

HEALTH RESEARCH NEWS

ヘルス リサーチ ニュース

Vol.
17
1998年
9月

目次

第7回(平成10年度)助成案件公募を締切る(p1) / 第5回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択(p1) / 平成9年度研究等助成受領成果報告(p2) / 米国マネジドケア考(p2) / 平成8年度研究等助成受領成果報告(p9) / 日・独・スコットランドの児童虐待の実態に関する法医学的及び社会病理学的研究(p9) / 医療における患者の判断能力の概念の国民各層における差異に関する国際比較研究(p11) / タイにおける家庭内HIV感染女性の社会支援システムモデルの開発に関する研究(p12) / がん患者における精神的苦痛の国際比較研究(p13) / 第7期(平成9年度)事業報告並びにこれに伴う収支決算書を承認 - 第13回理事会・評議員会を開催 - (p14)

第7回(平成10年度)助成案件公募を締切る

第7回(平成10年度)の研究助成案件の公募は7月末で締め切りました。応募総数は169件と、昨年より19件減少しましたが、助成のメインとなる「国際共同研究」については逆に14件増加しています。今回から助成の対象を従来のヘルスリサーチの研究分野「全般」から、時代のニーズに合った「医療制度・政策研究やヘルスエコノミックス等」に絞ったため、特に基礎医学からの応募が大きく減少した反面、経済・経営学、法学、政治学からの応募が倍増したのが特徴です。

応募された助成案件は選考委員会で検討・選考の後、理事会に報告され決定され、その結果は採否にかかわらず9月下旬頃、申請者本人および推薦者に通知されます。

	応募件数	前年度
国際共同研究	92	78
短期海外派遣	26	43
中期海外派遣	36	52
短期招聘	12	12
中期招聘	3	3
合計	169	188

第5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14日(土)開催)で発表される一般演題募集には35題の応募があり、8月14日(金)開催の組織委員会で下記12題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

集中治療における cost-efficiency balance 評価の試み

山口大学医学部附属病院総合診療部 助教授 立石 彰男

軽医療における需要の価格弾力性の測定

大阪市立大学経済学部 助教授 大日 康史

クリティカル・パスの活用による看護実践の質の評価—慢性脳血管障害患者のADL拡大の評価—

長崎大学医療技術短期大学部 教授 吉谷 須磨子

PBM(ファーマシー・ベネフィット・マネジメント)事業の将来性と我が国への導入の可能性

広島国際大学医療福祉学部医療経営学科 教授 小林 暁峯

国民医療費の定額支払いシステム導入についてのメリット・デメリット考察

広島国際大学医療福祉学部医療経営学科 教授 森下 正之

消費者(患者)視点から見た調剤薬局の方向性の検討—小売流通機構としての調剤薬局

財団法人流通 主任研究員 為広 吉弘

DEA法による公立病院の生産性の分析—生産性変化の主因と最適生産規模

今井学園・名古屋社会福祉・服飾専門学校 講師 山田 宣夫

フランスにおけるDRG方式の現状について

産業医科大学公衆衛生学 助教授 松田 晋哉

医療機関における地球環境保全への取り組み

河北総合病院 財団本部事務部長 富田 信也

東京都病院協会 副会長 河北 博文

新しい時代の整形外科の医療経済を考える—人工股関節置換術のコスト面から考えた日米比較とその問題点

横浜市立大学医学部整形外科学教室 助手 平川 和男

製薬産業のR&D、企業利益、医薬品価格

慶應義塾大学経営管理研究科 助教授 姉川 知史

EUにおける医療・社会保障制度政策統合の過程に関する研究

東海大学医学部病態診断系病理学部門 教授 渡辺 慶一

平成9年度研究等助成受領成果報告

平成9年度採択の日本人研究者中期派遣の成果報告を掲載いたします。

米国マネジドケア考 - 社会保険旬報連載第1稿から - つかみどころのないマネジドケア

派遣期間 1997年8月1日～1998年5月31日

研究者 元東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野助教授
ハーバード大学公衆衛生大学院客員研究員

西田 在賢

はじめに

先般、ボストンにいる私に宛てて東京の友人からファックスが届いた。そこには、最近日本で紹介されたマネジドケアに関する記事のコピーとともに、「本当にそこの記事にあるように米国では国民の7割以上がマネジドケアに加入しているのか」との質問が付されてあった。

たしかに、最近になって日本でもマネジドケアに関する調査報告がよく目につくようになった。マネジドケアの概念自体は医療サービスもフリーマーケットを原則とする米国ならではのものであり、いま現在の日本に類似のものが実質的に存在しない。そのため、まさに手探りによる理解といえよう。しかし、日本にもたらされる情報を待っていると辻褃の合わない話も多々寄せられ、その内容については語る人によってさまざまであり、ずいぶん混乱がある。まるで、盲人が集団で象に触ってそれぞれに違った感想を述べるというインドの説話にも似て、さっぱりと全体が見えてこない。

もっとも、日本に情報をもたらす難しさについては他人事ではなく、私自身も、5年前、米国の著名な医療経営コンサルティング会社でコンサルタントをしていた友人のケイミン・ワング氏（医師、MBA）と医療経営分野の著述を試み、2年かけて原稿を完成させ、『医療経営革命』（日経BP出版センター刊）を上梓した。この中で、米国マネジドケアの実体を紹介すべく、米国の医療システムの現状とそこで進む医療リストラの最前線情報をワング氏に一度まとめてもらい、次に改めて日本の事情に照らして理解できるよう私が編集を行うという試みをした。そして、御縁あって米国医療システムに詳しい元日経メディカル編集長で、当時、日経BP社医療局におられた盛宮喜氏に査読して頂き、さらなる校正と追補を加えた。それでも、理解が難しいという感想を寄せられたものである。

3年経った今、それらの章を読み返してみても、マネジドケアの記述については正確を期せたと思う。ただし、「当時としては」と言わねばならない。というのも、ワング氏が自らの体験を以て語ってくれたこれらの内容も、80年代後半から90年代初め頃までのマネジドケアであって、その後の2～3年でさらなる「進化」を遂げているからである。先の盲象の説話に倣えば、小象を触って報告された「象」なるものが、数年して巨象となったために先の話とは違って、鼻も耳も足も巨大で、しかも牙（社会の反動の原因？）まであるのだから、話を聞く側からすれば、いったい何なのかというのも無理はない。

