

## ヘルスリサーチニュース

- 第1回ヘルスリサーチワークショップ 大盛会だった“出会いと学び”の2日間(p1)/リレー随想 日々感懐(国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長 平野 かよ子氏)(p1)/研究助成案件募集・一般演題募集案内(p2)/座談会「ヘルスリサーチの明日 - その新しいミッションとは - 」(p4)/第26回評議員会・理事会を開催・平成17年度も引き続き充実した事業を展開(p13)/第1回ヘルスリサーチワークショップを開催・ヘルスリサーチ研究への一連の支援体制を整備(p16)/研究等助成受領成果報告-1編-(p20)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

### 第1回ヘルスリサーチ ワークショップ

## 大盛会だった“出会いと学び”の2日間

当財団の新規事業「ヘルスリサーチワークショップ」第1回が、「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」のメインテーマの下に、1月29日(土)・30日(日)に開催されました。本ワークショップは「“出会い”と“学び”」を最大の目的としており、2日間に亘る分科会と第1日目夜に行われたレセプションでの、様々な分野の方々による“出会い”と活発なチーム討論・意見交換による“学び”が、参加された皆様から高い評価を頂きました。

(関連記事P16～19参照)

第14回(平成17年度)  
研究助成案件を募集  
します。



第12回  
ヘルスリサーチフォーラム  
一般演題を募集  
します。

詳しくはP2～3をご覧ください

第11回ヘルスリサーチフォーラム・ゲスト講演及び助成金贈呈式の講演録ができました。ご希望の方は同封の申込書にご記入の上、財団事務局までFAXでお申し込み下さい。尚、バックナンバー、CD-ROM(第1～10回を収録)もございませんので、ご希望の方は事務局までご連絡下さい。

FAX  
03-5309-9882

リレー随想 日々感懐 - 第8回 -

### ヘルスリサーチに期待すること - ベストプラクティスの研究 -

国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長 平野 かよ子

臨床看護や保健活動など看護の実践の領域には、「素晴らしい。絶妙な対応の仕方だ。」と周囲の者を唸らせるいわゆるベストプラクティスを行う者がいる。これは看護に限らず実践の学といわれる領域にあることであろう。科学的な知見とともに実践を積み重ねて体得した知、実践知、暗黙知を結集させた行為である。実践においては、対象と対峙し客観的に観察し分析することと、対象との実際のなかかわりの中で、間主観的につかまされることを基に判断しかかわることが求められる。このベストプラクティスを言語化するなり図式化して表わし、多くの者と共有できるようにし、実践の根拠を明らかにすることは実践の学において重要な課題であると思う。

一方、実践においては数値目標を掲げた目標管理が謳われ、効果や効率などを示すことが求められてきている。また、研究についてもより実効性が問われている。

しかしこのような中で実践の学を学問としての基盤を固め精緻化させるためには、いわゆるベストプラクティスが何であるのかを明らかにすることが不可欠である。これらは数値化され難い質的なものである。ヘルスリサーチは実践の知をより明確にする等の質的な研究をも大いに発展するものであることを期待したい。



今回は選考委員の国際医療福祉大学大学院 教授 / 日本薬剤師会 副会長 伊賀 立二 先生にお願いいたします。

# 募集 1

## 第14回(平成17年度) 研究助成案件募集のご案内

第14回研究助成案件等の募集を下記の通り行いますので、ご案内申し上げます。  
 詳細につきましては、当財団ホームページ、又は、各大学、研究機関などに送付しております募集案内書、案内ポスタ - や募集広告をご覧ください。

研究対象: 保健・医療・福祉分野の政策、あるいはこれらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチ領域の研究

応募規定:	1. 国際総合共同研究助成	(期間2年間)	1,000万円以内 / 1件	2件程度
	2. 国際共同研究助成	(期間1年間)	500万円以内 / 1件	15件程度
	3. 研究者海外派遣助成	(期間1年以内)	200万円以内 / 1人	10人程度
	4. 海外研究者招聘助成			
	A. 短期招聘	(期間1ヶ月程度)	100万円以内 / 1件	合わせて 5件程度
	B. 中期招聘	(期間6ヶ月程度)	250万円以内 / 1件	
	5. 若手研究者育成助成			
	A. 海外留学	(期間一年以上2年程度)	400万円以内 / 1人	10人程度
		学位取得のための海外留学 但し年齢制限40歳以下		
	B. 国内共同研究	(期間1年間)	200万円以内 / 1件	15件程度
		但し年齢制限40歳以下		

