

ヘルスリサーチニュース

目次

第12回(平成15年度)助成案件応募は前年度比2.2倍に(p1) / リレー隨想 日々感懷(厚生労働省大臣官房生科学課長 中谷 比呂樹 氏)(p1) / 対談「ヘルスリサーチを語る - 第7回 - 新しい病院像を探る」(対談相手:平井 愛山 先生)(p2) / アンケート結果報告(p9) / 研究等助成受領成果報告-4編-(p10) - 4編タイトルは下記 - / ヘルスリサーチフォーラム10周年記念誌 完成間近(p12) / 公開ラウンドテーブル・カンファレンス「国際的に競争力のある医薬品開発環境の実現に向けて」が開催される(p13) / 第10回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択(p13) / 第10回 ヘルスリサーチフォーラム及び10周年特別記念講演・記念式典プログラム内容決定(p14) / 第10回 ヘルスリサーチフォーラム及び10周年特別記念講演・記念式典開催のお知らせ(p16) / 第4回 北里・ハーバードシンポジウム開催のお知らせ(p16) / お知らせ - Newcastle大大学院からの通信教育受講生募集のご案内

第12回(平成15年度)助成案件応募は前年度比2.2倍に

第12回(平成15年度)の研究助成案件の公募は7月18日(金)で締め切りました。応募件数は合計305件で前年度比2.2倍となりました。

今年度、新たに国際共同研究A、若手研究者育成・海外留学、同・国内共同研究の助成を新設し、助成金総額も従来の約90百万円から190百万円へと倍増して、幅広く募集を行った結果、大幅に応募が増加したものです。全体の採択件数51件に対して、約6倍の競争率となっています。

応募案件の研究内容は、応募者の申告(複数選択あり)による集計では、「制度・政策関連研究」が54件、「医療経済学的研究」が29件、「医療の評価に関する調査研究」が58件、「保健医療サービスに関する調査研究」が90件、「医療資源の開発に関する研究」が56件でした。

応募された助成案件は選考委員会で検討・選考の後、理事会に報告の上決定され、その結果は採否にかかわらず10月上旬頃、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A	24	-
国際共同研究B	77	88
海外派遣	25	43
短期招聘	14	7
中期招聘	2	0
若手海外留学	80	-
若手国内共同研究	83	-
合計	305	138

リレー隨想 日々感懷

「健康への橋渡しとしてのヘルスリサーチへの期待」

厚生労働省大臣官房厚生科学課長 中谷 比呂樹

やれBTだ、ゲノム医療だと、医学研究も大型化、先端化する傾向が続いている。結果も具現化しつつあり、誠に頼もしい。

しかし、最先端の研究者に研究資金を委ね、配分は競争的にし、研究成果は欧米一流雑誌への投稿と特許数を指標として評価するという米国流と称される方向性には一抹の不安を禁じ得ない。世界の医療と研究をリードする米国の健康水準は、意外と低水準に留まっているからである。これは、研究成果の国民への橋渡しといった部分が弱かったからではなかろうか。

しかし、我が国のお家芸ともいえる結核対策で大きな進歩がニューヨーク市で見られた。即ち、日本人率いるWHOの国際チームの勧告を踏まえて、都市の結核を制圧したのである。従来からの「検診と入院医療方式」に代わり、自覚症状で見つかった患者に、目の前で抗結核薬を確実に服用させる「直接服薬確認短期治療法(ドッツ)」を取り入れ、費用と治療効果に優れた対策パラダイムが作られた。このような、既存技術の組み合わせや新たな視点からの対策の見直しもまた重要な研究分野であり、その主軸をヘルスリサーチが担っている。

皆様の一層の御発展を祈念している。



次回は評議員 兼 選考委員の慶應義塾大学 経営大学院 教授 矢作 恒雄 先生にお願いいたします。

ヘルスリサーチを語る

第7回

新しい病院像を探る

平井 愛山（ひらい あいざん）
千葉県立東金病院 院長

開原 成允（かいはら しげこと）
当財団助成選考委員長、理事
(財)医療情報システム開発センター 理事長

最近の病院は、医者の視点あるいは供給側の視点で、ただ座って患者さんが来るのを見ているのではなく、需要側の視点を持たなければいけないということが、盛んに言われています。

今回の対談のお相手の平井 愛山 先生は、まさにそうした視点から、千葉県立東金病院の院長として、全国に先駆けて「女性専門外来」を創り、あるいは平成12年度の経済産業省の「電子カルテを中心とした地域医療情報化」公募事業に応募して、地域の診療所・調剤薬局と電子カルテネットワーク「わかしお医療ネットワーク」を構築して、「病診」及び「医薬」連携のもとに、積極的に新しいタイプの地域医療を展開されています。

その活動と先生のお考えをお聞きすることにより、「病院」の新しい方向が見えてくるかもしれません。 開原 成允

（以下、敬称略）

開原：この対談シリーズの全体を通してのテーマは「パラダイムシフト」ということですが、本日は「病院」を取り上げて、「新しい病院像」を探ってみたいと思います。

私は、平井先生の病院長としてのお仕事を見ていて、普段から非常に感心させられるところが多く、「新しい病院」を求めて、絶えず考えてやっておられるという印象を受けておりましたので、本日の対談のお相手として最も適当な方ということで、お招きをした次第です。最初に自己紹介を兼ねて、先生が院長をしておられる病院のことなどをお話しいただけますでしょうか。

「地域に閉ざされた病院」だった

平井：私が千葉県立東金病院に着任したのは、平成10年4月です。それまでは千葉大学医学部内科の講師・医局長をしていましたが、医学部長からの指名があり、急速、地域の医療を支える県立病院の一つに着任したわけです。私の学位論文は「千葉県の農村と漁村の疫学調査」であり、その当時から地域に入っている仕事をしておりましたし、保健所の方々とは健康作り運動で関わっていましたので、「地域医療の視点」ということに関しては、決して初めてではありませんでした。

この病院は、当時最悪の状態に陥っていて、ひょっとすると千葉県で真っ先に潰れる公立病院との噂もあった（笑）くらいで、その立て直しの意味で指名されたようでした。

まず目指したのは「地域に開かれた病院」
医療事故には、ご遺族への誠意を持った説明、警察への連絡、記者会見が求められる。
女性専門外来は「パーソナライズ・メディシン」の入り口。

行って驚いたのは、パソコンが1台も無い病院であると同時に、「地域に閉ざされた病院」になっていたことです。病院の前で事故があって救急患者が出ても、断ったというような話を後で聞きました。しかも医師会との勉強会なども一切無かったのです。

開原：ベット数はいくつなんですか。

平井：当時は213床。今は少し減って191床です。今年で開院50年です。千葉県で一番古い県立病院で、今の場所に移転してきたのは昭和43年です。

長い砂浜のある九十九里海岸と成田の間で、千葉市のちょうど東側です。「山武（さんぶ）医療圏」と言われる、1市7町1村の人口20万くらいが一つの固まりになったところです。東金市自体は人口5万～6万ぐらいで、JR外房線も通っており、都心から1時間ぐらいで来られるので、急速に人口が増えてきています。

開原：千葉市のベッドタウンのような感じのところですね。そこに先生が着任されて、まず何をなさいましたか。

平井：とにかく外に開かれた視点を作りたいと思いました。

すぐにできることでは、勉強会（カンファレンス、セミナー）をすること。最初は職員だけで始めましたが、すぐに外と連携をとって、医師会の先生方との勉強会を始めました。もう一つは、救急の患者さんの受け入れを積極的にやることです。

多少時間がかかることでは、院外処方への全面切り替えです。院外処方率が5%くらいだったのですが、薬剤部長に頑張っていただき、地元の薬剤師会の会長さんも非常に前向きな方でしたので、4月～7月の4ヶ月間で準備をして、8月1日から85～90%の院外処方としました。これは、私がと言うよりは薬剤師会と薬剤部が作ったものです。

それがある意味で、その後の地域医療連携の下地になっていました。

対談：ヘルスリサーチを語る

医療事故・隠蔽と改ざんだけはするまいと思っていた

開原：先生は赴任後早い頃に医療事故に遇われましたが、私はそのときの処理のなさり方を読む機会があり、大変感心をしました。こんな話から始めていいのかどうかわからないのですが、あれは大変だったでしょうね。