しかし、ここ数年でさらに急激な成長を果たしたマネジドケアも一旦踊り場に差しかかったものと、米国に滞在して観察する次第である。

マネジドケア加入者の実体とは

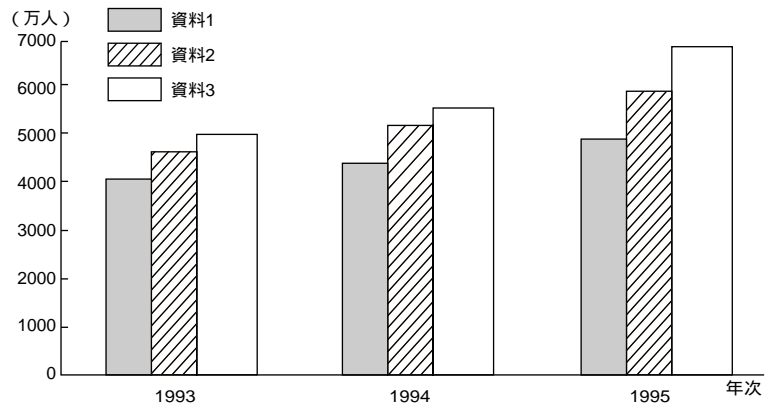
ここで、先の友人からの問い合わせについて答えておこう。つい最近日本で報告されたという記事にはこう書かれてあった。「...私的セクターのHMO形態の利用者数約6千万人を数え、...PPO形態の利用者数約8千万人に達している。この規模からみれば、MCO(マネジドケア組織)は国民の約7割以上に利用されていると言える...」(前後一部省略)もしもこの通りだと、米国で医療保険を有する人の数が85%程度であるから、その内の8割以上がマネジドケアに加入していることになり、その社会的影響力は桁外れに大きいはずである。本当にそうなのだろうかというわけである。実際に米国においてマネジドケアを調べているかぎりでは、そこまでの影響力を感じない。

そこで、先の記事が出典としたHoechst Marion Roussel, Inc. HMO/PPO Digestをあたってみたところ、

そこにあるデータソースはSMG Marketing Group社によるものとあった。が、残念ながらHMOやPPOの加入者数の調査手法については何も書かれていなかった。ちなみに、HMOが「約7割以上に利用されている」というコメントが、昨年秋に第2回目のHMOランキングを発表した全国誌U. S. News & World Report (October 13, 1997) の文中に見えるが、ここではMercer/Foster Higgins社による雇用者調査によれば、そこに雇われている従業員及びその家族の77%がマネジドケア保険に入っているというもので、必ずしも全米の加入者状況を教えるものではなかった。

ちなみに、『医療経営革命』の中で「米国ではかなりの情報が出版物から入手可能であり、公開されていない情報も、マーケットリサーチの会社に調査依頼することによって、入手できる」とワング氏が述べている。彼の言の通り、こちらへ来てHMOの加入者の統計を何種類か入手した。それによると、例えば、図1のように調査会社によってはHMOの加入者数が約4割、2千万人近く違ってくるのが分かる。ちなみに、図のなかの資料3は友人が送ってきた記事が採用していたデータソースであるが、3つの中ではつねに加入者数が多くカウントされている。

図1 年次別HMO加入者数の資料間比較

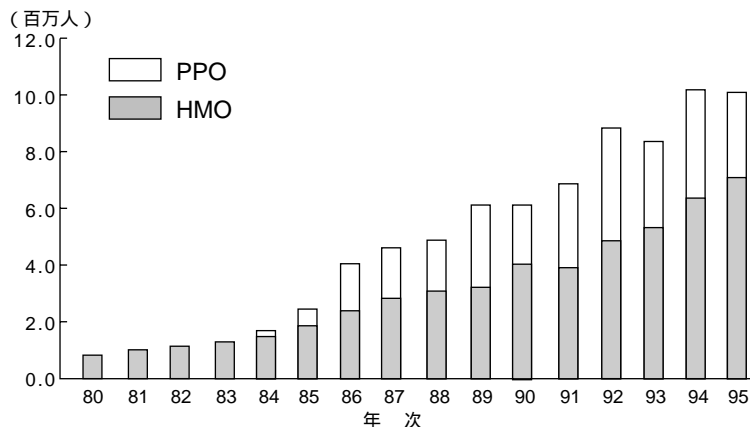


資料1. The InterStudy Competitive Edge, 1996(米国医療保険協会HIAA発行のSource Book of Health Insurance Data 1996に掲載)

資料2. Cowen Report:Managed Care Industry(Case for HMOs)ただし、94、95は予測値

資料3. Hoechst Marion Roussel Managed Care Digest Series/HMO-PPO Digestただし、原データでは1995、96はプエルトリコの加入者を含んでいたため、ここでは比較のため除去

図2 マネジドケア保険タイプ別加入者数トレンド(1980-95年)



資料注：HMO 加入者にはメディケア、メディケイド関係を含む。PPOとPOSの加入者数はKPG ビートマーウィックの調査データを参考にGAOが推定した。なお、ここでHMOにはグループ型、スタッフ型HMO、IPA型、ネットワーク型、ミックス型およびPOSを含む。

マネジドケア加入者数の集計の難しさについては、HMOのみならず、とくにPPOにおいて難しいといわれる。そこでは加入者を重複カウントしてしまう構造があるからである。このことについては別稿でマネジドケアの用語法の整理を予定しているので、そこであらためて説明したい。

ところで、私が客員研究員として在籍しているハーバード大学公衆衛生大学院のなかには医療政策経営学部 (Dept. of Health Policy and Management) があり、ここには今マネジドケアを研究する人たちが多く集まっている。そのひとりであるケイン (N. Kane) 博士とマネジドケアの件でディスカッションした機会に、最近の御自分の講演で使ったという米国議会調査機関GAO(the General Accounting Office) の統計を採用したグラフ (図2-前頁-参照) を頂いた。これを見れば、1995年時点でのマネジドケア保険加入者総数は1億人を少し超えたところであり、全人口に占める割合は4割強といったところである。ただし、その後、96、97年と加入者数を増やしているのは間違いない。

とりあえず、私が把握する米国マネジドケア保険の加入者状況は以上のようなものである。私がこの数字の把握に固執しておきたい理由は「マネジドケア(Managed Care) が持つ医療経営能力をできる限り正確に捉えたい」がためである。また、この数字を掴まずには、昨今米国で起こっているマネジドケアに対する社会のバックラッシュ(反動)を誤解する恐れがあると思うからである。

じつのところ、私が納得するマネジドケア保険加入者は「米国全人口の過半数を超えたところ」というものである。だから、後でご説明する予定の「社会の反動」もまだまだ初期段階と見ている。そして、マネジドケアはまだまだ改善と進化の余地を残しているものとみている。だからこそ、米国マネジドケアはいま「踊り場」に差ししかかっていると考えているわけである。

マネジドケアが医療費を抑制するという期待

図3に見るように、米国の医療費支出の増大ぶりは日本のそれとは比較にならない。もっとも、日米それぞれで発表される国の医療費総支出額は統計を取る項目に違いがあるため、そのまま右左に比較できるものではないが、少なくとも両国の医療政策担当者達はこれらの数字の動向に注目して対応しているのは事実である。

ところで、私自身が「マネジドケア」という用語を目にするようになったのは7~8年前のことである。このことが何を意味するのかは図4を見ていただければお気づきのように、88年から92年まではほとんど2桁に近い伸び率だったが、93年には7%に落ち、94年には過去30年間で最も低い6.4%にまで落ちた。そして、95年にはとうとう年率5%を割った。物価上昇や人口増加の要因を除いた1人当たり医療費ではわずかに0.9%の伸びになっているという。

