

ヘルスリサーチニュース

目次

平成13年度研究助成案件等公募&第8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) / 研究等助成受領成果報告-国際共同研究助成1編、中期派遣2編、短期派遣2編、海外派遣1編-(p2) / 表皮水疱症に対する「医学的、社会的どりくみ」における日欧米での比較 (p2) / 英国における機能評価に関する国際比較研究 (p4) / 障害をもつアメリカ人法 について (p6) / 卒前卒後の医学教育においてEvidence-based Medicine(EBM)を実践し教育するためのカリキュラムと教育技法の開発 (p7) / 注意欠陥多動性障害(ADHD)の親トレーニング、および、子どものSST(ソーシャルスキルトレーニング)に関する研究 (p8) / 医療システム研究の近況と重要課題 (p9) / 第10期(平成12年度)事業報告並びにこれに伴う収支決算書を承認-第19回理事会・評議員会を開催-(p13) / 第8回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ(p16) / 本間 光夫 先生 ご逝去(p16)

応募締め切り迫る7月31日まで

平成13年度

研究助成案件等公募

研究対象
保健医療福祉分野の政策あるいはこれらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチ領域の研究

応募規定

1. 国際共同研究 『国際的観点から実施する共同研究』
1テーマ当たり500万円以内 10件程度
2. 海外派遣助成 『海外におけるヘルスリサーチの研究活動への参加』
(2~6ヶ月程度) 1人当たり200万円以内 11人程度
3. 研究者招聘助成 『講演会、学会等への参加』
短期(1ヶ月程度) 1人当たり100万円以内
中期(6ヶ月程度) 1人当たり250万円以内 計8人程度

応募締切

平成13年7月31日(火) 当日消印有効)

助成決定

平成13年10月中旬

- 応募方法 -

本財団所定の申請書式によりご応募下さい。

応募要綱・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種類です。Wordは直接入力できます。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。

第8回ヘルスリサーチフォーラム

一般演題募集

発表テーマ

新世紀の保健・医療・福祉を考える - 変革への模索 -

研究内容

医療制度・政策、医療経済に関する研究、保健医療の評価に関する研究、保健医療サービス、医療資源の開発に関する研究等

応募方法

財団所定の申請書式(次項に入手方法を記載)に必要事項をワープロで記入の上、ファックス、郵便または、E-mailにファイルを添付して、お申込み下さい。(ワープロによる切り貼り可)

申請書ファイル入手方法

財団ホームページから、Windows Word 95、Macintosh Word 6.0、Acrobat PDFファイルをダウンロードして入手して下さい。

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

申込期間

平成13年5月~平成13年7月31日(当日消印有効)

発表

組織委員会が採否を決定します。採用の場合は、平成13年11月10日(土)会場「千代田放送会館」(東京都千代田区紀尾井町)で開催する第8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。

発表演題の機関誌等への掲載

フォーラムで発表された研究内容は、財団の機関誌等へ掲載致します。また、第8回ヘルスリサーチフォーラム小冊子としてまとめ、配布致します。

演題発表のための交通費

演題が採択された場合、首都圏以外(但し海外を除く)の一般演題発表者(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。

▶ 申込・ご質問・お問い合わせは、一般演題、研究助成ともに当財団事務局まで..... ◀

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成1編、中期派遣2編、短期派遣2編、海外派遣1編 -

平成11年度国際共同研究

表皮水疱症に対する「医学的、社会的とりくみ」 における日欧米間での比較

研究期間 1999年11月1日～2000年10月31日

代表研究者 北海道大学医学部皮膚科 教授

清水 宏

共同研究者 ロンドン大学 上級講師

John McGrath

共同研究者 ジェファーソン医科大学 教授

Jouni Uitto

はじめに

表皮水疱症 (Epidermolysis bullosa : EB) は先天的に皮膚が脆弱な遺伝病の総称で、国の稀少難治性疾患にも指定され医学的、社会的にも重要な疾患である。本症は比較的稀であり、しかも多数の病型に分類されているため、国際的な診断基準、治療指針、望ましい社会での対応などのコンセンサスが得にくいのが実状である。患者のみならず家族にも多大な精神的、肉体的、経済的負担を強いることが多い表皮水疱症のヘルスケアを考える上で、本症に対する医療保障制度、国の政策の整合性を客観的に調査研究する必要性が望まれる。しかし、これまで表皮水疱症の国際的観点からのヘルスリサーチは施行されていない。そこで今回、日欧米で表皮水疱症の治療、研究の中心的役割を果たしている3つの医療研究機関における国際的ヘルスリサーチ研究を企画した。今回の研究の目的は、21世紀に対応しうる、日本のみならず、国際社会において望まれる「理想的な表皮水疱症の医学的、社会的とりくみ方法」を提唱することにある。

方法と対象

a) 診断基準に関する比較

表皮水疱症は単純型、接合部型、栄養障害型の3つに大別され、さらにそれらが20以上の亜型に細分類されているのが現状である。国により診断基準が一致せず、国際共同研究の妨げにもなっている。現在日欧米それぞれで標準とされている診断基準を調査し、どのような国際基準を設けるべきかを今回の研究で検討し、その成果を表皮水疱症国際診断基準設定委員会へ答申した。

b) 治療方針に関する比較

表皮水疱症の治療方針は、病型によってもことなるが、日欧米間でも基本方針の差がみられる。今回は、客観的にこれまでの治療効果を再検討し、国際的に推奨できる治療指針を答申した。

c) 遺伝子診断に関する比較

表皮水疱症の原因タンパク (遺伝子) として、ケラチン5、14、VII型、XVII型コラーゲン、ラミニン5、alpha 6ならびにbeta 4インテグリンが判明している。現状における遺伝子レベルの診断の精度、臨床導入状況を日欧米間で比較した。また個々の共同研究グループの施設で遺伝子変異が同定できない症例については、3施設において同時に遺伝子変異同定を試み、技術的な変異同定確率を検証した。

d) 出生前診断の適応、実施状況における比較

皮膚科領域の疾患で出生前診断の適応となる症例数が最も多いのは、重症型表皮水疱症である。Herlitz致死接合部型や幽門閉鎖症合併型の多くは生後1年以内に死亡する。今回、日欧米間における出生前診断の現状を倫理の問題も含めて比較検討した。

e) 公的医療補助に関する比較

日本においては、接合部型と栄養障害型は無条件に稀少難治性疾患に認定され、医療費が免除される。一方非常に重篤な症状を呈しても、単純型と分類されると稀少難治性疾患とは認定されないというような大きな行政上の問題が指摘されている。このような表皮水疱症に対する公的医療補助の現状

を日欧米間で比較検討した。

結果

従来まで使用されてきた表皮水疱症の診断基準¹⁾は、現状に一致せず、21世紀に対応しうる理想的な国際診断基準を設定することが必要であるとの結論に達した。それに基づき、新しい国際診断基準を答申し、制定することに成功した²⁾。

