

2006年1月

謹賀新年

平成18年元旦

ヘルスリサーチニュース

目次

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「ヘルスリサーチ成果の還元」を開催(p1) / リレー隨想 日々感懷(京都大学大学院医学研究科医療疫学分野 教授 福原 俊一 氏)(p1) / 鼎談:学際を拓く - 第3回 - チーム医療とリーダーシップにおける夢の実現に向けて(南 裕子氏、中村伸一氏、平井愛山氏)(p2) / 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内容(p10) / アンケート結果報告(p15) / 第14回(平成17年度)助成案件採択一覧表(p16) / 第2回ヘルスリサーチワークショップの開催迫る プログラム、実施内容・方法が決まる (p20) / ご寄付の御礼(p20)

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 「ヘルスリサーチ成果の還元」を開催

平成17年11月5日(土) 厚生労働省の後援、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協賛により、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「ヘルスリサーチ成果の還元」を都市センターホテルで以下のプログラムにより開催いたしました。
主務官庁、報道機関、助成採択者、研究者、当財団役員、ファイザー株式会社関係者他、合計240名の出席席をいただきました。

フォーラム

開会挨拶 / 来賓挨拶 / 研究発表 (2会場方式により計31題)

研究助成金贈呈式

来賓挨拶 / 第14回(平成17年度)助成案件選考経過・

結果発表 / 研究助成金贈呈式

情報交換会

(関連記事: 本誌P10 ~ P15)

現在当財団で、今回のフォーラムの内容をまとめた冊子を作成中です。2006年3月には完成の予定ですので、ご希望の方は財団事務局まで氏名、住所、勤務先名をご記入の上、FAXでお申し込みください。完成次第ご送付いたします。

FAX : 03-5309-9882

リレー隨想

日々感懷 - 第11回 -

新しいリサーチ・コミュニティをつくる: 診療直結型研究者を育成するプログラムの緊要性

京都大学大学院医学研究科 医療疫学分野 教授 福原 俊一

医療者が自らの診療行為を実証的に検証する研究を実施し、その結果を社会にわかりやすく説明する責任が求められる時代が到来している。この領域はヘルスリサーチの中でも Clinical Evaluative Science・診療直結型研究とでも言えるものである。当該領域においてわが国に良質の研究が十分でないことが言われて久しい。研究インフラの未整備や公的研究助成の枠組みとの不一致、など理由は多くあるが、最も深刻な問題は、臨床研究のデザイン・実施・解析・結果の解釈と効果的な公表方法について知識・スキル・経験を有する臨床研究者の層が極めて薄いことである。米国では、民間財団が約30年前より全米に臨床研究者を育成するプログラムに多額の競争的資金を助成してきた。近年NIHも同様の助成を開始した。現在の米国の臨床研究における隆盛は、層の厚い臨床研究者のリサーチ・コミュニティの構築に向けて、政府や民間組織が中長期的な戦略によって推進してきたことによるもの大きい。

国内では未だ発展途上の段階であるといえるが、京都大学では、2005年度から臨床家を対象とした集中的短期プログラム(MCR)を2000年に設置した専門職大学院(SPH)修士課程の中に試験的に開始した。現在、多様な専門領域の臨床経験を持つ若手・中堅の臨床家が集まり、熱意をもって臨床研究の方法論を学んでいる。しかし、全国にいる臨床家の潜在的なニーズ、そして社会からの期待に比して、提供側の人的資源は少なく、現状ではまだ小規模なものに留まっている。

わが国になかった臨床研究者によるリサーチ・コミュニティを形成するための、このような人材育成プログラムの緊要性は高く、政府・企業にもこれを支援する社会的責任があるのではないだろうか? ファイザーヘルスリサーチ振興財団にもこのような社会的に意味のあるプログラムへの支援を切に願うものである。

<http://epikyoto.umin.ac.jp/mcr/>



次の執筆者は、北海道大学大学院医学研究科 教授 岸 玲子 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々号(vol.44)から開始しました。

第3回目の今回は「導(みちびき)」チームです。南裕子先生をお迎えし、メンバー代表中村伸一先生、ファシリテーターの平井愛山先生(司会)とともに討論を交わしていただきました。



鼎談：学際を拓く 第3回

第1回HRW「導」チームからの問題提起

チ | ム 医 療 と リ ー ダ ー シ ッ プ に お け る 夢 の 実 現 に 向 け て



南 裕子 (みなみ ひろこ)

兵庫県立大学 副学長 / 当財団 理事

- 1965年 高知女子大学家政学部衛生看護学科卒業
1972年 イスラエル国ヘブライ大学医学部
公衆衛生学修士課程修了
1982年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校
看護学博士課程修了
1982年～1991年 聖路加看護大学看護学部教授
1985年～1993年 国際看護師協会(ICN)理事
1993年～2004年 兵庫県立看護大学学長・教授
1998年～ 日本災害看護学会理事長
1999年～2005年 日本看護協会会长
2004年～ 兵庫県立大学副学長
2005年～ 日本国看護学会理事長
2005年～ 国際看護師協会会长
2005年～ 日本学術会議会員



中村 伸一 (なかむら しんいち)

国保名田庄診療所 所長
あっとほ～むいきいき館 ジェネラルマネジャー

- 1989年 自治医科大学卒業
福井県立病院診療部
1992年 国保名田庄診療所 所長
福井県立病院外科
1996年 国保名田庄診療所 所長
1999年 名庄村保健福祉課 課長(兼任)
2000年 自治医科大学臨床講師
全国国保診療施設協議会 理事

保健・医療・福祉との連携による地域包括ケアを推進し、名田庄村の老人医療費、介護保険第1号保険料を県内で最も低いランクに。現在、生活習慣病の一次予防を目標とした国保ヘルスアップモデル事業を展開中。



平井 愛山 (ひらい あいざん)

千葉県立東金病院 院長
当財団ヘルスリサーチワークショップ幹事

- 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、船橋セイセイ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长に就任。
「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。

論 点

論点-1 日本の医療文化

- ・日本の医療は、地域を中心とするケア主導のイギリスではなく、キュア主導のドイツ医学を取り入れてきた。それが現在の日本の「医師主導の医療」につながっている。

論点-2 地域医療におけるチーム医療

- ・地域医療には地域のヒューマンリソーシズの連帯と活用が不可欠である。
- ・地域医療におけるチーム医療には医師の意識改革が重要であり、そのためには、臨床研修制度等、人材育成のあり方が鍵となる。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲

- ・看護職やコメディカルへの権限の委譲が行われない限り、新しい医療は作り出せない。但し、権限のあるところ、責任もある。

- ・権限委譲した業務の遂行が診療報酬に反映されるように制度化することが必要である。

- ・予防に関してはコメディカルへ権限委譲するべきである。それが医師不足の一つの解決策であり医療経済上も良い。

論点-4 ITとチーム医療

- ・医療においてITはますます大きな役割を果たすだろうし、「eラーニングマネージャー」など、新しいコメディカルの職種が重要性を持つだろう。

論点-5 意識の改革

- ・医療サービスの提供システムが変わる中、国民の医師や看護師に対する意識、とりわけ「医師が全てだ」という意識は変わらなくてはならない。変えるための仕組み作りも考える必要がある。

平井：今回の鼎談は南先生と中村先生においでいただき、特にチーム医療という視点からお話をしたいと思います。

最初に、自己紹介を兼ねて、どんなご経歴かということを簡単にお話しいただきたいと思います。

南：私は今は兵庫県立大学の副学長をしておりますが、基本的には看護教育を過去30年くらいやってきました。日本看護協会の役員も長く続けておりまして、最後の会長の6年を含めて15年間務めました。また、2005年5月から国際看護師協会の会長に就任しております。国際看護師協会というのは、129ヶ国が参加している、おそらく保健医療・福祉の国際機関では一番大きな団体だと思います。一方、2005年10月1日付で日本学術会議の会員に、看護学から初めて入りましたが、その背景は日本看護科学学会という、看護系で最も大きい学会の理事長をしているからかもしれません。また阪神淡路大震災を機に日本災害看護学会を立ち上げて、理事長をしております。

問題提起 チーム医療のリーダーとは

これは一つの問題提起なのですが、医師職の方々とチーム医療の話をしますと、チーム医療には色々な職種が関係することは同意されるのですが、その時いつもチームリーダーは医師だと思っていらっしゃる方が多いのです。本当にそうなのか。色々な場面の中で、また、様々な患者さんのニーズの中で、チーム医療のリーダーは固定するものではないと、私は思うのです。

もう一つ、看護職として、私たちが長年苦しんできているのは、あまりにも大きな医師の業務独占です。なぜもっとコメディカル、チーム医療のメンバーに権限委譲しないのでしょうか。看護職やコメディカルの裁量権の拡大がなかったら、新しい医療の作り方はあり得ないと思っています。ドクターたちも安心して権限の委譲ができ、住人の方々や患者さんも、医師の指示がなくても、チーム医療を組んでいる看護職のイニシアティブで行動ができる安心できる仕組み作りをしたいと思っています。

それは看護の専門分化と言うのでしょうか。しかし私は看護職の大半はゼネラリストだと思っています。医師は全員スペシャリストという制度を作られたのですが、看護職はそうではない。ただ、認定看護師や専門看護師の制度は、患者さんに質の高いサービ

スを提供できる体制を整えるにはリーダーたちが必要なので、こうしたスペシャリストの制度を作ったものです。

この人たちに本当の実力がついて、色々な方に認めていただいているのに、制度上の保障がないということが私たちが直面している問題です。医師不足の中で、実力のある看護師が仕事を肩代わりしていく、あるいは役割分担していくということをもうそろそろ考えてもよいのではないかでしょうか。

出だしから挑戦的で申し訳ありません(笑)。

中村：私は平成元年に医師免許を取りまして、今17年目になります。自治医大の卒業で、最初の2年間、スーパーローテート研修を受けました。医者になって3年目で、僻地の、医者一人しかいない診療所に行きました。普通だったら2年間で戻るのですが、私はそこが好きだったし、村の人も村長も継続してくれということで、5年いました。ご存知のように自治医大は9年間義務というのがありますから、最後の8年目、9年目をまた福井県立病院に戻って外科をやり、いよいよ義務あけの10年目に再び名田庄村に戻ってきました。

平成7年から、地域の保健・医療・福祉のスタッフや住民ボランティアの方と色々相談をして、一緒になって、保健・医療・福祉の総合施設を作ろうと、村長に意見をボトムアップで上げていったのです。それが通って、無床診療所の名田庄診療所と、それに保健福祉センター、デイサービスセンター、生活支援ハウスが併設する「あっとほ～むいきいき館」を平成11年にオープンさせました。スタッフは医師、看護師以外にも、保健師、管理栄養士、ケアマネジャー、ホームヘルパー、介護福祉士、デイサービス職員など、小さいながらも多職種の集団です。

医者になって17年のうち13年間名田庄村にいました。単に地域で医療を行うのではなく、医療を通じてその地域社会に貢献するというのが私の地域医療のスタンスです。ですから、私はゼネラリストに入ると思うのです。医者の世界は南先生のおっしゃられたようにスペシャリストの世界で、私みたいにゼネラルでやっている人は少数派です。

リーダーシップの問題については、看護師や保健師、福祉担当者、それからデイサービス職員やホームヘルパー、ケアマネなどの中に私もいますが、現在はそんなに強いリーダーシップを発揮す

る機会は稀です。当施設のオープン当初は、スタッフをグイグイ引っ張っていくリーダーでしたが、そのうちにコーディネーター役となり、今では、トラブルが発生したときの最後の砦でゴールキーパー的な役割を担っています。場面場面でいろいろな職種の人人がリーダーになります。

また、長年在宅ケアをチームで支えてきたため、国保の医療費地域差指数や老人医療費は県内で最も低いランクにあり、介護保険の第1号保険料も県内で最も安い金額です。

人口3,000人の村で高齢化率は30%。年間30人生まれて、30人死んでいる。大まかに言えばそんな村ですが、在宅死亡率はだいたい15割なので、在宅緩和ケアを含めた在宅医療あるいはチーム医療を実践する、最も良い場ではないかなと思っております。ちなみに在宅で亡くなる方の5割が自然死(老衰)で、2割が癌です。

