

ヘルスリサーチニュース

目次

第14回(平成17年度)助成案件応募は総計256件(p1)/リレー隨想 日々感懷(国立国際医療センター 名誉院長 小堀鷗一郎 氏)(p1)/鼎談:学際を拓く - 第2回 - 受療者のニーズ・ウォンツを見据えた医療のために(嶋口 充輝 氏、長谷川 剛 氏、中島 和江 氏)(p2)/研究助成受領成果報告-編-(p10)/急性期以降の施設ケアにおけるケースミックス、資源消費、評価手法に関する日本とカナダの比較(p10)/糖尿病ケアにおけるIT利用に関する日米比較研究(p10)/第12回ヘルスリサーチフォーラム一般演題を採択(p11)/「ヘルスリサーチは医療の救世主」- 平井愛山氏、ファイザープレスセミナーで語る -(p12)/第6回 北里 - ハーバードシンポジウム開催のお知らせ(p12)/第2回ヘルスリサーチワークショップのテーマ決定(p13)/第2回ヘルスリサーチワークショップ趣意書、幹事・世話人からのメッセージ(p14)/ヘルスリサーチニュース読者アンケート結果報告(p17)/「第12回ヘルスリサーチフォーラム及び平成17年度研究助成金贈呈式」プログラム内容決定(p18)/第12回ヘルスリサーチフォーラム及び平成17年度研究助成金贈呈式開催のお知らせ(p20)/ご寄付のお願いと御礼(p20)

■ 第14回(平成17年度)助成案件応募は総計256件

第14回(平成17年度)の研究助成案件の公募は7月8日(金)で締め切りました。応募件数は合計256件で前年度に比べ、47件の減少となりました。大学側が確実に研究費を得たいとの意向から学内選考を厳しくする傾向にあることと、「若手海外留学」の応募条件を厳しくして「学位取得を目的とする海外留学」と限定したこと等の原因によると考えられます。

応募案件の研究内容に関しては、応募者の申告(複数選択)による集計では、「制度・政策関連研究」が60件、「医療経済学的研究」が40件、「医療の評価に関する調査研究」が70件、「保健医療サービスに関する調査研究」が113件、「医療資源の開発に関する研究」が39件、「その他」が40件です。特に「保健医療サービスに関する調査研究」の増加が目立っています。

応募者の出身別では、医学(基礎)14人、医学(臨床)88人、看護学35人等で、全体的に様々な領域に散らばり多様化傾向が一段と進んだとみられます。

応募された助成案件は選考委員会で検討・選考の後、理事会に報告の上決定され、その結果は採否にかかわらず9月末~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
国際総合共同研究	11	9
国際共同研究	84	98
海外派遣	58	36
短期招聘	5	10
中期招聘	0	1
若手海外留学	17	56
若手国内共同研究	81	93
合 計	256	303

リレー隨想 日々感懷 - 第10回 -

基礎研究成果の実用化

国立国際医療センター 名誉院長 小堀 鷗一郎

1996年夏、わが国で病原性大腸菌O157による下痢症の集団発生が相次いだころの話である。国立国際医療センター研究所長であられた竹田美文先生は1980頃より病原性大腸菌O157とペロ毒素の研究に着手され、ペロ毒素の毒素蛋白質とそれをコードする遺伝子の構造を決め、更にペロ毒素が動物細胞の蛋白合成を阻害する複雑なメカニズムを明らかにした、この分野での第一人者である。その竹田先生が当時「早く診断する方法はないのか?」「治療法は確立しているのか?」「抗生素質は有効なのか?」「ワクチンはないのか?」といったマスメディアや現場の医師からの切実な問い合わせに的確に答えることが出来なかつたと学士会報に書かれていたことを記憶する。このことは学問の追究と成果の応用は本来異質の立場のものであることを示しているが、その後10年、独立行政法人化した国立研究機関を中心に基盤研究から応用研究へと直結させる研究が大型研究費を軸に行われるようになっている現状と合わせ、研究成果の応用のプロセスに影響を与える社会や環境因子の調査研究に軸足をおいた『ヘルスリサーチ』の重要性が更に高まることが予測される。



次回は評議員の京都大学大学院医学研究科医療疫学分野教授 福原 俊一先生にお願いいたします。

当財団では、2005年1月にヘルスリサーチワークショップ(HRW)を開催しました。

同HRWでは「“出会い”と“学び”」が最大の目的とされ、この目的のもとに様々な分野の方々が集い、メインテーマ「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざまで - 」の討議の切り口別に

- 「財(たから)」チーム (赤ひげの経済的側面)
- 「育(そだつ)」チーム (赤ひげの人材育成)
- 「導(みちびき)」チーム (赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ)
- 「望(のぞむ)」チーム (赤ひげにおける受療者のNeedsとWants)

の4チームに別れて、2日間に亘る分科会を行ないました。

分科会では様々な議論が続出し、今後の医療とヘルスリサーチにとって貴重な示唆に富む内容となりました。その成果をより有効に活用するために、本誌では、4つのチーム毎に、メンバーの代表者、ファシリテーターが、HRWで討議した内容を、その分野の権威の先生と語り合うという鼎談シリーズを本誌前号から開始しました。

第2回目の今回は「望(のぞむ)」チームです。嶋口充輝先生をお迎えし、メンバー代表には特に『先端医療の現場で活躍されている医師のご意見をお聞きしよう』との主旨から、「育」チームの長谷川剛先生に応援を依頼して、ファシリテーターの中島和江先生(司会)とともに熱く議論を交わしていただきました。



鼎談：学際を拓く

第2回

第1回HRW「望」チームからの問題提起

受療者のニーズ・ウォンツを見据えた医療のために



嶋口 充輝 (しまぐち みつあき)

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授

- 1967年 慶應義塾大学経済学部卒業
1975年 同大学、ミシガン州立大学の修士・博士課程修了後、経営学博士(Ph.D.)
1978年 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科助教授
1987年 同 教授

主著:『統合マーケティング』
(日本経済新聞社)
『顧客満足型マーケティングの構図』
(有斐閣)



長谷川 剛 (はせがわ つよし)

自治医科大学外科学講座呼吸器外科学部門 講師

- 1991年 筑波大学医学専門学群卒
筑波大学病院病理レジデント
1992年 自治医科大学胸部外科レジデント
1998年 ピッツバーグ大学病理部門リサーチフェロー
2004年 自治医科大学呼吸器外科講師、安全対策部副部長



中島 和江 (なかじま かずえ)

大阪大学医学部附属病院中央クリティカルマネジメント部 助教授
当財団ヘルスリサーチワークショップ世話人

- 1984年 神戸女子薬科大学薬学部卒
1988年 大阪大学医学部卒
大阪大学医学部附属病院第二内科研修医
1989年 市立豊中病院内科医員
1995年 ハーバードリスクマネジメントファンデーション インターン
1996年 ハーバード公衆衛生大学院医療政策学部卒
大阪大学大学院医学系研究科医学博士
2001年 大阪大学医学部附属病院クリティカルマネジメント部副部長

主著:『ヘルスケアリスクマネジメント』(医学書院)

論 点

論点-1 ニーズとはウォンツとは

- ・一般にニーズは、一次的(基本的)な欲求、ウォンツは二次的欲求と解釈されるが、特にその区別をする意味や目的がないときは両方を総称する形で広義に「ニーズ」と呼ぶことが多い。
- ・ニーズ・ウォンツは主観的、複合的で、その境界も主体や状況によって曖昧になる。
- ・ニーズ・ウォンツは、事後的には明確だが、事前的に捉える場合は仮説に過ぎない。

論点-2 医療モデルについて

- ・個人を対象とする医療は多様性があつて当たり前。多様だからこそ良いサービスになる。敢えてこれをパターン化して一つのモデルを作る必要は薄い。

中島：第1回のヘルスリサーチワークショップでは、私たちは「赤ひげ」をニーズやウォンツの観点から議論しました。それをさらに一層深めるため、また、ヘルスリサーチに接する人たちの参考になるように、嶋口先生をお招きして本日の鼎談が設けられました。まず、簡単に自己紹介をお願いします。

嶋口：私は大学では経済学部だったのですが、大学院に入って本格的に経営の分野、特にマーケティングを専攻しました。マーケティングは非常に幅の広い分野ですけれども、比較的経営に近いところの、顧客満足型マーケティングであるとか、企業の競争、流通、成長戦略、ソーシャル・マーケティング等をやっています。

そうした分野をずっとやっている中で、たまたま、私の恩師の一人である片岡一郎先生が医療科学研究所という財団の所長をされておられ、高齢になられたので引退するに際して、「後任をやれ」と指示を受けましたので、現在、その所長を兼任させていただいております。

長谷川：私は、神戸大学の経済学部で経済や経営を勉強した後、医学部に入り直して、医者になったという経歴です。レジデントでトレーニングを受けている頃は、心臓外科と呼吸器外科の両方をやっていましたが、医者になってからは肺ガン治療を主とする呼吸器外科という専門領域でやっています。

嶋口：そう言えば最近、医学部出身の方で経営や経済をされる先生方が非常に増えましたね。

長谷川：それは多分、医者の生きていく道が意外と狭いためでしょう。大学病院周辺で生きていくとしても、ピラミッド型の構造でポストを得ることが難しい。ではどこへ行くかというと、開業するか、市中病院に就職するかですが、今どんどんそういう間口が狭くなっています。一方で、社会的ニーズもある。医療の知識を持った人が、他の分野で仕事していくのはすごく大事なことで、そういう方向へ人が流れていることもあると思います。

中島：さらに、2年前に大学病院が独立行政法人化して、経営は自分たちでやっていきなさいと言われました。また、医療費の支払いが包括評価制度という定額制になったこともあり、経営のこ

- ・スキルには、属人的(人間的)なスキル、科学的なスキルに加えて、第3の「感動を生む」スキルがある。その第3のスキルは昔から医療がやってきたものだが、それが科学主義によって次第に追いやられてきた。
- ・医療は、その“複雑・多様性”から、顧客満足だけが“良い答”ではないところに本質的な難しさがある。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは

- ・日本的な知恵は、実行プロセスの中から新しいものを生み出していくところが多い。従って、試行錯誤型発見や偶発的価値創造も貴重である。
- ・医療機関の名経営者も多く、ビジネス界が学ぶことがたくさんある。もっと医療マネジメントの優秀性を外に向かってアピールしてもよい。

とを勉強する必要がでてきました。ところが、私たちは、経済学、経営学、マーケティングの違いすら知らない。プレッシャーを感じる一方で、この機会に勉強して専門知識を身につけたいとも思っています。

