

## ヘルスリサーチニュース

目次	平成15年度研究助成案件等募集、第10回ヘルスリサーチフォーラム一般演題 応募締め切り迫る (p1)/リレー随想 日々感懐 (理事長 垣東 徹 X p1)/対談「ヘルスリサーチを語る - 第6回 - 」新しい潮流 - 在宅ホスピスケア(対談相手:川越博美先生) (p2)/研究等助成受領成果報告-3編-(p9)/保健医療のアウトカム評価に関する国際共同研究:QOL測定を中心として(p9)/医療政策に対する医療経済学研究の役割に関する国際比較研究(p9)/ハーバード大学公衆衛生大学院にて、臨床疫学・決断科学の手法の修得 呼吸器感染症患者に対する初期治療の決断分析・費用効果分析(p12)/第12期(平成14年度)事業報告並びにこれに伴う収支決算書を承認-第23回理事会・評議員会を開催-(p13)/第10回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ(p16)/公開ラウンドテーブル・カンファレンスのご案内(p16)
----	--

応募締め切り迫る **7月18日**まで(当日消印有効)

平成15年度	研究助成案件等募集	第10回ヘルスリサーチフォーラム	一般演題募集
<b>研究対象</b> 保健医療福祉分野の政策あるいはこれらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチ領域の研究 <b>応募規定</b> 1. 国際共同研究助成 (新規)国際共同研究(A)(原則として2年間) 1件 1,000万円以内 2件程度 国際共同研究(B)(原則として1年間) 1件 500万円以内 17件程度 2. 海外派遣助成 (2~6ヶ月程度) 1件 200万円以内 10件程度 3. 外国人研究者招聘助成 A. 短期招聘 (1ヶ月程度) 1件 100万円以内 5件程度 B. 中期招聘 (6ヶ月程度) 1件 250万円以内 2件程度 4. 若手研究者育成助成 (新規)A. 海外留学 (1年以上 但し年齢制限40歳以下) 1件 400万円以内 10件程度 (新規)B. 国内共同研究 (原則として1年間 但し年齢制限40歳以下) 1件 300万円以内 5件程度		<b>発表テーマ</b> 10年の成果を明日に活かす <b>研究内容</b> 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 <b>発表</b> 組織委員会で採否を決定します。採用の場合は、平成15年11月15日(土) 会場「都市センターホテル」(東京都千代田区平河町)で開催する第10回ヘルスリサーチフォーラムにおいて15分程度でご発表願います。 <b>演題発表のための交通費</b> 演題が採択された場合、首都圏以外(但し海外を除く)の一般演題発表者(発表者本人のみ)には、フォーラム開催都市までの交通費を財団の規定により支給します。	
<b>応募方法</b>			
いずれも本財団所定の申請書式によりご応募下さい。申請書をご希望の方は、本財団のインターネットホームページからダウンロードをお願い致します。Windows版Word、Mac版Word、PDFファイルの3種類を用意しています。Wordは直接入力可能、PDFファイルは、プリントアウトしてご使用下さい。詳しくは、ホームページを御覧下さい。(当財団URL: <a href="http://www.pfizer.co.jp/phrf">http://www.pfizer.co.jp/phrf</a> ) ご質問・お問い合わせは、研究助成、一般演題ともに当財団事務局まで。(tel:03-5309-6712)			

### 新連載

リレー随想 **日々感懐**

このコラムでは、当財団の理事・監事、評議員、選考委員の方々より、日常の業務や生活の中で、心に留まったヘルスリサーチ関連のお話を、毎号リレーで寄稿していただきます。まず第1回の今回は、当財団理事長です。

#### 新オフィスにて

理事長 垣東 徹

6月のある週末、当財団は長年住み慣れた新宿三井ビルから、新宿文化クイントビルへと事務所を移転しました。徒歩で10分足らずの場所への「短距離移転」とは言え、窓外に見える景色はもの珍しく、新しいレイアウトのオフィスは新鮮で、梅雨模様の中にもかかわらず、なぜか心が浮き立ちます。これは平成4年3月の財団設立以来初めてのオフィス移転でした。

思い返せば発足当初4,580万円だった財団の助成金額も、本年度には1億9,000万円(予定)と4倍になり、些かなりともわが国のヘルスリサーチの発展のために貢献してきたと自負しています。よくぞ順調に成長してきたものと、密かに誇らしい気持ちを抱いています。誕生後11年間と言えば人間ならば幼年~少年期の頃。この時期に財団が期待される道を誤ることなく育ってこられたのも、ひとえに「親」とも言える理事・監事・評議員の役員や選考委員、主務官庁など関係先の皆さまがしっかりと見守り、暖かいご支援と真摯なご指導を与え続けてくださったお陰であり、感謝の気持ちで一杯です。

その恩を返すためにも、これから迎える財団の青年期、さあどんな熱い活動をしていこうかと、今、心を弾ませる毎日です。



次回は選考委員の厚生労働省大臣官房厚生科学課(主務官庁)課長 中谷 比呂樹 先生にお願いいたします。

## ヘルスリサーチを語る

## 第6回

## 新しい潮流 - 在宅ホスピスケア



川越 博美 (かわごえ ひろみ)

聖路加看護大学 看護実践開発研究センター教授

開原 成允

当財団助成選考委員長、理事

(財)医療情報システム開発センター 理事長

1992年に創設された訪問看護制度により、医療のフィールドは制度的に「施設」から「在宅」にも広がりました。それは医療経済性の追求や患者意識の変化などを背景とした、現在の医療のパラダイム・シフトの一面と位置付けられるものでしょう。従って、この在宅医療の現状と将来像を探ることにより、これからの医療の進む方向の一つが見えるかも知れません。

第6回目のお相手は、在宅におけるホスピスケアを理念として長く訪問看護ステーションを実践されるとともに、この3月まで聖路加看護大学で在宅看護を教えられ、現在同大学 看護実践開発研究センターで研究が続けられている 川越 博美先生にお願いいたしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：以前、この財団の元理事で前の京都大学総長の岡本道雄先生が、懇親会の席で「日本では救急車が患者の家から病院へ向かって走るけれども、中国では病院から患者を乗せて家庭へ向かって走る」と言われたことがありました。中国では、病院に入院をしている患者がいよいよ死期が近くなると、家族に見守られて死にたいということで、救急車に乗せて自宅へ運ぶというわけです。私はその話が非常に印象に残っていて、忘れられません。ある意味では、今の西洋流の医療のあり方に対する一つのアンチテーゼを、そこで提起しているのではないかという気がしました。昔は在宅でやっていた医療が、一時施設の方にシフトしていたのですが、最近また在宅が見直されているのではないかと、そして、それも一つのパラダイムシフトではないかと思ったわけです。

そこで、在宅の医療・看護を、一つの理念を持って実践しておられる川越博美先生のお話を是非うかがいたいと思った次第です。まず最初に、自己紹介を兼ねて、どういことをやっておられるかをお話いただけますか。

始まりは1992年の訪問介護制度創設から

川越：私はずっと実践をしてまいりまして、訪問看護制度ができ

訪問看護ステーションは株式会社参入が認められている。

「家で死ぬる」と思って来る患者は少ない。しかし在宅ホスピスケアチームが関われば8割が在宅で死を迎えられる。

る前から在宅ケアに関わっておりました。1992年に老人保健法が改正されて訪問看護ステーションができたときには、本当に嬉しく思いました。そこでは、訪問看護師が管理者になり、診療報酬からの支払いで訪問看護サービスを提供できるようになった。訪問看護を実践できる場を国が提供してくれたのです。今まではボランティアとして、あるいは自費でお金を払ってもらいながらやってきた看護を、医療保険で実施できる制度になったわけです。