さらに表皮水疱症患者さんに対する社会保障制度も国により異なり、日欧米間でその実体を比較検討したところ、日本では単純型のみが稀少難治性疾患から除外されているという現実には異なる一面があることも浮き彫りにされた。

患者支援団体などのボランティア活動における比較では、日本では「あせび会」など遺伝病全体を対象とした活動があるが、表皮水疱症だけを対象とした支援団体はなかった。一方、イギリス、アメリカでは DEBRA と称する表皮水疱症のみを対象としたボランティア団体 (Debra : dystrophic epidermolysis bullosa research association) が熱心な経済的、精神的補助を患者、ならびに研究者に対して行っていた。

考案

本研究の成果を客観的に総括し、国際共同研究者らとともに、21世紀に対応しうる、国際的にも望ましい表皮水疱症に対する「医学的、社会的とりくみ方法」を見出し、国際基準としうように国際会議で提唱することの重要性が認識できた。

表皮水疱症は日本では稀少難治性疾患に指定され、医学的、社会的両面からも非常に重要な疾患である。これまで臨床的に10以上の病型に細分され、個々の病型における病態解明の研究はかなり進歩してきた。しかし、比較的まれな疾患であるため、その診断基準、治療方針、患者への公的補助、社会への受け入れ状況など「医学的、社会的とりくみ」を多数の患者対象として国際的観点から比較検討した研究はなかった。今回の研究は、日本(慶應大医学部、北大医学部)、米国(ジェファーソン大学)、欧州(英国国立皮膚病研究所)における、表皮水疱症の代表的研究機関相互の国際共同研究であったため、多くの成果があげられたものと考えられた。

まとめ

表皮水疱症 (Epidermolysis bullosa : EB) は先天的に皮膚が脆弱な遺伝病の総称で、国の稀少難治性疾患にも指定され医学的、社会的にも重要な疾患である。本症は比較的稀であり、しかも多数の病型に分類されているため、国際的な診断基準、治療指針、望ましい社会での対応などのコンセンサスが得にくいのが実状である。患者のみならず家族にも多大な精神的、肉体的、経済的負担を強いることが多い表皮水疱症のヘルスケアを考える上で、本症に対する医療保障制度、国の政策の整合性を客観的に調査研究する必要性が望まれる。本研究の目的は表皮水疱症の国際的観点からのヘルスリサーチを行うことであった。日欧米で表皮水疱症の治療、研究の中心的役割を果たしている3つの医療研究機関における国際的ヘルスリサーチ研究を行ない、大きな成果を上げることができた。具体的には、従来まで使用されてきた表皮水疱症の診断基準は、現状に一致せず、21世紀に対応しうる理想的な国際診断基準を設定することが必要であるとの結論に達した。それに基づき、新しい国際診断基準を制定することに貢献できた。今後は新しい国際的診断基準に即した、「理想的な表皮水疱症の医学的、社会的とりくみ方法」を各病型ごとに提唱することが、残された課題であると考えられた。

参考文献

- 1) Fine JD, Bauer EA, Briggaman RA, Carter DM, Eady RA, Esterly NB, Holbrook KA, Hurwitz S, Johnson L, Lin A. Revised clinical and laboratory criteria for subtypes of inherited epidermolysis bullosa. A consensus report by the Subcommittee on Diagnosis and Classification of the National Epidermolysis Bullosa Registry. J Am Acad Dermatol 1991; 24 : 119-135
- 2) Fine J-D, Eady R A J, Bauer E A, Briggaman R A, Bruckner-Tuderman L, Christiano A, Heagerty A, Hintner H, Jonkman M, McGrath J, McGuire J, Moshell A, Shimizu H, Tadani G, Uitto J: Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa : Report of the second international consensus meeting on diagnosis and classification fo epidermolysis bullosa.

英国における機能評価に関する国際比較研究

派遣期間 2000年5月1日～2000年12月31日

派遣者 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

辻 哲也

受入先 英国王立神経研究所医学研究機関運動生理学部門

目的

患者個々の機能の状態を評価することは、機能予後を予測したり、治療効果を判定する上で必須の条件である。リハビリテーション（以下リハ）医学においてはWHOの国際障害分類に基づいて、運動麻痺などの機能障害、ADL（Activities of daily living；日常生活動作）障害などの能力低下、QOL（Quality of life；生活の質）などの社会的不利（ハンディキャップ）についてそれぞれ障害の評価が行われる。能力低下の中でも、ADLの自立はリハ医学における重要なテーマであり、そのために、ADLの評価のための様々なスケールが考案されてきたが、近年ではFIM（Functional Independence Measure；機能的自立度評価法）¹⁾が脳卒中のリハビリテーション医療で米国を中心に世界的に広く利用されてきている。FIMはWHOが提唱する能力低下の評価法の一つであり、セルフケア、移動、排泄など従来より評価されてきた項目だけでなく、コミュニケーションや社会的認知能力などの項目が含まれ、信頼性妥当性についても、統計学的に十分に検証されている²⁾。

一方、脳卒中患者のADLに関する国際比較は、Chinoら（日本）によるBarthel Indexを用いた研究³⁾やTsujiら（日本）によるFIMを用いた研究⁴⁾など数えるほどしかない。Tsujiら⁴⁾はRasch分析を使って分析し、米国とわが国では生活様式、習慣の違いから、ADL構造に相違があると報告しているが、広く欧州各国とわが国との国際比較はいまだ行われていない。

そこで本研究では、脳卒中患者の入院リハビリテーション（以下リハ）前後のADLをFIMを用いて評価し、入院リハの効果を分析し、日本と欧州との医療体制や文化的な違いなど含めて検討、考察することを目的とした。

方法

対象は英国国立神経病院に、リハ目的で入院した初回発作の脳卒中片麻痺患者82名であった。その内訳は、男性43名、平均年齢 52.0 ± 16.9 歳（19歳 - 87歳）、平均入院期間は 49.5 ± 35.1 日（9日 - 148日）であった。各患者の入院時、退院時に医師、看護婦、理学療法士もしくは作業療法士がFIMを採点した。FIMはセルフケア6項目、排泄コントロール2項目、移乗3項目、移動2項目、コミュニケーション2項目、社会的認知3項目の合計18項目からなるADL評価法で、セルフケアから移動までを運動項目、コミュニケーションと社会的認知を認知項目と称す。評定尺度は7段階で、介助者が必要かどうかによって自立と介助を分類し、介助者が必要な場合はその程度により5段階に細分される。