問題提起

改革はヘルスリサーチの視点から

平井：私も地域医療をやっている人間で、内科の医師です。昭和50年に千葉大を卒業しました。卒業して間もなくから3年間大学の研究室の手伝いみたいなことをやり、それから、千葉県の田舎にある国立病院で2年やりました。研修医の時に、千葉県の漁村と農村の食事の調査をしましたが、その中で地域保健活動に関わって、特に保健師さんの教育を、千葉県保健所長会に頼まれて、もう二十数年ずっと続けてやっています。平成10年に、医学部長から指名で千葉県のある僻地病院に行ってくれということで、行きました。そこでの建て直しという中で、公的医療機関の役割をもう一回見直したり、また、地域医療の枠組みを、従来の病院完結型から地域完結型に変えていくことを行いました。

ちょうど糖尿病が急増してきた時期で、病院が単独で頑張ってもしょうがないので、病診連携の中でどのように地域の全体のレベルを上げるか、また、最終的に在宅医療までいったときに、民間の24時間の訪問看護ステーションが一緒にやりますが、どうやって研修支援をして、地域の医療スタッフ全体の底上げをするかということが最終的に私のミッションになりました。それが電子カルテネットワークになったりして、現在までできているのです。

私が「ヘルスリサーチを是非に」と思った一番のきっかけは、平成13年度に堂本暁子さんが千葉県知事になられ、千葉県の保健医療行政ががらっと変わったことです。たまたま、私は『健康日本21』の千葉県版の『健康ちば21』の策定専門委員長になり、知事から、よりきめ細やかなオーダーメイド的なものを作りたい、特に男女の違いをきちんと出して欲しいと、要請されました。

実はその年に知事からもう一つ、都道府県立病院で最初の女性外来を立ち上げろという宿題が来ました。エビデンスも何も無く、理念先行型でやっても意味がないので、『健康ちば21』をまとめる作業の中で、千葉県内の女性の保健医療上の問題点は何かということを調べました。色々な問題点が浮かび上がってきて、その問題解決のPDCAサイクルを回しながら、政策立案に持っていくということを初めてやらさせていただきました。

結局、問題解決型で新しい医療サービスや行政としてやるべきことをやっていくことが、今まで日本で少なかったのではないか。サービスされる技術は相当程度あるのだけれども、サービスの内容が住民の所に本当は行き渡っていないのではないか。これ

はまさにヘルスリサーチの問題です。

南先生がおっしゃるように、時代が変わって、医師・看護師の関係が色々変わり、非常にスキルアップし、従来の仕組みが古くなってきた中で、どう作り変えていくのかという部分に関しては、国会の議論だけでは絶対にダメで、やはりヘルスリサーチの視点から制度をどう変えていくかということを考えなくてはいけない。チーム医療でも、技術的にレベルアップしてきた中で、サービスを受ける側にベターな提供の仕組みを実現するためにはどうしたらいいかということを、ここでは原点として考えたいと思います。

論点-1 日本の医療文化

医療の歴史の中のチーム医療

ところで、日本の医療が歴史的に、鎖国時代でヨーロッパの文化にほとんど触れなくて、典型的な日本の徒弟制度の中で医者を育てた江戸時代と、一挙に帝国大学医学部を中心になってドイツ医学を入れてきた時代、そして戦前の方程式が全部崩れ去って、戦後民主主義でアメリカが入ってきたという、3種類の大きなカルチャーの洗礼を受けた中で、本当に日本にはチーム医療があったのかということを、振り返ってみたいと思います。

戦前の大法廷で出された『看護婦手足論』は、看護師は医師の手足と同じで、その起こしたものは全て医師に責任があるという発想です。それが、終戦後、昭和20年代に『共同責任論』の時代になって、最終的に今は『信頼の原則』という形に変わってきており、そこで、先ほど南先生がおっしゃった、全てドクターがリーダーシップを取っているというのは、ひょっとすると、日本の医療の歴史が引きずっている部分かもしれない。

南先生は国際的な仕事をされていらっしゃいますが、例えばアメリカやヨーロッパでは、看護師と医師の関係がどのような形できたのでしょうか。日本と対比していかがでしょうか。

論点-1 日本の医療文化

イギリスの医療の根底はケア

南：「近代看護はイギリス」と言われていますので、イギリスと日本を比べてみると、基本的に違うのは医の現場です。日本の場合は医師の家から始まっている一方、イギリスではキリスト教精神が普及していましたから、もともとは尼僧院を中心にして作られていました。近代看護のフローレンス・ナイチンゲールが、「看護というものは医療の中の二本の柱の一つを担う、ケアの専門家である」と言ったのですが、それがなぜ言えたかというと、もともとは医療の場が尼僧院なのです。

医療というのは2つの機能があります。(右頁下図参照)この図は人が環境の中で健康問題を持って生活しているという図です。この加齢や健康状態と人の生活との接点に働きかけていく機能がキュアであり、人の生活と環境の接点に働きかける機能がケアです。看護はこのふたつを担うのだけれども、ナイチンゲールの時代は、キュアは基本的には医師が主導で、ケアは看護が主導だという発想で、病院という所はケアハウスだったのです。医師はケアハウスに来て治療して帰られる。ケアハウス主導型なのです。

クリエイア戦争でナイチンゲールが有名になったのは、彼女が「傷病兵は負傷そのもので亡くなっているわけではない。むしろ劣悪な環境のために亡くなっている。だから、きれいな水や空気、暖かい毛布、清潔なリネンを整えること、つまりケアによって環境を改

善していくことで、人の自然治癒力は高まる」ということを提案して、実際、傷病兵の死亡率が20分の1になったことです。これは画期的なことで、このモデルが公衆衛生学だし、ICUのように環境を変えるとキュアの効率が高くなるという発想なのです。だからイギリスの「ゆりかごから墓場まで」の基本的な考え方は地区を中心しています。生活の場を中心としている。

日本は、もともとイギリス医学ではなくて非常にドイツ医学に馴染みやすかったからヨーロッパに行ってドイツ医学を取り入れてきた。だから医の現場が病院になる。ドイツはケアの側がものすごく遅れています。介護保険制度の先輩と言いながら、ヨーロッパの先進国の中で看護の質が一番低いのがドイツなのです。そこをモデルにして介護保険制度が生まれてきたというところに悲劇があると、私は思います。

平井：今日の日本の医療のあり方を規定したのは、戦前ドイツ医学を導入したことがあるのでしょうか。となると、やはりチーム医療のあり方も、イギリスとドイツは違うのでしょうか。

南：違いますね。ドイツは医師主導型です。現在でも、医師会はものすごく強力です。日本よりも強いくらいです。

論点-1 日本の医療文化 アメリカの医療は

平井：アメリカはどんな位置づけでしょうか。
南：アメリカは基本的にイギリスを継承しました。だけれども、全員が移民で、広大な土地なので、そんなに地域医療が発達するようなことはありませんでした。ただ、プラグマティズムの国で、良いことはどんどん取り入れるので、病院の中で発達してきている医療は世界の中でも水準が高いですね。

最近は、本当にターミナルケアに取り組むようになりました。人の死んでいくプロセスとか、心のケアの重要性が言われている。精神分析学はヨーロッパではものすごい偏見で見られているのですが、アメリカはおそらく西欧諸国の中では一番偏見を持たない。あるいは偏見を早い時期に取り除いた。ということは基本的にケアの視点を持つ文化を育てているのですね。

それと、医療経済の問題などが主導型になっていくと、入院期間を短くしてどんどん地域に出すことになりますね。出していくにはどうしたらいいかという考え方をします。例えば長期入院の精神科の患者さんたちを、地域に出すということで、よい意味で地域医療なのですが、ただそれだけでは地域はやっていけないので、一方で地域精神保健のシステムを作っていました。しかし長期入院した統合失調症の人たちがそれを使ったかというと、ほとんど使わなかった。使ったのは、鬱や神経症の人とか、適応障害の人、一般の人たちだった。

同じようなことが体の病気の人たちにも言えるのですが、ただ、アメリカは一口には言えません。アメリカ全体を統合するようなシステムが何も無くて、州によって違っている。非常に地域医療が発達しているところもあれば、そうでないところもある。ばらばらです。けれども、入院期間が短くなっているというのは現実の問題で、その人たちを、いわゆるアメリカの民主主義と人道主義が、地

域でどう受け止めていくかというシステムをどう作られるかが課題でした。イギリスとはまた違う特徴があるのです。

論点-2 地域医療におけるチーム医療 地域の支え合いこそ地域医療の要

平井：先生の今のお話で見えてきたのは、今までチーム医療という、医療機関内のチーム医療でしたが、それを取り払って、医療のあり方がコミュニティベースかどうかということを考えてみるべきだということです。

実は医療制度の決定的な違いは、イギリスの場合、だいたい人口2,000人に対して1人のホームドクターが年間契約でいて、それ以外の人は診てもらえないし、そのドクターが紹介状を書かないと病院も受診できないということです。日本の場合は完全にフリーアクセスですが、医療機関がフリーアクセスという状況の中で、コミュニティベースというものは可能かどうか。実はこれが、南先生が言わされた、チームの組み方によってリーダーシップを取るのはどんどん変わることと関係します。私はその意見には賛成で、特に地域医療の中で考えると、リーダーシップを取る人は変わって当たり前だと思うのですが、今後そういう方向に持っていくのであればどうしたらいいかということも併せて考えないといけないと思うのです。

中村先生は人口3,000人のところでのご経験もある一方で、他の所でも研修をされたと思うのですが、日本ではコミュニティベースのヘルスケアは可能なのでしょうか。

中村：例えば、極めて交通の遮断された山間僻地だと、離島だと、何はどうあれそこで完結するので、トータル的なコミュニティベースのヘルスケアはできると思います。

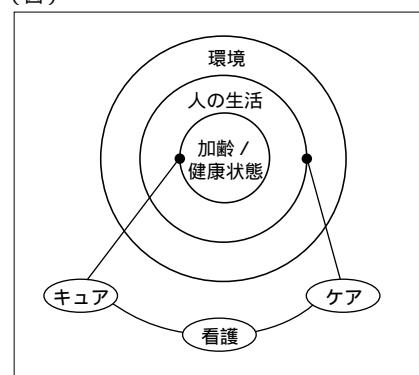
我々の所は山間僻地と言いましても、車で行けば20分で海にまで出られる所ですので、普通のどこにでもある日本の田舎です。今まで我々が、その小さな村で、少ない医療職やコメディカルスタッフと一緒にやってこれたのは、それが一つの自治体だったからです。小さな村だからできることを一つずつ積み上げて地域の包括ケアを築いてきたのです。これが現在起こっている市町村合併で一体どうなっていくのか。うちの村では、村長と私は非常に近い関係なのですが、それが大きな枠組みの自治体になってしまふと、遠くなってしまう。そうなると色々な権限や裁量が少なくなって、その地域におけるリーダーシップを發揮しづらくなりますね。

平井：本当に地域の

中でヒューマンネットワークを構築してやろう

とすると、せいぜい110万とか十数万くらいでしょう。そのくらいならば、医療機関同士の顔がよく見えるし、保険薬局や訪問看護ステーションが見える。お互いの顔が見える範囲が限界だと思う

(図)



のです。千葉県の場合、千葉市は人口80万で区が5つか6つあるのですが、その中で充分ながんのターミナルケアや脳梗塞後の在宅リハビリは、なかなか完結したものはできない。それに対して、山武郡の片田舎の方の人口十数万のところであれば、在宅の看取りまでできる。そこは医療過疎の場所であるのだけれども、逆に在宅チームを作れてしまう。都市部は医者も相当いて、施設も入院することではよいかもしれないけれども、退院した後の受け皿という面で、大都会こそ在宅医療の過疎地なのではないかと、私はいつも感じているのです。そこに日本のギャップがある。

中村：私の所のような地域だと、一番大きいのは地域の支え合いがあるということです。お互いに顔は知っていて、みんな病状を知っている。ですから我々の在宅ケアを支えるスタッフの中には、近所の人だと、親戚の人が絶対入ってくる。あと当然、介護する家族の方がいる。私たちの在宅ケアは私たちスタッフの努力ではなくて、そういった地域のインフォーマルなつながりであって、それによって在宅死の率が5割というのを何となくやっていると思うのです。そこをただ我々はサポートしているだけなのです。

論点-2 地域医療におけるチーム医療

人材育成による医師の意識改革が必要

平井：大変重要な話です。こういったコミュニティベースドの、色々な地域のヒューマン・リソーシズを含めて、それでトータルのサポートができる。地域の中でのチーム医療は、病院と診療所の病診連携という発想ではなく、要するに役割り分担をしていくという話です。診療所もチーム医療のメンバーだと思うかどうかの話です。そうなると、やはり医師の意識改革が重要で、そういう意味で一番期待しているのは人材育成です。

