

**鼎談**

**今、ヘルスリサーチに求められること**  
西村 周三氏 × 金村 政輝氏 × 後藤 励氏

第18回 ヘルスリサーチフォーラム及び  
平成23年度 研究助成金贈呈式プログラム決定

# ヘルスリサーチ ニュース **vol.58**

公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団



- 1 リレー随想 日々感懐  
一橋大学国際・公共政策大学院 教授 井伊雅子氏
- 2 鼎談「今、ヘルスリサーチに求められること」  
西村周三氏 × 金村政輝氏 × 後藤励氏
- 11 温故知新 - 助成研究者は今 - 木原康樹氏
- 12 研究助成成果報告(3編)  
加茂登志子氏、琴岡憲彦氏、柴田ゆうか氏
- 15 第8回ヘルスリサーチワークショップのテーマ決定!
- 16 第8回ヘルスリサーチワークショップ趣意書・メッセージ
- 19 第8回ヘルスリサーチワークショップへの期待  
都竹茂樹氏、中島和江氏、中村安秀氏
- 21 理事会・評議員会レポート(決算報告)
- 23 閑話休題「当財団の助成が第20回を迎えました」
- 24 第18回ヘルスリサーチフォーラムプログラム決定!!
- 27 第18回ヘルスリサーチフォーラム開催迫る /  
ご寄付のお願い

### 日々感懐

## 第23回 リレー随想



井伊 雅子

一橋大学  
国際・公共政策大学院  
教授

### ヘルスリサーチを想う

#### プライマリ・ケアのビジョン

現在まで多くの医療制度改革案が提示されてきたが、プライマリ・ケアの将来ビジョンを示したもののほとんどなかった。高齢化を迎えるにあたり、国民にとって最も身近で最も良く利用する医療として、プライマリ・ケアのビジョンを描くことは、日本の医療制度改革の重要な課題である。

医療の中で守備範囲が最も広く、専門ケアとの連携のハブとなるプライマリ・ケアが効率的でないと、病院医療に不必要な負荷がかかり、医療資源の非効率的な消費につながり、ひいては医療システム全体の非効率化につながる。プライマリ・ケアの効率化は医療全体の効率化という観点からもきわめて重要である。

日本では、プライマリ・ケアや地域医療というと、大学や大病院でキャリアを積んだ医師が歳をとってから最後に行く二流の分野のように捉えられがちである。義務として地域医療に身を置きながら屈折した気持ちをもつ若い医師がいることも残念だ。

しかし、研究分野としても、地域の日常診療の現場(Point of Care)からわき起こる診療上の疑問に答えるプライマリ・ケア研究には大きな可能性がある。世界のプライマリ・ケア先進国からは、地域の医療ニーズや患者の受療行動に関するデータが蓄積・活用されて、多くの優れた臨床研究が一流誌に発表されている。

日本の高齢社会は世界が注目している。それに対する取り組みやその成果についての情報を世界に発信することが非常に重要になってくる。医療関係者だけでなく、地域住民や社会も、プライマリ・ケア研究を臨床研究の重要な一分野として認知する時が来ている。

▶ 次回は慶応義塾大学看護医療学部教授 小松 浩子先生にお願い致します。

# 今、ヘルスリサーチに求められること

— 3.11 大震災を契機に、改めて日本の医療とヘルスリサーチを考える —

西村 周三 × 金村 政輝 × 後藤 励  
*Shūzo Nishimura* × *Seiki Kanemura* × *Rei Goto*

東日本大震災により、我が国の医療は様々な問題点を露呈しました。それはとりもなおさず、日本のヘルスリサーチのあり方に対して種々の課題を突きつけるものであります。これを背景に、当財団では来年(2012年)1月開催のヘルスリサーチワークショップ(HRW)で、「ヘルスリサーチは何を創造できるか—20年後の持続可能な社会に向けて—」と題して、改めてヘルスリサーチそのものを俎上に載せた討論が企画されています。そこで、そのプレ討論の意味も込めて、今回、本誌では鼎談を実施しました。本邦における医療経済学の草分けであられる西村周三先生と、ご自身が震災に遭われるとともに現地で医療活動を実践されている金村政輝先生(HRW 幹事)にお越しいただき、HRW 代表幹事の後藤励先生の司会のもと、震災とヘルスリサーチに関する、様々なお話をさせていただきました。



司会・進行

## 西村 周三

国立社会保障・人口問題研究所・所長

1945年 京都市生まれ、  
 京都大学経済学部卒業、同大学院、横浜国立大学助教授、  
 京都大学助教授、教授、副学長(国際交流・教育・学生担当)  
 などを経て現職。

専門：社会保障論、医療経済学

### 編著書

『社会保障と経済』全3巻  
 (宮島洋・京極高宣氏と共編著、2009~2010年、東京大学出版会)  
 『医療経済学の基礎理論と論点(講座 医療経済・政策学)』  
 (共編著、2006年、勁草書房)  
 『医療技術・医薬品(講座 医療経済・政策学)』(共編著、2005年、勁草書房)  
 『超高齢社会と向き合う』(共編著、2003年、名古屋大学出版会)  
 『保険と年金の経済学』(2000年、名古屋大学出版会)  
 『健康行動経済学』(共著、2009年、日本評論社)

## 金村 政輝

東北大学病院総合診療部 講師

1992年 東北大学医学部卒業、福島県の大原総合病院で外科研修  
 1995年 東北大学医学部第2外科  
 1996年 東北大学医学部公衆衛生学教室  
 (※がん検診の有効性評価の研究に従事)  
 1998年 仙台市健康福祉局  
 (※救急・災害医療、感染症対策に従事)  
 2005年 東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学(宮城県)寄附講座  
 (※医師不足、地域医療システム構築に関する研究に従事)  
 2008年 東北大学病院総合診療部  
 (※外来患者の診療、学生・研修医教育に従事)

## 後藤 励

甲南大学経済学部 准教授

1972年 静岡県生まれ  
 1998年 京都大学医学部卒業  
 神戸市立中央市民病院で臨床研修後、京都大学大学院経済学研究科へ進学  
 2005年 京都大学大学院経済学研究科博士課程修了 博士(経済学)  
 2005年 4月より甲南大学経済学部講師  
 2007年 4月より現職

(敬称略)



後藤：今回、震災があって、ヘルスリサーチにも大きな課題を与えており、また、科学や技術に対する信頼が揺らいでおります。

ご存じのように、原発による放射線の問題が、健康リスクとしてどのような影響を与えるのかというのは、まだ分からないこともあるのですが、その前に政策という面と研究という面を分けなくてはいけないと思うのです。

研究に関して、疫学のような実証研究というのは、暫定的には正しく、常に仮説論証型ということです。政策に関しては、緊急性が高い場合や即時性（タイミング）の問題があり、暫定的に正しいということをどう扱うか非常に難しい・・・そこが根本的に矛盾していると思いま

す。その点、政策現場での伝え方や政策立案をどうするかということに関して、ご意見を伺いたいと思います。



西村：まず、どう政策立案するかという前に、現状がどうなっているかをしっかりつかまえる必要があります。それは今まであまり強くは感じていなかったのですが、今回の震災で強く感じましたね。

原発の話で象徴的なのは、国がどういうふうにするのか決めて欲しいというのと、各自治体（特に東北3県）が迅速性を問われ、一刻も早く県単位で色々なことをしなくてはならないというので、行政が知識を求められた時、専門家の研究者が即座に対応できなかったことです。それは東北だけではなく、日本中、専門家の集団と行政が（表現が悪いですが）ネガティブな面が出た。つまり、「上手くやらないから」ということで行政が信頼を失ったなら分かるが、「専門家（研究者）も信用できない」ということが出てきた。他の国と比べて、そこはかなり日本は違うような気がしています。

#### ◆◆◆ 分かっていないことをいかに伝えるか ◆◆◆

これは前から別の意味でお医者さんに言っているのですが、治療の効果や成果で分かっていることと分かっていないことがあって、しかしお医者さんは分かっていないことも分かっている振りをする（笑）。それは一面やむを得ないこともあって、患者側からすると「分かりません」と言われたら「この人、信用できない」と思う。しかし医学的には分かっていないことはたくさんあって、そこをどうやって国民に伝えるか。正確に言うと、「相当確からしいけれど、まだ分かっていない」「全く分かっていない」「大分分かってきた」と色々レベルがあると思うのです。それをもう少ししっかり詰めて、お医者さん自身がこの分類に従ってどういうふうにしたらよいか。これは正にヘルスリサーチの一つのこれからのテーマだと、今回の震災を経験して思いました。

なぜ私がこういう話をするかというと、経済学もそうなのです。「今、この不況をどうしたらいい？」ということに関して意見が色々出ます。本当に経済学が分かっている専門家集団の中では、だいたい8割方意見が一緒で、違うことを言う人が2割います。しかし、そ

ういう状態を放置しておく、まわりに中途半端にしか分かっていない人が現れて、経済学の専門家と区別できないようになり、結論的に「経済学者は皆違うことを言う」という印象を持たれる（笑）。このように経済学もそうで、分かっていないことと分かっていることをもう少しはっきり専門家集団が社会に伝える必要がある。

後藤：金村さん、今のお話を臨床家の立場で言うと・・・

金村：100%というものが無い中で私たちは医療をやっていますので、臨床家は「一般的にはこう言われている」というものと「例外的なこともありえる」というもののバランスの中でされていると思います。しかし对患者さん・対家族を含めて“パーソナル”のところでは、話をきちっとしていますので、リスクに関して上手く表現ができていると思います。

しかし、「医師集団として社会に向けて」といった場合には、今、先生がおっしゃったようなところがあるような気がします。大多数の医師が考えているけれども一部は異なる。それが、もしかしたら一般の方が見ると「医者によって言うことが違う」となっているかもしれません。そういう意味では、「医療界は」と言って良いのかもしれませんが・・・

西村：研究者だけでなく、ですね。

金村：そうです。医療界そのものも、コンセンサスを得て進めるとか、舵をきるとか、そういったところになると、上手く説明をしたり、お互いやっていくということが弱いのもかもしれません。そういうのがあって、医療システムの現状について、財源の問題とか、アクセスの問題とか、ある程度認識はあるのですが、それを形にしようといった場合にどうも上手くいかない。極論のような話が出て、一方的にここだけ切ってしまうということになってしまふ。

西村：そうですね。

金村：今回の放射線に関してはメッセージが偏ってしまって、「全部一緒」はあり得ないにしても、「大方の線」というのも難しかったのかなと感じます。まず情報が無かったので、「現場の判断」ということで、現場ではそれなりの対応をしていたと思うのですが、大局的に見た場合の初動やどう対処するかという部分には生かされていない。

西村：もちろん、「マスコミも問題だ」というのがありますね。

金村：煽るような取扱いだとパニックを引き起こすでしょうし、かといって情報が無いまま大丈夫と言い続けるのもそれは危うい状況なので、そこが今回問題だったという気がします。

後藤：科学と技術の違いということでは、我々は研究で技術を科学的に評価していくことができるのだと思うのですが、ある技術（原発なり何なり）が、即座に良い悪いと判断されないはずですよ。研究者はある程度それを分かっているのだけれど、一般の人は技術が良いか悪いかをすぐに判断して、その技術はダメだというように言いたがる（笑）。

だから、その技術に関与する研究者は、その技術がすぐにあるレッテルを貼られるのではないかと考えてしまって、それを恐れるあまり、科学という本質的に幅があるようなものについても、無理して一つの結果を出そうとしてしまうということがある。科学と技術というものに対して、どのように人々との齟齬を埋めるかというのが問題ではないかなと思うのです。

#### ◆◆◆ リスクコミュニケーション ◆◆◆

西村：それについて、先ほど金村さんの話を聞いてヒントを貰いました。リスクコミュニケーションという分野があって、心理学などでやっ

ています。それはあくまで学問であって、メディアを使って実践していない。しかし、お医者さんは毎日臨床でリスクコミュニケーションをしておられるのです。それは、かなりヒントになるわけです。但し、ヒントになるにもかかわらず、あまりそのヒントが社会に還元されてこなかったという印象があります。これからベツトサイドでどういうことがあったかということが研究テーマとして取り上げられてよいと思うのです。

イギリス(オックスフォード)でDIPExというものがあります。日本では今、がんだけなのですが、多くの疾病について、患者さんが自分の経験をビデオで語るのです。「私はこういう病気になって、こういう不安を感じた」というような話を収録・蓄積して、例えばがんと言われたら、それをネットで見るができるというNPOの活動がある。それを私は前から必要と思っていました。

リスクコミュニケーションは、これから研究テーマになるのではないかとことです。

後藤：医学部での教育はどうなっているのですか？

金村：医療面接というものを現場で教えています。学生が患者さんとコミュニケーションを取るための基本的なところを身につけるもので、リスクコミュニケーションということだけでなく、患者さんにどう伝えるかということです。リスクコミュニケーションといったところまで含めて取り組まれているところもあるかもしれませんが、東北大学ではまだそこまで行っていません。ただ、現実には、パターン化できるものできないものがありますね。

西村：そうですね。

後藤：包括的に皆に流すと「伝わらない」「分からない」というようなことに関しても、個人的にはリスクコミュニケーションで何とかするのはないかということ、確実にそうだと思うのですが、今回の原発のように社会不安のようなことがどんどん起こってしまう時に、「分からない」ということを正直に言ってしまった方が良いのか、それとも、最初に何かの方針を明らかにして、結果的にそれが間違っただとしても、それほど間違っただとは言わずに、一貫性という物を大事にしていくべきなのか。今回に関してはどちらもしなかったわけですが、どちらが良いのでしょうか。

