

ヘルスリサーチニュース

目次

第8回(平成11年度)助成案件公募を締切る	(P 1)
第6回ヘルスリサーチフォーラム一般演題及び平成8年度中期派遣助成成果発表を採択	(P 1)
研究等助成受領成果報告-国際共同研究助成2編、研究者派遣助成1編、招聘助成2編	
外傷治療成績の改善を目的とした多施設共同研究による治療の質の評価法の確立	(P 2)
マネージドケアの医療費抑制効果と諸問題	(P 3)
英国NSH下における看護経済学の現状および看護労働・人的資源の獲得に関するセミナー、基調講演の実施	(P 3)
「医療機関から地域に広がる看護・保健」のあり方に関するわが国の看護教育への評価と指導	(P 8)
日本人、および日系米国人における終末期医療に対する考え方と医療方針に対する意思決定モデル	(P13)
推薦図書	(P14)
第6回ヘルスリサーチフォーラム プログラム内容決定	(P15)
第6回ヘルスリサーチフォーラム 開催のお知らせ	(P16)

第8回(平成11年度)助成案件公募を締切る

第8回(平成11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195件と、昨年より26件増加し、過去3年間を上回るものとなりました。

平成10年から、従来のヘルスリサーチの研究分野「全般」から、時代のニーズにあった「特定領域」(1.制度・政策関連研究 2.医療経済学的研究 3.保健医療サービス 4.医療資源開発研究 5.社会科学的調査研究)の募集を行い、それに則した研究内容の応募が、昨年とほぼ同様の割合でありました。特定領域別にみると、平成11年度は、やや社会科学的調査研究の応募が目につきましたが、全体の42%はバイオメディカル等の特定領域外の応募でした。平成9年度は、全体の87%がバイオメディカル等の応募でしたので、この2年間で当財団の応募内容が大きく変化したと言えます。

応募された助成案件は選考委員会で検討・選考の後、理事会に報告・決定され、その結果は採否にかかわらず10月中旬頃、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	95	92
短期海外派遣	34	26
中期海外派遣	49	36
短期招聘	16	12
中期招聘	1	3
合計	195	169

第6回ヘルスリサーチフォーラム一般演題及び平成8年度中期派遣助成成果発表を採択

本年度のヘルスリサーチフォーラム(11月6日(土)開催)で発表される一般演題募集には18題の応募があり、8月13日(金)開催の組織委員会で下記8題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

大学病院外来受診患者の医療ニーズおよび医療評価に関する質的分析の可能性	北海道大学医学部附属病院総合診療部大学院生	瀬島 克之
欧米の看護を取り入れる際の視点 内容を具象化する方法としての形式	長野県看護大学看護学部生活援助学教室講師	前田 樹海
イギリスにおけるCasemix分類(HRG)について	産業医科大学公衆衛生学教授	松田 晋哉
看護ケアのアウトカム評価方法(日米比較)	東京医科歯科大学医学部保健衛生学科看護管理学専攻講師	阿部 俊子
体重不足および肥満と健康関連Quality of life : その関連と変化について	国立病院東京医療センター総合診療科医師/東京大学大学院医学系研究科非常勤講師	尾藤 誠司
発展途上国、とくにインドネシアにおける難聴予防・医療の現状と医学教育上の問題点	日本ヒヤリングインターナショナル監事	村上 嘉彦
高齢社会における共生 技術のユニバーサル化に対する役割	国立公衆衛生院生理衛生学部室長	佐々木昭彦
世界視野にみた日本の二分脊椎医療 Worldwide Surveyにおける国際比較と医療上の諸問題	東海大学医学部脳神経外科助教授	大井 静雄

また、当財団の平成8年度中期派遣助成に基づく次の研究の同フォーラムでの発表も採択されました。

医薬品の価格競争と需要 薬効分類、企業、市場規模、後発品の影響	慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授	姉川 知史
---------------------------------	--------------------	-------

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成2編、研究者派遣助成1編、招聘助成2編 -

平成9年度国際共同研究

外傷治療成績の改善を目的とした多施設共同研究による治療の質の評価法の確立

研究期間 1997年10月1日～1998年9月30日

代表研究者 日本医科大学医療管理学教室 助教授

高柳 和江

共同研究者 川口市立医療センター救命救急センター部長

小関 一英

Florida Atlantic University, School of Public Administration・Professor

Thai Khi

公立昭和病院救命救急センター 主任医長

坂本 哲也

目的

外傷治療の改善を目的として、多施設合同による診療の質の評価法の確立をTRISS methodを用いておこなった。

方法

14の研究参加施設で、Preventable Trauma Death(PTD)判定の基準を作成した。救命救急センターに入院した全外傷患者について外傷患者の登録制を本研究で独自に開発した登録とデータ出力用の専用ソフトウェアを用いて行なった。重症度評価法としてのTRISS methodを用いてPs(予測致命率)を計算しPTDを求めた。PTDの検証するためにさらに同僚審査Peer Review(PR)を行なった。頭部外傷患者についてはCTでの所見の分析法を作成し、参加施設の頭部外傷についてこの分離法をあてはめ、予後予測に結びつけた。

結果と考察

1994年から1997年に5400例を超える外傷患者の登録を行ない、TRISSでのPTDを求めた。TRISSの計算式で、年齢因子で超高齢者での新たな計算式が必要であることがわかった。本研究では、予測致命率をスクリーニングの手段として使い、より正確なPTDを求めた。このPTDとPRでのPTDの差を検証した。PRに再現性をcheckするために、PTD判定の基準を作成し、2つのPRを同じ症例に行なってその差を統計的に検討することにより、PRの正確さが検証され正確なPTDにはTRISSだけでなく、PRが必要であることが実証された。この研究はISQua(International Society for Quality)発表された。こうした研究成果をうけて、外傷学会で、救急の質の検証にTRISSが必要であると決められ救命センターの登録制度にむけて始動している。頭部外傷の分野で、頭部CT分類が予後予測に役立つことが証明され、European Surgical Research学会で発表された。

日本独自の重症度判定のために、1万例以上の母数が必要であるので、さらに症例を集積し統計的処理を行なった段階で米国の外傷医療登録の基幹大学であるBaylar医科大学と組んで係数を設定する方向で話が進んでいる。本年秋には日本版予測致命計算式を出し、外傷外科学会にて発表する予定となっている。

発表文献

- 1) Takayanagi Kazue : Preventable Trauma Deaths, Clinical Performance and Quality Health Care. 6(4), 163-167 (1998)
- 2) Takayanagi Kazue : TRISS methodによる外傷治療の評価、日本救急医学会関東地方会雑誌 19(1), 32 (1998)
- 3) 小関一英 : 外傷治療の質と評価、日外傷会誌 13(2), 88-98 (1999)