いうまでもなく、支出の絶対額自体は増え続けているのだが、まずは絶望的な事態を回避して、医療費の「伸び」を管理できそうな期待が生まれたのである。そして、それに大きく貢献してるのがマネジドケア組織の利用増大にともなう新しい予防医療、医療費請求やサービス内容の監視強化だとされているのである。^[1]

図3 日米比較：国民医療費

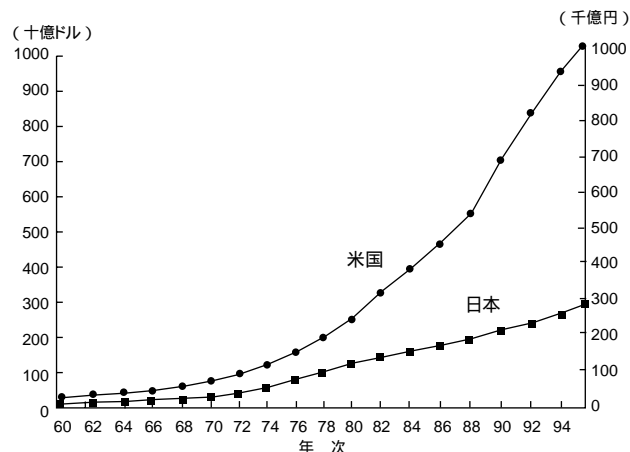
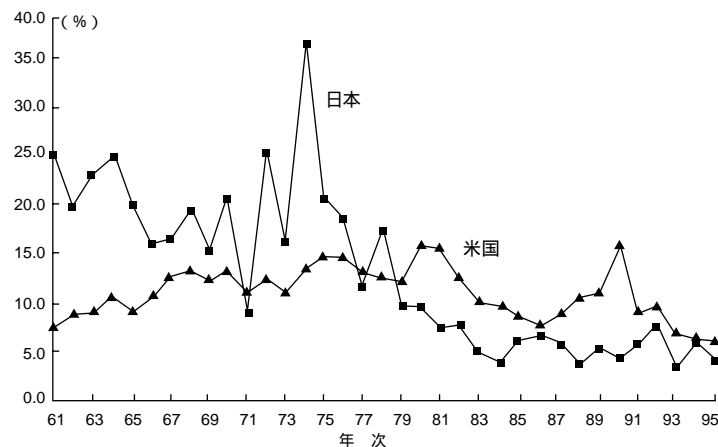


図4 日米比較：国民医療費対前年度伸び率



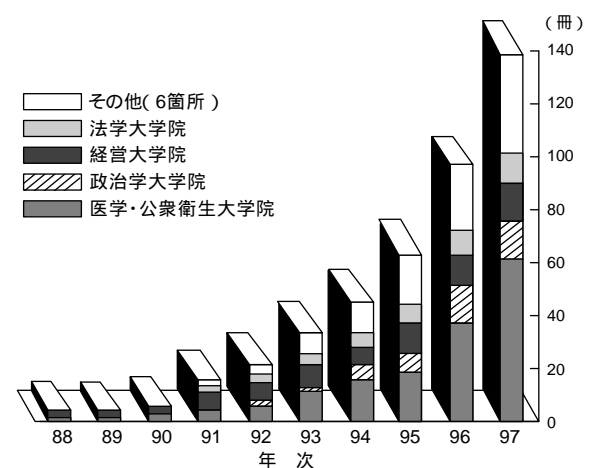
しかしながら、そのマネジドケアがいかなるものなのかの定義が定まらないのも事実である。研究者、あるいはマネジドケア関係の業界団体などがさかんに試みるのだが、HMOやPPOといった個別の組織形態を指定して取りまとめようとするPOS(Point of Service)やEPO(Exclusive Provider Organization)などのように後から後からと新しい形態が現れ、また、汎用性を持たせたユニバーサルな定義付けを試みると、すでにご経験された方もおられると思うが、説明を受ける側には漠然としてさっぱり分らないといった具合である。そこで、以下に、何故、マネジドケアはつかみ所がなかったのかについて考察してみたい。

その「関わる範囲が広い」ためつかみ所がない

学術的な意味合いがないことをお断りした上で、ここにあるグラフをご披露する。ここハーバード大学には幾つもの図書館がある。大学図書館としては全米最大といわれる巨大な図書館もあるが、多くは大学院毎に備わる専門性の高い図書館である。それらの蔵書についてはコンピュータ管理が進み、手元のパソコンからアクセスして総てのハーバード大学関係の図書館の文献を検索することができる。そこで、マネジドケアをキーワードにして調べてみると、昨年、97年末までに全部で138冊あり、図5のような年次経緯で蔵書されていることが分かった。(同じ文献を重複して所蔵する場合は学部と大学院との間で僅かに数例あったが、それらはひとつの蔵書と勘定して、在り処を大学院図書館側とした。)なお、ここで「その他図書館群」に分類されたのは37冊であるが、その大半は政府刊行文献の所蔵を引き受けるLamont図書館にあり、議会の要請で調べられたマネジドケアの調査報告書をマイクロフィルムで収めている。一方、それ以外の文献は、書籍の形態で刊行され、販売されているものである。

これを見れば、大半の文献がここ2～3年に発刊、収蔵されたものであり、それも年間数十冊という凄い勢いであることが分かる。つまり、研究者の関心が今爆発的にマネジドケアに向いているのである。そして、次に分かることが、マネジドケアに関心を示す研究者が医療関係はもちろんのこと、政治学、経営学(ビジネススクール)、法学に集中しており、とくに最近になって法学でマネジドケアの問題に関心が深まっていることは注目に値する。別の機会に説明するが、昨今、マネジドケアは深刻な社会問題を提示し始めてお

図5 ハーバード大学図書館におけるマネジドケア関係の文献の推移



り、ひとつは患者擁護の問題であり、もうひとつは医療サービス市場における独禁法の問題である。

ハーバード大学図書館のマネジドケア関係の蔵書からみる関心度はあくまでもひとつの参考に過ぎず、実際には図書館蔵書リストに現れなかった文献もあるし、また、マネジドケア関係の専門誌も“Managed Care Marketing”、“HMO magazine”、“Health Care Innovations”など、いろいろとある。ただ、この蔵書調査ではどのような年次経緯で、どのような分野の研究者達がマネジドケアに目を向けるようになっていくかの動向を知る手懸りになるものと思う。

ちなみに、マネジドケアのキーワードで最初に現れる文献は、1988年に刊行されたエンソーベン(Alain C. Enthoven)教授の“Theory and practice of managed competition in health care finance”で、ハーバード大学ビジネススクールの図書館に蔵書されている。研究者自身によるものなのか、あるいは図書館司書による分類の結果なのかは定かではないが、表題、あるいは要点的なかに「マネジドケア」という用語が表記されていないにもかかわらず、これがキーワード登録の最初だということも興味深いところである。ちなみに、私もマネジドケアという言葉のそもそものルーツはエンソーベン教授の唱える医療における管理された競争(managed competition)の経済理論だと思うが、いま存在するマネジドケアは実際の市場の中でアメンバーのように変容を重ねて現実の社会で適応するよう進化を遂げつつあり、10年前の理論上のものとは質的にも異なっていると考えている。また、ここに紹介した蔵書調査の例でも分かるようにマネジドケアに対する学際研究が急激に進んでいることも、マネジドケアに対する包括的な説明の完成が間近であることを示唆している。