応募期間: 平成17年4月初旬～平成17年7月8日(金)(当日消印有効)

助成決定: 平成17年9月下旬

応募方法: 応募要綱・申請書サンプルをご希望の方は、本財団のインターネットホームページからダウンロードをお願い致します。  
 申請書はホームページ上の入力フォームからのみ作成可能です。  
 作成した申請書をプリントアウト後、署名・捺印し、必要書類と共に本財団までご郵送下さい。

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

## 研究領域と例示

### ヘルスリサーチとは

一人ひとりのクオリティ・オブ・ライフ(QOL)の向上を目的として、自然科学(医学、薬学、健康科学等)や社会科学(法学、経済学、社会学等)の成果を基に、全ての人が最高の医療を享受できるための仕組みを研究する学問です。  
 本財団は国際的視点からのヘルスリサーチの研究を助成します。

1	<b>制度・政策</b> に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護サービスの質の確保に関する制度の研究</li> <li>・ 法・生命倫理と医療サービスの研究</li> <li>・ 医療保険制度・介護保険制度の研究</li> <li>・ 薬価・薬事制度の研究</li> <li>・ 人口減少社会における医療福祉の研究      など</li> </ul>
2	<b>医療経済</b> に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Pharmaco Economicsの研究</li> <li>・ 医療における費用対効果の研究</li> <li>・ 医療における技術革新の経済評価の研究</li> <li>・ 医療経営に関する研究      など</li> </ul>
3	<b>保健医療の評価</b> に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療の質とEBMの適用の研究</li> <li>・ 文化・制度の違いによる疾患治療の相違の国際比較研究</li> <li>・ 保健医療のOutcomeの研究</li> <li>・ 医療福祉経営における品質管理手法の研究      など</li> </ul>
4	<b>保健医療サービス</b> に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族の精神的ケアの研究</li> <li>・ 保健医療サービスにおけるヘルスプロモーション等の研究</li> <li>・ 在宅医療を含む医療施設の機能評価の研究</li> <li>・ 情報化社会の保健医療に及ぼす影響の研究</li> <li>・ 患者の受診行動とヘルスコミュニケーションの研究</li> <li>・ 保健医療における危機管理の研究      など</li> </ul>
5	<b>保健医療資源の開発</b> に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開発途上国における保健・医療資源開発の研究</li> <li>・ ヘルスマンパワーの研究</li> <li>・ ゲノム開発等のイノベーションと新薬開発コストに関する諸問題の研究</li> <li>・ 新薬開発のグローバル化と薬事政策に関する国際比較研究</li> <li>・ 医療と知的財産権に関する研究      など</li> </ul>

# 募集 2

## 第12回ヘルスリサーチフォーラム 一般演題募集のご案内

本年も下記により、第12回ヘルスリサーチフォーラムの一般演題を募集致します。  
 申込期間は4月初旬～7月8日(金)(当日消印有効)ですので、振ってご応募下さいます様お待ちしております。

フォーラムのテーマ  
 ヘルスリサーチ成果の還元

研究内容  
 医療制度・政策、医療経済に関する研究、保健医療の評価に関する研究、保健医療サービス、医療資源の開発に関する研究等

応募方法  
 財団所定の申請書式(次項に入手方法を記載)に必要事項をパソコン入力の上、ファックス、郵便または、E-mailにファイルを添付して、当財団事務局宛にお申し込み下さい。

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

申込期間  
 平成17年4月初旬～平成17年7月8日(金)(当日消印有効)

発表  
 組織委員会で採否を決定します。採用の場合は、平成17年11月5日(土) 会場「都市センターホテル」(東京都千代田区平河町)で開催する第12回ヘルスリサーチフォーラムにおいて15分程度(含むQ&A)のご発表をお願い致します。

発表演題の機関誌等への掲載  
 フォーラムで発表された研究内容は、財団の機関誌(本誌)等へ掲載致します。また、第12回ヘルスリサーチフォーラム講演録としてまとめ、配布致します。

演題発表のための交通費  
 演題が採択された場合、首都圏以外(但し海外を除く)の一般演題発表者(発表者本人のみ)には、フォーラム開催都市までの交通費を財団の規定により支給します。

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

# ヘルスリサーチの明日

- 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くということです。

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、と思えます。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えます。