開原：その頃はもう既に籍は聖路加にあったのですか。

川越：いいえ、まだ現場です。

そのときに初めて訪問看護ステーションの所長になりました。「所長」という名前は制度の中には特に無く、「管理者」とあったのですが、敢えて「所長」と付けました。組織のトップに看護師がなれるというのが、その制度の中で重要なことでしたから。

開原：まず東京でやられたのですか。

川越：はい、新宿区でやりました。制度では2.5人が最低基準だったのですが、看護師さん達5人で始めました。しかし最初はやれどもやれども赤字です。

開原：お客さんはたくさんいたわけでしょう。

川越：お客さんはいます。しかしその頃、1回の訪問看護料は平均6,300円で、やればやるほど人件費がかかって赤字になってしまいました。これは制度がおかしいからだと思い始め、「こういうケアをこれくらいやったら、これだけお金がかかる」というデータを集めて、厚生労働省に持って行き、制度を変えて欲しいと何度も要望した結果、在宅医療への追い風もあって、診療報酬が改訂されるたびに訪問看護料が上がっていきました。

開原：それは何年頃の話ですか。

川越：1992年、94年、96年頃で、そんなに古い話ではありません。

また、私は最初からこの制度の中で家で亡くなる方を看ようと思ったものですから、24時間ケアもやりました。ポケットベルを持って、「いつでも私を呼んで結構です」というケアをしていたのですが、この24時間ケアについても、「制度にのせないと家で死ねる人のケアはできない」と考え、データを集めて要望しました。その結果、「24時間連絡体制加算」が認められました。

こうして制度が充実してきて、今、1回の訪問看護が、医療保険では平均1万円程度(介護保険だと8,300円)の報酬です。それが、今、高いと言われているのですが、私はその1万円のケアをきっちりとやればいいのではないかと考えています。

そういう流れの中でずっと実践をしておりましたら、聖路加看護大学から「看護のカリキュラムに新しく在宅看護が入ったので、それを教えに来て下さい」と言われ、行くことになりました。私は研究者としての業績は少ないのですが、そのように現場の中でデータを集めて、より良いケアにしよう、より良い制度にしようとしたことが業績になったようです。そこで、6年間地域看護学を教えてきたのですが、今年の4月から聖路加看護大学看護実践開発研究センターへ籍を置いています。

#### 株式会社組織での運営

開原：大学で教えられている期間も、並行して訪問看護ステーションの方はずっと続けておられたのですか。

川越：私は大学の教授をしながら所長になりたかったのですが、どちらも重責なので、スーパーバイザーとして現場に籍を置かせていただきました。

でも、やはりとても難しく、実践の場にずっといない人が時々来てスーパーバイズするということが、日本の看護は慣れていないのです。スーパーバイジングの方法というものが看護の中できちんとできていないということを感じました。新たに、今度は墨田区に在宅ホスピスケアをやるステーションを作り、私はそのスーパーバイザーをしています。

開原：それは聖路加看護大学の組織の一つなのですか。

川越：別です。株式会社にしました。

開原：今、医療の世界の株式会社論争は大変なものですが、訪問看護ステーションは株式会社でできるのですか。

川越：最初は医療法人とか社会福祉法人などの法人格を持った所しかできないということだったのですが、そうしたところでも、事業者は病院の院長であったり、社会福祉法人の理事長であったりするわけです。そこをどうにか突破したいと思っていましたが、介護保険ができる2年前くらい、98年頃に規制緩和で株式会社参入が認められました。

#### 「在宅ホスピスケア」

開原：ところで、先生は訪問看護と言っても、今は主としてターミナルケアの訪問看護を専門にしておられるわけですね。私も医

者ではありますが、なかなかターミナルケアの訪問看護のイメージが湧かないのですが、具体的にはどんなものなのでしょうか。

川越：私のところは「ホスピスケア」と銘うって、「ホスピスケアの理念」に則ってターミナルケアを提供しています。

開原：ホスピスが家庭にまで延長したようなものですか。

川越：はい。しかし日本には緩和ケア病棟があります。だから今は「在宅緩和ケア」と言ってもいいのかなと思っています。

開原：そうした訪問看護ステーションは、非常に特殊なものですか。それとも今はそういうものがいっぱいできているのですか。

川越：スペシャリティを持った訪問看護ステーションは特殊です。しかし、日本でも在宅のホスピスケアを掲げているところは、私が見ているだけでも4、5ヶ所はあります。

そして、ゼネラリストがいる一般的な訪問看護ステーションでも、1割はターミナルケアというところもあります。高齢者をロングタームで見て、その人が自然に死んでいくターミナルケアを行っているステーションもたくさんあります。

#### 8割は自宅で死を迎える

開原：そもそも自宅で緩和ケアを受けられるということは医者でも知らないし、まして患者さんも知らないと思うのですが、どうしてそういう人が先生のところに辿り着くのですか。

川越：最初は口コミでした。しかし今は、例えば病院の相談室などがつないでくれます。それから介護保険ができてからはケアマネジャーがつないでくれます。もう一つは、医師同士のつながりで病院の医師が地域のかかりつけ医につなぐこともあります。

開原：しかし、日本の患者さんは、自宅でターミナルを迎えようなどとは、普通は思わないのではないですか。

川越：意識調査をするとだいたい8割は家で死にたいと出ます。

開原：しかしそれは不可能だと思っているわけですね。

川越：意識とは逆に、在宅死は全体では17%を切っているのではないのでしょうか。癌の場合はもっと低く6~7%ぐらいです。

開原：まして都会では、私はほとんどが病院かなと思ったのですが、そういう中で、あえて先生のところに頼ろうというのは、誰がそういう発想を患者さんに植え付けるのでしょうか。

川越：一つは病院から追い出されて行くところがないから、仕方なく在宅でやってくれるところに相談に来たというグループで、

昭和46年聖路加看護大学卒業。  
茨城県友部町社会福祉協議会ボランティアコーディネーターとして活動の後、白十字診療所・ライフケアシステム看護婦として訪問看護を实践。訪問看護婦制度創設と同時に白十字訪問看護ステーション所長となる。その後聖路加看護大学地域看護学教授を歴任しつつ自ら訪問看護ステーションをコーディネート。現在同大学看護実践開発研究センター教授。  
在宅ホスピス協会会長・全国訪問看護事業協会理事。







最初から家がいいと思って来られるわけではありません。もう一つは、相談室などに行って在宅とはこういうものだというイメージを持って、自ら選んで来られる方。この2つに分かれます。

家でやろうと思っていない方達には、最初、説明をして、「ああ、これなら家でできる」という思いを持たれるようになるまで持っていくのが大変でした。また、家で死にたいと思っていらっしゃる方も、「家で死ぬんだ」と思って私達のところにアクセスしてこられる方は少なく、「できるところまで家でやろう。でも、最後は多分ホスピスか病院に行くのだらうな」と思われています。しかしケアをしているうちに、「ああ、これならいける」「これならいける」ということで、最後は家で亡くなくなります。今の私のステーションで8割ぐらいが家で亡くなっています。

#### ホスピスケアはチームケア

開原：そういう方を引受けられた後はどうするのですか。  
川越：私達はホスピスケアをチームケアと思っていますので、まずチームを組みます。最低限のチームは医師と看護師です。  
開原：訪問看護ステーションなのに医師がおられるのですか。  
川越：いえ、訪問看護ステーションはどこかの医師とチームを組んでもいいのです。開業医でも病院の医師でもいいのですが、私は原則として往診できる医師と組むことにしています。病院の医師だと何かあって連絡して、「こうしたい」と言っても、「病院に連れてきなさい」とすぐに言われてしまいます。そうするとそこで在宅ケアがブツと切れてしまいますので。

