

ヘルスリサーチの明日

- その新しいミッションとは -



3年間12回に亘って続けてきた本誌の対談シリーズも、前回で一応の区切りとなりました。

「変革の時代」と言われて久しい医療業界にあって、まさにその変革を背負って来られた様々な分野の方々との語り合いは、私にとって、新しい発見の連続であり、望外の喜びでありました。

今回はシリーズのフィナーレとして、この財団に関係されている4人の若手の先生方にお越し願って、「明日のヘルスリサーチ」を語り合いたいと思います。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：今日の座談会の目的は、財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」(本誌)で続けてきた対談を終了するにあたって、それを改めて振り返り、特に若手の先生方に、別の視点から同じテーマを語っていただこうということです。

対談には、それを貫いているいくつかの意図がありました。もちろん中心は「ヘルスリサーチ」で、それを是非広く理解してもらいたいということでしたが、それと同時に、「パラダイムシフト」です。今の時代は、医療の世界を含めて、大きくいろいろなことが変わっているという感触が私にはあります。そこで、対談では、世の中を変えようとしておられる方や、変革の時を背負ってこられた方々にご登場をいただけてきました。

そうした点から、今日はまず、「変革の時代」というところから話を始めてみたいと思います。例えば大学で国立大学がなくなってしまったことは大変な変革だと思うし、また、国立病院ももはや国立病院でなくなってしまいました。そういう目に見える変革もあるのですが、それだけでなく、何か底辺にいろいろなものがあって、今言ったような現象が起こっているのかもしれないという感じもするのです。

先生方はどのようにお感じになっておられるでしょうか。

看護研究は今試行錯誤の時代

平野：看護は治療の一端を担うという位置付けの中で、自然科学的であることが求められますが、看護の研究でトータルな人間を見ていこうという時には、それだけでは非常に難しいことから、研究対象との関係の取り方についての方法論とか、いわゆる自然

世の中は大きな変革の時を迎えている。医療もその変革に応えなければいけない。

科学的なモデルではないモデルを確立しようとするのが、一つの流れとしてあります。

その一方で、医療には、治療から予防へ、あるいは入院から地域へという大きな流れがあります。予防なり地域という領域は非常に多要因で、どういう方法論を用いることがよりよいのか模索しています。

それに加えて、もう一方で研究が、研究者の関心というよりは、経済効率など、いわゆる社会の求める実効性のあるものが求められるという流れにも乗らなければならない、今、皆試行錯誤をしているという状況だと思えます。

開原：ヘルスリサーチは実社会と非常に密接に繋がっていると思うのです。今、学問の世界におけるパラダイムシフトをお話いただきましたが、学問以前に、看護師さんの役割とか、看護師さんの世の中におけるステータスといったものがずいぶん変わってきたのではないかと思うのですが。

平野：看護師が独自に判断して何かをする、独立した自立性のある職能団体でありたいと思いますし、そうした社会的な認知も得てきていると思いますが、やはり実態からいくとまだまだ厳しいと思います。

変革の原因は2つの技術革新 / その対応のポイントは4つ

中村(洋)：私は、根本的な変革の時代を迎えているという感じを持っています。その原因には、二つの意味での技術革新があると思うのです。一つは情報の技術革新。誰もが情報をスピーディに安価に取れるようになってきた。そうなる何かおかしいところも見えてくるし、消費者の権利意識も芽生えてきて、患者からの圧力も非常に高まってくる。もう一つの技術革新は、医療の技術革新もそうですが「提供側の技術革新」が非常に進んできているということです。

しかし、既存の組織がこうした外部環境の変化にうまく対応す

座談会：ヘルスリサーチの明日

るのは非常に難しいことではないかと思えます。今までやってきたことが一部否定される部分があり、「抵抗勢力」が出てきてしまう可能性がある。

企業の例で私が日頃考えていることですが、外部環境変化が起きている中で、既存の組織がそれに合った形で変化していくには、4つの重要なポイントがあるのではないかと思えます。

まず第1点は、しっかりとしたリーダーがいて、リーダーシップを持って組織を引っ張っていきけること。

2番目のポイントは、ただリーダーがいるだけではなく、リーダーが5年先あるいは10年先を見据えたビジョン・戦略を持っていて、それを従業員が十分に理解し納得していること。

第3番目は危機意識です。それもトップだけの危機意識ではなくて、組織全体の危機意識が必要です。

第4点は柔軟性です。人材の柔軟性と組織の柔軟性がないと、なかなか組織として外部環境にうまく対応できないのではないかと思えます。

開原：最初に言われた「情報化というものが底辺にある」というのは、本当にそうですね。情報を専門でやってきている人間としてつくづく感じるのは、情報が明らかになってくると、だんだん人の行動が変わるということです。

従来、日本社会はどちらかと言うとサプライヤー側の強い社会でした。それは結局情報を独占していたからで、情報がコンシューマー側に移ってくると、当然パワーの在り方自体が変わってくる。それが医療の世界では、実感として感じられます。

パラダイムシフトは機能不全の徴候から始まる

福原：私は10年以上臨床をやっていたので、泥臭い現場の話になります。中村(洋)先生はマクロの目から見て、今、根本的に変革すべき時代であるという前提からお始めになったのですが、私は「始めに変革ありき」ではなくて、まず現場を見ることから始めた方がよいという立場です。

大きな変化すなわちパラダイムシフトがなぜ起きるかという、既存のパラダイムが機能不全を起しているからです。変化は機能不全の徴候から始まります。次に、その機能不全を起している古いパラダイムの中に新しいパラダイムが生まれるが水面下な