いくつも切り口はあると思いますが、一つは、多様化だと思えます。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やして、と、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やるし、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やい



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、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が。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と、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。学会をやるとうまい大学だけ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、人もお金もなくて、そして病気は感染症が多くて、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う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もすごく難しい話で、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ません

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。そこ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いいけない。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いいけない。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きやすいですね。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大事だと言われます。視点も大事ですが、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、ということをお話ししました。

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もある。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。)

第26回評議員会・理事会を開催

# 平成17年度も引き続き充実した事業を展開

東京都渋谷区の新宿文化クイントビルで、3月3日(木)に第26回評議員会が、3月14日(月)に第26回理事会が開催され、平成17年度の当財団の事業計画、収支予算、その他が審議・承認されました。次ページ以後に掲載のとおり、当財団は平成17年度も引き続き充実した事業を展開してまいります。

また、評議員会では、任期満了に伴う理事の改選が行われ、垣東理事長を含む3名の理事のご勇退と、新たに3名の理事の選任が可決されました。また、理事会においては、現評議員及び現選考委員全員の再任が可決されました。引き続き3月14日(月)には平成17年度新理事による理事長・常務理事選任の為の会議が行われ、4月1日以後の理事長に岩崎博充氏が、常務理事に島谷克義氏が選任されました。



5期10年を務められ勇退される垣東理事長

挨拶をされる厚生労働省大臣官房厚生科学課長補佐 迫井 正深氏



第26回 評議員会



第26回 理事会

理事・監事

(敬称略・50音順)

- 理事長 岩崎 博充(理事再任、理事長新任)  
ファイザー 顧問
- 常務理事 島谷 克義(新任)  
ファイザー 常務取締役
- 理事 青木 國雄(再任)  
名古屋社会福祉協議会会長
- 理事 梅田 一郎(再任)  
ファイザー 取締役
- 理事 開原 成允(再任)  
国際医療福祉大学大学院長・副学長
- 理事 黒川 清(再任)  
日本学術会議会長
- 理事 幸田 正孝(再任)  
社会福祉法人恩賜財団済生会理事長
- 理事 高久 史麿(再任)  
自治医科大学学長 日本医学会会長
- 理事 松田 朗(新任)  
厚生年金事業振興団常務理事
- 理事 水野 肇(再任)  
医事評論家
- 理事 南 裕子(新任)  
日本看護協会会長
- 理事 宮澤 健一(再任)  
一橋大学名誉教授
- 理事 山崎 幹夫(再任)  
新潟薬科大学学長
- 監事 片山 隆一(再任)  
公認会計士(あずさ監査法人)
- 監事 北郷 勲夫(再任)  
国民健康保険中央会理事長

(名誉理事)

- 名誉理事長 垣東 徹  
ファイザーヘルスリサーチ  
振興財団前理事長
- 名誉理事 荒井 蝶子  
国際医療福祉大学大学院教授
- 名誉理事 大谷 藤郎  
国際医療福祉大学総長
- 名誉理事 岡本 道雄  
神戸市立中央市民病院名誉院長
- 名誉理事 加藤 一郎  
成城学園名誉学長

評議員

(敬称略・50音順)

- 評議員 出月 康夫(再任)  
東京大学名誉教授
- 評議員 岩崎 榮(再任)  
横浜市立病院事業管理者
- 評議員 岩田 弘敏(再任)  
岐阜大学名誉教授
- 評議員 宇都木 伸(再任)  
東海大学法科大学院教授
- 評議員 大塚 宣夫(再任)  
医療法人社団慶成会青梅慶友病院理事長
- 評議員 大道 久(再任)  
日本大学医学部教授
- 評議員 河北 博文(再任)  
医療法人財団河北総合病院理事長
- 評議員 岸 玲子(再任)  
北海道大学大学院医学研究科教授
- 評議員 近藤 建文(再任)  
環境省公害健康被害補償不服審査会委員
- 評議員 高橋 則行(再任)  
日本薬剤師会相談役
- 評議員 南部 鶴彦(再任)  
学習院大学経済学部教授
- 評議員 花野 学(再任)  
東京大学名誉教授
- 評議員 福原 俊一(再任)  
京都大学大学院医学研究科  
医療疫学分野教授
- 評議員 町田 豊平(再任)  
東京慈恵会医科大学名誉教授
- 評議員 三富 利夫(再任)  
東海大学名誉教授
- 評議員 矢作 恒雄(再任)  
慶應義塾大学経営大学院  
三菱チェアシップ教授