平井：誰も予想していないことで、私にも晴天の霹靂でした。

「急変した」と電話がかかってきて、とにかく現場に駆け付けたところ、あまりにも前後の経過がおかしい。ご家族からは「もともと心臓が悪くて何回も入退院しているので、また心臓の病気でしょうか」と聞かれましたが、「いやそうではないらしい。どうも事故のようで申し訳ない」と、この段階で申し上げました。残念ながら助けることができませんでしたが、透析が終わった後の患者さんだったので、空気が大量に入った可能性があるということで、ご家族に謝罪をしつつ、警察に届けました。

実はその前に都立広尾病院の事故や横浜市立大病院の取り違え事故があり、それが私には反面教師になりました。特に隠蔽や改ざんがあった広尾病院の対処が私には非常に印象深く、あれだけは絶対にするまいと思っていました。

奥さんと長男の方からは「何があったのかを明らかにして欲しい、それを踏まえて二度と起こらないようにして欲しい」という言葉がありました。それに取り組むためには、全てのプロセスを明らかにしていくしかないと思い、その日のうちにご遺族に集まっていただけで、県庁と連絡を取りながら、次の日の午後から記者会見を行いました。その時に司法解剖の結果も発表され、私は全部情報を開示しました。その後2日間マスコミの取材がありましたが、それで取材攻勢はほとんど終わってしまいました。

その後は、本当に何があったのか、一つ一つのプロセスを全部ご遺族に説明にあがりました。それは現在も続いている、月命日の25日前後には必ずお線香をあげにいくようにしていますし、例えば看護協会の勉強会で医療事故の話をするときには、話す内容を事前にご遺族にお話しするということを続けてきました。

先ほどのご遺族の言葉が、私にとっては出発点であり、それがずっと今でも続いているのです。その後事故報告書をまとめる中で、『何があったか』『誰がやったか』ということだけではなく、原因はどこにあるかを精一杯解き明かして、対策も作っていました。

何か手本があってやったわけではありませんが、ちょうど事故の少し前に出た国立大学附属病院長会議の中間報告が参考になりました。事故後の対処として、誠意を持ってご遺族に説明をする、それから警察への届出と記者会見、この3つの説明責任を果たすということが非常に参考になったのです。

新しいサービス・女性専門外来

開原：先生は新しい診療形態や新しい診療科など、いろいろお作りになっていますね。最近では女性専門外来など。あれなどは非常に患者側のニーズに立ったものと感心しております。

平井：今までの医療サービスは、受療者側から見えない部分や不透明な部分が多くて、患者の知りたいことがわからない。先ほどの事故のときも含めて、一番心掛けているのは、医療の透明性

を確保していきたいということです。

女性専門外来の元々の出発点は、一つは、堂本千葉県知事が誕生して、性差に基づく医療を県の衛生行政の一環として取り上げるという話があったことでした。具体的に何をどうやるかというの全部任せられましたので、ニーズがどこにあるかを調べるために、私どもが始める少し前に女医外来を開設した鹿児島大学第一内科に見学に行かせていただきました。鹿児島大学でスタートしたとき、たくさんの患者さんがお見えになり、それらのほとんどが、既に男性の医師にかかっているものの、説明が十分でなくて納得できないという理由で受診されるということでした。じっくりお話を聞いて、しかも話しやすい雰囲気が求められると、男性医師ではなかなか対応ができないわけです。

もう一つは、千葉県の疫学調査をお手伝いして「健康ちば21」を取りまとめた中で、千葉県には女性の乳癌や骨粗しょう症の問題があるということがわかり、私自身が以前から女性の骨粗しょう症を何とか治療にのせたいという気持ちがあったことです。

そこで、病院全体での診療のチームを作り、それから女性専門外来、女医さんの確保というセットでスタートしたところ、いっぺんに予約が入りました。それも更年期前後の40代、50代の方が圧倒的に多いのです。他の病院では更年期は精神的なものだと言われて話を聞いてくれないとか、夫の親の介護でクタクタになって、つらいのだけれども、どこの科に受診したらいいかわからないという方がたくさんお見えになったのです。

そういう意味で、新しいサービスを提供できたと思います。一人ひとりの違いを見極めた“パーソナライズ・メディシン”的な入り口かなと思っています。従来の臓器別診療では対応しきれないし、短い時間では十分対応できないケースもあるということです。

うちでスタートしてから急速に普及し、既に全国で5~60ぐらいできました。国立病院でも5、6ヶ所あります。

開原：私が成育医療センターを計画していたときの話ですが、例えば子供のアトピーなどは、患者さんには、皮膚科に行くか小児科に行くかわからない。だから私は「小児科と皮膚科と一緒に診たらいいいじゃないか」と言いました。それはある程度実現していますが、このように、患者さんの目から現在の診療科をもう一度見直すと、また別の診療科の在り方が出てくるのではないかと思ったことがあります。女性専門外来はまさにその典型的のような気がします。

1975年千葉大学医学部卒業。

千葉大学医学部付属病院内科医員、
国立柏病院、船橋済世会病院内科
医師を経て、1996年千葉大学医学
部内科学医局長に就く。

1998年現職千葉県立東金病院院長
に就任。

「健康ちば21」策定専門委員会委員
長、経済産業省「先進的情報技術活
用型医療機関等ネットワーク化推進
事業に係る事後評価有識者委員会」
委員などを歴任。医学博士。





ところで、これまでの病院は、地域に閉じた病院が多く、来る患者さんだけを診ていればいいという感じだったのですが、最近ずいぶん変わってきています。先生の病院は積極的にそこを展開されたのではないですか。

地域医療連携 - 薬局、そして診療所と

平井：ブレイクスルーしたのは、院外処方を始めたことによります。

実は門前薬局が無かったのです。病院から2km以内に薬局が無く、これで本当にできるのかなと思っていたら、薬剤師会の会長さんが「いや、うちは面で受けます」ほとんどの患者さんは掛かり付け薬局を持っています」と言うのです。

東金市は、江戸時代には天領で、すごく栄えていて、昔から古い人達も住んでいる。薬局も、屋号のついた古い薬局が東金市内にはあるのです。そういう薬局に昔から掛かっているとか、家のそばの薬局に行くような体制に元々なっていたのです。薬剤師会でそういうお話があったから、「それならば掛け付け薬局を中心やっていきましょう」ということになったわけです。

医療圏全体が面であり、東金病院は単なる点に過ぎない。面の中には診療所という点もあれば調剤薬局という点もある。それぞれの点がお互いに面を支え合おうという発想が生まれ、実際に院外処方をして薬剤師会や診療所を回っているうちに、だんだんそこが見えてきたということで、理念先行というよりは、やってみたところ、地域から教えていただくことがあったわけです。

開原：そのような薬局との連携に加えて、診療所とも連携ができたわけですね。

平井：はい。その当時、私自身どんな理念でやっていたらいいか迷っていたところ、いろいろな方から「診療所の先生の研修支援を入れたら地域医療支援になりますよ」と言われました。救急の患者さんを積極的に受け入れるようになり、診療所から紹介されてきた患者さんを、私共が治療して助けるという局面がだんだん出てきましたので、そういうケースを中心に、4月の終わりから勉強会を開いたのです。そこには診療所の先生が結構来られました。すると「東金病院のお医者さんはこんな人がいて、こんなことをやっている」というのも見えて、診療所の先生も患者さんを紹介しやすくなっています。最初は比較的病院の近くの先生が多

医療圏全体が面であり、その面の中に病院、診療所、調剤薬局という点がある。それぞれの点がお互いに面を支え合おうという発想から始まった。診療所・薬局との地域ヒューマンネットワークを基礎として、電子カルテのデータを共有する「わかれしむ医療ネットワーク」が生まれた。それは「情報の共有」とともに、「技術移転」の基盤でもあった。

かったのですが、だんだん広まっていきました。

薬剤師会は医薬分業がきっかけでしたが、診療所の方は赴任後1ヶ月後から始めた勉強会からです。最初は全然近寄らない先生もいたと思うのですが、前向きに評価をしてくださった方もいました。院内で勉強会を開いて医師会にFAXで送ると、結構来ていただけたようになりました。

開原：色々な種類の勉強会をなさったのですか。

平井：2本立てでした。「東金イブニングセミナー」と称した薬剤師会との医薬分業を前提にした薬中心の勉強会と、「東金イブニングカンファレンス」という症例検討や新しい治療診断についての勉強会の、2つを同時進行でやりました。