論点-1 ニーズとはウォンツとは ニーズとウォンツの定義は曖昧

まず最初に、嶋口先生から、マーケティングの観点からニーズやウォンツを語るときに、その定義と具体的なイメージを、ご説明いただけますか。

嶋口：ニーズとウォンツを定義しようというとき、まず何のために定義するのかをクリアにしておかなければいけないと思うのです。

恐らく医療の現場では、患者さんが持っているニーズやウォンツに対して、医療の提供側からどう捉えてどう対応するかという設定の中で行なわれると思われますが、マーケティングの世界では、これらの定義は実はかなり曖昧です。

ざっくり言えば、実務的にニーズと言うとき、広義にウォンツまで含んで言っています。狭義にニーズとウォンツを明確に分けるとき、ニーズは「必要なもの」であり、ウォンツはより欲求に近い「欲するもの」という言い方をします。例えばサービスを提供するに当たって、そのサービスの一次機能と言われるものがニーズで、二次機能と言われるものが大体ウォンツに近い。私は、20年近く前から顧客満足などの研究をやってきた中で、一次機能に近いものを「本質サービス」と呼び、二次機能に近いものを「表層サービス」という言い方をしています。

一つ例を言うと、銀行に預金するときに、ニーズに当たるものは、必ず満たしてもらわなければ困るものです。安全にお金を預かってくれるという安全性。また、計算ミスは絶対しないという確實性も必要でしょう。それから、貧乏人には冷たくして金持ちを優遇するという差別をしない公平性。こうした安全・確実・公平といったものはニーズに近い一次機能で、不可欠に必要なものです。しかし、二次機能あるいは表層機能は、銀行の窓口で温かく迎えてくれるとか、銀行内の雰囲気が良いというような、不可欠ではないが、あればあるに越したことはないもので、これがどちらかと

いうとウォンツに近い。

豊かになればなるほどニーズの部分は充足されますから、だんだんウォンツに来るということで、「今はニーズからウォンツだ」という言い方をすることもあるわけです。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

医療におけるニーズとウォンツの分類の必要性

長谷川：ワークショップの時の議論でも、コアの部分の欲求に近いものと、その外側の欲望に近い部分とで整理されていました。

マーケティングとか企業の世界では、例えば商品に差異を作り差別化を図って、新しい価値や欲望を作り出す、あるいは、車やブランド品のように、物は一緒にだけれども、それに付随する機能やイメージを作ることによって、商品効果を上げていく、という大きな波がある。医療が今被っている大きいプレッシャーというのは、私には、医療のコアの部分だけではなく、今言った差別化とかあるいは商品価値のような部分も含めた、色々な波が一緒にになったプレッシャーだと思うのです。本当はそれを振り分けて考えなくてはいけないのだけれども、上手く振り分けられない。そのためには、ワークショップの時も、「ニーズとウォンツをとにかく考えてみよう」ということになったと思うのです。

また、ニーズとウォンツの分類にはもう一つの背景もあります。医療費は完全な統制経済で、お上が決めた金額でやらされている。ところが医療費はどんどん増え、国民経済も厳しく借金だから、ある程度自己負担をするべきだという議論が必ず出てくる。そしてその議論は「コアの部分は国家が面倒を見なくてはいけない。しかし、上に乗っかる欲望的な部分は自己負担にする」ということになる。ヘルスケアを考えている人たちには、その部分を何とか制御できないかという欲求があって、こうしたニーズとウォンツを分けようという議論になっていると思うのです。

確かにどこかで線を引かなくてはいけないと思います。医療の余剰の部分を削ぎ落として核の部分は何かと考えると、本当に大事な部分は救急医療、それも癒しの技術を伴った救急に集約されてしまいます。つまり、死にかけている人を助けるとか、痛がっている人の痛みを何とか取るといったことに集約される。それを越えた部分というのは、実は、もう医療の本質的な部分から離れた付随的な部分と言える。ただ医学はどんどん進歩するから、例えば救急の現場に来る大動脈が破裂した患者さんは、普段から糖尿病や血圧のコントロールをしていれば明らかに発症率を抑えられる。それは科学的データとしてわかっているわけです。だから、先ほど言った、患者さんなど受療者の欲求とか差異化の問題とは別に、科学的欲求の力がある。

現場の医者は、こうした科学的欲求や外側からの患者さんの欲求があって、混乱が生じて、どういう価値観の軸で行動して意思決定していくかということを、みんなが見失っているのが実体です。全体像を見失っているということかもしれない。

嶋口：元々医療の世界は、極めて簡単に言うと、病気を治すという狭義のニーズを充足させるものです。しかし、その意味合いが今日、すごく広がり、「治れば満足」といかなくなってしまったわけですね。病気を治す過程で、色々なプラスアルファーの要素があって、そ

れがトータルの満足を決めていくということですから。

そういう意味から、今長谷川先生がおっしゃったように、最低医療体制が充足され、競争が生まれると、好むと好まざるにかかわらず、どんどん医療の分野がウォンツ追求に変わってきたことは事実でしょうね。

中島：医療現場の例を挙げていうと、ニーズは、例えば病気になったらともかく医師にかかること。ウォンツは、24時間365日専門医にかかる、あるいは医師が選べること。診断書の作成では日本語のものはニーズ、「外国旅行に行くので、旅行先の病院にかかったときのために英語で書いてください」。これはウォンツの方でしょう。4人部屋と個室はそれぞれニーズとウォンツかなと思います。また、日本の病院は無予約で行っても、例え3時間待つてもその日に診てもらえますが、これはニーズで、待たされない外来というのはウォンツ。一般的には、制度として保証されるのがニーズで、「附加価値」のようなものはウォンツ。

医療でニーズ・ウォンツと言うときには、これらを区別して議論する必要がある場合もあると思います。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

ニーズには代償作用が無い

嶋口：昔から理論があって、ニーズやウォンツのパフォーマンスを上げるとき、ニーズは、サービスや機能を上げていっても、あるレベルまで行くと、当たり前になってしまって、満足を上げられないのです。先ほどの銀行の「安全・確実・公平」の例で言うと、例えば全行員に対して「非常に安全に預金を守りましょう」「絶対ミスをしないようにしよう」「お客様を絶対差別しないようにしよう」といくらやっても、もう満足は上がらない。これがニーズの世界なのです。ところがそこで一つでも何かミスを犯すと、それでもガタッと崩れてしまう。ニーズというのは代償作用がなくて、いくつかのニーズの側面のうち一つでも最低許容水準を崩してしまうと、その悪さによって、他がいくら頑張っても全部だめになってしまう。どんな素晴らしい名医であっても、医療ミスを一つ犯すと、「あれはだめだ」となる。だから、ニーズの側面で重要なことは、最低許容水準をどれだけ維持するかということであり、それが最大の戦略的なポイントなのです。

ウォンツは全部やる必要はない。今はお客様である患者さんが選ぶ時代ですから、選ばれるために自分たちのユニーク性がいくらか發揮されなければ困るのですが、しかし選ぶ理由は全部ではないのです。「すごく親切だから、あの銀行がいい」とか「雰囲気がいいから」とか。それは代償作用がある。一つ悪くても一つが良ければ、そこを指定してくるという性格があるのです。

長谷川：それが、この前のワークショップで多くの人たちが言っていたあたりの話だと思います。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

ニーズとウォンツは全て仮説に過ぎない

嶋口：ただ、ニーズとウォンツを議論するときに注意しなければならないのは、一つは、それらが客観的に存在するものだと思うのは間違いだということです。主観的なものであり、相当厳しい医療をされても「良かった」と非常に幸せを感じる人もいるし、ある

いは相当良いことをやってあげても「ダメだ」という人もいる。

もう一つは、ニーズやウォンツは複合的だということです。トータルの中で満足を作り上げていく。単体でバーツ的に「これがニーズ」「これがウォンツ」としてしまうのではなく、それらは複合的な満足を形成する一要素に過ぎないという発想を取らないといけない。

それから、ニーズは仮説なのです。何がニーズかなんて事前に分かることはできないのです。十数年前に、研究仲間と一緒に、日本経済新聞社で『ヒット商品のメカニズム』というかなり大がかりな調査をやりました。その時、ヒット商品を作った企業の経営者の方々にヒアリングをして、「事前にこんなに売れると思いましたか」と聞くと、ほとんど全員が「いや、まさかこんなに売れるとは思わなかつた」という回答でした。つまりニーズは分からなかつたのです。ほんの一握りしかヒット商品がない中で、その人たちですら事前にニーズが読めなかつたわけです。貧しい社会ならともかく、豊かな社会になっても、長年経営の世界は、「市場調査をしっかりやればニーズがわかる」などと嘘をついていたのです。

長谷川：最近の話です。その方は中年の女性で、食道がんで、残念ながら重度の進行がんです。担当医が色々考えて化学療法と放射線療法を組み合わせて、普通なら1ヶ月で亡くなるところ、何とか半年ぐらい生きられて、その間に家族で旅行もできたり、すごく良い時間を過ごしました。ただ、それが再発したときに、気管の狭窄が来て、呼吸困難になってしまったのです。

その方の場合は、頭もクリアで、呼吸困難だけの症状なので、何とか気道の確保が出来れば、しばらくはまだ良い時間を過ごすことができる。「苦しいから助けてくれ。チューブを入れてもいい。」と本人が言ったこともあり、今の時代は、がんの末期では普通はないのですが、挿管チューブを入れて気道を確保したのです。本人はやっと楽になった。しかし、1日くらい経つと、挿管チューブを入れられている状況というのは、唾液はダラダラ垂れ流しになるし、人間としては辛い。今度は「どうなってもいいから抜いて欲しい」と言われるのです。

そこで呼吸器内科や外科の担当医師など何人かの専門の医者と、夜中に2時間程打ち合わせました。その際、この人の人生と家族のこと、治療の手段や色々なことをひっくりめて考えました。さんざん議論しました。翌日、ご家族と本人とも話をし、チューブを抜いて気道の中に土管のようなものを入れるステントという方法で抜けようと決意しました。そしてそれを行ないました。でも残念ながらやった途端に大出血が起り、救命できなかつたのです。

よく「患者中心主義」と言いますが、そのケースでは、みんな本当に一生懸命に患者さんのことを考えました。何を望んでどうするかというのは、患者さんもご家族も時間とともに変わって行く。

「さっきの説明でこう思った。今度はこうで」と。非常に濃密な時間なのです。

このケースを見ても、嶋口先生が「あくまでも仮説に過ぎない」という通り、予めフレームワークがあって、「こういう時はこういう治療」ということはあり得ないです。マニュアル主義はあり得ない。やはり我々がそこに関わり込んで、何ができるかと考えながらやってくしかない。そして、そういう場面で、個々の良心的な医療者たちがそれをできるような状況を保証してあげられれば、ニーズとウォンツの両方を抱え込んだ何ものかを医療が達成できると思うのです。

論点-2 医療モデルについて

医療モデルは必要か？

中島：結局、ニーズ・ウォンツは多様であり主観的であるし、一個人間でも経時的に変わっていく。しかしその一方で、医療界は色々な外圧により、モデル化とか可視化ということが求められている。そこにジレンマがあるわけです。