選考委員

(敬称略・50音順)

- 委員長 開原 成允(再任)  
国際医療福祉大学大学院長・副学長
- 委員 伊賀 立二(再任)  
国際医療福祉大学薬学部長
- 委員 上田 博三(再任)  
厚生労働省大臣官房厚生科学課長
- 委員 宇都木 伸(再任)  
東海大学法科大学院教授
- 委員 小堀 鷗一郎(再任)  
国立国際医療センター名誉院長
- 委員 近藤 建文(再任)  
環境省公害健康被害補償不服審査会委員
- 委員 南部 鶴彦(再任)  
学習院大学経済学部教授
- 委員 平野かよ子(再任)  
国立保健医療科学院  
公衆衛生看護部部長
- 委員 矢作 恒雄(再任)  
慶應義塾大学経営大学院  
三菱チェアシップ教授

任期...理事・監事、評議員及び選考委員とも、平成17年4月1日から平成19年3月31日迄の2年間。

新理事長



出身地：愛知県  
生 年：1942年  
最終学歴：慶應義塾大学経済学部  
卒業  
コーネル大学 MBA取得

略 歴

- 1966年8月 台糖ファイザー株式会社  
(現・ファイザー株式会社)入社  
以後医薬マーケティング部長、  
名古屋医薬支店長 他を歴任
- 1987年3月 取締役 医薬営業部長
- 1993年3月 常務取締役 医薬マーケティング統括部長
- 1997年9月 専務取締役 経営企画担当
- 2005年3月 顧問に就任

現在に至る

新任理事



島谷 克義氏



松田 朗氏



南 裕子氏

# 平成17年度事業計画

## 平成17年度事業概要

ヘルスリサーチに関する実態調査	諸外国におけるヘルスリサーチに関する研究専門雑誌や研究会についての情報を収集し、日本のヘルスリサーチ研究者に参考情報を提供する。	1件1,000万円以内 / 2件程度
研究等助成	1. 国際総合共同研究事業 保健・医療・福祉分野の政策あるいは、これらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチの基幹的研究テーマについて国際的且つ学際的な観点から総合的に実施するヘルスリサーチの領域の共同研究への助成。(期間：原則として2年間)	1件1,000万円以内 / 2件程度
	2. 国際共同研究事業 保健・医療・福祉分野の政策あるいは、これらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチの研究テーマについて国際的な観点から実施するヘルスリサーチ領域の共同研究への助成。(期間：原則として1年間)	1件500万円以内 / 15件程度
	3. 日本人研究者の海外派遣事業 保健・医療・福祉分野の政策あるいは、これらサービスの開発・応用・評価に資する研究テーマについて取り組む日本人研究者が海外におけるヘルスリサーチの研究活動に参加するための渡航助成。(期間：1年以内)	1人200万円以内 / 10人程度
	4. 外国人研究者の招聘事業 保健・医療・福祉分野の政策あるいは、これらサービスの開発・応用・評価に資する研究テーマについて取り組んでいる将来有望なヘルスリサーチ領域の海外研究者の招聘助成。  A. 短期招聘(1ヶ月程度) ... 1件100万円以内  B. 中期招聘(6ヶ月程度) ... 1件250万円以内	合わせて5件程度
	5. 若手研究者育成事業 保健・医療・福祉分野の政策あるいは、これらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチの研究テーマについて取り組む若手研究者の育成を目的とする助成。  A. 海外留学助成 日本人研究者が学位取得を目的に海外留学する場合の助成 1年間以上2年程度、但し年齢制限40歳以下(H.17.4.1現在)  B. 国内共同研究助成 原則として1年間、但し年齢制限40歳以下(H.17.4.1現在)	1人400万円以内 / 10人程度  1件200万円以内 / 15件程度
財団機関誌の刊行(ヘルスリサーチニュース)	事業及びその成果を情報として提供し、研究の推進・啓蒙を図る。また、ヘルスリサーチの啓蒙と実践的な展開を目指してワークショップからの意見集約に基づきシリーズでヘルスリサーチ鼎談を行い、7月号より掲載する。	年4回
第12回ヘルスリサーチフォーラム・研究助成金贈呈式及び講演録	第12回ヘルスリサーチフォーラムと平成17年度研究助成金贈呈式を併催する。一般公募演題の発表、平成15年度実施の国際共同研究、国内共同研究の成果発表、平成15年度・平成16年度海外派遣助成研究発表及び討論等、通常のヘルスリサーチフォーラムを2会場方式で開催し、引き続き平成17年度の研究助成発表・贈呈式をメイン会場に一堂に会し行う。贈呈式においては、厚生労働省大臣官房技術総括審議官、出捐企業代表者挨拶に続いて、平成17年度応募助成案件の選考結果・経過の発表並びに研究助成金贈呈式、情報交換会等々を行う。ヘルスリサーチフォーラム・平成17年度研究助成内容発表・研究助成金贈呈式の内容を講演録として纏め、平成18年3月に配布する。  テーマ：「ヘルスリサーチ成果の還元」	開催日： 11月5日(土) 会場： 都市センターホテル