のでまだ皆に見えない、それが個々の具体的な事象として時々水面上に現れ人々の目に触れ驚かせる、これがしばらく続く、そして全体的に新パラダイムに入れ替わる、というステップで変化が起きます。

では今、機能不全のサインは出ているのか？どんな形で？

私が関わってきた医療の現場でみますと、かなり危険なことが今まで起きていたということを否認しません。例えば、明らかに死なせてはいけない患者さんを死なせない、あるいは明らかに見逃してはいけない疾患等を見逃さないような医師を育成する仕組みや場が提供されてこなかった、と思います。これは、「患者に少なくとも害を与えないスキルと良心をもった医師を養成する」というミッションやパラダイムが、日本の医科大学に本音のレベルで無かったからだと思うのです。最近の情報公開の流れもあり、これらが医療事故や事件として、すなわち徴候として目につくようになりました。

そのような状況にあつて、今年厚生労働省は卒後教育2年間の必修化を始め、さらに卒後研修する場がマッチングで決まるという、数年前でも予想もつかなかったことが起きております。実際に多くの医科大学で、研修医が埋まらないという異常事態が発生しています。今までの医科大学が抱えてきた価値観とかパラダイムに、今の時代が一つのチャレンジをしているのではないかという思いさえいたします。

変革は多様化と国際化

中村(安)：私は今まで小児科医で国際保健をやっていたのですが、その立場で、もっと普通の人々の視点から考えても、やはりいろいろな変革の時期なのだろうと思います。

いくつも切り口はあると思いますが、一つは、多様化だと思っております。例えば、昔は小児科の外来に来ているお母さんという、一様にホモジーニアスなお母さんを想定しているいろいろなことができたわけです。しかし今では、少し高齢で出産されて、子どもの病気のことはインターネットで情報を得て、そして普段は婦人公論を読んでいらっしゃるし、医者よりもはるかに知識も教養もあるような方もいらっしゃるし、片方では、今のヤンママと言いますが、お母さんもかわいいお子さんのような感じの方もいらっしゃる



福原 俊一

(ふくはら しゅんいち)

当財団評議員・
ヘルスリサーチワークショップ幹事
京都大学大学院医学研究科
医療疫学分野 教授



中村 安秀

(なかむら やすひで)

当財団ヘルスリサーチ
ワークショップ幹事
大阪大学大学院
人間科学研究科 教授



開原 成允

(かいばら しげこと)

当財団理事・選考委員長・
ヘルスリサーチワークショップ
アドバイザー
国際医療福祉大学大学院長
(副学長)



平野 かよ子

(ひらの かよこ)

当財団選考委員
国立保健医療科学院
公衆衛生看護部 部長



中村 洋

(なかむら ひろし)

当財団ヘルスリサーチ
ワークショップ世話人
慶應義塾大学大学院
ビジネススクール助教授



ます。私たちが今まで一つの言葉で語っていたその人たちが、いろいろな意味で多様化している。

もう一つは、国際化でずいぶん変わってきたことがあるのではないのでしょうか。日本のある国立(今は国立と言わないのですが)病院などでは、産まれた子供の15~17%は

お母さんかお父さんのどちらかが外国人ということです。90年には数%ぐらいだったのに。こういう状況では、当然のことながら、生まれた子どもに豚肉はあげないというような現実から始まって、言葉が通じない等、いろいろなことが起こっているわけです。

その人たちが日本の医療を見て「おかしいな」と思うのが、実は日本の医療の問題である。例えば、なぜ日本では健康保険と年金がセットになっているのかとか、アメリカでも韓国でも受けられた予防接種がなぜ日本では受けられないのかとか、いろいろな問題が、国際的な場で、患者さんの方から突きつけられているという状況です。

そんな中で、最近特に面白いと思っているのは、そういう異質のグループの人たちが一緒になった時です。例えば、日本人のお母さんと外国人のお母さんが一緒になった時に、あるいはヤマママっぼい20歳ぐらいのお母さんと35歳のお母さんが仲の良い友達になった時、お互い教え合ったりして、ものすごく面白いのです。だから、この変革の時に、「変革だ」と言って一つ一つ対応するのではなく、もしかしたら多様な人たちが混じり合うことから何か生まれるのを、もっとも期待してよいのではないかという気がしています。

旧態依然とした医療もまだある

開原：今、一通りお話をいただきましたが、皆さん少しずつ違った観点からのお話で、大変興味深うかがいました。

非常に印象深かったのは、今大きく変わっているのは、医療側が自らパラダイムシフトを起こしたのではなく、世の中が大きく変わってきているのだということ、主としてお話になった点です。そこで、医療人の一人として私が心配になってきたのは、そんなに世の中が変わっているのなら、医療はそれに対して十分に応えているのかということです。先生方はどのようにお感じになりますか。

日本の医療の対象は慢性疾患が中心になってきた。しかしそれに対応する新しい医療のモデルはまだ浸透していない。意思決定過程も変化する必要がある。その根底には「ベーシックサイエンスが一番価値が高く、地域社会での診療の実践が一番価値が低い」という医療界の、実践軽視の“悪しきアカデミズム”の価値観がある。それが変わらないと日本の医療は変わらない。

中村(安)：社会が変わったので医療ももっと変わらなければいけないということで、先端的にいろいろな試みをしている病院とか、保健センターなどのように新しいことを取り入れて、すごく良い活動をしているところがある反面、私が卒業した77年頃と全然変わらない医療をそのまま続けているところもあります。すごく温度差ができてきているような気がします。