開原：病院の先生方が講師になられたのですか。

平井：最初はそうです。日常診療だけではなかなかスキルアップしないので、皆で集まってディスカッションをしながらやっていくのは、非常にいいと感じています。

何しろCPC(症例病理検討会)が無かった病院で、私が行った年に20年ぶりに感染症死亡例の病理解剖があったので、すぐにそのCPCをすると、院内のドクターが活性化するとともに、地元の先生方との連携が非常に良くなりました。

開原：診療圏の中には、病院は1つしかないのですか。

平井：一回り大きい国保病院が医療圏の北の方にあり、もう一つ、私共の半分ぐらいの規模の病院が医療圏の南のはずれにあります。

開原：そういうところとの連携はお考えなのですか。

平井：診療科がオーバーラップしないようにしています。外科・整形・内科はともかく、例えば脳外科が他の病院にあるとすると、うちは脳外科無しにする、その代わり透析は全部やるというような形で、役割分担ができます。

ただ、両方とも規模がそれほど大きくないものですから、救急車の域外搬送率がすごく高く、時間外にすると20%くらいあります。この3病院では、三次救急の重症は診られません。それで、今、7年後ぐらいを目指して、国保病院と県立病院を統合して、急性期の重症を診られる新しい医療センターを作ろうとしています。県の指導で地元と調整に入っています。そういう意味では、地域医療も再編の時代に入ってきました。

IT技術は院内活性化の手段の一つ

開原：そういう地域の連携を基礎にして、最近の先生の業績には、それを電子カルテ化したということがあります。それは恐らく日本で一番成功した「地域の電子カルテ」の例だと言われています。

平井：初めて千葉大医学部に各講座がインターネットに常時接続できる情報コンセントが2つ設置された平成7、8年頃、医局長になった私は、第二内科でサブネットを構築する提案をして、1年かけて立ち上げました。研究室のスタッフも教授も非常に喜び、これによって私は、インターネットの接続環境がインフラの基盤であるということを強く感じました。

ところがこの病院へ来たら、インターネットの接続が無いどころかパソコンが1台も無い状況で、全く話にならない。そこで、県と接続費用の交渉をして、インターネットに常時接続するとともにサ

対談：ヘルスリサーチを語る

ネットの小さいものをその年の秋頃に立ち上げました。

そのときちょうどCTの更新の時期だったので、皆で話して、12、3台のネットワークで、院内でCT画像をオンラインで見られるようにしたら、それがいろいろなところで好評だったのです。

開原：みんな喜んだでしょうね。

平井：ええ、特に若手のドクターは大喜びで、院内の活性化の一つの手段となりました。そのようにやっていくと、次は、例えば検査結果を書いていた伝票をOCRに変える、バーコードで出ればそのまま機械にかけばいい、検索も楽になる、検査データもwebで見ればいい、というようになっていくわけです。ステップがどんどん上がっていき、そのうちに、中でやっているだけではもったいないと思うようになったのが、平成12年頃です。

開原：非常に堅実なIT化ですね。何も無かったところに突如高度なシステムを入れると、苦労されるところが多いのですが、先生のところは一步一步積み重ねていったという感じですね。

平井：50年の歴史があるということは、非常にマンネリズムに陥っていて、自己改革のエネルギーが小さくなるのです。それを常にプロモートしていくような環境を作らないといけない。それは病院の中だけでは答が出ず、インターネットの最新情報、例えば診断や治療の情報を見ることで変わっていくということがあります。

電子カルテネットワークの構築

開原：そして、平成12年度の経済産業省の補正予算公募事業『先進的IT活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業 - 電子カルテを中心とした地域医療情報化 - 』に応募され、採択されたということですね。あれは誰かに勧められたのですか。それとも先生のお考でやったのですか。

平井：その一步前の段階で、診療所と繋ごうという話はありましたし、タイミングも合って、医師会長と話したその日のうちに是非やろうということになりました。また、調剤薬局とは検査データを電子メールの添付文書で送ったりしていましたので、すんなりとやってみようという感じでした。それほどすごいことをやろうとは誰も思っておらず、少しは便利になるかなというくらいの意識でした。

開原：それで「わかしあ医療ネットワーク」ができたのですね。

平井：元々は、先ほど申し上げたように、3年近いヒューマンネットワークの構築があり、「患者さんの紹介・逆紹介」「調剤薬局との医薬分業」という通常の業務の他に、「勉強会」を定期的にやっているという共通の基盤があったわけです。

それともう一つ、この医療圏が千葉県の中で最も医療過疎の地域だということがあります。人口10万人当たりの医師の配置数が、全国が180人ぐらいに対して、ここは89人しかいないのです。

開原：それは何故ですか。

平井：千葉県の場合、昭和40年以降人口が300万人台から600万人に急速に増え、県西部では病院ができたものの、それ以外の地域では医療過疎になってしまったのです。

そういう状況があって、重症の患者さんが充分ケアできない。着任してすぐ、足が真っ黒になった血糖値が1,500くらいの糖尿病患者が担ぎ込まれてきて、聞いたら2年間どこにも掛かってい

ないとのことでした。それから3年経っても同じような患者さんが来る。つまり病院でいくら頑張っても、次から次へと重症が来るだけで、地域のヘルスプロモーションなど何も変わっていないことがわかりました。

ですから医療圏全体の医療を底上げしないと駄目で、例えば糖尿病ならば、インシュリンを打つような患者さんも、専門外来で診ると同時に、同レベルで複数の診療所が診られれば、足が真っ黒になって切断するような患者さんは出てこないわけです。

今までは専門外来でなければ治療ができないと皆が思っていた重症の糖尿病でも、診療所で診ることが大切です。今、糖尿病の患者さんが全国で700万人にも1,000万人にもなろうとしている状況ですから、これからは専門的ノウハウを公開して、糖尿病を診ることのできるお医者さんを増やしていくことが必要です。山武医療圏の糖尿病壊疽(えそ)による足の切断例は人口10万人当たり全国の平均の5倍です。

こうした問題の解決に電子カルテネットワークを活用しました。診療情報が双方向に見られることが絶対必要であり、電子カルテによる「情報の共有」が第一歩です。そしてそれに加えて重要なのが「技術移転」であり、これには「オンラインの勉強会」がすごくポイントになります。

糖尿病に関しては、オンラインの勉強会のときに、済生会中央病院の松岡先生が導入されたSDMというアメリカの診療ガイドラインを勉強しています。定期的な勉強会で勉強して、診療所の先生方へ、従来はうちの外来でしか診ていなかった患者さんを逆紹介して、皆で診ようということです。

だからこの「わかしあ医療ネットワーク」は、まさに病院で持っていた専門外来の技術を診療所へ移転する基盤でもあるということです。

「わかしあ医療ネットワーク」

開原：「わかしあ医療ネットワーク」を整理すると、病院と周辺の21の診療所と21の調剤薬局との間で、オンラインでカルテを共有するシステムができあがっているということですね。そして、東金病院で診療した人を電子カルテに入れると、その患者さんが診療所に行ったときは、東金病院の診療の結果が全部見られる。

平井：画像も含めてです。

開原：診療所でデータを入れると、今度はその患者さんが東金病院に来たときには、それが見られる。薬局についても、東金病院や診療所で院外処方を出すと、薬局の人が処方せんを持ってきた患者さんのカルテを見る事ができ、それに従って服薬指導をするということですね。

どうでしょう。そうした新しい情報システムができたから技術移転が可能になったのか、あるいは、無くとも可能だったものが、





できたことによって、非常にスムースになったということですか。

平井：そこが7月の厚生労働省の「平成14年度地域診療情報連携推進事業成果発表会」で発表した際のポイントなのですが、先ほどのオフラインの勉強会はその

時点ですでに7回開催しており、全部で数十人出席しているのですが、ネットワークに参加している診療所は平均参加回数が4回、そうでない診療所は2回なのです。

連携を深めるプロモーション・ツールとして

技術移転という面では、1年ほど前に出た最新の超速効型のインシュリンの勉強会を2回にまとめて実施して、「こういインシュリンを使ってみたいと思いますか」と聞くと、ネットワークに参加しているところは「使ってみたい」という回答が過半数になる。