その「普及率が地域によって異なる」ためつかみ所がない

昨今、米国のマネジドケアの普及ぶりを強調するレポートが多い。その根拠として冒頭に取り上げたように、全米におけるHMOやPPOの加入者数の増大を挙げている。実際のところ、HMOの加入者だけをみても先の図2のように伸びている。

ところが、ここで下表にあるように、州によってずいぶんHMOの普及に差があることを留意する必要がある。現在のところ、マネジドケア組織の現場が主として州法で管理されていること、そして、州に

表 米国州別 HMO加入者数 (1996年)

州名	州人口対加入者割合 (%)	加入者数	州名	州人口対加入者割合 (%)	加入者数
オレゴン州	42.0	1,320,072	ケンタッキー州	15.0	578,729
マサチューセッツ州	39.9	2,386,848	テネシー州	13.4	700,351
カリフォルニア州	37.6	12,164,904	バーモント州	12.9	74,631
メリーランド州	29.3	1,485,439	テキサス州	11.5	2,136,456
ユタ州	27.9	542,790	ネブラスカ州	9.2	151,117
ニューヨーク州	27.7	5,031,731	ルイジアナ州	8.7	380,080
ミネソタ州	27.6	1,276,252	ノースカロライナ州	8.7	623,628
アリゾナ州	25.1	1,023,001	インディアナ州	8.4	490,387
ウィスコンシン州	24.7	1,276,447	ジョージア州	8.3	590,652
ペンシルバニア州	24.6	2,984,382	オクラホマ州	8.0	2,600,927
コロラド州	24.3	901,145	バージニア州	7.6	507,306
コネチカット州	23.3	761,856	メイン州	7.3	90,097
デラウェア州	22.7	162,777	アラバマ州	6.9	293,062
ロードアイランド州	22.1	221,309	ウエストバージニア州	5.7	104,631
ハワイ州	21.8	266,701	サウスカロライナ州	5.5	204,272
ミシガン州	20.9	2,003,173	カンザス州	5.0	130,192
フロリダ州	20.7	2,941,601	ミシシッピ州	4.8	128,273
ニューハンプシャー州	19.9	225,001	アイオワ州	4.5	128,341
ミズーリー州	19.4	1,026,976	アーカンソー州	4.4	108,632
ワシントン州	19.2	1,056,272	サウスダコタ州	2.9	21,054
イリノイ州	18.3	2,173,679	モンタナ州	2.6	22,473
ニュージャージー州	16.9	1,336,588	アイダホ州	1.7	19,203
ニューメキシコ州	16.9	286,243	ノースダコタ州	1.2	7,424
オハイオ州	16.8	1,884,222	アラスカ州	0.0	0
ネバダ州	16.2	238,774	ワイオミング州	0.0	0

(Source: The InterStudy Competitive Edge, 1996)

よって消費税率が違うように歴史的文化的背景から住民のマジョリティの価値観が異なることを考えれば、この事態は当然とも言える。だが、日本においては意外とこの点が理解できない。そんなところへ、加入者の絶対数が多く、かつ、人口に占める割合も多いカリフォルニア州やマサチューセッツ州のようなマネジドケアの盛んな州の例ばかりが日本に紹介されるため、マネジドケアの全米におけるインパクトがどうしてもセンセーショナルに映る。

しかも、HMOの普及率が高い州でもサービス形態はコミュニティの地理的条件、つまり、都市部か郊外かによって、やはり事情が異なってくるが、この点についてもあまり日本には伝えられていない。いうまでもなく、HMOなどマネジドケア組織が浸透しているのは断然、都市部である。マネジドケアが経営効率を追求していることを考えれば、このことも当然といえる。その意味でユニバーサルカバレッジの医療保険として存立し得るか否かの可能性を問われるのはこれからであろう。

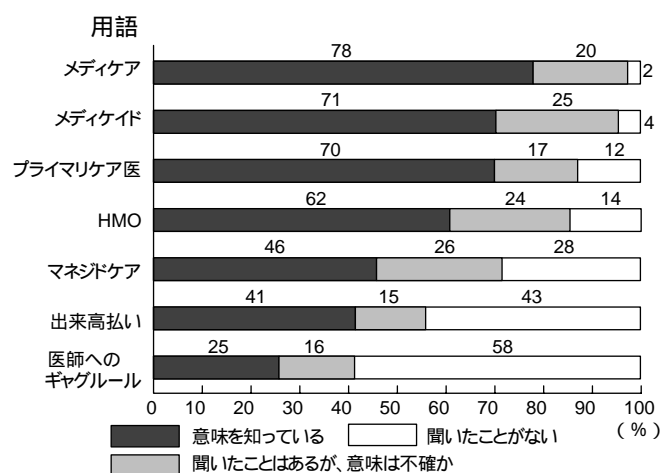
その「世間の認知度が高くなかった」ためつかみ所がない

昨年(1997年)秋に、ハーバード大学公衆衛生大学院医療政策経営学部のR. Blendon教授が行ったマネジドケアに関する全米調査からマネジドケアと関係の深い用語についての世間の認知度をご紹介したい。この調査は、アメリカ人がマネジドケアをどう見ているかについての全国調査である。何故この時期に実施されたかについては若干のコメントが必要であろう。じつは、この調査結果を地元ボストンの大衆紙、ポストグローブが「消費者、患者のバックラッシュ(反動)」との関連で記事(11月6日付)に取り上げているのである。バックラッシュについては別途に取り上げることにして、ここではBlendon教授から頂いた調査結果の一部を使って、マネジドケアの世間の認知度を知る手懸りをご紹介する次第である。^[2]

調査は電話アンケート専門の会社に依頼して、1997年8月22日から9月23日の間に全国の1204人の成人にコンタクトして調べているが、そのなかでマネジドケアとそれに関連する用語についてどれほどの認知があるかについても尋ねている。その結果は図6の通り、HMOについては6割強の人が知っていると答えているものの、逆にマネジドケアについては過半数(54%)の人々が聞いたことはあるがよく分からない、あるいは全く聞いたことがないと答えている。同様に、出来高払い(Fee for service)といった用語や、マネジドケア組織が医師に課していると批判されるギャグルール()については知らない人がほとんどである。ちなみに、医療提供体制の初段を引き受けるプライマリーケア医師の認知は、メディケア(高齢者向け公的医療)、メディケイド(貧困者向け公的福祉医療)と同様に7割以上の人たちに理解されている。

つまりは、20～30年の歴史を持つ用語についてはほぼ世間の大半に知られるに至っているが、マネジドケアという用語やマネジドケア組織内の仕組みについてはまだ新しいため世間の認知度が低いといったところであろう。

図6 マネジメントケアと関係の深い用語についての世間の認知度全国調査結果 (%)