それに対して、良いアドバイスがありますでしょうか。

嶋口：医療の世界は工学や科学に近いところがありますから、歴史的に物事をクリアにして進めるということがずっとあったと思うのです。しかしこれからの時代は、曖昧なところを、どういうふうに取り組んで究明していくかということが一番重要なテーマではないかと思うのです。日々のプロセスの中でインタラクティブに、何か新しい価値を作っていくという世界です。ビジネスの世界でも、計画して、最初からうまくいったなどというのは、非常に例外的で、だいたいが失敗しながら、繰り返しインタラクティブにやって、最後に何とか物にしていく。そして双方が納得した価値を作っていくということになっています。医療の世界もそういう中で作られていくのではないかという気がしますね。

中島：しかしニーズ・ウォンツが充足されていないという患者の不満感を解決しようと思うときに、あるモデルを示して、「こういう領域にこのようにしたら上手くいった」というようなもの一方では求められているのではないかと思うのです。

何故そんなことを思ったのかと言いますと、今回のワークショップの時に、二人の講師をお招きしたのです。お一人は、プライマリーケアをなさっている医師で、長野県の過疎地で村人の人生を丸ごと面倒見られているスーパードクターです。もう一人は、都会にお住まいのご自身が患者になった経験がある方で、色々な治療の選択肢がある中で、自分の年齢、性別、病気、ライフスタイルなどを考慮し、自らが意思決定をする後押ししてくれる医師に出会えたというお話をされました。私たちは大変感銘を受けました。そして、ニーズ・ウォンツは「地方と都市」あるいは「患者が高齢者の場合と若年者で違うのではないか」とか「急性期疾患なのか、慢性疾患なのか」で異なるモデルを作らないといけないのでは、という方向で議論がなされたのです。



ビジネス界や外国から取り込んできた出来合いのものは日本のシステムへの翻訳や適応化が必要。自分たちのシステムに合った一番納得のいくものを作り上げるべきです。

論点-2 医療モデルについて スキル…その3つの方法

嶋口：個人的スキルによって作り上げるパフォーマンスや満足と、組織として作り上げるものは、いくらか違うのです。スーパードクターがいて、一つのエリアの中で生活の全てを見ていることは素晴らしいし、それはそれでよい話だと思います。しかし、ちょっとエリアが広がったり都会型になつたら、それはできません。そうすると今度は組織で対応しなければいけない。これは多様性があって一向に構わないと思うのです。それを敢えて「こういうパターン」とやる必要は全然ないと思っています。

中島：その時、経営のご専門の先生だったと思うのですが、「ビジネスの世界にはビジネスモデルというものがある。医療も問題解決のモデルを示さないとダメだ。」というご発言があったのです。

嶋口：ビジネスモデルというのは我々よく使います。ある事業を成功に導くための仕組みがどうなっているかということをビジネスモデルというわけです。仕組みがわかれれば踏襲しやすい。それはそれで否定するつもりはありません。ただ、属人的なエクセレンスと組織的なエクセレンスは往々にして違う場合がありますので、そのところは分けて考えないといけないと思います。

中島：属的なエクセレンスというのはどういうものですか。

嶋口：一人の優れた能力の、「赤ひげ」のような先生が全部自分でうまくやるという場合です。人に属したスキルです。組織でやるのを、我々は科学的なスキルと呼んで比較するのです。

アートとサイエンスという言い方をしますが、アートというのは、例えば同じ治療をするスキルの中でも人間的なスキルなのです。ですからアートというのは一代限りなのです。その人がいなくなつてしまつたらそのスキルは全部消滅する。そこで多くは、それをもっと一般化してシステムにしようということで、システム型の科学的なスキルにするのです。しかし、確かに再現性、反復性のある科学的スキルは効率的ですが、今度はなかなか感動を作ることかできないとか、冷たいとか、そういう問題が出てくる。

だから我々は良い意味で科学的なスキルを「愚か者の方法」と呼んでいます。システムやマニュアルがあって、その通りやれば、かなり良いものになります。わかりやすく言えば、マクドナルドのマニュアルですよ。これは組織の場合に必要なのです。一方、「優れ者の方法」というのがアートの方です。これはその人の持つて生まれた才能を活かして、そしてそれをさらに切磋琢磨しながら上に持つていて素晴らしいサービスを与えるということです。これらは自ずと違うものであり、二つの違いは当然あってしかるべきです。その二つがあるからこそ、また多様性が出てくる。医療の世界でも、患者さんに対して非常に良いサービスとなる。

もう一つ、折衷型の第三の方法もあります。これは、最近の経営の課題になっている「感動を生む」もので、システムでやるけれども人間的であるという難しいものです。医療の世界で言うと、青梅慶友病院などがあり、マニュアルは無い。ディズニーランドはマニュアルがたくさんあると言われますが、実際はほとんどマニュアルで動いていない、感動を作り上げて人々を楽しませています。そういう新しい第三のスタイルです。

医療の世界でも、スーパードクターがいたら、それは素晴らしいでしょう。但し一代限りですが。もう一つ、組織としてやっていくのもまた素晴らしい。あるいは第三の道を進むのもいいでしょう。そういう多様性が活力を生むのではないかという気がします。

論点-2 医療モデルについて 医療は第3の方法を昔から実践していた

長谷川：「第三の道」は、本当は、医療は昔からそれを実践していたのが、最近の非常に科学主義的な、あるいは管理主義的な圧力で非常に一面的な形で追いやられているのではないかと思うのです。具体的には、実験をして結果を出さなくてはいけないとか、患者さんの情報についても、「残りの時間、どうしたらこの人は一番幸せなのだろう」と悩むのではなくて、「あと1ヶ月生き残るにどうしたいのか」という数値化したところに還元する物凄いプレッシャーがあって、多くの医療従事者が、昔から実践していたこと、それは「癒し（ケア）」という側面ですが、それを忘れて、そういうサイエンスの方へ追いやられている。実はこれが患者さんたちの不満の大きい部分でもあるし、現場でまともな医療をしようと頑張っている人たちが、結局潰される大きい要因ではないかという感じがあるのです。

中島：おかしいと感じつつ間違った方向へのプレッシャーがかけられてしまうということですね。

嶋口：先ほどの議論から言うと、ニーズはシステム化できるのですが、ウォンツはシステムやマニュアルには馴染まない。どちらかというと、それは人間的にやらないといけない。

長谷川：それをやるのは個々の現場にいる人間なので、彼らが生き活きとそれをやれるような状況を作ることが、たぶん経営でも求められることだと思います。会社もそのように人間を活かす形でないと生き残れないと思うし、病院もそうでしょう。

論点-2 医療モデルについて マニュアルにとらわれないサービスを

中島：ビジネスの世界の人たちは、ビジネスのモデルを他の業界にもアピールされる。しかし医療は、長谷川先生がおっしゃったようにアートを実践してきたのに、それを世の中にアピールできていない。

病院も最近は病院機能評価という第三者評価を受けるようになっておりまして、私たちの病院もこの10月に受けるのですが、接遇教育もその中に求められているのです。阪大病院の接遇研修に先日来られた講師は、ロイヤルホテルのお客様サービス推進室長で、客室係も長く経験された方でした。その方がおっしゃったのは、まさに嶋口先生が言われたように、「マニュアルばかり作ってもダメです」「サービスとはハートです」ということでした。マニュアル通り言ったことで、いかにお客様が不愉快になっているか、一方、マニュアルにはないが担当者の気転により、いかに感動を与えることができたかという実例を挙げられました。このセッションは感動のうちに終わったのですが、さて後半、機能評価受審の準備セッションになつたら、「機能評価を合格するために、明文化してマニュアル化して……」と。我々はマニュアル化とハートのバランスをどう取ればいいのかとまどつ

てしまったのです。

嶋口：前にディズニーランドで講演をした時に、ある方から質問を受けました。

こういう例があったとのことでした。夫婦の方が、レストランで自分たちの食べ物を注文して、もう一つお子さまランチが欲しいと言ったのです。ところがディズニーランドは子供優先ですから、大人にはお子さまランチを売ってはいけないというマニュアルになっている。そこで、お断わりしたところ、がっかりした様子でした。気になっていたので、理由を聞いたたら、「自分に一人息子がいたが交通事故で亡くなってしまった。子供にはディズニーランドに連れてくと約束していた。亡くなつたので、一種の陰鬱として注文したい。」といふ話だったので。「その時に、我々はマニュアルに従うべきでしょうか。」といふ質問を受けたのです。

これは医療の現場に非常に近いと思うのです。そういうことはいくらもあるでしょう。病院全体のルールとしてやってはいけないことがあっても、時にやってあげたほうがいいこともある。私はその時、「もしそれが自分の家族だったらどうしますか。」と言いました。そういう気持ちがあれば、マニュアルにとらわれる必要はない、人間的にやればよいではないか。

ディズニーランドにはマニュアルはあるのだけれども、みんな棚の奥の方にあって、あまり見ていないのです。しかし、あの雰囲気の中でやっていると自然にそういう行動ができる、人々に感動を与えられる。私はそのようになっていけばよいのではないかと思います。だから最近、あまり、「マニュアル・システム・科学」か、あるいは「人間・アート・属人」か」という二元論で見る必要はない気がするのです。



現場の医者は混乱して、どういう価値観の軸で行動して意思決定していくかということを見失っているというのが実体です。全体像を見失っているということかもしれません。

ことを経験した医師は、次に患者さんと家族が要求しても、それを安易に受け入れると逆にその人を不幸にするから厳しく接するということもある。それは長期的に見れば正しいのだけれども、短期的には、患者・家族からは「何故やってくれないのか」とあるいは看護師も「何であの気持ちを汲んでやらないの」となる。医療現場で難しいのは、顧客の満足だけが「良い答」ではなくて、明らかにそれを超えた何かがあるのに、それが分からない。まさに一緒に考えて、最後は「よいしょ」と飛び込むようなものでしかない点だと思うのです。その悩みがすごく大きいのです。

嶋口：自分の親や兄弟が病気になったとき、周囲がダメだと言うのを、自分が「これは良い」と思って実行し、結果的に亡くなつたとしても、それは、一概に非難されないでしょう。

論点-2 医療モデルについて

医療の不確実性が顧客満足を阻害する

長谷川：これは非常に深い難しい問題を孕んでいます。私も自分の親だったらどうするかということは考えるし、患者さんにもそういう立場でよく話をします。

しかし、病院の職員とか我々身内の人間が病気になって手術が必要な時に、みんなその人のために気を遣い過ぎると、逆に悪い結果になることがあるのです。親の問題もそうで、例えば親の手術をやるかと言われたときに、やる先生もいらっしゃるのですが、多くの外科医は自分の身内の手術はやりません。自分の信頼できる医師に頼む。つまり、自分の一番大事な人のためにと思う気持ちと、医療として適切だという方向がちょっとズレていると思うのです。単純に、患者中心主義ともズレてしまうようなところがある。