#### ◆◆◆ リスクコミュニケーションの鉄則 ◆◆◆

西村：昔は間違いなく、「分からない」と言ったら良くなかったと思うのです。「ええっ！お医者さんなのに知らないの？」というふうに対応されることは良くない。

今はメディアが変わってきているので、放っておいても色々なところからお医者さんが話すこと以外のお話が入ってくる。それに対応して少しずつ変えていく必要があるという印象をもっています。

金村：情報が手に入りやすくなりましたから、欲しい人はどんどんアクセスします。その中で、隠すということはもはやできません。そういう意味で、リスクに関係するものは隠さない。しかし、伝え方により混乱を引き起こしたりすることがありますので、その意味で、事実を伝えるということと、伝え方をどうするかということはトレーニングされることが必要だと思うのです。

自己紹介：私が医療経済学の研究を始めたのは1980年頃です。当時アメリカでは経済学の分野の専門分化が日本より一歩進んでいて、専門分野を絞る方が国際的に仕事ができると思ったのが一番のきっかけです。その頃、経済学で世界的に不確実性・リスクという話が面白い議論の展開をした時期だったので、それを医療の分野に使えないかと思いました。結局、医療経済学が社会から受け入れられるようになるのに10年くらいかかりましたが、本当に大変でした。医療という分野は、経済学だけではほとんど議論ができない。法律の知識や医学的知識を相当持たないとだめだし、終末医療などでは倫理の問題がある。非常に底が深い分野です。

環境問題でEPA(アメリカ環境保護庁)が「リスクコミュニケーション7つの鉄則」というものを出している、この中で、「正直で、隠しごとをせず、公明正大であれ」とあります。実際にはこれは非常に難しいことだと思う

のです。為政者の立場からすると、こういった情報を出して混乱を引き起こすのは避けたいので、小出しにするということが今まではあったと思うのです。しかし「誰の為に」ということを考えると、やはりこういった原則を持った上で、その伝え方なりをちゃんとしなければいけない。

マスコミが断片的に切り取って扇情的にしないためにも、マスコミも協力して、「何のために」=「センセーショナルにするためにではない」というコンセンサスを築かないといけないと思います。なかなか実際には難しいという気がしますが。

#### ◆◆◆ ヘルスリサーチのテーマ ◆◆◆

西村：難しいことを承知の上で提案をすると、やはり、どうやって信頼できる人を見つけるかということですね。

それは、一番には、治療してもらう人で信頼する人を見つける。それ以外に「放射能は怖いらしい。これは誰に聞くと本当の正解を言ってくれるのか」という人をどうやって身近に見つけていくかという作業だと思うのです。そのとき、先ほどの「分かっているレベル」での「この話はほぼ間違いない」とか「全く分かっていない」ではなく、その真ん中が私たちにとっては重要なのです。

真ん中のところをどうやっていくか・・・先ほど述べたように、これはヘルスリサーチのこれからのテーマです。これには過去、教科書というのがあった。しかし今、刻々変化する状況において、「この本を読んだらいいよ」という教科書はあまり無いわけです。そこを学会の大事な課題とするべきだと思うのです。もちろん、多くの人が「これは正しい」と言っていることに異論のある人もいます。だから「ネットでここを見ると、『これは絶対おかしい』ということを行っています」ということが分かるような仕組みをこれから作っていく。経済学のこれまでの動きを見て思うのですが、そうしないとまわりに素人が暗躍するのです(笑)。先ほどの放射能なら「これ以下は大丈夫、しかしこの辺りはまだ分かっていない」ということを、色々な人が話し合いをしていただくことが、多分これから必要になってくる。それによって研究と実践が繋がっていくのではないと思うのです。

**リスクコミュニケーション7つの鉄則  
(EPA 米国環境保護庁)**

1. 一般市民を正当なパートナーとして受け入れよ
2. 注意深く計画し、自分自身の努力を評価せよ
3. 一般市民の懸念に耳を傾けよ
4. 正直で、隠しごとをせず、公明正大であれ
5. 他の信頼できる情報源と協調・協力せよ
6. メディアの要望に応えよ
7. 思いやりを持って明確に話せ

出典：シンプル衛生公衆衛生学2011(南江堂)





後藤：つづいて、今後の新しい医療技術にも話を広げていきたいと思います。原子力のような、技術がそれなりに確立したのものに関してもこれくらい問題なのだから、新しい医療技術でまだほとんど人に使っていないようなものと、もっと問題になる。医療技術は本質的に、先ほど西村先生がおっしゃったような周りに素人が暗躍する隙があると思うのです。

研究者の中で共通言語・・・ピアレビューや、疫学だと統計学、経済学だと統計学や理論のようなものをつちとちと守っていくと、一般の人にはなかなか分からなくて、危険なことになる。

私は甲南大学におり、実証研究というものを学生がどれくらい理解できるかということのを授業でとりあげています。

例えば、ある薬の効果を調べるためにはどうしたらよいか。最初に何も教えないと、だいたい前後比較だけです(笑)。それで、「いやいや、それは違うでしょ。もう少し考えてよ」と言うと、「分かりました。色々な人を集めて前後比較すればいいですね」と。かなり「本当にそれでいいの」と言わないと、コントロールが必要だということが分からないのです。

理系の人には実験をしていてコントロールの重要性が分かっているかもしれないが、多くの人々はほとんど分かっていないと思うのです。シェアード・ディビジョン・メイキングなどと言うけれど、私は、根本のリテラシー・・・技術ではなくて科学の基礎リテラシーが無いと非常に危険だと思っているのです。

金村：それは一般の方に伝えるジャーナリストでも同じかもしれませんね。記者の方自身が科学を評価する目を持っていないと、言われたままで書くかもしれない。それは伝える側の話ですが、情報を作り出す(あるいは研究する)側、受け取る側も、それぞれに扱い方を考えることが必要だと思うのです。

今、後藤さんがおっしゃったのは受け取る側です。受け取る側もそれなりのことをしておかないと逆手に取られてしまう。何%という数字が一人だけ歩いて、方法論としては全然違うかも知れないのに、「90%有効でした」などと。90%というのは限られた対象であって、一般に広げてみると実は全然効果が無いということが場合によればあるかもしれない。

研究する側では、学会として確かな情報にアクセスできるようにする何かがあってもいいのかもしれないですね。

後藤：ゼミで、「一晩置いたらカレーは美味しくなるか」の検証をしたのです(笑)。カレーを一晩置いて、次の日に全く同じ作り方でカレーをもう一度作って、目隠しして両方食べてもらった。そしてどちらが美味しかったかを書いてもらったのです。60人くらいのボランティアを集めてやりましたが、有意な差はありませんでした。

西村：ほう、差が出ない?

後藤：はい、両方同じということです。

「よく信じられている説『一晩置いたらカレーは美味しい』を科学的に検証するのは手間もかかり難しいことだ」ということがやっとなり理解してもらえました。

統計学など科学的な検証法の難しさといったものに対する教育は、(海外は私はよく分かりませんが)日本では大学教育も脆弱で、ほとんどできていない。何とかしなくてはいけないですね。

西村：日本は今おっしゃった科学的方法や学問が間違いなく輸入学問として入ってきたのです。

根本的に全く新しい学問を方法論として考えたのはヨーロッパであって、それを従来日本は、悲しいけれど、形だけ追従して入れてきて、形式だけ同じ事をした。だから今の一般の素人の科学的な物事の考え方の遅れだけではなく、研究者の方も根っこにまだそういうことがあるのではないかと。

今のカレーライスの話も、日本だったら必ず「美味しいと思ったらそれでいいじゃないか。何故そんなくだらないことをやるのか」(笑)という反論があると思うのです。

今、日本は経済の面も、学問の面も、あらゆる分野で世界の最先端に行くことを求められている。それができないと、世界の尊敬を得ることができないという時代になってきているので、後藤先生が言われた科学の基礎リテラシーの話はとても重要です。

後藤：海外では、一見皆がシェアしているように見えて、分かっていないところに関しては完全に蚊帳の外に置くというやり方をしている。一方、真のシェアが日本ではできるかもしれないという、何となくの幻想が我々にあるかも知れないですね。

西村：中途半端に高学歴だから・・・これ問題かな(笑)。

後藤：そこを突き詰めるのであれば、先ほど私が言ったような教育も考えないといけません。リテラシーの共有が難しいのであれば、それに応じたやり方をする必要があります。つまり科学的なことに関してはある程度ズバツと決めて、それをぶれることなく科学者が提示し、結果的に個人的に混乱をきたした人に関しては、前線の臨床医なり行政担当者なりがしっかりと個人的なリスクコミュニケーションをするというようにせざるを得ないですね。

だから、今回はどっち付かずなところが非常に出てきてしまったのだと思います。

西村：よく分かります。だから、これからの方向として、分からない人は排除するくらいの考え方でやらないと、この日本は生き抜くことはできないよということだけは申し上げたい。

もう少し、日本の国民全体が勉強をしないとダメで、勉強しないで、何も考えないで、ただ一生懸命やっていたら、中国に負ける(笑)。真面目で、何か分からないけれど、一生懸命頑張れば何とかかなという思想が強すぎるのです、この日本では。

東北の復興の話もすごく難しい。つまり、「従来型ではダメでしょう。新しい知恵を」という話なのですが、例えば漁師さんの漁業権は守りたいという話があって、一緒に共同してシェアをするという発想が出てきません。それが象徴的な話だと思います。本当に難しいと思います。

自己紹介：私は昭和61年に医学部に入り、平成4年に卒業しております。一般病院の外科で3年学ばせていただいた後、東北大学(母校)に戻りました。公衆衛生学教室で乳がんの疫学評価を手がけた後、医学部長の勧めで、仙台市の行政に進みました。本庁で、予算や、議会・マスコミの関係、あるいは色々な調整など、普通の役人と同じような仕事をさせて貰いました。7年後、宮城県の前知事の浅野さんが大学に寄附講座を創り、その教員が足りないということで、そちらに移りました。その講座が2年7ヶ月で終わったのですが、その時に総合診療部で人が足りないということで、そのままスライドさせていただいています。



後藤：少し話題を変えます。こういう震災が起きると、持続可能性ということでも、非常にラジカルに「経済成長などどうでもいいのではないか」ということを言う人が多くなって来る。

金村さんにお聞きしますが、今までと違った形で東北地方に新たな経済成長のフレームワークを作らなければ、東北地方の人は幸せになれないという実感はありますか。「原発無しで、昔ながらのコミュニティでいいじゃないか」というような話もあります。

金村：実際、震災で産業基盤もないですからね。働く場所がないと生活できないので、若い方がいません。お年寄り

は、お年寄りは被災地において、働ける人はどんどん外に出ていくということです。子供の心配をする人も出ていく。

これを復興させるのに、「住宅を造りました」、「〇〇を造りました」といってもダメです。高齢化と過疎がますます深刻になるだけです。それを越えて、働く場があって、子供が生まれて育って、という循環する形が見えないと、再生は難しいでしょうね。

その時の基盤の産業をどうするのかというのは、その地域の特性などがあるのですが、そこに何か新しいことが必要でしょう。



西村：例えば、平均余命は長い方が良いかどうかというのは、直接個人の幸せに関係しない。一人の個人では40歳で死んでも幸せな人は幸せです。しかし、社会全体としては平均余命は長い方が幸せです。ところが、平均余命が長い方が幸せということを私たち皆が共有できていない。つまり、長生きすることがこの社会を幸せにしているということ、若い人も一緒に感じていない。

それがこれからの東北の復興を考えるときの一番大事なテーマで、別に経済的にどんどん新しい発展をする必要はないけれども、お年寄りが非常に多い社会（日本中そうなるわけですから、東北は最先端を行っているわけです）で長生きした人が幸せになっている社会をどうやって造るかということです。

個人と社会の関係で科学的に物事を考えるということは、「俺一人の世界ではない」ということですが、どうしても日本の社会は話を個人に帰してしまうのです。話の発想の転換ができない。これからの高齢社会を考える時、「周りにお年寄りがいっぱいいて、自分一人ではなく皆が幸せになるようにするにはどうしたらいいか」という発想を作らないとダメだと思うのです。

だから経済成長が先にあるのではなく、皆が一生懸命やれば、その結果、成長する。お年寄りも働いていいという社会を造ればいいわけです。

後藤：今までは、経済成長が先に来て、個人の所得が高ければ「何となく良いのだろうな」という話になっていたわけですね。

西村：最近「豊かになりすぎてけしからん」という人が増えているのですよ。（笑）

後藤：例えば、日曜日の昼に、ある街の真ん中でどういう光景が繰り広げられていれば、幸せと皆が感じるだろうか。前提としてその中に60歳以上の人が何人いて、車椅子の人が何人いて、一人で来ようとしても歩けない人が何人いるという状態を考えた時に、どういものがほわっと幸せということかというイメージが、皆に共有できるかということが重要だと思うのです。

でも、例えば団塊世代のカップル（夫婦）がいます。何故か皆同じような格好で、手を繋いでいる人もいます。社会全体で団塊の人たちが高齢化する時に、こういうのが一つの幸せなのかもしれないと感じます。しかしもっとその人たちが高齢化して、家から出られない人がもっと出てきた時に、それがどう変わるのかということに関して、イメージが持ちにくいですね。

金村：それは難しいというか、そういうことをイメージする機会が、今まで無かったですよね。

後藤：でも、イメージしないといけないということですね。

西村：だから、そういうことを町あるいは市単位で、お医者さんも含めて色々な専門家が率直に、このまちをどういふふうにしたら幸せに出来るのでしょうかという議論をする。そこで医療はど

うあるべきかということが話される。それをこれからやらないと、今の質問は難しいですよ。ところが今は医療は医療で別に話をして

いる。金村：元々、病院では来た患者さんを治すということに価値観を持つ、という形でしかできなくて、治療した後に、どういう形で「戻っていただく」のがいいかというコンセンサスがないうまま、治療だけが肥大化していったように思います。