ちなみに、HMOの中身については別の稿で例を挙げて説明するが、HMO法が公布された70年代、そして、初期の発展を遂げた80年代と、90年代になって注目される今では全く別物になっている。そのようなことから、米国で世間がマネジドケアの認知を固めるまでには、まだ月日を要するはずである。

ギャグルール(Gag rules、あるいはGag clauses、さるくつわ条項)：組織への批判を口止めする規則、要するに患者に対してあらゆる治療法を紹介するのではなく、そのマネジドケア組織が決めた治療方法のみを提示させたり、そうすることを医師が強いられているなどといった批判を口外することを禁じるもの。

要するに、マネジドケアがつかみ所がなかった理由は「たいへんダイナミックな変化を続けているため」の一言に尽きる。そして、規模が大きくなり、世間を騒がせる存在となった今、ようやくその進化の足を緩めて踊り場に立ったように思われる。ここで、関係者はもちろんのこと研究者たちも一般の人たちもマネジドケアなるものの定義を固めることと思う。次の稿ではモデルを使って、私なりのマネジドケアの一般的把握を説明する予定である。

なお、マネジドケアの理解の難しさには、このたび示した「つかみ所がなかった」理由のほかに、この産業の進展とともに現われた多くの略称と定義、つまり、HMOのなかの様々なモデルや、PPOの亜流、IPA (Independent Practice/Physician Association)の具体的な役割、新しく出てきたPOSが従来のHMOやPPOとどのように違うのかなどを理解しなければならなかったことがある。しかも、さらなる略称や定義が「ダイナミックな変化」をするこの業界に付け加えられてくるので、略称のリストはどんどんと長くなるばかりである。このことについては、マネジドケアのモデルによる把握のあとで取り上げることにする。

社会保険旬報に連載を開始するにあたって

冒頭に5年前にもマネジドケアの紹介を試みたといったが、医療経営というキーワードでマネジドケアの概念に興味を持ったのはずっと以前の80年代半ば頃である。ただし、その頃にはもちろん「マネジドケア」という言葉はなく、HMOやPPO、IPAなどと呼ばれる新しい医療提供システム (Health Delivery System)の出現として個別に観察していた。それらを総括するマネジドケアという言葉を目にするようになったのは90年代初めの頃であった。だが、先にも言ったように、その内容が語る人によってさまざまであり、さっぱりと全体が見えて来ない。93年からは毎年のように米国へ研究出張する機会があり、そのつどマネジドケアについて調べたが、米国の研究者達であってもそれぞれに違う見方なり、解釈なりを持っていて、さっぱり統一された定義には至っていないことを思い知らされるのみであった。いまようやく研究留学で米国に腰を落ち着けることができ、お陰で長年の隔靴搔痒のフラストレーションから解放されつつある。

以上のような経緯から、この度の私の研究留学では「医療提供システムのモデル構築とそれをもとにした医療提供システムの日米比較」と称し、異なる制度の下で医療事業を持続させうる条件の違いについて調べることとした。具体的には米国マネジドケアを独自に分析し、そこから得られるわが国医療保険制度改革への意味合いを抽出することによってまとめとするものである。

昨年秋から開始した収集で膨大となった資料を前に研究は未だ完了するには至っていないが、このたびの米国マネジドケアの考察を連載する機会にそれらの整理を進め、連載の最後では医療保険制度改革への意味合いのまとめの一端を表示したいと考えている。「考察」と前置きしたうえで、ときには敢えて挑発的な独断も交えるが、それも偏にマネジドケアの本質に迫りたいがゆえであり、読者諸氏に寛容なるご理解と前向きなご批判をお願いするところである。

なお、本研究は東北大学医学部のご支援とファイザーヘルスリサーチ振興財団の研究助成を得て実現しており、あらためて関係各位の皆様にお礼申し上げる次第である。

【参考】

- [1] J. Zwanziger, G. A Melnick, " Can Managed Care Plans Control HealthCare Costs ? ", Health Affairs (Summer 1996) : 185-199.
- [2] The Kaiser-Harvard program on the public and Health/Social Policy, " Kaiser/Harvard National Survey of Americans' View on Managed Care, 1997 ", chart 14

平成8年度研究等助成受領成果報告

- 研究助成4編 -

前号に引き続き平成8年度の国際共同研究の成果報告を掲載いたします。

日・独・スコットランドの児童虐待の実態に関する 法医病理学的及び社会病理学的研究

研究期間 1996年10月1日～1997年9月30日

代表研究者 金沢大学医学部医学科法医学教室 教授

共同研究者 ドイツ・リュベック医科大学 教授

スコットランド・ダンディー大学 教授

大島 徹

Manfred Oehmichen

Derrick J. Pounder

はじめに

1962年、米国のKempeらは、親や養育者による身体的虐待を受けた小児例を被虐待児症候群(battered child syndrome)として報告した¹⁾。以来、今日では、小児科医にとどまらず広く医療・福祉関係者にとって重要な問題となっており²⁾、しかもKempeらが注目した身体的虐待に加え、精神的虐待、性的虐待、さらには養育の怠慢・放棄をも含めて、広く児童虐待と総称するのが一般的である。

近年、先進欧米諸国では児童虐待防止のための法的整備が順次なされてきているが、我が国では1990年代に入り児童虐待に関する社会的関心の高まりから、民間レベルでの児童虐待防止協会や児童虐待防止センターが設立されたものの、法的整備の点では欧米に比べて立遅れているのが現状である。

このように児童虐待は今や世界共通の社会問題であり、基本的人権にかかわる重大な懸案といえる。したがって有効な対策を探るためには各国の専門家の学際的協力が必要である。著者らはこの問題の現状を明らかにするため、日本、ドイツ、スコットランドで3か国の法医学者が協力して、可能な範囲で詳細に剖検事例調査を行い、その結果について比較検討を行った。

対象

対象とした広義の児童虐待による剖検例は1981から1995年までの15年間の事例で、日本(金沢大学)23例、ドイツ(リュベック大学)10例、スコットランド(ダンディー大学)9例の計42例である。これらの事例の剖検記録や写真、捜査等の関連文書を検討し、以下に述べるような結果を得た。但し、いくつかの事例は現在もなお捜査中であつたり、公判中であつたりしたため、調査資料上の制約があつた。

結果

詳細な統計的データは論文(文献4)で公表するので、ここでは得られた結果の要旨のみを記す。

1. 金沢では身体的虐待21例と養育放棄2例、リュベックでは身体的虐待6例、養育放棄2例と性的虐待2例であつたが、ダンディーでは9例全例が身体的虐待であつた点が特徴的である。
2. 被虐待児は金沢では男9例、女14例で1歳未満から10～15歳にまで及び(3歳以下は13例)、リュベックでは男3例、女7例で3歳未満が7例であつた。スコットランドでは男5例、女4例で全例が3歳以下と、3か国の中で最も低年齢化していた。全体としては男児よりも女児の被虐待児が多かつた(60%)。
3. 虐待者(加害者)については3施設とも虐待児の実母が最も多く(50～60%)、特に金沢で多かつた。次いで実父、継父、実母の男友達の順であつた。また、虐待者の年齢のピークは金沢で30歳台前半にあつたが、リュベック、ダンディーとも20歳台であり、金沢と比較して若年齢化していたのが特徴であつた。
4. 虐待の原因としては加害者の精神異常が特に目立ち、その他、加害者の愛情欠如や被虐待児側の反抗的態度が多く例で認められた。また、養育に対する無知、無関心も見逃せない原因であつた。
5. 虐待の方法としては、手などによる殴打、投げつけや突き落とし、あるいは鋭器による損傷など