中島：「患者を自分の親だと思って診なさい」というのはたしかに顧客満足を向上するアプローチですが、それを阻む要因もある。それはまさに「医療の不確実性」で、良かれと思ってやったけれども結果が悪いという

ことが必ずある。これはサイエンスで制御することのできない、あるいは人の力の及ばない、いわば神の領域なんですよね。

その時、私は医療の専門家なので、自分自身が腹を括って決めた場合、たとえ悪い結果が起こっても、それは自分で決断したことだからと受け入れられる。しかし、通常の患者さんと家族であれば、受け入れられないかもしれないし、我々も結局はやらない方がよかったのではないかという後悔に苛まれる。もっと言うと、アメリカ型のディシジョンメイキングを物指しにすると、このような「自分の親や兄弟と思って」というのはパターナリズムであり、自分の価値観を患者に押しつけている悪いモデルであると解釈されてしまいます。

嶋口：医療は自律と適応の世界ですからね。いくら嫌がっても、こちらの考え方でやらなければいけないと、それ以外の所はあるべく相手に合わせてあげるという、この境界が不確実な世界ですね。しかしいつの時代になつても正解などないし、また求めようとするのは意味がない気がします。

中島：最近は結果責任で、損害賠償請求とか、刑事事件に発展

論点-2 医療モデルについて

医療現場では顧客満足だけが「良い答」ではない

長谷川：医療のもう一つの背景として、当然、医療が高度化するほど、事故の危険も高くなるわけです。そうした中で、安全のことを考えなくてはいけないのだけれども、医療現場の難しいところは、アートの部分を尊重するという名目のもとに、色々好き勝手なやり方を許容してきたから、本来ならば患者さんが負わなくてよいリスクを負わされてしまっているということなのです。

マニュアルを作り、あるいは標準化して、そういう部分をなるべく統一して事故を少なくしようという動きは、ある意味では正しく、やらないことはならないことです。しかし同時に我々は、圧倒的人手不足と劣悪な労働環境という厳しい状況の中で、しかも時間が無い中で、マニュアルを作り、それを周知徹底しながら、だけど、個別の状況では患者のためにそれを逸脱してやりたいという思いもあつたりするわけで、物凄いジレンマです。

しかし、純粹に患者さんのことだけを思ってやった結果が裏目に出で、患者さんにミゼラブルな状況を作ることもある。そういう

することもあるので、ますます医療側も勇気を持って意思決定のプロセスに踏み込みにくい状況になっていますね。

嶋口：昔みたいにお医者様が神のような存在だったなら諦めがつくかも知れないけれども（笑）最近は対等になり過ぎて、かえってそういう不満が出てくるのかもしれませんね。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは
社会制度…現場主義の制度が求められる

中島：患者のニーズやウォンツに関して、今より少しでも良い状況にするためには、社会のシステムや組織のマネジメントについても考えなければなりません。

社会システムについてはいかが思われますか。

嶋口：難しい問題ですね。国によって医療制度は全部違いますので、制度の中で一番最適なものを求めていくしかないと思います。日本は比較的公的なサポートが厚くなっているからよいけれども、アメリカは別みたいです。どちらが良いのかというのではなくか一概に議論しにくいですね。

中島：アメリカは、きっちりした制度があって、その中で人が動く。日本はどんな制度であろうと、より良いものを目指して現場の人たちの運用と努力で解決してしまおうとする。最後の最後に歪みが生じてしまいます。まさに今の医療現場はその状況に直面しているのではないかなと思うのです。

長谷川：私の先輩の外科医は、自由診療や混合診療をやるべきだと思います。その本音は、もっと市場原理が入ることによって、自分の今やっている努力が認められるという期待があるわけです。裏返せば、現在は全然評価されていない。しかし実は、そのことと市場原理を入れることは全然イコールではない。

ただ、自由化あるいは民営化の議論の大事なところは、他人の財布だと損得を考えずに金を遣ってしまうということです。その為にあれだけの税金の無駄遣いをする。本当は公務員がきちんと自分の金のつもりで効率的にやるというミッションを持ってくれれば、別に民営化など考えなくてよい話なのです。私は自由化や民営化の議論では、極めて現場主義です。現場の人たちが金の遣い方を気付けてやれるような形の、あるいはこの患者にとって一番良いことは何かと考えて、それが直接お金の動きに連動できるような形の自由化や民営化には賛成する。しかし、今の民営化の議論は、多分そこには行かないでしょう。そういう意味で、あまり明るい展望も持っていないのです。

嶋口：日本はトラスティックにズバッとやる国ではないですからね。もし民営化的な経営が良いならば、いくつかの所がやって成功



事例がだんだん出てくれば、自然にそちらの方に行くでしょう。そういうやり方の方が、日本人に合っているのかもしれませんね。

長谷川：その際に、特区を作つてやるというのは、ある程度期待が持てるのでしょうか。

嶋口：どうでしょう。我々の仲間でも、半分が賛成、半分が反対です。でも、どうしても手詰まりだったら、一回やってみるという手はあります。ただ、やつたら前には戻れない。覚悟が必要です。

長谷川：医療の場合、一回やってみて壊れたときのダメージが大きい。しかも戻れないとなると、イギリスの例などを見てもなかなか厳しいものがあるから、そこが難しい。

嶋口：だから慎重にならざるを得ない。でも日本は、医療の体制そのものは、全世界の中でも高い評価ですよね。

長谷川：WHOの色々な指標で高いにもかかわらず、国民の評価は非常に低い。そのギャップが大きいのです。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは
出来あいのものを取り込んでくるだけではいけない

中島：組織論に関しても考える余地がありますね。今まで病院のマネジメントという議論をあまりやっていませんでした。

長谷川：病院には、良い医療をやっている人や、良い志を持っている人はいっぱいいます。その人たちをどうやって活かすかという方向で考える。これには外の人間が必要で、医療従事者だけではダメです。経営や経済、法律がわかる人が入ってくるのがよい。ただ、多くの場合、そうした人は先ほどのモデル化をするのが好きだから、モデル化して別のサイエンスの方へ行ってしまう。あるいはそこまで踏み込んで見ようとしないで、外づらのデータだけ見る。

中島：今病院の中でも、医師の診療の実績を評価しようとか、頑張った人が報われるようしようとか、企業では当たり前になってきたものが導入されようとしています。しかし、実際にはどうやつたらよいかわからなくて、外来患者を何人診ているかとか、費用対収入比率で評価てしまい、例えば眼科と心臓血管外科を同じ土俵の上で比べるような不自然なことがなされているのです。

嶋口：どんなものでも新機軸を出すときには、最初から成功するなどということは考えなくてよい。やつている最中は色々批判が出来ます。誰だって実体は、変革なんて嫌いですから、「やっぱり前の方が良かった」と言う。そこで元に戻してしまったらみっともない話です。やると決めたら、それをしばらく続ける。日本の知恵は、その中で、新しい物を編み出していく可能性がある。評価が必要ならば、やればよい。その中から自然に日本の実状に合った病院の評価の仕方が出てくるのではないかと思うのです。最近、性急ですよね。やって、ダメならすぐ止めてしまう。日本は明治以来、何だかわからないけれども、先進国へ視察に行って取り込んで、そしてゆっくりやりながら、ものにしていったわけでしょう。

中島：公的病院の病院長は2年に一回変わるところが多く、何かをやりとげるだけの任期がありません。

嶋口：私の周辺では医療関係の名経営者が多いですよ。我々の方がむしろ学ぶものがたくさんあるのです。

私は『仕組み革新の時代』という本を書きました。その最初が病院の仕組みで、先ほど言った青梅慶友病院を取り上げました。民間の企業がやっているより遙かにユニークなもので、どういう経緯でこういう仕組みを入れてきたのかと思わされました。おそらく現場で苦労しながら出してきたものでしょうね。出来合いのものをビジネスや外国から取り込んでくるだけではダメで、それらをヒントとしながら自分達の体制にどう適応させるかが勝負です。自分たちの中で一番納得のいくものを作り上げて、それを一つの形にするというのが、今日本で一番求められていることでしょう。

**論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは
医療は自己アピール力に欠ける**

長谷川：私も中にあると思います。医療者は自信を持って、もっと自分たちのやっていることをちゃんと見た方がよいと思います。

実は私の母親は乳がんで死んでいるのですが、30年前に阪大で手術を受けることになった。ところが手術の当日の朝、病院から逃げ出して来てしまったのです。手術が恐くてしょうがなかったのでしょうね。その時の母親の気持ちを考えると、非常に切ない気持ちになります。今は多くの大学病院で、手術を受けるときに、予め手術室の看護婦が来て、「こんな手術で、こんな手順です」と説明をします。術後にICUに入る患者さんには、予めICUを見せてあげて、全然恐くないことを分か lassen。それは30年くらい前には考えられないことです。医療はそれだけ変わってきたているし、今なら私の母親も喜んで手術を受けたと思うのです。

そういうのが大事な知恵だし、ノウハウだし、患者サービスだと思うのです。医療者はそういうことを自信を持っていいし、外に発信していいと思う。現場にいて、良い試みがいっぱいあるなとすごく思うのです。

中島：やはり医療界は一般社会へのアピール力に欠けますね。学会でのプレゼンテーションは上手なのですが。

長谷川：「良いことをやっていればそれでいいし、分かってもらえる」というような、いわゆる日本の感覚があるのでしうね。

中島：議論の尽きない問題ですが、患者のニーズ・ウォンツに答えるために、長谷川先生には大学病院でアートのできる医師を育てて頂き、嶋口先生にはマーケットや組織の観点からアドバイスをいただき、更に、医療機関の名経営者からも学ぶ必要があるということでしょうか。

時間も無くなつてしまひました。最後に先生方から一言づつ締めくくりのメッセージをお願いします。

本鼎談に関するご質問、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

Closing Statement

一番大事なのは思いやりの心

長谷川：何度も言いますが、臨床現場の知恵や、何かをやろうという意思を支えている原動力は、やはり、苦しみ悩んでいる患者さんが目の前にいるからです。人間として「何とかしてあげたい」「何とかならないのか」という気持ちがあって、そこから初めて、これを助けるための色々な技術があるし、そのための知識や学問がある。

医学は、本質的にはサイエンスの部分とかアートの部分とか、あるいは技術の部分といった、色々なものを含み込んだ形で何千年も育ってきたものです。医学は必ずしも良いことばかりではなく、戦争中の日本の731部隊やアウシュビッツなど、非常に残酷で、容易に悪に転化するものもあるのですが、それをコントロールするための知恵もある。

