

ヘルスリサーチニュース

平成16年度事業に「ヘルスリサーチ ワークショップ」を創設(p1) / リレー隨想 日々感懷(医療法人 社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長 大塚 宣夫 氏)(p1) / 研究助成案件募集・一般演題募集案内(p2) / 対談「ヘルスリサーチを語る - 第9回 - 総合規制改革会議の残したものは - 」(対談相手:八代 尚宏 先生)(p4) / 平成16年度も引き続き事業内容を拡充(p11) / ヘルスリサーチワークショップ企画委員会が活動(p11) / 平成16年度事業計画(p12) / 研究等助成受領成果報告-3編-(p14) / 英語版と日本語版の院内感染アウトブレイク調査データベースの開発(p14) / 日米共同研究:医療をめぐる情報と倫理と法(p17) / ターミナル期の小児がんの子どもの緩和ケアプログラムの開発(p17) / 第8回 EBM・臨床疫学ワークショップ開催のお知らせ(p20)

平成16年度事業に 「ヘルスリサーチ ワークショップ」を創設

当財団では、ヘルスリサーチ領域を志向する研究者の“出会いと学び”の場として「ヘルスリサーチワークショップ」事業を創設する事になりました。

昨年来、総勢9名からなるヘルスリサーチワークショップ企画委員会を編成して企画案の検討を重ねてきたもので、今年度、改めて運営委員会を組織し、平成16年12月又は17年1月頃の第1回開催を目指して具体的な活動を行なっていきます。

(関連記事P11~13参照)

第13回(平成16年度)
研究助成案件を募集
します。

詳しくは
P2~3をご覧下さい

第11回
ヘルスリサーチフォーラム
一般演題を募集
します。

リレー隨想 日々感懷

医療の生産性向上への提案

医療法人 社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長 大塚 宣夫

十年一昔の言葉の通り、卒業後40年にして目にする最近の医学部の教科書は、当然のことながらその内容の拡がりといい深さといい、まさに様変わりである。また、最近の医療技術の革新ぶりにもただ感心するばかりということも少くない。

しかしその発展ぶりほどに医学、医療が国民の幸せ感向上に寄与しているかと問われれば首をひねらざるを得ない。また、医師や医療機関への信頼感となると明らかに減少しているといえよう。

その間の事情は老人医療、それも終末期医療に近い現場にいるとわかる気もする。そこでは医療技術の進歩や、医療専門職の社会性の無さが、長生きの先にある大往生を妨げていることがまれならず見られるからである。ここにあるのは提供側と受ける側の明らかなミスマッチである。

しかし、これほどまでに医療が高度化、専門化されてくると、社会性や人間性も含め一人の医師にそのすべてを求めるのは酷というものである。そんなスーパーマンはどの分野でもほんの一握りしかいないのが常だからである。

ここは一つ発想を変え、医療資源の有効活用という視点からも、医療の提供側と受ける側の間の通訳ができるコーディネーターあるいはコンサルタントの育成が急務ではなかろうか。医療への信頼も含めて生産性は大きく向上するに違いない。



次回は評議員の東京都病院協会会長 兼 医療法人財団河北総合病院 理事長 河北 博文 先生にお願いいたします。

募集 1

第13回(平成16年度) 研究助成案件募集 のご案内

第13回研究助成案件等の募集を下記の通り行いますので、ご案内申し上げます。
詳細につきましては、当財団ホームページ、又は、各大学、研究機関などに送付しております募集案内書、案内ポスター・や募集広告をご覧下さい。

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. 國際総合共同研究助成	(期間2年間)	1,000万円以内	2件程度
	2. 國際共同研究助成	(期間1年間)	500万円以内	15件程度
	3. 研究者海外派遣助成	(期間1年以内)	200万円以内	10件程度
	4. 海外研究者招聘助成			
	A. 短期招聘	(期間1ヶ月程度)	100万円以内	
	B. 中期招聘	(期間6ヶ月程度)	250万円以内	合わせて5件程度
	5. 若手研究者育成助成			
	A. 海外留学	(期間1年以上2年程度) 学位取得のための海外留学 但し年齢制限40歳以下	400万円以内	10件程度
	B. 国内共同研究	(期間1年間) 但し年齢制限40歳以下	300万円以内	10件程度

応募期間：平成16年4月～平成16年7月16日(当日消印有効)

助成決定：平成16年10月初旬

応募方法：募集要綱・申請書サンプルをご希望の方は、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。
申請書はホームページ上の入力フォームからのみ作成可能です。
作成した申請書をプリントアウト後、署名・捺印し、必要書類と共に本財団までご郵送下さい。

詳しくはホームページをご覧下さい。 <http://www.pfizer-zaidan.jp>

研究領域と例示

ヘルスリサーチとは

医学の成果の評価やそれを人々に効率的に適用する調査・研究を行います。
本財団は国際的視点からのヘルスリサーチの研究を助成すると共に若手研究者の育成を助成します。

1 制度・政策
に関する研究

- ・医療・介護サービスの質の確保に関する制度の研究
- ・法・生命倫理と医療サービスの研究
- ・医療保険制度・介護保険制度の研究
- ・薬価・薬事制度の研究
- ・人口減少社会における医療福祉の研究
- など

2 医療経済
に関する研究

- ・Pharmaco Economicsの研究
- ・医療における費用対効果の研究
- ・医療における技術革新の経済評価の研究
- など

3 保健医療の評価
に関する研究

- ・医療の質とEBMの適用の研究
- ・文化・制度の違いによる疾患治療の相違の国際比較研究
- ・保健医療のOutcomeの研究
- ・医療福祉経営における品質管理手法の研究
- など

4 保健医療サービス
に関する研究

- ・患者・家族の精神的ケアの研究
- ・保健医療サービスにおけるアメニティーの研究
- ・在宅医療を含む医療施設の機能評価の研究
- ・情報化社会の保健医療に及ぼす影響の研究
- ・医業経営に関する研究
- ・患者の受診行動とグローバリゼーションの研究
- など

5 保健医療資源の開発
に関する研究

- ・開発途上国における保健・医療資源開発の研究
- ・ヘルスマンパワーの地域格差の研究
- ・ゲノム開発等のイノベーションと新薬開発コストに関する諸問題の研究
- ・新薬開発のグローバリゼーションと薬事政策に関する国際比較研究
- ・医療と知的財産権に関する研究
- など

募集 2

第11回ヘルスリサーチフォーラム 一般演題募集 のご案内

本年も下記により、第11回ヘルスリサーチフォーラムの一般演題を募集致します。
申込期間は4月～7月16日(当日消印有効)ですので振って応募のご検討をお願いいたします。

フォーラムテーマ
ヘルスリサーチの新展開

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)に必要事項をパソコン入力の上、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。

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

申込期間

平成16年4月～平成16年7月16日(当日消印有効)

発表

組織委員会で採否を決定します。採用の場合は、平成16年11月6日(土) 会場「都市センターホテル」(東京都千代田区平河町)で開催する第11回ヘルスリサーチフォーラムにおいて15分程度(含むQ&A)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11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。

当財団ホームページ：<http://www.pfizer-zaidan.jp>

ヘルスリサーチを語る

第9回

総合規制改革会議の残したものは

八代 尚宏（やしろ なおひろ）
社団法人 日本経済研究センター理事長

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

平成13年4月に、「経済に関する基本的かつ重要な政策を推進する観点から、経済社会の構造改革を進める上で必要な規制の在り方の改革に関する基本的事項を総合的に調査審議すること」を目的として設置された総合規制改革会議は、平成16年3月31日に3年間の設置期間を終えました。

改めてその3年間の活動の成果を振り返るために、同会議の委員として、医療問題でご活躍された社団法人 日本経済研究センター 理事長 八代 尚宏先生に対談のお相手をお願いいたしました。

（以下、敬称略）

開原：最近役割を終えた総合規制改革会議の中で、八代先生は医療問題の委員として、主査の鈴木さんなどと一緒に、医療についての議論をリードしてこられました。

そこで、総合規制改革会議が終わったのを機会に、裏話などを含めて、その中の議論や、何が改革できたのか、または何ができなかったのかということについて、お話しをしていただければ有り難いと思っております。

その前に、最初に自己紹介をお願いできればと思います。

八代：私は経済学が専攻で、もともと医療とは何の関係も無かったのですが、一つのきっかけは、米国のメリーランド大学に留学したときに、社会政策への経済学の適応という分野を専攻したことです。そこでは、教育とか医療とか雇用差別の問題について、経済学でどう考えるかというような、その当時アメリカで発展していく分野を勉強しました。

日本に帰ってから医療保険の問題を少しやったこともあるのですが、そんなに深入りはしておりませんでした。本格的にやりだしたのは、6年前に規制改革会議の前身の規制緩和委員会ができたときに、社会的規制を担当する人がいなかったので、医療も含めて、私が担当してからです。規制改革会議になってからは、私は「特区」など、いろいろな遊撃部隊をやりました。

規制改革会議の医療問題でのスタンスとは

開原：それではまず、総合規制改革会議のやっている医療のトピックスの概要をお話しいただけますか。

八代：まず、規制改革会議の医療問題に対するスタンスですが

総合規制改革会議の医療問題の柱は、広告規制、株式会社問題、混合診療、医療の標準化（含・保険者機能の強化）、医療特区などである。

第3年度の最重点項目は医療の標準化だった。

私は「消費者の代表」と考えています。

事業者間の競争を活発にして、消費者が多様な医療機関を選べるようにする。同時に、成果を挙げる病院やお医者さんが報われる仕組みを作るということが、医療の活性化に大事だし、消費者にとっても望ましい。ですから、公益性は非常に高いけれども、医療も一種のサービス産業であると捉えているわけです。

まず、この点で一番進捗したのは、広告規制の問題だと思います。ずいぶん弾力化され、病院の手術件数や医師・看護師の配置等、医療の質に関わる具体的な情報を広告することができるようになったことは大きな進歩です。