そして、在宅ホスピスケアの考え方をわかっている医師と組まないと、これがまた難しいのです。疼痛コントロールで「この薬を出して欲しい」「モルヒネを使って欲しい」と思っても、医師が処方してくれずに、ギブアップしなくてはいけなくなることもあります。  
開原：そうすると、医師はむしろ訪問看護師さんが探してくるわけで、患者さんが探してくるわけではないのですね。  
川越：訪問看護ステーションで探します。しかし患者さんが「この先生でないと」とおっしゃれば、その医師と組むことになります。  
訪問看護ステーションは、医師の指示書が無いと訪問看護はできないことになっています。  
開原：そうですね。勝手に看護師さんが出かけて行ってやって

医療経済的にもホスピスを作るよりも安くすむし、患者にとっても入院よりは安い。介護保険ができたことにより、ヘルパーと競合して、訪問看護ステーション数の伸びが止まった。ヘルパーとチームを組んで医療処置が必要な在宅者のケアをしていくことに訪問看護の生き残りの途がある。

はいけないわけですね。だからチームなのですね。

川越：しかしこの二つの職種のチームでできるかという、そうではありません。一人暮らしや高齢者世帯などが増えてきましたので。

開原：一人暮らしの方も見ておられるのですか。

川越：見ています。そうなるとヘルパーさんがどうしてもいる。しかしヘルパーさんだけでも無理なので、ボランティアも参加する。もちろんモルヒネを使うときなどは、薬剤師さんともチームを組みます。

開原：先生の周りにはそういうチームを組む人達がもうずいぶんいるのですね。だからできるのですね。

川越：そういうチームが、中学校区に1つあれば、日本の「家で死にたい人達」はみんな家で死んでいけるのだと思います。

実際たいしたチームではないのですよ。うちでも5人の訪問看護師でやっているわけですから。その人達1人当たり3人~4人の末期の人を見ます。あまりたくさん抱えると、症状が悪くなったときにケアしきれないので、3人~4人を常時みて、それだけでは経済的にやっていけないので、プラス高齢者も少しみえています。つまり5人でだいたい120人ぐらいの人をみられます。20人の患者用のホスピスを作るとどれ程のお金がかかるでしょう。

開原：そうすると、後ほどの制度論の話にも関係しますが、経済的にも、ホスピスを作るよりは安上がりだということですか。

川越：医療経済的には良いのではないのでしょうか。

というのは、患者さんは最後まで自分の持てる力を使うのです。トイレに行きたいと言うと、ホスピスだとナースが行ってお手伝いするのですが、在宅では這ってでも自分です。また、今一人暮らしもみているのですが、特に癌の人達というのは、わりと頑張って自立して自分でなさいます。それが人としての尊厳につながっています。寝付いてしまうのは最後の2週間とか3週間なので、そこにサービスを集中して入れていけば家で亡くなるのです。それと日本の場合はまだ家族が支えてくれます。それで、少し経済的にはホスピスより安く済むかと思えます。

#### 在宅末期医療総合診療料による運営

開原：そういうチームがあって、それが定期的に患者さんを訪問するのですか。それとも患者さんから連絡があって行くのですか。

川越：定期訪問です。在宅のターミナルケアを発表する際に厚生労働省は「在宅末期医療総合診療料」というものを作ったのです。それは、緩和ケア病棟の診療報酬と同じ考えで、医師と看護師がチームを組んで、最低医師が週1回、医師・看護師合計して週4回以上行けばこれを使っていいということです。それに関わってくるので、最低週4回は訪問します。

というのは、定期的にみていないと、症状の変化や家族関係の変化が激しいのです。定期的に誰かが入ってみるということが大事ですし、それに加えて24時間やるということです。

開原：いつでも電話をかけることが可能ですよってあるということですね。その電話はどこにかかってくるか。

川越：今は訪問看護ステーションでファーストコールを受けて、医師が必要だったら医師に連絡して、ということにしています。

開原：そうすると、訪問看護ステーションは24時間体制で、当直を置いておられるわけですか。

川越：自宅に帰っていて、ステーションにはおりません。必要ならば、その当番の看護師が自宅から出向きます。

#### ケアを受けられる条件は2つ

開原：今の先生の話がうかがっていると、実際に自宅で在宅ホスピスケアを受けることが可能な条件はあまりなく、どんな人でも可能だということですか。

川越：つい何年前までは、条件がたくさんありました。例えば往診できる医師がいる、看護師に24時間アクセスできる、いざの時に入院できる病院がある、自分の病室がある、見てくれる家族がいるとか。しかし、だんだん在宅医療体制が整備されてきました。私は今は条件は2つだと言っています。1つは本人が家にいたいということ、もう一つは家族が家で看たいということ。この2つの条件以外はもうクリアできると思います。

開原：そういう気持ちさえあれば、先ほどのように極端な場合には、家族がいなくても、一人暮らしでも可能ということですね。

川越：ただ、自費負担が少しあります。介護保険と医療保険をオーバーして使わないといけません、莫大な金額ではありません。

開原：しかし、患者さんや家族の立場に立つと、入院をしているよりは、安あがりですか。

川越：そうですね。実は在宅末期総合診療料というのは、1日診療報酬として入ってくるのは1万5千円なのです。3割自己負担で1日4,500円になりますから、病院にいるよりは安いのではないかと思います。例えば緩和ケア病棟は1日3万8千円ですから、それと比べるとずっと安いですね。

開原：おそらく普通の人は全く知らない話だと思いますね。

川越：もっと知ってもらわなければいけないと思います。

#### 患者数は増えている

開原：患者さんは増えていく傾向にありますか。

川越：多すぎて、よそのステーションや、「このドクターだったらできる」と思うところを紹介しているくらいです。

私は全国の訪問看護ステーションで、どういうケアができるかを調査をしました。ただし自己申告なのですが、医師の方も「末期がん患者さんの在宅ケア実施機関データベース」というホームページを作っています。それには1日40件ぐらいアクセスがありますので、求めている人は多いのだと思います。書き込みには、「こういうものが欲しかった」「本当にいいお医者さんにめぐり合えて感謝しています」というのが来るのです。そういう情報は発信していかないと、と思っています。

開原：サービスを提供する側も増えているのですか。

川越：訪問看護ステーションは今、足りないのです。ニューゴー

ルドプランの5,000ヶ所はクリアしました。ところが、ゴールドプラン21の9,900ヶ所は達成不可能かもしれません。介護保険ができて、訪問看護ステーションの伸びが止まってしまいました。ヘルパーさんと競合しているのかもしれませんが。

開原：なるほど。看護師さんだと高いですからね。しかし、一般論では、看護ステーションがヘルパーと競合するというのは、あまり意味がないわけですね。だから、訪問看護ステーションの方が、そこで少し別な役割を果たすというように、発想を変えていった方がいいのではないですか。

川越：ホスピスケアをどんどんやっていくか、あるいは医療処置が必要な在宅の方達のケアをしていく。そういうあたりで訪問看護が生き残るのかなと思っています。ただ、看護は医療処置屋さんになるのではなく、医療処置をしながら生活のすべてをケアできるというところでサービスを提供しなければいけない。例えばヘルパーさんは入浴介助はできて、IVH<sup>下取</sup>の管理をしながらでは難しいので、そこは看護が活躍する。

#### 関心ある医師も増加している

開原：お医者さんの方はどうですか。そういうことしてくれるお医者さんは増えつつありますか。

川越：統計的には知りませんが、増えております。在宅専門という先生達も増えています。

開原：最近そうなんだそうですね。診療所を持たないで、往診だけをやる。どうしてなのですかね。

川越：外来の患者さんを診るよりは、診療報酬が高いからではないでしょうか。もちろんそれだけではなく、先生がそこで生き甲斐を持っていらっしゃるのだとも思います。

開原：先生がチームを組んでおられるお医者さん方は、どういう世代ですか。若い世代ですか、それとも高齢の方ですか。

川越：やはり40代が多いです。

開原：若い層の方が、こういうことに理解があるのですかね。

川越：昔風のドクターはナースとチームを組むことが、まず苦手です。私は何度も叱られています。具体的な薬の名前を挙げてそれを出して欲しいと言ったときに、「看護師に指示される覚えはない。薬の名前は俺が決める」と怒られたことがあります。(笑)