平成9年度中期派遣

マネージドケアの医療費抑制効果と諸課題

派遣期間 1998年7月25日～1998年12月3日
 受入先 スタンフォード大学アジア太平洋研究センター医療政策比較プロジェクト
 派遣者 国際医療福祉大学医療経営管理学科 助教授 田村 誠
 (助成当時：東京大学大学院医学系研究科・健康社会学 助手)

実施概要

90年代の米国医療に極めて大きなインパクトを与えたマネージドケアの医療費抑制効果と諸課題について、研究論文のレビューと現地でのヒアリングをもとに検討を加えた。

その結果、マネージドケアは負の部分も少なくないものの、米国医療にとっては総じてプラスの効果があったと考えられた。

また、わが国にとっても、マネージドケアをシステムごと移管することは困難であるかもしれないが、マネージドケアの有するさまざまな技術や仕組みを持つてくることは可能であると考えられた。

<研究成果発表方法>

以下により発表済み

「病院」1998年10月号～1999年5月号までの連載

「マネージドケアと米国医療の変容」

1. マネージドケアの仕組みと興隆の背景 病院57巻第10号1998年10月
2. マネージドケアの急成長に伴い噴き出した問題 病院57巻第11号1998年11月
3. マネージドケアの医療費抑制効果と質 病院57巻第12号1998年12月
4. マネージドケアと米国医療の変容(その1) 病院58巻第1号1998年1月
5. マネージドケアと米国医療の変容(その2) 病院58巻第2号1998年2月
6. マネージドケアと米国医療の変容(その3) 病院58巻第3号1998年3月
7. マネージドケアの今後(その1) 病院58巻第4号1998年4月
8. マネージドケアの今後(その2) 病院58巻第5号1998年5月

「マネージドケアで医療はどのように変わるのか - その問題点と潜在力」(医学書院)として99年7月に発刊(本誌P14「推薦図書」で紹介しております。ご参照ください。)

平成9年度短期招聘

英国 NHS 下における看護経済学の現状および看護労働・人的資源の獲得に関するセミナー、基調講演の実施

招聘期間 1998年2月26日～1998年3月16日
 招聘者 エジンバラ クイーン・マーガレット・カレッジ リーダー ジェイムス・ブキャン
 受入先 国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科
 報告者 国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 教授 矢野 聡

実施概要

2月26日：国際医療福祉大学主催・歓迎レセプション(於 栃木 国際医療福祉大学)

2月27日：国際医療福祉大学主催・講演「NHS改革と看護労働市場」(於 東京 医学書院講堂)

3月 2日：看護経済研究会主催「イギリスにおける看護と看護経済」(於 広島 広島大学)
3月 6日：看護コスト研究会主催「看護経済研究の進展に関する日英比較」(於 東京 医療科学研究所会議室)
3月 7日：看護経済学研究会主催「英国医療制度改革と看護へのインパクト」(於 東京 市ヶ谷私学会館)
看護経済学研究会会長および看護コスト研究会座長は矢野聡

以下は、著者の厚意により、特に日本の看護専門家および研究者に向けて、英国の医療改革の動向と看護へのインパクトを最近のデータを交えて解説してほしいという訳者の要請にこたえて、執筆されたものである。

英国における看護労働 ~ NHS改革は看護労働にどう影響したか ~

エジンバラ クイーン・マーガレット・カレッジ リーダー ジェイムス・ブキャン Ph.D

1) 背景

本論文は、英国(イングランド、北アイルランド、スコットランドおよびウエールズ)における1990年以降のNHS(National Health Services 国民医療サービス)改革が、英国の看護労働に与えたインパクトについて検討することを目的としている。

英国では、救急医療を提供しないごく少数の独立営利病院 independent profit making hospital の場合を除き、すべての病院医療はNHSのもとで運営され、またほとんどのプライマリ・ケアとコミュニティ・ケアは公的セクターによって供給されている。したがって、英国における病院稼働率や医療労働のデータ(それぞれ上記4つの地域¹から集められる)は、ほとんどすべての医療サービスについてをカバーしているのである。しかしながら、各地域には微妙な地域差があるため、必ずしも4地域のデータすべてが「英国」全体の実態を表わすものとして同値であるとは限らない。そこで本論文では、もっぱら全英国の83%の看護労働力が集中するイングランドの状況について報告したい。なお他の3地域についても、おおむね同様のトレンドがあると考えてよい。

1948年の制度発足以来、NHSは多くの改革を経験してきた。そのなかで最近の、しかも最もラディカルな“大改造”は、マーガレット・サッチャー保守党政権下で1990年に始まった改革である。1997年の選挙による労働党政権の誕生とともに、いくつかの改革プロセスは中止あるいは変更されたが、改革の基本骨格はそのまま維持されている。

NHS改革のプロセスの要点は、1) 医療サービスに“内部市場”を導入すること；地域の医療政策当局が、医療サービスの“購入者 purchaser”として、特定の医療サービスを病院コミュニティ・ケア・センターなどの“供給者 provider”から購入すること、2) 個々のプロバイダーに対して、医療スタッフの確保、配置などについて大幅な裁量権を与えること、そして3) 医療資源の配分を、病院医療からコミュニティ・ベースのプライマリ・ケアにシフトさせること、である(詳しくはRobinson and Le Grand (1995)を参照のこと)。

以上の背景を踏まえ、以下ではNHS改革の英国看護労働に対する影響を報告する。

2) 看護労働の供給

イングランドにおける、NHSに雇用されているRNとEN(Enrolled Nurse)²を含めた常勤換算での看護婦総数は、1980年代後半から現在までほとんど変化はない。最近のデータでは、教育途中(見習い)の看護婦の数は著しく減少してきており、看護スタッフのグレード・ミックス化が進んでいることがわかる(表1)。

このような変化には、英国における看護教育の改革の進展が少なからず寄与している。「プロジェクト2000」と呼ばれるこの改革は、看護教育の担い手を(それまでの看護学校から)短大や大学に移すとともに、それらの学生を医療現場における“働き手”ではなくあくまで“余剰人員”として扱うことを目指している。この「プロジェクト2000」のスタートにより、ENの養成は終了した。

表1 : NHS Hospital and Community Health Service Nursing and Midwifery Staff by Qualification (excluding agency staff and Project 2000 students)

