としてワークショップを支え、幹事になる道が開かれています。このワークショップが幹事・世話人、参加者全てを巻き込んだ、真に皆の“盛り立て”で成立することを反映したシステムとなっており、他の学会やシンポジウムに無いユニークさが付与されました。

この趣旨に従って、今回、幹事の中村安秀氏と福原俊一氏が退任し、後任幹事として川越博美氏、今井博久氏が就任しました。世話人には第1回ワークショップ参加者の中から島内憲夫氏と安川文朗氏が選任され、就任されました。これを含めた現在の幹事・世話人は別表の通りです。尚、今回幹事を退任された両先生は、今後サポーターとして側面からワークショップを支援して下さいます。

参加者

参加者についても、新陳代謝の観点から、毎回1/3程度を入れ替えていくこととされました。

これにより1/3の新規参加者については、世話人からの推薦と公募により選任されます。

具体的な公募内容は、7月に開催する第5回幹事・世話人会で決定し、8月頃に当財団ホームページ上、並びに、ヘルスリサーチニュース購読者にダイレクトメールでご案内の上、募集する計画です。

幹事・世話人

幹事	今井 博久	旭川医科大学医学部医学科健康科学講座 助教授
	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
	平井 愛山	千葉県立東金病院院長
	梅田 一郎	ファイザー株式会社 取締役
世話人	島内 憲夫	順天堂大学スポーツ健康科学部健康学科健康社会学研究室 助教授
	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	大阪大学医学部付属病院中央クリティカル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 教授
サポーター	安川 文朗	同志社大学 技術・企業・国際競争力研究センター専任フェロー助教授
	開原 成允	国際医療福祉大学大学院 院長・副学長

印は新任 五十音順・敬称略

平成17年度

研究助成案件等募集

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人程度 |
| 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人程度 |
| | | | 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) | 200万円以内 | 15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12回ヘルスリサーチフォーラム

一般演題募集

フォーラムテーマ: ヘルスリサーチ成果の還元

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17年11月5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12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な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>

応募締め切り: 7月8日(木)当日消印有効

京都大学からのお知らせ

京都大学大学院医学研究科の臨床研究者養成コース(Master of Clinical Research: MCR)は、社会健康医学系専攻(School of Public Health: SPH)の特別コースで、医師、歯科医師に特化した1年制のコースです。人間や人間集団を単位とした臨床研究の領域で活躍する研究者を育成するための、我が国で初めての本格的な教育課程です。自らの臨床経験に根ざしたリサーチクエストにもとづいた臨床研究を志す方の応募を歓迎します。

MCR プログラムの特徴として、1.集中的・少人数制の授業・実習、2.個別指導(メンタリング)の重視、があります。MCRでは、前期(4~7月)だけで所定の単位(30単位)の殆どを取得でき、また小グループで集中的なトレーニングを受講することができます。さらに、MCRコースの学生には、入学時に1~2名の指導教官(メンター)を決定し、MCR修了後も、研究実施、結果解析、論文作成まで継続的に指導を行なうことを基本にしています。

出願期間: 平成17年7月25日(月)から平成17年8月1日(月)

入学者選抜試験および面接: 平成17年9月6日(火)

問い合わせ先

MCR事務局メールアドレス: mcr@pbh.med.kyoto-u.ac.jp

社会健康医学系専攻 HP: <http://www.pbh.med.kyoto-u.ac.jp/>

第12回 ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ

第12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。
詳細は次号本誌でご案内いたします。

日 時：平成17年11月5日（土）午前9時30分～午後6時05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

ご寄付をお寄せ下さい

当財団は創立14年目を迎え、この間、微力ながら「ヘルスリサーチ」の振興に注力してまいりました。現在、医療を取り巻く様々な問題が山積し、これを解決するための手法を探る「ヘルスリサーチ」の重要性と、それに対する期待は、加速度的に膨らんできています。当財団も、この領域の第一人者として、こうした社会のニーズに対応した活動をますます強化していく所存です。

こうした財団の活動は、基本財産の運用に加えて皆様からのご寄付により行われていますが、当財団は、ご寄付をいただいた方々が、税務上の特典を受けられる特定公益増進法人の認定を受けております。特定公益増進法人とは、公益法人のうち、教育又は科学の振興、文化の向上、社会福祉への貢献、その他公益の増進に著しく寄与すると認定されたもので、これに対する個人又は法人の寄付は以下の通りの税法上の優遇措置が与えられます。

個人の場合

1年間の寄付金の合計額(その年の所得の30%相当が限度額)から、1万円を引いた金額が所得税の寄付控除の対象となります。

法人の場合

寄付金は、通常一般の寄付金の損金算入限度額と同額まで別枠で損金算入できます。

手数料のかからない郵便局振込用紙を同封しております。

財団の事業の趣旨にご理解下さるようお願いいたしますとともに、皆様からのご寄付をお待ちしております。

ご不明な点は何なりと財団事務局までお問い合わせ下さい。TEL：03-5309-6712

ご寄付御礼

当財団の前理事長（現 名誉理事長）垣東 徹 様より、3月末日の理事長職のご退任に際して、4月にご寄付をいただきました。謹んで御礼申し上げます。

当財団のプライバシー・ポリシーを制定しました

平成17年4月1日の個人情報保護法の施行に伴い、当財団のプライバシー・ポリシーを制定いたしました。今後は、財団で所有しているヘルスリサーチニュースの購読者等に関する個人情報の利用については、当該プライバシー・ポリシーに従って行います。詳しくは財団ホームページをご参照下さい。

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