開原：去年の4月に厚生労働大臣の告示で、64項目を広告してもよいということになりましたね。

ホットな話題だった株式会社問題

八代：それから医療界では評判の悪い「株式会社による医療機関経営の解禁」問題をやってきて、今度の通常国会で初めて法律改正になります。もっとも「自由診療で高度な医療等を行なう病院に限って株式会社を認める」というのは、本当の意味での解禁とは言えませんが、とりあえず法律的には穴が開いたということです。

開原：この問題は非常にホットな議論だったようですから、もう少し詳しく後でうかがいたいと思います。

八代：次に、いわゆる混合診療の解禁ということです。今の健康保険法で保険診療の範囲を限定しているのは当然ですが、だからと言って、保険診療の中で、患者が実費負担をして追加的なサービスを受けることを禁止するというのは、かなり違うのではないだろうか。規制改革会議では、一定の質以上の医療機関に限って、もっと患者との自由契約を認めてよいのではないかというような、かなり包括的な混合診療を考えています。

また、実は今年度の規制改革会議で最重点項目においたのは、医療の標準化ということで、レセプトデータを保険者に集積さ

対談：ヘルスリサーチを語る

せるためのメカニズムを整備していくということをやりました。あるいは、これは最終的に合意はできなかったのですが、医療機関から保険者にインターネットで直接レセプトを送る。もちろんプロテクトは掛けた上でです。そういうことを実現させようという方向でやっています。

実現しなかった医療特区

最後に、これもずいぶん批判は多かったのですが、医療特区です。医療の規制改革というのは、全国ベースで非常にゆっくりとしか進まない。混合診療でも株式会社でもそうなのですが、弊害があるという意見とメリットがあるという意見が対立しているわけで、それを、特定の地域を限って実験してみたらどうだろうかという特区を提言しているものです。

残念ながら、医療特区は一つも実現していません。但し、医療特区として出た提案を厚生労働省が全国ベースとして適用した例はあります。例えば神戸市が出した高度先端医療病院の基準です。以前は病床数が500以上の大型病院でなければ高度先進医療病院ではないという非常に形式的な規定があったものを、小さな病院でもできるようにすることを特区の案として出したのですが、厚生労働省は、特区は駄目だが全国ベースならよいということで、規制緩和していただきました。特区は、あくまでも全国的な規制改革をするための手段ですから、特区自体ができなくても、このような例で全国ベースの改革ができればいいわけです。

大きく分けて、そういうようなことをやってあります。

開原：これらは今度の最終答申に盛り込まれた項目ですか。

八代：最終答申は1年ごとのものですが、私が言ったのは過去3年間のものです。

開原：過去3年間だとすると、例えば一時、保険者機能の話も結構出ていたのではないかと思うのですが。

八代：保険者機能の強化は、先ほどの医療の標準化とセットで考えていますので、あえて言わなかったのですが、おっしゃったように、それも一つの大きな柱になっています。

開原：それから、地域医療計画の話はどうなのでしょうか。

八代：それは病床規制ですね。私は病床規制は、いわば農業における減反政策みたいなものと思っています。つまり国際価格より高い米価を維持しているから過剰生産になり、それを調整するために減反制度がいるわけですが、地域医療計画も同じで、出来高払いの下で、厚生労働省のいづれ「過剰」な病床が存在しているときの、いわば非常手段としての病床規制があるわけで、それだけ取り扱うのも問題ではないだろうか。むしろ、医療の標準化を進めて、包括払いにした段階で、地域医療計画を撤廃するという順序ではないかと思っております。

それで、病床を療養病床と急性病床に分けるという話まで行って、その後あまり進捗していません。

開原：最終的には総合規制改革会議としては結論は出なかったという理解でよろしいわけですね。逆に今、厚生労働省の方が委員会を作ってしまいましたね。

株式会社問題のポイントは“医療法人の危機”

今のお話は、いずれも世の中でかなり議論になった問題ばかりです。ここで一つ一つもう少し細かく見ていきたいと思います。

広告の問題は、今となっては誰もあまり議論する人がいなくなつたので、この問題は良しとして、その次におっしゃった株式会社の問題は、かなり議論を呼びましたね。先生がこれを強力に言われた一番大きな意図はどこにあったのですか。

八代：まず選択肢として禁止する理由がないということです。それから、医療機関の間の競争を促進する意味で、質の高い病院が多くの患者を集めて、もっと設備を拡張するために、銀行借り入れだけではなくて、株式による資本調達を認めることで、よりダイナミックな効率性が担保されるのではないかという観点です。

また、公的病院の民営化の受け皿としても、事実上の個人企業形態である医療法人だけでなく、株式会社形態もあった方が便利ではないだろうかということです。

最近のポイントとして“医療法人の危機”があります。医療法人は個人の出資に依存する組織であり、法人としては非常に原始的な形態です。それゆえに持続性・継続性にかなり疑問が出てきている。特に医療法人制度ができてから50年以上経ち、当時の出資者がどんどんお亡くなりになり、出資者の遺族から出資金を返せと言われる。ところが出資金を返したら医療法人は潰れてしまう。そういう極めて単純な問題で、医療法人が存続するためには、社会福祉法人のような寄付に依存した法人にしてしまうか、あるいは出資分を株式化してその流動性を高めることで、本体自体は払い戻しに応じなくてもよいという、どちらかの形態にならざるをえないわけです。

開原：ただ、この株式会社に関しては、利潤を配当するということが一番世の中で反発を買うところですね。ですから、商法で一工夫が必要ではないかと思います。例えば利益を配当しない株式会社というのもあるそうですね。

八代：商法でも、いわゆる蛸足配当は禁止されています。一定の配当制限は今でもあるわけですから、例えば病院の公共性を前提にして、さらに厳しい配当制限を課すような「非営利」株式会社を作るということは、十分可能だと思います。

開原：世間を納得させるような形の株式会社を提案されたら、もっと面白かったのでは、という気がしています。

八代：ただ、配当が利潤の分配だからいけないと言われますが、一方で、銀行からお金を借りたら金利を払います。これは直接金

1968年 国際キリスト教大学教養学部卒
1970年 東京大学経済学部卒
1970年 経済企画庁入庁
1981年 経済学Ph.D(米国メリーランド大学)取得
1988年 OECD事務局経済統計局主任エコノミスト
(日本・アイルランド担当)
1990年 経済企画庁総合計画局計画官
(計量分析一般担当)
1991年 (社)日本経済研究センター主任研究員
1992年 上智大学国際関係研究所教授
1995年 経済企画庁経済研究所客員主任研究官(兼務)
2000年 現職





融と間接金融の違いに過ぎないのです。株主はかなりのリスクを負っており、赤字なら配当ゼロのリスクがあります。銀行は担保を押さえていますし、赤字であろうが金利と借金返済を要求する。

銀行借入だけに頼る方が、結果的に儲け主義医療を追求せざるを得なくなるのではないかということです。

開原：そうですね。個人的な感覚としては、なにも銀行に儲けさせることはないじゃないかという感じはしますね。

問題は非営利性の定義の曖昧さ

八代：この問題でより大事なことは、医療の非営利性というものがあまりにもルーズに定義されていることで、医療法では配当さえしなければ非営利だというような法律体系になっていることです。

配当するかしないかではなく、医療の行為自体に非営利性をもっと担保すべきではないか。具体的に言うと医師の応招義務ですが、それについては具体的な告示も解説も全く無い。これを明確化して、米国の非営利病院のように、一種の慈善医療を一定程度までやる義務があるということを非営利性の担保にした方が、はるかに明確ではないか。

開原：株式会社議論に関連して、私は総合規制改革会議で、税制の問題をもう少し議論していただけたらよかったです。という気がしますね。

八代：おっしゃる通りですが、残念ながら、税調があるから同じ政府の機関で異なる結論を出せないという屁理屈で難しいのです。

開原：今のお話と側面が変わりますが、先ほど、総合規制改革会議の基本的な考え方は競争の促進と言われたのですが、私がある意味で慣れさえ持っているのが、民間病院と公的病院の差があまりにも広すぎることです。民間病院は一生懸命稼いで、それで税金を納めている。その税金も株式会社と同じです。ところが一方で公的病院は、税金は全部免除されている。しかも自治体病院は、その上にさらに補助金まで貰っている。

八代：おっしゃったように、民間病院と公的病院の差の問題も重要な問題です。本来は公的病院を政府の持株会社だと考えて、民間と役割分担をする。政府が出資している以上、小児医療や救急病院といった公益性を中心にやる。民間病院と患者を奪い

医療の株式会社化は、あくまでも競争促進のための資本調達の手段としてのもの。配当するかしないかではなく、医療行為自体に非営利性を担保すべきではないか。

混合診療は、一定以上の質の高い病院に限定して、特定療養費の規制緩和として認めたらどうかというものです。

合うなどというのは、本当はナンセンスな話です。

開原：現実はむしろ、公益的な医療を民間病院がよくやっているというケースが非常に多いのです。

八代：そもそもこの問題の根元は、今の医療法とか医療保険法が、暗に開業医を想定した仕組みであり、巨大な資本を必要とする病院が想定されていないのではないかということです。

要するに、医者の診療行為によって報酬が払われ、その報酬の中から設備費も賄うということになっていますが、開業医ならともかく、大病院でそんな資本コストをお医者さんの報酬から取るなど、とても難しい。だから公的病院みたいに政府の出資がいる。

アメリカのように、医者の診療行為と病院のコストを分けて考える必要がある。そうしないと、そもそも民間病院というのは、過剰診療しなければ経営が成り立たないという宿命にあります。このように、病院の経営と診療行為をきちっと分けるようになることが医療の新しいパラダイムの一つではないかと考えています。

病院の経営は専門家に任せ、医師は診療に特化するというのが本来の医療のあり方です。そうなると株式会社問題などは、どこかに飛んでしまうのだと思います。

開原：私は先生のご議論は非常によくわかります。しかし、何故株式会社が日本でなかなか受け入れられないのでしょうか。

八代：かつての銀行と同じで、実質的な中小企業保護政策を医師会がとっているためでしょう。大病院が多くの資本を調達できると弱小な開業医に不利となるので、株式会社に反対ということだと思います。

