

「あたまと 心と へその下」

政策研究大学院大学名誉教授 黒川 清

以下は、私が主導した厚生労働科学研究における戦略研究の総括に向けた調査分析総括報告書に書いたメッセージである。

1980 年ごろから米欧のいくつかの大学で医学教育の改革が始まった。McMaster 大などの「臨床疫学」などが注目され、Harvard 大の“Early Exposure”と“Team Work”を基本とする“New Pathway”などである。医学研究では「Bench to Bedside; Bedside to Bench」などがいわれはじめる底流があり、1980 年頃には Bye-Dole 法、Small Business Innovation Research(SBIR)など、現在の米国経済の復活のきっかけになる政策が打ち込まれた。90 年代に入ると、冷戦終了、http、www などの発明、日本でもインターネット(大学では UMIN 等)が繋がりはじめる。当時、パソコン、ラップトップは既に普及していた。

インスリン、成長ホルモンに続いて、慢性透析患者の貧血を改善し、輸血を不要とするエリスロポエチンが臨床現場に現れ、1995 年から日欧米で国際的大規模な透析患者データ収集の臨床研究 Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study(DOPPS)が始まる。これに参加することで臨床仮説を実際のデータを使って解析できる新しいタイプの医師たちが日本でも育ちはじめた。それまでの大規模臨床治験の多くは製薬大企業によるもので、医師の役割は患者サイドであり、データの分析には関わっていなかった。日本の公的研究費での臨床研究は「難病研究」など限られ、多くは厚生省の政策的調査として行われていた。

世界の医学分野の趨勢を表す The New England Journal of Medicine (NEJM)、Lancet などのトップ論文の傾向も 90 年代に変わり始めていた。政策に反映されるような臨床的知見の重要性を示唆するものが増えていた。21 世紀に入ると厚生労働省は新しい「戦略的アウトカム研究」である戦略研究を立ち上げる。政策的課題は厚生省が提示、それに対応して日本と世界の状況を踏まえた調査、検討、実施可能性などを検討する委員会を立ち上げて研究プロトコルを作成し、実行チームを公募する。実行チームは多くの臨床治験のように委員会で決められた枠組みで研究を推進していく。新しい試みであり、実践には多くのバリアがあった。途中で中止した研究もある。いくつかの試みが新しい政策の立案、施行などの行政に反映されるような成果もではじめた。仮説を検討したデータに基づいた政策立案と施行である。

この新しい研究枠組みである戦略研究から得られたものは、研究の成果だけではなかった。日本の医療関係者の間でもっと大きなものが得られたと思う。それらは

1. 決められた臨床研究の遂行を大学病院など参加チームの臨床の現場組織にきちんと守ってもらったこと
2. 生物統計専門家の重要性を明確に示せたこと
3. 学会、大学や参加の病院と医師会の連携を促進したこと
4. 学会、大学、病院、医師会ほか各医療職などの医療提供側と自治体との協働作業の臨床治験を実際に示したこと
5. 臨床疫学を手段として新しい臨床研究に精通する臨床医が育ってきたこと
6. 時代の趨勢が「Bench to Bedside」から臨床疫学などに広がり、School of Public Health の教育が医師にとって魅力的であり、しかも大事な素養になりつつあることを示せたこと
7. データサイエンスへの対応の先駆的臨床研究への足がかりとなったこと
8. いくつかの研究で、医療の現場が医師から看護師、保健師など「タテ」からフラットな「チーム」医療へと変りつつあることを示したこと、などである。

これからの政策的課題は何か、世界の動き、日本の立場はどうなのか。この戦略研究で見えて来たのは、実体験を通して広く医療の現場に関わる人材の育成だったのではないだろうか。

厚生労働科学研究における戦略研究の総括に向けた調査分析総括報告書  
(平成 29 年 10 月)

ではなぜこの演題「あたまと 心と へその下」なのか？

第20回日本内分泌学会関東甲信越支部学術集会での特別講演  
(2019年9月13日 政策研究大学院大学 想海楼ホールにて)