データ解析については、入院・退院時のFIM合計点、運動・認知項目の合計点、FIMの改善度を表すFIM gain（＝退院時FIM - 入院時FIM）およびFIM efficiency（＝（退院時FIM - 入院時FIM）/入院日数）を算出した。また、以前に同様のプロトコルで行われた日本（慶應義塾大学病院リハ科ならびに関連病院）および第7回国際リハビリテーション医学会（7th World Congress of the International Rehabilitation Medical Association：IRMA）で発表された米国・欧州各国のデータ⁵⁾と今回集められたデータとの間で、リハビリテーションの治療効果などについて国際比較を行った。

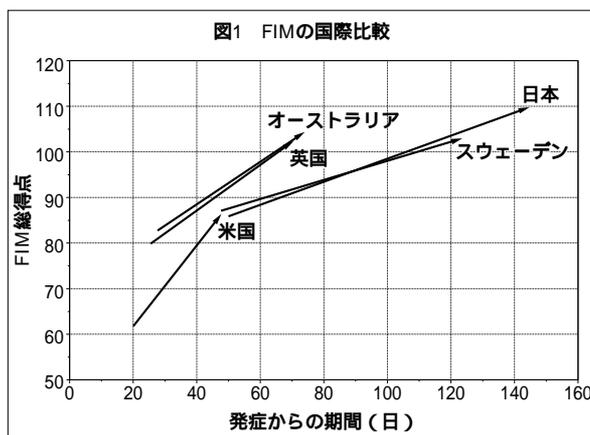
結果

英国における入院時のFIM総得点は 82.5 ± 26.8 点、運動項目合計点は 56.1 ± 20.9 点、認知項目合計点は 26.4 ± 7.9 点であった。一方、退院時のFIM総得点は 104.4 ± 21.0 点、運動項目合計点は 75.2 ± 22.0 点、認知項目合計点は 29.2 ± 5.0 点であった。表1は、英国、米国、スウェーデン、オーストラリアおよびわが国

のFIM efficiency FIM gainおよびFIM efficiencyを示したものである。FIM gainは各国とも20点程度であったが、FIM efficiencyは米国の0.83からスウェーデンの0.23までばらつきがみられた。また、図1に各国の入院時および退院時のFIM合計点をグラフにして比較した。発症から入院までの期間は米国で最も早く、スウェーデンおよびわが国が最も遅かった。入院期間については米国が最も短く、わが国が最も長かった。入院時FIM合計点は米国で最も低く、スウェーデンおよびわが国が最も高かった。一方、退院時FIM合計点は米国で最も低く、わが国が最も高かった。

	FIM gain	FIM efficiency
英国	22	0.44
米国	24	0.83
スウェーデン	17	0.23
オーストラリア	20	0.45
日本	23	0.25

FIM gain : 退院時FIM総得点 - 入院時FIM総得点
FIM efficiency : FIM gain / 入院期間



考察

欧米各国と日本では生活習慣など文化的背景や医療体制も異なることから、国際的な比較検討を行うことは、意義のあるものと考えられる。本研究で、各国の入院・退院時のFIM点数と入院日数などを比較したところ、各国間の相違が明確に認められた。すなわち、米国は発症早期のFIMがまだかなり低い時期にリハビリテーション部門に転院、転床、集中的にリハビリテーションを行い、早期退院させ、高いFIM efficiencyを生み出している。一方、スウェーデンやわが国では、米国で退院するくらいの時期にリハビリテーション部門へ移り、FIMの点数が自立レベルに達するまで、時間をかけてリハビリテーションを行っていることがわかる。また、英国やオーストラリアはその中間に位置する。

これらの違いは各国の医療事情によるところが大きいと思われる。米国では医療保険がプライベートで扱われるため、入院リハビリテーションの間も厳しくFIM efficiencyがチェックされ、入院でのリハビリテーションの効果が少なくなると、退院しなくてはならないという事情がある。また、退院後に自宅で開業の訓練士による訪問での訓練が受けられること、住宅環境が良いことなども早期退院可能な要因かもしれない。一方、スウェーデンやわが国では国により医療費が賄われるため、全体に入院期間が長引くという事情がある。また、わが国では住宅環境が悪く、また自宅での訓練を受ける体制が整っていないということも要因であろう。しかしながら、2000年から施行されている介護保険や入院リハビリテーションに対する医療点数の改正などにより、徐々に入院期間、発症から入院までの期間は短縮してきている。

英国ではわが国と同様に、医療費は国営の医療保険制度であるNHS（National Health service）により賄われており、所得に応じて保険料を払えば（16歳以上は強制加入）医療費が無料となる。しかし、近年、医療費の増大により、慢性的にベッド数、医療スタッフの人数が不足しており、米国ほどではないが、入院期間はかなり厳しく制限されているため、ちょうど米国とわが国の中間くらいのところに、入院期間、発症から入院までの期間が位置しているのであろう。

FIM efficiencyは各国でかなり異なっているが、発症からの期間が様々であるため一概に比較することはできない。米国、英国とオーストラリア、スウェーデンとわが国でほぼ一致していることから、リハビリテーションの質の違いというより、発症からの期間の差によるのではないと思われる。また、FIMには天井効果があり、点数が高くなるほど実際のADLの能力が低く表されてしまうことも一因かもしれない²⁾。このバイアスを除去するためにはRasch分析を用いてFIM measureへの変換をする必要がある⁴⁾。

参考文献

- 1) 千野直一（監訳）：FIM：医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き．原書第3版．慶應義塾大

学医学部リハビリテーション科，東京，1991。

- 2) Granger CV, et al : Performance profiles of the Functional Independence Measure. Am J Phys Med Rehabil 72 : 84-89, 1993.
- 3) Chino N, et al : Stroke rehabilitation outcome studies ; Comparison of a Japanese facility with 17 US facilities. Int Disabil studies 10 : 150-154, 1988.
- 4) Tsuji T, et al : ADL structure for stroke patients in Japan based on the functional independence measure. Am J Phys Med Rehabil 72 : 432-438, 1995.
- 5) 里宇明元・他 : SIASとFIMの応用 . 千野直一 (編), 脳卒中患者の機能評価, シュプリンガー・フェアラーク東京, 東京, pp132-133, 1997.