西村：お医者さんは「退院した後、何をしているか」ということに想像力を持たなかったわけですね。

金村：医療技術が進歩したので、病気を見つけるのはどんどん見つけられるようになって、治療するという方向に向かった。その結果どうなったかということ、在宅の問題やケアの問題などが出てきています。そういうところについて十分思いが行かなかったというか、目先の方にしか行かないところがあった。実際に社会の構成の割合が変わってきていて、こんなに大きな問題があるのに気が付かない。気が付いてみれば手も付かない。そこに興味を持った方が現場で一生懸命やっているという状況だと思います。

西村：ただ、私は大分変わってきたという印象があります。特に超高齢社会になると、お医者さんも「ただ長生きさせれば良いというのでは、どうもまずいみたいだ」ということを大分気が付いてこれた。もちろん長生きは良いのです。長生きしてちゃんと幸せに暮らすための条件を、ということです。お医者さんがすごいと思うのは、そういうふう認識されると、自分の分野を離れて活躍をされる方がたくさんおられるということです。





◆◆◆ 求められる要件—对患者さん ◆◆◆

西村：今、総合医の意義を色々なところで言うのですが、お医者さんは割と反論されます。「君たち素人は総合医、総合医と言うけれども、そんなスーパースターはいないよ」と。総合診療医は、当然全部できないけれど、上手に患者さんを回してくれたらいいわけでしょ。いわゆる患者離れがよいということで、それも含めて、総合診療医や家庭医がどういう人だったらよいのでしょうか。

後藤：患者離れもそうなのですが、総合医には医療離れも必要でしょう。医学離れと言ったらいいのでしょうか。医学で何かすることがなかったら、医学はやめてしまって、介護なり、家族に返す。先ほどのお話のようにスーパースターはいないから、日本では

現有の開業医を総合医に転換することが求められますが、開業医では患者離れは結構していると思うのです。しかし、医学離れというのが、なかなか難しいということがある。

私の父は整形外科の開業医で、実際は総合医です。患者さんの系図などが頭に入っていて、患者さんのことをよく知っていますが、やはり医学離れはなかなかしません。患者離れという意味では近くの大きな病院に紹介したりしますが、例えば行政に何かを橋渡しするとか、介護施設にどうというのはまだ頭にはないと思います。

西村：何故その話をしたかという、例を挙げると先ほどの「まちづくり」です。お医者さんが「まちづくり」に直接関わる必要はないわけですね。「まちづくり」にどういう人が集まって、どういうことを考えているのかということを知って、医学上のアドバイスをそこでできるということです。その「知って」というのが大事なのです。典型的な例では、介護の実態を知らないお医者さんがいたりします。そういうことを含めて、これからの家庭医の理想像は何か。スーパースターでなくていいのですよね、多分。しかし、「こういう要件が無いダメ」というのはあるような気がします。



金村：大学病院の現場では、総合診療部は、紹介状の無い方を基本的には診るのですが、どういう方かという、色々回ったけれど診断が付かない方や十分説明されていない方です。そこで私どもで説明をする、或いは丁寧に診察をする。そうすると、だいぶ理解を得られます。結果的には、前の先生のところでやったことで問題ないことも多いのですが、それを説明するだけの時間が無かったりしたのです。

昔の開業医の先生が患者さんの色々な背景を分かって診ていたという、そういう良さの部分が今、無くなっています。勤務医は忙しいので検査主体で、「検査で異常ないですよ」と言う。ところがその人の問題は一向に解決しない。症状の裏に隠れているのは実は家庭

の問題だったりということもあると思うのですが、そこまで踏み込む余裕がなく、お互いに不幸になっているような気がします。話をすることで解決できるような人であっても、そうできない。

そう考えると、身近なところで健康問題を幅広く扱う存在が必要ですね。昔のイメージでやられていた開業医の先生方がどんどん一線を退いていますので、ギャップができています。

西村：そんな感じがありますね。

金村：ええ。それを再興させて、健康問題に寄り添う。そういう意味でスーパースターでなくていいと思うのです。どういう問題を抱えていて、どうすればよいのかということと一緒に考える。その上で患者さんを専門医に紹介するということだと思のです。

西村：家庭の不和を解決するとか（笑）。昔の開業医は結構そういうことをできたのでしょうか。

金村：医療に求められているものについての考えが、何かすり替わってしまったのかもしれませんが。患者さんの健康問題を考えるとき、「こういう検査をするといいのではないか」という形にすり替わって、「うちにはこういう高度な検査ができます」と、どんどん違う方向に行ってしまったのかもしれませんが。

◆◆◆ 求められる要件—地域において ◆◆◆

後藤：家庭医の話ですが、小説などを読むと、校長先生や駐在さんやお医者さんが、ある地域の有力者で、そこを支配して、上手くいっているところが昔の社会はあったのだけれど、その社会のデザインを勝手にしてしまっているところもあったわけですね。

お医者さんがある程度コミュニティの中心としてコミュニティデザインに関わることと、一般の人の思いなどをデザインに振り向けるというのは、結構しっかり考えないといけない。お医者さんだからこそできることは何かということ、お医者さんしかできないことは何かということをきっちりと考えないといけないと思うのです。

金村：そうですね。人の健康の問題というものを幅広く受け止められる可能性のある人は、やはり医者だと思います。そこには社会的な背景もある。そういうのを現場で見ている、それを社会や地域の中で整理して発言できる立場にある。

そういう意味では、やはり「ただ見ていけばよい」ということではないでしょうね。ことに、コミュニティが小さなところや人口が少ないところでは、役回りが非常に大きい。当然、まちづくりなどといった部分や住民の生活の部分に果たすべきところが大きく、もしかしたら医者という枠を超える分類になるのかもわからないですね。小さなコミュニティであればあるほど、医療を離れていくことが多いのかもわからないですね。

後藤：金村さんが仙台市の職員の時、医師だからこそ行政で何か卓越したことを出来たという実感など、ありましたか？

金村：仙台市は大きな組織で、職員は1万人くらいいるといわれている、その中の一人なので、現実には自分が医師ということですぐ出来ることは残念ながら無いのです。無いのですが、ただ、何年間で交代する職員と違って、私は医療や健康の問題を扱うことを生業にしているという意識があります。長い意味で問題があると思うものについては、発言をしていかなくてはいけないし、提案をしていく必要があると思っていましたから、「あの問題は将来こういうようになります」と幾つか話をしてきたものがあります。ただ、現実にはそれがすぐに形に活かされたかということ、決して上手くいかなかったという思いはあります。

後藤：コミュニティの規模の問題で難しいということですね。



金村：そうです。歴史的な経緯もあるし、関わる方も多いです。医師会の先生方とか、色々なステークホルダーの方がいっぱいいらっしゃるの、自分一人で思ったからすぐに実現できるというわけではないと思います。

#### ◆◆◆ 求められる要件—法律の知識 ◆◆◆

西村：今おっしゃったように、市町村の規模がかなり大きいと制限・制約がありますね。沢内村などの小さい単位では成功事例があったのですが、大きい時にどうするかというのは、まだ解決策が来ていません。

これから期待したいことは、一つは法律なのです。市町村に行かれたドクターがもっと法律を勉強して欲しい。今、日本は過度な法支配がある。これが社会全体を動かすことを難しくしていて、今回特に、震災でそのことが欠点として出てきました。例えば、放射能のリスクの基準は各省庁毎にそれぞれ皆バラバラに検討するわけです。常識で考えれば学校の方が他と比べて安全でないといけないのに、学校の方が緩かったりする。それは文科省が学校をやっている、他は違うところがやっているからです。

何故そういうことが起きるかという、法律なのです。従来の根拠法というのがあり、それに基づく限り、「この法律とこの法律と一緒にしましょう」とか、「放射能だけに限定して」とは簡単にできないわけです。そういう法体系の大変さを、私は、経済学をやっているのです。普通だと経済と法律は近いと思うのですが、経済学の間見え方の支配の硬直性があると思うのに、行政のお医者さんは「そこは簡単に何とかできるのではないか」と思っている方がおられる。これから、行政に関わるお医者さんは色々工夫をして、過去の法体系の整合性をどうするかということを事務官と折衝することが必要です。

もう一つは予算です。一つの町村の予算を考えたとき、常識で考えたら、こんなに高齢化するわけですから、全体の配分は医療・介護にシフトせざるを得ないことが当然なのに、それができない。それは全体の予算配分のあり方に、どうやって説得力を持って口出しをするかということであり、これからの課題だと思うのです。その軸は、他の隣接分野にどうやって調整して口出しをするかということと、もう一つは、コミュニティが大きいか小さいかということ。お医者さんの単独の力では、小さい町だったらできるが、仙台市で金村先生が一人で医療のことをみんなやれと言われてもできません。それは別の制度的な議論だと思うのです。

どちらにしても、これからお医者さんの役割は間違いなくすごく大きくなると思います。

金村：決まりきったことを決まりきった形で運用するのが今までの仕組みで、そのために法律があるのですが、実は法律は細かいところまで決めていない。法律でない政令・省令・通知という形で、恣意的に運用されている部分がある。恣意的に官僚（国）が自治体まで左右するような形でやっていて、そこにお金を付ける・付けないということもやっていました。だから、自治と言いながら現実には自治をするための仕組みは無かったわけです。

しかし、いざ混乱があった時に対応するのは現場であり、その現場の中で自由な発想に切り替えて対応できたのはどこかということ、今回の震災では、医療現場は「目の前にいる人を助ける」という発想が一番にありますから、他が機能しない中で医療が機能したということだと思います。

西村：そうですね。薬が無いという時に、法律のように「認可を買ってから回す」という世界ではないですね。

金村：目の前のものをどうしたらよいかということで、敢えてグレーのところも「自分で」ということで出来たのが医療だと思うのです。ただ、平時においては、西村先生がおっしゃるように、仕組みを変えるためにはコンセンサスが必要なもので、法的なものに理解をしないてはいけません。

#### ◆◆◆ 純粋培養の医療者だけでいいのか ◆◆◆

ところで医療ってよく考えると、18歳のときに医学部に入ってそのままずっといくのですが、それは本当に良いのかなと思うのです。多様な価値観を持った方が医療現場に来ますので、色々な社会を知った人、例えば法律や経済や工学の人にどんどん入ってもらった方が、有効に機能するのではないかな。その人の元の分野に知り合いの人がいますから、医療に対する理解も増える。医療だけを純粋培養するのではなく、そのようになってもいいのかなと思うのです。しかし、これはどういった人を医者にするべきかとか、入学制度の仕組みにも関係します。

西村：大きな話になりますね。

後藤：お医者さんの側は、今までは法律や規制を作りたい、その方が自分たちに有効だということが多かったと思うのですが、官僚の側も通達などを作る時に、「これはこう読めるのか」というような文章で作りますよね。お医者さんはそれを責任を持って読める力を持って、どうやってステークホルダーの中で調整しながら、「これはこう読めるからやりましょう」と言えるかということだと思うのです。昔はそういう多様なことができるお医者さんが割合にいた。でも、彼らは彼らで普通に医学部に入った人たちです。アメリカのメディカルスクールのように最初に他の学問を学んでから来た方が良いということだけが答えではないのではないかなと思うのですが。

金村：もちろんそうです。

西村：大学修了の20代、25歳くらいで何かが完成するということはありません。一生教育なのであって、そうすると卒業教育ということになるのですが、全くこれが形式的ですね。そうではなくて、一人一人が時代・環境に対応して、自主的に勉強をするような仕組みをどうやって作るかだと思います。

**自己紹介**：私が医療経済学に興味を持ったのは、医学部6年生の春です。そのとき、医学教育振興財団からイギリスに臨床実習に行く機会を頂きました。GPと専門医が分担して医療を行っており、地域の医療システムを経済学的な考え方を含めた多角的な視点で計画・検証していました。それがきっかけで帰国後、西村先生のゼミを聴講し、本格的に学ぶため大学院に行きました。医学と経済学は似たようなところもあるし、違うところもあります。自分としてはまだどちらも深く理解が進んでいるとは言えません。ただ、この分野は日常生活と密接に関わっているので教育面で学生と接しているときに研究のヒントが出てくるのでありがたいです。



## これからのコメディカルは

西村：医師以外のワーカー・・・看護師さん、薬剤師さんなどの、研究面でもそうだし、実践面でもそうですが、どういふふうにチームを作ってやっていくかというのは、大きな課題です。お医者さん



はかなり広い視野を持って考える。もちろん時々自分たちの集団の利害を考えますが、同時に周りのことを考える。しかし、看護師さんや薬剤師さんは、これまでに限っては、必ずしも社会全体を見るという発想は少なかったような気がしています。例えば看護師さんは、看護師さんの地位向上ばかりを考えてこれたという面があると思うのです。それは確かに低かったから、そのことは大事です。ただ、薬剤師さんもそうですが、これから

は社会全体の医療をどうするかということ、自分の職分を越えて色々考えていただくことが必要な時代が来たと思っています。

研究にしても、医師の世界はここ20年くらい、異なる医療機関のデータを集めるとか、色々なことをグローバルにやらないと通用しないようになっていきます。ところが、看護師さんや薬剤師さんのリサーチはまだローカルなところに留まっている。「どこかの病院でうまく行きました」という話だけではダメで、それをせめて日本全体で横断的にやっていく。そういうリサーチにこれから変わる必要があるということです。