話は少し戻りますが、先ほどの非営利株式会社というのは、地域病院などがまさにそうなるのではないかでしょうか。今ある病院が無くなったら地域住民が非常に困るというときに、例えば神社に寄付するようなつもりで、地元の住民が配当を貰ってしないで株式を買う。そして株式名簿に名前を載せて、株主総会で病院の経営に参画する。そういうやり方は十分可能だと思います。

開原：そうすると皆“おらが病院だ”という気分になるから、それは病院にとっても、すごくよいことだと思いますね。

混合診療とは

もう一つ非常に大きな論点だったのが、混合診療です。総合規制改革会議の議論は、混合診療に影響を及ぼしたのでしょうか。

八代：厚生労働省は、「混合診療は絶対に認めない。しかし特定療養費の拡大には応じる」という考え方で、我々も別に名前にはこだわりませんから、特定療養費の規制緩和と捉えています。ですから、混合診療という言葉は答申には一切書いていません。

ただ、特定療養費でやる限り、かなり限界があります。規制改革会議でも、どんな病院にも認めたなら問題があるかもしれない、一定の基準以上の質の高い病院に限定して、特定療養費の包括的な規制緩和を認めたたらどうだろうかということです。そのメリットは、質の面に関する競争が起こるのではないかということです。その基準を満たすと非常にメリットがあるので、病院が争って基準を満たそうとするわけです。

開原：ただ、私は、特定療養費というものの決め方に問題がある

対談：ヘルスリサーチを語る

のではないかという感じがしています。

八代：保険審議会で決めていますね。

開原：あれがどうやって決まるのか、それから例えばこれを特定療養費にしたいといったときにどうやればそれを提言できるのかとか、そのへんのプロセスが全く不透明です。

例えば、今後の特定療養費にしたいものは何があるかというリストを公募して、オープンに議論をして、それで今度はこれとこれをしましょうというプロセスがあってもいいと思うのです。

混合診療の3つの反対論

八代：混合診療を認めることに対しては3つ反対論があつて、1つはお医者さんが押し売りするのではないかということ、患者の不平等だという批判、それから混合診療とか特定療養費の自由化をすると保険診療の費用が増えるのではないかということで、これが一番大きな反対理由だと思われます。

開原：3番目は逆だと思うのですが。

八代：是非この機会に開原先生にお聞きしたいのですが、混合診療に対する批判の中で、「そういうことを認めるに、今せっかく進みつつある医療の標準化が損なわれる」というご意見もあるのです。それについてはいかがですか。

開原：どうしてですかね。なぜ標準化が損なわれるのでしょうか。

八代：保険診療の中で、例えばガン治療はこれというように、データを集めて徐々に標準化のプロセスが進んでいるときに混合診療を認めると、お医者さんが勝手に、こっちの方がいいですよということになって、診療例が分散してしまうということだと思います。

開原：それは、まさに消費者が選択するべき問題ですね。

これは標準化の方の問題ですが、一番の問題は、診療ガイドラインがまだできていないことです。診療ガイドラインが公表されれば、「これがスタンダードなやり方だ」ということが、お医者さんにも患者にもわかる。そうすると、診療ガイドラインに沿っていない医療をお医者さんがやろうとしたときには、当然患者の方は聞いてくるはずです。そのとき、「これは特定療養費分をそこにプラスしますが、いいですか」というインフォームドコンセントがそこに働いて、それで患者がいいと言うのだったら、診療ガイドラインから逸れても、それはお互いの納得の上のものだから、全く問題が無いと思うのです。

むしろ全ての患者に同じ標準的治療をやらなければいけないという考え方自体が、私はおかしいと思います。

最初から病院をランク付けすることは困難

八代：先ほど言った、一定の水準で病院を区別するという考え方に関しては、どうでしょうか。不可能だと批判される専門家が多いようですが。

開原：なかなか難しいかもしませんね。

八代：そうですか。ただ、例えば厚生労働省にお医者さんや看護師さんの配置基準がありますが、それをかなり上回るような手厚い配置をすることによって、追加的な人件費に相当する分を混合診療で貰えないかという、あるお医者さんのご意見がありました。

開原：それは、よいのではないですか。

ただ、先生の言われている、一定の質以上のものに混合診療を認めるということは、最初から病院をランク付けしておくという意味なのでしょうか。最初から病院をランク付けすることは難しいと思います。しかし、どんな病院であっても、例えば非常にたくさん看護師さんとお医者さんを雇って、それで、自分のところはこれだけのスタッフを持っているのだから、それに対しては当然費用を要求したい、保険が払ってくれないのなら、そのままプラスを混合診療でみてもらいたいということは、私はいいと思います。

今でもそれに当たるのが、3:1看護とか2.5:1看護とかいうもので、これは特定療養費ではないけれども、要するに保険の中でもそれを認めていて、看護師さんが多い病院は高い入院基本料がとれるわけです。今のところはそこだけだと思いますが、それをもう一步進めるという話だと思います。

八代：もう一つ、今、厚生労働省のやっている中で、特定の手術の症例が少ない病院は診療報酬を減額するということがあります。逆の意味の差別化ですね。あれもちょっと乱暴なやり方だと思います。本当は病院ではなくて医者単位でやらないと意味がないわけですし。但し、そういう考え方方が少しずつ公的保険の中にあるので、それをもう一步延長して、混合診療でもっと自由にやれば、更に進むのではないだろうかということなのです。

混合診療は金持ちのためのもの？

開原：保険の中でやる限りにおいては誰でも受けられるのだが、混合診療にしたとたん、金持ちでなければ、安全な病院に行けないじゃないか、という議論がそこで出てくるわけです。

八代：私は全く逆だと思います。今、自由診療を認めている以上、金持ちは自由診療で良い医療を受けられる。ところが、普通の人にはとても手が届かない。だから、混合診療にすることによって、今一部の金持ちは得ている高いサービスを普通の人も受けられるようになる。例えばピロリ菌の除菌などもまさにそのケースで、かつては自由診療でしかピロリ菌の除菌を受けられなかつたわけですが、今でも公的診療で一定の制限がある。

なぜ混合診療の考え方方が、お医者さんの中で広がらないのかが、非常に不思議に思われます。恐らくこれは、混合診療をやる能力のある医療機関とそうでない医療機関の格差が広がるからではないでしょうか。だから、患者の平等性を名目に、実は医療機関の平等性を追求するのが、

この混合診療禁止の論理ではないかと思うのです。先ほどの株式会社と全く同じようなものです。

開原：次に医療の標準化の話に移りますが、これはあまり激しい論争は無かった気がするのですが、どうだったのでしょうか。

八代：論争は無いのですが、実体的な抵抗は強いですね。





例えば、レセプトを紙方式から電子媒体方式に変えることも、厚生労働省とは合意ができていたのですが、たまたま中古のパソコンの中に診療情報が入ったまま売られていたという事件をきっかけに、進まなくなりました。最終的には告示を出してもらったの

ですが、それが半年ぐらい遅れたのです。つまり、電子媒体でやると紙と違って情報が漏れてしまうというような口実で、抵抗が出てくる。

また、そんなことをされたら、保険者のところに情報が集積される、いわば人の財布の中が明らかになってしまふから駄目だというような、隠れた反対論がかなりあったみたいですね。だから、公の反対が無いだけに、逆にやりにくいという面もあると思うのです。

また、診療報酬支払基金をどうするかという問題もあります。

我々は、紙ベースから電子媒体にするのは第一歩であって、むしろインターネットで送るという方に重点を置いています。そうすると診療報酬支払基金を通さない。今でもレセプトの9割ぐらいは問題が無いか、単なる計算ミスであって、本当にこの診療行為が必要かという論争は極く一部だとのことですので、そういう中身の紛争があったときに、今の診療報酬支払基金を紛争処理機関として位置づけたらどうか。他のものは、ほとんど機械的に医療機関と保険者の間でネットでやりとりすれば済む話ではないか。そうすると、電子情報が保険者に集積されますから、それで標準化のデータベースができるのではないかということを考えています。

保険者へのデータ集積の可否

開原：今の話には、いろいろな側面から私は意見があります。

まず、データを集積するという話について、集積したデータを誰が使う権利があって、どうやればそれを使えるのかという、管理と利用の手続きの問題をきちんとまず先に決めないといけないと思うのです。そこを決めないままに「データを集める」という話ばかりすると、それは私でも反対します。

日本の国は、過去に、官僚がデータを全部独占して、他に使わせなかつた例が山ほどある。今でもそうです。ですから、その二の舞いになるのではないかということを医師会が心配しています。私もそれは当然な心配だと思うのです。

八代：それについては、まず第一次的には保険者に使う権利が

医療の標準化については、データの管理と利用の手続きをしっかりと決めるべき。同時に、データの性格と使途の妥当性を法律論的にもきっちりと詰めておくべき。

医療特区は実現しなかったが、特区としての提案が全国レベルで適応された例はある。

あり、第二次的には研究者にオープンにする。保険者は金を払っているのですから、料金の明細書を要求するのは当たり前のことではないだろうかと単純に思いますし、まず保険者がデータを持つことは別に悪いことではないのではないかと思うのですが。開原：私は、お金を持っている側の保険者と医療を実施する側の両方が共通のデータを持ったときに、初めて対等な議論ができるのだと思うのです。情報というのは力になりますから、保険者だけがデータを持ってしまうと、俄然、保険者の方が力を持つことになる。そうするとバランスが崩れる。

確かに保険者はお金を出していますが、それは税金だって入っているわけですし、保険料も入っている。別にその企業だけがお金出しているわけではない。

アメリカでも韓国でもできていること

また、保険者に集めてしまうと、今、保険組合は何千とあるので、結局データベースがバラバラになってしまふ。それではあまり意味がない。国保も政府管掌も、それから職域の健保も、全部のデータが集積したようなデータベースができる、初めて意味を持つのだと思うのです。私は、データの標準化というところで、今の日本の国で一番欠けているのは、その努力だと思います。

実は、外国ではできています。アメリカみたいな地方分権の国だって、全ての州のメディケアとほとんどの州のメディケイドのデータが全部集積されたデータベースができている。もっと中央集権的ですが、韓国もできています。そして、両方とも「決してこれは政府が独占するものではなく、保険組合が独占するものでもなく、誰でも利用できるもの」ということをはっきり説いています。