平成11年度中期派遣

‘障害をもつアメリカ人法’について

派遣期間 2000年4月1日～2001年3月31日

派遣者 岡山大学法学部 教授

受入先 カリホルニア大学パークレー校 (法学部)

松林 和夫

Prof. Stephen Sugarman

連邦立法の歴史の展開と保護対象の拡大

1973年 リハビリテーション法

連邦政府から財政援助を受けている企業あるいは一定額 (2500ドル) 以上の取引のある企業は障害者を雇用する義務がある。

身体障害者以外のすべての障害者にも社会の関心があつまる。

1990年 ‘障害をもつアメリカ人法’

1964年公民権法第7章では雇用主は採用および昇進について、差別が禁止されていたが、ADAでは雇用主は妥当な環境整備 (reasonable accommodations) をはからなければならない。

ADAは ‘妥当な環境整備’ と考えることのできる多くのタイプをさだめている。

車いす使用者あるいはアクセスに障害をもつ者に対する職場施設の物理的配置の変更

障害者が職務の必須な機能を遂行出来るようにする職務の再設計

空席のある仕事への障害者の再配置

聴覚障害者のための電話増幅器の購入など、視覚障害者や聴覚障害者のための資格のある朗読サービスや通訳の提供

試験・訓練資料あるいは方針の変更 (たとえば失読症のある者にたいする口頭による入社試験の実施、あるいは盲導犬をつれている人のための職場における犬の扱いの方針の変更)

パートタイムあるいは時間を変更した作業時間計画の作成 (治療の必要があったり、疲労の問題をもつ障害者に対する環境整備の例)

環境整備が妥当であるかどうかは、各事例の具体的妥当性にある。その際に求められるもっとも重要な点は、それが個別的でなければならないということである。(West, J 1991 The social and policy context of the Act, in West, J(ed) The Americans with Disabilities Act : From Policy to Practice, Millbank Quarterly, 69 1/2 pp.3-25)

(1) 不当な難儀 (Undue Hardship)

ADAは雇用主に著しい難儀あるいは費用を負荷させるような行為を ‘不当な難儀’ と定義している。実際は、経営規模、施設、経営形態、予算、などのすべての状況による。不当な難儀と判断できるかどうかは雇用主によって異なるため裁判所によってケース・バイ・ケースで判断されるだろう。

(2) ADAに基づく就職申し込み要件 - - 職務の遂行にとって必須の機能 (essential functions)

ADAの下では、就職申し込み者に尋ねることができる質問は限定されている。

第一は、採用時に医学的検査もすることはできない。検査をおこなうことができるのは、採用の意思表示をした後の雇用の開始前の時期だけである。

第二は、ある人をある職位に就任させるかどうか考慮するときには、その人がその職務の必須の機能を遂行できることが前提である。

(3) 救済処置

裁判所は、雇用主が違法なやり方をおこなっていたことをしたときには、雇用主にその違法な行為をやめさせる禁止命令を発することができる。

裁判所はまた、従業員の雇用、復職、その他裁判所が適切と考える救済を命ずることができる。

司法省は州および連邦の被用者に関するADAに基づく差別を調査、訴追するが、EEOC（雇用均等委員会）は、民間部門の被用者に対するADAについての差別を担当する。

ADAの弱点

‘不当な難儀’が生じそうであるならば、企業は変更を拒否することができる。

差別是正処置(affirmative action)は障害者の自立を援助するためのものと位置づけられていないこと。

ADAの利用法を熟知することは、障害者および援助者の負担となっていることである。

ADAにたいする評価

ADAは過去20年間に成立した労働関係法のなかでもっとも重要なものである。しかし、雇用主に対する影響の全貌は、法解釈としての判例の実体的部分を法廷が示すまではわからない。(Coil, J and Rice, C 1994 ‘the tip of the iceberg: early trend in ADA enforcement’, Employee Relations Journal,, 19,4,485 - 506) 研究者は、最近の裁判所の判決に疑問的であり、‘ADAへの巻き返し’という論文がでているくらいである。(Prof. Linda Krieger, Backlash Against The ADA: Interdisciplinary Perspective and Implications for Social Justice Strategies.

Prof. Matthew Diller, ‘Judicial Backlash, The ADA, and the Civil Rights Model (Berkeley Journal of Employment and Labor Law... ADA Symposium Issue, Vol.21, No.1/2000)

平成11年度短期派遣

卒前卒後の医学教育においてEvidence-based Medicine(EBM)を 実践し教育するためのカリキュラムと教育技法の開発 - 患者に提供する医療の質を向上させるために日常診療に どのようにEBMを取り入れるか -

派遣期間 2000年6月11日～2000年6月16日

派遣者 琉球大学医学部附属病院地域医療部

武田 裕子

受入先 マクマスター大学

報告

平成12年6月11日～16日に、カナダのマクマスター大学で実施されたワークショップ“ How to Teach Evidence-based Practice ”に参加した。平成11年の同ワークショップでは総合診療科グループに参加したが、今回は家庭医療学グループで学ぶことができた。

ワークショップは、午前中2時間、午後2時間のsmall group tutorialが中心であった(全10回)。午前のチュートリアル前と午後のチュートリアル後に、大講堂での講義形式のレクチャーがほぼ毎日行なわれた。午後1時から4時までの3時間が自己学習時間として割りあてられているのが、ワークショップの特徴となっていた。参加者は、この時間に文献検索を行ないチュートリアルの準備に取り組んだ。

small group tutorialでは、adult learningの手法を用いてEBMの基本を学んだ。参加者の一人が指導医になり、他の参加者が学生や研修医といった役割のロールプレイを行った。理解しにくい内容のわかりやすい教え方、EBMに対する興味と理解を惹起するための教育方法を学んだ。

わが国においてもEBM教育の場は、外来診察室、病棟のベッドサイド、臨床カンファレンス、研修医

対象の抄読会から、医学生1学年全員を対象とした大講堂での講義まで多岐にわたる。学習者のレベルや参加人数、時間的制約、環境までも考慮したカリキュラムを考えることで、効果的な教育が行なえることを学んだ。その中の一部は、総説としてEBMジャーナル誌に掲載された。(抄読会をEBM教育に活用する：McMaster大学研修コースに学ぶ。EBMジャーナル Vol.2(1),74-79,2001)

琉球大学医学部ではこれまで卒前教育カリキュラムにEBMは含まれていなかったが、昨年7月から6年生100名を対象とした「医療学総論」のコースで、EBMを取り上げた授業を担当するようになった。また、昨年度は、精神科と麻酔科教室主催のそれぞれの勉強会で、研修医、教員を対象にEBMセミナーを実施することができた。さらに、診療の質向上におけるEBMの有用性をテーマとした研究を開始し、離島医療支援の新しい方策を検討中である。

これらは、マクマスター大学ワークショップで学んだ成果であり、このような機会を与えて下さったファイザーヘルスリサーチ振興財団に深く感謝する。

平成12年度海外派遣

注意欠陥多動性障害(ADHD)の親トレーニング、および、子どものSST(ソーシャルスキルズトレーニング)に関する研究

派遣期間 2001年1月2日～2001年3月31日

派遣者 国立精神・神経センター 精神保健研究所 流動研究員

井潤 知美

受入先 カリフォルニア大学ロサンゼルス校 精神神経研究所

1. 親トレーニングについて

UCLAではADHDの子どもをもつ親に対して、どのように子どもの問題行動に対処するか学ぶプログラムを行っている。ADHDの子どもの特徴を理解し、適切な対応を学び、家庭や学校で実践することで、親子間のコミュニケーションが改善され、子どもの自尊心が高まるといわれている。