開原：対談でも、そういう新しい医療の試みをしておられる方々を取り上げてきたつもりです。病院で言えば、平井愛山先生の千葉県立東金病院とか、看護の世界では、聖路加看護大学の川越博美先生の在宅でのターミナルケアの問題とか、そういういろいろな良い試みが確かにあるのですが、しかし一方で、何かまだ十分ではないという感じもしますね。

中村(安)：外国人の研修生を日本の先端的な取り組みをしている病院などの、よく頑張っている現場に連れて行ったことがあります。その帰り際に外国人の研修生達に言われたことが、未だに私は引っ掛かっています。「日本の先端的にやっているところは素晴らしい。イギリスやアメリカなどにも匹敵する。乏しいお金でシステムがない中で、お医者さんや看護師さんが工夫してやっておられて、すぐ自分たちの国にも使える。」と言った後、「ところで、何故日本では、その素晴らしいものが周りの病院に広がっていないのか。」という質問を受けたのです。

開原：後ほど是非その問題を皆さんで議論していただきたいですね。それはまさに、ヘルスリサーチの問題だと思います。

医療の対象は慢性疾患に

福原：先ほど私は「変革の時代だから変わらなければいけない」ということではなくて、既存のパラダイムが現在の状況に合わなくなり機能不全を起こしているから、変えなければいけない」ということを申しました。実際に医療を取り巻く状況も大きく変わってきました。

例えば、我々の医療の対象が慢性疾患になってしまったことです。糖尿病予備群を含めた糖尿病患者は今日本に1,600万人もいる。その中でおそらく4~5分の1位しか治療を受けていないという現状のようです。そういう慢性疾患が前面に出てきている今の時代にありながら、大学病院が進めている高度先進医療というのは、「病気を見つけて、治して、それで良かった」というモデルなのです。しかし、慢性疾患は、「誰を、いつ検査したらいいのかわからない」「治療すべきなのか」「治療するとしたらどんなチヨイスがあるのか」という世界です。しかも、例えエビデンスがあったとしても「これにはこれ」というような選択肢が必ずしも一つあるのではなく、競合する複数の選択肢がある。例えば前立腺癌が見つかったら、癌死をアウトカムとすれば手術するのがよいけれども、反対に、手術をしたら尿漏れでQOLが下がるので嫌だという患者さんもある。ひとつの科学的真実だけではなくて、患者さんの価値(バリュー)を含めた意思決定をしなければいけないというのが慢性疾患の特徴だと思うのです。

座談会：ヘルスリサーチの明日

そういう特徴を持った慢性疾患に対して、医療側が患者さんや家族にどうアプローチすれば良いのか。新しい医療モデルがまだ浸透していないような気がします。

“ 悪しきアカデミズム ”

開原：今の話は私も大変興味があるところです。私はその根底に日本の医学の価値観の問題があるような気がするのです。それは何かというと、ベーシックサイエンスが一番価値が高く、その次にクリニカルサイエンスが高い。次に高度先端医療的な臨床があって、一番価値が低いのが一般の社会で診療していることだという、妙な価値観のヒエラルキーがある。少なくとも私が医学教育を受けたときにはありません。

平野：今でもあるのではないのでしょうか。

開原：それが変わらないと、本当の意味で変わったということにならないのではないかという気がしているのです。そして、ベーシックサイエンスが一番価値があるというのは、医学の世界だけかと思っていたのですが、第1回目の対談で故郷田先生と話した時に、先生は「それは医学だけではない。経済学の世界でも全く同じだ。」とおっしゃっているのです。

これはどうも日本社会共通の「悪しきアカデミズム」ではないかと思っ

ているのですが。中村(洋)：“経営”というところに目を向けてみると、全く逆です。例えば製品を出す時にどこで付加価値を一番産み出せるかという、一番大きいのは一番市場に近いマーケティングのところですね。いくら研究をやっても、市場すなわち最終消費者を見ていない研究は価値がないのです。

“悪しきアカデミズム”と“良い企業経営”の違いを見てみると、ちゃんと最終消費者を見ているかどうかということではないでしょうか。そういった意味では、“悪しきアカデミズム”は、日本全体ではない気がします。

開原：ただ、日本の企業も昔はあまり消費者に向いていなかったということがありますね。今は変わってきたのですか。

中村(洋)：優れた経営を行っている企業では、消費者を見るような仕組みを作らないと駄目だということになっています。例えば、会社の組織にしても、企業側の論理では駄目で、やはり消費者側の視点に立って組織を変えていかなくてはならないということになってきていると思います。

開原：組織という意味では、病院はどうですか。

中村(洋)：病院は私はよくわからないのですが、「ある業界の常識は他の業界では非常識」というようなことはあるのではないかと思います。つまり、別の業界では常識である「消費者重視」ということが、この業界では一部の病院を除いて、まだまだ常識にはなっていないのかもしれないですね。

中村(安)：今私は大学の人間科学部で、社会学や教育学とか、他の人達も見ています。そうすると、「理論ほど偉い」というアカデミズムは、日本の大学をまだ取り巻いています。日本の大学の多

くは、実学になればなるほど下に見られるという感じがあります。これは別に医学だけに限りません。

ただ、経済界がハッピーだったのは、大学の中の経済学ではヒエラルキーで動いているけれども、そこを卒業した学生が一旦実社会に行くと、そのヒエラルキーの呪縛から離れて、今度は会社の中のニーズオリエンテッドやコンシューマーオリエンテッドの方にさっと行けることです。