	England at 30 September each year				W-T-E
	1985	1990	1994	1995	% change 1985-95
TOTAL NURSES & MIDWIVES	397,030	395,360	348,690	343,830	- 13.4
Qualified	234,130	242,340	238,780	240,160	2.6
Unqualified	91,640	90,450	92,550	92,380	0.8
Learners(excluding Project 2000)	71,260	58,840	11,080	6,900	- 90.3
Project 2000	-	-	?	33,000	-
Unknown		3,730	6,270	4,390	

Source : DoH Statistical Bulletin, 1996/19

NHSにおける総看護職数の安定的な推移は、それ以前の数十年間のトレンドと鮮やかな対比をみせている。1980年代以前は、看護労働力は増加傾向にあり、1970年代なかばから80年代前半にかけて、1年ごとに約4%の増加をみせていた (Buchanほか(近刊))

この看護労働力の安定化は、NHSの病院部門における病院稼働率の持続的な成長(入院、外来とも)や、病院他職種における構成の変化と比べると興味深い(表2)(他職種における)このような変化がおこった理由は、NHS改革において、病院の支援・補助業務が“外部委託 contracting out”され、それら業務の従事者が削減された一方で、NHS改革の進展を支援する“管理スタッフ”の配置の必要が増してきたためである。

表2 : NHS Hospital and Community Services, England : Staff, 1985 and 1995

	1985	1995	% change
All staff	812,840	764,210	- 6%
All direct care staff	518,490	500,800	- 6%
Nursing and Midwifery	397,030	343,380	- 13%
Professional and Technical	74,300	95,760	+29%
Medical/Dental	41,530	52,580	+27%
Ancillary	139,380	66,760	- 52%
Administration and Clerical	110,940	138,440	+15%
General Managers	-	22,530	-

Source : DoH Statistical Bulletin, 1996/19

看護労働供給は以下の3つのソースをもつ。第一はいわゆる“新卒”ナースであり、登録前教育 pre-registration education を終了して専門看護婦として登録された新人ナースたちである。第二は“復職”ナースであり、しばらく休職していたり、看護職以外の職業に従事していて、再度看護労働市場に参入してきたナースたちである。そして最後のソースは、英国以外から来るナースたちである。

しかし、登録前教育を経て看護労働市場に参入してくるナースの数は、近年かなり減少している(表3)。その理由は、1980年代後半以降、登録前教育の入学定員が、英国全体で約10,400人以上(およそ43%)削減されたためである。このことは、結果として表3のように、看護専門職として看護労働市場に参入し、労働力となる新人ナースの11%の減少(1991年から1996年のあいだ)をもたらし、この減少傾向は

さらに続くと予想されるのである。

まず新人ナースの確保については、現在「プロジェクト2000」のプログラムにそった入学定員の増加策が中央のイニシャティブで進められているが、これが実際に看護労働供給に効果を出すまでには、少なくとも3年かかるだろう。このことを前提に看護労働力を推定してみると、看護婦数を現在のNHSの水準に維持すると仮定した場合、看護教育の定員は、現在の年間25,000人から2012年には30,000人に増加させなければならないと予想される。

一方、再就職ナースの動向については、公式データからは容易に見極めることができない。たとえばLader(1995)による最近の“潜在的復職者数調査”によれば、看護婦として再び働いてもよいと考えている潜在的な復職者は、1970年代以降明らかに減少しているという。

さらに、英国以外の国からの看護婦の流入・流出は、1980年後半以降やはりかなり減ってきているといわれている。個々の病院単位では、他国の看護婦をその専門技術によって積極的に採用しているという報告があるものの、全体的な傾向としては流入・流出ともその状況が明らかではない。

看護婦の離職・転職については、80年代後半から90年代はじめにかけての経済不況の間は減少していたが、最近の調査結果では、看護婦の移動は増え始めていることがわかった。90年代はじめの経済不況下で沈静化していた離職・転職も、1993年以降年々増加の傾向にある。

(以上の点については、Buchan, Seccombe and Thomas(1997)およびSeccombe and Smith(1996)による詳細な記述あり)

表3 : Entrants to the UKCC Professional Register

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	% change
England	14,786	14,184	13,931	13,992	13,997	13,527	- 8.5
N. Ireland	659	726	717	707	585	581	- 11.8
Scotland	2,537	2,513	2,485	2,334	2,060	1,920	- 24.3
Wales	998	846	936	915	769	842	- 15.6
Total	18,980	18,269	18,069	17,948	17,411	16,870	- 11.1

Source : UKCC Annual Reports

3) 非NHSの看護婦雇用の状況

NHSにおける看護婦数が80年代後半以来安定的であるのに対して、NHSの傘下の外にある、特に高齢者ケアのための私設のナーシング・ホームにおける看護婦の雇用は飛躍的に増加し(表4)そして全体的にも、イングランドにおいてナーシング・ホームに雇用されるRNとENの(常勤換算した)数は、1990年から1995年のあいだに56%増加している。

表4 : Nursing and Midwifery Staff in the NHS and the Private Sector Hospitals, Homes and Clinics
England

	Whole-time equivalents		
	1990	1995	% change
NHS:			
qualified nursing staff	242,340	240,160	- 1
unqualified nursing staff	90,450	92,380	2
Private hospitals, homes, & clinics:			
Qualified nursing staff	32,430	50,470	56
Unqualified nursing staff	46,100	81,160	76

Source: DoH Statistical Bulletin 1996/19

4) 看護婦雇用の動向

以上のように、英国における看護労働力のおもな特徴Key featuresは、

- 1) NHSにおける総看護婦(雇用)数の横ばい状況
- 2) “見習い”看護婦数の減少
- 3) NHSにおける看護補助者の雇用水準はほとんど変化なし
- 4) 非NHS施設での看護婦雇用の増大

であった。

最近7年間の英国における看護労働市場の変化の力学は、NHS改革の進展と労働供給サイドに対する「プロジェクト2000」の導入、そして労働需要サイドにおける非NHSセクターでの雇用の増大である。NHS改革は(周知のとおり)医療における費用削減、特に、ほとんどの病院で経常費用の70%以上をしめるといわれる労働費用の削減に向けられてきた。(Buchan and Seccombe(1995))。そのため、病院管理者はスタッフ・レベルとミックスを変えることによって、雇用するスタッフのコスト抑制の方策を探っているのである。

うえのような状況を反映して、ここ2年ほどのあいだに、看護技術の不足という観点での看護労働市場における需給バランスの不均衡が、特に都市部や特別な職種の領域で顕著になってきた(cf. 小児看護や精神医療、重傷患者のケアなど)。