八代：これはどうも認識不足だったようです。我々も保険者の情報独占を奨励するという意図は決してありませんでした。まず、保険者があまりにもデータ不足なので、言いなりに払ってしまうのは危険であるということと、患者がはしごをして、変な薬を飲み合せたときに、医療機関にもわからないということで、結局それは支払いする保険者がまず情報をもらうわけだから、そこでチェックするとか、そういう話からのものでした。

開原：また、どうやって集めるかという手続きの問題があります。今は保険請求のデータを集めるということですから、そのデータをお金の支払いのために使うことは法律上許されていると思いますが、それ以外のことに使ってよいか、誰もわからないのです。

八代：それは、保険法のなかに規定を作ればよいだけではないのですか。

開原：通知でいいのか、法律改正になるのか、そこがよくわかりません。誰か法律家が、あのデータの性格と、それをそういうことに使ってよいのかということを、法律論的にきちんと議論すべきだと思います。そうすると、データを健保組合が集めても、それをこちらに出しなさいという根拠ができます。今は根拠が全くないわけです。ですから、保険組合が握ってしまったら、それを出しなさいということを誰も言えないのです。

八代：それは大変に問題ですね。

開原：さらに、標準コードをどうやって普及させていくかということ

対談：ヘルスリサーチを語る

ろも、非常に大きな問題です。アメリカはHIPAA法という法律を作りました。その法律で何を標準にしなさいということと、それをいつから実施しなさいということを決めて、それに従わない人間には罰則まである。それで、日本でいうレセプトの電子的な請求について、去年の10月14日をもって、小さな医療機関までも含めた全ての医療機関がHIPAA法の規定の中に入ってしまったわけです。今はもう、アメリカの医療機関はメディケア、メディケイドに関しては、電子的に請求しない限りはお金を払ってもらえなくなってしましました。

日本は、そのように、法律でもってそういうことを決めることをしない国なのです。不思議な国だと思います。

八代：我々も規制緩和ばかり言っているのではなく、そういう規制強化は絶対にしなくてはいけない。何年までに、電子的手段にして、この方式しか受け付けないというようにする。それに、ある程度は健保組合がお金を出してよいと思います。

保険者機能の強化の問題点

開原：今の話の中から、「保険者機能の強化」ということが出てきたと思うのですが、それに関しては、私は総合規制改革会議の議論に非常に反対でした。今の日本で保険者機能の強化はできないと思うのです。何故かと言うと、総合規制改革会議は競争だおっしゃっていながら、今の保険者には競争が全く無いのです。

八代：お言葉ですが、前の規制緩和委員会で、利用者が保険者を選ぶ機能も一緒にやるべきだと言っていたつもりです。

開原：そうすると、保険の給付率などに多少差ができるてもよいのです。それでどちらかを選べばよいわけですね。しかし、実際には実現していませんね。

八代：ただ、それに近いこととして、保険者が保険事務をかなり全面的に外部に委託することはできるようになったと思います。これは我々は暗黙のうちに損保会社を考えています、小さな保険者は損保会社に全面的に事務を委託する。そうすると損保会社が保険者機能を発揮できるのではないかということです。しかし、健保組合が消極的で、なかなかできない面もあります。

「患者の国際化」が急速に進んでいる

開原：次に、特区についてはどうなのでしょうか。

八代：特区は、まさに規制改革の切り札的なもので、全国ではなかなか進まないものを、特定地域に限定して、自治体の協力を得てやってみようということです。これまでにも国のモデル事業というものはあったのですが、それはあくまでも上から「こうすることをやってみよう」ということであって、地方からの逆提案ではなかったわけです。

それから、最近の焦点のひとつが外国人医師の話です。これを一度規制改革会議でやったら、「日本人の医師がアメリカで治療できないのに、アメリカ人の医師が日本でやることはとんでもない」という意見がありました。しかし、そういう相互主義は、患者から見ればナンセンスです。それができないことによって、例えば日本で働いている外国人が、病気になったらアメリカに行ってし

まう。つまり日本の医療技術を信用していないわけで、これは非常に恥ずかしいことではないだろうか。

どこかの地域に最先端の病院を作つて、そこで日本人の医師と外国人の医師が一緒に質の高い医療サービスを提供するということができたら、別にアメリカに行かなくても医療を受けられるわけだし、アジアから患者を集めることもできるのではないか。シンガポールではそういうことをやっているようですが。

開原：その議論は、アメリカの医者の方が優秀だから、それを呼んできた方が良い医療ができる、というような前提で進めると、なかなか日本の医療界では受け入れられないだろうと思います。

ただ、この問題で、別な方向から医療界が揺さぶられる可能性があると私は思っています。先生は「外国人がアメリカへ行ってしまう」と言われましたが、今はそうではなく、日本人が行ってしまっているのですよ。医療の国際化などと言っているけれども、実は、「患者の国際化」が既に起こりつつあるのです。その流れが、私などが予想した以上に急速なのではないかという感じがしています。本当か嘘かは知りませんが、そういうことを勧誘する企業もあるということらしいです。

そうすると、患者の方に外国の医療のことをよく知っている人がいっぱい出てくる。そして日本の医療に対して「おかしいじゃないか」と言い始める可能性があるのではないか。本当にその流れが起こったら、日本の医療界あるいは厚生労働省は、謙虚に受け止めて、日本の今の医療制度や医療の教育などが、どこかおかしいのではないかという、一つの反省材料とするべきでしょう。

多少遠回りのようですが、それを待った方が、今の問題はよいのではないかという気がします。

八代：おっしゃる通りですが、ただ、やはりそれをある程度促進するために、まさにショーウィンドウ的な医療特区を作る意味があるわけです。

また、今の日本の法律でも研修の一環であれば外国人のお医者さんが診てよいケースがあります。それから面白いのは、外国人医師は同国人なら診てもよいのです。

開原：大使館の中で診療するとか、そういう話ではないですか。

八代：そうかもしれません、医師と患者が同国人であれば構わないということです。このように日本の国内で診療行為が現に行われていて、それを認めるなら、アメリカ人の患者はよくて日本人の患者は駄目だというのもあまり根拠が無い。

開原：そこまで一挙に行くよりは、例えば英語のできるお医者さんばかり集めた病院を作つて、食事なども、イスラムの食事とかベジタリアンの食事がちゃんと作れるだけのキッチンがあって、それである程度自由診療が認められているという、そういう病院をまず作ることが第一歩ではないかという感じがします。今は、そういう病院さえもありませんよね。それだけではなかなか成立できない



ならば、普通の病院の一角にそういう部分を作るとか、そういう形をまずやるとよい。

パラダイム変換すべき点

ここで総合規制改革会議を離れて、個人的なお立場から、日本の医療に対してどう思われるかというお話をうかがいたいと思います。日本の医療で、将来パラダイム変換をしていかなければいけないとすれば、どの点に一番必要性があるでしょうか。

八代：「医療をサービス産業に」ということを、もう少し強く打ち出す必要があると思います。

とにかくパターナリズムと言いますか、患者に自主決定権が無いから供給側の論理に依存してやるんだという意見が依然として強い。しかし、情報公開を徹底して、別のお医者さんの助けを借りて情報の非対称性をカバーすることによって、患者もちゃんとした消費者となるし、医療サービスも普通のサービスと同じような形になれるのではないかと考えています。

そのためには、保険者の立場も一つの要素になります。患者の利害を代表する組織として保険者を考えて、仮に保険者がそうなければ患者側も別の保険者を選ぶという保険者選択の仕組みを作ることによって、とにかくちつとした消費者としての患者を確立させることができ一番大事ではないかと考えています。

開原：私がその議論でいつも気になっていたのは、保険者機能と言うときに、いわゆる組合健保という被用者保険のイメージで常にものを言っておられるような感じがしてしまった点です。日本にはその他にも政府管掌とか国保があります。

八代：おっしゃるとおりで、特に政府管掌というのは国が保険者になっているわけですから、定義上保険者機能があまり発揮できないので、最悪です。

ただ国保の方は、少ないですけれども、長野県など、地域の市町村がかなり頑張ってやっているところもあります。ですからそこはかなり可能性があります。今、地方分権ということが言われますし、小さな市町村が、別に合併しなくとも、介護保険と同じ様な事務組合の形や大手の損保会社が市町村の国保の事務を代替することで、ある意味で組合健保以上に保険者らしい保険者になる可能性はあるわけです。

開原：今、保険の再編という話がありますが、総合規制改革会議

「医療の国際化」よりも、「患者の国際化」が起こっている。

医療のパラダイム変換の為には、もっと強く医療をサービス産業と捉えることが必要。

コンシューマーの組織化が将来の日本の医療を良くする。

では議論されなかったのですか。

八代：残念ながら、あまり議論されていません。総合規制改革会議も縦割りで、保険は金融関係になってしまふこともあります。

開原：話を戻しますが、先ほど先生がおっしゃられた、医療をサービス産業と考えるという話、確かに、これから必要なことではないかという感じがします。

八代：ただ、そのときには、先ほど言ったように、お医者さんが病院を経営することが当然という考え方をやめないと無理です。産業というのはプロフェッショナルの経営者が主体になるわけですが、お医者さんは診療のプロフェッショナルであっても経営のプロフェッショナルではありません。ですから、病院経営と診療行為を分離していくことが大前提です。

問題はコンシューマーの組織化の立ち遅れ

開原：一方で、一つだけ気になっていることがあります。日本の社会の一般的な通弊なのですが、コンシューマーの意見を反映するメカニズムが非常に弱いことです。物を生産する場合には、それを買つか買わないかということで、コンシューマーがかなり大きな権限を握れると思います。ところが、医療の場合には、情報公開によってずいぶんプロバイダーとコンシューマーの立場が対等になってきたといふものの、物を「買う、買わない」の立場に比べれば、遙かに弱いのです。ですから、そのメカニズムを日本の社会で将来もうちょっときちんと作っていかないと、日本の医療は良くならない。将来の日本の医療を良くするとすれば、私はコンシューマーの組織化ではないかと思っているのです。