<b>第2回ヘルスリサーチ ワークショップ</b>	ヘルスリサーチという学際的な研究の効果的・効率的な促進を通じて保健医療の向上への貢献を目指す。当財団の主たる事業の一環として、将来のヘルスリサーチ研究者・実践者の戦略的な育成のために、当該領域を志向する研究者・実践者の人的交流と相互研鑽に焦点を当てた“出会いと学び”の場としてのヘルスリサーチワークショップを、平成16年度に引き続き開催する。その内容を小冊子としてまとめ次年度に配布する。 開催日 : 平成18年1月21～22日(土、日)もしくは28～29(土、日)のいずれかの週末 会場 : アポロラーニングセンターを予定(ファイザー(株)研修施設) 参加者 : ヘルスリサーチの研究を志向する多分野の研究者・実践者 40名(推薦+公募)程度 小冊子 : A4版 100頁 3,000部を次年度に作成予定 (平成17年1月末の第1回開催分の小冊子/ビデオを本年度作成・配布予定) テーマ他 : 本年度のテーマをはじめ開催の詳細は、ヘルスリサーチワークショップ幹事・世話人会で決定の上、ヘルスリサーチニュース7月号(Vol.44)にてお知らせします。
<b>第6回 北里・ハーバード シンポジウムへの 後援</b>	開催予定 : 平成17年10月25～26日 主催 : 北里大学・ハーバード大学 後援 : ファイザーヘルスリサーチ振興財団 参加者 : 治験に関係するドクター、製薬会社、規制当局関係者等 600人 内容 : 「効率的な新薬開発に関する検討」 テーマ : Advanced and Global Drug Development Techniques
<b>CD-ROMの作成</b>	ヘルスリサーチフォーラム(第1回～第12回)講演録及び国際共同研究成果報告、国内共同研究成果報告(平成4年度～平成15年度)を収録 発行枚数 : 2,000枚を予定

平成17年度予定表

事業年度		平成16年度			平成17年度														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
運営会議	理事会	平成17年度 事業計画・予算 3月14日(月)第26回			平成16年度事業報告・決算報告 新年度現況報告 5月24日(火)第27回												平成18年度 事業計画・予算 3月 第28回		
	評議員会	3月 3日(木)第26回			5月18日(水)第27回 監事決算監査 5/12,13												3月 第28回		
事業関連	選考委員会	2月15日(金) 第38回/新年度助成方針			選考方針・作業分担 最終選考 7月29日(金)第39回 8月28日(日)第40回												2月 第41回/新年度助成方針		
助成事業他	公募	→ 応募要綱作成			← 公募期間(配布・紹介) 7/8												← 平成18年度 応募要綱作成		
	選考 選考結果				← 案内・広告 → 最終公募とりまとめ ← 公募現況報告 → 選考作業 面接 正式発表・通知														
	第12回ヘルスリサーチフォーラム& 助成金贈呈式	← 第11回 講演録刊行			← 一般演題公募 → 参加者募集 ← 一般演題選考決定 → 11/5(土)												← 第12回 講演録 刊行		
	第2回ヘルスリサーチワークショップ				← 幹事世話人会 → 幹事世話人会 幹事会 幹事世話人会												← 第2回ワークショップ開催 ← 1/21～22(土、日) または 1/28～29(土、日)		
管理業務	(一般業務)																		
	平成17年度予算・事業計画作成	→																	
	平成16年度決算処理 厚生労働省報告(予算・決算書)				← 予算書/新役員 決算報告書												← 11月中旬～ 特増更新		
	助成金支払い																		
	平成18年度予算・事業計画作成																		