ところが、医学部についてはそうではありません。アカデミズムのヒエラルキーがそのまま市中病院や開業医まで行っている。ヒエラルキーに囚われたままの開業医の先生が、ベストのこ

とをやっていても、何かコンプレックスを持っていたりする。そのようにヒエラルキーが隅々まで行っているのが、医療の分野の悲劇なのではないかという気がします。

開原：非常に率直におっしゃったけれども、私も本当にその通りだと思っ

たと思いますね。看護の立場からはどうですか。

平野：看護の大学の先生と現場でやっている看護師さんや保健師さんは、やはり歴然たる違いがありますね。学会をやる

と、もうだいたい大学の先生だけの集団で、実践者が入っていないような傾向ができてきているというのは、医学よりもっとひどいかもしれ

ません。開原：私もそう思います。(笑)

官、民、公の仕組みが曖昧になった

平野：ちょっと話題を変えてよろしいでしょうか。

今までは健康になるためのサービスというものは公的に提供され、それを無料で受けて当たり前だったのですが、最近、人が最低生きていくために保障されるべきもの、いわゆるソーシャルミニマムが不明瞭になってきていると思います。

例えば今、市町村合併などが頻繁に行われていますが、機動力のある人にとっては広範囲にいろいろなサービスが使えると思う反面、障害がある人や高齢者など自分の身近な生活圏でしか生きられないような人にとってあまり利便性は高まっていないようです。個人の価値を大事にすると言われつつも、それが保障されないようになってきています。特にパブリックにそれを保障していく公的責任性について明確にすることが避けられているように思います。「ここまでが自己責任」「ここからは公共的に」「これは官の責任」というような、官と民と公の仕組みが本当に曖昧です。これらの官・民・公を組み立て直すことが重要なのではないかと思います。

中村(安)：私もそう思っています。私はここしばらく、戦後の母子保健の歴史を見ています。昭和20年代、30年代はどうだったかということ、例えば、長崎の離島に行ってそこの助産師さんにお話をうかがったりして検証する作業をしているのです。すると、あの当時、日本は貧しくて、医療資源も不足して、人もお金も無くて、そして病気が感染症が多くて、結核も多くて、といった時代でしたが、そうした時代には、今ある基本的なシステムがものすごく



有効に効いたのです。検診を初めて導入したこともインパクトがありましたし、子どもの乳児健診などを始めたことがものすごいインパクトで社会を変えていったのです。

しかし、もう時代は変わり、ニーズも変わって、病気も変わっているのに、基本的な枠組みはそのまま、お金の面だけうまくいくように仕組みを変えて、でも、結局うまくいっていないというのが、今の日本の現状だという気がするのです。もう一度、新しい時代に合ったシステムに全て変えてしまうぐらいの勢いで何かしないと

いけないのではないのでしょうか。

平野：そうですが、どうもその方向性がコンセンサスになるようなあり方がなかなか出せないですね。

行政改革ではなくヘルスポリシーの問題

中村(安)：第1回目の対談でもありましたが、それは要するに行政改革ではなくて、ヘルスポリシーなんだということです。最後のポリシーを決める政治の問題にかなり近いのではないかなと思います。

平野：住民参加型で決めていこうなどという一つの流れがある中で、政治的決着というのはどういったバランスで考えたらよいのでしょうか。

開原：医療の改革が、どこから起こるかについては、昔は、たぶん厚生省の中で考えていたと思うのですが、今はそれが外の人も提言するようになったわけですね。総合規制改革会議あり、経済財政諮問会議あり。そういう意味では、まさに今、ヘルスポリシーがきちんと問われなければいけない時代になってきたという気がしますね。

ポリシーというのは本来、医療界だけではなくて、もう少し大きなところで作らなければいけない話ですから、そういう意味では、最近意思決定過程の変化ということも感じますね。今回の混合診療の問題にしてもどうなるのか。私は大変興味があるのですが。

ところで、中村(洋)先生は先ほど、変革の時代には組織として4つの大事な点があると言われましたが、今の医療界の組織はちゃんとこれを実行していますか。

中村(洋)：4つの大事な点(「リーダーシップの存在」、「納得性のあるビジョン・戦略の提示」、「危機意識(組織)全体での共有」、「組織・人材の柔軟性」)を、ヘルスポリシーの観点から見ると、二番目と三番目の点が特に重要になってくると思います。まず「納

新しい時代に合った業・学・産・官のシステムに変えていくことが必要である。それは行政改革ではなく、ヘルスポリシーの問題。

ヘルスリサーチは医療の受け手をメインに据えるべきもの。そして、医学のみでなく、法律、経済等々あらゆるものを総動員して、医学の成果を必要な人に届けるサイエンス。

得性のあるビジョン・戦略の提示」ですが、ヘルスポリシーには医学、薬学、財政、経営等様々な分野が関わってきますので、全ての分野を網羅的に理解できないとグランドデザインも書けません。書けなければ、医療に関わる全ての人を納得させるようなビジョン・戦略は提示できないと思います。

「危機意識(組織)全体での共有」について言えば、専門家が自分達の分野の議論だけしか見えないと、他の分野の方が持っている危機意識を共有することが出来ません。その結果、即座に対応しなければならない問題に対しても、時間がかかってしまうこととなります。