また、1月から6月までの紹介・逆紹介をデータベース化してみると、興味深いことに、紹介も逆紹介もネットワークに参加しているところの方からたくさん来て、こちらからもたくさん返しています。電子カルテネットワークを入れることで医療連携がより緊密になったということを、はっきり数字が示しています。特に逆紹介は半年間で200人以上ありますが、ネットワークに入っている診療所へは入っていない診療所の倍お返ししているのです。

要するに電子カルテネットワークは医療連携をプロモートするツールだということです。

開原：そういうことが実証されているのはすごいことですね。

今後の在宅医療は「病診看」連携で

平井：今回構築したネットワークは、「在宅」を想定しています。山武医療圏では在宅の患者さんに対してチーム医療ができあがっています。診療所の先生が在宅の患者を訪問診療すると共に、民間の訪問看護ステーションがあり、調剤薬局があって、私共が「365日24時間急変したらいつでも引受けます」という後方支援病院となっています。こういうヒューマンネットワークでやっていました。

今まででは診療情報は紙ベースの運用でしたが、今回モバイル端末での運用モデルで動かしてみたら、一番意識改革が見られたのは、病棟の看護師さんと訪問看護ステーションの看護師さんで、そのバリアが一気に無くなり、非常に親近感ができました。病棟のサマリーがいつでもどこでも見られるし、病棟のスタッフはス

「わかしある医療ネットワーク」により、病院の外来と診療所の役割分担が進んで、病院の外来のごつた返しが減った反面、精密検査、画像検査により診療単価は上がった。

診療所サイドにとっては、患者が増えるというインセンティブと同時に、診る疾患のレベルが上がることで、臨床家としての向上心が満たされる。

テーションの看護師さんの日々の在宅看護レポートが見られますので。

開原：訪問看護ステーションにも電子カルテの端末があるということですか。また、ステーションは私立なのですか。

平井：私立です。今回初めて端末を3ヶ所に入れました。その他、住民検診をやった際の患者さんを見るということで、保健所にも入っています。

つまり、従来は「病診」連携、それから「医薬」連携だったのが、「病診看」というのでしょうか、看護師さんも入ってくるということで、今後の在宅では、情報基盤が大事だと非常に感じました。

開原：訪問看護ステーションの人達も電子カルテの中へ書き込むことは許されているのですか。

平井：看護師さん専用バージョンがあります。事前に病棟とステーションの看護師さんに集まっていたら、どういうフォーマットで何を入れるかというのを、徹底的に詰めていただきました。

患者の立場からは

開原：今は医療の供給側のお話をうかがったのですが、これを、患者さんの立場から見ると、どのように見えているのでしょうか。

平井：身近な診療所で掛かれることに加えて、従来できなかつたことがITでできるようになったのが重要だと思います。

その一つが、患者さんが調剤薬局でオンライン服薬指導を受けると、非常に満足度が高いということです。従来は処方箋が1枚あり、そこに薬剤名と飲み方が書いてあるだけでしたから、ある日薬が1種類増えても、薬剤師さんにはなぜ薬が増えたかわからぬ。これが今回から、ドクターが「こういう理由で、こここの数字がこうなったから、この薬を追加します」というコメントを電子カルテに書いておくと、薬剤師さんと患者さんが一緒に見て、「処方の変わった理由はこうで、検査データもこうだ」だから「ちゃんとここらへんを指導しなければだめだな」となり、従来の服薬指導よりはかなり納得すぐでできるし、患者さんの満足度も高くなる。

例えば、糖尿病の患者さんでは、従来のような服薬指導をしたグループよりも、この電子カルテを使って医師の情報を基に服薬指導をしたグループの方が、結果的に血糖の改善が顕著です。

開原：それはもうデータとして出ているのですか。

平井：出ました。現在論文を投稿中です。やはり患者さんが納得して薬を飲むと、それなりに数字も改善するわけです。

開原：患者さんは、あの診療所に行くと東京病院と繋がった電子カルテがある、しかしこの診療所は無いということは、わかっているのですか。

平井：まだ出しません。一応実証実験は終わった段階なので、今後どのようにそれを出していくかが問題です。

但し、電子カルテだけで患者さんが動くとは思えません。最初の頃は、患者さんと診療所のドクターとの相性と言うか、どの程度親近感を患者が持てるかが重要でした。ただ、私共が「この先生に」という逆紹介をする際に、「電子カルテがあるのでちゃんと見られますから」ということで、安心感を担保するようになっているのは間違いないと思います。

対談：ヘルスリサーチを語る

個人情報問題

開原：もう一つ、患者さんの個人情報のプライバシーの問題がありますね。先ほどの訪問看護ステーションや保健所で自分のデータが見られるようになっているということは、患者さんは納得しているのですか。

平井：その点は、県立病院だとしても、最初から県の個人情報審議会で全部議論をいたしました。全部の薬局で全部患者さんの電子カルテが見られるわけではなく、東金病院からある診療所、ある薬局に行く場合には、患者さんが同意した診療所、同意した薬局しか見られないようになっています。患者さんに説明して、「ではここでいいですね」と患者さんの目の前で参照権限を設定して、そのときに同時に書類で同意をいただいている。在宅の場合も同様です。

今回アンケートをとりましたが、「いつでもすぐ対応していただけて安心だ」という回答が多く、「個人情報が漏れるか不安である」という声は、診療所においても調剤薬局でも在宅の場合でも、だいたい2割でした。

開原：無いわけではないんですね。不安がある人は「やはり嫌だ」と拒否される例もありますか。

平井：今までそれで降りたケースはありません。漠然とした不安なんだろうと思います。幸いにして今まで2年近く、データの漏洩等のトラブルは一切ありません。

患者の分散化、しかし単価は上がる

開原：システムができ上がって、東金病院に集まっていた患者さんが分散したというデータは、もうあるのですか。

平井：中核病院の外来はどういうものかということを考えますと、やはり高度医療機器があること、それから、糖尿病であれば療養指導師のような専門の指導スタッフがいること、それらが中核病院の外来であるわけです。

電子カルテネットワーク導入後、精密検査や十分な療養指導をして、状態が落ち着いたら診療所に回すという形がだいぶできて、昨年の4月の月平均外来患者が9,500人だったのが、今年の4月には8,000人を若干切るくらいに減らせました。外来が、すごくごった返していたのが相当少くなり、一人の診察時間を少し十分にかけられるようになりました。逆に説明に時間がかかるケースが増えて、依然として待ち時間を完全には短縮できていないのですが、数的には絞り込めました。その代わり、ここは大変に重要なところなのですが、患者さんは診療所に5ヶ月間行って、6ヶ月目に当院に来ますから、そのときに診療所でできないような精密検査、画像検査を行いますので、診療単価は上がりました。

昨年の4月がレセプト単価が9,000円台の前半で、現在は1万円を少し超えるぐらいになりました。トータルでは決して外来収益は増えていますが、「患者が1,500人減ったから売上がガクンと減った」ということはなく、要するに外来で診る質が変わったわけです。

ただ、大病院志向の意識を多くの患者さんがまだお持ちで、「診療所には絶対に行きたくない」と病院から離れたがらない人もい

るのですが、併診制、つまり「普段かかっている診療所の主治医と、定期検査もしくは急変したときにいつでも診る病院の主治医の2人がいる」というスタイルが少しずつ定着してきました。これが、電子カルテネットワークの一番の成果ではないかと思っています。

開原：普通の病院は、外来患者が減ると経営が危うくなるということで、必死になって外来患者を増やそうとする傾向がありますが、先生のところは、減っても単価が上がるから経営的にはマイナスではないということですね。

平井：極端に言うとそういうことです。少しは減るかも知れませんが、大体ある程度の幅の中に入る。むしろそこに、診療所との役割分担ができている。診療所と同じ外来を中核病院がやる時代は終わりではないか、ということだと思います。

厚生労働省の「医療提供体制の改革のビジョン案（平成15年4月30日）」でも、中核病院の外来の役割と診療所の役割とをはっきり分けていくということが出されていますね。

開原：しかし患者さんは、実際には決して役割分担の通りには動いてくれません。過去のデータを見ても、大病院に外来患者がどんどん集まるということは、見事なカーブができます。それを少しでも逆行させられたというのは、すごいことですし、今までそうした例は無いのではないかでしょうか。

平井：電子カルテネットワークが無いと、「あの先生はいい先生だから」としか言いようがないのです。やはり「こういう仕掛けで、こうやっています」と言うことはかなり大事ですね。