プログラムは全10回の構成となっている。核となるセッションは6回からなる。それには、子どもの行動を3つのタイプにわけ、「してほしい行動」「してほしくない行動」「許しがたい行動」をほめること。「してほしい行動」にはポジティブなフィードバック、すなわち、ほめることでプラスの注目を行う。

無視して待つ。「してほしくない行動」に対しては注目をとり去る、すなわち無視することでその行動の出現頻度を減らす。そして、少しでも「してほしくない行動」がおさまったり、かわりに「してほしい行動」が出てきたときに、すかさずほめることを学ぶ。効果的な指示の出し方。ADHDの子どもは注意の持続時間が短いので、できるだけシンプルなわかりやすい表現で伝える。指示に自ら従うという姿勢を大切にするために、リマインダー(思い出させるためのヒント)を用いたり、予告を用いたりして、子どもに従うチャンスを与える。「許しがたい行動」、すなわち人や物を傷つけたり、何度言っても従わない行動には制限を設ける。子ども自身に自分のとった行動への責任をとらせるのである。タイムアウトという一切の刺激から引き離す方法と、得た特権を失うというリスパンスコストという考え方を用いる。オプションとしての4回は学校での行動についてである。それには 教室内での問題行動を改善する。毎日の連絡カードを用いながら、教師と親が同じ姿勢で子どもに関われる。できたところを発見し、伝えることで子どもの成功感を高める。宿題をやれるようにする。環境や宿題にとりかかる時間を工夫する。

米国では親トレーニングは広く行き渡っており、公的な機関でも行われている。UCLAでのプログラムは20数年前にはじまり、初期のリサーチレベルから、現在では実践レベルで行われ高い評価をうけている。わが国ではADHDの子どもをもつ親トレーニングはスタートしたばかりである。私が所属する研究所でも、リサーチレベルで2年前の秋からスタートし、現在第3期のグループが終わろうとしている段階である。今回、日米両方のプログラムに参加して、理論的枠組みは共通して有効であると感じた。相違点としては次の2点があげられよう。1. 米国では「ほめること」が育児の基本となっているが、日本では意識して行う必要があること、すなわち、プログラムの中で、どうほめるかについて丁寧に扱っていくことが有効と思われる。2. 制限の設け方の違い。米国では自らの行動に対して自ら責任をとる、という姿勢がはつき

りと文化的価値として示されている。日本の場合は自らの責任というよりは、人に迷惑をかけないという価値観が強いように感じられた。結果としての罰を用いることもときには必要であるが、「無視する／ほめる」を上手に組み合わせることでもかなり効果が認められるのではないだろうか。また、タイムアウトという手法が米国では行き渡っているが、環境や習慣の違いもあり、日本ではそのまま取り入れることは難しいと思われる。刺激を取り除くという概念を取り入れ、実践の場では形を変えていく必要がある。行動療法的にはリスパンスコストの方が使いやすいと思われる。

2. 子どものSSTについて

友だちを作る、友だち関係を維持することが困難な子どもたち（約70%がADHD）を対象に、簡単な講義、セッション中の遊びを通じた練習、宿題を通して対人関係のスキルを身につけさせる。並行して親トレーニングのセッションも行ない、どのように子どもをサポートするかを学ぶ。

全12回のセッションからなる。第1回は自己紹介や友だちに電話をして相手のことを知る練習を行う。第2回はどうやって友だちをつくるか、第3回 - 6回は遊び方の練習である。他の子どもたちが遊んでいるところにどうやって入っていくか、入っていった後にどのようにお互いに楽しく遊ぶかがテーマである。第7回は友だちを家に招待する練習を行う（プレイデート）。第8回はからかわれたときにどうやって対応するかである。ロールプレイを通して実際にどういう方法があるかやってみる。第9 - 11回は友だちを家に招待するプレイデートやからかわれたときの対処を宿題として練習する。一方、セッションではバスケットボールやサッカーを通して、ゲームの勝ち負けにこだわらず、お互いに相手の健闘をたたえるスポーツマンシップについて学んでいく。

セッション参加前およびセッション終了後に質問紙を用いてアセスメントを行った。私が参加した1月からスタートしたグループでは、親が評定するSSRS（Social Skills Rating System）において、ソーシャルスキルで75%、問題行動で75%の子どもが改善を示した。教師が評定するPEI（Pupil Evaluation Inventory）ではひきこもりで64%、攻撃性で71%の子どもが改善を示した。

私の所属する研究所でも子どものグループを数回行った。子どもたち自身がグループで楽しく遊べる経験ができることが最大の目的であり、そのためにはしっかりとした枠組みが有効であった。UCLAのプログラムのように特定のスキルを獲得することを目的としたものではなかったが、回数を重ねるごとにセッションの場面での子どもたちの遊びは上手になっていった。しかし、日常生活の場面でどのくらい改善が認められたかは明らかではない。

ADHDの子どもたちの場合、一般的にソーシャルスキルを持っていてもうまくつかえないといわれている。経験から学ぶ機会が乏しいことに加え、ADHD児の行動特徴である不注意や衝動性のために仲間関係で失敗をすることは多々みられる。構造化した場面で体験的にソーシャルスキルを学ぶことは役立つものと思われる。その際に、ソーシャルスキルとして何をとりあげるかという議論も必要となるだろう。

平成11年度短期派遣

医療システム研究の近況と重要課題

派遣期間 2000年5月27日～2000年6月3日

派遣者 東京経済大学 経営学部 教授

榎橋 啓世

受入先 The 7th International Conference on System Science in Health Care

(Conference Secretariat : Conference Tours Ltd.)

1. 医療に関するシステム科学の国際学会

医療の技術的発展に伴い医療の実践は複雑化する。その結果、医療の効果的な実践方法を研究開発する必要性が生じる。この事実が近年の「医療研究（ヘルス・リサーチ）」への関心の高まりを説明する。医療システム研究はその一分野であるが、最近のこの分野への関心の高まりは現代社会における医療の形態と深く関連している。疾病治療に代表されるように、医療の基本型は患者個人と医師または医療機関との相互作用であるが、現代の医療はもはやこの基本型に納まらない。その理由の一つには、WHO憲章の序

文にある「健康」の概念に呼応した「医療」の概念の広がりがある。更に、健康な生活を基本的人権の一部と認める現代社会では公共的な医療サービスの提供が志向され、社会システムの一環として医療が実践される。この様な医療の効果的な実践方法を研究開発する事が「医療システム研究」の目的であり、当該分野の研究への最近の関心の高まりを説明する。