八代：おっしゃるとおりで、コンシューマーの組織化は、NPOではあるのですが、非常にまだ小さいですね。

ただ、私は、それは鶏と卵の関係だと思います。供給側の医療機関の間の競争を厳しくすればするほど、医療サービスを買ってもらうために、積極的に情報提供をしなければならない。

その点、カルテの開示問題を含めて、まだまだ医療機関側の力が強いのは、やはり競争が不足しているからだというが、経済学者の考え方です。そちらを攻めていけば、自然とコンシューマーの力は強くなるということです。

ですから、労働市場でいわれるような「ボイス・オア・イグジット」という考え方が必要です。昔は労働条件改善のためには組合を作って企業と交渉するという考え方でしたが、最近は労働者が条件の悪い企業から逃げ出すことによって、労働条件を良くするという考え方へ移ってきてていると思います。医療のコンシューマーも同じように、医療機関を選び易くすればよいのではないかということです。

開原：時間になりました。どうも大変ありがとうございました。

本対談に関するご質問、ご意見を受付けております。

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

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。）

第24回理事会・評議員会を開催

平成16年度も引き続き事業内容を拡充。

東京都渋谷区の新宿文化クイントビルで、3月2日(火)に第24回評議員会が、3月5日(金)に第24回理事会が開催され、平成16年度の当財団の事業計画、収支予算、その他が審議、承認されました。

平成16年度は平成15年度に引き続きファイザー株からの5億円の基本財産寄付金が予定されており、ヘルスリサーチワークショップの創設など、より一層の財団事業内容の拡充を行います。

また、理事会では平成15年11月21日に鴨田忠彦先生がご逝去されたことに伴い、経済学分野の補充を目的として、学習院大学経済学部教授南部鶴彦先生の評議員並びに選考委員への就任(任期:平成16年3月5日~平成17年3月31日迄)が諮られ、承認されました。

理事会席上で、来賓の厚生労働省大臣官房厚生科学課長中谷比呂樹氏は、「現在日本は科学技術立国といふことで、研究費も非常に増えており、様々な成果が挙がってきているところだが、一方、これを応用するという面では、もう一つ努力が必要だ。その意味でヘルスリサーチは大きな役割を果たしており、官民を挙げて取り組むべき研究だと思っている。昨年に10周年を祝い、新たなdecadeに入った財団がさらに発展することを祈念する」と述べられました。



厚生労働省大臣官房
厚生科学課長
中谷 比呂樹氏

評議員会



理事会



新任評議員・選考委員



南部 鶴彦先生

学習院大学経済学部 教授。

1942年(昭和17年)生まれ。東京大学経済学部博士課程修了。

武藏大学専任講師を経て、76年学習院大学経済学部助教授、79年より同教授。

ヘルスリサーチワークショップ企画委員会が活動

平成15年11月20日と平成16年1月20日の2回にわたって下記メンバーによるヘルスリサーチワークショップ企画委員会が開かれ、財団新事業「ヘルスリサーチワークショップ」創設のための企画案が検討・立案されました。



委員(五十音順)

今井 博久	宮崎医科大学公衆衛生学講座講師
開原 成允	国際医療福祉大学副学長・同大学院長
川越 博美	聖路加看護大学看護実践開発研究センター教授
菅原 琢磨	国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科専任講師
中島 和江	大阪大学医学部付属病院中央クオリティーマネジメント部助教授
中村 洋	慶應義塾大学大学院ビジネススクール助教授
中村 安秀	大阪大学大学院人間科学部教授
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教授

上記の通り評議員会・理事会で、本企画始動への承認が与えられたため、本年度より新たに運営委員会が発足し、実際の開催の為の具体的な検討が行われます。内容については逐次ご報告します。

平成16年度事業計画

平成16年度事業概要

ヘルスリサーチに関する実態調査 諸外国におけるヘルスリサーチに関する研究専門雑誌や研究会についての情報を収集し、日本のヘルスリサーチ研究者に参考情報を提供する。	
研究等助成	1件1,000万円以内 / 2件程度
1. 国際総合共同研究事業 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の基幹的研究テーマについて国際的且つ学際的な観点から総合的に実施するヘルスリサーチの領域の共同研究への助成。(期間:原則として2年間)	1件1,000万円以内 / 2件程度
2. 国際共同研究事業 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の研究テーマについて国際的な観点から実施するヘルスリサーチ領域の共同研究への助成。 (期間:原則として1年間)	1件500万円以内 / 15件程度
3. 日本人研究者の海外派遣事業 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・評価に資する研究テーマについて取り組む日本人研究者が海外におけるヘルスリサーチの研究活動に参加するための渡航助成。(期間:1年以内)	1件200万円以内 / 10件程度
4. 外国人研究者の招聘事業 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・評価に資する研究テーマについて取り組んでいる将来有望なヘルスリサーチ領域の外国人研究者の招聘助成。 A. 短期招聘(1ヶ月程度) ... 1件100万円以内	
B. 中期招聘(6ヶ月程度) ... 1件250万円以内	合わせて5件程度
5. 若手研究者育成事業 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の研究テーマについて取り組む若手研究者の育成を目的とする助成。 A. 海外留学助成 日本人研究者の海外留学、学位取得目的の渡航が対象 1年間以上2年程度、但し年齢制限40歳以下(H.16.4.1現在)	1件400万円以内 / 10件程度
B. 国内共同研究助成 原則として1年間、但し年齢制限40歳以下(H.16.4.1現在)	1件300万円以内 / 10件程度
財団機関誌の刊行 (ヘルスリサーチニュース) 事業及びその成果を情報として提供し、研究の推進・啓蒙を図る。 また、ヘルスリサーチの啓蒙と実践的な展開を目指してヘルスリサーチ各領域に亘っての対談をシリーズで行い掲載する。 (別刷)保健・医療・福祉にかかる記事を同封する。 また、第1~8回の対談を小冊子にまとめて刊行(3,000部)の上、ヘルスリサーチ研究者に配布し、ヘルスリサーチの啓蒙に役立てる。	年4回
第11回 ヘルスリサーチ フォーラム・ 研究助成金贈呈式 ヘルスリサーチフォーラムと平成16年度研究助成金贈呈式を併催する。 一般公募演題の発表、平成14年度実施の国際共同研究の成果発表、平成15年度海外派遣助成研究発表及び討論等、通常のヘルスリサーチフォーラムを2会場方式で開催し、引き続き基調講演及び平成16年度の研究助成発表・贈呈式をメイン会場に一堂に会し行う。贈呈式においては、厚生労働大臣(予定)出捐企業代表者挨拶に続いて、平成16年度応募助成案件の選考結果・経過の発表並びに研究助成金授与、レセプションなどを行う。基調講演と通常のヘルスリサーチフォーラム部分については、その内容を小冊子にまとめて配布する。 テーマ:「ヘルスリサーチの新展開」	開催日: 11月6日(土) 会場: 都市センターホテル

第1回ヘルスリサーチワークショップ	<p>将来のヘルスリサーチ研究者の戦略的な育成とヘルスリサーチという学際的な研究の効果的・効率的な促進を通じて保健医療の向上への貢献を目指す一環として、当該領域を志向する研究者の人的交流と相互研鑽に焦点を当てた“出会いと学び”的な場を作り、ヘルスリサーチの研究領域をリードしていく主旨のもとにワークショップを開催し、その内容を小冊子としてまとめ次年度に配布する。</p> <p>開催日：平成16年12月乃至平成17年1月の週末（土、日）の1泊2日（詳細未定） 会場：初年度はアポロラーニングセンターを予定（ファイザーの研修施設） 参加者：ヘルスリサーチの研究を志向する多分野の研究者 30名（推薦+公募） 小冊子：A4版 100頁 3,000部を次年度に作成予定 テーマ：未定（ヘルスリサーチフォーラム運営委員会で決定する。）</p>
第5回 ハーバード・北里 シンポジウムへの 後援	<p>開催予定：平成16年10月乃至11月 主催：北里大学・ハーバード大学 後援：ファイザー・ヘルスリサーチ振興財団 参加者：治験に関係するドクター、製薬会社、規制当局関係者等 600人 内容：「効率的な新薬開発に関する検討」 テーマ：Advanced and Global Drug Development Techniques</p>
インテリジェント ホームページの作成	<p>現ホームページを情報の受発信の基地としてより使いやすいものに強化する。 Web申請への第一段階としての準備を進める。 申請データより正確、迅速な処理を可能とする。また、財団研究成果の閲覧検索機能を高める。 画像情報を取り入れる。</p>

平成16年度予定表

		事業年度			平成15年度												平成16年度											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
運営会議	理事会 評議員会	平成16年度 事業計画・予算 3月5日(金)第24回 3月2日(火)第24回	平成15年度事業報告・決算報告 新年度現況報告 5月24日(月)第25回 5月17日(月)第25回 監事決算監査 5/12,13																							平成17年度 事業計画・予算 3月 第26回 3月 第26回		
事業関連	選考委員会	2月20日(金) 第35回/新年度助成方針																								2月 第38回 新年度助成方針		
助成事業他	公募 選考 選考結果 第11回ヘルスリサーチフォーラム& 助成金贈呈式 ヘルスリサーチワークショップ ヘルスリサーチニュース発行 対談集No.1~8まとめ冊子刊行/配布 ハーバード・北里シンポジウム	応募要綱作成 第10回 小冊子& 検索用CD刊行 最終企画案作成と 主務官庁と 打ち合わせ 評議員会・理事会で 承認 4/20運営委員会発足	公募期間(配布・紹介) 7/16 案内・広告 公募現況報告 一般演題公募 評議員会・理事会で 承認 4/20運営委員会発足	最終公募とりまとめ 選考作業 面接 正式発表・通知 一般演題選考決定 11/6(土) 一般演題選考決定 11/6(土)																					平成17年度 応募要綱作成 第11回 小冊子 刊行 第1回ワークショップ開催 (開催日・詳細未定)			
管理業務	(一般業務) 平成16年度予算・事業計画作成 平成15年度決算処理 厚生労働省報告(予算・決算書) 助成金支払い 平成17年度予算・事業計画作成																									11月中旬~		