開原：診療所の方も患者が増えて喜んでおられるのですか。

平井：特に専門外来の比較的単価の高かった患者さんが診療所にかかるようになり、喜んでいるでしょう。もう一つは、従来単なる軽症のプライマリケアだけだったのが、もうちょっとレベルの高い患者が診られるということで、いわゆる臨床家としての向上心に訴えかけるようなところがあって、彼等のやる気がもう一つ出てくるという側面があるのではないかと思います。特に技術移転については、インセンティブの面とそれから学問的な満足感の2つが同時に無いとなかなかできません。

初期投資分には援助が必要

開原：「わかしあ医療ネットワーク」のようなものを運営していくのは、かなりお金がかかると思うのですが、他の地域が真似をしてやろうと思ったとき、その費用はどう考えたらいいのでしょうか。

平井：初期投資とランニングコストの2つがありますが、初期投資の部分で、なかなか思い切れないところが大きいのではないかと思います。やはりこの部分に関しては何らかのサポートが今後とも必要なのではないかと思います。これは実感です。

ランニングコストの方は、今後提供するサービスにもよるでしょ



う。例えば女性専門外来では、30分に1人ですと1日に何人も診られないでの、従来の診療報酬体系でいけるかどうかわかりません。電子カルテネットワークについて見れば、今後これらのシステムの評価が定まって、診療報酬上の対応がなされれば、ランニングコストもそれなりにいけるようになるかもしれません。

開原：開業医の先生方で、今から先生のところのシステムを入れたいという希望を持たれる方は出てきているのですか。

平井：先ほど申し上げたような具体的な逆紹介の数のデータが出来ると、やはり出てきます。

だからこれが逆紹介の推進ツールだということが広く評価されるようになると、ブレイクアウトするのではないかと思います。

開原：そうすると自分でお金を払ってでもシステムを入れたいということになるわけですね。そうなってくれば本物ですね。

平井：今まで、電子カルテネットワークと言われてもピンとこなかつた方がほとんどだと思うのですが、病診連携がより緊密になるということは、診療所の側にとっては、患者が回ってくることでもあるということになれば、状況が変わるものではないかと思います。受療者側の視点も必要なのですが、あるシステムが広がるかどうかというのは、医療提供側にも何らかの魅力がそこにはないといけないわけです。その意味で一つの方向性を示せたのではないかと思っています。

病院群による研修指定の取得

開原：先生は、これからの医師の教育や研修ということについても、大変ご関心をお持ちだと思うですが、先生の病院は研修指定病院となっているのですか。

平井：うちはまだ研修指定は取っていません。しかし、先ほど申し上げたように、千葉県は大変医者が少なく、県全体で3,000人医師が足りないのです。人口600万人に対して医科大学が千葉大学1つしか無く、年間100人しか卒業生が出ない。ただ千葉大学には、全国からいろいろな研修医の人が集ってきて、私が医局長でしたときでも年間170人が千葉大の附属病院に研修で入っていました。国保旭中央病院（千葉県旭市）やいくつかの病院でも研修医を集めており、総合すると年間250人ぐらいは研修医を育てると思います。しかしそれでも足りない。そこで、2年前からワーキングチームを作り、特に昨年の夏からは、厚生労働省のワーキンググループの一員をされている梅田健康福祉部長をトップに

医療ネットワークの構築には、初期投資部分に今後とも何らかのサポートが求められよう。
地域に根ざした医師を研修医から育てるべき。
医療改革は医師の育成システムの中からしか生まれない。

本対談に関するご質問、ご意見を受付けております。

ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。（書式は問いません。）

FAX番号：03-5309-9882

したプロジェクトチームを作って、8つの県立病院による病院群で申請しようということにしました。

私共地域病院とセンター病院がセットになった形でローテーションを組んで、単年度で32名の研修医を育てる。千葉大では、単年度でたすきかけ方式ですが100人ぐらいは育てる。あと県下の研修病院がお互いに手を携えて、最終的に年間300人ぐらいは研修医を育てたいと思っています。

地域に根付いた医師を育てたい

今後の自治体立病院の役目は、もし単独で管理型の研修病院になれなければ、医療圏をまたがってもいいから、公立病院同士でチームを作って、病院群でやるということです。

そして、大事なのは、大学病院あるいは大病院の中だけで研修すると地域が見えないということです。厚生労働省は地域保健、地域医療の両方を1ヶ月でやりなさいと言ったのですが、私共はそうせずに、保健所での研修を中心とした地域保健に1ヶ月、地域病院と診療所での研修に1ヶ月時間をかけて、地域に根ざした医者を育てるということを前面に出しました。

開原：若い間にそういう視点を作らないと駄目ですね。

平井：山武医療圏の場合、研修協力施設には、診療所を含めて5つの医師会の医療機関に入っていました。その診療所の先生の往診に付いて回ってもらおう。もちろん救急や中核病院のプライマリケアの徹底的なトレーニングもありますが、医療の原点をそういうところで学んでいただければと思うのです。

病院の勤務医よりも診療所の先生の中には医師として力量が優れている方もいらっしゃるわけで、それはそこで研修することで初めてわかる。それを早いうちから知れば、医療連携の基盤は自然にできるのではないか、ということを目指しているのです。

開原：確かに、どこで最初に医療を知るかは、その後の価値観に大きな影響を与えますね。その意味で、地域で若いお医者さんを育てるのは本当にいいことです。しかし、研修医が後で困るのは、せっかくそこで育ても、その後のフォローがなされない点で、結局就職のためにまた大学に戻ってしまう。だから、県の中で育てた研修医を、県立病院の中で地位を与えるとか、そうしたことをやらないと、本当の意味で育たないかもしれませんね。

平井：おっしゃるとおりです。だから医療改革は医師の育成システムの改革からしか生まれないのではないかとも思っています。現在千葉県立病院群で2年の初期研修後のレジデント制度の導入にむけて準備をすすめています。

開原：大学だけの価値観で医療が行われるのは良くないと思います。もう一つ別の、地域に根ざした医療の価値観が、先生のような病院から育っていけば、本当の意味での病院のパラダイムシフトになるのではないかと思います。

本日はどうもありがとうございました。

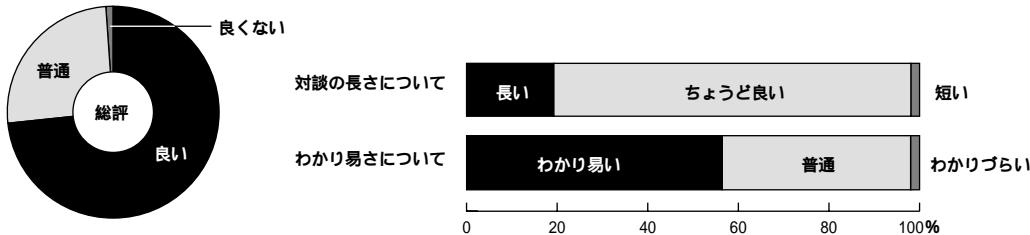
いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

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

アンケート結果報告

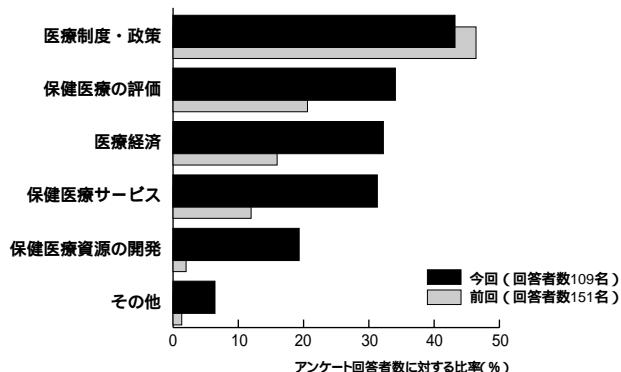
昨年4月から開始した対談「ヘルスリサーチを語る」に関する第2回アンケートへのご回答をお願いしていましたが、109名の方々にご回答をいただきました。ご協力有り難うございます。集計結果は以下のとおりです。