の積極的加害が主体であったが、食事制限や養育放棄などの消極的加害も認められた。

6. 被虐待児の死因では全体として窒息が最も多く（金沢10例、ダンディー4例、リユーベック3例：計17例）、次いで頭蓋内損傷（計11例）、失血（計7例）であった。その他、重篤な感染症も、養育の怠慢または拒否例で死因となっていた。

考 察

Kempeらの報告以来、多くの児童虐待例が小児科及び法医学の分野で報告され、また、近年、事例の増加と共に、一般にも知られるようになったが、防止対策の方は緒についたばかりである。対策が困難な理由としては、家庭内での虐待は第三者に発見されにくく、また、いわゆる「親権」の濫用によって第三者の介入的行動が排除されてしまうことが少なくないためである。

私共の法医学領域では、1980年に児童虐待についての課題調査委員会報告を行っている³⁾。それによると1968年から1977年の10年間に全国40大学で計185例の児童虐待例の司法解剖が行われた。本調査でも各大学とも年に1例程度の剖検数しかなく、表面的には少ないように誤解される恐れがある。しかし、このような司法解剖される事例は全体の極く一部と考えられ、虐待を受けている生存例や病死又は事故死と誤診された症例が相当数ある。特に、安易な検死によって乳幼児突然死症候群（SIDS）と誤診された事例を耳にしており、児童虐待の総数については正確な数を知り得ないのが現状である。

今回の私共の調査では児童虐待剖検例について、各国とも3歳以下の乳幼児の虐待例が多く、全体の69%を占めていた。このような事例では、精神障害をもつ実母が加害者となることが多く、妊娠中を含め、乳幼児を持つ母親への精神的ケアや支援が児童虐待防止策の有力な手段となり得ると考える。

また、虐待手段のうち、手による殴打や投げつけなどは繰り返し虐待があった事例で多く、これらの例では外表上、新旧多数の損傷、特に新旧の皮下出血が認められたが、これについては医療機関受診時に加害者が虚偽の証言をすることが多く、医療スタッフの注意深い対応が求められる。また、養育の怠慢または拒否例では、栄養不良の乳幼児に好発する重篤な感染性皮膚病変である、悪液質性壊疽性膿瘍が認められた。このように外来で観察される感染性皮膚病変は、虐待の存在を示す重要な所見の可能性があるので注意すべきであり、いずれにしろ全身の慎重な観察が求められている。

さらに、被虐待児の栄養状態については、養育の怠慢や拒否例で不良であったが、他の身体的虐待例では明らかな栄養不良は認められず、全般的に栄養状態は標準以下が多いとする従来の報告とは異なっていた。私共の剖検例では目立った身体発育の遅延はなかったが、こうした発育障害は比較的長期間の虐待例で顕著となることが多く、逆を言えば、私共の検討事例は比較的短い期間に致命的な傷害をもたらされた例と考えられる。

家庭環境については、十分に調査し得た金沢大学での23例のうち養育者の構成が判明した15例中、実父母の同居例は僅かに5例である一方で、3例で互いに血縁関係のない児が同居していたこと、2例に加害者に犯歴が認められたこと、さらに6例では残りの兄弟・姉妹も虐待を受けた事実が確認されたことなどから、複雑な家庭環境が虐待の一因と考えられる。しかしながら、経済苦が虐待の主たる原因であった事例はなかった。すなわち、我が国の児童虐待は欧米先進国と同様、単純な経済的問題よりも、むしろ、家庭内外における対人間関係についての注意深い検討と方策を必要としており、我が国は欧米に比べて一般的に対人間関係が良好な社会であるという従来の通念から脱却すべきと考える。

児童虐待の問題は、加害者と被害者相方におけるパーソナリティ、特に、加害者の生活歴、経済状態、人間関係、精神医学上の特徴など、多方面に亘る分析と総合を必要とし、そのためには医学、心理学、社会学などの多方面の専門家の協力が不可欠であるが、このような連携は、特に我が国において未だ不

十分である。今後、児童福祉相談所等を中心に機動性、実効性のある体制作りが求められる。また、この問題は、さきにも述べたように我が国に限らず国際的な広がりを持っている。したがって、可能な限り国際的な比較調査を継続的に行うことで共通点や相違点をより一層、明確にし、また、各国における取組みを比較検討することにより、有効な対策案を提言しうるものとする。

以上を総括すると、調査した3か国での虐待の中心は身体的虐待で、3歳以下の児、特に女兒に多く認められており、窒息や頭蓋内損傷、あるいは失血が死因となっていた。また、3か国ともに精神障害を持つ実母が加害者となる事例が多く、妊娠・出産及び育児に取組む女性への幅広い精神衛生上の支援やケアが、有効な防止対策になることが示唆された。

おわりに

厚生省は平成9年6月20日付で、児童虐待対策として、児童相談所などに一時養育した子供の引き取りを、養育者が強引に要求した場合でも拒むことができる、すなわち「児童福祉施設長に与えられた監護権が養育者の監護権に優先する」との解釈を初めて示した。我が国でも児童虐待について、ようやく行政レベルでの新たな対策が講じられるようになったわけではあるが、制度に意義を与えるには関係者の努力と社会全体の支援が不可欠である。この措置が十分な効果を発揮することを期待するとともに、児童の基本的な人権が守られる社会制度や一般市民への啓発について、一層の充実策を図るべきと考える。

参考文献

- 1) Kempe, C. H., et al.: The battered - child syndrome, JAMA 181, 17 - 24 (1962)
- 2) 平野岳毅: 増加傾向にあるわが国の児童虐待, 小児外科 26, 457 - 463 (1994)
- 3) 日本法医学会課題調査報告(): 被虐待児の司法解剖調査, 日法医誌 34, 147 - 157 (1980)
- 4) 大島 徹, 他: 日・独・スコットランドにおける児童虐待司法解剖例の比較検討, Acta Crim. Japon. (in press)

医療における患者の判断能力の概念の国民各層における差異に関する国際比較研究

研究期間 1996年10月1日～1997年9月30日

代表研究者 国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部長

北村 俊則

共同研究者 Chairman, Dept. of Psychiatry, St. John's Mercy Medical Center

Hagen Duane Q.