医療システム研究の分野で世界をリードするのは欧州であるが、これも西欧諸国が社会システムの一環としての医療実践では先進国である事に因る。従って、今回小生が参加したInternational Conference on System Science in Health Care (ICSSHC)も欧州で発足した。この会議は略4年に一度の割合で開催されており、今回は既に第7回を迎える。小生は先回のバルセロナ大会に引続きの参加で、今回で3度目の参加になる。小生は1970年代を通じてWHOの専門官として医療サービス強化の方策研究や指導に携わった経歴があり、その縁で会議の存在は以前から知っていた。しかし、最初に参加したのはフランスのリヨンで開催された第4回大会である。残念ながらICSSHCは日本では広く紹介されておらず、これまでの大会での日本人の参加は高々2～3名であった。

このような状況なので、今大会のプログラム委員長(ドイツのInstitute of Medical Informatics and Health Services ResearchのProfessor W. van Eimeren)から日本での学会の紹介および大会参加の呼び掛けを依頼された。そこで、ファイザーヘルスリサーチ振興財団のニューズレターや幾つかの関連学会誌に大会開催予定を紹介し、参加を呼び掛けた。更に、研究発表の意欲のある方々に参加を促す一手段として、財団の短期派遣プログラムに出張旅費の助成をお願いした。幸いにも財団からの助成が認められ、小生を含め4名の者がこの支援の下に今大会で研究発表を行った。我々以外にもプログラム委員長の誘いに答えて2名の日本人参加者があり、合計6名7件の研究発表となった。

2. 医療システム研究の最近の動向

ICSSHCでは毎回200件以上の発表があり、これらを通じて医療システム研究の最近の動向をある程度推察できる。但し、この分野においても最近は学会の専門分化が進みつつあり、小生が参加した学会としてもSYSTEDやSIHCMがある。このような分化は当該の学術研究分野の振興には効果的である一方、研究者の問題意識やアプローチを偏狭にするマイナス効果もある。実際、この種の分科会的学会を中心に活動するような研究者達がICSSHCへの参加を見合わせる例も増えているように思える。幸いにも、医療システム研究への関心は今や欧米などの医療先進国の枠を越えて広まりつつあり、他の地域からの参加者が増えつつある。

今大会は比較的に東欧圏からの参加者が多かった。理由の一つは明らかにハンガリーでの開催にある。更に、彼等の研究課題などから推察すると、経済体制の転換に伴い医療制度の改革が進行しつつあり、医療サービス提供者・患者・費用負担者と云う立場の異なるステーク・ホルダー間の利害の対立とその調整に各国が苦慮している状況が伺える。計画経済体制の下で確立された医療の公共性を出来る限り存続させる政策や制度の採用は政治的に見て極めて妥当である。また、医療資源面での制約もあり、急激な医療制度の変革は経済的にも難しいのが現実である。しかし、経済的自由度を獲得した一部の国民・患者の上質な医療への要求も彼等が経済・社会の中核を担い政治的発言力を持つだけに無視出来ず、医療の公共性に矛盾しない形態で如何に彼等の要求に応じて行くかが東欧圏各国での重要課題となっている事が伺える。実は、医療制度の改革は西欧諸国でも最近大きな課題となりつつある。但し東欧圏諸国と異なり、EU統合の一環として各国間の医療制度の整合性を高める必要性がその背景にある。

品質向上 (quality improvement) は医療実践上の永久的課題であり、当学会でも常に中心課題の一つである。品質を「(個々の)患者に最も適切な診療を行う事」と理論的に定義しても、制度や技術も含めて実践面での制約から、その比較検討が難しい事には変わりはない。其処で、“action”よりも“outcome”に注目した品質の計測や評価に関心が高まっている。しかし、高齢化が進む先進国社会においては、急性疾患よりも慢性疾患に対する医療が主流であり、その“outcome”は当然患者の生活習慣や環境にも影響される。更に、「全人的医療」と云う言葉が示唆するように個々の診療“action”に対する“outcome”を同定する事は容易でない。従って、「品質向上」が効果的な診療を目指す活動管理の具体的な指標から、製造業の生産現場における「改善」運動のように、医療機関運営における努力目標に変質しつつある。UKにおけるNHSの“clinical governance”への傾倒もこの傾向の一環として見做せよう。医療“outcome”

の多様性を考慮すれば、この様な改善運動において仮に注目した品質面での向上が実現されたとしても、注目されなかった品質面が犠牲になり、その劣化が見落とされる可能性が十分に考えられる。従って、品質の評価や品質向上の計測において普遍性に欠けた議論に陥る恐れがある。今大会でも医療サービスの品質評価に関する方法論や実態調査の研究報告は幾つもあったが、その妥当性は別として普遍性には疑問が残るものが多かった。

今大会を最も特徴付けられると思われるのが、「限りある医療資源」に対する認識の広まりと、その医療資源を如何に有効に利用するかと云う問題意識の高まりである。小生は、開発経営に関する研究を通じて得た結果から「経済や市場競争のグローバル化と云う時代的变化は公共的な医療サービスに対する経済的基盤を弱め政治的合意を難しくする」と云う結論を導き、この時代的变化に対応するには「医療にも生産性を基準にした経営技術の開発と普及が欠かせない」と見做し、「医療における生産性」に関する小論を発表する事を一つの目的として今大会に参加した。それだけに、「限りある医療資源」を中心課題としたセッションが6つも持たれた事に驚きを感じると同時に、自身の問題認識が誤っていない事に意を強くした。

医療資源に限りがある事自体は新しい現象ではなく、常態とも言える。それにも関わらずこの制約条件が医療サービス運営に携わる人達から最近注目を集めるようになった背景には、医療需要の拡大に見合う医療資源の確保が社会的に難しくなりつつある現実が窺える。医療需要拡大の傾向は比較的容易に説明がつく。医療技術の進歩に伴う医療サービスの拡大と多様化や人口の高齢化、更には生活レベルの向上やスタイルの変化に伴う新しい医療需要の増加を、その理由として挙げる事が出来る。後者の具体的な例としては、米国における精神科医師のカウンセリングや“life-style drugs”と呼ばれる医薬の普及を挙げる事が出来る。考察を要するのは「医療資源の確保が社会的に難しくなりつつある現実」であろう。

高額化する医療のリスクを社会的に分担する制度を多くの先進国では採用している。この制度の下では、その対象受益者に対して機会公平(“equity”)を保証する事が前提となる。この保証に対する社会的合意は、従来の日本や西欧諸国のように、経済的格差が少なかったり「中産階級」が大多数であると成立し易い。逆に、一方に多数の失業者があり他方に多数の高額所得者が居るような社会を想像すれば、同様な社会的合意が得難い事が容易に推察出来る。日本でも「能力主義社会」の到来が指摘され米国では“digital divide”と云う言葉が人口に膾炙しつつあるように、グローバルな市場経済の進展はあらゆる社会において経済格差を広げる傾向をもたらし、その結果として小生が指摘するように「公共的な医療サービスに対する経済的基盤を弱め政治的合意を難しくする」傾向を生み、その様な医療サービスに対する「資源の確保が社会的に難しくなりつつある現実」を招いている。