研究等助成受領成果報告

- 国際共同研究助成 2 編、海外派遣助成 1 編 -

平成 14 年度国際共同研究

英語版と日本語版の院内感染アウトブレイク調査データベースの開発

研究期間 2002 年 11 月 20 日 ~ 2004 年 12 月 5 日

代表研究者 大阪大学大学院 医学系研究科保健学専攻 教授

牧本 清子

共同研究者 大阪大学大学院 医学系研究科保健学専攻 助教授

芦田 信之

共同研究者 ピッツバーグ大学大学院 公衆衛生学部 準教授

関川 晓

欧米では、アウトブレイクの発生時は、感染経路や感染源などの特定やアウトブレイクの管理情報を見集めるため、文献検索を行うことが推奨されている。アウトブレイクの調査結果の報告も、専門職の社会的義務として学術論文に投稿することが多い。しかし、日本ではアウトブレイクの調査方法の教育・訓練の機関が少ない上に、専任の感染管理者が不在の施設も多い。また、文献検索を行うにしても、欧米の文献が殆どであり文献の収集も困難である。加えて病院内で調査を行ったとしても、調査結果は公開されることは殆どない。

そこで、今まで報告されているアウトブレイクを要約し、調査に必要な情報をデータベース化し、アウトブレイクの調査の手順と対策の情報が容易に入手できるようにした。

データベースの開発

論文の選択

Medline で nosocomial infection と outbreak で検索し、600 以上の抄録から 400 の疫学調査の論文を選出した。アウトブレイクは、類似した症状・兆候を呈する患者が、時間・空間の集積性のあるパターンで出現するものである。殆どのアウトブレイクの報告は感染症によるものであるが、まれには感染症以外のものもあり、データベースに含めた。

データベースのフィールドの決定

検索、及び検索結果の表示や印刷のレイアウトの選択肢を増やすため、フィールドを詳細に設定した。概要は大きく 4 つに分かれ、①論文に関する情報、②アウトブレイクの発生施設の情報、③アウトブレイクの記述、④調査方法、結果、⑤考察・感染対策である。

論文に関する情報

著者、論文のタイトル、雑誌、発表年のいずれの項目からでも検索できるように、別々のフィールドを設定した。

アウトブレイク発生施設の情報

アウトブレイクの発生した国・地域、施設名とその特徴、ベッド数、病棟・診療科についてフィールドを作成した。多くの論文は施設名を明記してあることが多いが、CDC の調査では、施設の特定に結びつく情報を掲載しない方針のため、施設の特徴についての情報は掲載されていない。

アウトブレイクに関する記述

アウトブレイクの記述は、原因となる病原体、感染経路、アウトブレイク発生期間/調査期間、感染部位/検体の種類、感染者数/定着者数、アタック率/死亡者数/死亡率を含む。

病原体

院内感染が対象であり、アウトブレイクの原因となる病原体を明記した。しかし感染以外でもアウトブレイクがおこるため、感染以外のアウトブレイクも対象とした。非感染性のアウトブレイク例としては、透析クリニックで、器具の劣化による 20 名の溶血アウトブレイク (Duffy R 等、2000)、手術器具の材質による眼科術後の 6 名の角膜損傷アウトブレイクなど (Duffy RE 等、2000) もデータベース化した。

感染経路

感染経路は 9 項目に分類した：空気感染、飛沫感染、接触感染、水系感染、食中毒、保菌者、汚染

(消毒剤、石鹼など) 疑似アウトブレイク、その他。

アウトブレイク発生期間/調査期間

感染部位/検体の種類

感染部位の分類は欧米でよく用いられている5項目に分類した：手術部位感染（SSI）、血流感染（BSI）、菌血症、肺炎、人工呼吸器関連肺炎（VAP）、尿路感染（UTI）、その他。

検体の種類としては、血液、尿、痰、気管支吸引物、その他に分類した。

感染者数/定着者数、アタック率

感染者数はアウトブレイクのインパクトを表し、アタック率は病原体の感染力を表すので、感染患者数と、計算可能であればアタック率も提示した。

死者数、死亡率

死亡数だけでなく、計算可能であれば死亡率も提示した。

調査方法、結果

感染者の定義

アウトブレイクによる感染と、アウトブレイク以外の感染を識別するために、定義は重要である。できるだけ詳細に引用したが、大半の論文は定義を明記していなかった。

調査方法

選定した文献は基礎的な疫学調査から複雑な患者対照研究を含む。患者対照研究は、対照群の定義と選択基準が難しいので、フィールドを設けて研究方法について学習できるようにした。またコホート研究でも検索できるようにした。

1. 患者対照研究、マッチングの有無

患者群の定義、対照群の定義と選択基準

2. コホート研究、前向き、後向き

具体的な調査項目

ステップ・バイ・ステップで調査手順が分かるように要約した。主要な内容としては、アウトブレイクの同定、アウトブレイクの記述、感染者の見つけ方、調査方法の詳細である。

調査結果

この項目は調査結果や主要な発見を記述した。

討論・感染対策

結果への考察と感染対策の実施と評価についてまとめた。

ホームページの開設とデータベース検索

ホームページを開設し、プロジェクトの紹介、検索方法の説明、検索ページの作成を行った。

データベースの検索項目

検索項目は、アウトブレイク発生時に調査したい次の5項目について検索できるように設定した：病原体、感染部位、感染経路、疫学調査方法、病棟・診療科。

今までに330の文献を要約し、Pubmedの抄録にリンクを設定した。日本語版は、データベースの英語の分量が多く、難しい専門用語も多いため、機械翻訳を行った。

Webでのデータベースの公開と反応

英国の感染管理者のHospital Infection Societyのメーリングリストと米国の疫学の講義をホームページ上で公開しているEpidemiology Supercourseに掲載した。米国の感染管理者のコメントは、米国の大規模の病院でも、データが標準化されていて情報が把握しやすいため非常に役立つデータベースであるとの評価であった。カナダのLindsay E Nicolle博士やアルゼンチンのMartin O Flaherty博士のコメントを余録に入れた。

プロジェクトの考察

このデータベースはアウトブレイクの調査の支援のために開発したが、アウトブレイク対策や感染管理者の教育、感染対策のエビデンスの提供などにも活用が期待できる。

1) 調査の手引きとして

アウトブレイクは頻回に発生しないため、米国においても複雑な疫学調査ができる知識・技術を備えた感染管理者は多くない。このデータベースは基礎的な訓練を受けた感染管理者が、“感染者の定義”のフィールドを見て感染者の定義が書け、調査方法も検索結果を参考に調査を開始することができる。アウトブレイクの原因がすぐに同定できない場合、患者対照研究などの複雑な疫学調査を行う必要がある。患者対照研究は対照群の選定が難しいとされているが、このデータベースで、病原体や施設の特徴を考慮して適切な選定方法を選び、調査を実施することができるであろう。

2) アウトブレイクの予防対策の資料の提供

ニュースなどで話題になるアウトブレイクについて、多くの文献を取り寄せ解説しなくとも、このデータベースの活用で、各施設で対策を検討するための資料を容易に提供することができる。日本ではアウトブレイクへの対策が遅れていることが多いと思われ、職員への対応、施設面の整備なども検討が必要である。職員への対応マニュアルを例にあげれば、Norwalk-like virusは、空気感染を起こし、職員への感染も多い院内感染の一つである。カナダのトロントの大学病院でのアウトブレイクでは、多い日には一日に79名の医療者が感染し、最終集計では635名が感染した (Sawyer LA, 1988)。この感染症は2,3日で症状がおさまるため対策は困難であるが、外来の汚物の処理方法、人の往来の制限、職員の職場復帰の条件など、文献を整理して発生時の対策マニュアルを準備しておく必要がある。

レジオネラ菌によるレージョン病は、日本では循環式風呂での感染で知られるようになったが、欧米では臓器移植患者や高齢者がレージョン病に集団罹患している。日本でも臓器移植や骨髄移植などが行われているが、レージョン病対策は遅れている。Koolら (1998) の後向き調査の報告では、10年間の臓器移植患者の中で、25名がレージョン病の院内感染に罹患していた。レージョン病は他の肺炎と鑑別診断が困難であるため見過ごされやすいアウトブレイクである。レージョン病対策として設備面の改善の予算が必要であり、このデータベースを活用して、管理者の理解を得るためのエビデンスを容易に集めることができる。

欧米の論文に掲載されている日本のアウトブレイク調査報告は数例しかなく、どのようなアウトブレイクがどれだけ発生しているのか把握しにくい。本データベースでは、欧米における消毒剤の汚染によるアウトブレイク調査例が13、石鹼の汚染によるアウトブレイクが7例あり、けしてまれな出来事ではない。通常、消毒剤はアウトブレイクの病原体に対して消毒効果があるが、汚染のレベルが高いと消毒効果はなく、感染源となった例である。このデータベースで、施設内での消毒剤の管理について必要なエビデンスを検索し提示することができる。

日本で公開されたアウトブレイクの調査結果は、保健所に報告してから調査が行われるので、適切な証拠が失われていることが多く、欧米の調査のように明確なアウトブレイクの原因の特定が困難である。各施設内で、基礎的な訓練を受けた感染管理者が、早期にアウトブレイクを発見し、早急な対策と共に迅速な調査を行える体制の構築が必要である。

このデータベースの作成により、標準化されたアウトブレイク調査報告のフォーマットを用いて、調査結果や対策の評価などの比較が可能になる。しかし、論文の要約は非常に時間がかかり、数多く発表される論文をまとめていくには膨大な費用がかかる。従ってインターネットで、いろいろな国から直接報告できるコクランライブラリーのようなシステムの構築が必要と思われる。

引用文献

Sawyer LA, Murphy JJ, Kaplan JE, Pinsky PF, Chacon D, et al. 25- to 30-nm virus particle associated with a hospital outbreak of acute gastroenteritis with evidence for airborne transmission. Am J Epidemiol. 1988 127:1261-71

Kool JL, Fiore AE, Kioski CM, Brown EW, Benson RF, et al. More than 10 years of unrecognized nosocomial transmission of legionnaires' disease among transplant patients. Infect Control Hosp Epidemiol. 1998 19:898-904