開原：確かにそうかもしれませんね。チームだということを医学部で教えるようになったのは、わりと最近のことですからね。

川越：病院の中のチームと在宅のチームとは、少しニュアンスが違います。今までドクターが経験なさらなかったことで、まったく横並びになるのです。パターンリズムが無いので、みんな平等に、意見を言っています。

開原：そうすると、チームを組んでおられる方々が、ミーティング





で集まる場があるわけですか。  
川越：あります。近くの医師とは1週間に1回定期的に行いますが、時々しかチームを組まない先生達とはそう頻繁にはできません。でも最低週1回は会ってお話をしないと治療方針とか家族

の問題とかが出てきますので、うまくいかないのです。

開原：チームにはソーシャルワーカーはいないのですか。

川越：欲しいのですが、それが診療報酬で認められていないものですから。だから、看護師が何でも屋になって、心の問題まで、家族調整までやる、というふうになっています。

在宅医療のための基盤は整備されている

開原：少し話を広げて、ホスピスケアでない一般の在宅医療も広がっていると、先生はお感じですか。

川越：私が始めた頃と比べて、格段の差で広がりました。それと、在宅医療をするための基盤整備ができてきたと思います。

私が始めた頃は、酸素が欲しいと言ったら自分のクリニックから酸素ボンベを持って行かなければならない、ベッドが欲しいと言ったら何十万円もする高いベットを買ってもらわなければならないという状況でした。今は各々のプロフェッショナルがシステムティックに活動できるようになりました。

開原：ベッドなどを貸してくれる業者さんがいるということですか。

川越：そうです。今は介護保険で使えます。ケアマネジャーがオーダーすれば、次の日にベットが入ってきます。酸素も、医療保険の中で、医師が指示書を書けば、酸素屋さんが自宅まで運んでくれます。昔はボンベだったのが、濃縮酸素や液体酸素を、必要に応じてすぐ準備してくれます。

開原：そういう基盤は全国的に整備されたのでしょうか。

モルヒネに関しては未整備

川越：酸素ですか、IVH、あるいは福祉器具など、普通の高齢者に必要な医療処置はおそらく全国的に整備されたと思います。ただ、モルヒネなどを在宅で使うことはまだ未整備です。経口はできるのですが、注射薬は規制があり、患者さんが注入速度を変えられないものに関してのみOKです。

在宅医療のための基盤はかなり整備されてきた。問題は家族。「ケアする家族」でなく「見守る家族」になれないと在宅医療は伸びない。訪問看護ステーションの標準化が課題。「福祉施設」で死ねないことが日本の高齢者の不幸。そのためには「福祉施設」への訪問看護が認められるようになることが必要。看護師に裁量権が与えられることが求められる。

開原：そうすると、手術などはできないにしても、今はかなりの病気が、在宅で見られると考えられますね。

川越：そう思います。CAPD<sup>下記</sup>もありますし、IVHもある。膀胱瘻<sup>下記</sup>、腎瘻<sup>下記</sup>も、胃瘻<sup>下記</sup>などの管理も在宅でできます。しかし簡単に作られすぎて、本当にこの人にこういう医療が必要なのかと悩んでしまうくらいです。生活をするために家に帰っていらっしやるのに、医療が生活を束縛してしまう。例えば、食べるという機能を伸ばしたいと思って嚥下訓練をして、少しでもその機能を維持していきたいのに、胃瘻があったらその胃瘻に頼ってしまう。そういうあたりのジレンマもあるのです。

私達は医療処置をきちんとやりながらも、「どうやったらこの管をこの人から抜けるのだろうか」など、医療を少なくしていく方法を看護の中で考えなければいけないと思っているのです。

「ケアする家族」でなく「見守る家族」へ

開原：基盤が整備されてきた結果として、今、在宅で治療を受けている人は、昔に比べれば増えてきたのでしょうか。

川越：統計的な数は把握していません。しかし、在宅医療は可能になっても、ケアする家族の問題があります。医療処置がある場合、特に家族は大変ですから、施設に入れたいと思う家族が多いのではないのでしょうか。

一方逆に、患者さんに聞くと、「子供の世話になりたい」とはおっしゃらない。子供達とは仲良くはしたいけれども、自分が寝たきりになったら、可哀想だから、そういうことを子供達にはさせられないというのが、大方の人の意見です。それで、自ら施設に入ってしまうことになります。

私は、家族は「ケアする人」ではなく「見守る家族」であり、ケアはプロを入れるということでない、日本で在宅医療は伸びていかないと思っています。

開原：先生のお感じでは、やってみると在宅ケアの方が結果として良かったということですか。

川越：バイアスがかかって見ているのかもしれませんが、在宅にいらした方が、特に亡くなる方は穏やかで、ある意味延命ができるかなと思うことがあります。

ステーションの標準化が課題

開原：ところで、先生のステーションは、独立した訪問看護ステーションなのでしょうか。

川越：はい。

開原：一方、病院が訪問看護ステーションを持っているというケースがありますね。それから、自治体を持っている、あるいは医師会が持っている。これらは何か違いがあるのでしょうか。また、どうしてそんないろいろな形態ができたのでしょうか。

川越：制度を作るときには、自分達でやりたいと考える人が多かったから、いろいろな設置主体ができたのだと思います。

開原：少しは分業体制みたいなものができているのですか。

川越：できていません。やっていることも、レベルも違います。看

護協会立などは、医療機関から独立していますから、高度な医療には対応しないというところはあると思います。介護型のケアで行きますというステーションもあります。

ですから、利用される方が戸惑われるのは、まだステーションのケアが標準化されていないということです。例えば、難病で人工呼吸器をつけている場合、このステーションでは「いいですよ」言ってくれるのに、別のところでは「うちはちょっと」と言われたりすることがあります。

開原：お医者さんの標榜科目みたいに、これができる看護ステーションというように、外からわかるようにしないとイケないですね。

川越：こちらの看護師さんが来たら、ちゃんと病状を見てくれ、入浴介助もしてくれて、医療処置もしてくれる。ところが、別のステーションから来てもらったら、血圧だけ計って帰ったとか、そういうことがまだまだ苦情としてあります。

開原：介護保険ができて、そこは標準化されていないのですか。

川越：まだされていません。それが私達の課題と思っています。

開原：そうですね。それで、今は訪問看護ステーションの間でのお互いの機能分割、連携などはあるのですか。

#### 福祉施設への訪問看護を

川越：きちとしたシステムはありません。

ところで、私はこれからの訪問看護ステーションの一つの方向として、自宅にいる人達だけではなくて、例えば特養やグループホームなどの「福祉施設」に訪問看護できればいいと思うのです。

「福祉施設」は医療は充実していません。看護師はいるのですが、少人数です。医療が必要になったら、私達訪問看護を入れていく。そうしたら、「終の棲家」だと思っていらっしゃる施設で亡くなっていくことができる。今は医療が必要になると、福祉施設から医療機関へ移ってしまうのです。

開原：今は制度上それはできないのですか。

川越：できません。わずかですが、そこに医療職がいるからです。

開原：いるから訪問看護師に来てもらう必要はないし、来てもお金が払えないということですね。しかし、グループホームは医療は無いのではないですか。医者は往診で行ってもいいはずですが。