今大会のプログラム委員長であるProf. Wilhelm van Eimerenが、“Sustainability, Innovation and Equity for Health in Europe (SIEHE)”をEUが直面する課題として国際的な共同研究プロジェクトの推進を訴えたのも、上記のような状況認識と無関係ではない。彼は「この三つの課題の関連を認識し、その全ての分野で成功を得る事に将来のEU域内の人々の健康が懸かっている」と訴えている。この中の“innovation”も決して医療技術面での話ではなく、他の課題と同様に医療実践面の課題と理解できる。問題はその中身である。制度的な整合性や統合自体は“innovation”ではない。医療システムの効率的運営と経済的基盤(financial sustainability)の確立において様々の“innovations”が必要とされている、と小生は推察する。以上の様な現状認識に立てば、小生が今大会で提起した“Management by Productivity (MBP)”は探し求める“an innovation”となる可能性が高い。その様な事情もあって、このテーマの円卓討論会を特別セッションを小生が主催するに当たってProfessor van Eimerenには色々な便宜を計って戴いた。

3. 医療分野の生産性概念と医療機関の運営改善

様々の産業分野で生産性向上の努力がなされ、多くの企業がそのような努力を通して「品質向上とコスト削減」という通常はトレードオフの関係にある効率化の二つの面で成果を上げてきたにも関わらず、医療サービスの分野では未だに品質向上とコスト削減を異なるアプローチで達成する努力に拘って来た。その最大の原因は、小生が“quality-cost dissociation”と名付けた医療サービス分野の特徴にある。即ち、現代の医療では患者が医療サービスの費用を直接支払う形態にはなく、公共的な費用負担または医療保険による支払いが一般的である。その為、医療サービスを消費しながら相応の費用を負担しない患者は、より良い(高額の)サービスを望む。このような患者の要望に応える為に診療の品質向上が医療提供者側の

最大の関心事となり、一方医療費を主に負担する側は医療サービスの品質向上よりもコスト削減を優先課題として医療機関に要望する。この様な三者鼎立の関係がある為に、通常の経済財の提供と異なり、品質とコストの両面を考慮して購入の意思決定をする主体が存在しない。

もう一つの原因には、医療提供者側がその活動や組織管理において「生産性」を真剣に考慮する事に強い抵抗感がある。この抵抗感は医療提供者の多くが共有する認識に基づいている。その認識を要約すれば、(1) 医療活動は通常の生産活動とは異質であり、生産性を定義する「インプット」や「アウトプット」更には「両者の比率」を医療では適切に表現し得ない、(2) MBPがコスト削減に効果があるとしても、医療の品質向上と比較すればコスト削減はあくまで2次的要求である、となる。

円卓討論の場でも「医療活動はサービス部門の生産活動と本質的に異なるか否か」が話題となり、両者間の差異が狭まる傾向にある点では広く同意があったが、基本的な相違の存在を否定するには至らなかった。この同意の背景には、先進国では(高齢者の介護サービスに見られるように)個人の健康面での要求に応じる種類の医療サービスが拡大しており、またあらゆる経済財の生産において個人の要求に応じ得る生産体制が志向されている事がある。しかし、一般の商品のように販売促進を行う事非倫理性や(例えばHIVも含めて伝染性疾患の予防・治療サービスのように)公共性があり同時に個人個人の健康維持に不可欠と思われる医療サービスが経済的な理由で一部の人達に提供されない事非倫理性に拘る(従って“equity”を主張する)限りは、その生産形態に基本的な相違を認めざるを得ないと思われる。実際にも、様々の国や地域レベルの医療体制で“equity”実現が謳われている。

しかし“equity”実現の本質は、経済的に不利な立場の人達の医療費を有利な立場の人達が補填するシステムの構築である。従って、コスト削減による医療の経済性向上は“equity”実現の可能性を高める意義を持つ。即ち、生産性向上を目指すMBPは、単にコスト削減のみならず医療システムが目指す“equity”実現にも貢献する。一方医療提供者の品質への拘りだが、品質の多面性および評価における個人差を考慮すれば、「品質向上」は組織的医療活動のスローガンとしては効果的であり得てもその客観的な管理手段とはなり難い。後者にとって有効なのは、十分な品質を保証する為の幾つかの処置基準を設定しその基準を遵守する、という管理方法である。これは、他の産業界や企業で行われている品質管理方法と基本的に同じであり、この点でも医療分野におけるMBPの有効性を否定する根拠はない。

残る最大の問題は、MBPを実現する為の医療分野における生産性の概念の確立とその評価方法の開発である。医療分野においては患者が行為の対象でありその健康が行為の目的であるから、この対象・目的への考慮を欠くような「生産性」の表現や評価は不適切である。生産性の基本概念は、生産活動に投入された量を表示する分母と生産活動から生成された量を表示する分子の比率によって「生産効率」を表現する事にある。これら分母・分子を一般的な生産活動では「インプット」および「アウトプット」と呼称する。更に、これらの量がコントロール可能で経営管理上の意思決定を反映する事が、一般的な生産活動では想定されている。しかし、医療分野では患者の発生や健康状態がそれぞれインプットおよびアウトプットに大きく影響を与える為に、このような想定が現実と乖離している場合が多い。

円卓討論の席での拙論は、以上のようなMBPの医療分野での応用に関する実態分析を紹介すると同時に、医療分野ではインプットやアウトプットに代えて“service capacity”と“service realized”の比率をもって「生産性」を表現する事が有効である事や、医療経営上の多様な課題に応じて生産性を評価するための具体的方法をデザインする柔軟性こそがMBPを可能とする事を強調し、医療の特異性にも関わらずMBPは有効な経営上のアプローチであり、その理論的開発が重要な研究テーマである事を訴えた。

第10期平成12年度事業報告 並びにこれに伴う収支決算書を承認

第19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13年5月18日（金）に開催された第19回評議員会、並びに5月23日（水）に開催された第19回理事会において、第10期（平成12年度）事業報告及び収支決算書が承認されました。

理事会では所用で欠席された厚生労働省大臣官房厚生科学課長佐柳 進氏の代理で出席された厚生科学課研究企画官 中垣 俊郎氏より「人の全ゲノムがほぼ解読される時代を迎え、医療・福祉・介護においても新しい研究の側面が出てきている。厚生労働省では、平成12年度から疾患遺伝子の解明を初めとしてミレニアムプロジェクトを進めており、働き盛りの二大死因の癌と心筋梗塞、また、介護の対象となり寝たきりの原因となる痴呆、骨折、脳卒中の五つの疾患の総合的対策を講じているところである。

当財団は保健医療福祉、医療経済等の幅広い分野で先端的取り組みを国際共同研究の枠組みの中で実施しているとの報告を受けている。理事の先生方には当財団の発展にご協力頂き、民間の立場からも国民の健康に寄与して欲しい」とのご挨拶を頂きました。