昨年からスタートした新臨床研修制度で、地域保健、地域医療が一定期間全員に義務付けられています。千葉県の場合、病院群方式で県立病院が臨床研修をやっていますが、私はプログラムを作成したメンバーの1人でした。地域保健に1ヶ月、地域医療に1ヶ月行かせるというように切り離して、保険薬局にも送り込んで、薬剤師の服薬指導業務だけを1週間勉強させる。それから訪問看護ステーションに1週間預けて、訪問看護を徹底的にやってもらうということで、コミュニティベースドの現場をかなり経験させないと、意識改革は絶対できないと思うのです。

南：兵庫県の診療所の先生たちを対象にした調査があります。2001年に、在宅医療、特に末期がんの患者さんたちのケアについて聞いている調査なのですが、ほとんどの医師が関心がないですね。そしてモルヒネ等の麻薬の鎮痛剤を使ったことがあるかと聞くと、使ったことがあるという先生は55%。今後ターミナルケアをやりたいと思っている人は1/3。だから、本当に私は中村先生は希有の存在だと思います。(笑)

論点-3 コメディカルへの権限の委譲

在宅ターミナルケアを看護師に

その調査結果を見た時、私は在宅ターミナルケアは看護師に任せてもいいと思ったのです。例えば鎮痛剤の処方は、今は医師がしないといけない。ところが、患者さんは、その人の体質があるし、生活環境があって、どの鎮痛薬がどのように効くかということは個々違います。鎮痛剤が合わないと終日眠ったりして、患者さんは本当に身動きがとれなくなってしまいます。痛みをコントロールして自分の生活をしたいから在宅で鬱病しているのに、朝

から晩まで寝ているようになる。鎮痛薬に強い専門看護師は、その人の生活に入つて、生活の面から見ます。副作用の出方も見えますから、この薬の方がよいというのが分かるのです。

看護師なら誰でもとは言いませんが、みんなが安心できるような能力を持ち、訓練を受けた看護師だったらある一定の権限が委譲されてもよいのではないか。アメリカもそうだし、例えば韓国ではコミュニティ・ヘルス・プラクティショナーというナースが、一定の処方権を持っているのです。

平井：私も、おそらく中村先生も賛成だと思います。

南：よかったです(笑)。

中村：例えばADL評価とかQOL評価など、私たちがちょっと行つても分からぬことを、看護職の方は本当によく分かっています。家族と関わるという点においては看護師もそうですし、ケアマネージャもそうですね。私たちは患者さんのお宅に30分以上いることは少ない。例えば認知症の出始めの軽症の痴呆などは私たちは絶対に見逃しています。5分や10分世間話するだけでは分かりませんから。でも看護師には分かる。あとは褥瘡とか皮膚疾患、特に初期の疥癬などは、入浴介助しているデイサービス職員の目にかなわないです。こういったスタッフのおかげで上手くケアができているといったことを、私は現場でよく経験しています。PT(理学療法)やOT(作業療法)が我々より優れた面が多くあるということは言うまでもないです。だから看護師にかなりの部分の権限を与えてよいと思います。

現実には、優秀なナースの言う通りに、そのまま処方箋を書いていることも、現場ではよくあると思います。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲

権限がないと責任もない

南：現場はそうだと思います。良い関係があるとき「先生、ここをもう少しこう処方していただけませんか」と看護師が言って、医師がその通り書いてくださったりしているときがあるのですが。ただ中村先生、問題は、権限がないということは責任がないということなのです。責任の経験をしていかないといけない。優れた看護師はどちらにしても優れてちゃんとやりますが、しかし、看護職も当然責任を取らないといけない事柄に、責任を取らせてもらえないのです。医療事故が起ると責任を取らされるのですけれども(笑)通常の業務の中では取らせてもらえない。

例えば、前の医師会長の坪井栄孝先生に教えてもらったのですが、その病院では在宅ホスピスを始めたので、病棟の看護師をハワイへ出張させて研修させたそうです。ハワイでは、死の宣言を看護師ができるのです。それを学習したのです。日本の看護師は死の3徵候(心臓が止まっていること、呼吸が止まっていること、瞳孔が開いていること)の観察をするのですが、看護師が自分で「これをもって臨終です」と言うことは一度もありません。

中村：宣言ができないのですね。

南：宣言ができないということは、判断しないということです。その看護職は帰ってきて坪井先生に「臨終です」というとき、体が震えた。鳥肌が立った。こんな思いを先生方はされているのですね。」と言ったそうです。医師だって不安ですよね。3徵候が消えたからといって、本当に死と言えるのかどうかは、経験を積むことが必要だし。看護師なら誰でもできるとは思いません。しかし、教育や

研修を受けて、ある水準をクリアした人が、僻地の患者さんが亡くなった時に、死亡診断書をなぜ書いていけないのか。なぜ痛みの処方をしてはいけないのか。

しかしそれは医師がやるべきだという法律があって、そのほうが看護師も楽なところもあるのも事実です。

中村：「あとは先生に。」という逃げができてしまうのですね。

救急救命士の医療行為、ヘルパーの医療類似行為、一般人のAED使用など「生の医療に対する規制緩和」は進んでいるように、看護師の死亡診断など「死の医療に対する規制緩和」も進むといいですね。実際私たち僻地でソロプラクティスをしている医師が、出張や冠婚葬祭で不在にしたとき、一番困るのが在宅患者の死亡なのです。救急患者は、救急車で病院に搬送すれば何とかなります。しかし、長年診てきた在宅患者が亡くなったとき、救急指定病院の当直医に往診してもらうわけにはいきません。ある一定の条件のもと、看護師に死亡診断の権限を認めれば、僻地の医師は非常に楽になりますね。少し楽になれば、若い医師達から僻地医療が敬遠される事も少なくなるのでは？

平井：ヘルスリサーチ的な視点から言えば、プリミティブな時代の医療は医師が全部やるのでよかったかもしれないけれども、医療の場が病院を離れて、在宅、コミュニティベースドになってきた時には到底不可能なのです。役割分担をするべきであり、役割分担というのは権限の委譲と責任をシェアリングしないとだめなわけです。それを海外と比べて日本の場合どうなのかということを、制度的に比較していくかないといけない。最終的には委譲をすることによって、スタッフのモチベーションも上がるし、結果的に在宅医療の質が上がりことで、QOLも上がるわけでしょう。

南先生、権限委譲に関して何が一番阻んでいると思いますか。

南：厚労省の弱気だと思います。医療提供体制を厚労省の行政はよく分かっているのですよ。だけど、医師会や政治家との調整がわずらわしくて「まあまあ」で抑えている。もう一つは、住民の意識も変わらないといけないと思います。

ただ、ヘルスリサーチの話でご紹介したいのは、兵庫県が今行っている研究で、小児の電話相談です。少子化の中で病児のお母さんたちを支えていかなくてはいけないということで、電話相談センターを設けたのです。ベテランのナースたちや、大学院在籍中の人たち、専門看護師など質の高い看護師たちが、そこで7,000件の対応を重ねて、そのうち医師でないと回答できなかつたことは2件だけだそうです。

中村：7,000件のうちの2件ですか。

南：ということは、ほとんどの人が医師の診察が必要なレベルの病気ではないということなのです。だけれども、それだけの社会ニーズがある。それがほとんど対応されていない。また、病院に来て先生方が診察される、例えば胃腸系の患者さんでも、本当に胃腸の器質的に問題になっているのは限られていますよね。だから看護職が外来でインテイクをやったらどうか。先生たちも忙しい外来で全部つぶされることはなくなる可能性がある。そういうへ

ルスリサーチの研究をやってもらいたいと思います。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲

診療報酬に反映される仕組みが必要

中村：そう思います。うちは予診はナースがとって、その後私が診ていますが、予診の段階で何の変化もない人に対して薬を処方する権限も、ナースにあってもよいと思います。問題のある患者さんだけをドクターが時間をかけてしっかり診察する。そうすれば、外来の混雑や3分診療など無くなるのではないかと思います。

南：そういう予診をナースができるような仕組みを作つてしまふ所も少ないですよ。ほんとうに少ないのです。

平井：女性外来では予診を相当程度看護師がやっています。コメディカルの役割が非常に大きいのです。

私のところは、糖尿病の療養指導士を一番活用している病院です。特に糖尿病でインシュリンの自己注射をやっている患者さんには、血糖を自己測定したデータを持ってきていただき、診察室でドクターが診察するのですが、うちの場合はその前に、療養指導の170点の診療報酬によって、予めオンラインシステムで

データを吸い上げて、どの時間帯に低血糖があつて高血糖があるかをチェックする。そして診察前に20分くらい療養指導士の看護師が聞いて、問題点をチェックアップしてから診察室に行く。そこで看護師のヒアリングした内容を踏まえて、次の4週間のインシュリン量をドクターが決定する。その後の指導は全部看護師がやる。最初の20分と後の診察後の10分、足して30分を看護師が療養指導するということで、千葉県の社会保険事務所に話をつけました。それで、彼らのモチベーションが非常に上がりました。

南：診療報酬に還元しないとだめですね。

平井：医者がやっても170点もつかないというところがすごく重要で、それによって療養指導士というライセンスが、本当に生きてくるわけです。そういう仕組みを作つていかないとだめですね。やはり、権限委譲と同時に責任です。そして一番重要なのは、自分たちがこれだけやったということが、病院の収益や経営健全化にも貢献しているのだということです。

問題は、問診のところが評価されていないことです。それがライセンスなりで裏付けできれば、総合診療外来はドクターだけでやるのではなくて、最初のヒアリングをするスキルを持ったコメディカルスタッフとドクターでセットであるという形がとれる。そこら辺は制度を変える必要があるのでしょうかね。

南：そうですね。私はアメリカで女性外来を患者として経験しました。1ヶ月間アメリカに行っている時に、更年期障害でのぼせがすごかったです。ナースのプラクティショナーに電話をして聞いたところ、「更年期の問題というものは生活全般の課題です。だから、生活全体から考えていきましょう。」と言われたのです。つまり、私の生活デザインをともに考えるやり方です。運動や食事から改善していく。そして最後に、「それでも改善しないで、もし薬を処方するしたら、あなたの症状の場合はこの薬が効くと思います。」ということでした。

そういうケアとキュアをドッキングしたような、ヘルスに近いあたりの問題も、僻地医療や女性外来では、両方とも知っている専門



私たちの在宅ケアは地域のつながりの人たちの力が大きい。それによって在宅死の率が5割となっているのです。私たちスタッフはそこをただサポートしているだけなのです。



家に委譲してもよいのではないかと思います。

私は、看護協会の中で「まちの保健室運動」というのをやってきました。学校に保健室があるように、街々の色々な所に保健室があって、気軽に立ち寄って、色々なことを相談するというもので、ボランティアベースで、看護協会を中心にしてできましたが、すごく評判がよいのです。

診療所に行くと3分診療で、聞いてもらえないような、例えば、セカンドオピニオンの問題や、認知症の初期兆候だとか、家族の問題というような事柄について対応しています。兵庫県看護協会は「まちの保健室」というものを県下各地でしているのですが、兵庫県立大学地域ケア開発研究所の教員も関わる「まちの保健室」を毎月1回やっていて、30人くらいリピーターが来ます。実はその人たちは『自分は今月も健康だった』ということを確認に来ます。色々持病はあるのですが、全体的に健康だということで、持病の対策をとりながら、自分は自立している。「これでよかったな。」と安心して帰るのです。一方、血糖値がちょっと高くて心配だとか、女性の性の問題だとか、色々な専門の看護の講座の教員たちが「専門まちの保健室」を開いています。そこへ来る人たちは少し病気に近い人たちです。それも大事です。全てが大事なのです。

ヘルスリサーチにこういうものも良いのではないかでしょうか。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲 医師不足の本来の解決策として

平井：来年の医療制度改革の中で方向性が出てきているのは、予防という視点です。ポピュレーションベースで考えた時に、非常に軽症の予備軍程度の人と、発症しているけれども初期の人と、もうアドバンスで合併症が出てきている人に階層化できる。三次予防で医療費が高くなるところを食い止めるという意味ではホスピタルベースでよい。最初の予備軍的な人たちや、発症して間も