川越：そこでケアを十分受けているからということで、グループホームにも訪問看護は行けません。

開原：なるほど。しかし、医者立場からすると、医者が行けるのだからそれでいいのではないかとも思うのですが。

川越：やはり看護が必要です。医師はその時だけ指示したり処置したりするのですが、24時間365日その人達の生活は続いておりますから、看護がないとできないと思います。

開原：しかし、周りには介護の人はいるわけでしょう。

川越：ヘルパーは医療的なことはできないことになっています。

医療が必要になり、あるいは亡くなるというときに、生活がブツンと切られるのが今の日本の現状なのです。先生が冒頭におっしゃったように、日本では救急車は病院に向かって走るので、その段階になると病院と言われて、今までとは全く違った世界である病院の中で過ごさなくてはならない。そこが日本の高齢者や死んでいく人達の不幸だと思っています。日本の病院は素晴らしいのですが、しかし生活の場ではありません。

千葉大の広井先生らが「福祉のターミナルケア」という報告書を書かれました。批判もありましたが、私は広井先生の考えがよくわかります。

開原：それには批判もあったのですか。

川越：もっと延命をすればできる人達を、自己決定に則らないで十分な医療を入れないで、命を終わらせているのではないかと、つまり、その人の権利を本当に守っているかという批判です。

これからは、施設か在宅かという分断されたものではなく、もっと流動的にならなければいけないし、サービスうまく連携されていかなければいけないと思うのです。今までの日本では、病院ですか、在宅ですか、施設ですか、というような割り切り方をし過ぎたと思うのです。

#### 看護師に裁量権を持たせることが必要

開原：既に制度的なことに話が及んでいますが、まだ他にも制度的にこうなった方がいいと思われることはありますか。

川越：医療における看護師の裁量権の問題があります。というのは、ドクター達は忙しく、週1回くらいしか往診できない。そうした中でいろいろ起きてくる医療的問題に関して、看護師には裁量権が無いものですから対応できないのです。

例えば、麻薬の量を上げれば痛みが収まると思っても、現在は医師の指示無しには看護師は医療として診療行為を行うことはできません。そこで医師に連絡して、「麻薬の量を上げてもいいですか」と聞くと、「俺が行って診るから、明日まで待て」と言われる。看護師にある一定の裁量権を持たせていただければ、患者さんは苦しまなくてもいいし、入院もしなくて済むということが何度もありました。

開原：電話で医者が「これをこうしろ」と指示をしてもだめなのでしょう。なかなか微妙ですね。

川越：静脈注射はしてもいいことになったのですけれども、最近まで医師の指示があってもしてはいけないということでした。これでは在宅で死んでいけないのです。

しかし、全部の看護師に裁量権を持たせて安全かというのは、教育がきちりできていないこともあって。





開原：結局そういう話は、最後は人の問題になってしまいますね。この人だから良いが、この人はだめだと。それを一般化しようとすると、安全のためには、必ず悪い方を見て「何々をやってはダメ」という話になってしまう。

家族がみなくても家にいられるように

川越：もう一つ、家族の問題もあります。先ほども言いましたが、家族が介護しなくても家にいられるような制度にしていけないといけない。介護保険は、社会的介護から始まったのです。でも現在、まったく社会的介護にはなっておりません。家族介護の援助という形になっているので、それをどのようにこれから日本の国がクリアしていくかというのが大きな課題だと思います。

開原：家族に頼らないでも在宅医療ができるようになれば、それが本当の意味での在宅医療ということですね。今、そういう方向にはだんだん向いてきているのですか。

川越：どうでしょうか。今度介護保険の改正がありますから、その点をみんな言っていくのではないかと思います。というのは、介護保険ができて施設待機者が増えました。要するに、在宅重視の制度だったはずが、却って施設重視のケアになってしまったという現状があるのです。

開原：介護報酬から見ても施設ケアの方がむしろ厚いですね。

川越：そこをどう変えていくのかは、医療を含めて在宅ケアを、どのように地域の中で市民に見える形で創り上げていくかということではないかと思っています。今はみんなは、「在宅と云ったら大変だ」「家族も大変だ」と思っているから施設に行くと思うのですけれども、在宅ケアを見える形にできるようになると、「在宅でもいられるのかもしれない」と市民が思い始めて、在宅に流れが帰ってくると思うのです。

だから、制度がもう少し在宅に厚くなっていかないといけない。

開原：今度の介護報酬改訂は一応そういう方向には行くのだと思いますが、そういう意味では、今度の改訂は経営的には先生のプラスになるのでしょうか。

#### 地域作り

川越：いえ、ヘルパーさんにはプラスになるのですが、訪問看護

介護保険は「社会的介護」から始まったのに現実には「家族介護の援助」に止まっている。「家族に頼らない在宅介護」が進むべき道。そのためにも、地域の住民がケアに参加することが力になる。在宅医療発展のポイントは在宅の「看護」の発展。その鍵を握るのは看護師である。

はあまりプラスになりません。現状維持がやっとです。給付限度額の中で訪問看護が提供されるので経営的には大変です。

また、制度だけに頼るのではなく、地域を創るという働きが残っていると思います。私は「家で死ねる町づくり」ということをやらせていただきましたが、住民の人達がケアに参加するということが、力になるのではないかと思います。

開原：戦時中の隣組みたいなものですか。(笑)

川越：別に昔の日本の町内会に帰ろうと言っているのではないのですが、地域の中でのインフォーマルなサポートを育てていくということも大切なことではないかと思うのです。

開原：なかなか難しいことですね。それは行政の話かな。

川越：私が墨田区でやっているのは、社会福祉協議会が協力してくれています。また、地域づくりも看護の役割ですので、訪問看護ステーション独自でもやっています。下町だからやり易いのかもかもしれません。

開原：こうした話は都会と農山村との違いとか、かなり地域性があるものですか。

川越：地域性が強いと思います。介護保険制度の管理が、市町村に任せましたが、市町村によって考え方が違うものですから、地域圏保健医療福祉システムを上手に作るどころか、そうではないところと、いろいろです。

#### 在宅医療の鍵を握るのは看護師

開原：それによって、訪問看護ステーションの育ち方も違ってくるというわけですね。

本日は大変素晴らしい話をうかがわせていただきました。特にこれからあるべき姿として、家族が共にいるけれども、家族に大きな負担にならないような在宅医療を育てていくべきだということが、将来の日本の在宅医療の姿を表している、大変いい言葉だなと思って感心しました。これからこういう社会を目指して、是非、川越先生には頑張ってください、日本の在宅医療が健全に育っていくようにしていただきたい、と思っております。

川越：私は大学でも大学院の中でも、在宅看護に出ていく人がスペシャリストとしてもっとレベルの高い看護ができるように育てています。在宅医療はチームケアが大事であり、日本の文化では医師が在宅医療のキーパーソンではありますが、それを発展させるには、やはり在宅の「看護」をどう発展させていくかということがポイントだと思っております。その意味から、今後の在宅医療の本当の鍵を握っているのは、私は看護師だと思っております。

開原：それは大変印象的な言葉でありますし、私も医者として逆に重い課題を突きつけられたような感じがいたします。

本日は大変ありがとうございました。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)



# 研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成2編・海外派遣助成1編 -

平成13年度国際共同研究

## 保健医療のアウトカム評価に関する国際共同研究： QOL測定を中心として

研究期間 2001年11月25日～2002年12月20日

代表研究者 東海大学医学部消化器外科 教授

生越 喬二

共同研究者 Unit of Psychology, Leiden University Medical Center Professor Adrian A. Kaptein