ヘルスリサーチのあり方に関しては、医師以外の人たちにいかに社会的に広い視野を持ってもらうかということの、何かメッセージを送ることができないかなと思っています。

### ◆◆◆ ヘルスリサーチは現場と学術の結びつき ◆◆◆

金村：今回の震災でも、日本プライマリ・ケア連合学会ができて、被災地の支援に入ったのですが、その中で言われたのが、多職種で支援をしていこうということでした。そして色々な団体と調整をして、実際に多職種で入ってきたという画期的なことがありました。

現場になればなるほど、医師一人でできることは限られているので、多職種の必要性というのはいくぶん理解されていると思います。その意味では、「多職種と一緒に」という気運はプライマリーの現場で高いと思います。大学病院の中でもチーム医療ということで認識されていて、色々な職種の力を借りて、一緒にやっていくという気運が、今、少しずつ出てきているという感じがします。

西村：今回の震災は、さっきおっしゃったように、目の前に何とかしなくてはいけない事情があるわけですから、当然それが最優先になるので、おっしゃるように変わりますよね。

金村：ヘルスリサーチというのもの、医者だけではなく、現場のニーズに向き合っている方々がそれをどう解決するかということ、助けになったり、そういう為の手だてになったりということ、これから大事なものだと思います。

今までそういった気づきの部分は、ごく一部の大学などの中ではあったでしょうが、今、現場の問題をどう解決するかという意味で必要としている方がいると思うので、そこと学術が上手く結びつくといえるのかなと思います。震災によって、未知の、経験していない問題が出てくると思うので、今までのような学術という枠だけでは多分解決できないのではないのでしょうか。

## リサーチのあるべき姿

後藤：一方で、そういった場合のリサーチが、ケーススタディの積み重ねだけでよいのだろうかというところが、ちょっと私は分からないところがあります。

あるところでは上手くいくということが、それが何故か仙台市くらいになったら突如として全然コーディネートできなくなるということがあるわけです。それはもしかしたら行政規模による根本的な制限があって、もっと小さなところに全ての権限を委譲するしかないという答えなのか？

ひとつのケースと経済とか疫学のようなものがやっているある種のモデル化・単純化というものがあるけどどこまで成り立つのかということ、もう少し見定める必要があると思うのです。

これは神戸大学の人に聞いたのですが、神戸大学のMBAコースに看護師さんや薬剤師さんがかなりたくさん来ているようです。経営学はリサーチとして彼らにとって非常にとつきやすく、やりたいことができるのです。一方で疫学や経済学に入ってくる人は少ない。

そこは、学問として一つ曲げてはいけないところと、融合するところというのを、どっちも考えないといけないと思うのです。



### ◆◆◆ 経済学の迷い ◆◆◆

実はこの財団のワークショップの幹事をしていて、経済学というのは肩身が狭いのです。何となく。

金村：そうなのですか。

後藤：狭いというか、ずっと経済学は「人でなし」みたいな(笑)。

西村：大言壮語を吐くばかりで(笑)。確かに現場を知ることが少ないというのは経済学の欠点です。

しかし、現場しか知らないという話と両極端なのです。

後藤：経済学者は参謀本部の中にじっと座って、眼鏡をかけて、駒を動かす憂鬱な人々というイメージがあるのです(笑)。でも、その面というのはシステムとして必要なわけです。

西村：日本の医療は、現場は賢いが上がダメ(笑)。経済学はリーダーシップをとらないからじゃないですか。

後藤：融合するかどうか、融合できるのか・できないのか、というのが、やってみなくては分からないけれども、大きな課題です。

金村：現場の言葉と経済の言葉が通じないということがあるから、そこが問題なのかも知れません。上手く擦り合わせる必要があるでしょうね。お互いに不幸なことです、離れたところで睨み合っているというのは。

西村：経営学では「もしドラ」といって、ドラッカーの話が漫画になって売れましたね。「もし〇〇」で経済学もああいうふうな単純化できるというかもしれませんね(笑)。

後藤：自分たちの利点・欠点を考えて、自分たち個人個人が勝手にやっていくのだ、というのが経済学のある程度の本質で、それをど



ういうふうにすれば助けることができるか・・・インセンティブとかという意味ですが。そういうシステムを作るのが経済学で、そんなに違いはないと思うのです。

◆◆◆ 真ん中の規模の組織が社会を変える ◆◆◆

**西村:**今の話に関連して、以前と考えが変わったことがあります。今、日本経済は新しい産業が出ないとダメです。IT絡みのビジネスや、治験ビジネスも一つの産業としてすごく期待されている。ところが、従来の若い人は皆大企業に行きたがる。で、「けしからん。これからはベンチャーだ」という人がいて、私も半年くらい前までそう思っていた。でもよく考えたら、それが経済学の欠点で、ある程度の組織が社会を変えるという発想があまりない。個人なのです。

大企業は大きくなりすぎて、今、動きが取れなくて困っている。これは世界的に共通です。どうしてスティーブ・ジョブズ (Steve Jobs) ができたかという、彼は小さい会社を動かしたからです。で、個人が強調されるようになった。

しかし、よく考えると、真ん中が一番大事なかと、今思っているのです。つまり、経済学と経営学の中間くらいです。「ジョブズがすごい」とか個人の才能ばかり言うのですが、そのもう一方の極には「ファイザーって〇〇さん」と言えないような会社があり、ここでは個人は見えない。しかし、実際この社会を変えるのは真ん中くらいではないだろうかと思っているのです。

**後藤:**真ん中というのは、どれくらいですか？

**西村:**10人くらいで会社を作るというイメージです。多くても1,000人まで。

日本の社会で、病院の効率性という話で、小さい病院が多すぎるが、もっと大企業化した方がいいのではないかと言われます。例えば、医療訴訟に対する対応を考えれば、絶対大きな病院の方がいいと思う。従来私もそう思ってきました。

ところが、お医者さんの世界は、これからの新しい形態で、従業員100人くらいでスター医師が1~2人いるという病院は残るのではないかと、最近思うようになった。医療はEBMでやるようなことが中心ではなく、やはり個人の個性が表に出て、「このお医者さんにみんなお願いしよう」という要素が大きいのです。

実は後藤さんのお父さんの医院は、私はつぶれると思っていたのですが(笑)、最近考えが変わってきました。聖路加などの大きい組織の方が良いというイメージがあったのですが、今、「ひょっとしたら違うかな」と迷っています。これは本当にわかりません。

**金村:**日本の病院の成り立ちは、自治体の病院は少なく、民間に頼らざるをえなくて、民間の中小規模が多かったのが事実です。今後そこがどのようになるのかということが非常に大きな問題ですね。実際に機動性が効くのもその規模ですし。

**西村:**最後に、震災に関連する現実のリサーチの話ですが、今回の震災3県の特徴は、県立が中心の岩手、割合に民間が多い福島、宮城ですね。

**金村:**そうです。

**西村:**これが震災対応でどういうふうに行っているかということと比較研究すると、すごく興味深いことができます。

東北大学と岩手医大と福島医大の違いもある。東北大学が一番硬直的なのですが、しかし国際的にグローバルな展開をしなくてはいけないというミッションがある。福島と岩手はそんなにグローバルな展開をしてという話はなく、どちらかというより有利ですね、今回の震災対応に関しては。そういう話も含めて、3県比較というのは興味深いのです。官・民のあり方を考える材料として。

**金村:**厚労省の研究班の被災地の健康調査で、岩手・宮城・福島の1万人くらいでフォローしようというのがあります。その中で医療がどういうふうに興復していくのかというのを、国立保健医療科学院で記述的に経過を見ていくというプロジェクトが今動いていると伺っています。

**西村:**そうですね。

**金村:**そういう中で、たぶん西村先生がおっしゃったような部分が出てくると思います。

**西村:**とても興味があります。

**金村:**地域性なども出てくると思います。沿岸部の病院は東北大学の関連病院が多く、石巻の病院とかはOBの先生が亡くなったりしているのです。では、そこに代替りの医師をすぐに送れるかという、全然そういう状況ではない。大学として維持できるのは基幹的な病院に限られていますので。

**西村:**東北大学が一番難しい状況に置かれていると思いますね。というのは、東北全体のグローバルなコアであると同時に地域医療も担う。あるいはそちらはある程度岩手、福島に依存することなのか。私にもわかりません。

**金村:**実際には岩手も岩手医大が支えている部分と県立病院が支えている部分があります。岩手は県立病院の人的な資源が非常に大きいです。地域性では福島は民間病院が主体で、県立病院が支えている部分は大きくないようです。そこらへんで復興の違いが出てくるものと思いますね。

**西村:**そこを比較研究すると、県の役割とか、市町村の役割とかが見えてくる。震災の前から、市町村の病院を合併しないと、人口が減少しているのに対処できないということで困っていた。その解決をこれからどうするかというのは、これからのテーマですね。

**後藤:**異なった地域を様々なレベルで見つめ直すことで、個々の学問のもつ視点の利点なり欠点が明らかになり、それが学際的なヘルスリサーチの1つの目標といえるのではないのでしょうか。

話は尽きませんが、残念ながらここで時間となりました。本日はヘルスリサーチに関する示唆に富むお話がいろいろできたと思います。西村先生、金村先生、ありがとうございました。



## 「財団助成研究・・・その後」



第8回（平成11年度）国際共同研究助成採択者

広島大学大学院  
医歯薬学総合研究科循環器内科学 教授 木原 康樹

平成11年、京都大学病院に勤務していた当時、第8回ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究助成をいただくことができた。公衆衛生や疫学研究などの門外漢である自分にとっては、思いがけなく幸運な受賞であったように記憶する。ただあの頃のわたしには、とても気になっていた事柄があった。「セカンドオピニオン」である。

循環器内科を標榜して外来を担当する自分のところに、「先生のセカンドオピニオンを聞かせてほしい」という患者やその家族の受診が増加していた。「セカンドオピニオンですか、、、そうするとファーストオピニオンであるあなたの主治医は、どんな診断でこれからどう治療すると仰っているのでしょうか?」と切り返すと、「あの先生は説明してくれない」とか、「突然手術しましょうと言われて当惑している」とか、「少しも良くなりず長い入院になってしまった」とか。要するに、現主治医への不信感や対話の欠如がセカンドオピニオンというよく分からない（がゆえに便利な）外来語に置き換えられているだけで、「現主治医との関係を解消し、今後はこちらの病院でお世話になれないか」が大半の患者の下心であった。しばらく前に米国へ留学していた自分は、セカンドオピニオンの担当者が、血液学や腫瘍学の専門医であったり臨床病理医であったりするのを見ていた。つまり当時米国では治療方針を決定する重要な根拠となる標本なり臨床データなりを一人で判断するリスクを回避する制度を有し、それを斯く称すると理解していた。しかし、本邦に同じ述語が流布する過程で全く異なる意味に化けているように思えた。どうしてそのような齟齬が生じたのか、臨床判断の客観性を担保する制度を本邦に定着させられるのか、更には発祥の地である米国で同制度が如何なる発展を遂げているのか。そのような疑問が「日米セカンドオピニオンの理解に関する国際比較研究」として本財団の国際共同研究助成に取り上げられた。

十分とは言えない粗雑なフィールド研究ではあったが、日米の友人に支えられてそれなりに理解を深めることができた。とりわけ本邦では、セカンドオピニオンとは患者や市民が行使できる「悪医に立ち向かう権利」あるいは「医療駆け込み寺」の意味合いが強いものの「制度としての基盤を持たない」ことが理解された。一方の米国においては、意外にもセカンドオピニオンに対する期待は薄らぎ、患者図書館の整備などを介して情報公開を進め、患者自身に病状と治療法の理解を促す方向に変化しつつある現状が理解された。

その後も循環器内科医を続けている自分であるが、患者に理解してもらえる医療を遂行するためには己がどうあるべきかを常に考えている。と同時に、その技術を若い後輩たちに伝えてゆく努力をしている。生意気な言い方かもしれないが、「病気を診てはだめ、先ず患者さんの話に耳を傾け患者さん自身をよく理解しなさい」と回診の度に研修医を叱咤している。譬えセカンドオピニオン制度が完璧に整備されたとしても、医療現場はそれだけで解決されない事柄で溢れているし、そんなことなど考えなくても良い医療環境を淡々と維持遂行することの方が、患者さんにも我々医療者にもはるかに有り難いことにちがいないのであるから。



## 平成 20 年度 国際共同研究

## 家庭内暴力被害母子を対象とした 「親子の相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy)」 の治療効果評価とその日米比較

代表研究者：東京女子医科大学附属女性生涯健康センター 教授・所長



加茂 登志子

研究期間：2008年11月1日～2009年10月31日

共同研究者：国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部 部長 金 吉晴

共同研究者：国立成育医療センターこころの診療部育児心理科 医長 笠原 麻里

共同研究者：Children's Hospital Medical Center (USA)

Professor of Pediatrics and Psychiatry

Frank Putnam

### 【背景と目的】

家庭内暴力被害児童とその親の精神健康障害は暴力から脱出した後もしばしば継続する。特に子どもに行動面や感情面での問題から親子関係が悪化し、新たに虐待や子どもの社会不適応問題に発展することも稀ではない。しかし、このような問題に対応するエビデンスのある援助方法はわが国において未だ確立されていない。親子相互交流療法 Parent Child Interaction Therapy (PCIT) は米国で20年以上の研究や臨床の結果エビデンスが確立した親子対のための治療である。当初重篤な行動障害児童の治療に用いられていたが、次第にその適応範囲を拡大し、現在では家庭内暴力被害児童の治療に援用されており、わが国でも効果が期待できる。本研究の目的は、第一にPCITを日本の事例に導入し治療効果研究を行うこと、第二に日米における治療効果の比較検討を行うことである。