参加された  
方々

財  
チーム



左から、秋山美紀さん（慶應義塾大学政策・メディア研究科）、小川寿美子さん（琉球大学医学部）、鬼塚一郎さん（久留米大学第三内科）、柴田睦郎さん（市立小樽病院小児科）、中村雅美さん（日本経済新聞社編集委員）、土生栄二さん（厚生労働省社会・援護局福祉基盤課）、松井豊さん（医療法人社団まついクリニック）、両角良子さん（日本学術振興会＜受入研究機関：東京大学大学院経済学研究科＞）【五十音順。（ ）内は所属。以下同じ。】

## 第1回 ヘルスリサーチワークショップを開催 ヘルスリサーチ研究への一連の支援体制を整備

平成17年1月29日（土）・30日（日）に、ヘルスリサーチ分野、保健・医療分野及び行政分野の研究者・実務担当者、その他の計34名の参加を得て、当財団の新規事業「ヘルスリサーチワークショップ」をアポロラーニングセンター（ファイザー（株）研修施設：東京都大田区）で開催しました。第1回目の今回の基本テーマは「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」です。



### 第1日目



開会の挨拶を述べる世話人の岩崎常務理事（現理事長）

第1日目は、開会の挨拶に続いて、オリエンテーションが行われ、本ワークショップの最大の目的は、多彩な人材による「“出会い”と“学び”」であり、「誰かが教えてくれる研修会ではなく、異分野の方々の討議を通じてお互いの新たな“気づき”を重視し、参加する一人ひとりが楽しみながら“何か”を始めるためのお手伝いをするための集まり」をコンセプトとしていることが説明されました。そして、この趣旨に従って、ワークショップ中は、肩書きや立場を忘れるために、お互いに「さん」で呼び合うというグランドルールが設定されました。

次に参加者、幹事・世話人等の自己紹介。自分の職種の紹介とともに「無人島に行くとしたら何を持って行きたいか」という一言を付け加えることとされ、34名の参加者のみならず、幹事・世話人、オブザーバー、財団スタッフ等、会場の全員が自己紹介を行いました。「無人島・・・」の質問では「亭主」「女房」とする回答が多かったのですが、中には「愛」や「トトロ」と答えた方もおり、和気藹々の滑り出しとなりました。



オリエンテーションの進行は中村安秀幹事（右）と菅原世話人（左）が担当しました。

プログラムの最初は基調講演で、次の2題の講演が行われました。

1. 色平 哲郎 さん（長野県南佐久郡南相木村診療所長）  
演題： 風のひと 土のひと ~金持ちより心持ち~

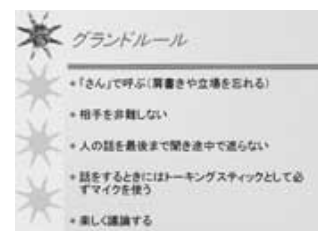


座長の今井世話人



#### 色平哲郎さん略歴

1960年神奈川県横浜市生まれ。開成学園卒業、東京大学中退。その後、医師を目指し京都大学医学部入学。在学中よりアジアを中心に世界を放浪、諸外国の医療福祉現場を直接訪ね、その後の人生に大きく関わる人々と知り合う。現在、人口1300人の村、長野県南佐久郡南相木村国保直営診療所長、内科医として活躍。NPO「佐久地域国際連帯市民の会（アイザック）」事務局長。外国人HIV感染者・発症者への「医食住」の生活支援、帰国支援を行うNPO「アイザック」の活動を続け、この活動により95年、タイ政府より表彰を受けた。現在、長野県総合計画審議会委員。





育  
チーム

左から、高村美奈子さん(順天堂大学スポーツ健康科学部健康学科健康社会学研究室) 富山紀子さん(埼玉県朝霞保健所) 中村伸一さん(国保名田庄診療所 名田庄保健福祉課) 長谷川剛さん(自治医科大学外科学講座呼吸器外科部門) 疋田理津子さん(厚生労働省医政局看護課看護研修センター) 松浦直己さん(神戸市立星和台小学校) 松村真司さん(松村医院) 真野俊樹さん(多摩大学大学院) 山口博弥さん(読売新聞東京本社編集局医療情報部)