共同研究者 国立保健医療科学院技術評価部 教授

山岡 和枝

近年、医療や福祉を考える上で、HRQOLの重要性が認識され、患者側の主観的アウトカムとして科学的に評価しようという試みがなされるようになった。本研究では、申請者らの開発したHRQOL20と英語圏で使用されているEORTC QLQ-C30および性格特性を測定し、日本とオランダで国際共同研究を行い、オランダ語版との併存的妥当性、および多文化的妥当性について検討を行い、保健医療のアウトカム評価の検討を行った。対象症例は、日本人、肺癌172例、胃癌65例、大腸癌10例、オランダ人、乳癌53例、大腸癌10例である。胃癌患者の一部にはHLA抗原の測定を行った。構造の確認には数量化 類、EORTC-C30のドメインの確認に因子分析を用いた。内的一貫性の確認にはクロンバックの係数、domainとの関連性にはピアソン相関係数を用いた。その結果、併存的妥当性および多文化的妥当性が検証された。すなわち、現在、英語圏で信頼性、妥当性が確認されているEORTC QLQ C30質問票とHRQOL20質問票とはほぼ同等なQOL質問票であり、文化感の異なった諸外国でも使用可能であることが検証された。しかし、オランダのデータでEORTC QLQ C30の項目により分布の違いが認められたこと、性格特性で耐性をもつ患者ではEORTC QLQ C30、HRQOL20での評価はともにQOLが高かったこと、HLA-DR5遺伝子を持つ患者では耐性のある患者が多かったこと、今後、経時的变化を検討していく上ではレスポンスシフトの問題があることなど、今後検討すべき問題点が把握できた。

平成13年度国際共同研究

## 医療政策に対する医療経済学研究の役割に関する 国際比較研究

研究期間 2001年11月1日～2002年10月31日

代表研究者 筑波大学社会医学系・教授

大久保一郎

共同研究者 ロンドン大学衛生学・熱帯医学大学院保健医療政策研究部・部長

Barbara McPake

共同研究者 筑波大学社会医学系・講師

近藤 正英

### はじめに

保健医療・福祉分野における科学技術の進展が必ずしも国民のクオリティ・オブ・ライフの向上につながっていない場合があることから、多元的な学問の方法論を用いてこれらの原因を解明し、最適な保健医療・福祉のシステム構築に役立つ基礎情報を明らかにする調査研究という意味でのヘルスリサーチのアプローチにおいて、「何を作り、どうやって作り、誰が作られたものを手に入れるのか」を検討する学問としての経済学（Samuelson and Nordhaus, 1998）は、ヘルスリサーチの推進の一翼を担う学問分野であるといえよう。

また、近年の医療保険収支の悪化と財政の逼迫を背景として、医療の問題解決や健康の実現に関わる一連の社会過程としての医療政策の決定においても希少資源の最適配分を考察する経済学のアプローチの重要性は広く認識されてきた。しかし、わが国の医療経済学研究と医療政策決定のあり方をみると国際的な動向と比較して経済学の貢献の可能性が十分に実現されているとはいえないのではないかと考えさせられる現状が存在する（e.g. Ikegami et. al., 2002）。

## 目的

本研究は、このような問題意識に立ち国際的な視点から医療政策に対する医療経済学研究の役割について再検討し、医療政策の決定に貢献するという意義でのわが国の経済学研究の今後の推進・支援のあり方に対する提言を導き出すことを目的とした。

具体的には、医療経済学という学問分野、医療経済学研究という学術研究、医療政策という政策の3つの要素に着目して、

1. 医療経済学という学問分野の広がりを再確認する。
2. 医療政策を指向した経済学研究のあり方を考察する。
3. 医療経済学研究の成果を医療政策に結びつける方策を検討する。

の3つの事項の検討を通じて提言を導き出す。

## 方法

上記の研究目的を達成するために、本研究では、国際的に医療経済学研究に精力的に取り組み、かつその研究結果をもって実際に保健医療政策に対して影響を及ぼしてきた経験の豊富な研究者を海外から招聘し、3つの研究課題に関する見解をわが国の学術関係者や政策担当者に対して、報告してもらい、それを受けての反応を踏まえて、国内研究チームが国際比較を通じて医療政策に対する医療経済学研究の推進・支援のあり方に関して提言をまとめるという方法をとった。

まず、医療経済学研究の実績と国際的な保健医療政策決定への寄与に関して著名なロンドン大学衛生学・熱帯医学大学院より保健医療政策研究部長パーバラ・マクベイク博士を海外共同研究者として研究チームに迎え、マクベイク博士が主に途上国における保健医療問題に取り組んでいることから、先進国に関する経済学研究と政策動向と両者の関連についてヨーロッパとアメリカの両方で経験を持つロンドン大学経済学・政治学大学院のフランコ・サッシ博士を研究協力者として選定した。

つぎに、海外研究者報告の形式として、研究課題1、研究課題2を主に検討するために学術関係者等から広く学問、研究のあり方についてコメントを受けられることを目的とした公開形式での「医療政策に対する経済学研究の役割」の報告の場と、研究課題3を主に検討するために政策担当者等から政策決定と学術研究との関係のあり方に関して忌憚のないコメントを受けられることを目的とした非

表1 海外研究者報告の概要

	ねらい	先進国(サッシ博士)	途上国(マクベイク博士)
主題：医療政策に対する 経済学研究の役割 対象：主に学術関係者 形式：公開	総括報告 研究課題1と 研究課題2を 明らかにする	国立保健医療科学院のシ ンポジウムの一環として 実施 参加者：主に学術関係者	国際保健医療学会のワー クショップとして実施 参加者：主に学術関係者
主題：経済学研究が医療 政策に影響を与え た経験 対象：主に政策担当者 形式：非公開	事例報告 研究課題3を 明らかにする	政策担当者の私的勉強会 として実施 参加者：厚生労働行政関 係者	政策担当者と学術関係者 の交流会として実施 参加者：外交、厚生労働 行政、国際協力、学術関 係者
特別報告 サッシ博士によるEBMにおける経済評価を主題とした主に研究者向けの公開報告			

公開形式での「医療政策へのインパクトを与えた経済学研究の経験」の報告の場を設定し、報告、質疑応答、討議を行った。また、コクラン共同計画の経済評価方法論グループの主要メンバーであるサッシ博士には上記2題に加えてエビデンス・ベースド・メディシン（EBM）における医療経済学の役割についても学術関係者向けに公開の形式で報告してもらった。（表1）

**結果** （紙面スペースの都合で省略いたします。）

### 考察

以上の研究結果から、医療政策の決定に貢献するという意義でのわが国の経済学研究の今後のあり方に対して提言できる事項を検討する。

まず、経済学研究の結果の需要側である政策決定者が研究結果をその政策決定に反映させるか否かに関する重要な条件としては、政策決定者が経済学研究の含意を理解し、利用することに対するインセンティブが存在することであることが研究結果に示された。

このためには、トップ・ダウンのアプローチで経済学研究に基づいた政策決定のルールを作り実行を促す仕組みを作ること、ボトム・アップのアプローチで医療経済学の人材養成の充実を通じて、政策決定者の間への経済学のフレームワークに対する理解の浸透を図ることが考えられよう。

次に供給側である医療経済学研究者が研究結果を政策に反映させることに成功するための重要な条件としては、政策決定と直接に関連した内容についてタイミング良く結果を提示すること、研究の質を向上することであることが研究結果に示された。さらに、研究機関として戦略的に研究プロジェクトを推進していくことがこのような条件を満たす助けとなることも研究結果に示されたが、その前提条件として重要な研究機関の運営形態や研究資金の活用形態の自由度が日本の現況では期待できないとも指摘された。

こうした条件を満たすためには、研究者養成や研究機関への投資が必要であろう。

研究者養成にはトレーニングの機会の確保と適切なキャリア・パスの開発が必要であると考えられる。

また、研究機関への投資に関しては、わが国の研究活動の実態としては様々な研究機関に在籍する比較的少数の医療経済学研究者がネットワーク型の研究形態で研究プロジェクトに取り組む事例が多いと考えられるが、多数の研究者によって組織され戦略的に活動するセンター型の研究機関の整備を視野に入れた投資が期待されると考えられる。