対談「ヘルスリサーチを語る」の内容について

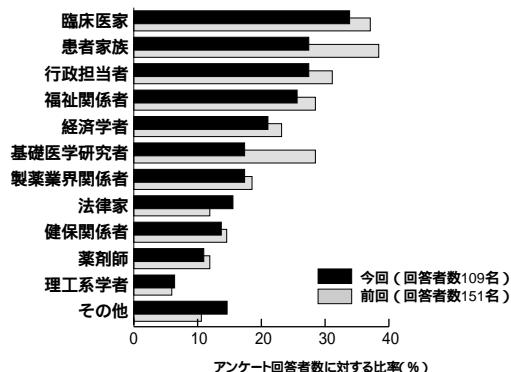


1年前の第1回アンケートの結果と比較して、大幅な変化はありませんでしたが、対談のテーマにもよるのでしそうか、対談内容について「わかり易い」と回答された方の比率が10ポイント上昇しています。

希望する対談の内容(2つまで選択)

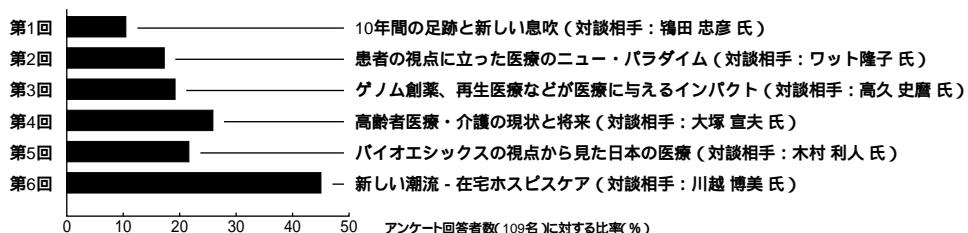


今後の対談相手の希望(3つまで選択)



「希望する対談の内容」は、前回のアンケートで圧倒的に集中していた「医療制度・政策」から「保健医療資源の開発」・「医療経済」・「保健医療サービス」等、広い分野に分散する傾向が出てきています。同様の傾向は「今後の対談相手の希望」にも現れしており、「臨床医家」・「患者家族」等の特定の分野への集中の度合が減少しています。

興味を持った対談(いくつでも選択)



第6回に集中しました。但し、今回本財団機関誌の送付先を大幅に増加したため、このアンケートのご回答も新規購読者からのものが多く、第1~5回を読まれていないことも、第6回へ回答が集中した理由の一つだったようです。興味を持った理由では、高齢化社会を反映して在宅医療・介護への関心が高まっていることをうかがわせる回答が多くありました。

本誌及び当財団へのご意見・ご希望

本誌については「活字が小さい」「成果報告をもっと詳しくレポートして欲しい」等のご指摘がありました
が、概ねご好評をいただいております。財団の活動に関しては、次のようなご希望がありました。

- ・小フォーラムでも結構ですので、地方でも開いてもらえば有り難いのですが。
- ・対談及び貴財団の活動が学術研究レベルにとどまらず、現実の日本、さらには国際的な広さで人々の健康確保や増進に役立つことを期待しています。

当財団では、これらのご指摘・ご意見を参考にし、今後、より内容の充実した誌面作りと情報の提供、研究助成活動を行ってまいります。今後ともご期待下さい。

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成 4 編 -

平成13年度国際共同研究

小児がん専門医の子どもへの truth-telling に関する意識と実際：日米比較

研究期間 2001年12月1日～2003年3月31日

代表研究者 東京都立保健科学大学 教授

戈木クレイグヒル滋子

共同研究者 大阪大学大学院医学系研究科 小児発達医学講座 小児科助教授

原 純一

共同研究者 ダナファーバーがん研究所 ハーバード大学医学部 助教授

Susan Parsons

この研究では、日米の小児がん専門医全員を対象に質問紙調査をおこない、子どもへのインフォームド・コンセント、とくに何を、いつ、どう説明するのかについての考え方と実際の状況とを把握しようとした。これまでの報告者の医師からの聞き取り調査と、実際の医療面談の場での医師と患者側（子どもとその家族）とのやりとりの検討からえた結果を基にして英語版の質問紙を作り、小児がん専門医として第1線での活躍を続けつつ、子どものQOLの向上に関心をもってその改善に取り組んでいる共同研究者たちとの討論をおこなって、第1版の質問紙（英語版）を作成した。信頼性、妥当性の高い日本語版の質問紙をつくるために、翻訳（英→日）逆翻訳（日→英）は質問紙作成にかかわらなかった人に依頼した。できあがった質問紙は、これまでに子どもへのインフォームド・コンセントについての研究を発表している小児がん専門医3名ずつに両国で依頼して、内容の妥当性を検討してもらった。そして、20名の若手小児科医師にプレテストをおこなった。この経過の中で、不備な点を修正し第二版の質問紙（英語版）を作成したが、内容と質問の様式がかなり変更されたために、再度、翻訳（英→日）逆翻訳（日→英）をおこない、日本語版を作成した。質問紙の作成過程を2回繰り返したために、予定以上に長い時間がかかってしまった。

東京都立保健科学大学とハーバード大学の研究倫理委員会の許可をうけて、「小児がん学会」「日本小児血液学会」「American Pediatric Oncology Association」の会員を対象に質問紙を郵送し、現在、回答を回収中である。今後、分析をおこなうが、この研究の結果は、今後、小児医療の中で子どもに何をどう説明し、治療選択にどう介入させるのかを検討する糸口になると考えられる。

平成13年度国際共同研究

精神医療政策、特に触法精神障害者へ対する 政策形成に関する国際比較研究

研究期間 2002年4月1日～2003年3月31日

代表研究者 神戸大学医学部医学研究国際交流センター・教授

新福 尚隆

共同研究者 ニューヨーク大学医学部精神神経科・臨床教授

Martin Gittelman

共同研究者 ロンドン大学医学部精神衛生研究所教授及びWHO協力センター所長

Rachel Jenkins

日本は、世界一の精神病病床数をもち、精神医療のあり方は、世界の国々と比べて極めて特殊である。触法精神障害者に対する政策についても、専門の治療施設の欠如、専門家養成システムの欠如などが指摘され問題になっている。本研究では、アメリカ、イギリス、フランス、中国などの国における精神医療政策、特に触法精神障害者へ対する政策を、その政策形成の背景、専門施設のあ

り方、人材の養成、財政システム、治療、社会復帰のあり方などの観点から比較研究を行った。結果は、専門誌、商業誌、学会において発表した。

米国・英国の共同研究者を通じてアメリカ、ヨーロッパの状況について必要な情報を得た。

米国は1960年代より、地域精神医療政策を推進し、州立精神病院の縮小整理を進めた。しかし、代替になるべき地域精神保健センターが、財政不足等で充分に整備できず、多くの触法精神障害者は、刑務所で処遇されていた。触法精神障害者のために、強制的地域精神医療サービスなどの新しい試みが行われている。英国でも、地域精神医療政策の推進により、精神病院の縮小、地域での精神障害者のケアが進められた。英国においては、触法精神障害者の専門治療施設が存在するが、長期にわたる拘禁などの多くの問題が指摘されていた。

欧米の触法精神障害者への対策には、精神障害者であれ、出来るだけ個人として自分の行動には責任を持つべきであると言う個人主義の考えが根底にある。また、精神障害者を地域で治療するためには、触法精神障害者への充分な対策が前提になる、という成熟した地域精神医療の一貫した哲学がある。司法精神医学の専門家の養成に充分な注意が払われている。触法精神障害者のための専門施設の設立に際しては、地域での触法精神障害者のためのプログラムが必要である。触法精神障害の処遇については、司法、行政、医療の広い総合的な視点から問題を捉える必要がある事が認識された。

平成13年度国際共同研究

診療場面における医師・高齢患者・家族間コミュニケーションと付き添い家族の役割：日米比較研究

研究期間 2001年11月1日～2003年11月30日

代表研究者 東京大学・助教授

山崎 喜比古

共同研究者 Johns Hopkins 大学・教授

DEBRA ROTER

共同研究者 東京大学 / Johns Hopkins 大学・博士課程

石川 ひろの

外来診療における患者・医師間のコミュニケーションは、患者・医師関係の形成や患者の健康アウトカムにも影響を与える要因として注目を集めており、我が国においても、その重要性が改めて認識されてきている。また、近年、欧米を中心として、家族などの付添を含む三者間診療でのコミュニケーションにも研究者の関心が寄せられ始めている。