スライド - 1

国保ヘルスアップモデル事業

★ 平成14～16年度 全国33自治体が指定

★ 目的

- (1)健康度指標の作成
- (2)効果的な健康づくりプログラムの開発
- (3)対費用効果の明確化

→第三者評価

スライド-2

成人期(無作為化比較試験:RCT)
30~65歳の対象者93名の年齢・性をマッチさせ 以下の3群に無作為化した
★ 従来介入群 31人
★ 強力介入群 31人
★ IT介入群 31人

スライド - 3

成人期
強力介入群(外部の管理栄養士・運動指導者)

- ★ 会員登録手順を通じて連携感を高め
モチベーションを共有
- ★ 離乳食(保護者・運動指導)による
きめ細やかな指導
- ★ 血圧計測配布しセルフモニタリング
- ★ 頭痛用手指マッサージ(しゃくわき夢タング)
配布しトレーニングストレッチを指導
- ★ 使いやすいアプリを用いて個人別の
食事バランスチェック

スライド - 4

スライド - 5

IT介入群～メール配信例～	
～運動編～	～食事編～
<p>まずは筋から。 次二回の筋もよくやります！</p> <p>両手で腰を握り、倒して、首の後ろ側を伸ばします。</p> <p>肩を止めず、気持ちよく伸ばしましょう。</p> <p>無理に伸びようと 首を痛めるので 気をつけましょう！</p> 	<p>中でもとこんなに見た目の量が減ります。これだったら350gはクリアできそうですね。</p> <p>調理を工夫することで無理なくお野菜をいつまでも食べましょう！</p> 

スライド - 6

スライド - 7

メールでの栄養相談(栄養士一参加者)

まっさらさんはよろしくお見えです。栄養士の相談です。昨日のお食事内容は、ヨーグルト、朝ごはん、昼ごはん、夕食まで、一通りではオーバーハンドでござります。
ただ、まっさらさんはヨーグルトが苦手で、すやすや、昨日の朝食から全く味わいのある朝食の量が減ったことに気が付きました。専門的なところでは、ヨーグルトをヨーグルトと一緒に食べたり、ヨーグルトをヨーグルトと一緒に食べたり、などです。

スライド - 8

Communication Method	携帯電話 (Black Bar)	スマートフォン (White Bar)
携帯電話	10	0
スマートフォン	0	10
固定電話	10	10
FAX	0	0
Eメール	10	10
インターネット	10	10
テレビ電話	0	0

ない人々は、従来の行政は「保健師が」という発想だったので
すが、それはやめて、「まちの保健室」もそうですが、ドクター以外
のコメディカルに権限を委譲してやったほうが医療経済上もよい。

今後の少子高齢化の中で、こうした形に制度を変えていかないといけないでしょう。中村先生の所ではいかがでしょうか。

中村：虚弱なお年寄りを拾い上げるという意味では、保健師やケアマネ、社会福祉協議会、ボランティアが、小さな地区毎に集会所に虚弱な高齢者を集めて、月1回なり月2回の定例的な地域ふれあいサロンを行なっています。ときどきOTに入ってもらうこともあります。閉じ込もり防止や介護予防に一定の役割を果たしています。彼らにとって診療所や保健センターはアウェイで、集会所はホームですから、集会所の方が本音の話が聞けますね。それがたぶん、「まちの保健室」に当たるようなものかなという感じです。

平井：その辺りのエビデンスが出て、地域で比較して数値化して、例えばファイザーヘルスリサーチ・フォーラムで発表したりするということが積み重なっていくと、初めて制度改革をしてこうしようという議論が出る。役人の思いつきで制度改革をやったのではなく、外れることが圧倒的に多いわけです。

例えば、今医師不足ですが、これは医師の定数を見直して、医科大学の数をまた増やせばいいという問題では全然ない。本来、先ほど言ったように、階層化をして、一次や二次予防はドクター以外のスタッフをもっと活用してやらないとだめだという議論がなされなくてはいけないのに、それがほとんどされていない。そこをもっとやるために、エビデンスで全員が共有できるような形で示していくというのが、ヘルスリサーチの役目かなと思うのです。

論占-4 ITとモード医療

ITの発達とチート医療…名田庄村の例

中村：ところでITとエビデンスのデータを用意してきました。「国保ヘルスアップモデル事業」という厚生労働省の一次予防に関する事業で、全国で33自治体が指定されていて、うちの村も指定されています。

(スライド-1)目的は3つです。 健康度指標を作成して、効果的な(健康づくり)プログラムを作って、対費用効果の明確化、ということです。統計のプロが第三者評価をしています。

(スライド2) 成人期と高齢期に大きく分けていますが、本日は特

に成人期の方だけ話します。従来介入(従来の保健師・栄養士の介入)と、IT介入(携帯電話を使った介入)強力介入(全国的に有名な管理栄養士とヘルストレーナーを招いてやった介入)の3群に参加者を無作為に振り分けました。

(スライド-3)従来介入は省略して、これが成人期の強力介入です。管理栄養士、ヘルストレーナーで集団指導を通じてモチベーションを共有した上で、血圧計、筋トレ用テキストを配布してセルフモニタリングする。食事は使い捨てカメラを各人に渡して食事を撮って、栄養士が分析するといった方法で行い、個別にきめ細かく指導しました。

(スライド-4)IT介入の方は、地元の栄養士と外部のITスタッフ(非医療従事者)管理栄養士、健康運動指導士というメンバーで介入しました。携帯電話を利用して、定期的にメールマガジンを配付して健康情報を提供する。あとメーリングリストでは、励まし合ったり仲間作りをして週一回状況を報告する。また、食事の画像を送信して、個別栄養相談する。それから集団で時々集まり、学習会を開く、というようなことをやりました。

(スライド-5)これはメールの配信例です。

(スライド-6)個別の栄養相談では、自分の食事を写真で撮ってメニューを書いて、栄養士に送る。

(スライド-7)栄養士にが栄養のバランスとか、これこれに気を付けなさいといふような指導を行う。

(スライド-8)開始後一年の現在、結果として、IT介入群が一番良かったという結果です。

ITを使ったチームの介入で一番重要な役割を果たしたのは、実は、外部の非医療従事者のITスタッフで、メールのやりとりや、専門職につなげるまでの分配役・コーディネーター役をやったのです。

私がこの事業を通じて思ったのは、こういった携帯電話やパソコンを通じた健康づくりのコードィネートをする「eラーニングマネジャー」などの新しいコメディカルの職種が出てきてよいし、これから時代の一次予防、健康づくりというのは、こういう感じではないのかなということです。

平井：今までのITは、遠隔化とか、あるいは電子カードネットワークというように、職種が絞り込まれた中でのもので、やはりクローズドのチームワークでした。もうちょっとそれを広げて、今先生がおっしゃった、新しい職種が出ることによって輪が広がってくるということもありますね。

南：私も、これから医療はITが大きな役割を果たすと思います。外来に来なくても自宅で、ITを介した色々なしがすごく発達していくと思います。それを見越して兵庫県立大学では、応用情報系大学院を作りました。学部を持たない応用情報系大学院で、ヘルスケアの部門が1つあり、看護師も入ってこられるところです。



エビデンスが出て、地域で比較して数値化することが積み重なって、初めて制度改革をしようという議論が出る。役人の思いつきで制度改革をやったのでは、外れることが多いのです。

ITの専門家だけだったらヘルスがわからない、医療者はITができない。だからこれをドッキングさせたかったのです。そのリーダーを作るために、大学院を作ったのです。

今、ヘルス情報がいっぱいありますよね。『みのもんた情報』などは、本当に高齢者の中に浸透しています。トコロテンがいいと言ったら、スーパーマーケットにトコロテン無くなってしまうくらいに。(笑)すべてやっていたら何を食べいいかわからなくなってしまうから、こうしたテレビ情報やIT情報を上手にコントロールしていく。本当にそれは大事なことだと思っています。色々なパターンで作っていったらいいと思います。

中村：そうですね。そのあたりをどうやって構築するか。

うちは人口が少ないので、研究としては少々難があるので、南先生のお力で、もっと人口の多いところでデザインを組み直してやると、これは絶対面白いヘルスリサーチになると思います。

南：そうですね。

論点-5 意識の改革 まず必要なのは国民の意識の変革

平井：今日は、医療サービスを提供するチームの中でのあり方の議論しか時間とれませんでした。本当は住民とか、サービスを受ける側が、どうふうに見方を変えていくかということも非常に大きいところなのですが。しかし、今話したようなサービスを提供するシステムが変わることによって、医師・看護師に対する意識、特にお医者さんが全てだという意識は変わってくると思いますし、そこを変える仕組みを考えないとダメでしょう。

南：そうですね。介護保険制度も、私は制度ができた時に一番大事なのは国民の意識改革だと思つたのです。だって今まで家族のやってたことを肩代わりする制度としてできた以上、意識の変革がないといけない。「あそこのお嫁さんは何もしないで、ヘルパーさんに頼んでいる。」というような見方をされると、何もできないのです。でも、ヘルパー

さんたちにはできない家族の役割が家族にはあると思います。日本の介護保険制度でも住民の意識改革はまだまだですし、医療に対しても、どんなに勉強している看護師よりはドクターに1分診てもらったら満足するという、住民の特徴がありますね。これどう変えられていくかですね。

平井：今日は非常によい切り口が色々出されたものと思います。これをどうヘルスリサーチでやるかというのは次の課題にして、時間がまいりましたので、今日の議論はこれで締めたいと思います。どうもありがとうございました。

南：よい勉強をさせていただきました。ありがとうございました。

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

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。)



(上)会場 (右)会場



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

1. 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・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 専務理事

岡部 陽二

2. 来賓挨拶

厚生労働省大臣官房厚生科学課長 安達 一彦 氏

「厚生科学研究費が昨年度400億円を超えたが、その成果を国民のクオリティー・オブ・ライフの向上に繋げるためにはヘルスリサーチの振興が重要である。その意味でファイザーヘルスリサーチ振興財団の活動は価値がある。役所は小回りがきかないところもあり、官民がお互いに足らざるを補いつついろいろなことに取り組んでいく時代が来ていると考えている。」と述べられました。



3. フォーラム(研究発表)

(この項、敬称略)

(会場)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

重症急性呼吸不全症候群(SARS)は、2002年11月に広東省にて初発例が報告され、2003年3月には全世界に感染が拡大するのではないかと、公衆衛生上の大きな問題となった。今回、日本および中国の感染制御に対する体制がどのように両国で異なっており、SARSの感染爆発により中国の感染症管理体制がどのように変化したかを検証し、保健所機能に関する検討を行った。

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

従来型の特別養護老人ホーム(以下、特養)はほとんどが大部屋であり、住環境の改善が求められていた。新型特養は全室個室であるが、ホテルコストを追加的に負担しなければならない。そこで本研究では、低所得者世帯に対する新型特養の入居費の適切な補助額を明らかにする。

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

生活習慣病予防プログラムの長期的有用性について評価するために、K町の健康教育プログラムへの参加群と未参加群で健康状態の変化に差異が認められるかどうかを、基本健康診査データに基づいて評価した。その結果、参加者の「要医療」対象者は加齢にかかわらず減少を見ており、自己の健康状態のコントロールを適切に行っていたことが推察でき、今回の生活習慣予防プログラムの有用性を確認することができた。

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

本研究では、フィンランドおよびスウェーデンで障害を持った子供を養育している家族に対するヒアリング調査を実施し、在宅での療養環境、とくに家族の負担や家族の健康状況、社会的サービスへの要望等について明らかにし、日本で開発した在宅療養環境を評価する尺度の妥当性の検討とその改良に関しての資料を得ることを目的とした。本研究の成果は、今後のわが国の障害者への支援体制を検討する際の指針として重要な結果であると考えられた。

(会場) 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

女性外来が全国的な展開を見ており、医学・薬学分野における性差医療・医学の浸透もあって、着実に性差に基づく女性医療ならびにエビデンス構築が根付き始めている。今回は現状と課題について述べる。日本においてもOne-Stop Shoppingモデル型の女性医療を提供する医療施設が誕生しているが、米国が展開している National Centers of Excellence in Women's Health と比較したとき、その質において大きな差がある。今回は Harvard 大学ならびに Mayo Clinic における女性医療・性差医療の考え方を紹介する。

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

近年わが国では児童虐待が増加し、少年犯罪が低年齢化するなど、子どもの心身の健康を巡ったさまざまなトラブルが社会問題となっている。これらの問題では介入予防が重要であり、それを通じた子育て支援の果たすべき役割は大きい。本発表では、豪州の「Triple P-Positive Parenting Program」を紹介するとともに、わが国における実践活動と研究の経過を示す。