技術的な看護不足は、一部で地域の医療管理者 local manager に、ケア・アシスタントの雇用の増加を通して代替的な労働力を確保しようというインセンティブを与えることになった。

また、代替的という点では、より専門的な看護機能～たとえばナース・プラクティショナー～を医師のかわりに配置するうごきが増えていることがあげられる。

これらのことは、いわば異なるスタッフ・レベルやミックスに関する価値や費用便益の問題を検討する試みであり、どのようなスキル・ミックスをおこなうべきかについて意思決定を行えるような情報を与えてくれる、堅固なアウトカム尺度に対する、きわめて大きな需要が存在することのあらわれである(Buchan, Seccombe, Ball(1996))。

(看護)労働市場の動向に影響を与えた他の要因は、看護労働力の“高齢化”と雇用保証や昇進期待に関する問題である。(イングランドにおける)現役看護婦の平均年齢は、40歳近くにまで上昇しているが、これは1970年代に“雇用ブーム”で雇用された新人ナースが、ミドル・エイジに到達したためである。

このような高齢化の結果、たとえば(看護婦の)地域的な移動は減少し、パート・タイム雇用へと労働需要が変化し、昇進に対する優先順位の違いや、継続教育への需要などがおこってくる。

雇用保証や昇進の期待などについての看護婦たちの関心や欲求は、NHSにおける臨時雇用契約や短期雇用契約の増加によって、あるいは看護管理者のポストが少ないことを背景とした“横ならび”的な管理構造をもつ組織への改編などによって、徐々に満たされてきている。

これらは、NHSに限らず他の経済セクターでもはっきりみられる動向であるが、NHSでは看護婦の雇用保証に対する認知はかなり減少して(Seccombe and Smith(1996))、それはナース・バンクの利用や臨時雇用のさまざまな形態の活用によってさらに鼓舞されている(Buchan and Thomas(1995))。

他の重要な医療セクター改革の局面は、病院レベルの問題として観察することができる。

NHSのごくわずかな病院では、アメリカで開発された管理手法を用いて、大規模な“リエンジニアリング”や“患者指向型”組織改革と取り組んできた。しかし、他の多くの病院でも、労働力の利用のしかたを変えることで、管理水準を低減させたりサービスを再編成させたりしてきた。しかしながら、こうした変化がケアのアウトカムにどう影響しているかについての、研究ベースでの評価が比較的少なかった。

わずかながら、看護労働力ミックスとアウトカムの間の複雑な相互関係を考察する研究がないわけ

はないが、ほとんどの研究では、アウトカムを評価するよりも「医療の質」や医療のプロセス/行為の指標に依存した分析を行っているのが現状である。

英国の看護労働におけるトレンドの全体的なパターンとしては、看護労働需要における持続的な不確実性(医療における労働需要のどれくらいが満たされるのか、だれによって満たされるのか、どんなスタッフ・ミックスとレベルを用いるのか?)と、労働力の高齢化による労働供給プロファイルの変化である。

政策的に定義された NHS 改革は、たしかに看護婦の雇用動向に重要なインパクトを与えてきた。しかし他の要因、たとえば人口学的、経済的、社会的要因もまた、英国の看護労働市場の力学を理解するためには、同様に重要な要因であることを銘記しなければならない。

1. 原文では four countries という表現が使われている。英国 United Kingdom はその名称のとおり、歴史的に国家の連合体として成立しているため、その意味で国という表現がより正確と思われる。しかしここでは、日本人の感覚にあわせて「地域」と訳した(訳者)。
2. EN は、2年間の教育を受けた看護職種で、日本における准看護婦とほぼ同じものである。文中にもあるように、近年 EN の養成は中止された。

平成10年度短期招聘

「医療機関から地域に広がる看護・保健」のあり方に関するわが国の看護教育への評価と指導

招聘期間 1998年10月12日～1998年10月25日
招聘者 アメリカ・アミステッドセンター理事/前コロラド大学看護学科副学部長 大学院教授 Betty K. Mitsunaga
受入先 鳥取大学医学部
報告者 鳥取大学医学部 脳神経小児科教授(前医学部長) 竹下 研三

実施概要

鳥取大学医療技術短期大学部に2週間滞在し、鳥取大学の看護教育と研究の現状について視察と評価を受けた。公開で10月17日に「看護教育のあり方」と「看護研究のあり方」について午前と午後に分けて講演が行われた。講演ポスターは全国の看護系短大・大学に送付された。その他、看護学生への講義や教育実習の見学、看護系教官との教育・研究に関する懇談会、教官への講演などが数回にわたり催された。

結果報告

10月17日の講演会への出席者は100名を越し、中国各県はもとより大阪や東京からも聴講者があった。内容はプライマリケアシステム教育の導入に至った経緯と目的、教育のあり方、さらに、これに準じた研究のあり方について講演が行われた。医療技術短期大学部で行われた「アメリカのヘルスケアシステムの変化と医療職への影響」という講演内容は、Yonago Acta medicaに掲載された(発表文献参照)。また、この翻訳が鳥取大学医療技術短期大学部紀要(発表文献参照)に掲載された。

発表文献

- 1) Betty K. Mitsunaga, Transformation of the US Health Care Delivery System and its Consequences for the Health Professions. Yonago Acta medica 1999; 42:141-145.
- 2) 宮林郁子、宮脇美保子、深田美香(訳)アメリカのヘルスケアシステムの変化と医療職への影響。鳥医短大紀要 1999; 30; 1-4.

以下 Dr. Betty Mitsunaga による 1998 年 10 月 20 日鳥取大学医療技術短期大学での特別講義を要約した論文である。

アメリカのヘルスケアシステムの変化と医療職への影響

アメリカ・アミステッドセンター理事 / 前コロラド大学看護学科副学部長 大学院教授 Betty K. Mitsunaga

(訳 / 宮林 郁子、宮脇美保子、深田 美香)

アメリカのヘルスケアシステムは非常に複雑になってきており、簡単に説明することは困難である。その構造や機能、運営は大きな変化を受け、それは専門的な実践、教育そして研究に影響を及ぼした。

そして、ヘルスケアシステムの変化は、その勢いをますます加速させている。なぜならば、それによって驚くべき割合で急速に増加していた医療費の支出が削減しているからである。