Duffy R, Tomashek K, Spangenberg M, Spry L, Dwyer D, et al. Multistate outbreak of hemolysis in hemodialysis patients traced to faulty blood tubing sets. Kidney Int. 2000 57:1668-74

Duffy RE, Brown SE, Caldwell KL, Lubniewski A, Anderson N 他. An epidemic of corneal destruction caused by plasma gas sterilization. The Toxic Cell Destruction Syndrome Investigative Team Arch-Ophthalmol. 2000 Sep; 118(9):1167-76

平成14年度国際共同研究

日米共同研究：医療をめぐる情報と倫理と法

研究期間 2002年11月1日～2003年10月31日

代表研究者 東京大学法学部 教授

樋口 範雄

共同研究者 University of Arkansas School of Law, University of Arkansas for Medical Sciences

Arkansas Bar Foundation Professor of Law, Adjunct Professor of Medical Humanities Robert Leflar

共同研究者 上智大学法学部 助教授

岩田 太

本研究グループの課題は、医療情報の保護と利用に関する日米比較の問題を中心とし、医療倫理やこれらの問題に関する法の役割に及ぶ。

まず、医療情報保護の問題に関しては、現状を知るべくインタビュー調査を継続した他、2002年9月の日米法学会シンポジウム「アメリカの医療と法：情報と倫理」をグループメンバーで実施した後、12月1日の日本医事法学会において「医療情報の保護と利用」と題するミニシンポジウムを行った。それらの内容は、それぞれの学会誌に登載された。

- i) 医療情報の保護と利用の問題：医療情報の問題については、アメリカ診療情報管理士協会理事を招いてセミナーの機会を持ち、アメリカにおけるHIPAA法プライバシー保護規則の実務へのインパクトを知ることができた。
- ii) 医療倫理の問題：倫理の問題については、メンバーが放射線医学総合研究所の臨床医学研究倫理審査への視察を行うなど、引き続き国内外の問題の調査・検討を進めた。また、研究会内においても、生命倫理の問題を意識した検討を多く行った。2003年3月には、公開シンポジウム「現代社会の倫理と法」に参加・協力し、アメリカより倫理学者も招聘した。
- iii) 法と医療の距離の問題：医療事故問題にどのような法制度で対処すべきか、情報公開との関係をどのように制度設計してゆくべきかにつき、日米を比較しながら一定の検討を行った。とりわけ、日本において刑事司法への依存度が高いことが指摘された。

平成15年度海外派遣

ターミナル期の小児がんの子どもの緩和ケアプログラムの開発

派遣期間 2003年10月6日～2003年11月28日

派遣者 千葉大学大学院看護学研究科母子看護学講座小児看護学教育研究分野 博士後期課程

中村 美和

受入先 Monash University (オーストラリア)

実施概要：

2003年10月5日から11月28日まで、緩和ケアを先駆的に実施しているオーストラリアにおいて、子どもを対象とするホスピスと、成人を対象とするホスピスの研修および訪問調査を実施し、オーストラリアにおけるホスピス・緩和ケアの実態を把握した。結果、日本における小児の緩和ケアの今後の課題を明確にするとともに、日本における小児の緩和ケアにおける看護実践モデルと、看護師の専門性の向上について示唆を得た。

研究成果発表方法：

大学の研究分野内の勉強会において発表した。学会等での発表、学会誌、雑誌等への投稿は未定。

研究報告：

目的

日本において、ターミナル期の子どもに対して、全人的・包括的な緩和ケアが提供されていない。今回、オーストラリアにおける緩和ケアの実態を訪問調査し、日本における小児緩和ケアにおける看護師の役割について示唆を得ることを目的とした。

方法

1. 訪問施設：1) Very Special Kids (子どもの緩和ケア提供団体) 2) Peninsula Hospice Service (成人を対象とした地域緩和ケア提供施設) 3) Peninsula Palliative Care Unit (成人を対象とした独立型ホ

スピス)

2. 上記の施設を訪問し、見学・研修、責任者との面接により、各施設の特徴やケアの実際、看護師の教育およびストレス・マネジメント、他職種とのチームワークなどの項目に関して情報を収集した。

結果

下記には、Very Special Kidsの活動と実践の概要を中心に報告し、さらに、オーストラリアにおける成人と小児の緩和ケアにおける看護の役割の相違についても記述した。

1. Very Special Kids（ビクトリア州メルボルン）の概要

Very Special Kidsは、約1/3は政府からの助成金、約2/3は寄付金で運営されている。下記にはVery Special Kidsの中にある部門のうち、1) Family Support Teams（子どもと家族のサポートチーム）と、2) Very Special Kids House（子どものためのホスピス）について記述した。

1) Family Support Teams

1984年、Margaret Noon（看護師・シスター）と、白血病で子どもを亡くした2家族が活動を開始した。対象者は、進行性の生命を脅かすような疾患（筋ジストロフィー、囊胞性線維症、先天性心疾患、腎疾患、小児がん）の子どもとその家族であり、現在の登録者は年間約680家族である。

サービス提供者は、心理学者、Social Worker、Welfare Worker、ボランティアである。2002年後半から、7エリアに支部を作り、遠隔地の子どもたちにもケアを提供できるようにしている。

サービス内容は、カウンセリング、ビリーフメント・サポート・プログラム（遺族へのケア）、Hospital Visiting（ボランティアや心理学者が病院に出向き、食事介助・遊びの提供などの日常的な世話、きょうだいの世話・家族の話し相手などの家族のサポート、そしてカウンセリングを実施）、In-Home Support（Hospital Visitingと同様の内容を在宅に出向いて実施）、Sibling Programs（きょうだいが闘病中あるいは、きょうだいを亡くした子どもを対象としたグループ活動）、その他：ボランティア教育と、子どもとその家族の社会性の維持、寄付金の獲得、コミュニティに対する啓蒙活動を目的としたイベントの開催、であった。

2) Very Special Kids House

Family Support Teamsが設立されて12年後の1996年に、オーストラリアで初めて作られた子どもとその家族のためのレスパイト・ケア/緩和ケアセンターである。子どもとその家族は、無料でホスピスでの緩和医療と緩和ケアを受ける。

入院の目的は、症状マネジメントと、ターミナルケア、緩和ケアのための入院、レスパイト・ケア（2・3週間/年/1家族）のための入院、病院から在宅への移行期の在宅ケアの準備のための入院がある。

対象者はFamily Support Teamsと同様であり、年間200家族が利用している。医療体制は、近所に開業している小児科と緩和医療学を専門としている女医が主治医となり、24時間体制で対応をしている。

施設の構造として、8床の部屋（全室個室）、浴室、Multi-Sensory Room（子どもに音楽・光・水などの心地よい刺激を与えることによって、ペインコントロールとリラクゼーションをはかる部屋）、Music Therapy Room、テレビ・ルーム、プレイ・ルーム、キッチン、プレイグラウンド、Family Accommodation（家族の宿泊施設）が設備されていた。

看護体制は、3交代制、看護：患者=2:1であり、1シフトに必ず、RN（Registered Nurse；日本では正看護師に相当）がいるようにしていた。このホスピスにいるRNは、小児看護または緩和ケアのPost Graduate Level（半年から1年の専門コースを受講し、各領域の専門ナースになる）の教育を受けている者であった。看護の内容は、医療処置（症状マネジメント、与薬・投薬）、日常生活上の世話（遊び、食事、排泄、清潔ケア）、家族に対するケア、看護計画立案・評価、カンファレンスであった。この施設では、Nurse Manager（看護師長）が、患者がホスピスから病院・在宅へ移行する際に、コーディネートし、コンサルタント業務をしていた。また、Very Special Kids Houseのスタッフと、Family Support Teamsのスタッフとの間で合同ミーティングが実施されており、合同チーム（Interdisciplinary Team）アプローチによって、子どもとその家族に対して全人的・包括的に緩和ケアが提供されていた。

2. オーストラリアの成人と小児における緩和ケア実践モデルと看護の役割

オーストラリアの成人を対象とした緩和ケアには、病院、ホスピス、在宅を緩和ケア提供場所としたTriangle of Careモデルという実践モデルがあり、このモデルの中で、ナースコンサルタントという緩和ケア専門ナースが重要な役割を果たしていた（図1参照）。ナースコンサルタントと行動をともにすることによって、ナースコンサルタントの役割として、各病棟の医療者への症状マネジメントについてのアドバイス、病院・ホスピス・在宅・クリニックを受診している患者と家族の症状マネジメントに

についての直接的な教育・指導、スタッフ教育・サポート、退院計画の立案、研究、コーディネーションが抽出された。ナースコンサルタントは、病院に所属しながら、病院に入院している患者のみでなく、ホスピスや在宅にいる患者もコーディネートしていた。つまり、緩和ケアを提供する場所が変わっても、絶え間ない緩和ケアを提供することが可能となっていた。小児に関しては、成人の緩和ケアのナースコンサルタントほどに小児専門ナースが、施設を超えて機能的に活動・実践しているとは言いたい。しかし、在宅への移行を円滑にするために、病院に所属している小児専門ナースが、施設を超えて訪問看護ステーションに教育・指導に行くなどの取り組みがなされていた(図2参照)。