Assoc Professor, Dpt of Psychiatry, St. Louis University

Hay Donald

明治学院大学 非常勤講師

北村 總子

医療ことに精神科医療においてインフォームドコンセント(告知同意)が具体化されない理由の一つに、患者の治療同意判断能力に関する合意が得られていないことが考えられる。判断能力のイメージの差を見るため、日本の精神科医176名、弁護士77名、医学部生82名、法学部生74名、環太平洋精神科医学会会員(主としてアメリカ人精神科医)14名、アメリカの法学部生26名にアンケート調査を施行した。トロント大学クラーク精神医学研究所の患者との面接テープのうちあきらかに判断能力のある1例、あきらかに判断能力のない1例、境界例と考えられる3例の面接内容を書き起こしたものを被検者に読ませ、それぞれの症例の判断能力の有無を評価させた。日本の精神科医の23%、日本の弁護士の38%、日本の医学部生の27%、日本の法学部生の32%、RPCP会員の0%、アメリカの医学部生の12%が、あきらかに判断能力のある例を判断無能力と評価した。一方、日本の精神科医の4%、日本の弁護士の8%、日本の医学部生の10%、日本の法学部生の11%、RPCP会員の7%、アメリカの医学部生の0%が、あきらかに判断能力のない例を判断能力ありと評価した。アメリカでは精神科患者の判断能力の有無の判

定が安定する傾向にあり、日本人は精神科患者を判断無能力に判定する傾向があることが認められた。判断能力の評価のこのような差異の原因の究明が今後の課題である。現在、アメリカの弁護士、法学部に同一のアンケートを施行中であり、さらに英国においても同一の調査を行うべく準備中である。

タイにおける家庭内HIV感染女性の社会支援システムモデルの開発に関する研究

研究期間 1996年10月1日～1997年9月30日（継続中）

代表研究者	東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻発達医科学・教授	牛島 廣治
共同研究者	東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻国際地域保健学・教授 タイ国アセアン健康開発研究所・副所長 タイ厚生省 健康局 ヘルスプロモーションセンター 第一地域	Wongkhomthong Som-arch Rmasoota Pantyp Kanchanomai Tongjit

概要

HIV感染者の健康と社会的支援は重要な問題である。タイ国では700万人のHIV感染者がおり、その中で約3万人の夫から感染した主婦がいる。彼女らは自分の生活のみならず夫の生活および子ども（感染児および非感染児）の生活の問題を抱えている。社会支援システム特に感染者らが自助としてのシステムの設立を行うために、タイ国でのHIV感染者の生活環境の解析、社会支援システムモデルの開発、日本との共同形態の在り方などを検討した。

目的

HIV感染主婦（妊婦・母親）の自助グループの設立と運営。その評価。

研究対象者

HIV感染主婦および夫。その他のHIV感染者で会に参加を望む者。HIV感染者は自助グループに参加希望する者と参加しない者に分けた。両者のバックグラウンドには特別な差はなかった。

研究項目

精神および身体面での健康知識と状態、経済状況と生活状況、不安に関する解消状況、夫・子どもおよび自分に対するケアの知識と状況。質問形式で行われた。

結果

自助グループへの参加者は非参加者に比較し、健康に対する知識および行動にすぐれ、さらにエイズ、今後の生活に対する不安が少なかった。

問題点

自助グループの参加者はまだグループの進め方に対する経験、工夫などは十分でない。現在ケースワーカーが中心にリーダーシップを行っている。組織の運営を行う人の育成、リーダーを作る。自助グループを続けるための資金援助。患者のプライバシーがより保てる場の設定、会に参加するための交通費、会合の時間に関する考慮等。

今後、自助グループの枠を広げることと他のエイズ支援団体との情報交換および助け合いを考える。

尚、この研究は日本（東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻）とタイ国（アセアン健康開発研究所）が中心となりバンコクおよびその郊外の2機関での活動と評価である。今後も資金を調達し活動を続け、社会支援システムモデルの開発を遂行する予定である。

がん患者における精神的苦痛の国際比較研究

研究期間 1996年10月1日～1997年9月30日

代表研究者 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部 部長

内富 庸介

共同研究者 国立がんセンター研究所東病院 レジデント

久賀谷 亮

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部 研究員

明智 龍男

Psychiatry Service, Department of Neurology, Memorial

Sloan-Kettering Cancer Center, Attending Psychologist

Steve Passik

がんを知って闘病する上での精神的な苦痛は文化や社会的背景に大きく影響されるものと考えられ、国際比較する場合我が国のがん患者における精神的苦痛の評価尺度を確立することは重要である。そこで、精神的苦痛の尺度として不安、抑うつを評価するHospital Anxiety and Depression Scale (HADS) の日本語版の妥当性を128例のがん患者について検討した。

HADSは、Cronbach 係数は不安因子0.77、抑うつ因子0.79と良好な値を示し、既存の評価尺度との相関も高く、高い信頼性と妥当性を有する評価尺度であることがわかった。がん患者に多い精神的負担である適応障害あるいは大うつ病をスクリーニングするために得られたHADSのカットオフ得点は、10/11点であり、感受性、特異性はそれぞれ91.5%、65.4%であった。欧米のカットオフ得点と比べると低かった。また、ストレスの生物学的指標と考えられる24時間尿中遊離コルチゾール値とHADSの得点は有意な正の相関を示した。以上から、HADS日本語版は、日本人のがん患者においても、スクリーニング尺度、精神的苦痛の評価として有用であることが示された。一方、欧米の報告と比べて、カットオフ得点は2.7点低く、日本人の感情認知の感受性の差、感情表出の低さ、がんとの取り組み方の差などが原因として考えられた。

そこで、がんとの取り組み方の評価尺度 Mental Adjustment to Cancer scale 日本語版を作成し、455例のがん患者に施行した結果、前向きな取り組み方と不安・抑うつは負の相関が得られた。さらに、日本人のがんとの取り組み方を、アメリカ人、イギリス人のモデルと比較したところ、後者に近いことがわかり、がん患者における精神的苦痛の国際比較を行う場合、がんとの取り組み方の文化的社会的背景を考慮する必要があると考えられた。

当財団へのご寄付のお願い

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

こうした趣旨をより多くの皆さまにご理解をいただき、当財団へのご寄付について格別のご高配を賜りますようお願いいたします。なお当財団は厚生省の認定による「特定公益増進法人」ですので、寄付金については一定の免税措置が講じられます。

詳細は当財団事務局（電話：03-3344-7552）までお問い合わせください。

第7期(平成9年度)事業報告 並びにこれに伴う収支決算書を承認

第13回理事会・評議員会を開催

去る平成10年5月13日(水)東京都新宿区西新宿のファイザー製薬株式会社本社会議室で開催された第13回理事会・評議員会において、第7期(平成9年度)事業報告及び収支決算書が承認されました。

席上、財団理事長 垣東 徹氏より「昨年末『健全なインセンティブを一国際的な文脈で考える医療制度改革』と題する翻訳書を刊行、配付したところ、日本の医療制度改革論議の参考になる貴重な小冊子として高い評価を頂きました」と事業成果を報告し、次に収支決算の概要を説明した後「引き続きヘルスリサーチの研究振興を図るため、最善を尽くしていきます」と抱負を述べました。

また、主務官庁の厚生省大臣官房厚生科学課課長補佐 須田 勝吉氏は「厚生科学研究には現在大きく2つの問題がある。一つは、ダイオキシン問題や環境ホルモンなど環境対策の問題であり、これに関しては10年前より、徐々に調査研究予算を拡充しつつあり、本年度の補正予算でも拡大する。もう一つは0157やインフルエンザなどに対する危機管理の問題で、この4月1日より健康危機管理対策室を設置した。