この医療費削減は、1970年代のアメリカにおいて重要な関心事であった。政府は70年代の初め、医療費の膨張を抑制するための介入の必要性を感じていた。1970年から1989年までの間に、雇用者は医療費膨張の統制により、医療収益が1%しかないにも関わらず、163%の賃金や給料を支払っていた。1990年代の初めには、1人当たりのヘルスケアにかかる費用は、カナダ、日本、そしてドイツの50%以上、スカンジナビアの国々の60%以上、イギリスの70%以上であった。政府は、専門家が介入しなければアメリカの医療費は、2010年までにGDP(国内総生産)の20%にまで上昇するだろうと予測した。1993年、他の国の医療費がGDPに対して8~9%の間であったときアメリカは14%であった。にも関わらず、平均余命は短くなり、新生児死亡率も上昇している。つまり、高い医療費は私たちの健康を良くすることにはなっていないからである。ところでこの医療費の高騰は、1965年に政府が始めたヘルスケアプログラムに端を発している。その頃、メディケイドとメディケアのプログラムが始まった。メディケイドは、最も低所得者のためのものであり、メディケアは65才以上の高齢者に適用される保険である。

1993年には、連邦府と州レベルの両方で最初の医療改革が実施され、ついに医療費が初めて教育のための経費を上回った。そして、このプログラムが始まってからは、ヘルスケア産業がビジネスとして成立するものとして関心がもたれるようになってきた。産業の中に入り込むことは、ヘルスケアを供給することによる利益が重要なビジネスになることを意味していた。

その一例としてマネージドケアを紹介する。マネージドケアは、標準化された医療のメニューがパッケージされた保険で、決まった診療報酬を支払うものである。これは保険会社が公的なもの、私的なものも含めて個人用としても同様に販売していた。パッケージによって、保険会社が医師、病院、看護婦、薬剤師などへのヘルスケアに対する支払い額を決めている。この10年、高騰する医療費は中流階級の人々やビジネス界そして政府に影響を及ぼし始め、雇用者はコストの統制をし始めた。例えば、限られた保険金額で支払うために、事前に条件を設定し、それ以外は補償を除外した。また、退職者のための医療費の優遇も中断した。中流階級の人々は保険料からの支払いを削減される体験をした。良い健康保険を提供していた会社もすべての雇用者には行き渡らなくなった。そして、結果的に利益の少ない健康保険だけが残ってしまった。

現在マネージドケアは、政府と企業にとって一般的なものになっている。1992年にマネージドケアに加入している人は4,000万人弱であったが、1995年には、1億6,100万人が何らかの種類のマネージドケアに加入していた。すべての州政府の雇用者の35%が、そして受給者の73%がマネージドケアの適用を受けている。こうしたマネージドケアがもたらした影響として、

1. 医師や病院を自由に選択できない。
2. ケア提供者の再構成である。1986年には、医師の57%はマネージドケアに参加していなかった

が、1995年にはその80%以上が少なくとも一つの契約をしていた。そして、三分の一はグループでの診療をしていた。これには、AMA(アメリカ医師会)が反対している。このことは結果的に、多くの医学生にプライマリーケアを選択させることになった。

3. マネージドケアは、病院の運営や特に公的にサポートされている病院や大学の附属病院において影響を与えた。資金の流れが変わり、吸収合併や買収が急速なペースで起こり、その結果、看護婦は仕事を失うことになってしまった。
4. 利益を追求する大企業や地方自治体、国など法人化された組織が有利になった。
5. 保険に加入していない人が増加した。1990年には3,470万人であったが、1995年には4,030万人(人口の15%)に増加した。そして、18才以下の子どもの14.2%が保険に加入していない。なぜなら、親が保険料を支払えなければ子どもは保険に入ることはできないのである。
6. 現在は、中流階級の人々と保険医療専門家が政治的な巻き起こしをはかっている。
7. コスト上昇の悪循環は徐々に減少してきた。GDPの13.7%がヘルスケアに当てられていたが、全体的にヘルスケアによるインフレーションの率は、1996年には2%に下がった。GDPが急激に拡大して以来、労働者や退職者のために経営者によってコストのシフトがおこっている。
8. 医療費の節約が始まりだった。アルコール、薬物、そして精神治療薬等の価格が削減されている。

ところで、本当のところ一体何がヘルスケアのコストを増大させているのであろうか、さまざまなことが考えられる。医療提供者の誤魔化し、メディケイド受給者の誤魔化し、医療過誤、薬代の不正、医師の収入等である。しかし、これらのことだけで増大しているのではない。薬にかかる費用はヘルスケア予算の8%であり、医療過誤のための費用は1%弱にすぎない。コスト増大の要因としては次のような事項が挙げられる。

1. 医師が一人一人の患者に対して何をすべきかが明確になっていないことである。保険料が一つ一つの仕事に対して支払われるので、医師がより多くのことをしてしまう誘因となっている。
2. 人々が多額の保険に入ることによってさらに要求が高まる。
3. 精神的不安、つまり病気や死に対する不安である。
4. 医療提供者の政治力である。
5. 技術の変化である。
6. 分裂、競合するシステムである。例えば、50%しかベッドが埋まっていないのに、その横に新しい建物を建てようとしたり、また出生率が低下しているにも関わらず、新たな周産期サービスを提供しているのである。
7. 管理者にかかる高いコストである。市場の状況、戦略的計画、調整、医師の処遇、これらには非常に高い費用がかかる。カナダと比べるとその2倍である。1968年には病院は、140万人の入院患者のケアをするために、43.5万人の管理者と事務員を雇用していたが、1990年になると、85万

人の患者に対し、管理者、事務員、その他の医療者は120万人から500万人に増えていた。このような大きなシステムの変化に伴い、臨床も影響を受けた。その特徴的なものの一つが、入院患者の数である。以前は、医師が入院が必要だと判断すれば、ほとんどの患者が入院できていた。しかし、現在ではそうはいかなくなった。病院における医師の治療や診断・計画は、公的なものも私的なものも含め、支払いのための機関によって作られた基準に則って行われている。もし、その計画が承認されなければ、患者自身が費用を支払うか、誰かが代わりに支払うか、医師の治療方針を変更しなければならない。簡単な手術は外来で、あるいは医師のオフィス、外来にある外科で行われる。例えば、白内障の手術は、外来で行われている。患者は入院したその同じ日に退院する。従って病院には、非常に重症あるいは高齢な患者が多くなり、それ以外は地域でケアを受けることになる。これがコミュニティベースケア、地域に根ざしたケアである。同時に、患者が病院から早期に退院するという変化も起こった。入院している患者の多くは身体にチューブを挿入していたり、人工呼吸器などの器具を必要としている。さらに彼らは、地域でのフォローアップサービスを必要としているかもしれないし、そうでないかもしれない。