### 【研究内容】

本研究の趣旨に賛同し、書面で同意が得られた対象に対しPCITを導入し、治療前後および治療終了後3カ月目の母親の精神症状、子どもの精神面・行動面の問題、子の養育に関する母のストレス3側面からPCITの治療効果について検討する。セラピストは、2008年12月にシンシナティ子ども病院から2人の講師を招いて行った5日間のワークショップ参加者とし、治療マニュアルはシンシナティ子ども病院で使用しているPCITマニュアルの翻訳版を用いる。なお、本研究は東京女子医科大学倫理委員会において承認されている。治療効果についてはさらに米国側DV被害母子事例と同一の心理尺度等を用いて比較検討する。2009年10月には治療の質の維持向上のため、同一講師を再度招き、新参加者を加えた第2回ワークショップと終結事例のケースカンファレンスを行った。

### 【成果】

2009年1月の開始以降、12組のDV被害母子が本研究に同意し参加した。現時点で5例が治療を完遂し、5例が治療続行中であり、2例が脱落している。研究に参加した対象の母親の平均年齢は35.3 (SD6.1) 歳、子どもの平均年齢は5.2 (SD1.7) 歳、子どもの男女比は6:6である。完遂事例の平均セッション数は17.6回であり、開始から終了まで平均212.8 (SD43.3) 日を要した。PCIT完遂事例5組中、治療終了時点で4組の子どもに行動面や情緒面の症状の改善が認められ、改善例ではChild Behavior Checklistにおける総合得点T値が治療前に比し平均13点減少していた。また子どもの症状が改善した事例では全例母親のうつ状態と育児ストレスも改善をみた。米国同様治療対象例のPCITの受け入れは親子ともに良好であり、シンシナティ子ども病院で用いられている治療マニュアルも大きな変更の必要なく使用できた。PCITの後半で躰の仕方を指導するParent-Directed Interaction (PDI) ではタイムアウトの頻度が日本の事例は米国に比しやや少ない。治療終了時のアンケート調査では、母親からPCIT中、子どもを具体的に誉めること、軽度の問題行動を無視することなどのスキルに対し、若干の抵抗感が認められた。

### 【考察】

導入事例はまだ少数だが、PCITプログラムは日本の家庭内暴力被害児童の精神健康障害に対する治療効果が期待でき、母親の精神症状や育児ストレスの改善の可能性も示唆された。PCITは米国で開発され、主として英語圏で研究が進んだ治療技法であるが、日本においても大きな改変をすることなく導入可能であると考えられた。子育てスキルの受け入れや子どもの反応性など、子育て文化に関連する若干の相違についてはなお検討の必要がある。

## 遠隔モニタリングを核とした心不全診療チームの連携により、再入院率を低下させることができるか検証する

代表研究者：佐賀大学医学部非常災害医療学講座(循環器内科) 准教授

琴岡 憲彦



研究期間：2008年11月1日～2009年10月31日

共同研究者：医療法人アールアンドエー グリーンクリニック 理事長 福田 幸弘

### 【背景と目的】

慢性心不全は先進国に共通する公衆衛生上の重大な問題である。本邦では、米国のデータをもとに有病者が250万人、有症候者が人口10万人当たり900人程度と推計されている。このうち80%以上が65歳以上であり、生活習慣病の増加や高齢化に伴い、今後急速に増加すると予測されている。高齢慢性心不全患者において、再入院率の高さが問題となっている。JCARE-CARD研究によると、退院後平均2.4年間の再入院率が30%以上と報告された。北里大学からは、再入院率26%、平均在院日数42日、入院医療費180.2万円/回と報告されており、家族や医療・介護現場、行政にとって大きな負担となっている。再入院の誘因のうち、塩分・飲水制限、治療薬服用の不徹底が約半数を占めるという報告から、自己管理の徹底により再入院率を低下させられると考えられるが、認知機能低下等の理由により困難な場合が多い。そのため在宅においても、多職種で構成される心不全診療チームによる疾病管理が推奨され、欧米のメタアナリシスでも再入院率や予後が改善するとされているが、本邦ではほとんど行われていない。そこで本研究では、多職種の連携による在宅心不全診療によって、再入院率の低下を図ることを目的とする。

### 【研究内容】

1. 訪問看護師、介護福祉士などの在宅診療スタッフに対する心不全診療に関する教育を行い、在宅診療の質を高める。
2. ケアマネージャー、訪問看護師、介護福祉士などの在宅診療チームと循環器専門医が連携して在宅心不全診療を行うことにより、心不全の増悪による再入院率の低下を図る。
3. この目的のために、心不全患者に体重計を配布し、ITを活用した患者情報の共有化を行う。

### 【成果】

心不全在宅診療に関与する多職種を対象として、心不全診療の勉強会を定期的に開催した。心不全患者を介護する機会が多い在宅診療スタッフの問題意識は非常に高かったが、慢性心不全患者の介護度が比較的低いことなどから、訪問看護師や介護福祉士によって慢性心不全の疾病管理を行うことは困難であると判断された。

そこで、我々は心不全患者の自宅に体重計と血圧計を配布し、インターネットを用いて遠隔モニタリングするシステムを構築した。このシステムを用いて担当看護師が毎日患者の体重と血圧、脈拍をモニタリングし、急速な体重増加など心不全の増悪を示唆する変化が見られた際に、外来担当医に通知されるようにした。

この方法により、現在までに23名の慢性心不全患者を遠隔モニタリングしているが、平均4.2(1-7)ヶ月の観察期間中1名のみが心不全増悪により再入院した(4.8%)。一方、遠隔モニタリング開始以前の当院における心不全の再入院率は18.6%(平均追跡期間8カ月)であり、再入院例の平均入院日数は30.8日、入院医療費は出来高換算で平均133万円であった。

### 【考察】

現行の医療、介護保険の枠組みの中で、慢性心不全の在宅疾病管理を介護職が担当することは困難であった。一方で、インターネットを利用した遠隔モニタリングにより、慢性心不全患者の再入院率を低下させる可能性が示唆された。また、服薬アドヒアランスの改善、疾病に対する自己管理意識の向上、不安の軽減など副次的な効果もみられ、モニタリングを核にした多職種間の連携も生まれている。今後は更に対象患者数と観察期間を増やし、再入院率と費用対効果について検証を行う。本研究の効果が明らかになった場合、ランダム化臨床試験など、臨床応用のための基盤づくりを行う方針である。



## 平成 20 年度 国内共同研究

## 医療消費者、薬剤師および医師の後発医薬品選択に影響する 重要因子の抽出 —2008年4月の処方せん様式変更以降の意識調査—

代表研究者：広島大学病院薬剤部 臨床薬剤師

柴田 ゆうか



研究期間：2008年11月1日～2009年10月31日

共同研究者：広島大学病院臨床研究部 副部長 池田 博昭

共同研究者：広島国際大学薬学部薬学科 准教授 佐和 章弘

共同研究者：広島市薬剤師会 会長 野村 祐仁

### 【背景と目的】

後発医薬品（後発品）の普及を目的に、厚生労働省は診療報酬の加算等を中心に施策を実施している。一方、後発品を使用する当事者である患者、薬剤師、医師の3者で後発品選択の意識に相違がある場合、施策の目標は成果を得ることは難しいと思われる。したがって、施策の成果に影響すると思われる3者の後発品に対する意識調査を同医療圏内で同時期に実施し、3者間の後発品に対する意識の相違を定量的に把握する必要がある。

本研究は、3者の「後発品の肯否定に影響する重要因子」を抽出し、今後の後発品施策のあり方に提言することを目的とする。

### 【研究内容】

2009年10月～2010年2月に3者を対象にアンケート調査を実施した。広島県広島市と呉市の患者1,485人（薬局店頭で任意に配布）、薬剤師892人、医師1,597人に調査票を配布し郵送で回収した。調査票の回収数は患者336人、薬剤師362人、医師396人であった。回答済調査票は各質問項目の度数を集計すると同時に、後発品選択に影響する重要因子を抽出する目的で「今後、後発品を選択するか否か」を目的変数に、他の質問項目を説明変数として多変量解析（数量化Ⅱ類）を行った。また、数量化Ⅲ類を用いて現在の3者の後発品に対する意識について2軸上のポジショニング評価を実施した。さらにポジショニング評価で明らかになった3者間の意識の相違を改善する方法を探る目的で、ポジショニング・シミュレーションを行った。本シミュレーションは3者の意識が最も解離している要因のうち、制御可能な変数をそれぞれ変動させて、各ポジショニングの移動を定量的に把握・確認することにより実施した。

### 【成果】

後発品を肯否定する患者、薬剤師、医師の主な重要因子は、各々（医療保険の種類）、（差額通知の影響）、（年齢）であった。3者を「医師（能動）—患者（受動）弁別軸」「診療サービス—調剤サービス弁別軸」の2軸でポジショニングすると、患者は不安志向、薬剤師は分業体制・診療報酬制度志向、医師は薬・患者志向のゾーンに位置した。ポジショニング・シミュレーションの結果、薬剤師と医師の方針共有等の実施が3者間の意識の相違を改善する方法の1つであった。

### 【考察】

本研究の結果、後発品使用の当事者である患者、薬剤師、医師の意識に相違があったことから、各種施策の円滑な実施は十分な成果を得ることが難しい事が予想された。すなわち、①患者は後発品への切り替えに対して自身の健康に直結する問題であるところから漠然とした不安を有しており、②薬剤師は後発品の運用に関して医師（医療機関）との方針の共有化や連携、取り組みの方法、銘柄数の問題など、分業体制のあり方や診療報酬制度に注視する傾向にあった。③医師は患者への説明や相談体制の確保、あるいは後発品の価格や品質・有効性・安全性など薬剤の質保証を重要視していた。

2010年4月の調剤報酬改定では、薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、薬局における規格含量違いの変更調剤が認められた。この施策は本調査結果の薬剤師の課題に合致しているため、後発品の推進に対して一定の効果が得られると推測される。さらに今後は、薬剤師と医師の方針共有、患者の危険性認識を医療者が共有すること等、3者の意識ポジショニングをできるだけ同一にするための施策執行や医療関連団体による問題の調整が必要であると思われる。

第8回ヘルスリサーチワークショップのテーマは・・・

# “ヘルスリサーチは何を創造できるか

## — 20年後の持続可能な社会に向けて —

### に決定!

5月14日(土)及び8月6日(土)に、それぞれ第29回、第30回のヘルスリサーチワークショップ(以下HRWという)幹事・世話人会が開催され、第8回HRWのテーマ、基調講演内容、参加者等が、以下の内容で決定しました。



## 第8回ヘルスリサーチワークショップ

### テーマ：ヘルスリサーチは何を創造できるか

#### — 20年後の持続可能な社会に向けて —

開催日：平成24年1月28日(土)・29日(日)(1泊2日)

開催場所：アポロラーニングセンター  
(ファイザー(株)研修施設：東京都大田区)

参加者：招待、推薦、公募により約40名

今回も、ワークショップの基本的なスタンスは「出会い」と「学び」であり、多彩な人材が参加して、出会い、そして楽しく学ぶことが最大の目的とされていますが、「2011年3月11日の東日本大震災はヘルスリサーチそのものへ大きな課題を突き付けている」という認識のもとに、今回のHRWでは改めて、「ヘルスリサーチ」そのものがテーマとして掲げられました。ヘルスリサーチの可能性、その目指すもの、研究の方法論等、様々な角度から議論する為に、基調講演者をはじめとして、具体的な内容が、11月に開催する第31回幹事・世話人会で決定する予定です。

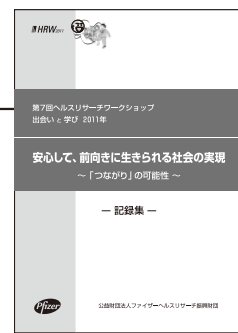
(尚、第8回ワークショップの趣意書と各幹事・世話人からのメッセージはP16～P18に掲載しています。)



## 第7回HRW記録冊子が完成しました

第7回HRW「安心して、前向きに生きられる社会の実現 ～「つながり」の可能性～」の内容を記録した冊子が完成しました。「人々のつながりと健康」を基本テーマに、ワールドカフェという新しい方式で繰り広げられた白熱の議論の記録です。  
ご希望の方は別紙申込書にてお申し込み下さい。

(無料、数量限定)



## 第8回ヘルスリサーチワークショップ 幹事・世話人 (敬称略・五十音順)

### 幹事

代表幹事  
後藤 励 甲南大学経済学部 准教授  
秋山 美紀 慶應義塾大学総合政策学部 准教授  
小川 寿美子 名桜大学人間健康学部 教授  
金村 政輝 東北大学病院総合診療部 講師

### 世話人

猪飼 宏 京都大学大学院 医学研究科  
医療経済学分野 助教  
石田 直子 インディペンデント・エディター  
当山 紀子 東京大学大学院医学系研究科 博士課程  
山崎 祥光 井上法律事務所 弁護士  
豊沢 泰人 ファイザー株式会社コーポレートアフェアーズ  
統括部長

### サポーター

今井 博久 国立保健医療科学院 疫学部長  
大久保菜穂子 日本伝統医療科学大学院大学統合医療研究科 准教授  
川越 博美 訪問看護パリアン訪問看護師 聖路加看護大学  
臨床教授  
島内 憲夫 順天堂大学スポーツ健康学部健康学科 教授  
都竹 茂樹 熊本大学政策創造研究教育センター 教授  
中島 和江 大阪大学医学部附属病院  
中央クオリティマネジメント部 病院教授  
中村 伸一 おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長  
中村 安秀 大阪大学大学院人間科学研究科 教授  
中村 洋 慶應義塾大学大学院ビジネススクール 教授  
長谷川 剛 自治医科大学附属病院医療安全対策部 教授  
平井 愛山 千葉県立東金病院 院長  
福原 俊一 京都大学大学院医学研究科医療疫学分野 教授  
安川 文朗 熊本大学法学部公共社会政策論講座 教授