そういうことをひっくるめて、医療自体の中から、色々なノウハウや知恵をちゃんと見て、外に向かって明らかにしていく必要があるでしょう。あるいは私が気付いていないだけで、そうした試みは既にあるのかもしれません。ただ、様々な外圧のあるこの時代だからこそ逆に、落ち着いて振り返って、自分たちの立つ位置をきちんと見据えて、ぐっと踏ん張り、「医療者はこういうことやっていくのだ」という姿勢をきちんと貫いていくべきだと思うのです。そういうことを最近感じています。

嶋口：名医と言われる方々は皆そうだと思うのですけれども、我々医療を受ける側の立場からは、一番大事なのは、思いやりの心をちゃんと持ってくれるかどうかということだと思います。優れた治療や医学的な説明もさることながら、根底に人間としての思いやりを持ってくれていることが、我々にとって一番有り難いことです。結果的に死に至る

とか、悪い結果になつても、その心がコアにあれば、かなりの部分がカバーできるのではないかと思うのです。但し、当然プロフェッショナルとして技術は充分磨いていただく。日本は医師の数が非常に少ない中で大変だと思うのですが、それに対する期待はすごく大きいですから、そこは少しでも高めて頂きたい。

と同時に、自分の信念に従つて対応してくれるのは有り難いのですけれども、医療は万能ではなく、こんな不確実な世界はないわけですから、患者とインタラクティブに問題解決できる機会をもっともっと広げてもらいたい。それによって信頼がさらに高まると思います。

中島：本日は貴重なご意見を、本当に有り難うございました。

いただいたご質問・ご意見は、鼎談者と検討の上、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。)

研究助成受領成果報告

- 国際共同研究助成 2 編 -

平成15年度国際共同研究

急性期以降の施設ケアにおけるケースミックス、資源消費、評価手法に関する日本とカナダの比較

研究期間	2003年11月1日～2004年10月31日	
代表研究者	医療法人社団永生会永生病院 理事長（全日本病院協会副会長）	安藤 高朗
共同研究者	国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授	高橋 泰
共同研究者	産業医大公衆性学教室	大河内二郎
共同研究者	McGill University, Jewish General Hospital Professor and Director	Howard Bergman

日本の病院における亜急性の患者の実態を把握するため、54病院の協力を得て、平成15年12月の第4週のある1日を調査日と定め、その日の調査対象病棟の全患者（対象患者3,330人）の状態像に関する調査用紙に記入を行う形で、対象患者の状態像とレセプトを用いた医療費の調査を実施した。

今回の調査により、

- (1) 調査対象3,330人のうち、亜急性該当と思われる患者は、1,203人（36%）であり、亜急性に対応する患者が、一般病床に多数入院していることを確認した。
- (2) 亜急性と考えられる1日あたりの入院医療点数は、平均2,848点である。
- (3) 亜急性に対応する患者には、急性期のケースミックス分類にも、慢性期のケースミックス分類にもなじまない、患者が多数存在することが確認された。

将来的には、亜急性に対応する回復期入院医療管理料を一律の点数にするのではなく、なんらかの患者区分をほどこし、その区分に応じた支払額を設定する方向で、制度を改定していくのが合理的であると思われる、という結果を得た。

この調査は日本で初めての亜急性病床に関する大規模実態調査であり、四病院団体協議会医療保険・診療報酬委員長である猪口雄二先生より厚生労働省保険局医療課に提出され、平成16年度の診療報酬改定における亜急性病床の新設にあたり重要な参考資料として使用された。

また、カナダの慢性期医療におけるケースミックスについて調査した。カナダでは基本的に医療費は税によってまかなわれ、制度上は英国のBeverageモデルに近い。原則として各病院は予算を受け取り医療給付を行う。慢性期医療でケースミックスが導入されているのはリハビリ指定病床のみで、MDSに基づいてRehabilitation Care Group (RCG) により患者を17区分に分けていた。この病床の平均滞在日数の中央値は22日であった。政府が作成したオンライン報告システムによりカナダ保健情報研究所が統計情報を要約し公表していた。

フルレポートをご希望の方は、財団事務局までご請求下さい。

平成15年度国際共同研究

糖尿病ケアにおけるIT利用に関する日米比較研究

研究期間	2003年11月1日～2004年10月31日	
代表研究者	特定非営利活動法人ヘルスサービスR&Dセンター 副理事長	大石まり子
共同研究者	The Schull Institute Vice President	Kim Dunn
共同研究者	School of Health Information Sciences, University of Texas Health Science Center - Houston	青木 則明

(1) 糖尿病ケアに対するIT利用の現状調査

目的

インターネットから入手可能な1型糖尿病に関する情報の現状を把握し、新しいシステムの構築に必要な情報を検討した。また、様々な医療機関における新たなIT利用の試みを調査し、まとめた。

方法

数種の検索エンジンを利用してインターネットから1型糖尿病に関するウェブサイトを取得し、その傾向を調査した。また代表的なウェブサイトの内容および特徴について検討した。

結果

入手可能な1型糖尿病に関する情報数は多いが、多くは、医学的な妥当性の検討が行われているわけではなかった。また、情報のほとんどがテキスト形式で、小児への情報提供方法としては、不適切であると考えられた。米国では、いくつかの団体がマルチメディアを活用したインターネットによる1型糖尿病患者向けの教育プログラムを構築していた。

(2) ITを利用したケアサポートシステムに対するニーズ調査

目的

日米両国において、ITを活用したケアに対するニーズを調査した。

方法

日本においては、高知県のサマーキャンプに参加した1型糖尿病患者さん30名に対して、フォーカスグループによるニーズアセスメントを行った。また、米国テキサス州のテキサス小児病院(Texas Children Hospital)の糖尿病教育チームに対し、インタビューを行った。

結果

日本の1型糖尿病患者からは以下のようなニーズが出た。

- 1) 注射するインスリンではなく、飲むインスリンが欲しい
- 2) これ以上、機器は持ち歩きたくない
- 3) 勉強はこれ以上したくない。楽しく知識を得たい
- 4) 必要な時にタイムリーにアドバイスが欲しい
- 5) 受診時以外にも相談したい。

米国でのインタビューでは、米国の1型糖尿病患者においても、同様の要望が上げられているという結果であった。

(3) 小型携帯端末を利用した糖尿病ケアサポートツールの試作と評価

目的

上記3)のニーズを満たすため、1型糖尿病の小児が興味を持ちながら、学習もできるためのツールを開発するために、ゲームを活用した学習アプリケーション(エデュテインメントシステム)を構築し、その有用性を評価した。

概要

我々の作成したゲームは、携帯電話上でゲームとして動作するJAVAアプリケーションで、INSULOT(insulinとslot machineからの造語)と名づけた。INSULOTは特殊なタイプのスロットマシーンで、食前血糖値、食事量、インスリン量、食後血糖値の関連性を、ゲームをしながら、実感し、学べるようになっている。

評価

37名の1型糖尿病患者にINSULOTを試してもらい、その有用性と可能性を1 - 7点(1点 = 最低、7点 = 最高)のスケールで評価した。INSULOTがゲームとして面白いかという質問に対する平均点は5.6点、INSULOTが糖尿病の初期教育に役立つかという質問の平均点は5.4点と、INSULOTはゲームとしても面白く、かつ教育ツールとしても有用であるという評価を得た。

第12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5日(土)開催)で発表される一般演題募集には11題の応募があり、7月29日(金)開催の選考委員会で下記6題の採択を決定しました。(受付順、敬称略)

出産後の母親の身体活動と自覚疲労および子に対する感情の推移から少子化時代の育児支援を考える

群馬県立県民健康科学大学 教授 飯田美代子

小児科医師・産婦人科医師の過少偏在と周産期アウトカムの低水準との関連性

国立保健医療科学院 疫学部長 今井 博久

小児アトピー性皮膚炎患者家族におけるShared-Decision-Makingの促進に関する研究

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康増進・行動学講座 大学院生(博士後期課程) 横山 葉子

医療プロセスおよび医療質管理の検討による医療財政改善への示唆

福岡歯科大学総合医学講座 内科学分野 助教授 堀 孝明

制度的リーダーとしての赤ひげに期待される新しい医療倫理と経営のパラダイム

まついクリニック 研究所代表 松井 豊

地域保健事業における生活習慣病発症予防プログラムの長期的有用性に関する研究

鹿児島大学医学部保健学科 地域看護・看護情報学講座 助手 大野 佳子

「ヘルスリサーチは医療の救世主」

- 平井愛山氏、ファイザープレスセミナーで語る -

6月23日（木）医薬品業界紙が加盟する本町記者会の記者を対象にファイザー株式会社が開催したプレスセミナーで、当財団ヘルスリサーチワークショップ幹事の平井愛山氏（千葉県立東金病院院長）が「ヘルスリサーチとは」というテーマで講演をされました。

席上平井氏は、「ヘルスリサーチとバイオメディカルリサーチは“車の両輪”であり、相互に補完し合って良い医療が実現する。21世紀の高齢化社会にあって、ヘルスリサーチは日本の医療の救世主となるだろう。更に、「ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成研究報告、並びに年1回それらを発表するヘルスリサーチフォーラムでの講演をまとめた講演録は宝の山である」と述べられました。

この講演は出席した記者から高い評価を受け、次の7つのメディアで記事が掲載されました。



- | | |
|-----------------------|-----------|
| ・ミクス eX - press (ウェブ) | 2005.6.24 |
| ・日刊薬業 | 2005.6.27 |
| ・薬事日報 | 2005.6.27 |
| ・薬局新聞 | 2005.7.13 |
| ・Medicament News | 2005.7.15 |
| ・薬事新報 | 2005.7.28 |
| ・日本薬業新聞 | 2005.8.26 |

第6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本年6回を迎え、最新のグローバルな薬品開発技術や、近年の成果と将来展望に焦点を当てて講演と討論が行われます。

本年のプログラムは日本の医薬品産業における研究開発と国際競争力にフォーカスし、R&Dにおける生産性とパフォーマンスの向上、高齢化に伴い、取り組むべき疾患・循環器系疾患・化学療法などの疾患領域、グローバル規模・地域に特化した臨床試験の統計的アプローチ及びシミュレーションを用いた革新的試験デザインを中心に討論が行われます。又、行政関連の意見交換のテーマとしてグローバル試験、アジア試験、審査の評価について討論を行う予定です。

セッションは日英同時通訳で行われます。参加者は主に学術関係者、製薬メーカー、及び行政機関の方です。シンポジウムは北里大学、ハーバード大学公衆衛生学校、及び、ファイザーヘルスリサーチ振興財団によって共催されます。

テーマ： Advanced Global Drug Development Techniques:
Partnership between Regulatory Agencies, Industry and Academia on Development,
Evaluation and Approval of New Drugs

開催日： 2005年10月25日(火)~26日(水)(2日間) **会 場：** 東京全日空ホテル

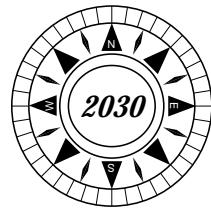
主 催： 北里大学 **後 援：** 財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