カナダにおける親と死別した子どものビリーブメントケアの現状

東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科博士後期課程 / 東洋英和女学院大学死生学研究所研究員 小島 ひで子

カナダの Bereavement Family of Ontario (BFO) での親と死別した子どもへのビリーブメントケアの実践を通じ、日本の視点から、日本の子どもに必要なビリーブメントプログラム開発への示唆を得ると共に、ビリーブメントケアの意義を見出す事を目的として研究を実施した。その結果、日本の子どもたちへのプログラム開発及び実践への示唆をえる事ができた。

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

過疎地域の医師不足は問題であり、特に影響が深刻な診療科は、産婦人科と小児科である。しかしながら、こうした医師の過少偏在と周産期アウトカム指標との間に本当に関連性があるか否かはほとんど明らかになっておらず、医療政策的な説得力のためには大きな地域の分析かつ比較的標本数が多い分析が求められる。そこで北海道における21の第二次医療圏毎の小児科医師数および産科婦人科医師数と周産期医療の各指標との関連性を解析した。

(会場) テーマ : 医療サービス 座長 国際医療福祉大学薬学部教授 薬学部長 日本薬剤師会・副会長 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

これまでに、患者中心の医療の実現のために、アトピー性皮膚炎においては患者のニーズや認識についての研究がすすめられてきたが、小児アトピー性皮膚炎において治療の選択を行うのは患者家族である。しかし、これまでに患者家族を対象とする調査は十分に行われてこなかった。そこで小児アトピー性皮膚炎患者家族における Decision Making の現状と要望、Shared Decision Making の促進・阻害要因と考えられるものとその背景、について探索的な研究を行った。

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

出産後の母親の育児負担についてはストレスや育児サポートから研究がされているが、量的な視点からの育児負担に関する検討は少ない。本研究は母親の育児負担を量的に測定し初経産婦別の客観的なデータを得ることを目的とした。

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

本研究の目的是、Nursing Work Index を用いて日本と米国のヘルスケアアウトカム (看護師のバーンアウト、患者の転倒・転落、針刺し事故に関する) を比較することである。結果として、勤務する病棟の看護ケアを評価する項目では、米国に比べて日本の看護師の方がはるかに低く評価していた。しかし、日本側では病棟毎に調査結果を集計することができたため、同じ病院内でも病棟によりケアの評価に関しては、かなりの差があることがわかった。また医師との関係の良さに関しては、日本側が低く評価している。

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

日本の医療制度は優秀なシステムであるとWHOの評価は高いが、経済成長の低迷によるマクロ経済政策の転換と日本社会の成熟化から惹起された医療需要の多様化という経済の環境変化により制度の変革が迫られている。しかし、依然として医療倫理は医師個人の精神論が中心である。そこで、セルズニックが言う「制度的リーダー」に注目して、赤ひげを歴史的に検証することにより、期待される医療倫理とリーダーシップを考察する。



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 -

中央大学法科大学院 教授 佐藤 恵太

医薬品の取り違え事故が頻発する理由として、医薬関係者の疲労蓄積による「うっかりミス」が指摘されている。防止策として、取り違えを生じる個々の過程を分析し原因を除去する対策が有用であろう。その意味でヒヤリハット事例分析には、大きな期待がかかる。本研究は、これに加えて、取り違え事故防止をより確実なものにするための制度的なバックアップ策がないかとの観点から考えられた、制度策に関する研究である。本研究では、特に「医薬品を特定する名称の数を減じさせる」という方策を中心として進められた。

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

本研究では、まず、遺伝子特許をめぐる最適な制度設計について検討し、次に、医療方法の特許について、制度構築のあり方を検討した。更に、診断に用いられる遺伝子特許、特許化が拡張された場合の医療特許などの使用を円滑化し、それにより医療の質を向上させるための手段として、特定分野の特許を集合体として集中管理する、コンソーシアム方式の特許管理の手法について検討した。

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科学研究科 教授 山田 直志

人口の高齢化が進むにつれて、薬剤費の国民医療費に占める割合が必然的に増加する。日本の薬事制度では度重なる薬価基準の改定が行われ、医薬品の規制緩和が進みつつある。本研究プロジェクトの目的は、米国の薬事政策との比較研究の視点から、日本の医療政策の変化が薬剤費、ひいては日本の医薬品産業に、どのように影響しているのかを実証的に検証することにある。

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

アメリカでは近年、終末期におけるがん以外の疾患に対するホスピスケアの利用が増加しており、高齢者の約4分の1が終末期に、自宅やナーシングホームでホスピスケアを受けている。メディケアからの給付は、在宅ケアを基本とし、介護者のいない患者に対しては、ホスピスケアのチームがナーシングホームを訪問してケアを提供している。日本では「ホスピス=がん患者に対しての緩和ケア病棟」というイメージが定着しているが、苦痛をとりのぞき、患者やその家族に対してでも心のケアを提供するという地域のホスピスケアチームの形態は、要介護高齢者の終末期ケアの良いモデルになるであろう。



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

精神障害が発生してから精神科専門医療を受診するまでには様々な経路パターンが存在し、受診経路、患者背景などによって受療への遅れが助長されている可能性がある。本研究では本邦における精神科受診経路の概要と受診の遅れの関連因子を調査した。初療の改善のためには、一般住民に対しては気分障害の啓発が重要であり、一般身体科医においては、プライマリ・ケア医としての初期治療は不十分であり、精神病症状を除けば精神科への紹介が遅かった。

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・歯学部附属病院 脳・神経・精神科 助手 兼田 康宏

日米間での統合失調症への「第2世代」抗精神病薬処方率の差異の原因を探るため、抗精神病薬処方に関する精神科医の意識・動向を、日米間で比較・研究した。「自殺の恐れがある」統合失調症を除いては、日本においても、第2世代抗精神病薬が主剤として使われていた。置換の進み具合にもよるが、近い将来、日本における第2世代抗精神病薬の処方率は、米国並になるものと考えられた。

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

効果的ケアマネジメントの開発のために、これまでにケアマネジメントが発展的に行われている英国と米国のケアマネジメントを巡るシステムとその実践を比較検討した。この国際的比較検討研究より、わが国における精神障害者ケアマネジメントは米国のACTを包含しつつ、システムとしては英国のCPAを取り入れたものが望ましいと考えられた。

(会場) テーマ : 新たな潮流

座長 慶應義塾大学経営大学院・三菱シェアシップ教授 矢作 恒雄



標準的小児心肺蘇生法の普及と小児救急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

2002年、我々はAmerican Heart Associationの協力のもと Pediatric Advanced Life Support (PALS) の本邦導入に至り、小児心肺蘇生法の標準化を実現した。更に、PALS教育システムの品質確保の検討を重ね、加えてPALSが小児救急医療サービスにもたらす多様な波及効果と、その応用につき検討を加えた。

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

本研究では、数種のインターネットの検索エンジンを利用して糖尿病に対するe-Healthシステムの現状を調査した。さらに、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を構築し、その有用性を評価した。

病院施設内におけるサインコミュニケーションデザインの研究

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

サインデザインとは、空間と人間のコミュニケーションを円滑にするためのデザインであり、誰にとってもわかりやすいユニバーサル性の高いものでなければならない。特に病院施設では、入院患者の療養生活の場でもあることから、一般の商業施設以上に優しさや安らぎ、心地良さが求められる。そこで本研究は、患者だけでなくあらゆる人にとって視認性が高く、機能的なサインデザインシステムを提案することを目的に行った。

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

未成年に対する喫煙防止や禁煙支援方法の開発は世界的に模索が続けられている段階である。本研究では世界初の未成年むけ長期禁煙支援コンテンツとして開発されたIT利用（携帯メール通信利用を含む）禁煙支援プログラム「禁煙ジュニアマラソン」に改善を加え、その禁煙成果と未成年禁煙推進システムでの位置づけについて検討した。

(会場) テーマ : 医療評価

座長 国立国際医療センター 名譽院長 小堀 鳴一郎



臨床医の診断推論能力の客観的評価と国際比較

藤田保健衛生大学医学部一般内科 助教授 野口 善令

医学生の診断推論能力についての日米国際比較を行った。特徴的な相違点として、日本の医学生は検査前確率が低い症例シナリオの検査前・検査後確率を米国医学生に比べて有意に高く推定することがあげられた。日本の医学生では、疾患をうまく除外できずいたずらに検査を繰り返す状況に陥りやすい診断推論プロセスが形成されていることが示唆される。

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

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、1日の調査日を定めて、調査対象病棟の全患者（対象患者3330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。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。

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学系女性生殖発達病態学教室 大学院生／ハーバード大学公衆衛生大学院 客員研究員 小林 雄

米国ハーバードリスクマネージメント財団において、同財団の開発した医療機関の医療事故リスク評価プログラムの運用及び医療機関との連携の実態を調査し、日本に適用可能な新たなリスク指標とその運用スキームの開発を目的として研究を行った。日本において同様の病院の医療事故リスク評価を行い医療機関の質改善に役立てるには1)訴訟となった医療事故の蓄積と分析、2)そのエビデンスに基づく評価項目の策定、3)医療機関が安心して医療リスク評価を受け、その結果を質改善に相互利用できるシステムの構築が必要である。

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

最近、「EBM (Evidence-based medicine : エビデンスに基づく医療) はわが国の臨床現場に根付かない」という否定的な意見をよく聞く。その背景には、EBMに対する誤解があるといわれるが、原因が誤った認識にあるにせよ、医師がどのようにEBMを理解し診療に取り入れているかを知ることは、今後の医療や医療政策のあり方を考える上で重要な情報をもたらすと考え、本研究を実施した。



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)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

本研究では、内外における 医療機器の価格、 価格形成過程について、その実態を明らかにすることを目的とした。調査対象機器は、経皮的冠動脈形成術用(PTCA)バルーンカテーテル、冠動脈用ステントセット、埋め込み型心臓ベースメーカー、人工股関節・膝関節、上部消化管内視鏡、眼内レンズ、CTスキャナー、MRI装置の8種類とした。

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：武藏野大学薬学部薬学研究所製剤学研究室 教授 大塚 誠

本研究は、ジェネリック医薬品の先進国である米国の製品の品質管理とその安全性を本邦医薬品と製剤学的観点から比較し、その安全性と有用性を検討した後、その臨床薬理的效果に基づいたジェネリック医薬品の薬剤経済学的評価を行うことを目的とした。具体的な研究対象として、H₂プロッカーの1つである塩酸ラニチジンに焦点をあてた。

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

日本では、平成13年度より65歳以上の高齢者に対し一部公費負担の下で、ワクチン接種が勧奨されている。初年度の接種率は、全国で約28%であり、厚生労働省が目標としている60%よりはるかに低かった。一方、諸外国では医療従事者のキャンペーン活動による接種率の向上及び医療費の減少が報告されている。そこで、薬剤師のワクチン接種に関する情報提供がワクチン接種率にもたらす変化とインフルエンザ罹患予防に関する医療経済学的効果について検討した。

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

福岡大学病院手術部においては、ベッド稼働率の低下による減収が問題となっていた。今回、我々は、新たな資産投入をせずシステム上の問題点を改善することで補った。これら医療プロセスおよび質管理の改善による収支改善は、新たな投資にこだわらず、医療プロセスがどう機能し設計されているかを、質の面から評価することによっても改善することが示唆された。

4. 研究助成金贈呈式

来賓挨拶

厚生労働省大臣官房技術総括審議官

外口 崇 氏

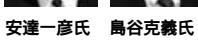


代理挨拶：厚生労働省大臣官房厚生科学課長

安達 一彦 氏

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 氏



代理挨拶：ファイザー株式会社常務取締役・当財団常務理事

島谷 克義 氏

第13回(平成16年度)助成案件選考経過・結果発表

選考委員長 開原成允氏(国際医療福祉大学 副学長・大学院長)より、今年度の助成応募状況と、選考の経過・結果について説明されました。

(採択者リスト:本誌P16~P19)



	応 募		採 択	
	(単位:件)		(単位:件、千円)	
	第14回	第13回	第14回	第13回
国際総合共同研究	11	9	1	10,000
国際共同研究	84	98	18*	89,800
海外派遣	58	36	10	17,700
短期国内招聘	5	10	2	2,000
中期国内招聘	0	1	0	0
若手海外留学	17	56	8	30,100
若手国内共同研究	81	93	17	30,400
計	256	303	56	180,000
			56	178,511