この点から、学際的な特徴を持つヘルスリサーチは重要な役割を果たすと思います。分野を超えた情報交換をしたり、実際の現場を見たり、議論をする中で、多くの問題に対する解決の糸口が見つけれられると思います。

ヘルスリサーチとは何か

開原：それでは、話題をヘルスリサーチの方へ変えましょう。我々はヘルスリサーチを振興すれば、今言われたようないろいろな問題に対して、多少の解決にはなるのではないかと考えてやってきました。

最初の頃は、そもそもヘルスリサーチとは何かということを理解してもらおうと自体に非常に苦労しました。最近は、だいぶ良くなってきたとは思いますが、しかし、現実のものを扱うために、バイオメディカルリサーチよりも格が低いと未だに思っている人もいるのではないかと、多少心配もしております。

ヘルスリサーチとは何かという点に関して、ご意見がございましたか。

クリニカル・エバリュエイティブ・サイエンス

福原：中村(安)先生がおっしゃったように、昔はトップダウンで行政が検診や医療をやって、うまく機能した。しかし、今のこの時代にあって、その枠組みは機能不全をおこしている。そうした状況の中に、ヘルスリサーチという広大な領域があるわけです。

では、ヘルスリサーチとは何なのか。それは、それぞれのニーズや領域で違ってよい話だと思います。例えば、私は臨床がアイデンティティなので、明治維新以来のテーゼであった「病気の原因やその根本的治療法を発見するシーズを見つける研究」だけでなく「現場のニーズに基づいた研究」も必要という立場です。例えば、先ほども言いましたが、前立腺癌の検査を誰にいつすべきなのか、治療はするべきなのか、するとしたら何をすべきなのか。「クリニカル・エバリュエイティブ・サイエンス」と言いますが、我々のやっている医療行為の質やアウトカムを測定するサイエンスが必要であると確信しています。それがヘルスリサーチを、一部ですが、構成しているのではないかと思います。

開原：今の先生の話に、さらに効率性とか経済性とかということ

座談会：ヘルスリサーチの明日

加えて、臨床の世界に持ち込んでよいのではないかという気がします。そこまで含めた「クリニカル・エビデンス・サイエンス」になってくると、非常に今までと違った面が見えてくるのではないかと思います。

実践の中から出てくる研究が重要

平野：私は、医療なり健康づくりは一つの社会行為であるという視点を入れ、先ほども言われていた「悪しきアカデミズム」を打破する研究の一つのジャンルを組み立てて欲しいと思います。その中には人文科学なり政策科学的なものも含まれますが、そればかりに片寄らないでバランスを保った研究であって欲しいですね。

それから、いかに理論化ができるかの前に、どれだけ実態を掴んでいるかが重要なのだと思います。患者さんを日々見ている方の、実践の中から出てくる研究も、財団を始め皆さんに大いに応援してもらいたい。実践をしている方ができるだけ多く参画できるようなジャンルとして、確立していけたらよいと思っています。

中村(洋)：私は、この座談会に出席するに当たって、「ヘルスリサーチとは何ぞや」というところから勉強しなければいけないと思って、ファイザーのホームページを読ませていただきました。「医療の受け手が何を望んでいるのかを把握し、問題の発見ができるように、受け手の状況と置かれた環境を解明する」とありましたが、医療の受け手が主人公だということを押さえたところがこのヘルスリサーチの一番すごいところであり、今後も根本としていかなければいけない部分だと思います。

ヘルスリサーチとは「子どもと遊ぶ」こと

中村(安)：全く同感です。ヘルスリサーチの話をするときにいつも思い出すのが、私が研修医をした1年目の時のことです。たまたまハーバード大学の病棟医長をしていた医者が、サバティカルを1年とって日本に来ていて、うちの病院にいたのです。彼から「小児科医というのは3つ大事なことがあるんだよ」といった話がありました。

1つ目は、やはり目の前にいる病気になった患者さんの病気を治すことで、その次は、その病気の原因を解明することだと言いました。そして、3つ目は、「子どもと遊ぶことなんだよ」と言って、実際よく遊んでいたのです。

実はその遊びの部分サイエンスにしたものが、私はヘルスリサーチなのではないのかなと思うのです。要するに、子どもを取り巻く全ての環境や、子どもの側から病気がどんなふう映っているのかということも含めて、あるいは環境もそうだし、経済的なことや家庭のこともそう、そこから全部広がっていくわけです。まさに中村(洋)先生が言ったように、医療の受け手をメインにするということがヘルスリサーチなのかなという気がしていました。

ヘルスリサーチは医学の成果を必要な人に届けるために

開原：私が最初の頃、人に言っていたのは、「医学の成果を必要な人に届けるサイエンスだ」という言い方です。

世の中にはバイオメディカルリサーチで素晴らしい検査法が生まれたり、素晴らしい治療法が生まれています。しかし、いかにそれらが生まれたとしても、それが本当に必要な人に届けられているのだろうかという、全くそうではない。例えば、糖尿病に関しても、インスリンの治療を受けられる糖尿病患者は世界中のうちの恐らく何分の一に過ぎなくて、全くそういう治療を受けていない人がたくさんいる。

翻って日本を見れば、そういう話は無いのかというと、それもまたそうでもない。例えば心筋梗塞になった患者さんが、本当に必要な治療を受けているかという、そうではないのです。最初に飛び込んだ病院によって治療法が全く違うということは十分あり得る話なのです。