### 結論

本研究を通して考えられる医療政策の決定に貢献するという意義でのわが国の経済学研究の今後の推進・支援のあり方に対する提言としては、

1. 医療経済学研究者の養成及び医療政策決定者の間での経済学のフレームワークへの理解の浸透のための人材養成プログラムの充実。
2. 経済学研究の結果を政策決定に結びつける仕組みの開発。
3. 医療経済学研究者がチームとして力を発揮できるようなセンター型の研究活動を支える投資。

の3点があげられると考えられる。

**参考文献** （紙面スペースの都合で省略いたします。）

フルレポートをご希望の方は当財団事務局までご連絡ください。



# ハーバード大学公衆衛生大学院にて、臨床疫学・ 決断科学の手法の修得 呼吸器感染症患者に対する初期治療の決断分析・ 費用効果分析

派遣期間 2001年9月5日～2002年5月29日

派遣先 プリガムアンドウィメンズ病院総合診療科、ハーバード大学公衆衛生大学院

派遣者 京都大学大学院医学研究科臨床疫学(総合診療科) 大学院博士課程 森本 剛

## 実施概要

派遣者はハーバード大学公衆衛生大学院臨床疫学専攻に入学し、公衆衛生修士(Master of Public Health)の学位を取得しながら、同時にプリガムアンドウィメンズ病院総合診療科のリサーチフェローとしておよそ1年にわたって研究を行った。

ハーバード大学公衆衛生大学院ではE Francis Cookらに臨床疫学、John E Oravらに生物統計学、Milton C Weinsteinらに決断科学を師事し、実践的な教育を受けた。プリガムアンドウィメンズ病院総合診療科ではDavid W Bates、E Francis Cookらの指導の元で研究を行った。

## 研究結果

ハーバード大学公衆衛生大学院では疫学、生物統計学の基礎的トレーニングを受けた後、上級コースである臨床疫学、多変量解析一般、longitudinal analysis、生存分析、生命倫理、社会疫学、医療政策などを履修し、また、決断科学分野では決断科学、費用効果分析を学習し、臨床研究に必須の技能を習得した。

これらの研修を背景に、派遣前から始めていた市中肺炎に対する経口抗菌薬の費用効果分析を完成させた。<sup>1)</sup>この研究では、日本呼吸器学会の診療ガイドラインに基づいて起炎菌不明の市中肺炎を外来で治療する際に、抗菌薬の選択が患者の基礎疾患に応じて費用効果的となるように一定の指針を示した。また、多変量解析の手法を用いてパーキンソン病患者における生活の質と人生への嗜好(生きがい)に関する論文を発表した。<sup>2)</sup>パーキンソン病患者では症状が進行していないほど、体の機能が良好なほど人生への嗜好が良好なのは容易に想像がつくが、それに加えて、それらとは独立して社会生活への障害が少なく、バイタリティが保たれるような環境に患者がいることで人生への嗜好が良くなることを示した。

ハーバード大学公衆衛生大学院と並行して、プリガムアンドウィメンズ病院総合診療科のリサーチフェローとして、薬剤性有害事象の疫学、予測モデルの研究に従事した。特に近年、心疾患関連の患者に対する処方率が高くなっているACE阻害薬の有害事象を処方する前に予測するモデルを作成し、予め患者の背景から6ヶ月以内に発生する薬剤性咳嗽の確率を6%、12%(平均)、24%、60%の4群に判別できることを示した。この研究は抄録で発表されており、<sup>3,4)</sup>現在英語論文を投稿中である。他の薬剤性有害事象についてのリスクファクターに関する英語論文も投稿中である。

## 研究成果発表

- 1) 森本剛、小山弘、新保卓郎、福井次矢、軽・中等症の原因菌不明市中肺炎に対する経口抗菌薬の費用効果分析。日本呼吸器学会雑誌 2002 ; 40 : 17-25.
- 2) Morimoto T, Shimbo T, Orav JE, Matsui K, Goto M, Takemura M, Hira K, Fukui T. Impact of social functioning and vitality on preference for life in patients with Parkinson's disease. Mov Disord 2003 ; 18 : 171-5.
- 3) 森本剛、福井次矢、Bates DW. ACE阻害薬による咳嗽の臨床疫学的予測モデル。日本内科学会雑誌 2003 ; 92(Sup) : 176.
- 4) Morimoto T, Gandhi TK, Fiskio JM, Seger AC, So JW, Cook EF, Fukui T, Bates DW. A clinical prediction rule for angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough. J Gen Intern Med 2003 ; 18(Sup) : 291.

# 第12期平成14年度事業報告 並びにこれに伴う収支決算書を承認

## 第23回理事会・評議員会を開催

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、平成15年5月15日（木）に開催された第23回評議員会、並びに5月22日（木）に開催された第23回理事会において、第12期（平成14年度）事業報告及び収支決算書が承認されました。

理事会では厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐伊東芳郎氏より「今回ファイザーヘルスリサーチ振興財団では研究費助成を大幅に増額して充実させていることを、嬉しく思う。また、我々厚生科学研究を推進している立場上、国際共同研究がなかなかうまく行かない中で、このような形で国際共同研究が推進されていることを非常に力強く思っている。これからもこの研究事業および諸事業がますます充実することを期待している。」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 垣東 徹氏より平成14年度の事業と収支決算概要の説明がなされた後、今後の財団事業への抱負を述べました。

### 評 議 員 会



### 理 事 会



厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐  
伊東 芳郎 氏

## 第12期（平成14年度）事業報告

平成14年度に実施した主な事業の概要は次の通りです。

### 1. 第11回研究等助成事業 (( )内は平成13年度実績)

	応募件数	採択件数	助成金額(千円)
国際共同研究	88 ( 112 )	14 ( 12 )	63,007 ( 56,033 )
研究者海外派遣	43 ( 50 )	11 ( 12 )	20,950 ( 19,995 )
研究者短期国内招聘	7 ( 11 )	4 ( 4 )	4,000 ( 4,000 )
研究者中期国内招聘	0 ( 3 )	0 ( 1 )	0 ( 2,500 )
合計	138 ( 176 )	29 ( 29 )	87,957 ( 82,528 )

応募件数は合計138件で昨年より38件の減少。そのうち国際共同研究の応募件数は前年に比べて24件減少し、海外派遣の応募件数は7件の減少、国内招聘は7件の減少であった。

申請者の出身別状況は医学臨床42人、医学基礎18人、看護学17人、医療政策・経済・経営・管理学11人、社会医学・疫学8人、薬学7人、保健医療学・理学療法学6人・歯学5人、等で前年に比較し医学（基礎・臨床）、薬学、歯学、看護学の申請者の減少があった一方、保健医療学・理学療法学、社会医学・疫学、医療政策・経済・経営・管理学、国際保健学等の申請者の増加が目立った。

### 2. 第9回ヘルスリサーチフォーラムの開催

昨年同様に財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構の協賛を得て、研究成果発表、助成選考経過説明に加えて、一般演題の発表と外国人経済学者による基調講演を行った。一般演題は15題の応募の中から組織委員会で4題が採択された。