* 第13回より国際共同研究A、国際共同研究Bをそれぞれ国際総合共同研究、国際共同研究に変更。

* 国際総合共同研究申請を国際共同研究にクラス変更して採択した3件を含む

研究助成金贈呈式

本年度の研究助成採択の内5分野について、それぞれの代表者に財団岩崎理事長より、贈呈状が手渡されました。(国内招聘採択者2名は何れも所用により贈呈式に参加できませんでした。)



左から、東京医科大学外科学第一講座 助教授 平野 隆氏(東京医科大学外科学第一講座 主任教授 加藤 治文氏の代理)、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 病院教授 中島 和江氏、慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 博士課程 内田 裕之氏、順天堂大学医学部小児科学教室 同大学医学研究科大学院生 内藤 亜由美氏、首都大学東京健康福祉学部看護学科 准教授 福井 小紀子氏



5. 情報交換会

研究助成金贈呈式後、情報交換会が行われ、和やかな雰囲気の中、歓談の輪が広がりました。



乾杯の音頭を取られる高久 史廉氏
(当財団理事、自治医科大学 学長)

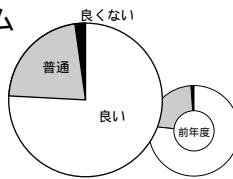
第12回ヘルスリサーチフォーラム 及び平成17年度 研究助成金贈呈式

アンケート結果報告

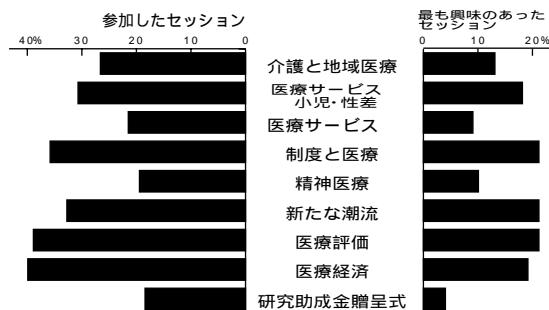
第12回ヘルスリサーチフォーラムの会場で行ったアンケートの結果は以下の通りでした。(回答数は101件でした。)

Q1 ヘルスリサーチフォーラムの内容全般について

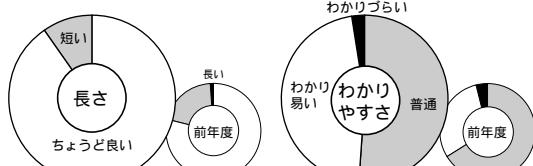
「良い」との評価が大多数を占めました。



Q2 参加したセッション(複数選択)と、最もご興味のあったセッションはどれですか？



Q3 各演題の発表について

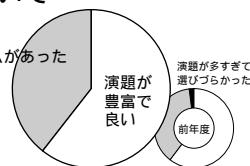


「長さ」「わかりやすさ」とも、概ね納得いただいております。

このアンケート結果を参考にし、今後ますます充実したヘルスリサーチフォーラムにしていきたいと思います。ご協力ありがとうございました。

Q4 2会場での同時開催について

同時間帯に行われた為参加できないプログラムがあった

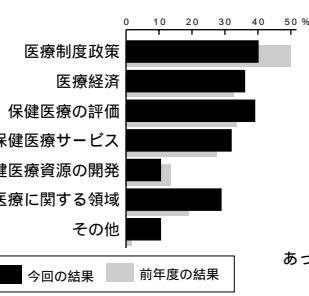


Q5 開催形式について

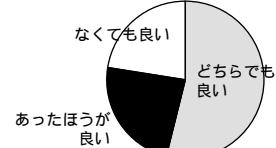


前回同様、2/3以上が、複数会場方式と、2会場同時開催を支持されました。

Q6 今後このフォーラムで取り上げる領域はどれを望みますか？(複数回答)



Q7 ゲスト講演について



ご意見・ご希望

「演題数がこれだけあるなら土曜午後～日曜の一日半にする方が良い。」との課題も示されました。ご回答をいたいたほとんどは「以前より先まして質が向上している。」「若いDrたちの活躍を頼もしく思います。」「座長の発言も演者もとてもよかったです。」「特定の分野に偏らず、医療、保健、福祉関係の色々な分析や研究について1日で聴く事の出来るこのフォーラムは臨床家にとっても大変貴重な場だと思います。」等の高い評価をいたしました。
また、「ヘルスリサーチの方法論に関する教育プログラムを企画してはどうか」等のリクエストを寄せられる方もありました。

■第14回(平成17年度)助成案件 採択一覧表

(順不同・敬称略)

平成17年度 国際総合共同研究採択者

加藤 治文 (かとう はるぶみ)

東京医科大学外科学第一講座 主任教授

研究テーマ 文化・喫煙環境が異なる日本と中華人民共和国（政治経済都市・工業都市・農村部）での肺癌発生・組織型の違いを調査し、肺癌早期発見のための方策とその実施時の経済効果について比較研究する。

共同研究者 新宅 鑑二郎
東京大学大学院経済学研究科 助教授

共同研究者

寿 延寧
中日友好医院 助教授

共同研究者

平野 隆

助成金額

東京医科大学外科学第一講座 助教授

10,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 07.10.31

合計 件数 1件 金額 10,000,000円

印の3件は国際総合共同研究申請を国際共同研究にクラス変更して採択

平成17年度 国際共同研究採択者

吉川 和男 (よしかわ かずお)

国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部 部長

研究テーマ 重大な他害行為を行った触法精神障害に関し、個体の脆弱性や環境ストレス等の相互要因、治療技法や効果判定、再発防止策に必要とされる医療体制ならびに法制度について、国際的な疫学調査および比較研究を実施する。

共同研究者 山上 隆
東京医科歯科大学難治疾患研究所犯罪精神医学研究室 教授

共同研究者 Pamela J Taylor
Cardiff University Professor

共同研究者 Per Lindqvist
Karolinska Institute Associate Professor

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 07.10.31

佐々 英達 (ささ ひだつ)

社団法人全日本病院協会 会長

研究テーマ 臨床指標を用いた医療パフォーマンス評価は、医療の質を向上させるための有力な手法である。日米の代表的な事業についてその比較研究を実施する。

共同研究者 Vahé Kazazdjian
Center of Performance Science President

共同研究者 飯田 修平
東京都病院協会 副会長

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 07.10.31

中田 喜文 (なかた よしふみ)

同志社大学大学院ビジネス研究科 教授

研究テーマ 少子高齢化社会における看護労働力需給ギャップとその是正策に関する国際比較分析～看護就労におけるワーク・ファミリー・コンフリクト、労働市場環境、および看護医療の質を考慮して～

共同研究者 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

共同研究者 James Buchan
Queen Margaret University College 教授

共同研究者 田中 幸子
北里大学看護学部 専任講師

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 07.10.31

岡本 悅司 (おかもと えいじ)

国立保健医療科学院経営科学部 経営管理室長

研究テーマ 國際比較可能な医療の質指標の開発に関する日韓共同研究

共同研究者 南 商堯
柳韓大学保健医療福祉研究所 所長(副教授)

共同研究者 西山 孝之
柳韓大学保健医療福祉研究所日本事務所 所長

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.12.1 ~ 06.10.30

青柳 哲 (あおやぎ さとる)

北海道大学大学院医学研究科皮膚科学分野 皮膚科助手

研究テーマ 欧米での基底細胞癌に対する最も代表的手術法は、“Mohs micrographic surgery”であり、一方、本邦では、標準治療法である拡大切除を実行している。本研究では、個々の症例の治療に要する時間やコスト、切除範囲の大きさなどといったQOLの観点から、その両者の違いを比較検討する。

共同研究者 Keyvan Nouri
University of Miami School associate professor

共同研究者 清水 宏
北海道大学大学院医学研究科皮膚科学分野 教授

共同研究者 漢村 大輔
北海道大学大学院医学研究科皮膚科学分野 助教授

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.7.1 ~ 06.7.1

藤原 恵一 (ふじわら けいいち)

川崎医科大学産婦人科 助教授

研究テーマ 卵巣明細胞癌に対する国際共同ランダム化第 相臨床比較試験におけるインターネットを用いた24時間登録・ランダム割付システムの開発

共同研究者 竹内 正弘
北里大学薬学部 臨床統計部門 教授

共同研究者 青谷 恵利子
北里研究所 臨床薬理研究所 臨床試験コーディネーティング部門 室長

共同研究者 杉山 徹
岩手医科大学産婦人科 教授

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.12.1 ~ 06.11.30

平安 良雄 (ひらやす よしお)

横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門 教授

研究テーマ 科学的根拠に基づく精神科薬物治療のあり方に関する国際共同研究：統合失調症治療における多剤併用大量療法の問題の解決に向けて

共同研究者 久野 恵理

ベンシルベニア大学医学部精神保健政策

研究センター 助教授 (Assistant professor)

Alexander Miller

テキサス大学ヘルスサイエンスセンター・サン アントニオ精神医学部 臨床教授 (Clinical Professor)

Gary Bond

インディアナ大学バーデュー・インディアナポリス心理学部 教授

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

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オリティマネジメント部 助教授

研究テーマ 高品質医療の提供と高収益医業を両立させる経営品質管理システムの研究 - 医療品質とコストのTrade-OffからWin-Win関係へ

共同研究者 松井 豊

医療法人社団まついクリニック 理事長・院長

共同研究者 小野崎 耕平

ハーバード公衆衛生大学院医療政策学部 修士課程

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.30

出江 紳一 (いずみ しんいち)

東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野 教授、リハビリテーション部長

研究テーマ 神経難病患者のQOL向上を目指す非薬物的介入の開発と効果の検証に向けた研究

共同研究者 親間 真美

聖路加看護大学精神看護学 教授

浅井 篤

熊本大学大学院生命倫理学分野 教授

Judith Louise Bond Johnson

University of Minnesota (School of Nursing)

Adjunct Associate Professor

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

高山 浩一 (たかやま こういち)

九州大学病院呼吸器科 講師

研究テーマ 日本および韓国による肺癌の国際共同臨床試験を通して両国の臨床試験制度を検証する。

共同研究者 中西 洋一

九州大学大学院医学研究院付属胸部疾患研究施設 教授

MAAN-HONG JUNG

Kosin University Gospel Hospital Professor

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.10.1 ~ 06.9.30

林 邦彦 (はやし くにひこ)

群馬大学医学部保健学科医療基礎学 教授

研究テーマ 更年期女性における保健医療行動の相違の日米比較研究 - 女性ホルモン研究結果の統合比較による保健医療評価 -

共同研究者 藤田 利治

国立保健医療科学院疫学部疫学情報室 室長

共同研究者 水沼 英樹

弘前大学医学部産婦人科学講座 教授

Karin Michels

ハーバード大学医学部・公衆衛生学部・プリガム婦人病院

準教授

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

高橋 泰 (たかはし たい)

国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 教授 学科長

研究テーマ 國際生活機能分類 (ICF) 普及および実用化を目的とした教育研修法の日米共同研究

共同研究者 Mulhern Kristine

The University of Michigan-Flint Assistant professor

大河内 二郎

九州大学大学院医学研究院 助教授

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.10.1 ~ 06.9.30

今中 雄一 (いまなか ゆういち)
京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 教授

研究テーマ 医療の安全性を高め、診療のプロセスとアウトカムの適正化に繋げるため、臨床医学・医療教育にコンピュータ・シミュレーションを導入・普及する研究
 共同研究者 生田 幸士
名古屋大学大学院工学研究科マイクロシステム工学
生体医用マイクロ工学講座 教授
 共同研究者 西村 昭男
医療法人社団カレスアライアンス 理事長
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

佐々木 明子 (ささき あきこ)

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科地域保健看護学 教授
 研究テーマ 高齢者虐待予防と早期発見を推進する地域ケアシステムに関する国際的研究
 共同研究者 小野 ミツ
広島大学大学院保健学研究科 教授
 共同研究者 高崎 紗子
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授
 共同研究者 Britt-inger Saveman
University of Karmar Associate Professor
 助成金額 4,800,000円 本研究期間 05.11.15 ~ 06.10.31

東 純一 (あずま じゅんいち)

大阪大学大学院薬学研究科臨床薬効解析学分野 教授
 研究テーマ ゲノム情報に基づく個別化適正医療が、臨床的および社会的有用性を実現するための条件を明らかにする。基礎データ収集のため、NAT2遺伝子多型による抗結核薬投与設計の費用対効果研究を日本・ドイツ共同で行う。
 共同研究者 Uwe Fuhr
University of Cologne Professor
 助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.30