そうすると、実はこれは簡単なようでいてものすごく難しい話で、その時に考えられる最も適した治療法の所に患者を届けるのは気が遠くなるほど難しい。医学だけではなく、法律も、経済も、社会学も、あるいは宗教学も、さらにエンジニアリングも、情報学も、ありとあらゆるものを総動員しないと、その問題は解けない。それがヘルスリサーチではないかなと、自分の中ではそう思っていたのです。

それが根付いたかどうか、そしてそれが本当に日本の医療に貢献するようになってきたのかどうか。そこは私自身はまだよくわかっていませんが、そうあって欲しいと思っています。先生方の目から見て、少しは日本の社会にも定着していますでしょうか。

人材作りのためにもコミュニティが必要

福原：このファイザーヘルスリサーチ振興財団のおかげで、ヘルスリサーチの理念や必要性は、ある程度、少なくともスローガンとしては普及してきたと思います。しかし研究成果を世界に発信しているかという、残念ながら現状ではそうでもない。まだまだ発展途上ではないかという印象を持っています。

そこで、この財団あるいはヘルスリサーチの次にやるべきことのひとつとして、人材育成を提案させていただきたい。まだ日本にはヘルスリサーチをするリサーチャーのコミュニティができていないという感じがします。あまりにも広い研究領域なので捉え所がないということもあるので、少し分けて、例えば医療経済学分野とか、我々のような診療に直結した研究分野とか、看護の研究分野などで研究者コミュニティを作っていく。

私の専門でありませぬ「クリニカル・エビデンス・サイエンス」が対象とする臨床医学の世界は、臓器別に分断されていて、そ





の臓器別の学会を超えるようなソサエティが無い。かといって臓器別学会の中にそういうリサーチャーのコミュニティがあるかという、殆どなく、まだ一つのセッションさえできていないという状態です。

中村(安): 同感です。私もヘルスリサーチの今後を考えると、最も大事なことは人材を

育成する場作りをどうするかという問題ではないかと思えます。若い人の中での関心は高まっていると思うのです。一つの学年で何人かは「将来、僕やりたいんです。」とか、「やるけれど、ちょっと始めに内科に行きます。」という人はいる。それで、どうなるかという、内科に行ってそれっきりになってしまう。臨床を4年か5年した後で、今度はヘルスリサーチを続けようとしたときの学会とか、居場所が無いのです。

もう一つ言うと、例えば、医療経済学の学会は経済学会にありますが、医療経済に関心のある医者が、経済学会に入っていくことはほとんどないです。逆に、医者の学会に経済学者が入るかという、これも皆無です。従来、研究したり、意見交換したり、交流したりする共通の場がなくて、内科学とか社会学とか経済学という旧来型のディシプリンの中に含まれて、バラバラになっているのが今の状態なのです。これでは、若い人を育成できないのではないかと、私は非常に危機感を持っています。

各専門家の目を失ってはいけない

開原: その問題を私も感じているので、「ヘルスリサーチフォーラム」を毎年開いて、そこにいろいろな分野の方々に来ていただいて、交流していただくということで、ずっとやってきています。一般演題も募集するのですが、研究助成金の発表の場だと理解されている面もあるので、広がり点でもう工夫が必要かなという感じがしています。

私も、中村(安)先生の言われたことと全く同じことを思っています。この話の難しさは、いろいろな分野の人が交流しないと本当に良い研究ができないということですが、しかし、そうかと言って、各専門家の目を失ってしまったら、これもまた駄目です。経済

ヘルスリサーチは日本では未だ発展途上である。現在必要なのは人材育成であり、“研究者のコミュニティ”作り。いろいろな分野の人が交流してこそ良い研究ができる。

ベストプラクティスが共有されないことが問題。それはベストプラクティスの可視化・普遍化が為されていないからであり、それをするのがヘルスリサーチャーの仕事である。その際、多領域の人が集まり、学際的な手法を取る事が鍵となる。

学者は経済学者としてのきちんとした基盤を持っていてこれをやらなければいけないし、内科医は内科医としての基盤をきちんとして持ってやらなければいけない。それを失って根無し草が集まると、またこれは何もできないというところがあるわけです。しかし、少しずつそういう人も育ってきているような感じもします。

それから、人材育成について言えば、お亡くなりになった鶴田先生が同じことを言われて、「是非、若い人たちを育てなければ駄目だ」ということで、助成金の中に留学助成というカテゴリーを作りました。これは非常に人気があります。

福原: その海外留学の制度も良かったのですが、それは英語ができる人だけでした。日本にはまだランゲージバリアがあるので、国内に留学するというところへの助成も財団に考慮していただけないかと感じています。

アメリカにあるロバートウッドジョンソン財団は30年以上に亘って、臨床のトレーニングを終えた卒業後5年ぐらいの臨床医を対象としたクリニカルスカラシッププログラムというものに助成してきました。アメリカの10大学ぐらいに拠点を置き、毎年100人以上のフェローを社会に出し、これまでに1,000人以上のヘルスリサーチをする臨床家が育ちリサーチコミュニティをつくったということです。

開原: それはどういう助成の仕方をするのですか。

福原: トレーニングプログラムそのものに助成をします。例えばスタンフォードとかハーバードなどからアプライさせて、競争させて、だめなプログラムは中止します。その教授の給料も出す、フェローの給料も出すという、かなり大がかりな助成プログラムです。

そして更に今、アメリカで起きているのは、ロバートウッドジョンソン財団がやった先駆けの事業を、今度は政府が後継しているということです。NIHがトレーニンググラントというものを出して、複数の医科大学に、教授、助教授など、教える人の給料まで出すようにパッケージにしたグラントを出すようになりました。日本も研究助成だけではなくて、人材育成のためのグラントも考えて行く必要があると思います。