# 第8回ヘルスリサーチワークショップ

## ヘルスリサーチは何を創造できるか

### — 20年後の持続可能な社会に向けて —

### 趣意書

第1回の「赤ひげ」から第7回の「つながり」まで、このワークショップでは様々な角度から保健医療・福祉分野の発展について考えてきた。今回は、ヘルスリサーチそのものをテーマとしたい。

2011年3月11日の東日本大震災は、ヘルスリサーチに対しても大きな課題を突きつけている。過疎に苦しむ地域の被害は、地域格差の問題の深刻さを浮かび上がらせた。原子力発電所事故では、人々の科学技術への信頼が損なわれた一方で、放射線と健康リスクといった科学研究の成果を伝えることの難しさを再認識させた。

20年後の次世代に引き継ぐよりよい社会のために、ヘルスリサーチは何を行うことができるのだろうか？

#### 幹事・世話人からのメッセージ



代表  
幹事

#### 後藤 励

勤務している大学の収入の8割は、学生やその保護者からの納付金です。そのほか、研究費として、公的・民間様々な資金を使っています。このように私は、医療経済学の専門家として社会から養われています。もちろん、専門分野以外の学問、保健・医療・福祉分野に携わる多くのプロフェッショナルに対する配慮が足りないのは問題があるでしょう。専門家としての頑固さと、専門以外の多くのことに対する配慮をどうバランスすれば、20年後の社会に役立つことができるでしょうか？

今年も、多くのみなさまとお話しさせていただきたいと思います。



幹  
事

#### 秋山 美紀

社会の問題を見定めるには異なる視点や視野の検討が重要で、問題解決には多領域の人の協働が不可欠だと考えています。私自身ヘルスリサーチャーに求められているのは、「ダイナミックに“バランス”をとる力」だと思っています。過去の蓄積と未来の創造のバランス、理論と実践のバランス、基礎体力と柔軟性のバランス、ミクロ視点とマクロ視点、内的妥当性と外的妥当性、クールさと暖かさ…、こうしたバランスをダイナミックに取ってアプローチする必要がありますと感じています。今年も皆さんとの刺激的な議論を楽しみにしています。



幹  
事

#### 小川 寿美子

近年の医療の細分化に伴い、「病を診るな、人をみよ」という言葉の重要性を痛切に感じる。ヘルスリサーチは、その“人”のみならず人間同士の“つながり”や“環境”といった「周辺をみる」視点とそれらの関連性を追究する。故にヘルスリサーチは、その大局的な視点によって、単なる科学的根拠に基づく医療だけでは到達できなかった、次世代も望む持続的社会的あり方、人が幸せと感じるような仕組みづくりへの効果的アプローチの可能性を秘めていると思えてならない。今年も参加者との語らいを通じた刺激と創造の醸成を楽しみにしている。

右肩上がりの成長が見込まれた時代は、実現時期の違いはあれ、多くの選択肢を最終的には実行することができた。結果として、選択肢間の取捨選択を真剣に考える必要はあまりなかった。「今よりも受益が増えるけれども負担は増えない」といった選択肢は、導入についての議論の余地はない。

しかし現在の社会では、ヒト・モノ・カネが有限であることが明確となり、将来世代にツケを回しすぎれば将来世代の可能性を狭めてしまう。その結果、選択肢の長短をできるだけ多くの視点から比較検討し、優先順位をつけて、ある選択肢についてはあきらめるということが求められる。また、既得権を越えて、今行っていることを止め他の選択肢に資源を振り分けることが必要になることもあるだろう。

ヘルスリサーチには、医学系の分野から、社会・人文科学まで、多様な学問分野の専門家が関わっている。どの分野でもそうであろうが、一つの分野の研究内容や方法論は、研究蓄積の過程で専門家同士での厳しい検討を通して妥当性が高められていく。

個別では十分確立した専門分野の研究者がヘルスリサーチに臨むとき、専門分野の方法論やその背景にある思想の特徴に気づかされ、刺激を受けることも多いのではないだろうか？

様々な専門分野の方法論を利点欠点の双方から比較検討することで、それらの特徴を客観視することができれば、専門性を深めることができる。また、それぞれの分野が融合することで、各々の欠点を補うようなコラボレーションが生まれれば専門性を広げることができる。いずれの場合でも、将来について幅広い視点を持って探求することにつながっていく。このようなことは、多分野の研究者があつまる本ワークショップだからこそできるのではないだろうか。

もちろん、ヘルスリサーチは研究者のみが関わるわけではない。研究そのものには全く興味がない普通の人々をも巻き込んでいく。研究段階では調査対象として関わることもあるだろう。また、研究

## 幹事・世話人からのメッセージ

幹  
事



金村 政輝

東日本大震災で多くの方々が命を落としました。そして今もなお先の見えな避難生活を強いられている多くの方々がいます。これからどのようなビジョンを描き、どう実現させていくのが将来を決定するといっても過言ではありません。震災は被災地以外にも大きな影響を与えており、私たちひとりひとりが今後どのような社会にしていきたいのかが問われています。次世代に引き継ぐよりよい社会のためにヘルスリサーチに何ができるのか。実務従事者、様々な分野の研究者など多彩な方々が集うこのワークショップでの熱い議論を期待しています。

世  
話  
人



猪飼 宏

研究者は信念をもとに主題を決め、仮説を入手可能なデータで検証して論文を書くが、それが社会にもたらした成果を知ることは容易ではない。実務家は将来を見据えた日々の決断に備え、過去の研究からデータを探すものの、答えが常に見つかるとは限らず、かつ研究の過程や制約を十分に理解するのは容易ではない。自らの老後を、子供達の未来を、どのようにデザインし、その過程でヘルスリサーチは何を検証し、どこを目指すのか？リサーチを作る人も使う人も交えて大いに語り、悩むことでより良い未来への手掛かりを得られたらいいですね。

世  
話  
人



石田 直子

一世代後、2030年代の日本はどうなっているでしょう？ 3.11以降、私たちを取り巻く状況と価値観は確実に変化しています。この壮大なパラダイムシフトを、なんとか乗り切り、現実に対応していきたいものです。ターニングポイントの今、私たちにできることは何でしょうか？ 次世代へバトンを渡すために、実社会の中で、ヘルスリサーチはどんな役割を担えるでしょうか？ 今後のヴィジョンを様々な立場から考え、融合し、行動に変容していくことを願っています。さあ、未来を変える、白熱の議論をいたしましょう。



結果が技術や制度の形で実現したときには消費者として、社会保障制度や研究体制を金銭的に支えるという面からは納税者としての関わりを持つ。

保健医療・福祉システムの中で、研究者と人々をつなぐ役割は、保健・医療・福祉の現場従事者、政府や行政の担当者、メディア関係者等、様々な立場の人が担うことになる。研究者が、各分野の方法論の限界を理解し、冷静に研究結果を提示したとしても、社会システムの中で研究結果がひとり歩きしていくことは珍しくない。研究者の側が、そうした社会の営みを「非科学的」として批判することは容易である。

しかし、ヘルスリサーチの目的は研究そのものではなく、保健医療・福祉制度システムを通じたよりよい社会の実現である。科学的な合理性が現実の意思決定と乖離することも多い。科学的には間違っているが、人間関係やそれまでの経過から考えると正しい、といった状況にどう対処していくか。ヘルスリサーチをどのように行い、どのように伝え、どのように制度設計に活かしていくか。こうした問題は、研究者と現場の実務担当者とが共同して考える必要があるだろう。

ヘルスリサーチそのものをテーマとするといっても、決して大上段に構えているわけではない。研究に携わる方であれば自分の過去や現在の研究を振り返り、実務担当者の方であれば現場で感じる研究に関する素朴な疑問をワークショップに持ち寄ってみてはどうだろうか。本ワークショップでは、ヘルスリサーチに直接的或いは間接的に関わりを持つ人すべてがヘルスリサーチの可能性について、ヘルスリサーチの目指すべきもの、研究の方法論、研究と社会との関係性など様々な角度から議論する場としていきたい。

## 第8回ヘルスリサーチワークショップ幹事・世話人一同

### 幹事・世話人からのメッセージ



世話人

#### 當山 紀子

まず初めに、東日本大震災で被災された皆さまに心よりお見舞い申し上げます。

この度の震災に直面して、阪神・淡路大震災の経験を思い出しました。地震の多い日本で、震災は避けられないと知りながら、震災が起こったときにどうしたら良いか、私自身の準備不足を改めて実感し、悔やみました。同時に、自分の身の回りから始めて、今後地域全体としてどのように備えたらよいのだろうか?ということを考え始めました。今回のワークショップでは、20年後の持続可能な社会に向けて、ヘルスリサーチの可能性について語り合えることを期待しています。



世話人

#### 山崎 祥光

ヘルスリサーチに関する問題として、「個人の選択」の尊重と制度目的の達成のバランスがあります。まず、個人が科学的にも妥当な選択ができるよう、専門家と非専門家の「つなぎ」の役割がますます重要になっています。何をどうやって伝えれば、行動選択に必要な「リテラシー」が伝わるのか。次に、制度目的達成の見地から、個人の選択と制度的強制をどのように組み合わせることが倫理的かつ合理的なのか(ワクチン行政や感染隔離など)。初めての世話人です。みなさんの議論の場をサポートするとともに、自分も学べればと考えております



世話人

#### 豊沢 泰人

3.11の災害時、霞ヶ関で医薬品安全性会議の最中でした。霞ヶ関の天井も落ちたりして会議は中止され、皆さん携帯で状況の確認に追われていたのが昨日のようです。業界の災害対策本部として被災地の医薬品供給に追われ、故郷の悲惨な状況に将来の事を考える余裕も失っていました。あれから早いものでHRWの開催時には10ヶ月が過ぎ、また冬将軍が故郷に訪れていることでしょう。今回のHRWでは、時間軸、空間軸を探りながら、安心・安全で健康な社会に資する内容が語られる事を期待して、楽しみにしています。

## 第8回 HRWに寄せて (サポーター寄稿)

# 期待を込めて！

## 第8回ヘルスリサーチワークショップ

### テーマ

## ヘルスリサーチは何を創造できるか

— 20年後の持続可能な社会に向けて —



今回第8回を迎えるヘルスリサーチワークショップ(HRW)は、多分野の参加者の語らいと交流の場として、ユニークな地歩を固めています。分野を越えて一丸となって行われる各参加者の熱い討論は、必ずや将来の日本の医療に資する“何か”を産み出すことと期待されています。そこには、各参加者のヘルスリサーチ(HR)への溢れる思いがあります。そして同時にその運営を担う幹事・世話人のHRへの熱い使命感があります。本項では、過去代表幹事としてHRWを大成功裏に運営し、その終了時にサポーターに退かれた3名の方々に、改めて、HRに対する思い入れを込めて、第8回HRW「ヘルスリサーチは何を創造できるか — 20年後の持続可能な社会に向けて —」に対する期待をご寄稿いただきました。

### 『第8回 HRW に寄せて』



熊本大学政策創造研究教育センター 教授 都竹 茂樹

今回のヘルスリサーチワークショップ(HRW)のテーマは、ヘルスリサーチそのものである。私自身、第2回から連続で参加させていただいているが、「ヘルスリサーチとは？」にはっきりした答えを見いだせないまま、毎回興味深いテーマについて参加者の皆さんと熱く議論してきた。といっても決して消化不良だった訳ではなく、いつもHRW終了後は充実感でいっぱいだったし、気づけば物事を様々な立場・角度から考えるようになっていた。

しかし、それでも「ヘルスリサーチって何だろう？」という問いは心の片隅にいつもある。100人いれば100通りの「ヘルスリサーチ」があるんだろうということは理解しているし、時には「考えることにどれだけの意味があるのか？自分の仕事・研究に邁進することこそが大切じゃないか」と自問自答することもある。ただ「ヘルスリサーチって何だろう？」と自分に問い続けることで、自分の役割がより明確になり、仕事・研究もより深まるのではと密かに期待している。今回は残念ながら！？サポーターとしての参加となるが、皆さんの議論を横で聞きながら、そして時には議論の輪の中に入って、自分なりの「ヘルスリサーチ」を見つけたいと思う。

私自身の想いばかり書き連ねたが、今回のワークショップも皆さんにとって刺激のかつ充実した2日間になることを期待している。



## Snails (かたつむり) と Evangelists (伝道師) との出会い



大阪大学医学部附属病院  
中央クオリティマネジメント部病院教授 中島 和江

本ワークショップには、第1回ヘルスリサーチワークショップに世話人として関わって以来、ずっと参加させていただいています。いつも、設定されるテーマの難しさや面識のない人たちとの議論の場に気後れしながら出席するのですが、いつのまにか夢中になって語り合い、最後には心地よい達成感を味わっています。今回のテーマも「ヘルスリサーチは何を創造できるか」という難解なものです。40人のチャレンジャーが集まったと聞きました。

先日、ある国際学会で、「エビデンスにもとづいた医療 (EBM) か、実践の科学か: これまでの議論の進化」という基調講演を聴く機会がありました。ヘルスリサーチに関わる人には、Snails (スネイル、かたつむり) と Evangelists (エバンジェリスト、伝道師) という2つのタイプがいるのだそうです。前者は、「厳密に定義された問題」に対して質の高い研究を行ってEBMの確立・推進を図る人達を指し、一方、伝道師は、「ごちゃごちゃした扱いにくい問題」を解決するために実践から始める人達のことです。既に1975年の学術論文で論じられている構図ですが、それぞれのタイプに優劣はなく、むしろヘルスリサーチは両方のタイプを必要としているのだと思います。今回のワークショップにも、伝道師タイプやかたつむりタイプなど、色々な方が集まることと思いますが、その出会いと議論、そして新たな発展へのプロセスを通じて、1人1人にヘルスリサーチの醍醐味を体験していただきたいと思います。