合計 件数 18件 金額 89,800,000円

平成 17 年度 日本人研究者海外派遣採択者

内田 裕之 (うちだ ひろゆき)

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 博士課程

派遣目的 本邦におけるこれまでの精神科医療は入院施設を中心としたものであり、しばしば患者様の社会復帰を阻らせることもあった。こうした反省に立ち、現在、脱施設化及び地域密着型医療への移行が必要とされている。この度、他職種による包括的アプローチの先進国とも言えるカナダでその現状を学ぶ機会を得たため、そこで得られた知見を今後の日本の精神科医療に役立てたい。

受入機関 Centre for Addiction Mental Health カナダ
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 06.4.1 ~ 06.10.31

近藤 朱音 (こんどう あかね)

東海大学付属病院専門診療系産婦人科 助手

派遣目的 本留学の目的は英国における遺伝カウンセリングの実際及び教育システムの調査である。近年、多くの疾患の病因が遺伝子レベルで解明されているが、遺伝子情報を医療の場で生かすためには、遺伝カウンセリングは必須である。日本の遺伝専門外来は數も限られ、現在その果たす役割を模索中である。留学先のウエールズ大学病院は基幹病院であり、数多くの疾患への対応、各地の専門外来との連携診療について調査し今後の参考にしたい。

受入機関 University Hospital of Wales the United Kingdom
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 05.10.1 ~ 06.3.31

細田 満和子 (ほそだ みわこ)

笛川記念保健協力財團 研究員

派遣目的 アメリカにおいては、保健医療サービスの提供のあり方や医学研究に対して、患者団体が強い影響力を持っているといわれている。また、「健康と病いの社会学」や「障害学」といわれる学際的研究も盛んで、患者及び患者団体の保健医療領域における分析についても研究の蓄積がある。こうした研究方法を学びながら、患者団体ならびに医療機関や医学研究機関を調査研究する。

受入機関 コロンビア大学 アメリカ合衆国
 助成金額 2,000,000円 派遣期間 05.11.1 ~ 06.10.31

甲斐 克則 (かい かつのり)

早稲田大学大学院法務研究科 教授

派遣目的 ニュージーランドにおける医療事故の法的処理・被害者救済システム(ノーフォールト補償システム)の法的研究を現地で行うことにより、実態調査と法的枠組みを探り、新たな医療事故処理システムの方策を探求し、今後の日本の医療事故対策に役立てるすることを目的とする。

受入機関 オークランド大学ロースクール ニュージーランド
 助成金額 1,000,000円 派遣期間 05.11.28 ~ 05.12.28

竹中 彰治 (たけなか しょうじ)

新潟大学教育研究院医薬学系う蝕学分野 新潟大学助手

派遣目的 オーダーメイド口腔ケアシステムを確立するためのエビデンスの蓄積を行う。病原性バイオフィルムはその付着部位によって多種の病態を示す。これらの病原性を解析するためには *in vivo* を忠実に再現したモデルによる実験が望ましい。モンタナ州立大学バイオフィルムセンターにおいて、豊富な設備を使用して病巣再現モデルを構築し、想定される種々の除菌、破壊法の効果をリアルタイムに解析する。

受入機関 Center for Biofilm Engineering アメリカ合衆国
 助成金額 1,700,000円 派遣期間 05.10.1 ~ 06.9.30

松尾 善美 (まつお よしみ)

神戸学院大学総合リハビリテーション学部医療リハビリテーション学科 理学療法学専攻 助教授

研究テーマ 呼吸器・循環器疾患に対する理学療法士教育の国際比較研究

共同研究者 Lawrence Cahalin
Northeastern University Clinical Professor

共同研究者 Sean Collins
University of Massachusetts Lowell Assistant Professor

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

中村 正和 (なかむら まさかず)

大阪府立健康科学センター健康生活推進部 部長

研究テーマ 効果的かつ効率的な禁煙治療の普及方策に関する国際比較研究

共同研究者 Sophia Chan
The University of Hong Kong Head, Dept. of Nursing Studies

共同研究者 ASM Abdullah

Boston Univ. School of Public Health

共同研究者 Ass. Prof. Dept. of Intr'l Health

Tai Hing Lam

The University of Hong Kong

Head, Dept. of Community Medicine

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

坂巻 弘之 (さかまき ひろゆき)

(財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部長兼主席研究員

研究テーマ 国内外で販売され、比較可能な医薬品の価格動向を薬効別に内外価格差と国内価格幅を対比し、新薬発売時価格の設定に際しての原価計算方式と類似薬効比較方式、外国価格調整のあり方を検討することを目的とする。

共同研究者 今野 広紀

(財) 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

三浦 明

日本貿易振興機構ニューヨークセンター 厚生部

助成金額 5,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

岡村 信一 (おかむら しんいち)

群馬大学医学部附属病院医療情報部 助教授

派遣目的 「consumer health informatics」は「受け手側から見て役に立つ健康情報は如何にあるべきか」を考える新しい学問で、インターネットの普及した現在にこそ必要と考えられるが、わが国には普及していない。そこで、この分野を専門とする Bernstam 博士の研究活動に参加することで研究手法を学び、その成果をわが国に還元するため派遣を希望する。

受入機関 The University of Texas Health Science Center at Houston USA

助成金額 2,000,000円 派遣期間 06.6.15 ~ 06.8.14

鈴木 友理子 (すずき ゆりこ)

国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 精神保健相談研究室長

派遣目的 メルボルン大学における国際精神保健リーダーシッププログラムは、国際精神保健のセミナーを集中的に提供し、教授陣、参加者との交流はこの領域での欠かせないネットワークの基盤をもたらす。構造化した精神保健・公衆衛生のプログラムでの研修と同時に、精神保健のサービス研究・多文化精神医学の第一人者のアドバイス下で、わが国の精神保健システムへのEBM導入をめぐる比較文化的研究を実施する。これらの研究を通じて、欧米で確立されたEBMをわが国の精神保健サービスへ導入する際のより良い適応法を提示することを目的とする。

受入機関 メルボルン大学精神科国際精神保健センター

オーストラリア

助成金額 2,000,000円 派遣期間 06.3.1 ~ 06.3.31

七戸 秀夫 (しちのへ ひでお)

北海道大学病院脳神経外科 医員

派遣目的 日本でも幹細胞移植治療を臨床応用する試みがなされているが、様々な困難があり必ずしも順調ではない。一方スタンフォード大学脳神経外科では、神経幹細胞移植治療がすでに臨床治験段階にあり、将来のES細胞治療を見据えている。基礎実験を行う研究室、臨床応用の現場、ビジネス(SternCell Inc.)、医療政策などを総合的に検討する。

受入機関 Department of Neurosurgery, Stanford University Medical Center アメリカ合衆国

助成金額 1,000,000円 派遣期間 05.12.1 ~ 06.9.30

青木 研 (あおき けん)

上智大学経済学部 助教授

派遣目的 渡米の目的は、以下の2点です。 1) 新しい推定手法の修得: 近年では医療経済の分野でも、構造推定と呼ばれる、新たなモデル推定の手法が用いられるようになっている。この手法を修得し、日本の医療市場分析に応用する。 2) 米国データの入手・実地調査: 制度差を考慮しつつ、類似のモデルを日米両国に適用するため、米国での資料収集・調査を行ふ。

受入機関 Department of Economics, University of California, Santa Barbara アメリカ合衆国

助成金額 2,000,000円 派遣期間 05.9.15 ~ 06.9.30

三輪 真知子（みわ まちこ）

浜松医科大学医学部看護学科 教授

派遣目的

英国は国民が安心できる保健・医療サービスの確保を目指したNurse-led-service（看護主導の保健・医療サービス）と称し、看護師の裁量権拡大を政策化し国民から高い評価を受けている。本研究は英国の保健医療政策の背景、看護スペシャリスト資格との教育、看護師の業務範囲について

英国保健省、各病院、保健センターでの現地調査を行い、日本における看護主導の保健・医療サービスの可能性を検証する。この研究成果はわが国の国民の保健医療ニーズの多様化や医療費の効率的使用に貢献する。

UNIVERSITY OF SURREY 英国

助成金額 2,000,000円

派遣期間

06.7.1 ~ 06.10.31

合計 件数 10件 金額 17,700,000円

平成17年度 外国人短期招聘採択者

佐藤 泰一（さとう たいいち）

群馬県東部県民局保健福祉部太田保健福祉事務所
東部県民局保健福祉部長 兼太田保健福祉事務所長

研究テーマ

児童虐待・放置は子どもの健康と幸福を破壊し、その再生産や成長後の精神障害の原因になり得る。発生予防は、前向き子育て等への支援で可能である。オレゴン州のヘルシー・スタートは良い先進例で、日本に導入、実施したい。

招聘目的

共同研究

Karen Van Tassel

Oregon Commission on Children and Families

Oregon Healthy Start Program Coordinator

群馬大学医学部保健学科

受入機関 1,000,000円 招聘期間 07.11.1 ~ 07.12.10

森山 美知子（もりやま みちこ）

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座 成人看護方法学 教授

研究テーマ

家族看護の視点からの病の苦悩、スピリチュアリティ、癒しの西洋文化と日本文化の比較及び臨床介入評価研究法の開発

招聘目的

学会発表

Wright Lorraine

University of Calgary, School of Nursing Professor

受入機関

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座

成人看護方法学

助成金額 1,000,000円 招聘期間 06.8.28 ~ 06.9.23

合計 件数 2件 金額 2,000,000円

平成17年度 若手海外留学採択者

五島 淳（ごしま じゅん）

国際連合児童基金スークダム事務所 アシスタント・プログラム・オフィサー

留学目的

ハーバード大学ケネディ行政学院では、主に各省政府および国際機関関係者を対象としたミッドキャリア行政学修士課程を設けている。ここで公共政策の実行に必要な知識・手法を見つけることに加え、世界の様々な現場にいる担当者と直に接することで、武力紛争後の開発途上国における医療政策について問題解決の糸口を模索したい。日本には医学のバックグラウンドを持つ政策研究者がまだ少ないため、将来は日本の公私政策大学院で国際医療政策を担う人材を育てたいと考えている。

受入機関

ハーバード大学ジョン・F・ケネディ行政学院 アメリカ合衆国

ミッドキャリア行政学修士 (MPA/MC)

4,000,000円 留学期間 06.8.1 ~ 07.5.31

内藤 亜由美（ないとう あゆみ）

順天堂大学医学部小児科学教室 順天堂大学医学研究科大学院生

留学目的

現在までの児童精神医療サービスに関する研究を通して、メンタルヘルスケアを含めた児童青少年のヘルスプロモーションにおける公衆衛生学的観点の重要性を実感した。そのため、児童公衆衛生学生全般の知識及び臨床技術の習得、科学的根拠に基づいた実践アプローチとサービスプラニングを学ぶ目的で、同分野で世界的なレベルを有する英國University College Londonの児童公衆衛生修士課程に進む決意をした。

受入機関

University College London 英国

M.Sc. in Child Public Health 児童公衆衛生学修士課程

3,300,000円 留学期間 05.9.28 ~ 07.9.15

藤原 武男（ふじわら たけお）

国立成育医療センター こころの診療部 研究員

留学目的

米・ハーバード大学公衆衛生大学院は、疾病の社会的コストを試算するノウハウはもとより、そのデータを生かした有効な医療保険システムに関する豊富な知識と経験を有する。派遣研究者は、このようなノウハウを日本に持ち帰り、日本での子ども虐待に関する社会的コスト試算を行い、保健診療適用に貢献したいと考えている。

受入機関

ハーバード大学 公衆衛生大学院 アメリカ

公衆衛生学修士

4,000,000円 留学期間 05.7.4 ~ 06.6.30

伊豆上 智子 茂樹（いづがみ さとこ）

東京医科歯科大学医学部附属病院材料部 / 医療情報部 助手

留学目的

School of Health Information Sciences in the University of Texas Health Science Center at Houstonに留学し、健康情報学修士の取得を目的とする。Health Informatics を学び、医療サービスの評価や管理に有用なデータの確立や収集、情報の効果的な活用の方法を探求する。

受入機関

The University of Texas Health Science Center at Houston United States of America