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/>

また、ファイザーヘルスリサーチ振興財団のホームページからもご案内しておりますのでご参照下さい。 <http://www.pfizer-zaidan.jp/>

ヘルスリサーチワークショップ第5回幹事・世話人会を開催

第2回ヘルスリサーチワークショップの テーマ決定



ヘルスリサーチワークショップ第5回幹事・世話人会



7月28日(木)にヘルスリサーチワークショップ第5回幹事・世話人会が開催され、第2回ワークショップのテーマが打ち合わされました。

第2回ヘルスリサーチワークショップ

テーマ：2030年への羅針盤

- 人口減少時代の保健医療モデルを探る -

開催日：平成18年1月28日(土)・29日(日)(1泊2日)

開催場所：ファイザー(株)

アポロラーニングセンター(東京都大田区)

ワークショップの基本的なスタンスは引き続き「出会い」と「学び」であり、多彩な人材が参加して、出会い、そして楽しく学ぶことが最大の目的とされています。約40名の参加者は、第1回参加者からの招待枠、新規推薦枠、及びオープン参加枠(公募)で構成されます。8月中旬からオープン参加者(公募による参加者枠6~7名)を公募し、9月16日(金)で申し込みを締め切りましたが、多数の応募をいただいています。

参加者、基調講演者、具体的なプログラムは、10月に開催する第6回幹事・世話人会で決定する計画です。

(尚、第2回ワークショップの趣意書と各幹事・世話人からのメッセージはP14~P16に掲載しています。)

第2回ヘルスリサーチワークショップ

幹事・世話人 (敬称略・五十音順)

今井 博久

国立保健医療科学院 疫学部長

中村 洋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授

平井 愛山

千葉県立東金病院院長

梅田 一郎

ファイザー株式会社 取締役

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

島内 憲夫

順天堂大学スポーツ健康科学部健康社会学研究室 助教授

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マネジメント部助教授

中村 安秀

大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学国際協力論講座 教授

安川 文朗

同志社大学 技術・企業・国際競争力研究センター専任フェロー助教授

開原 成允

国際医療福祉大学副学長・大学院長

福原 俊一

京都大学大学院医学研究科医療疫学分野 教授

川越博美先生は個人的なご都合により幹事を辞されて世話人になられました。代わって世話人の中村洋先生が幹事に、サポーターの中村安秀先生が世話人に、それぞれ就任されました。

第1回ヘルスリサーチワークショップ参加体験記、「公衆衛生」に掲載される

雑誌「公衆衛生」(医学書院) Vol.69 No.7 2005年7月号に、第1回ヘルスリサーチワークショップ幹事・世話人が連名で「ヘルスリサーチ・ワークショップの企画参加体験記 - 分野を越えた出会いと学びの場を - 」を特別寄稿され、掲載されました。

敬称略 中村安秀、平井愛山、福原俊一(以上、幹事) 今井博久、
川越博美、菅原琢磨、中島和江、中村洋(以上、世話人)



第1回ヘルスリサーチワークショップ記録冊子「出会いと学び2005年」が完成

大盛会だった第1回ヘルスリサーチワークショップの内容を記録した冊子「出会いと学び2005年『赤ひげ』を評価する - その実像と虚像のはざまで - 」が完成しました。本冊子には2日間に亘るワークショップの全プログラムのダイジェスト版CD-ROMも添付しております。映像と文字の両方から、参加者による熱い討議と交流の2日間を是非ご覧ください。

冊子の送付をご希望の方は同封した「『出会いと学び2005年』送付依頼書」に必要事項をご記入の上、FAXでお申し込み下さい。無償にて謹呈いたします。



第2回ヘルスリサーチワークショップ

2030年への羅針盤

人口減少時代の保健医療モデルを探る

趣意書

1930年、ケインズはエッセイ「孫たちの経済的可能性」を発表した。大不況下に横行する悲観主義を戒め、百年後には生活水準は8倍になり、経済（生活困窮）問題は解決される反面、人類は「如何にして賢明、快活、健康に生きるか」という「恒久的な問題」に正面から向き合わざるを得ないと見通している。1930年から百年後は2030年。まさにケインズがビジョンを示した年である。

それでは2030年に日本の姿はどうなっているのだろうか？日本の人口は2004年以降、右肩上がりの人口増加の時代に終わりを告げ、人口減少時代に突入した。日本の出生率は、1970年代半ばから人口を一定の規模で保持する水準を大きく割り込んでいるため、今世紀初頭から始まる人口減少は避けることができない。国立社会保障・人口問題研究所による日本の将来人口推計（低位推計）によれば、2004年に1億2748万人とピークに達した日本の総人口は、その後減少して2030年には1億1329万人と、ピーク時と比較して1400万人も減少する。この数は東京都の人口に匹敵する！

それでは人口減少下の2030年の人口構成は現在と比較してどのようにになっているのだろうか。一般に人口構成は、1～14歳の年少人口、15歳～64歳の生産人口および65歳以上の老人人口からなる。わが国の年少人口は、出生数の減少を受けて、1980年代初めの2700万人から2005年には1700万人まで減少し、2030年には1054万人とさらに700万人近く減少し、1980年と比較すると1600万人もの大幅な減少になる。少子化と呼ばれるゆえんである。一方、戦後一貫して増加を続けてきた生産年齢人口は、1995年に8717万人とピークに達した後、減少に転じ、2030年にはピーク時と比較して2000万人も減少し、6800万人を割り込む。ところが、老人人口は、団塊の世代（1947～1949年に出生の世代）が65歳以上の年齢層に入りきるまで、急速に増加するため、現在の2539万人から増加の一途を辿り、2013年には3000万人を突破し、2030年には3477万人に達し、1000万人も増加する。その結果、老人人口の割合は、現在の19.9%から増加をつづけ、2030年には30.7%に達し、国民のほぼ3人に1人が65歳以上の高齢者となる。まさに高齢化社会の到来である。

このようにケインズの予想とは違って、2030年の日本では経済問題はかならずしも解決されず、むしろ少子高齢化による労働力不足、貯蓄率の低下、公的年金制度の破綻など多くの経済上の課題が指摘されている。第二次世界大戦以降、世界有数の経済規模の国において、出生率の低下と高齢化によって継続的に人口が減少するといった深刻な事態に直面した例は見当たらない。20世紀のアルゼンチンのように、日本が21世紀に衰亡することはあるのだろうか？

ここに注目すべきデータがある。政府の経済財政諮問会議の試算によれば、日本は人口が減少する中にあっても、2030年までの一世代で2倍豊かな社会を実現する基礎力を有しているという。人口が年率1%程度減少しても、それを上回る労働生産性の上昇が見込めるならば、経済が縮小することではなく、成長率鈍化は避けられないが、2030年までに国民一人当たりGDPで「2倍豊かな社会」を展望するのは、現実的であるという。しかし、それを現実のものにするためには、様々な工夫や努力さらには思い切った改革が必要である。長らく生産性の低迷に苦しんだ米国が、財政再建と情報化投資の両輪によって、1990年代に労働生産性の上昇率を1～1.5%程度加速させたような取り組みが、これからの日本に求められている。

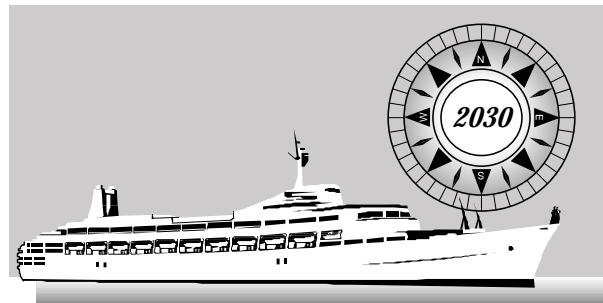
ところで、ケインズのもうひとつの予想、人間の「恒久的な課題」への取り組みこそ、じつは緊要のテーマ

幹事（左から）
今井 博久
川越 博美
平井 愛山



世話人（左から）
梅田 一郎
島内 憲夫
菅原 琢磨
中島 和江
中村 洋
安川 文郎





である。少子高齢化には、現代の豊かさと不安、日本人の仕事と暮らし、子育てと介護、自己責任と政府の責任、等々の「生き様（ライフ・スタイル）」に関わる選択が絡んでいる。それでは、2030年には、日本の保健医療の姿はどのようになっていくのだろうか？

まず、医療制度のひずみの問題が上げられる。急速に進む高齢化は医療保険制度や介護保険制度にどう影響を与えるのか。また医療・介護サービスの提供は、少ない労働人口でやっていくことができるのか。また、医療提供体制の問題、とくに医師不足については、東京などの大都市ではあまり問題にならないかも知れないが、極端に医師が減る地方がでてくる。その場合に地域医療の確保をどのようにしていけばよいのだろうか。昨年から導入された新医師臨床研修制度はその問題の解決になるのだろうか。また経営危機が叫ばれている自治体病院はその存亡や経営形態はどうなるのか？

次に上げられるのが、急速に進む疾病構造の変化である。最近注目されているメタボリックシンドロームや急増している糖尿病は、団塊の世代が定年を迎え、高齢者になったときにどのような結果をもたらすのだろうか？またこれらの病気の一次および二次予防はどのようにしたら実現できるのだろうか？「健康日本21」に代わるヘルスプロモーションはどのようになっているのだろうか。

また医学・医療技術の急速な進歩は、21世紀初頭において、再生医療や遺伝子治療あるいは遺伝子解析に基づくテーラーメイド医療を現実のものとした。これらの最先端の治療技術は、2030年までに癌や難病などの病気の克服をもたらすのだろうか。一方、新薬の開発や診断法の開発など日本の医療産業は、世界の中で競争力を確保していくことができるのか。さらに電子カルテの普及に代表されるITの進歩は、安心安全な医療を実現してくれるのだろうか。個人情報保護は確保されるのだろうか……。

そしてなによりも、2030年の日本は、国民が安心で納得できる保健医療をいつでもどこでも提供できるようになるのだろうか？

2030年、我が国は、先進国の中で世界に先駆けて、少子高齢化した人口減少社会に突入する。これまで上げたように、少子高齢化は、経済上の様々な課題とともに、多くの保健医療上の課題をもたらす。今後日本は、叡智を結集して人口減少時代の新たな保健医療モデルを構築するとともに、それを世界へ発信することが大きな役割となってくる。そこで、第二回ファイザーヘルスリサーチワークショップのテーマは、「2030年への羅針盤 - 人口減少時代の保健医療モデルを探る - 」と決定した。

このワークショップのめざすところは、格式張った議論でも、知ったかぶりの講釈でもない。大いに議論を戦わせて、時の過ぎるのをわすれてもいい。与えられたテーマのソリューションを求めるのではなく、「出会い」と「学び」のなかから、明日の自分の道を発見できれば、それでいいのだ。