ここで、例として私の同僚の体験を紹介する。耳と脳の間鼻腔にできた良性腫瘍の切除のために入院した。鼻腔には神経や血管があるので、必然的に非常に繊細な手術となるため、神経外科医の特別な技術が必要であった。術後、彼女は喉頭炎を起こし、呼吸困難となり気管切開を受けた。彼女は気管切開をした状態のまま7日後に退院した。彼女は、自分が退院できる状態ではないと思い、信じられなかったがどうすることもできなかった。もし、彼女の友だちである看護婦が、セルフケアの援助をしてくれなかったら、おそらく彼女の回復にはもっと時間がかかったと思う。

また、もう一つの例として、以前は病院で出産をする女性は、普通分娩後3日目で退院していたのに、早期退院が始まってからは多くの病院で、出産した翌日か分娩当日に退院させられることもあった。このような実態に対して、医療者やその他の人たちから強く異論が唱えられた。そこで、政府は自分から希望しない限りは、出産後少なくとも2日間は母子共に病院にいるように指導するようになった。

しかし、依然としてコスト削減の戦略としては、病院の縮小、あるいは資格をもった看護婦・士、時として医師を含む病院の職員の削減がある。次々に看護婦もまた、訓練されていない無資格の助手や看護アシスタントに取って代わられている。彼女たちはいくつかの非常に基本的な実践方法について最低の訓練か、または平均6週間の訓練を受けているだけである。こうした変化は結果として、病院における臨床と同様に地域の実践の場にも影響を及ぼしている。つまり、免許をもっている看護婦が引き受ける責任が増大したのである。看護婦は、重症の患者だけでなく、まだ観察を必要とする人も、そしてまたナースアシスタントの行動も注意深く管理しなければならなくなった。本質的に免許をもった看護婦は患者のケアに関する責任をもっているが、患者に直接関わったり、観察する機会は少なくなっている。看護婦は、非専門職者に頼らざるを得ないため、彼女たちが患者の反応に注意することを怠ることなく、タイムリーな方法で正確に自分に報告させている。看護婦の責任が増大するということは、看護で最も優先されるべき機能である患者のための教育の機会が少なくなることを意味する。退院があまりに早い場合、患者教育のための計画はしばしば適切に行えないこともあり、ケースによっては、入院前からの退院指導が必要となる場合もある。また、外来機関が増えることによって、プライマリーケアナースの需要度が医者と同様に増加しているが、地域型医療においても、地域看護の領域は看護教育の中において必ずしも重点的に行われていなかった。しかしながら、患者教育のプログラムは病院と地域の両方でサービスを調整するものであり、地域のニーズについての知識は文化や健康レベル、ライフスタイルそして地域の特性のようなものによって発達してきた。さらに、プライマリーケアナーシングでは、アセスメント、鑑別診断、技術、生理学及び心理社会学が看護婦の能力を決定する大きな要因となる。これは在宅看護とは異なるが、実践には非常に役立つものである。

また、看護教育プログラムは、こうした変化に対して十分な準備をしていなかった。これまでの看護実習は、病院実習に非常に重点をおき、学生は、比較的ゆっくりとしたペースで安定した患者を一对一の関係で受け持つという環境で行われていた。しかしながら、看護リーダーによって看護カリキュラム

を早急に変更しなければならない状況が起こってきた。そして、教育プログラムはそれに素早く反応した。現在、看護教官たちによってこの大変時間のかかるカリキュラム改正は、終了したかあるいは終了しつつある。改正されたカリキュラムでは、統合カリキュラムであっても、そうでない場合であっても、そのゴールはプライマリーケアに重点が置かれている。臨床実習においても、コミュニティヘルスケアやプライマリーケアの実習に重点が置かれるようになってきた。また、教育方法を考える上では、クリティカルシンキングの能力開発が重要なポイントになってきている。いかにしてこのような認知的なスキルを教授課程の中で育成していくことができるかに関心が払われている。患者ケアの複雑性が増していくなかで、クリティカルシンキングの活用は避けられない。

そして、医学教育もまた、学生やレジデントの教育にプライマリーケアを含めるように変化してきている。前に述べたように、メディケアは、65才以上の人たちのための医療保険であるが、そのメディケアの財源は医学実践教育のためにも使われている。それはプライマリーケア、家庭医制度もしくは内科医などのプライマリーケアの研修制度に今ようやく義務づけられてきており、看護においても同様のことがおきている。ある一部の公的な資金が修士課程レベルのナースプラクティショナーの教育、成人、助産学、老人、精神衛生の分野においての教育に財源の手当てがなされるようになった。

現在のヘルスケアシステムの問題点としては、以下のようなものがある。

1. ヘルスケアのコスト抑制は、ヘルスケアのインカムを制限することを意味する。一体誰が保険料を支払うのか、私達は供給をコントロールすることはできても需要をコントロールすることはできない。ケアの普遍性、コストのコントロール、利用の可能性は相互に関連していることを理解し、認める必要がある。言い換えれば、システムが効果的に変化しなければ意味がないということである。
2. 市民の非現実的な期待に応える必要がある。私達は、医師や医療提供者の選択が制限されるようなヘルスケアにお金を払いたくはない。私達は、自分達の税金や経済に影響を与えないような、可能な限りの最高のケアを、そして皆がケアを受けることができることを望んでいる。

アメリカの一般の人達はヘルスケアの事実について教育を受ける必要があり、そして、基本的なそれらの問題に対して話し合う機会を与えられるべきである。なぜならば、私達の政治家が思慮深いリーダーシップを発揮してくれるとは思えないからである。さらに、これは非常に難しい問題であり、私達の価値システムに影響しているからである。老人、障害者、移民、そして他の特別な人達に対して、私達の行動、気づきが価値に反映するのである。

もし、ヘルスケアに関して基本的な問題を理解することができたなら、それは討論するには好ましいテーマである。もしも、その問題が止まるところを知らなければ、私達は継続して解決することはできない。なぜならば、ヘルスケアコストは、私達には手におえないものとなってからである。故に、極めて生命に関わるような重要な問題を早急に解決するように、ヘルスケアシステムは私達が検討すべき項目の中で最優先されることを望む。また、学生に意思決定のプロセスに参加させることを期待する。それは、彼らが近い将来このヘルスケアシステムの提供者となるからである。医療システムは、そのサービスを必要としている人達にとって効果的なwell-beingの促進を提供することができるようなものでなくてはならない。

Summary

Because the U. S. Health system has become extremely complex, its structure, functions and operations“ have had to make major changes. ”“ This has also affected clinical practice, ”education and research in health professions. How and who will resolve these problems ? This paper will discuss the following current issues : 1) Does controlling health care cost means a limitation of health care income ?; and 2) How misguided are the expectations of the public toward health care ?