日時：平成14年11月9日（土）午前9時30分～午後6時35分

会場：千代田放送会館

テーマ：変革期の保健・医療・福祉を考える - 発展への示唆 -

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170名

内容：1. 財団理事長挨拶

2. 協賛法人 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 専務理事 挨拶

3. 来賓挨拶 厚生労働省大臣官房厚生科学課長

4. 平成12・13年度研究助成成果発表 15題

5. (第11回) 平成14年度助成案件選考経過・結果発表

6. 一般公募演題 4題

7. 基調講演 Dr. Friedrich Breyer

フォーラムの記録を小冊子(2,500部)としてまとめ関係者に配布し、高い評価を得た。

### 3. 財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」の刊行

1回6,000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。

4月号から新たにはじめた対談『ヘルスリサーチを語る』はヘルスリサーチの周知と普及を目的としたシリーズで、好評を得ている。

### 4. 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14年 5月	梅村富美子(ファイザー製薬 株 元代表取締役副社長 故 梅村生男氏夫人)	2,500,000
	平成14年11月	ファイザー製薬(株)臨床開発部門	10,000,000
	平成14年12月	Mr. William Looney(ファイザーニューヨーク本社ディレクターグローバルポリシー)	254,000
	合計		12,754,000
<運用財産>	寄付年月	寄付者名(敬称略)	金額(円)
	平成14年10月	ファイザー製薬(株)	90,000,000
	合計		90,000,000



## 第12期収支決算概要

第12期の事業報告及び決算に関する計算書類については、財団の監事2名の監査を受け、いずれも適法・正確で、且つ収支の状況、財産の運用状況など妥当であるとの報告を受けております。

## 1. 収入の部、支出の部

平成14年度収入面では、基本財産収入としてファイザー製薬臨床開発部門他からの寄付金1,275万円及び公社債収支差額11万円で合計で1,286万円、またファイザー製薬(株)から運用財産の寄付として9,000万円、基本財産運用益として3,397万円、及び受取利息他の雑収入として277万円の損失で、合計13,405万円の収入があり、当期収入合計で対前年比0.4%の減少となった。

また、近時の国際的な政治・経済情勢の悪化を考慮して基本財産ポートフォリオの安定度を増す為に高格付け債券へのシフトを目的に、基本財産ポートフォリオの組み直しを行った。

一方、総支出金額は、11,736万円で対前年比9.0%増、対予算で96.8%と当初の予算を僅かに下回った。

## 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2,169万円、期末基本財産は前期より1,323万円増加し98,293万円となった。

## 正味財産増減計算書

平成14年4月1日から  
平成15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	12,754,000	
基本財産収入		
公社債売買収支差額	104,865	
2 基本財産運用収入		
基本財産利息収入	33,965,890	
3 寄付金収益		
寄付金収入	90,000,000	
4 雑収入		
受取利息	1,159,912	
公社債売買収支差額	3,827,143	
雑収入	105,044	
合 計		134,052,480
2) 減少原因の部		
1 事業費		
調査費	180,800	
国際共同研究事業費	63,007,000	
海外派遣事業費	20,950,000	
外国人招聘事業費	3,000,000	
財団機関誌	5,904,940	
ヘルスリサーチフォーラム	10,354,808	
CD-ROM	0	
2 管理費		
旅費交通費	1,819,620	
通信運搬費	1,089,513	
会議費	537,695	
消耗什器備品費	1,323,104	
消耗品費	217,783	
印刷製本費	657,633	
審査謝金	444,441	
租税公課	70,000	
臨時雇賃金	468,529	
雑費	2,334,718	
合 計		112,360,584
当期正味財産増加額		21,691,896
前期繰越正味財産額		1,004,219,292
期末正味財産額		1,025,911,188

## 貸借対照表

平成15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	7,910,463	
有価証券	25,069,609	
流動資産合計		32,980,072
2 固定資産		
基本財産		
基本財産定期預金	5,039,828	
基本財産有価証券	977,891,288	
基本財産合計	982,931,116	
その他の固定資産		
定期預金	10,000,000	
その他の固定資産合計	10,000,000	
固定資産合計		992,931,116
資産合計		1,025,911,188
2) 負債の部		
負債合計		0
3) 正味財産の部		
正味財産		1,025,911,188
(うち基本金)		(982,931,116)
(うち当期正味財産増加額)		(21,691,896)
負債及び正味財産合計		1,025,911,188

## 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す。

こうした趣旨をより多くの方々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。なお当財団は厚生労働省から「特定公益増進法人」に認定されております(平成14年3月14日厚生労働省発科第0314004号により認定更新済み)。ので、寄付金については一定の免税措置が講じられます。

詳細は当財団事務局(電話:03-5309-6712)までお問い合わせください。

## 第10回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ

第10回ヘルスリサーチフォーラムを下記により開催いたします。

フォーラムでは、本年度の助成採択結果の発表、平成13年度国際共同研究助成を受けた先生方の成果発表と公募による一般演題発表等を主たる内容としておりますが、今回は特に同フォーラムの第10回記念式典を併催するとともに特別演者による記念講演を行う予定です。

奮ってご参加下さいませようご案内申し上げます。

詳細は次号の本誌でご案内いたします。

日時：平成15年11月15日（土）午前9時30分～午後5時45分

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

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

## 公開ラウンドテーブル・カンファレンスのご案内

当財団では、慶應義塾大学ビジネススクールとタフツ医薬品開発研究センターの主催する下記ラウンドテーブル・カンファレンスに協賛しています。傍聴をご希望の方はカンファレンス事務局のホームページ (<http://www.kbs.keio.ac.jp/drugsimpo>) でお申込ください。

### 国際的に競争力のある医薬品開発環境の実現に向けて

- 国際的な動向と日本における現状と課題 -

医薬品の研究開発費は世界的に急騰しつつある一方で、投資を回収できる新薬の数は減少しています。このような状況下で、企業はより低コストで短期間に開発するため、様々な国で同時に治験を実施する方向にシフトしており、医薬品開発環境の国際競争力が極めて重要になっています。これまでも、各分野の専門家による個別の議論はなされていますが、日本国内での研究開発を促進するためには、総合的な観点からの国際的競争力に関する視点が不可欠です。そこで、本ラウンドテーブルでは、関連する様々な分野における専門家間で認識を共有し、総合的な観点から医薬品開発について議論を行うことを目的としています。

日時：平成15年9月8日（月）13:00～18:10

場所：経団連会館 国際会議場

#### 【報告者】

Joseph A. DiMasi  
タフツ医薬品開発研究センター  
主席経済分析官  
中村 洋  
慶應義塾大学ビジネススクール 助教授  
景山 茂  
慈恵会医科大学 薬物治療学 教授  
小野 俊介  
金沢大学 薬学部 助教授  
Henry G. Grabowski  
デューク大学 経済学 教授  
山田 武  
千葉商科大学 商経学部 助教授  
Kenneth I. Kaitin  
タフツ医薬品開発研究センター所長

#### 【ディスカッサント】

南部 鶴彦  
学習院大学経済学部教授  
小田切 宏之  
一橋大学教授・  
科学技術政策研究所総括主任研究官  
田中 滋  
慶應義塾大学ビジネススクール教授  
姉川 知史  
慶應義塾大学ビジネススクール教授  
黒川 清  
東海大学総合医学研究所長  
東海大学医学部教授  
矢崎 義雄  
国立国際医療センター総長

開原 成允  
医療情報システム開発センター理事長  
竹内 正弘  
北里大学大学院臨床統計部門教授  
白神 誠  
日本大学薬学部教授  
濱田 昌良  
経済産業省生物化学産業課長  
高倉 信行  
厚生労働省経済課長  
永山 治  
日本製薬工業協会会長  
青井 倫一  
慶應義塾大学ビジネススクール校長

## 事務所を移転しました

(E-mail, URL アドレスは変更ありません)

財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル  
TEL: 03-5309-6712 FAX: 03-5309-9882

©Pfizer Health Research Foundation

E-mail: [hr.zaidan@japan.pfizer.com](mailto:hr.zaidan@japan.pfizer.com) URL: <http://www.pfizer.co.jp/phrf>