「世代を越えた豊かさの継承」を図り、「多様性と躍動感」に満ちた「活力があり健康で幸福な社会」を形成し、「学び、働き、暮らし、子育て、老後が人生の喜びとなる社会」を実現することが我々の進む道だ。

国民の持っている素朴な疑問、素朴な思いに真正面から立ち向かい、「人間の世紀」といわれる21世紀の日本にふさわしい保健医療モデルを大胆に語り、そして描こうではないか！

ヘルスリサーチワークショップ幹事・世話人一同



敬称略・五十音順

幹事・世話人からのメッセージ

幹 事 今井 博久

旭川医科大学医学部医学科健康科学講座 助教授

- 出会いと学び -。前回WSの感想で「答えを与えてくれなかつた」「意見をまとめてほしかつた」があつた。私たちは「してやつたり」と大喜び。このWSでは「答えを与える」「意見をまとめる」を敢えてしません。WSの目的は、「多職種の方々との出会い」と「様々な考え方を自ら学ぶ」です。ヘルスリサーチは学際的な研究分野で、多様な人材と柔軟な思考を必要としています。熱意溢れる参加者との出会いと学びを楽しみにしています。

幹 事 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

私が後期高齢者になっている2030年。その時どのような保健医療サービスを受けたいか。医療者の目と市民の目をあわせて、豊かな発想をしながら、夢を語りあってみたいと思っています。そして語りあつた夢が、どのように実現するのかしないのか、生き延びてこの目で確かめたいとも思っています。ワークショップでの出会い、そしてその中から生まれる新しいチャレンジに胸躍らせながら、皆様と一緒に語りあえる日を楽しみにしています。

幹 事 平井 愛山

千葉県立東金病院 院長

維新の先覚者、吉田松陰は、海外への思い止みがたく、安政元年25歳の時、下田の地で、折から来航していたペリー提督率いるアメリカ軍艦への密航を企てましたが、残念ながら失敗に終わりました。しかし、その強い意志と勇気は後につづく若者たちに大きな感動を与え、日本の近代化を推し進める人材を数多く育てました。今、わが国の医療体制は、昨年から導入された新医師臨床研修制度により根本から変わろうとしています。今、新たな旅立ちへ。

世話人 梅田 一郎

ファイザー株式会社 取締役

増大する医療費負担をどうするか。食事の節制、毎日の運動、禁煙の3点だけでかなりの削減が可能だと考えられるが、掛け声だけでなく、どのような取り組みがありうるのか。メディカルセービングのような制度は健康意識を高め有効なインセンティブとなるか。他方、予算を確保するためには、消費税の増額分を社会福祉に振り向けると言ったアイデアはもっと国民的な議論にならないのか。出入りの両面を議論していただけたらと希望しています。

世話人 島内 憲夫

順天堂大学スポーツ健康学部健康学科
健康社会学研究室 助教授

新しい保健医療の羅針盤：ハッピネス・ライフ・デザイン・モデル！
20世紀末まで保健医療従事者は、人々の「病気」を克服しようと必死に戦ってきた。21世紀の到来と共に保健医療従事者は、人々の「健康」をつくることができることに気づき始めた。2030年の保健医療従事者は、単に「病気」を予防し治すことを超えて、「病気」と共生しつつ、「健康」をつくる新しい保健医療モデル「- ハッピネス・ライフ・デザイン・モデル -」を活かし、生き生きと充実した保健医療活動を展開していることでしょう。

世話人 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

四半世紀後の社会を展望することはなかなか容易ではありませんが、今後、わが国で人口減少が観察されることだけは確実なようです。今後の保健医療の在り方について「何が変わり、何が変らず、何を変えるべきで、何を変えてはいけないのか」、ひとつひとつ整理しながら、前向きな将来展望が議論されることを楽しみにしています。また個人的には2030年の社会において未だ現役世代にある若手の方々の積極的参加を期待しています。

世話人 中島 和江

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部
助教授

超高齢化社会に向けて、保健・医療・福祉の大きなパラダイムシフトが求められる。少子化脱却の戦略、周産期及び新生児医療の充実と医療従事者の確保、高齢者自立につながる科学的知見と地域ネットワークによる支援、ヘルスケア従事者に対する新しい教育やインセンティブの付与、予防から介護に至るケアの継続性と社会資源の適正配分など課題が多い。本ワークショップで本格的なヘルスリサーチの種と仲間を見つけて下さい。

世話人 中村 洋

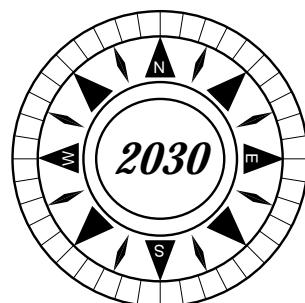
慶應義塾大学大学院ビジネススクール 教授

「2030年」、今から見ればかなり先のことかもしれません。ただ、私自身の反省として、現状のことに引っ張られて短期的な視点で物事を考えることが多くなっているように思います。短期的な視点では大胆な発想はなかなかできません。四半世紀後という先を見据え、短期的な制約条件から離れて、「人口減少時代の保健医療モデル」の理想像について、第2回ヘルスリサーチワークショップに参加される皆様と熱く議論したいと思っています。

世話人 安川 文朗

同志社大学技術・企業・国際競争力研究センター
専任フェロー（助教授）

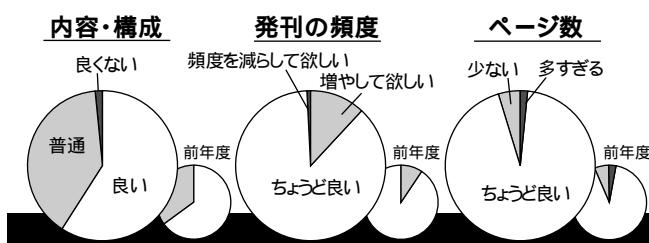
「21世紀の医療」という響きに、みなさんは何を感じますか？あらゆる病気を克服するすばらしい技術進歩でしょうか。それとも、財源の枯渇と環境悪化による医療の荒廃でしょうか？ 20年後、30年後の日本の医療の姿は実際だれにもわかりません。唯一わかっているのは、「21世紀の医療を創るのはわたしたち自身だ」ということです。みなさん、いまこそわたしたちの医療の明日をわたしたちのこころで真剣に語り合いましょう。



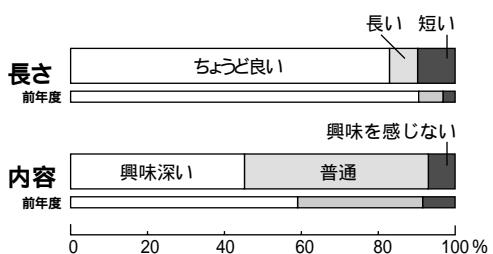
ヘルスリサーチニュース読者アンケート結果報告 (2005年7月実施)

本誌7月号でヘルスリサーチニュースに関するアンケートへのご回答をお願いしていただきましたが、127名の方々（内訳：臨床医家33名、基礎医学研究者15名、保健関係者13名他。年代別では50歳以上で62%を占める。）にご回答を頂きました。ご協力有り難うございます。集計結果を以下のとおりご報告致します。

ヘルスリサーチニュースについて

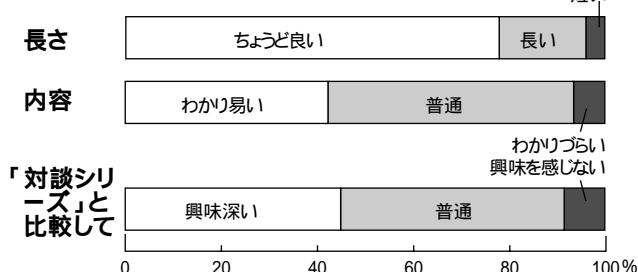


リレー随想について (下段は前年度調査結果)

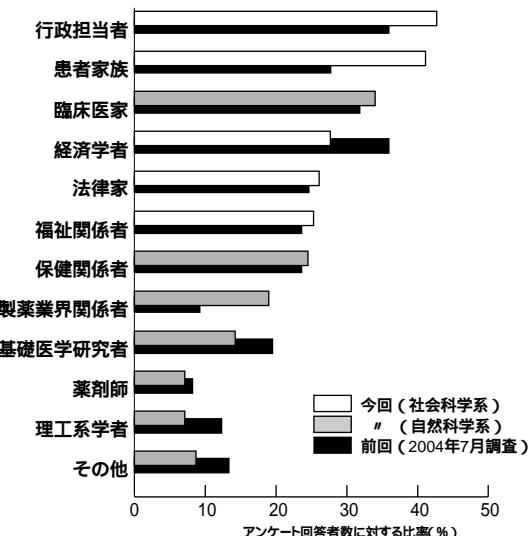


本誌（ヘルスリサーチニュース）の内容については概ね好評をいただき、発行の頻度、ページ数とも前年度調査結果同様、「ちょうど良い」と回答された方が圧倒的に多いという結果でした。

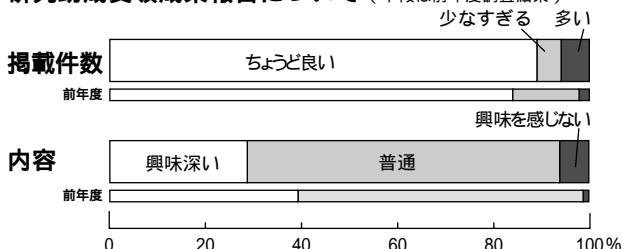
鼎談「学際を拓く」について



今後の対談・鼎談・座談会の相手の希望 (3つまで選択)



研究助成受領成果報告について (下段は前年度調査結果)



鼎談シリーズ「学際を拓く」に関しては、まずはまずの結果でしたが、前号から始まったばかりでもあり、実際には評価が未だ定まっていないというところでしょうか。今後の対談・鼎談・座談会の相手には、昨年同様、圧倒的に「社会科学系」を望む声が高く、中でも、「患者家族」が増加しています。

本誌に掲載している、当財団の助成金による研究の成果報告に関しては、誌面の制限でフルレポートを掲載できないケースが多いため、前年度と同様インパクトが弱いと感じられているようです。

本誌及び当財団へのご意見・ご希望

「全体的に文字が小さい。」とのご指摘もありましたが、「ハイグレードなすばらしい内容です。」との過分のお褒めの言葉を始めとして、本誌に対しては、概ねご好評を頂いております。

一方、内容及び財団の活動に関しては、次のようなご指摘もありました。（紙面の都合上全てをご紹介できません事を御了承下さい）

- ・もう少し、国民・患者側の視点を加えた方がよいのではないかでしょうか。
- ・米国偏重の印象があり、他のヨーロッパ、カナダといった国の事情も知りたい。
- ・いろいろな分野で様々な研究がなされていることが知れて嬉しい読ませて頂いています。