最後に、本ワークショップの形式も毎年工夫が凝らされております。昨年は今話題の「ワールド・カフェ」方式が取り入れられました。今年はどうのような試みが行われるのかについても、どうか御注目下さい。

## 「呉越同舟によるヘルスリサーチへの期待」



大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学 教授 中村 安秀

東日本大震災では、海外の友人から多くのお見舞いと励ましの言葉をいただいた。日本びいきの国際人ほど、「ジャパン・クライシス」という言葉を使って心配してくれていた。今回の大震災は、日本社会にとって、まさに危急存亡の秋なのだ。

HRWでは、医師や看護職といった専門職だけでなく、経済学、哲学、人類学、心理学などの幅広い関連分野、行政やジャーナリスト、NGO/NPOなど、いろんな立場の人びとが出会い、ともに学びあう場を提供してきた。第8回HRW

では、ヘルスリサーチそのものをテーマとするという直球をストライク・ゾーンの真ん中に投げ込んだ勇気とともに、まことに時宜にかなった選択であると高く評価したい。

「呉人と越人は仇敵であるが、同じ舟に乗り合わせ、強風で舟が転覆しそうになったときは、互いに助け合って危機を乗り越えようとする」という孫子の故事がある。専門用語も方法論も異なり経験や背景が異なる人びとが、寝食をともにすることで豊かな交流と協働が成立する。

いまは、既成の組織や専門分野の違いに拘泥している場合ではない。被災地を襲った、地震、津波、原発事故と放射能。被災前から医師不足や診療所閉鎖など医療崩壊が進行していた地域であり、被災した多くの市町村は高齢化率が30%を越していた。世界でもまれな高齢社会を直撃した大規模災害の復興には、前例や教範は通用しない。自由闊達な雰囲気の中かでHRWが培ってきたネットワークと方法論によるヘルスリサーチがきっと役立つに違いない。私たち自身の「出会いと学び」を、緊急事態の渦中にある日本社会の復興に向けて大いに活用することを期待したい。

— 第3回理事会、第2回評議員会を開催 —

# 第21期（平成22年10月～平成23年3月度）事業報告 並びに財務諸表及び収支計算書を承認



東京都渋谷区のファイザー株式会社本社会議室で、平成23年5月17日（火）に開催された第3回理事会、並びに6月8日（水）に開催された第2回評議員会において、第21期事業報告及び財務諸表・収支計算書が承認されました。

## ◎平成22年度事業報告

当財団は平成22年10月1日付で公益財団法人に移行し、その時点で開催した第1回理事会・第1回評議員会で、公益財団移行前の平成22年度前半（平成22年4月1日～9月末日）の分かち決算を承認済みである。本件は平成22年度の後半を対象とする事業報告であるが、便宜的に、以下、平成22年度通期での内容を記す。

### 1. 第19回研究助成事業（（ ）内は第18回《平成21年度》実績）

	応募件数	採択件数	助成金額（千円）
国際共同研究	56（55）	10（6）	28,860（17,800）
国内共同研究（年齢制限なし）	97（77）	15（10）	15,000（10,000）
国内共同研究（満39歳以下）	84（90）	16（16）	15,610（15,470）
合計	237（222）	41（32）	59,470（43,270）

### 2. 第17回ヘルスリサーチフォーラムの開催

平成22年11月6日（土）千代田放送会館にて、「社会と共進化（co-evolution）するヘルスリサーチ」のテーマによる研究成果発表を行った。平成19・20年度研究助成成果23題、一般公募演題4題が発表され、同時に、第19回（平成22年度）研究助成金の贈呈式が行われた。また、内容を小冊子にまとめて配付した。

### 3. 第7回ヘルスリサーチワークショップ

平成23年1月29日（土）・30日（日）、アポロラーニングセンター（ファイザー（株）研修施設：東京都大田区）で「安心して、前向きに生きられる社会の実現～『つながり』の可能性～」の基本テーマで、招待、推薦及び公募によるメンバー42名とファシリテーター（幹事・世話人）7名、その他が参加して開催された。

近藤 克則氏（日本福祉大学社会福祉学部教授）による「人々のつながりと健康—ソーシャルキャピタルの可能性」の基調講演に引き続いて、中村 安秀氏、中村 伸一氏、大久保 菜穂子氏（いずれも本ワークショップサポーター）、関原 宏昭氏（本ワークショップ参加者）が加わってパネルディスカッションが行われた。その後、1日目はワールド・カフェ方式でメンバーを入れ替えながら、2日目は固定のチームで、基本テーマに沿った活発な討議が実施され、最後に各チームによる発表と各参加者のコメント発表が行われた。

### 4. 財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」の発行

1回14,000部作成、年間2回（4月・10月号）発行し、全国大学医学部、薬学部、看護学部、経済学部や学会、研究機関、報道機関、厚生労働省、助成案件採択者、財団役員等に配付した。

### 5. 寄付金募集活動

出損企業であるファイザー株式会社の社員を対象に財団の広報活動を行った結果、ファイザー株式会社からの寄付金5,000万円以外の一般寄附金は、平成22年度通期で252万円で、過去最高額となった。



◎ 第21期事業報告並びに決算報告書

(既述の通り) 第21期決算は公益財団法人移行後の平成22年度後半(平成22年10月1日～平成23年3月末日)を対象とする。

基本財産運用益3,479万円、個人からの寄付金76万円などにより、収入合計は3,556万円であった。

財団事業は、ヘルスリサーチ研究に対する助成、ヘルスリサーチワークショップの開催、財団機関誌の発行、研究成果の発表の場であるヘルスリサーチフォーラムの開催であるが、その経費計上は10月以後の第21期(本決算)に集中しており、事業費支出計(総事業費)は総額7,406万円であった。これに管理費533万円を加えた事業活動支出計(総費用)は7,939万円で、研究助成事業強化積立基金の正味847万円の取り崩し(1,000万円の取り崩し、153万円の積立)によって対処した。

指定正味財産は、対前年度比較で変動無し of 24億円、一般正味財産期末残高は2億6,522万円となった。

財団の財務諸表につき、監事から、わが国において一般に公正妥当と認められる公益法人会計の基準に準拠して、財団の財政状態並びに正味財産増減の状況をすべての重要な点において適正に表示しているものと認めるとの監査意見を得ている。又、収支計算書についても、第21期の収支の状況をすべての重要な点において適正に表示しているものと認めるとの監査意見を得ている。

◆ 貸借対照表 平成23年3月31日現在

(単位:円)

◆ 正味財産増減計算書

平成22年10月1日から  
平成23年3月31日まで

(単位:円)

科目	22年10月～ 23年3月度決算	22年4月～ 22年9月度実績(参考)
<b>I 資産の部</b>		
<b>1 流動資産</b>		
現金預金	28,636,696	64,755,720
流動資産合計	28,636,696	64,755,720
<b>2 固定資産</b>		
<b>(1) 基本財産</b>		
基本財産有価証券	2,270,678,500	2,470,074,200
基本財産定期預金	314,374,207	114,218,507
基本財産合計	2,585,052,707	2,584,292,707
<b>(2) 特定資産</b>		
研究助成事業強化積立基金	51,530,000	60,000,000
財団運営強化積立基金	0	0
特定資産合計	51,530,000	60,000,000
固定資産合計	2,636,582,707	2,644,292,707
資産合計	2,665,219,403	2,709,048,427
<b>II 負債の部</b>		
流動負債合計	0	0
負債合計	0	0
<b>III 正味財産の部</b>		
<b>1 指定正味財産</b>		
指定正味財産合計	2,400,000,000	2,400,000,000
(うち基本財産への充当額)	(2,400,000,000)	(2,400,000,000)
<b>2 一般正味財産</b>		
(うち基本財産への充当額)	(185,052,707)	(184,292,707)
(うち特定資産への充当額)	(51,530,000)	(60,000,000)
正味財産合計	2,665,219,403	2,709,048,427
負債及び正味財産合計	2,665,219,403	2,709,048,427

科目	22年10月～ 23年3月度決算	22年4月～ 22年9月度決算(参考)
<b>I 一般正味財産増減の部</b>		
<b>1 経常増減の部</b>		
<b>(1) 経常収益</b>		
①基本財産運用益	34,789,342	14,240,845
②特定資産運用益	5,478	20,652
③受取寄付金	760,000	51,756,000
④雑収益	4,777	14,513
経常収益計	35,559,597	66,032,010
<b>(2) 経常費用</b>		
①事業費		
国際共同研究事業費	28,860,000	0
国内共同研究年齢制限なし事業費	14,000,000	0
国内共同研究満39歳以下事業費	15,610,000	0
ヘルスリサーチワークショップ費	3,906,327	2,112,532
財団機関誌費	2,214,635	2,429,261
ヘルスリサーチフォーラム費	9,467,879	191,944
事業費計	74,058,841	4,733,737
②管理費		
旅費交通費	318,150	369,820
通信運搬費	379,095	328,513
会議費	254,565	238,798
消耗什器備品費	366,723	613,765
消耗品費	373,387	149,336
印刷製本費	1,033,724	206,834
審査謝金	0	388,886
出席謝金費	944,435	283,330
租税公課	0	70,000
広告費	0	7,350
アルバイト費	982,617	1,013,921
雑費	677,084	518,849
管理費計	5,329,780	4,189,402
経常費用計	79,388,621	8,923,139
当期経常増減額	△43,829,024	57,108,871
<b>2 経常外増減の部</b>		
<b>(1) 経常外収益計</b>	0	0
<b>(2) 経常外費用計</b>	0	0
当期経常外増減額	0	0
当期一般正味財産増減額	△43,829,024	57,108,871
一般正味財産期首残高	309,048,427	251,939,556
一般正味財産期末残高	265,219,403	309,048,427
<b>II 指定正味財産増減の部</b>		
指定受取寄付金	0	50,000,000
指定基本財産運用益	33,992,249	12,857,331
一般正味財産への振替額	△33,992,249	△62,857,331
当期指定正味財産増減額	0	0
指定正味財産期首残高	2,400,000,000	2,400,000,000
指定正味財産期末残高	2,400,000,000	2,400,000,000
<b>III 正味財産期末残高</b>	2,665,219,403	2,709,048,427

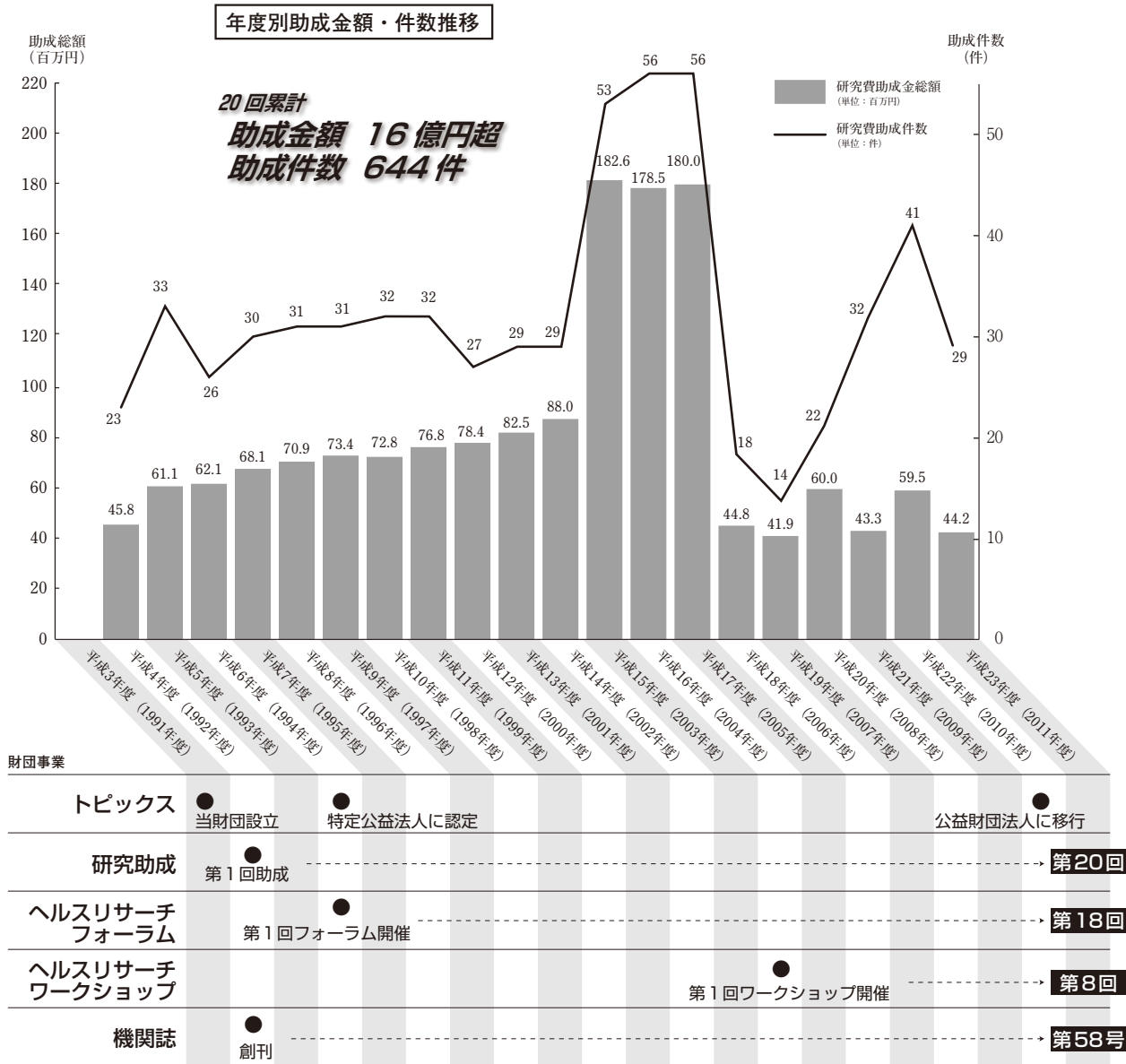
## 当財団の助成が第20回を迎えました — 一定着する財団事業 —

平成4年（1992年）に第1回の助成を開始して以来、本年度で当財団の助成事業は第20回を迎えました。この20年間の助成の推移は下記グラフの通り、累計件数で644件、累計助成金額は16億円に達しています。