ベストプラクティスが共有されないところが問題

中村(洋): 開原先生が言われたように「ヘルスリサーチは医学の成果を人に届けるサイエンス」と考えたときには、評価自体はかなり試みられているにもかかわらず、ベストプラクティスあるいはベタープラクティスが共有されないところに根本的な問題があると思うのです。

では、何故共有されないのでしょうか。

基本的に、ベストプラクティスがあったときはそれを学びたいと思わせなくてはならない。学びたいと思わせるには「自分のやっていることは、実はちょっとおかしいんじゃないのか」と思わせることが必要です。先程の議論でもありましたが、自分の常識は実は他の人から見れば非常識で、もっとベストあるいはベタープラクティスがあるということを認識させなくてはならない。そういう意味では、啓蒙活動や情報共有が非常に重要ではないでしょうか。

座談会：ヘルスリサーチの明日

そして、もう一方の対極にあるのは、それをしないと潰れる、あるいは、それをしないと患者が離れるというような、需要側からのプレッシャーです。プラクティスに関する情報もちゃんと消費者あるいは患者に認識させて、選べるような仕組みを作ることが必要でしょう。その仕組み作りの為には、先程お二人の先生が言われたように、いろいろな分野の人が集まって情報交換をすることが必要だと思います。

ベストプラクティスの言語化・普遍化のためには

福原：全く同感です。私の反省もあるのですが、われわれのリサーチは、どちらかというと測定しかしてこなかったのです。先生がおっしゃったように、次にやらなければいけないのは、では、ベストプラクティス、ベタープラクティスとは何であって、その方向にどう行動を変えてもらえるかということでしょう。そのフェーズに入らなければいけないのではないかと、私も切実に感じております。そのキーワードの一つが、開原先生のご専門のITではないかと思えます。

平野：看護の領域では、単科の大学が非常に増えてきていて、看護も学際的であらねばならないとされながらも、なかなか学際化が進まないと思います。先ほど開原先生がおっしゃったように、それぞれが自分の専門の根っこを持っていない中で学際化してもどうなるのだという問題があると思うのです。それぞれの領域を理解し共同することを促進するような組立の研究を応援するというスタンスも必要だと思います。

また、ベストプラクティスについてですが、例えば実践があるとして、それを言語化して人にわかるようなものに仕立てることがすごく大変です。プラクティスというのは、やってみたら結果的に非常に良かったということが多く、最初から、いつ何をやって、どうして、どうなった、ということを知りながらやっていたわけではないので、人に問い問われながら理論化の作業をしていく中で、それがくつきりしてくるものだと思います。ですから多領域の方たちが入って、共同して言語化していく取り組みに対して、大いにサポートしていただきたいと思えます。

中村(安)：それが大事なところですね。国際保健の現場でも、フィールドでの実践と理論の二つをどう有機的に結びつけるかというのが、非常に大きなテーマなのです。言うのは簡単ですが、実際はなかなか難しい。

それと、特に日本のヘルスリサーチを考えていくときに、アメリカに負けない部分は日本のフィールドだと私は思っています。日本はこんなにヘルスリサーチができていないと言われていても、乳児死亡率はアメリカよりも低いし、平均寿命は長い。こういうのは、田舎で、いわゆる名も無い保健師さんが頑張ったり、お医者さんが工夫したりという、一つずつの積み重ねなのです。ただ、それをどう普遍化するのかという知恵が無さ過ぎたような気がするのです。

大事なことは、経験だけでは、いくらITで情報を流しても、よそのところへの応用が不可能だということです。結局あの先生

がやったからというように、全部個人の技になってしまう。それを客観的に言語化して、普遍化できるような形に抽出した時に、初めて他地域あるいは他の場面で応用可能になるのです。それをするのがリサーチャーだと思のです。

質的分析がキーワード

その際、キーワードになるのが「質的分析」です。質的分析という手法は、もう科学的にできています。特にヘルスリサーチの分野では数でいろいろな分析をするのが多いのですが、量だけではなくて質的分析、エビデンスベースドメディシンだけではなくてナラティブベースドメディシンを基本にした質的分析の手法を用いて普遍的にやっていけば、ずいぶん違うのではないかなという気がするのです。

福原：先生のおっしゃる言語化というのは、数値で表す測定と、語りつまりナレーションという2つだということですね。

中村(安)：口でいうのは簡単で、実際にやるのは大変です。でもそういうチャレンジをやっていけたら・・・

福原：診療行為の質に関しては、少なくとも基本的な部分を可視化、数値化するのには、全部は無理ですけれども、ある程度可能だと思います。医療者-患者のコミュニケーションの質に関しても、数値化するのにはなかなか難しいかもしれませんが、それでもある程度は測定できます。そしてその足りないところを、ナラティブなもので補っていくというようなことかなと思います。

平野：医療にしろ経済領域にしろ、ベストプラクティスが言語化されていないということは共通すると思うのです。多領域の研究者同士がナラティブにそれを精緻化するような研究スタイルをもっとサポートするようにしていただくと、非常に学際的であり、かつ質的な日本特有の研究法が生まれるのではないかと思います。

中村(洋)：一つのシステムあるいはプラクティスを導入しようと思うときには、それに関わるいろいろな立場の方に語らせるということが必要だと思うのです。例えばガイドラインを作る時も、単に一つの専門分野の方だけが努力するのではなく、多領域の先生が集まって作らないと、取り入れるのは難しいのではないのでしょうか。