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。今後ともご支援下さい。

第12回 ヘルスリサーチフォーラム 及び 平成17年度 研究助成金贈呈式 プログラム内容決定

第12回ヘルスリサーチフォーラム 及び 平成17年度研究助成金贈呈式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



国際医療福祉大学
薬学部教授 薬学部長
伊賀 立二



東海大学法科大学院
教授
宇都木 伸



北海道大学大学院医学研究科
予防医学講座公衆衛生学分野 教授
岸 玲子



国立国際医療センター
名譽院長
小堀 鴻一郎



環境省公害健康被害補償
不服審査会 委員
近藤 健文

助成選考経過・結果発表



学習院大学経済学部
教授
南部 鶴彦



国立保健医療科学院
公衆衛生看護部 部長
平野 かよ子



慶應義塾大学経営大学院
三菱チャヤシップ教授
矢作 恒雄

国際医療福祉大学
副学長・大学院長
開原 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 岩崎 博充 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 安達 一彦
10:00 研究発表 テーマ :介護と地域医療	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 日本および中国の感染症のサーベイランス・システムと 保健所機能についての研究 学校法人 自治医科大学地域医療学センター 環境医学部門 教授 香山不二雄
	施設介護サービスの金銭的評価の測定 岡山大学経済学部 助教授 岸田 研作
	地域保健事業における生活習慣病発症予防 プログラムの長期的有用性に関する研究 鹿児島大学医学部保健学科地域看護・看護情報学講座 助手 大野 佳子
	在宅療養者の家族ケアの測定評価方法の開発 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 室長 筒井 孝子
11:15 休憩(15分間)	
11:30 研究発表 テーマ :医療サービス 小児・性差	座長 北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野 教授 岸 玲子 性差医療:日本における性差医療の確立と それに基づく医療サービスに対する患者の満足度と その要因の国際比較 千葉県立東金病院副院長 兼 千葉県衛生研究所 所長 天野 恵子
	小児のメンタルヘルス推進のための人材開発に関する研究 国立保健医療科学院 研修企画部 部長 加藤 則子
	カナダにおける親と死別した子どものピリープメントケアの現状 東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科 博士課程 東洋英和女学院大学死生学研究所研究員 小島ひで子
	小児科医師・産婦人科医師の過少偏在と 周産期アウトカムの低水準との関連性 国立保健医療科学院 疫学部長 今井 博久

フォーラム 会場	
10:00 研究発表 テーマ :精神医療	座長 環境省公害健康被害補償不服審査会 委員 近藤 健文 精神科受診経路に関する多施設研究 桜ヶ丘記念病院精神科 医師 慶應義塾大学医学部精神神経科 助手 藤澤 大介
	統合失調症への抗精神病薬処方に関する精神科医の 意識および動向調査:日米比較研究 徳島大学医学部・歯学部付属病院 脳・神経・精神科 助手 兼田 康宏
	精神障害者ケアマネジメントの国際比較研究: 効果的な精神障害者ケアマネジメントとは何か? 大阪府立大学人間社会学部 社会福祉学科 精神保健学 教授 三野 善央
11:05 休憩(15分間)	
11:20 研究発表 テーマ :新たな潮流	座長 慶應義塾大学経営大学院 三菱チヤシップ教授 矢作 恒雄 標準的小児心肺蘇生法の普及と小児急救医療サービスの 品質確保に関する研究 -確実なトリアージと救命のために- 国立成育医療センター 手術集中治療部 医員 清水 直樹
	糖尿病ケアにおけるIT利用に関する日米比較研究 -ITを活用した 糖尿病患者向け教育・ケアツールの構築とその評価 - 特定非営利活動法人ヘルスサービスR&Dセンター 副理事長 大石まり子 代理発表者:School of Health Information Sciences, The University of Texas Health Science Center-Houston, Assistant Professor 青木 則明
	病院施設内におけるサイエンティフィックデザインの研究 京都嵯峨芸術大学短期大学部美術学科 専任講師 坂田 岳彦
	インターネットを用いた未成年禁煙化プロジェクトの 有効性の評価 奈良女子大学保健管理センター 教授 高橋 裕子

フォーラム 会場		フォーラム 会場	
12:45	昼 食(60分間)	12:45	昼 食(60分間)
13:45	研究発表 テーマ:医療サービス	13:45	研究発表 テーマ:医療評価
	座長 国際医療福祉大学薬学部教授 薬学部長 伊賀 立二 小児アトピー性皮膚炎患者家族における Shared-Decision-Makingの促進に関する研究 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 健康増進・行動学講座 大学院生(博士後期課程) 横山 葉子 出産後の母親の身体活動と自覚疲労および子に対する 感情の推移から少子化時代の育児支援を考える 群馬県立県民健康科学大学 教授 飯田美代子 Nursing Work Indexを用いたヘルスケアアウトカムの 日米比較研究 東京女子医科大学看護学部看護管理学 教授 金井 Pak 雅子 制度的リーダーとしての赤ひげに期待される 新しい医療倫理と経営のパラダイム まついクリニック 研究所 代表 松井 豊		座長 国立国際医療センター名誉院長 小堀鷗一郎 臨床医の診断推論能力の客観的評価と国際比較 藤田保健衛生大学一般内科 助教授 野口 善令 急性期以降の施設ケアにおけるケースミックス、資源消費、 評価手法に関する日本とカナダの比較 医療法人社団永生会 永生病院 理事長 安藤 高朗 米国における医療事故リスク評価プログラムの 運用実態の調査とその日本への応用 日本医科大学大学院医学研究科外科系 女性生殖発達病態学教室 大学院学生 ハーバード大学公衆衛生大学院 客員研究員 小林 肇 科学的エビデンスが、医師の診療パターンおよび 患者受療行動に及ぼす影響 京都大学大学院 医学研究科医療経済学教室 特任講師 関本 美穂
14:55	休憩(15分間)	15:05	休憩(15分間)
15:10	研究発表 テーマ:制度と医療	15:20	研究発表 テーマ:医療経済
	座長 東海大学法科大学院 教授 宇都木 伸 医薬品の名称および商標登録の規制策に関する研究 - 医薬品取り違えによる医療事故を防止する方策を中心に - 中央大学法科大学院 教授 佐藤 恵太 医療と知的財産権 政策研究大学院大学政策研究科 助教授 隅藏 康一 日本の薬事政策と医薬品産業への影響 国立大学法人筑波大学人文社会学研究科 教授 山田 直志 アメリカの高齢者終末期医療制度の研究 慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室 助手 篠田 知子		座長 学習院大学経済学部 教授 南部 鶴彦 医療機器の内外価格差に関する調査研究 厚生労働省社会・援護局総務課 災害救助救援対策室長 赤澤 公省 代理発表者: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 研究員 今野 広紀 ジェネリック医薬品の製剤品質管理リスク評価の日米比較及び ジェネリック医薬品の持つ社会経済的インパクトに関する研究 神戸大学大学院医学系研究科社会情報医学講座 教授 鎌江伊三夫 代理発表者:武蔵野大学薬学部薬学研究所製剤学研究室 教授 大塚 誠 インフルエンザワクチン接種率向上による医療経済学的变化に関する研究 - 薬剤師によるインフルエンザワクチン接種キャンペーン - 北里大学大学院薬学研究科 博士課程院生 宇佐美 孝 医療プロセスおよび医療質管理の検討による医療財政改善への示唆 福岡歯科大学総合医学講座内科学分野 助教授 堀 孝明
16:30	休憩(40分間)	16:40	休憩(30分間)

第14回(平成17年度)研究助成金贈呈式 会場

17:10	来賓挨拶	厚生労働省大臣官房技術総括審議官 外口 崇 ファイザー株式会社 代表取締役社長 ソーレン・セリンダー
	第14回(平成17年度)助成案件選考経過・結果発表	選考委員長 国際医療福祉大学 副学長・大学院長 開原 成允
	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 岩崎 博充
18:15	情報交換会	

印は平成15年度の国際共同研究助成による研究 / 印は平成15年度の国内共同研究助成による研究 / 印は平成15年度の日本人研究者海外派遣助成による研究
印は平成16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17年度一般公募演題

第12回 ヘルスリサーチフォーラム 及び 平成17年度研究助成金贈呈式 開催 のお知らせ

近年のわが国は、本格的な少子高齢化社会が進行し、近未来に人口減少社会など社会・経済の構造変化が問題視されると共に民間の活力の発揮できる制度改革や構築がクローズアップされています。これまでの発展を支えてきた諸々の社会経済システムが機能しなくなり、新たな時代に向けて大きく変革していく仕組みづくりが厚生行政の重要な施策として、保健医療・社会福祉全般にわたり求められています。

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。お陰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。ヘルスリサーチ成果の還元はまさに社会全体の望むところであると考えます。

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参りました。

さて、本年度の本フォーラムでは平成15年度国際共同研究成果並びに国内共同研究成果の発表、平成15・16年度日本人研究者海外派遣研究発表に平成17年度一般演題発表を加え企画しました。また研究助成発表では本年度研究助成金の贈呈式を行い当該領域研究者の一層の研究意欲高揚を図っております。

今年の基本テーマはヘルスリサーチの研究成果の社会への還元を目指して「ヘルスリサーチ成果の還元」に設定致しました。

本フォーラムは昨年に引き続き主務官庁である厚生労働省の後援を頂いての開催であります。また、例年通り財団法人 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となりました。奮ってご参加下さいますようご案内申しあげます。

詳しいプログラム内容は、本誌P18、19をご覧ください。

日 時 平成17年11月5日(土)午前9時30分～午後6時00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

後 援 厚生労働省

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

ご寄付をお寄せ下さい

当財団の活動は、基本財産の運用に加えて皆様からのご寄付により行われていますが、当財団は、ご寄付をいただいた方が、税務上の特典を受けられる特定公益増進法人の認定を受けております。

特定公益増進法人とは、公益法人のうち、教育又は科学の振興、文化の向上、社会福祉への貢献、その他公益の増進に著しく寄与すると認定されたもので、これに対する個人又は法人の寄付は以下の通りの税法上の優遇措置が与えられます。

個人の場合

1年間の寄付金の合計額(その年の所得の30%相当が限度額)から、1万円を引いた金額が所得税の寄付控除の対象となります。

法人の場合

寄付金は、通常一般の寄付金の損金算入限度額と同額まで別枠で損金算入できます。

手数料のかからない郵便局振込用紙を同封しております。

財団の事業の趣旨にご理解下さるようお願いいたしますとともに、皆様からのご寄付をお待ちしております。

ご不明な点は何なりと財団事務局までお問い合わせ下さい。TEL:03-5309-6712

ご寄付御礼 —— 本年7月～8月の間に以下の方々からご寄付をいただきました。謹んで御礼申し上げます。

佐野百合子 様

石川 悟 様

片岡 貴裕 様

叶谷 由佳 様

梅田 一郎 様

鈴木 実 様

山田 大輔 様

飯田 浩司 様

共和クリエイト株式会社 様