一方、ファイザーヘルスリサーチ振興財団も関係する公益法人関係の動向としては、平成12年度末迄をメドとして、役員、財務会計、情報公開等の問題を中心とした『公益法人指導監督基準』の整理が進められている。

思わしくない現状の景気の下で、厳しい財政予算だが、厚生科学の振興という観点から研究費予算の拡充に努めている。厚生科学行政の推進に特段の協力をお願いしたい。」と述べられました。

* 第7期(平成9年度)事業報告

平成9年度に実施した主な事業の概要は次頁以下の通りです。



厚生省大臣官房
厚生科学課課長補佐
須田 勝吉 氏



1. 第6回研究等助成事業 ((内は平成8年度実績)

	応募件数	採択件数	助成金額(千円)
国際共同研究プロジェクト	78(73)	9(10)	44,200(47,734)
日本人研究者短期海外派遣	43(45)	7(8)	4,006(4,750)
日本人研究者中期海外派遣	52(50)	10(7)	19,000(13,050)
外国人研究者短期国内招聘	12(16)	4(6)	3,654(5,400)
外国人研究者中期国内招聘	3(9)	1(0)	2,500(0)
合計	188(193)	31(31)	73,360(70,934)

応募要項の送付依頼件数は増加しましたが、応募件数は全体で5件の減少となりました。理由として、応募要綱と一緒に「ヘルスリサーチの研究例示」を送付したことで、ヘルスリサーチの研究概念がより理解され、領域外の案件が減少したものと考えられます。

2. 翻訳書「健全なインセンティブを 国際的な文脈で考える医療制度改革」の刊行

原著はカナダ非営利法人フレーザー研究所が出版した「Healthy Incentives」で、同国の保健医療制度改革を論じたもの。その中に英国の医師予算保持性、ドイツの参照価格と総予算制等についても論じられており、日本の医療制度改革論議の参考になる小冊子として高く評価されました。

当初1,500部印刷しましたが、評判がよく、さらに500部増刷しました。

3. 第4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機構の賛同を得て、研究成果発表、助成選考経過説明に加えて、一般から演題を募集し、24件の応募の中から組織委員会で選考の上12題を採択し、発表を行いました。

日時：平成9年11月29日(土)午前9時30分～午後6時30分

場所：霞が関東京会館

テーマ：新しい時代の保健・医療を考える その科学的評価を求めて

出席者：助成採択者、一般研究者、報道関係者、行政、当財団役員等約170名

内容：- 財団理事長挨拶

- 協賛法人 財団法人医療経済研究機構 専務理事挨拶

- 平成7年度助成国際共同研究成果発表 10題

- 一般公募演題発表 12題

- 第7回(平成9年度)助成案件の選考経過・結果発表

尚、フォーラムの記録を小冊子(1,500部)としてまとめ関係者に配布し、高い評価を得ました。

4. 財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」の刊行

1回4,300部作成、年間3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、厚生省、助成案件採択者、財団役員等に配布しました。

5. 寄付金活動

東京海上火災保険から基本財産として、又、ファイザー製薬から運用財産として寄付がありました。

- 基本財産 -

- 運用財産 -

寄付年月	寄付者名(敬称略)	金額(円)	寄付年月	寄付者名(敬称略)	金額(円)
平成9年12月	東京海上火災保険(株)	100,000	平成9年10月	ファイザー製薬(株)	72,000,000

* 第7期収支決算概要

第7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ご報告を受けております。

1. 収入の部、支出の部

ファイザー製薬より運用財産として7,200万円の寄付金、基本財産の運用益として3,246万円等の収入がありました。一方、総支出金額は1億132万円でした。

2. 当期正味財産増加額/期末基本財産

当期正味財産増加額は1,203万円、期末基本財産は9億2,310万円となりました。

正味財産増減計算書

平成9年4月1日から
平成10年3月31日まで

(単位：円)

科目	金額	
1) 増加原因の部		
1 基本財産収入		
基本財産収入	100,000	
2 基本財産運用収入		
基本財産利息収入	32,457,752	
3 寄付金収入		
寄付金収入	72,000,000	
4 雑収入		
受取利息	439,984	
公社債売却収支差額	8,353,172	
合計		113,350,908
2) 減少原因の部		
1 事業費		
調査費	3,753,242	
国際共同研究事業費	44,200,000	
海外派遣事業費	23,006,000	
外国人招聘事業費	6,154,000	
財団機関誌	6,894,633	
ヘルスリサーチフォーラム	6,743,303	90,751,178
2 管理費		
旅費交通費	2,053,745	
通信運搬費	1,796,706	
会議費	513,940	
消耗什器備品費	1,667,341	
消耗品費	334,546	
印刷製本費	1,239,735	
審査謝金	333,331	
租税公課	70,000	
雑費	2,559,311	10,568,655
合計		101,319,833
当期正味財産増加額		12,031,075
前期繰越正味財産額		940,762,514
期末正味財産額		952,793,589

貸借対照表

平成10年3月31日現在

(単位：円)

科目	金額	
1) 資産の部		
1 流動資産		
現金預金	12,595,779	
有価証券	22,068,344	
前払金	0	
流動資産合計		34,664,123
2 固定資産		
基本財産		
基本財産貸付信託	0	
基本財産定期預金	6,583,563	
基本財産有価証券	916,511,680	
基本財産合計	923,095,243	
固定資産合計		923,095,243
資産合計		957,759,366
2) 負債の部		
1 流動負債		
未払金	4,965,777	
流動負債合計		4,965,777
2 固定負債		
固定負債合計	0	0
負債合計		4,965,777
3) 正味財産の部		
正味財産		952,793,589
(うち基本金)		(923,095,243)
(うち当期正味財産増加額)		(12,031,075)
負債及び正味財産合計		957,759,366

第5回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ

第5回ヘルスリサーチフォーラム「新しい時代の保健・医療を考える グローバルスタンダードの視点から」を下記により開催いたします。

わが国は、今世紀中に医療保険制度を21世紀の超高齢化社会にふさわしいものに改革しておくことが急務の課題です。又、医療保険制度とともに医療の供給体制の抜本改革も重要な課題です。そしてこれらの改革には、医療を提供する側の視点だけでなく、医療を受ける側の国民の立場に立つという発想が不可欠であるといわれています。

今回のフォーラムでは、将来にわたって国民が良質な医療サービスを受けるためのふさわしい保健医療や制度はどうあるべきか“グローバルスタンダード”の視点から捉えます。日本の医療内容を欧米諸国と比較検討し、そこから将来の日本の医療への新しい提案となる研究発表を募集したところ多数の時宜をえた興味深い演題の応募がありました。どうぞご期待ください。詳しくは当財団事務局までお問い合わせください。(電話：03 3344 7552)

日時：平成10年11月14日(土) 午前9時30分～午後6時30分

会場：ザ・フォーラム 東京都千代田区紀尾井町4 1 電話：03-3238-5511

主催：財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

協賛：財団法人 医療経済研究機構