この他の財団事業も順調に伸展しています。助成成果の発表の場として発足したヘルスリサーチフォーラムは、本年度、第18回を数えました。若手研究者の育成事業として平成16年度に新たに開始したヘルスリサーチワークショップも8回を重ねます。また、ヘルスリサーチの情報提供の為に当財団設立直後に創刊された機関誌「ヘルスリサーチニュース」（本誌）も58号になりました。

これら事業を通じて、今後もいささかなりとも本邦の医療に貢献できればと思います。

引き続き、“新成人”となった当財団の活動にご支援下さるよう、お願い致します。







# プログラム決定!!

## 第18回ヘルスリサーチフォーラム及び 平成23年度 研究助成金贈呈式

テーマ：社会に定着しつつあるヘルスリサーチ

本年度のフォーラムは平成21年度国際共同研究成果発表6題、平成21年度国内共同研究成果発表26題に平成23年度一般公募演題発表3題を加え、合計35演題を6つのセッションに分けて企画しています。またフォーラム終了後には本年度研究助成金の贈呈式を行います。

今年の基本テーマは、「社会に定着しつつあるヘルスリサーチ」に設定致しました。

本フォーラムは昨年に引き続き厚生労働省の後援を頂いての開催であります。また、例年通り一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構のご賛同を得ましての開催でございます。奮ってご参加下さいますようお願い申し上げます。本フォーラムは昨年に引き続き厚生労働省の後援を頂いての開催です。また、例年通り一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構のご賛同を得ましての開催です。奮ってご参加下さい。

□日時 平成23年11月5日(土)

- フォーラム&贈呈式：正午12時00分～午後6時30分  
(11時からポスター見学可)
- 情報交換会：午後6時30分～

□会場 千代田放送会館

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町1-1  
TEL：03-3238-7401

**参加費無料**

□プログラム 本誌P.25～26をご覧ください。

□後援 厚生労働省

□協賛 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

### □参加申込方法

必要事項(氏名、勤務先、所属・役職、住所、電話・FAX番号、E-mailアドレス)を明記の上、当財団宛に郵便、ファックス、又はE-mailでお申し込み下さい。折り返し参加証を送付致します。尚、応募多数で定員を超える場合は先着順とさせていただきます。

### □申込先

郵便宛先：〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル  
公益財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団  
FAX: 03-5309-9882  
E-mail: hr.zaidan@pfizer.com

申込締切  
平成23年10月24日(月)必着

11:00

12:00

ポスター見学

フォーラム・ポスターセッション  
セッション1、2、3を同時進行します

セッション1

座長



東北大学大学院  
医学系研究科  
教授

平野 かよ子  
(当財団 選考委員)

会場：A (3階)

★ 看護専門外来を運営する専門（認定）看護師のコミュニケーションの特徴と患者のアウトカムの関連  
横浜市立大学医学部看護学科 教授 勝山 貴美子

★ 日本国内の病院に勤務するインドネシア人看護師候補者の組織市民行動に関する研究  
国際親善総合病院 看護課長 高橋 亮

■ 高齢者の予防訪問の有用性と効果効率的な運用に関する国際的研究  
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科地域保健看護学 教授 佐々木 明子

■ 先進国における家族介護者支援の現状分析に基づく途上国への適用および日本導入におけるモデル提言  
-ドイツ、英国、日本およびチリの文献レビュー・疫学調査分析および学際的考察に基づく各国の今後の支援のあり方  
筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻ヘルスサービスリサーチ分野 教授・分野長 田宮 菜奈子

★ 要介護高齢者の肺炎に対する、口腔ケア及び肺炎球菌ワクチン接種による肺炎予防効果：  
歯科と医科の連携の実践  
医療法人財団夕張希望の杜歯科診療部 部長 八田 政浩

○ 高齢者総合機能評価に基づく認知症患者の在宅ケアプランニング  
国立長寿医療研究センターものわすれセンター（兼）在宅医療・地域医療連携診療部認知症地域医療連携専門職（研究領域） 清家 理

★ 介護者の選好に基づく介護給付の選択—informal careの経済的価値—  
東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野 研究員 尾形 倫明

セッション2

座長



元東海大学法科大学院  
教授

宇都木 伸  
(当財団 評議員/選考委員)

会場：B (7階)

■ 「医療事故と制裁をめぐる国際比較：処罰重視からの脱却をめざして」  
上智大学法学部 教授 岩田 太

★ 尊厳死・安楽死に関する法的・規範的研究  
東京大学大学院医学系研究科グローバルCOEプログラム「次世代型生命・医療倫理の教育研究拠点創成」 特任助教 有馬 斉

★ 医療機関におけるハラスメント防止のためのeラーニング教材（コンピュータ・ネットワークを利用したオンライン問題集）の開発と、その活用による職員教育の有効性の検討  
東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学講座 特任助教 原田 賢治

★ 在日外国人のための医療通訳養成システム構築  
—医療コミュニケーション・通訳理論に基づいた医療通訳教育方法の開発  
東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻医療コミュニケーション学 博士課程四年 大野 直子

★ 生活保護制度における医療扶助の研究—運用実態から検証する制度課題—  
神戸親和女子大学発達教育学部福祉臨床学科 准教授 赤井 朱美

★ 地域における拡大ロービジョンリハビリテーションシステムの構築とその効果に関する研究  
東北大学大学院医学系研究科 講師 鈴鴨 よしみ

★ 急性心不全患者を対象に複数病院間の戦略の差を検討し、  
患者や病院の背景因子と予後との関連を解明する  
国際医療福祉大学病院 教授 柴 信行

セッション3

座長



自治医科大学  
医療安全対策部  
教授

長谷川 剛  
(当財団 理事)

会場：C (2階)

★ 日本における骨粗鬆症治療の医療経済評価研究 —モデリングに基づく費用対効果の検討—  
新潟医療福祉大学医療経営管理学部医療情報管理学科 助教 森脇 健介

★ 破骨細胞機能の個体差異の解析に基づいた骨粗鬆症に対する新しいテーラーメイド医療の開発  
大阪大学免疫学フロンティア研究センター・細胞動態学 教授 石井 優

★ 広汎性発達障害当事者に対する心理社会的介入プログラムによる有効性の検討と  
精神的ケア向上に関する研究  
東京大学大学院医学系研究科精神医学分野 准教授 山末 英典

★ “重症心身障害児（重症児）を育てること”に対する家族の困難を探る  
—在宅で障害児を養育する家族を取り巻く地域ケアシステムに焦点を当てて—  
筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻小児看護学 助教 涌水 理恵

★ 日本の少年院における自閉症スペクトラムを抱えた非行少年へのメンタルケア  
東京医科大学精神医学講座 兼任講師 榎屋 二郎

★ 青年期・成人期の自閉症スペクトラム障害の診断・評価のための直接観察尺度の開発  
淑徳大学総合福祉学部実践心理学科 准教授 黒田 美保

★ 我が国の小児科病棟入院患者において、薬剤性有害事象ならびに薬剤関連エラーがどれくらいの頻度で発生しているのか、その発生率を明らかにし、それらの発生に関連する因子を調査検討する臨床疫学的研究  
京都大学大学院医学研究科医学教育推進センター 助教 作間 未織

13:20

13:35

休憩

■印は平成21年度の国際共同研究助成による研究 / ★印は平成21年度の国内共同研究助成による研究 / ○印は平成23年度一般公募演題

13:35

開会挨拶 2階メイン会場

開会挨拶

公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団 理事長 島谷 克義

フォーラム・ホールセッション 2階メイン会場

セッション 4

座長



昭和薬科大学 学長  
伊賀 立二  
(当財団 理事/選考委員)

- ★ アドヒアランス向上のための薬局薬剤師の患者ケアに関する実証研究  
東京大学大学院薬学系研究科 助教 草間 真紀子
- ★ 注射剤における薬品情報提供用紙の提供に関する実態と患者ニーズの調査、およびその啓蒙活動  
昭和大学薬学部薬劑学教室 准教授 倉田 なおみ
- ★ 患者の服薬行為ならびに化学療法の選好に係る潜在因子に関する研究  
徳島文理大学香川薬学部 教授 飯原 なおみ
- ★ 白金系製剤を含む痛化学療法に伴う悪心・嘔吐に関する制吐療法の医薬経済に関する後ろ向き調査研究  
京都大学大学院医学研究科 教授 川上 浩司
- ★ 外来化学療法におけるインフォームド・コンセントのミックス法を用いた観察研究  
京都大学医学部附属病院探索医療センター探索医療臨床部 教務補佐員 八田 太一

15:00

セッション 5

座長



慶應義塾大学 名誉教授/  
尚美学園大学 副学長  
矢作 恒雄  
(当財団 評議員/選考委員)

- わが国の医療用医薬品供給体制の災害抵抗力と今後の課題 - 東日本大震災の検証から  
専修大学商学部 准教授 (専修大学大学院商学研究科 准教授 兼任) 高橋 義仁
- ★ 過疎地に居住する要介護認定高齢者の医療費・介護費を含むヘルスケアコストに関連する要因を検討すること  
財団法人日本バプテスト連盟医療団 総合病院日本バプテスト病院 看護師 野尻 (秋山) 直美
- ★ 格差と健康 - 社会政策としてのソーシャル・キャピタルの可能性 -  
金沢大学医薬保健研究域医学系環境生態医学・公衆衛生学 助教 日比野 由利
- 健康寿命の延伸に寄与する要因  
~ 22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「姫島発! あったかなむらづくり事業」の結果から~  
慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員 (訪問) / 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 博士課程1年/社会福祉士 精神保健福祉士 加納 三代

16:00

コーヒープレーク

16:20

セッション 6

座長



国立国際医療センター  
名誉院長  
小堀 鷗一郎  
(当財団 選考委員)

- ★ うつ状態「頭部瘀血」に対する鍼灸治療介入による病態変化の脳科学的解析  
東京大学大学院医学系研究科精神医学教室 大学院生/神奈川県立精神医療センター芹香病院 医師 野田 賀大
- うつ病・不安障害の認知行動療法の質とEBM適応についての日英の医療制度比較  
千葉大学大学院医学研究院 子どものこころの発達研究センター長、認知行動生理学 教授 清水 栄司
- ★ 自殺希少地域の地域特性を多角的に調査分析し、同地域に潜在すると仮定される自殺予防因子を抽出する。  
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 後期博士課程3年 岡 檀
- 急性期病院における4疾患の入院期間および費用に関する日本とカナダの比較研究  
静岡県立病院機構 理事長 兼 静岡県立総合病院 院長 神原 啓文
- 臨床研究の振興と実施体制に関する日米比較研究  
国立循環器病研究センター先進医療・治験推進部 部長 山本 晴子

17:30

休 憩

17:40

第20回(平成23年度)研究助成発表・贈呈式 2階メイン会場

来賓挨拶

厚生労働省大臣官房厚生科学課長 塚原 太郎

協賛機関挨拶

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 副所長 岡部 陽二

来賓挨拶

ファイザー株式会社 代表取締役社長 梅田 一郎

選考経過・結果発表

選考委員長 東京大学大学院医学系研究科内科学専攻循環器内科 教授 永井 良三

研究助成金贈呈式

公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団 理事長 島谷 克義



選考委員長

永井 良三

18:30

情報交換会 1階ラウンジ



参加費無料

# 第18回ヘルスリサーチフォーラム及び 平成23年度研究助成金贈呈式 開催迫る!

テーマ：「社会に定着しつつあるヘルスリサーチ」

■日 時：平成23年11月5日(土)

正午12時～18時30分  
(午前11時からポスター見学可)

■会 場：千代田放送会館

(東京都千代田区紀尾井町)

※プログラム内容、その他詳しくは本誌P.24～26をご覧ください。

## ご寄付をお寄せ下さい

当財団は平成22年10月1日に公益財団法人に移行しました。

公益財団法人は、教育または学術の振興、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法人で、これに対して個人または法人が寄付を行った場合は、下に示す通り、税法上の優遇措置が与えられます。

(詳細は財団事務局までお問い合わせ下さい)

### 個人の場合

1年間の寄付金の合計額又はその年の所得の40%相当額のいずれか低い金額から、2千円を引いた金額が所得税の寄付金控除額となります。

### 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。

## ご寄付御礼

本年3月1日～8月31日の間に以下の方々からご寄付をいただきました。謹んで御礼申し上げます。

陶山 数彦 様	池原 清春 様	武部 篤始 様	川添 信 様	武本 重毅 様	為安あかね 様
梅田 一郎 様	河野 潔人 様	松本かおり 様	朝日健太郎 様	島谷 克義 様	廣田 孝一 様
塚本 桓世 様	松田 弘司 様	田柳 勝男 様	高橋 栄一 様	星野 洋一 様	
岩崎 博充 様	森田 文章 様	馬場 継 様	松村 真司 様	松森 浩士 様	
株式会社 じほう 様		ファイザー株式会社 様			(順不同)

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

公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

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

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

©Pfizer Health Research Foundation

E-mail: hr.zaidan@pfizer.com ◆ URL: <http://www.pfizer-zaidan.jp>