日本人、および日系米国人における終末期医療に対する考え方と医療方針に対する意思決定モデルについて

研究期間 1996年4月1日～1999年3月31日

代表研究者 東京大学大学院医学系研究科 国際交流室・講師

共同研究者 国立病院東京医療センター

UCLA School of Medicine

UCLA School of Medicine Assistant Professor

福原 俊一

尾藤 誠司

松村 真司

Neil S. Wenger

概要

この研究の目的は、米国在住日系人(以下日系人)および日本人の終末期モデル・終末医療についての意識を理解し、また文化的西洋化と、終末期モデルとの関連を明らかにすることにある。今回我々は、日系人・日本人に対して質的・量的調査の両面でのアプローチを試みた。質的探索研究として、我々はロサンゼルス(LA)に在住する英語を主に日常語とする日系人(EJA)65人と日本語を主に日常語とする日系人(JJA)29人、東京に在住する日本人(JJ)28人に対しフォーカスグループインタビューを行った。終末期医療の意思決定に対して、すべてのグループで家族と情報を分かち合うことや、家族の意思の介入を積極的に受け入れる傾向が見られた。特徴的なこととして、本人が永続的に意識がなくなった場合、彼らを世話する家族の負担を大きく考慮に入れていることがわかった。一方、治療方針決定における医師の役割、事前指示の手続きやその効力に対する意識について、3群間での相違を認めた。量的研究として、LA在住のEJA、JJA、および名古屋市近郊在住のJJに対し質問紙郵送法による自己記入式アンケート調査を行った。EJA対象589名のうち539名が、JJA対象415名のうち310名が、また315人JJのうち304人が回答した。質問内容は、質的調査の結果より作成し、QOL等の健康状態・意思決定モデル・延命治療・事前指示についての考え方を尋ねた。3群において、終末期医療の意思決定について、3群ともグループによる意思決定モデルを希望しているものの、その治療における医師の役割には各群に有意差を認め、JJA、JJにおいて医師の占める比率が高かった。終末期医療の意思決定について、典型的な西洋型の自律性尊重モデルは日系人・日本人において必ずしも適していないことが示唆されたが、一方、生活の西洋化に伴い、事前指示書の作成などのスタイルへの抵抗感にばらつきがあることが理解された。

(第5回ヘルスリサーチフォーラム発表済 同フォーラム冊子[当財団刊行]参照)

発表文献

- 1) Hayashi-Tsuji Y, Fukuhara S, Green J, Kurokawa K: Use of prescribed drugs among the elderly in Japan: association with not having a regular doctor, Journal of the American Geriatric Society(in press),1999 (paper reference no. 98-198R)
- 2) Asai A, Maekawa M, Akiguchi I, Fukui T, Miura Y, Tanabe N, Fukuhara S : Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative states. J Medical Ethics , 25, 4, 302-308, 1999 (in press)
- 3) Fukuhara S, Bito S, Hisao A, Green J, and Kurokawa K : Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. Journal of Clinical Epidemiology, 51,11,1037-1044,1998
- 4) 尾藤誠司：包括的健康関連 QOL 評価尺度の個人レベルでの評価：その問題点と可能性について 医療と社会 Vol.9 No.2 1999
- 5) 福原俊一：MOS Short-Form 36-Items Health Survey：新しい患者立脚型健康指標、「厚生指標」、Vol.46 No.4 1999



マネジドケアで医療は どう変わるのか

その問題点と潜在力

著者：田村 誠

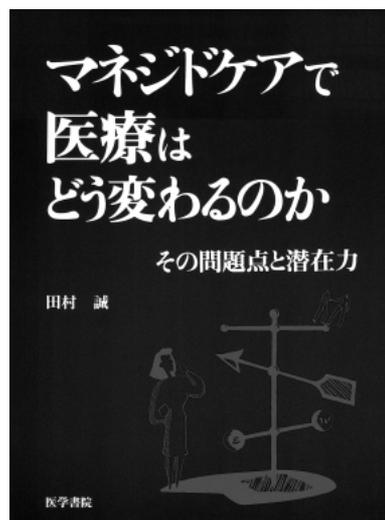
(国際医療福祉大学 医療経営管理学科 助教授)

発行所：株式会社 医学書院

東京都文京区本郷 5-24-3 〒113-8719

電話(03)3817-5600 (社内案内)

定 価：本体 2,400円 + 税



著者略歴

1982年東京大学医学部保健学科卒業、1984年同大学院修士課程修了(保健社会学教室)、同年明治生命保険相互会社入社、1989～1991年ノースウェスタン大学経営大学院に留学、1995年東京大学医学部保健社会学教室助手、1998年スタンフォード大学客員研究員、1999年より現職、保健学博士(東京大学)、経営学修士(ノースウェスタン大学)、専攻：医療制度・政策論、アウトカム研究、医療組織論

米国とは異なる医療システムの日本で、マネジドケアはどのように活用されるべきなのか。本書では「医療費抑制効果」「医療の質の向上」など、有益な効果の解説だけでなく、マネジドケアによって引き起こされた諸問題を取り上げ、検証。プラス・マイナス両面から考察することで、マネジドケアの実体を浮き彫りにし、わが国の医療システムへどのような示唆をもちうるか、その可能性をさぐる一冊である。

Contents

内 容

1 マネジドケアとは何か

- ・マネジドケアの仕組みと期待される効果
- ・マネジドケアが急拡大した背景

2 マネジドケアの急成長に伴い噴き出した問題

- ・患者サイドに生じた問題
- ・医師サイドに生じた問題
- ・なぜ多くの問題が噴出したか

3 マネジドケアの医療費抑制効果と質

- ・マネジドケアには医療費抑制効果があるのか
- ・マネジドケアの「質」は低いのか
- ・「医療費抑制と質の維持」が両立する可能性と問題

4 マネジドケアの仕組みと技術

- ・マネジドケア組織と加入者との関係
- ・マネジドケア組織と医師・病院との関係
- ・医療管理

5 米国医療の変容とその評価

- ・専門職優位から、マネジリアリズムのシステムへ
- ・個々の患者重視から、集団全体の健康重視へ
- ・権力の「階層システム」から「分散システム」へ
- ・医療の企業化のさらなる進展