本研究は、1) 欧米における患者・医師間コミュニケーションの研究で広く用いられてきた Roter Interaction Analysis System (RIAS) を拡大・修正し、付添を含む診療における三者間コミュニケーションの分析への適用を図ること、2) 日本の三者間診療におけるコミュニケーションの特徴を、二者間診療との比較および米国との比較を通して明らかにすること、3) 三者間診療における付添の役割・影響を明らかにすること、4) 日本において患者中心的診療が患者の健康アウトカムへ与える影響を検討すること、を目的とした。

本研究の結果、RIASの三者間診療への適用と日本における実用化が進み、この分野の研究の方法論的基盤が広げられたと考える。また、今回の分析で、米国との比較を通じて、医療場面におけるコミュニケーションの普遍性と文化的差異、日本の特色の一端が明らかにされ、診察でのコミュニケーションにおける付添の役割、三者間コミュニケーションの特徴が量的に示された。これは、今後の日本における医療コミュニケーションの研究だけでなく、コミュニケーション技術のトレーニングを含めた医学教育のあり方へも示唆をもつであろう。

さらに、近年、欧米を中心に広まっている患者中心的診療の概念が、日本においても、Patient Enablement、服薬アドヒアランス、健康状態の改善などの患者の健康アウトカムに良好な影響をもたらすことが実証され、患者の主観による患者中心的診察の評価の有用性が示唆された。

東南アジア諸国における がん予防推進のための実用化モデルの開発

研究期間 2001年11月1日～2004年3月31日

代表研究者 愛知県がんセンター研究所、疫学・予防部、部長

田島 和雄

共同研究者 名古屋市立大学医学部公衆衛生学教室、教授

徳留 信寛

共同研究者 アジア太平洋がん予防機構トレーニングセンター、事務局長

Malcolm Moore

本研究の主目的はがんの一次、二次予防対策を東南アジア諸国で順当に推進させるため、適切な支援モデル事業を同地或で構築していくことにある。東南アジア諸国のような開発途上国は、日本の数十年前の実態、つまりがんよりも感染症による死亡率が高く、がん研究やがん対策は大きく遅れている。本研究活動を東南アジア諸国で効率的に推進していくために最も重視していることは、各国の保健予防活動に従事する方々が国や地域の実質的ながん予防計画（PPP：Practical Prevention Program）の中核組織を設置していく活動を支援することである。われわれは本研究事業の中核的役割を果たすトレーニングセンターをタイのバンコク市に設置し、一方ではアジア・太平洋がん予防機関を設立してがん予防情報を相互交換するために機関誌を発刊し、東南アジア諸国でがん予防対策を推進していくための有用な情報源として活用してきた。その中で紹介してきた具体的ながん予防活動としての優先課題は、1) 防煙対策をはじめとした総合的ながん予防指針の普及、2) 二次予防のための効率的検診の普及、3) 一般的な食生活の改善と健康運動の普及、などである。主な具体的研究活動は、1) がん予防リーフレットによる一般集団への情報提供サービス、2) がん予防のための生活習慣是正と健康的運動習慣の推進を目指した集団指導と評価、3) 二次予防を推進するため標準的な検診方法と効率的検診情報の普及、などである。その活動に連して2002年10月にはアジア太平洋がん予防機関による第一回学術会議を実施し、アジア諸国のがん予防研究・事業に従事する研究者が一堂に集まり本課題について情報交換を図った。しかし、バンコク市における一年間の普及活動は人的、経済的資源の限界により十分に発展しえなかつた。そこで、モデル地或をタイ北東部のコンケン市郊外にあるカラシンに移し、その地域のワットを中心に住民へのがん予防啓発活動を展開する戦術に変え、現在はその準備を進めている。このようながん予防活動を進展させていくためには、各国の非政府団体による草の根的活動を時間かけて支援していく必要がある。そのためには、東洋文化に根ざして発展してきた東南アジア諸国に欧米の対策をそのまま移入することは賢明策ではないので、東洋文化圏に位置する日本が、アジア近隣諸国の東洋文化に根ざしたがん予防対策の普及活動に対し平和的に介入していくことが、科学的にも外交的にも極めて意義ある斬新的な研究事業と考えている。

ヘルスリサーチフォーラム 10周年記念誌 完成間近

既報のとおり、ヘルスリサーチフォーラム10周年を記念して、編集委員長 犬田 忠彦 先生、編集副委員長 近藤 健文 先生（いずれも当財団評議員兼選考委員）及び、過去の当財団研究助成採択者を中心とした以下の8名の執筆者による記念誌の制作を進めてまいりましたが、いよいよ11月に完成の運びとなりました。日本において定着しつつあるヘルスリサーチの、いわば教科書ともなるような充実した内容です。どうぞご期待ください。

執筆者



八代 尚宏 先生
日本経済研究センター



野口 晴子 先生
東洋英和女学院大学



樋口 範雄 先生
東京大学



平野かよ子 先生
国立保健医療科学院



立石 彰男 先生
山口大学



山口 敏晴 先生
がん研付属病院



池上 直巳 先生
慶應大学



姉川 知史 先生
慶應大学

当該出版物は本年11月中旬に東洋経済新報社から刊行、市販されます。



■ 第10回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択

本年度のヘルスリサーチフォーラム(11月15日(土)開催)で発表される一般演題募集には12題の応募があり、8月5日(火)開催の選考委員会で下記7題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

「小児急性リンパ性白血病患児・家族のQOL研究 - 小児白血病研究会におけるアンケート調査結果 - 」
愛媛大学医学部小児科学 講師 石田也寸志

「眼圧が1mmHg 下降するために必要な緑内障治療用点眼液の1日のコスト」
広島大学医学部附属病院薬剤部 主任薬剤師 池田 博昭

「病院機能評価から見たがん専門診療施設に入院する患者の満足度とその関連要因」
大阪府立成人病センター調査部調査課 参事 田中 英夫

「小児リハビリテーションのアウトカムを知るためのhealth measurement scales - GMFM, GMFCS, PEDIの日本への導入とその成果 - 」
弘前大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長 近藤 和泉

「海外(北京市)における在留邦人の医療機関受診動向に関する研究」
北京天衛診療所 田中 健一

「喫煙が家族の医療需要に対して与える影響について」
国立社会保障・人口問題研究所 主任研究官 泉田 信行

「植え込み型除細動器をめぐる社会心理学的状況分析:九州重症不整脈研究会での取り組み」
九州大学健康科学センター 助教授 丸山 徹

第10回 ヘルスリサーチフォーラム及び 10周年特別記念講演・記念式典 プログラム内容決定

第10回ヘルスリサーチフォーラム 及び 10周年特別記念講演・記念式典の内容が以下の通り決定いたしました。
尚、フォーラムは2会場方式で行われます。

フォーラム座長



東京大学医学部 教授
附属病院薬剤部長
伊賀 立二



東海大学法学院
教授
宇都木 伸



国立国際医療センター
名譽院長
小堀 鳥一郎

特別記念講演座長



日本医科大学
常務理事
岩崎 栄

記念式典実行委員長



(財)医療情報システム
開発センター 理事長
黒原 成允

フォーラム

会場

9:30	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 垣東 徹 財団法人医療経済研究機構 専務理事 岡部 陽二
9:42	来賓挨拶	厚生労働省大臣官房厚生科学課長 中谷比呂樹
10:00	研究発表 テーマ :医療経済	座長 東京大学医学部 教授 附属病院薬剤部長 伊賀 立二 眼圧が1mmHg下降するために必要な緑内障治療用 点眼液の1日のコスト 広島大学医学部附属病院薬剤部 主任薬剤師 池田 博昭 喫煙が家族の医療需要に対して与える影響について 国立社会保障・人口問題研究所 主任研究官 泉田 信行 医療政策に対する医療経済学研究の役割に関する 国際比較研究 筑波大学社会医学系 教授 大久保一郎 途上国における住血吸虫症対策の費用対効果分析と 人材育成 獨協医科大学熱帯病寄生虫学教室 教授 松田 肇 代理発表者:筑波大学基礎医学系 講師 大前比呂思
11:15	休 憩(15分間)	
11:30	研究発表 テーマ :医療制度	座長 東海大学法学院 教授 宇都木 伸 European Union(EU:欧州連合)における救急医療、高額 医療に対する社会保障制度について本邦との国際比較 ブリュッセル自由大学医学部 研究員 矢口 有乃 ドイツがん登録法とその運用実態 財団法人放射線影響研究所臨床研究部 研究助手 増成 直美 医療情報の保護と利用 東京大学大学院法学政治学研究科 教授 樋口 範雄