## 2. 岸本 葉子 さん(エッセイスト)

演題： 患者の求めるパートナーシップ



座長の福原幹事



岸本葉子さん略歴

1961年、神奈川県鎌倉市生まれ、東京大学教養学部卒業後、会社勤務、中国北京留学を経て執筆活動に。旅や日常生活、読書をテーマに、新聞、雑誌にエッセイを発表。単行本、文庫、約70冊があり、等身大の視点でのエッセイが、同世代の女性を中心に、支持を得ている。2001年に虫垂がんの手術を受け、現在も通院中。がん体験を綴った『がんから始まる』(晶文社)は大きな反響を呼んだ。近著『がんと心』(同じく晶文社)では、患者、家族、医療スタッフが抱える心の課題と対処法について、精神腫瘍学の医師と対談している。

全員で写真の記念撮影をした後、基本テーマ「赤ひげを評価する」に沿って、

- ・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、各々のテーマについての分科会が行なわれました。

(尚、基調講演をされた色平さんは、引き続き2日間、各チームの討議に特別参加されました。)



ファシリテーター  
今井 博久 世話人(左): 旭川医科大学医学部医学科健康科学講座  
中村 洋 世話人(右): 慶應義塾大学大学院管理研究科(ビジネス・スクール)

財チーム



ファシリテーター  
福原 俊一 幹 事(左): 京都大学大学院医学研究科 医療疫学分野  
菅原 琢磨 世話人(右): 国際医療福祉大学医療福祉学部 医療経営管理学科

育チーム



ファシリテーター  
川越 博美 世話人(左): 聖路加看護大学看護実践開発研究センター  
平井 巖山 幹 事(右): 千葉県立東金病院

導チーム



ファシリテーター  
中島 和江 世話人(左): 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  
中村 安秀 幹 事(右): 大阪大学大学院 人間科学研究科

望チーム





**導  
チーム**

左から、小崎真規子さん（新潟大学歯学総合病院総合診療部 京都大学大学院医学研究科医療疫学） 狩野繁之さん（国立国際医療センター研究所） 酒井昌子さん（聖路加看護大学）  
島内憲夫さん（順天堂大学スポーツ健康科学部健康学科健康社会学研究室） 中村美紀さん（イジマ薬局） 野口一重さん（日本福祉大学福祉経営学部）  
服部洋一さん（東日本国際大学福祉環境学部） 真崎理香さん（NHK国際放送局） 吉見昭宏さん（茨北ホリスティックセンター）

夕食時には、ピュッフスタイルのレセプションにより、このワークショップの大きな目的の1つである、参加者、幹事・世話人等の“出会い”と親交の輪が広がりました。



司会の中島世話人（左）  
中村洋世話人（右）

余興で「赤ひげクイズ」を出題する  
中島世話人



“ご指名”により一言挨拶をされた方々



乾杯の音頭をとる  
開原 成允 アドバイザー  
（国際医療福祉大学）



小川さん



當山さん



島内さん



山本さん



色平さん



榎尾さん  
（財団スタッフまで  
指名されました）



中締めの挨拶をされる  
平井幹事

**第2日目**

2日目午前中は、前日から引き続いての分科会が行われ、午後からの発表に備えて、各チーム活発な議論が行われました。



財チーム  
（会議後もメールのやり取りが続いた熱烈討論）



育チーム  
（多彩なメンバーによる知的刺激がいっぱい）



導チーム  
（1日目と机の配置まで変えて密接討議）



望チーム  
（深く静かな感動の結論）



左から、歌川さとみさん（千代田区保健福祉部介護保険課） 今野広紀さん（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） 丹野佳郎さん（社団法人宮城県薬剤師会）  
 中板育美さん（国立保健医療科学院公衆衛生看護部） 安川文朗さん（同志社大学研究開発推進機構/技術・企業・国際競争力センター） 山本大介さん（太陽法律事務所）  
 吉川菜穂子さん（聖路加看護大学看護実践開発研究センター） 吉本清信（山添村国民健康保険東山診療所）

午後から再び全員が一堂に会して、チーム別の発表と全体討議が行なわれました。



座長：川越世話人（左） 平井幹事（右）



全プログラム終了後、財団事務局長からのお知らせと財団理事長の閉会の挨拶が行なわれ、盛会の余韻を残しつつ散会となりました。



事務局長からのお知らせでは、次のように述べました。  
 「財団の事業は従来は研究助成をメインとしていました。農業に例えると、これは収穫物の『刈り取り』の分野でしたが、今回のワークショップ事業の創設は、『開墾と種蒔き』の分野が加わることを意味します。これによって、ヘルスリサーチ研究の取り掛かりのためのきっかけとなる場の提供と、具体的研究へと進んだ場合のそれに対する助成という、ヘルスリサーチ研究への一連の支援体制が、当財団に整ったこととなります。」