6 マネジドケアの今後

- ・噴出した問題への対応
- ・マネジドケアの特性の活用

7 わが国への示唆

- ・米国のマネジドケアを「システムごと移管」する場合の「方法」と「問題・効果」
- ・マネジドケアの個々の仕組み・技術導入の検証

第6回
ヘルスリサーチフォーラム

プログラム内容決定

第6回ヘルスリサーチフォーラムのプログラム内容が以下のとおり決定しました。

9:30 ~ 9:45	開会挨拶	財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団理事長 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会専務理事 厚生省大臣官房厚生科学課長	垣東 徹 上條 俊昭 岩尾 純一郎
9:45 ~ 9:55	来賓挨拶		
9:55 ~ 10:50	研究発表	テーマ：国際的視点からみた日本の医療	座長 国立大蔵病院院長
		医療過誤訴訟の報道が医療に与える影響に関する研究 国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科リスクマネジメント論・講師	開原 成允 鹿内 清三
		虚血性心疾患患者のレセプトデータに基づいた高度医療行為及び技術に関する計量分析 学習院大学経済学部教授	南部 鶴彦
		世界視野にみた日本の二分脊椎医療 "Worldwide Survey"における国際比較と医療上の諸問題 東海大学医学部脳神経外科助教授	大井 静雄
10:50 ~ 11:05	休 憩		
11:05 ~ 11:55	研究発表	テーマ：看護	座長 宮城大学看護学部長
		欧米の看護を取り入れる際の視点"内容を具象化する方法としての形式" 長野県看護大学看護学部生活援助学教室講師	湯澤布矢子 前田 樹海
		アジア系HIV感染者と日本のHIV感染者について受診行動および社会的サポートシステムのあり方に関する比較研究 財団法人結核予防会結核研究所研修部長	山下 武子
		看護ケアのアウトカム評価方法(日米比較) 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科看護管理学専攻講師	阿部 俊子
11:55 ~ 12:30	研究発表	テーマ：工学からみた医療	座長 慶応義塾大学医学部客員教授
		老人性痴呆症のための住環境デザインに関する日米共同研究 和歌山大学システム工学部環境システム学科教授	北沢 式文 足立 啓
		高齢社会における共生"技術のユニバーサル化に対する役割" 国立公衆衛生院生理衛生学部長	佐々木昭彦
12:30 ~ 13:30	昼 食		
13:30 ~ 13:45	第8回(平成11年度)助成案件選考経過・結果発表	選考委員長 国立大蔵病院院長	開原 成允
13:45 ~ 14:45	基調講演	「Health Policy in Industrial Countries: Challenges and Likely Future Responses」 演者 Socioeconomic Institute, University of Zurich, Switzerland	座長 国立大蔵病院院長 開原 成允
14:45 ~ 15:05	質疑応答	Prof. Dr. Peter Zweifel	
15:05 ~ 15:55	研究発表	テーマ：医療の質の評価	座長 聖徳大学教授
		外傷治療成績の改善を目的とした多施設共同研究による治療の質の評価方法の確立 日本医科大学医療管理学教室助教授	小野寺伸夫 高柳 和江
		大学病院外来受診患者の医療ニーズおよび医療評価に関する質的分析の可能性 北海道大学医学部附属病院総合診療部大学院生	瀬島 克之
		体重不足および肥満と健康関連Quality of life: その関連と変化について 国立病院東京医療センター総合診療科医師 東京大学大学院医学系研究科非常勤講師	尾藤 誠司
15:55 ~ 16:10	休 憩		
16:10 ~ 17:05	研究発表	テーマ：医療制度と医療経済	座長 一橋大学大学院経済学研究科教授
		医療制度改革と福祉国家の変容"日米比較研究" 仙台白百合女子大学人間学部人間生活学学科教授	鶴田 忠彦 高木 安雄
		イギリスにおけるCasemix分類(HRG)について 産業医科大学公衆衛生学教授	松田 晋哉
		医薬品の価格競争と需要 薬効分類、企業、市場規模、後発品の影響 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授	姉川 知史
17:05 ~ 18:20	研究発表	テーマ：国際医療協力	座長 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室教授
		寄生虫症防圧とプライマリーヘルスケア(PHC)の総合プロジェクトに関する試行研究 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学教室主任教授	近藤 健文 小早川隆敏
		総合的質管理の医療への適用事例と手法に関する研究 東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野教授	上原 鳴夫
		熱帯感染症の情報ネットワークの確立と流通している情報の信頼度の評価に関する国際共同研究 慶應義塾大学医学部熱帯医学・寄生虫学教室教授 代理発表者：長崎大学熱帯医学研究所熱帯病資料センター・センター長・教授	竹内 勤 嶋田 雅暁
		発展途上国、とくにインドネシアにおける難聴予防・医療の現状と医学教育上の問題点 日本ヒヤリングインターナショナル監事	村上 嘉彦
閉 会			
18:30 ~ 20:00	懇 親 会		

(印は平成9年度の国際共同研究助成による研究
印は平成8年度の日本人研究者中期派遣助成による研究)

第6回 ヘルスリサーチフォーラム 開催のお知らせ

第6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。

いま、わが国では、本格的な少子・高齢化社会の到来を目前に控え保健・医療・福祉全般にわたる改革が進められています。

私たちの健やかで豊かな暮らしに欠くことの出来ない保健・医療・福祉の新しい時代の要請に応えるサービス体制の構築は、私たち一人ひとりにかかわってくる重要な問題です。当財団は、こうした医学の成果を国民が享受するためサービス体制の構築を調査・研究するヘルスリサーチの分野に研究助成を行っています。お蔭様で財団の事業活動が年々評価されるようになりました。

年一回開催される本フォーラムは、当初、助成を受けた方々にその研究成果をご発表頂くことを目的としておりました。数年前からヘルスリサーチの研究を志す研究者に広く発表の場を提供できればと一般演題の募集を始めたところ数々の興味深い演題の応募があり高い評価を頂いております。

さて、本年度は第6回目を迎え、同封のプログラムのよう平成9年度国際共同研究成果発表、一般演題発表に加え、新たにチューリッヒ大学Zweifel教授による基調講演を企画し、より一層の内容充実を図っております。

今年の基本テーマは「新時代の保健・医療・福祉を考える - 政策科学の実証研究を中心として - 」に設定致しました。例年通り財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会のご賛同を得まして開催致しますので奮ってご参加下さいませようご案内申し上げます。

日時 平成11年11月6日(土) 午前9時30分～午後6時30分

会場 ホテルニューオータニ 鶴の間
〒102-8587 東京都千代田区紀尾井町4-1
電話：03-3265-1111(大代表)

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

詳しいプログラム内容は、本誌P15をご覧ください。

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。