Master of Science in Health Information Science

3,300,000円 留学期間 06.1.1 ~ 08.5.30

佐藤 昌代（さとう まさよ）

2005年6月までハーバード公衆衛生大学院に所属

留学目的

米国では、大規模薬剤学データベースを用いた薬剤疫学・薬剤経済学の研究が盛んである。データベースの解析による研究では新薬開発研究と異なり、市販後、様々な患者の病態や投薬状況での薬剤の有効性・安全性の評価が可能である。専門分野である疫学の手法をヘルスサービスリサーチにも応用し、博士課程で薬剤の有効性・安全性、医療経済・政策の評価に関するさらなる研究手法を習得し、将来、日本の当該分野の発展に貢献する。

受入機関

University of Maryland School of Pharmacy Department of Pharmaceutical Health Services Research The United States of America

取得学位

Ph.D. degree

助成金額

4,000,000円 留学期間 05.8.22 ~ 07.8.21

五十嵐 麻子（いがらし あさこ）

株式会社メディカルトリビューン Home Care MEDICINE編集部

留学目的

医療消費者（市民）に対する効果的な医療情報伝達システムの構築、およびヘルスリテラシー（医療情報をアクセスし、理解し、利用するための意欲や能力）の促進のために、米国におけるメディアを融合したヘルス・コミュニケーションの実践を検証する。特にDisease Managementの観点から患者のセルフケア行動の向上を目指したヘルス・プロモーション活動の現状と課題を検証し、わが国へ導入する際の可能性を探る。

受入機関

Boston University School of Public Health, Department of Social and Behavioral Sciences USA

取得学位

Master of Public Health

助成金額

4,000,000円 留学期間 05.9.1 ~ 07.9.25

和田 泰三（わだ たいぞう）

京都大学附属病院老年内科 助手

留学目的

日本の人口高齢化は急速に進行し、虚弱高齢者はますます増大することが予想される。一方、高齢化が進行しつつある途上国における虚弱高齢者に対するヘルスケアの利点や、宗教、ライフスタイルがADL,QOLに与える影響はあきらかでない。ロンドン大学公衆衛生学帯医学大学院において主にミャンマーとインドネシアを対象にフィールド研究を含めて途上国の人公衆衛生全般について学び、日本との国際比較研究をあこなう。

受入機関

London School of Hygiene & Tropical Medicine イギリス

取得学位

Master of Science

助成金額

4,000,000円 留学期間 06.9.1 ~ 08.8.31

佐渡 充洋（さど みつひろ）

慶應義塾大学医学部精神神経科教室 慶應堂内科病院精神科 専修医

留学目的

ロンドン大学公衆衛生大学院におけるMaster of Science（医療政策、計画、財政学）の学位を取得すること。日本における気分障害のcost of illness(疾病的費用)の推計を行ったうえで日英比較検討を行い、英米国における費用削減のための政策の検証を行った上で日本における気分障害対策の介入方法について提言すること。

受入機関

London School of Hygiene and Tropical Medicine United Kingdom

取得学位

Master of Science in Health Policy, Planning and Financing

助成金額

3,500,000円 留学期間 05.9.22 ~ 06.9.15

合計 件数 8件 金額 30,100,000円

平成17年度 若手国内共同研究採択者

福井 小紀子 (ふくい さきこ)

首都大学東京健康福祉学部看護学科 准教授

研究テーマ がん告知後の患者に対する医療サービスの質の向上を目指した支援プログラムの開発および無作為割付試験によるその有効性の検討

共同研究者 小川 敏子 東京都多摩がん検診センター 保健指導係長

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

成本 遼 (なるもと じん)

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学 助手

研究テーマ 行動障害を呈する認知症高齢者の介護者に対して、介護者自身が応用行動分析により行動を分析し対処行動を変化させることができるように指導する方法の開発に関する臨床的研究

共同研究者 宮 裕昭 福知山市民病院 心理技師

助成金額 1,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

堀内 圓子 (ほりうち そのこ)

首都大学東京健康福祉学部看護学科高齢者看護学 研究員

研究テーマ アルツハイマー病に対するアビリティフォーカスアプローチの検討 - 看護的視点から -

共同研究者 堀内 昭彦 やまゆり作業所 認定心理士

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.9.1 ~ 06.3.10

土屋 賢治 (つちや けんじ)

浜松医科大学精神神経医学教室 助手

研究テーマ 児童・生徒の攻撃性と、その背景にある発達関連因子についての研究 ~若者はなぜ「キレる」のか~

共同研究者 辻井 正次 中京大学社会学部 助教授

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.12.1 ~ 06.11.30

川上 浩司 (かわかみ こうじ)

東京大学大学院医学系研究科先端臨床医学開発講座 助教授

研究テーマ 日米欧の先端バイオロジクスの認可体制及び実際の運用状況等について、医薬品の研究開発に関与している製薬企業、医師及び行政から調査を行い、今後の国際標準化をめざした認可体制の構築と法整備に関して提言する。

共同研究者 永田 龍二 国立医薬品食品衛生研究所遺伝子細胞医薬部第1室 主任研究官

共同研究者 中神 啓徳 大阪大学大学院医学系研究科遺伝子治療学講座 助手

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

扇原 淳 (おおがはら あつし)

早稲田大学人間科学学院人間科学部健康福祉科学科 福祉情報研究室 講師

研究テーマ 地理情報システム技術を用いた高齢者支援施設の地理的アクセスの評価

共同研究者 山路 学 青山学院大学理工学部経営システム工学科

New-JIT研究室 助手

助成金額 1,200,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

吉田 広志 (よしだ ひろし)

北海道大学大学院法学研究科 助教授

研究テーマ 本研究の目的は、ゲノム創業をはじめとするバイオ関連特許出願に関する近時の審査実務の実態とその問題点を明らかにし、バイオ関連発明の保護についてるべき姿を提言することにある。

共同研究者 平嶋 竜太 筑波大学大学院ビジネス科学研究科企業法専攻 助教授

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

湯地 覧一郎 (ゆじ こういちろう)

東京大学医科学研究所附属病院内科 助手

研究テーマ 骨髄非破壊的前処置を用いた非血縁者間臍帯血移植（臍帯血ミニ移植）の医療経済解析

共同研究者 上 昌広 国立がんセンター中央病院幹細胞移植療法室 医員

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

田垣 正晋 (たがき まさくに)

大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科 講師

研究テーマ 市町村障害者計画の実行における住民ニーズの調整と反映の手法開発：公私協働モデルの構築に向けたアクションリサーチ

共同研究者 中山 貴美子 神戸大学医学部保健学科 助手

助成金額 1,500,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

須賀 万智 (すか まち)

聖マリアンナ医科大学予防医学教室 助手

研究テーマ 高齢者のQOLの向上と健康寿命の延伸を実現するために、介護予防を目的とした包括的なサービス体系の構築が必要であり、需要者のニーズに応じたサービスの内容と提供体制を定める「連携バス」を開発する。

共同研究者 川口 浩人 濑谷医院 院長

共同研究者 清田 礼乃

共同研究者 University of Michigan Health System Research Fellow

市村 匠

広島市立大学情報科学部 助手

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.30

高橋 由光 (たかはし よしみつ)

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系健康増進行動学 博士課程

研究テーマ インターネットを利用した患者間コミュニケーション支援に関するランダム化比較試験研究

共同研究者 白川 太郎 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系健康増進行動学 教授

共同研究者 中山 健夫 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系健康情報学 助教授

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.7.1 ~ 06.10.31

西村 由希子 (にしむら ゆきこ)

東京大学先端科学技術研究センター一知的財産部門 助手

研究テーマ 薬事法改正に伴う医薬品市場のさらなる細分化を念頭に、知的財産戦略及び患者ヘルスケアの観点から、特に大学発ベンチャーによる希少疾病用医薬品市場の新規創出可能性について、国際的状況を踏まえた上で検討する。

共同研究者 金城 聖文 東京大学国際産学共同研究センター

ゲノムサイエンス部門 産学官連携研究員

助成金額 1,900,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

崎田 マユミ (さきた まゆみ)

東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室 大学院院生・博士課程

研究テーマ 看護師のウェルビーイングと看護ケアの質の向上：急性期病棟における2交代勤務制の導入が患者ケアと看護師の健康および社会生活に及ぼす効果に関する評価研究

共同研究者 山崎 喜比古

共同研究者 佐々木 司 東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室 助教授

共同研究者 (財) 労働科学研究所 主任研究員

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.8.1 ~ 06.3.31

能登 真一 (のと しんいち)

新潟医療福祉大学医療技術学部作業療法学科 助教授

研究テーマ 我が国における脳卒中や大腿骨頭部骨折などを対象とした回復期リハビリテーション医療に関する費用効果分析

共同研究者 上村 隆元

杏林大学医学部衛生学公衆衛生学教室 講師

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

鐘ヶ江 寿美子 (かねがえ すみこ)

特定医療法人祐愛会 ゆうあいヴィレッジ 総合ケアセンター所長

研究テーマ 認知症高齢者における学習療法の効果を、介護者が客観的に評価できる尺度を多施設、総合的研究により開発する。

共同研究者 山崎 律美

道海永寿会 永寿の郷 介護老人福祉施設 永寿園 園長

共同研究者 石橋 カズミ

聖マリア学院短期大学 看護学科 教授

助成金額 2,000,000円 本研究期間 05.9.1 ~ 07.8.31

秋山 美紀 (あきやま みき)

慶應義塾大学 政策・メディア研究科(國領研究室)兼SFC研究所 研究員

研究テーマ 情報ネットワークと医療連携：病院医師と保険薬局薬剤師のコミュニケーションと情報共有が服薬指導と薬剤師の知識習得に与える影響

共同研究者 根岸 悅子

千葉大学大学院 薬学研究院薬物作用研究部門

高齢者薬物学講座 薬剤師

助成金額 1,800,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

北居 明 (きたい あきら)

大阪府立大学経済学部経営学科 助教授

研究テーマ 大阪府下の中小規模病院における組織活性化と経済効果 意思決定プロセスにおける看護管理と経営管理の協働についての実証研究

共同研究者 勝山 寛美子

大阪府立大学看護学部 助教授

共同研究者 上野 裕裕

大阪府立大学経済学部経営学科 教授

助成金額 1,000,000円 本研究期間 05.11.1 ~ 06.10.31

</

第2回 ヘルスリサーチワークショップの開催迫る プログラム、実施内容・方法が決まる

去る平成17年11月25日(金)にヘルスリサーチワークショップ(以下HRW)第7回幹事・世話人会が開催され、第2回HRWのプログラム、実施内容・方法が決定しました。

第2回ヘルスリサーチワークショップ

基本テーマ：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)



ヘルスリサーチワークショップ
幹事世話人会



プログラム

第1日目 (2006年1月28日(土))

11:00	開場 / 受付
11:30	集合
11:30 ~ 12:30	昼食
12:30 ~ 13:20	オリエンテーション・ チームビルディング 歓迎の挨拶・自己紹介
13:20 ~ 13:30	コーヒーブレイク
13:30 ~ 16:00	基調講演 司会：関原 成允 氏 演者：島崎 謙治 氏 二木てるみ氏 國領 二郎 氏
16:00 ~ 16:30	コーヒーブレイク/写真撮影
16:30 ~ 18:30	分科会(チーム別)
19:00 ~ 21:00	情報交換会

第2日目 (2006年1月29日(日))

7:30 ~ 8:30	朝食
8:30 ~ 11:30	分科会(チーム別)
11:30 ~ 12:30	昼食
12:30 ~ 14:55	チーム別発表/討議/まとめ
14:55 ~ 15:00	閉会の挨拶
15:00	解散

分科会では1チーム12名程度の計4チームに分かれ、各々別々の下記の「切り口」から、上記基本テーマに関する討議を行います。

- ・「財(たから：Finance & Economics)」チーム
- ・「改(あらためる：Innovation & Challenge)」チーム
- ・「協(かなう：Teamwork & Collaboration)」チーム
- ・「育(そだてる：Education & Development)」チーム

決定した内容、並びに全参加者の写真と参加動機を冊子「第2回ヘルスリサーチワークショップ 開催要項」にまとめ、案内状とともに、参加者に配付しました。

HRW_2006

第2回ヘルスリサーチワークショップ

開催要項



財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

ご寄付御礼 ————— 本年9月～12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。
引き続き皆様方からのご寄付・支援を、よろしくお願ひいたします。

佐藤 忠夫 様

株式会社 日経BP社 様

財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3丁目22番7号 新宿文化クイントビル

TEL: 03-5309-6712 FAX: 03-5309-9882

©Pfizer Health Research Foundation

E-mail:hr.zaidan@pfizer.com

URL:<http://www.pfizer-zaidan.jp>