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12年度の事業と収支決算の概要を説明した後「今年度も引き続き我が国におけるヘルスリサーチの研究振興を図るため、微力ながら最善を尽くす所存でございます」と抱負を述べました。



垣東 財団理事長

厚生科学課研究企画官
中垣 俊郎 氏



第10期（平成12年度）事業報告

平成12年度に実施した主な事業の概要は次の通りです。

1. 第9回研究等助成事業（（ ）内は平成11年度実績）

	応募件数	採択件数	助成金額（千円）
国際共同研究プロジェクト	97（95）	12（11）	54,000（54,675）
日本人研究者短期海外派遣	66（34）	11（7）	19,449（4,210）
日本人研究者中期海外派遣	（49）	（4）	（8,000）
外国人研究者短期国内招聘	9（16）	3（9）	3,000（7,925）
外国人研究者中期国内招聘	1（1）	1（0）	2,000（0）
合計	173（195）	27（31）	78,449（74,810）

応募総数は173件で、昨年より全体で22件減少し、そのうち海外派遣の応募件数は前年に比べて17件の減少であった。

平成10年度から助成の対象を従来のヘルスリサーチの研究分野「全般」から時代のニーズにあった「医療制度・政策研究・ヘルスエコノミクス」等の分野に特化したため、基礎・臨床医学からの応募が減少し、反面、看護学からの応募が倍増し、経済・経営学、法学などの社会科学系からの応募も増加した。

2. 第7回ヘルスリサーチフォーラムの開催

前年度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賛同を得て、研究成果発表、助成選考経過説明に加えて、一般演題の発表と新たに外国人経済学者による基調講演を行った。一般演題は13題の応募の中から組織委員会で7題が採択された。

日時：平成12年11月11日（土）午前9時30分～午後6時30分

場所：都市センターホテル

テーマ：21世紀の保健・医療・福祉を考える - 国際的な視点から見た日本の医療 -

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180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 厚生省大臣官房審議官

4. 平成10・11年度研究助成成果発表 12題

5. (第9回)平成12年度助成案件選考経過・結果発表

6. 一般公募演題 7題

7. 基調講演 Mark B. McClellan, MD, Ph. D.

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

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、厚生省、助成案件採択者、財団役員等に配布した。

4. CD-ROMの作成

第1回～第6回ヘルスリサーチフォーラムの講演録並びに平成4年度～平成10年度国際共同研究成果報告を収録したCD-ROM 2,000枚を8月に作成し、助成案件採択者・報道関係者・第7回フォーラム参加者・財団役員等に配付した。

5. 寄付金活動

ファイザー製薬株式会社から運用財産として寄付があった。

- 運用財産 -

寄付年月	寄付者名(敬称略)	金額(円)
平成12年10月	ファイザー製薬(株)	77,000,000
	合計	77,000,000

正味財産増減計算書

平成12年4月1日から
平成13年3月31日まで

(単位:円)

科目	金額	
1) 増加原因の部		
1 基本財産収入		
基本財産収入		0
2 基本財産運用収入		
基本財産利息収入	36,445,777	
3 寄付金収益		
寄付金収入	77,000,000	
4 雑収入		
受取利息	1,294,449	
公社債売買収支差額	463,121	
雑収入	10,167	
合計		114,266,938
2) 減少原因の部		
1 事業費		
調査費	171,840	
国際共同研究事業費	54,000,000	
海外派遣事業費	19,448,700	
外国人招聘事業費	5,000,000	
財団機関誌	5,695,673	
ヘルスリサーチフォーラム	9,682,451	
CD-ROM	2,672,250	96,670,914
2 管理費		
旅費交通費	1,462,879	
通信運搬費	1,183,044	
会議費	607,103	
消耗什器備品費	1,500,289	
消耗品費	315,237	
印刷製本費	1,403,839	
審査謝金	388,886	
租税公課	70,000	
臨時雇賃金	1,295,275	
雑費	1,468,422	9,694,974
合計		106,365,888
当期正味財産増加額		7,901,050
前期繰越正味財産額		964,445,086
期末正味財産額		972,346,136

貸借対照表

平成13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	1,335,513	
有価証券	29,134,413	
前払金	0	
流動資産合計		30,469,926
2 固定資産		
基本財産		
基本財産貸付信託	0	
基本財産定期預金	7,039,172	
基本財産有価証券	935,637,038	
基本財産合計	942,676,210	
固定資産合計		942,676,210
資産合計		973,146,136
2) 負債の部		
1 流動負債		
未払金	800,000	
流動負債合計		800,000
2 固定負債		
固定負債合計	0	0
負債合計		800,000
3) 正味財産の部		
正味財産		972,346,136
(うち基本金)		(942,676,210)
(うち当期正味財産増加額)		(7,901,050)
負債及び正味財産合計		973,146,136

第10期収支決算概要

第10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ことをご報告を受けております。

1. 収入の部、支出の部

ファイザー製薬より運用財産として7,700万円の寄付金、基本財産の運用益として3,645万円等の収入がありました。一方、総支出金額は10,637万円でした。

2. 当期正味財産増加額 / 期末基本財産

当期正味財産増加額は790万円、期末基本財産は9億4,268万円となりました。

当財団へのご寄付のお願い

当財団は、今後とも、助成事業をはじめ国際セミナーの開催等、より幅広くヘルスリサーチの振興に寄与して参る所存ですが、そのためには更なる事業基盤の充実が必要であります。

こうした趣旨をより多くの皆さまにご理解いただき、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。

尚、平成12年度中は次のとおり寄付金を頂いております。
慎んでお礼申し上げます。

- 運用財産 -
平成12年10月 ファイザー製薬(株) 77,000,000円

第8回ヘルスリサーチフォーラム開催のお知らせ

第8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、平成11年度国際共同研究助成・平成12年度海外派遣助成を受けた先生方の成果発表等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。

本年度のフォーラムは、「新世紀の保健・医療・福祉を考える - 変革への模索 - 」と題して演題を募集中です。詳しくは、本誌p1「一般演題募集」の通りですが、例えば医療制度・政策や医療評価など日本の医療内容を欧米諸国と比較検討し、そこから日本の医療への新しい提案・問題解決のヒントが得られるような研究発表を歓迎します。

〆切(7月31日)迄に奮ってご応募下さいますようお願い申し上げます。

日時：平成13年11月10日(土) 午前9時30分～午後6時30分

会場：千代田放送会館 東京都千代田区紀尾井町1-1 電話：03-5210-4305

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

◆ 本間 光夫 先生 ご逝去 ◆



当財団設立時より評議員として財団事業の発展にご尽力くださり、また、我が国の医学界に多大の貢献をされた慶應義塾大学名誉教授 本間 光夫 先生が、本年5月31日、慶應義塾大学病院で逝去されました。

享年75歳でした。

つつしんでご冥福をお祈りいたします。