ヘルスリサーチの一番の面白さ

中村(安)：今、お話をうかがいながら思い出したことがあります。今年の8月にインドネシアで私たちがやっていた国際保健のプロジェクトが終わって、その評価をしに行きました。この時に医療側と、開発経済学者と、人類学者、歴史社会学者などの5人が1週間同じマイクロバスに乗って、皆で同じ所に行ってインタビューしたのです。これはものすごく面白かったです。何が面白いかというと、例えば病院長相手に、私は「この質問」とやるのですが、これは世



界中で同じことをやっているから、型にはまっているのです。ところが人類学者は全然思ってもいない質問をするわけです。

このように、例えば、ベストプラクティスを実践している所に何人が領域の違う人たちと一緒にいって、一緒に話を聞いて、そして皆でわいわいと「本質は何なのか」といった議論をできたりすると面白いし、それが本当のインターディシプリナリーのアプローチなのかもしれないと思いました。

中村(洋)：それが研究者側から見たヘルスリサーチの一番面白いところかもしれませんね。

開原：本質をある程度抽象化して、人にも伝えられるようなところまで持っていけるといいですね。日本の工場が昔からやっていたことを、アメリカ人が来て調べて、例えば「改善」というコンセプトを抽出する。「kaizen」などは今英語になってしまいましたね。そうするともう改善というコンセプトが世界中に広げられる概念になる。それができるのは、やはり学者なのです。だから、ヘルスリチャーが育ってくると、現場の知恵というものが、ある意味では学問レベルに高まっていくことになるのかもしれないですね。

中村(安)：地域保健にしても、良い保健師がいて、皆で回っている地域は、地域の住民がそういう保健医療施設を信頼して相談にも来るわけです。「あそこはすごい。」と言われても、それが何かということとちゃんと分析していないから、そこに勤めていた何人かの人が転職でいなくなってしまうと、「あそこは最近だいぶ元気ないね」という話で終わってしまう。もったいない気がしますね。

平野：“職人芸の科学”みたいになってしまうのかもしれないけれども、すばらしい活動を分析する必要がありますよね。

コンシューマーの参加が求められる

開原：今までの話の中で、話題がいくつか出ていたのですが、ヘルスリサーチはコンシューマーの視点が非常に重要だと言われます。視点も重要ですが、それだけではなくて、コンシューマー自身が研究者であってもよいし、または研究者でなくても何らかの形で参加してることがあるとよいのではないかという気がしております。そこで、第2回の対談の際に乳がん患者会の会長のワット隆子さんに、もう少し患者会の方々などいろいろな活動をなさった方がよいのではないですか、ということをお願いしました。

最近では患者会の方々もずいぶんいろいろなことをなさるよう

ヘルスリサーチは研究者、実践者、対象とする医療の受け手を巻き込んだ中から良い研究が生まれる。また、実践の中から学問的な目でそれを普遍化する姿勢が必要である。

なってきて、大変変わったなという感じがしています。

中村(安)：ある県の難病の方々が自分たちの現状を知るためのアンケート調査をして、その分析をするときに、やり方がわかりにくいから相談に乗って欲しいとやって来て、一緒に作ったことがあります。

その時に思ったのは、そういうことは、アメリカではNPOが学者の人たちと一緒にチームを組んでいろいろやっています。患者会のNPOが主体になって、アメリカ公衆衛生学会で発表することもやっています。それと比べると、日本では、相談に来られた難病の会の人たちは「こういうことで大学に行くのはどうしようかと迷ったのですが、思い切って来ました。」と言っているのです。壁がありませんね。一般のユーザーの人が研究者はもっと気軽に利用するものだという認識を持つことも大事だろうし、研究者の方ももっと敷居を低くすることが大事なのではないかなと思いますね。

開原：今はだいぶそのへんは変わってきています。ファイザーでも、ヘルス関連団体のフォーラムを作っておられて、実際にそういう方々との交流の場を持っておられますね。

最近ではガイドラインを作るのに参加してみたり、それから治験を受けましようということ、自分たちで応募してみたり。更に私は、患者さんに教壇に立ってもらって、患者さんの講義を医療関係者が聴くような場がもっとあってもよいのではないかと思っています。

福原：大賛成ですね。

ヘルスリサーチの円熟期を迎えるには

開原：ヘルスリサーチというのは研究者だけではなくて、実践をしている人、そして更には対象になるコンシューマーの方々も巻き込んでいく中から本当の良い研究が生まれてくる。しかし、そういう実践の中にあっても、絶えず学問的な目でそれを抽象化する、あるいは、それを人に伝えられるような形で普遍化すること、また忘れてはいけない。それができるようになると、日本のヘルスリサーチも本当の意味での円熟期を迎えるのだと思います。今その途上にあることは確かですし、非常に良い方向に向かっていることもまた確かだと思いますので、あと一踏ん張りかなという感じがいたします。

最初にお話したように、今、変革の時代にあるわけですが、それを乗り切っていく為の知恵は、バイオメディカルリサーチではなくて、やはりヘルスリサーチにしかないと思うのです。この領域を背負っていく若い方々が是非それを認識されて、大いに関心を持っていただくとよいと思っております。

そんなことを結びの言葉といたしまして、この座談会を終わりにしたいと思います。

本座談会に関するご質問、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、座談会出席者と検討の上、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。)