○考察

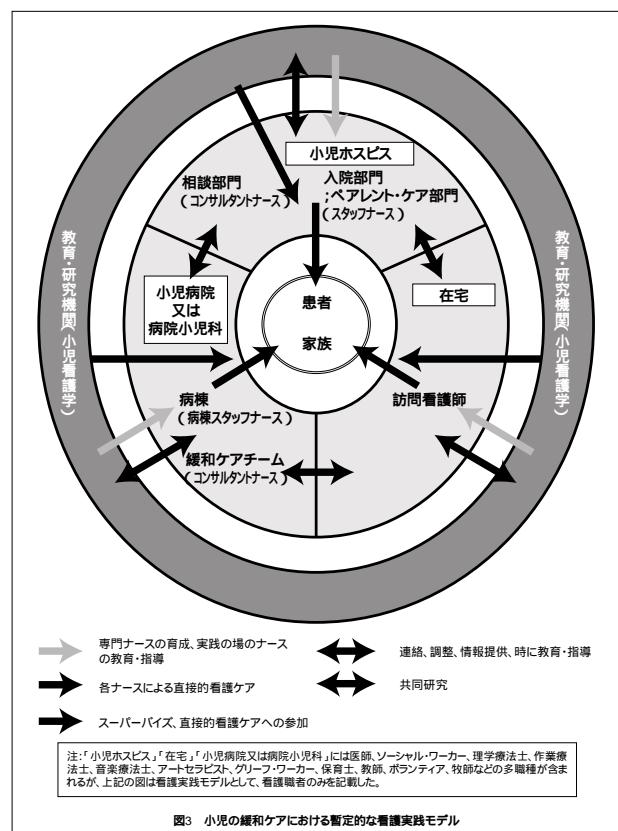
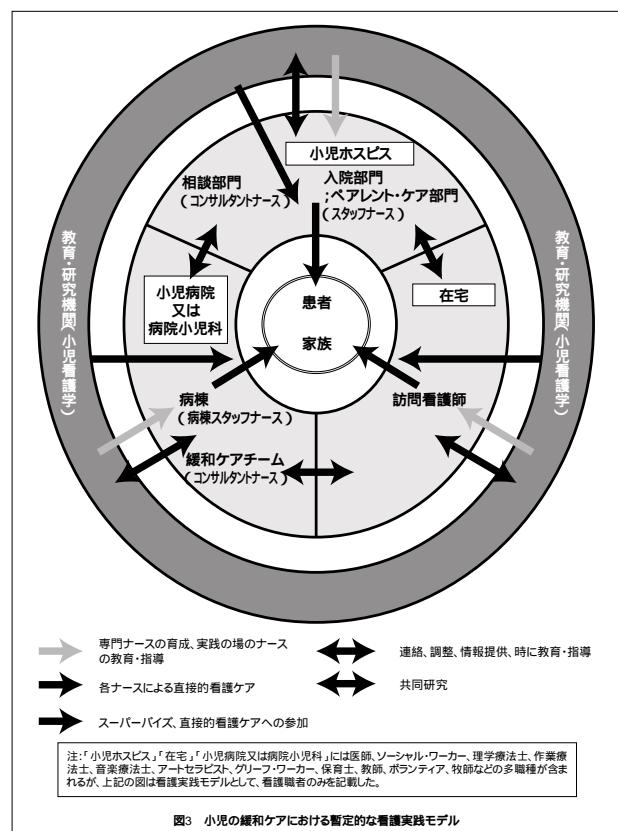
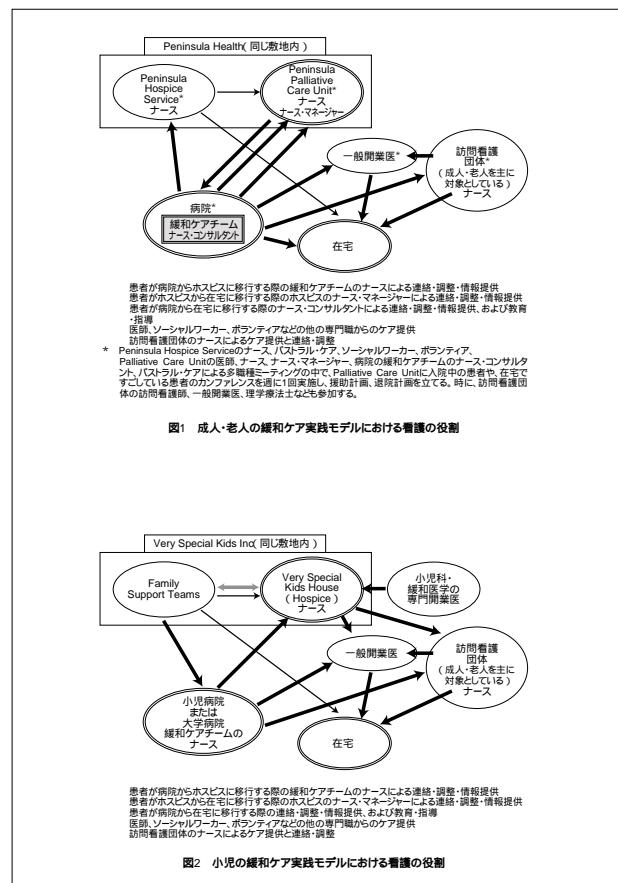
1.日本における小児の緩和ケアの今後の課題
オーストラリアと日本における緩和ケアの実態を比較した結果、死に対する人々と医療者の姿勢に起因する積極的治療から緩和ケアへの移行の困難性、医療システムにおける緩和ケアの位置づけの低さ、緩和ケアの対象疾患に制限があること、実践モデルの不備、あるいは実践モデルが普及しにくいこと、専門性の欠如、研究を実施することの困難性、およびエビデンスの欠如、医療スタッフに対するケアが不十分、資金源が緩和ケアのバリアとして考えられた。

2.日本における小児の緩和ケアの方向性

日本においては、Multidisciplinary Team(多職種チーム)アプローチが主流であるが、オーストラリアのようにInterdisciplinary Team(合同チーム)アプローチにより、緩和ケアを提供することが必要である。

また、日本には小児の緩和ケアに携わる専門職者がほとんど存在しないため、今後は教育学、心理学などの他領域学問と協働で緩和ケアを提供することの必要性が示唆された。

小児緩和ケア領域においては、在宅ターミナルケアが発展していないのが現状である。今後は、現在ある資源を活用し、成人や老人を対象とした訪問看護を実施している施設と協働して、小児の緩和ケアを提供していくことの必要性が示唆された。さらに、小児の緩和ケアはエビデンスを確立させることが困難であり、発展の難しい領域ではある。したがって、実践と教育・研究をつなげた実践モデルが必要であると考えられた。オーストラリアの実践モデルに基づき、日本の小児の緩和ケアにおける看護実践モデルを暫定的に作成した(図3参照)。



3. 看護の専門性の向上

オーストラリアの小児の緩和ケアに携わる看護師と比較して、日本の看護師には、小児のペインコントロールをはじめとする症状マネジメントに関する知識と技術が不足していると考えられた。日本にも、小児看護領域において、緩和ケアに関する専門的な知識・技術をもち、かつコーディネート能力をもった専門ナースが必要であり、このようなナースが施設を超えて患者をコーディネートできる体制を構築することも必要である。そのためには、看護基礎教育と現任教育における教育を充実させていくとともに、看護師の実践を評価することの重要性が示唆された。

まとめ

今後は、暫定的な看護実践モデルに基づき、ターミナル期にある子どもとその家族に対して看護援助を実施し、小児緩和ケアにおける看護実践の技術を構築させていくこと、および、小児科の看護師のサポートとしてのグリーフ・ワークを研究課題としたい。

参考文献

- Kopecky, E, A., Review of a Home-Based Palliative Care Program for Children with Malignant and Non-Malignant Diseases, *Journal of Palliative Care*, 13(4), 28-33, 1997.
- McGrath, P, A., Development of the World Health Organization Guidelines on Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children, *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(2), 87-92, 1996.
- McGrath, P, A., End-of-Life Care for Hematological Malignancies: the Technological Imperative and Palliative Care, *Journal of Palliative Care*, 18(1), 39-47, 2002.
- 野中淳子, 熊谷恵子, がんの子どものターミナルケアにおける看護の実態, 9(2), 13-19, 2000.
- Twycross, R., *Symptom Management in Advanced Cancer*, Second Edition, Radcliffe Medical Press Ltd, UK, 1997.

ニューキャッスル大学CCEB
京都大学医学研究科他からの
お知らせ

第8回 EBM・臨床疫学ワークショップ開催のお知らせ 平成16年5月28日(金)・29日(土)

オーストラリア・ニューキャッスル大学臨床疫学・統計学センター(CCEB)・京都大学医学研究科・東京大学医学系研究科、共催による第8回EBM・臨床疫学ワークショップを来る5月28日と29日に東京大学医学部において行います。講義と、小グループによる体験的なセッションを用意しています。

テーマ: ワークショップ1 5月28日 Qualitative Research 質的研究
ワークショップ2 5月29日 Quality improvement in Healthcare 医療の質改善研究

共 催: ニューキャッスル大学教授:臨床疫学・統計学センター(CCEB) / 京都大学医学研究科 医療疫学分野
東京大学医学系研究科 国際交流室 / NPO 健康医療評価研究機構(iHope International)

ファシリテーター:	Robert Gibbert Dr. Catherine D'Este John Adams John高山一郎 福原 俊一 大野 毎子 Joseph Green 丸山 稔之	ニューキャッスル大学医学部教授 ニューキャッスル大学医学部助教授 ニューキャッスル大学医学部講師 国立成育医療センター 総合診療部長 京都大学医学研究科教授 東京ぼくと医療生活協同組合北部東京家庭医療学センター 東京大学医学系研究科講師 東京大学医学系研究科講師
-----------	---	--

定 員:	各テーマ 最大30名(最低15名より開催)	場 所:	東京大学 医学部(予定)
対 象:	テーマに興味のある医療関係者 (医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他 コメディカル、学生(5年生以上)・院生など)	使 用 言 語:	英語(限定的に日本語も使用)
参加費:	1日12,000円(2日参加の場合 20,000円)	申 し 込 み 期 限:	平成16年4月19日(月)
開催日:	2004年5月28日(金)・29日(土) 9:00 ~ 19:00(懇親会を含む)	問い合わせ先:	Newcastle大学CCEB 通信教育日本事務局内 EBMワークショップ準備室 ebm@m.u-tokyo.ac.jp FAX: 03-5803-1817 担当 西田

お詫び と訂正

前号(vol.38)の本誌記事「第12回(平成15年度)助成案件採択一覧表」の内、p16の「外国人研究者短期招聘採択者」の中で、田城孝雄先生のご役職が間違っていました。お詫びして訂正いたします。
(誤)順天堂大学医学部 公衆衛生学教室 教授 (正)順天堂大学医学部 公衆衛生学教室 講師