佐藤事務局長



閉会の言葉を述べる垣東理事長（現名誉理事長）

今回のワークショップへの参加によって、皆様のヘルスリサーチ研究の具体的な種が芽を吹き、いつの日か、当財団への助成申請をして頂くような研究へと発展されることを期待して止みません。」

今回のワークショップは、恐らく日本のヘルスリサーチ分野では初めての試みと思われませんが、参加者から非常に高い評価を頂きました。ワークショップ後も参加者間で活発なメールのやりとり等による意見交換が行われている模様で、今後共同研究への発展の兆しも見られます。

当財団では、本ワークショップの4つの分科会で出た意見を基に、各々の個別テーマにかかわる施策・施行側のキーパーソンを招いて、それぞれのチームの代表者と話し合う場（鼎談）を開催し、そのアウトカムをヘルスリサーチ研究と実践のお役に立てて頂きたいと考えております。その内容は今後4回に亘って本誌（ヘルスリサーチニュース）に掲載してまいります。同時に、第1回ヘルスリサーチワークショップの内容も冊子にまとめる予定ですので、合わせてご利用下さい。

# 研究等助成受領成果報告

- 若手研究者育成国内共同研究 1 編 -

平成15年度若手研究者育成国内共同研究

## 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

研究期間 2003年10月22日～2004年12月1日  
 代表研究者 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  
 共同研究者 京都大学医学部保健学科 教授 宮島 朝子  
 共同研究者 神戸芸術工科大学芸術工学部ファッションデザイン学科 教授 見寺 貞子

### 研究の趣旨と目的

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。

しかし、既存病院のサインデザインにはわかりづらいものが多く、十分な機能を果たしているとはいえない。小さな文字サイズのサインは高齢者には見づらく、高次脳機能障害の患者の中にはトイレに行ったりトイレから自室に戻れないといった地誌的障害を有する者もいる。そのため今回研究対象としたH病院の病棟では、看護師が矢印や部屋番号を大きく書いた紙を壁に貼ったり、床面に蛍光テープを貼って誘導したりするなど、一時しのぎ的な対応をしており、わかりやすいとは言い難いのが実情であった。

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、機能的なデザインシステムを提案することを目的に行った。

### 研究の進め方

新しく提案するサイン（誘導表示、トイレ表示、病室番号表示）を、H病院の回復期病棟内に16年9月から10月にかけて設置し、患者と家族、見舞客、医療関係者など105名を対象にアンケート調査を行い、既存のサインと比較評価した。アンケートは3カテゴリー（視覚的・機能的側面、心理的側面、意匠的側面）18項目とし、3段階（はい、いいえ、どちらでもない）で回答を得た。

既存サイン（一部掲載）



床面に蛍光テープを貼って誘導 トイレ表示は色・高さとも見にくい

新提案サイン（一部掲載）

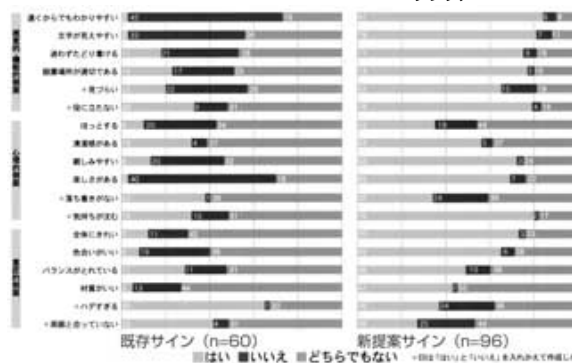


コーナーサイン トイレサイン 病室番号表示フラッグ

### 研究の成果

新しく提案するサインに対し、背景、性別、年代を問わず、概ね肯定的な評価が得られた。心理的側面や意匠的側面においては多少改善を必要とするが、視覚的・機能的側面では特に評価が高く、ユニバーサル性の高いデザインシステムを提案できたと考える。

既存サインと新サインに対する評価（一部掲載）



既存サイン (n=60) 新提案サイン (n=96)  
 ■はい ■いいえ ■どちらでもない