会場

10:00	研究発表 テーマ :医療の評価	座長 環境省公害健康被害補償不服審査会 委員 近藤 健文 病院機能評価から見たがん専門診療施設に入院する 患者の満足度とその関連要因 大阪府立成人病センター調査部調査課 参事 田中 英夫
	患者登録システムの開発と医療評価に関する研究	東京都病院協会 会長・ 医療法人財団河北総合病院 理事長 河北 博文
	外来診療における、糖尿病ケアの量と質に関するコスト 分析:レセプトデータを使用した国際比較研究	国立病院東京医療センター循環器科 循環器科・内科医長 茅野 真男 代理発表者:国立病院東京医療センター総合診療科 尾藤 誠司
	保健医療のアウトカム評価に関する国際共同研究: QOL測定を中心として	東海大学医学部消化器外科 教授 生越 喬二
11:20	休 憩(15分間)	
11:35	研究発表 テーマ :医療サービス (小児医療の明日)	座長 国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長 平野かよ子 小児急性リンパ性白血病患児・家族のQOL研究 - 小児白血病研究会におけるアンケート調査結果 - 愛媛大学医学部小児科学 講師 石田也寸志
	小児リハビリテーションのアウトカムを知るための health measurement scales	- GMFM, GMFCS, PEDIの日本への導入とその成果 - 弘前大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長 近藤 和泉

会場

精神医療政策 特に触法精神障害者に対する政策形成に関する国際比較研究

神戸大学医学部医学研究国際交流センター 教授 新福 尚隆

12:45 昼 食(60分間)

13:45 研究発表 テーマ:医療制度

座長 慶應義塾大学経営大学院 教授 矢作 恒雄

医療制度改革の基本的方向 - 米国制度との対比で

社団法人日本経済研究センター 理事長 八代 尚宏

医療保険者での医療給付管理における医療専門職の役割および情報技術の利用に関する日米比較研究

国立がんセンター研究所がん情報研究部

研究員 石川ベンジャミン光一

米国国立患者安全センター(NCPS)およびVA病院における患者安全システムの現状(経過報告)

京都大学医学部附属病院安全管理室 室長 廣瀬 昌博

医療貯蓄口座と予防について

流通科学大学 専任講師 中島 孝子

15:00

休 憩(30分間)

会場

小児がん専門医の子どもへのtruth-tellingに関する

意識と実態:日米比較

東京都立保健科学大学 教授 戸木クレイグヒル滋子

12:30 昼 食(75分間)

13:45 研究発表 テーマ:医療サービス

座長 国立国際医療センター 名誉院長 小堀鷗一郎

東南アジア諸国におけるがん予防推進のための実用化

モデルの開発(Development of a practical cancer prevention program for the countries of Southeast Asia)

愛知県がんセンター研究所 痢学・予防部 部長 田島 和雄

診療場面における医師 - 高齢患者 - 家族間

コミュニケーション:日米比較研究

東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻

健康社会学分野 助教授 山崎喜比古

代理発表者:東京大学大学院医学系研究科

博士課程生 石川ひろの

植え込み型除細動器をめぐる社会心理学的状況分析:

九州重症不整脈研究会での取り組み

九州大学健康科学センター 助教授 丸山 徹

海外(北京市)における在留邦人の医療機関受診動向に関する研究

北京天衛診療所 田中 健一

15:00 休 憩(30分間)

会場

特別記念講演

15:30

「日本における介護保険の現状と未来」

座長 日本医科大学 常務理事 岩崎 榮

厚生労働省老健局 総務課長 山崎 史郎

記念式典

16:30

イメージビデオ上映

理事長挨拶

来賓挨拶

感謝状授与式

第12回(平成15年度)助成案件選考経過・結果発表

研究助成金贈呈式

財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団 理事長 垣東 徹

厚生労働大臣(予定)

自治医科大学 学長 高久 史麿

財団法人厚生年金事業振興団 常務理事 松田 朗

ファイザー株式会社 代表取締役社長 アラン B. ブーツ

選考委員長 財団法人医療情報システム開発センター 理事長 開原 成允

財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団 理事長 垣東 徹

18:00 懇親会

印は平成13年度の国際共同研究助成による研究 / 印は平成13年度の日本人研究者海外派遣助成による研究

印は平成14年度の日本人研究者海外派遣助成による研究 / 無印は平成15年度一般公募演題

第10回 ヘルスリサーチフォーラム 開催 のお知らせ 及び10周年特別記念講演・記念式典

近年我が国では、厚生行政の重要な施策として、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・福祉を新しい時代の要請に応えるサービス体制に変革していくことは、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、医学の成果を効果的且つ効率的に人々に適用することを研究する、ヘルスリサーチの分野に長年にわたり研究助成を行ってきました。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、助成を受けられた先生方による研究成果発表の場としてはじまったのですが、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するために一般演題の募集を始めたところ毎年、多くの興味深い演題の応募があり、他の学会では得られないユニークな研究交流の場として定着してまいりました。

さて、本年度はヘルスリサーチフォーラム開催10周年を記念し「フォーラム・記念講演・記念式典」の3部構成による開催です。フォーラムでは平成13年度国際共同研究成果発表、平成13・14年度日本人研究者海外派遣研究発表に平成15年度一般演題発表を加え、記念講演では厚生労働省老健局総務課長 山崎史郎氏によるご講演を企画し、記念式典では本年度研究助成金の贈呈式並びに本財団の創設に発起人としてご尽力頂いた方々への感謝状授与式を行う等、一層の内容充実を図っております。

今年の基本テーマは10年の集大成の会とすべく「10年の成果を明日に活かす」に設定致しました。

また、10周年記念事業として記念誌の発行を進めておりますが、フォーラム開催日当日には完成の予定です。例年通り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ご案内申し上げます。

詳しいプログラム内容は、本誌P14、15をご覧ください。

- 日 時 平成15年11月15日(土)午前9時30分～午後5時30分
- 会 場 都市センターホテル 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1 電話:03-3265-8211
- 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

第4回 北里・ハーバードシンポジウム開催のお知らせ

例年当財団が後援している北里・ハーバードシンポジウムは、今年度、医薬品の先端的な世界同時開発における近年のトレンド、最新の技術、そして新しいパラダイムに焦点を当てて講演と討論が行われます。その内容は、プリッシング試験の計画やアジア間諸国との規制当局における意見交換、そしてメガトライアルネットワーク、industry performance metrics、インターネットによる登録・教育・データマネジメント・モニタリングという臨床試験の新たなトレンドに関するものです。関連したトピックとしては、医薬品の世界同時開発計画、グローバル臨床試験の経験とテンプレート、ICH E5ガイドラインの実際の適用とQ&Aがあります。また、ゲノミクス、プロテオミクス、メタボロミクスなどのいわゆるOMICSについても、ファーマコゲノミクス情報をFDAへ提出する方法と時期に関する話題、およびOMICSが日本の規制当局および製薬企業の方向性に与える影響について講演と討論が行われる予定です。さらに、バイオマーカー、疾患のサロゲート変数、データマイニングなどの新規技術に関する講演も行われます。

これらのメインシンポジウムに加えて、初日の午前中に、サテライトミーティングである「QTシンポジウム」で、QT延長に関する理解とともに伴う医薬品開発について議論が行われます。

- テーマ： Advanced and Global Drug Development Techniques:
Emerging Trends, Technology Updates, and Novel Paradigms
- 開催日： 平成15年10月28日(火)～10月29日(水)《2日間》 会 場： 東京全日空ホテル
- 主 催： 北里大学 後 援： 財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団

詳しい内容及び申し込み方法は右記ホームページをご覧ください

<http://www.pharm.kitasato-u.ac.jp/biostatis/>

お知らせ

Newcastle大大学院からの通信教育受講生募集のご案内

オーストラリア Newcastle大大学院が臨床疫学や生物統計学などを通信教育で学ぶ大学院学生を募集しています。
これは、特に社会人の保健・医療関係者を意識して開講しているプログラムです。

日本での連絡先・資料入手先： Newcastle大学CCEB 臨床疫学通信教育日本事務局

〒133-0063 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学医学部国際交流室内

E-mail : ccebjp-office@umin.ac.jp (新しくなりました。) FAX: 03-5803-1817