



6. 私の研究履歴

中山健夫

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野

1. 大学生時代 1981～1987年

私は生まれも育ちも東京・新宿（国立国際医療研究センターのある戸山町のお隣、夏目漱石が生まれた喜久井町というところ）で、開業医だった父と祖父の影響を受けて、自然に医者道に進み、1981年に東京医科歯科大学に入学しました。

学内では公衆衛生予防医学研究会（公予研）、大学祭実行委員会、演劇部などで活動していました。公予研の顧問は公衆衛生学の高野健人教授（当時・衛生学助教授）で公衆衛生学の基本的な考え方をご指導頂きました。当時注目されていたローマ・クラブによる「成長の限界」（人口は幾何学級数的に増加するが、食料は算術級数的にしか増加しない）やマクダーモットの唱える”vicious cycle”論など、医学・医療の枠を超えたグローバルな視野に感銘を受けました。

学外では1984年から医療系学生の大学横断的な勉強会、「全人的医療を考える会」の医学生ワークショップの活動に参加していました。「全人的医療を考える会」は、「病気をみる医療から人間をみる医療へ」「心身医学・ホリスティックメディスン」「体験学習」「プライマリケア」などをキーワードとしており、聖路加看護大学の日野原重明先生、九州大学医学部心療内科の池見西次郎先生、大阪大学の中川米造先生はじめ次世代の医療者育成に熱意のある先生方が手弁当でご協力下さり、全国の大学から意識の高い学生が集っていました。この時の1学年上が、現在も京都大学でご一緒している今中雄一先生（社会健康医学系専攻医療経済学分野教授、現専攻長）、そして東京大学の木内貴弘先生（医療コミュニケーション学教授・UMINセンター長）、順天堂大学の谷川武先生（公衆衛生学・主任教授）、筑波大学の田宮菜奈子先生（筑波大学・ヘルスサービス開発研究センター長・医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野教授）、同学年に横浜市立大学の水嶋春朔先生（社疫学・公衆衛生学教授）で、学生時代以来40年が経ちましたが、今でも親しくさせていただいています。

2. 東京医科歯科大学難治疾患研究所時代 1989～1999年

東京厚生年金病院（現 JCHO 東京新宿メディカルセンター）での臨床研修後、東京医科歯科大学難治疾患研究所（難治研）の田中平三教授にお声掛けを頂き、1989年に疫学部門の助手になりました（ですので、私は「大学院」は修士も博士も経験していません）。公衆衛生学には前から関心がありましたが、特に疫学を志していたわけではなく、これが疫学とのご縁の始まりでした。田中教授は地域を基盤としたコホート研究で循環器疾患のリスク因子の解明に取り組まれた第一人者で、私も新潟県新発田（しばた）市や兵庫県宍粟（しろう）郡をフィールドとして貴重な経験をさせて頂きました。当時、学会活動は日本衛生学会と日本公衆衛生学会が中心で、まだ疫学の専門学会はありませんでした。循環器系とがん系の研究者はあまり交流なく、それぞれの取り組みを進めている状況でしたが、疫学全体の発展を目指して、1991（平成3年）年に日本疫学会が発足しました。田中教授が初代の事務局長（後に理事長）をされたこともあり、学会運営の裏方の仕事に触れることができました。

私の初期の研究は田中教授のご専門だった循環器疫学が中心でした。初めての論文は、刊行後間もない日本疫学会の *Journal of Epidemiology* 誌に掲載された「日本の地域集団における血清 HDL コレステロールに関連する栄養学的要因の検討（1992年）」で、*Stroke* 誌（1997年）に掲載された「日本の地域集団における脳卒中の15.5年コホート研究：Shibata スタディ」で学位（論文博士）をいただきました。

疫学・公衆衛生学を学ぶ上で、循環器疫学から始まって良かったと感じたのは、そこにいろいろなテーマが集約されていたことです。アウトカムである脳卒中・虚血性心疾患はもちろん、総死亡や健康寿命、リスク因子としての高血圧・脂質異常・糖代謝異常・肥満、生活習慣として食事・運動・喫煙・飲酒（当時はまだ睡眠はあまり注目されていませんでした）、社会心理的要因としてストレスや QOL、一時期はタイプA行動パターンといったテーマも注目されました。高齢者はもちろん、中年期から、女性であれば特に更年期、そして小児成人病という取り組みもあり、一生を通じた予防医学の重要性を知ることができました。地域で研究を行えば、研究者の関心だけではなく、現場のニーズにも応える必要も出てきます。循環器だけでなく、がんの疫学についても自然に関心が広がりました。

このように地域を基盤とした疫学研究が私の基本となりましたが、脳外科の脳腫瘍の予後研究をお手伝いした

結果がCancer誌(1996年)に掲載され、その後、臨床家との共同研究も増えました。難治研の臨床薬理学部門に津谷喜一郎先生(後に東京大学大学院薬学系研究科特任教授)がいらっしゃってEBMやコクラン共同計画の存在を教えていただいたこともあり、伝統的な疫学に加えて、それらの新しい領域に関心が広がっていきました。私は1997年に学位を頂きましたが、論文をまとめる過程で教授とぶつかり合ってしまうことが増え、苦しい思いの多い時期でもありました。

日本での茶道、武道、芸術等における師弟関係のあり方の一つに「守破離(しゅはり)」という考えがあります。まず師匠に言われた通り、型を「守」るところから修行を始め、次にその型を自分と照らして、教えられた型を「破」る。最後に師の型から「離」れて自在に至る、というものです。その意味でも、師匠との間での葛藤は、避けられないことだったのでしょう。今でも、「こんな時、田中教授なら、どうされるだろう」と考えることもありますし、疫学や公衆衛生学、そして医学研究の基本の型を教えて頂いた田中教授に深く感謝しています。

3. 米国留学時代 1998～1999年

学位取得後、カリフォルニア大学ロサンゼルス校公衆衛生学部(School of Public Health, UCLA)にポスドクトラル・フェローとして1年半留学しました。SupervisorのRoger Detels教授はエイズ疫学の大家でした。MPH課程で学ぶという話もありましたが、長寿科学振興財団の留学助成を頂いて、自由度の高いフェローを選びました。米国流の教育・研究環境に触れることができ、子供が5歳と2歳と小さかったこともあって、家族で過ごす時間が十分とれたことも嬉しいことでした。アナハイムの本場・ディズニーランドは年間パスを買って、家族で随分遊びに行きました。この1年半は卒後12年目に期せずして頂いた貴重なサバティカル(有給研究休暇)でした。Detels教授にご助言を頂き、留学中にいくつかの論文をまとめることができました。

4. 国立がんセンター時代 1999～2000年

1999年9月の帰国後、間もなく国立がんセンター研究所がん情報研究部に異動しました。部長の山口直人先生は伝統的な疫学に情報の視点を加えて、従来の「疫学部」を「がん情報研究部」に衣替えされたところでした。山口先生は慶應義塾大学ご出身で、「東京医科歯科大学で循環器の疫学」をしていた私に、「慶應でがんの疫学」をされている方からお話を頂いたことが、不思議でもあり、とてもありがたく感じました。

着任後間もなく、当時活発化していた研究倫理や個人情報保護の議論と共に、疫学研究の必要性を対外的に伝える取り組みとして、厚生科学特別研究「疫学研究の行政的側面からの評価に関する研究」を初めて代表者として担当しました。数か月間の集中した取り組みで、当時の若手疫学者の仲間、そして厚生官僚と共に「疫学の社会的責任と説明責任」を議論し、疫学研究の成果や在り方を発信しました。この取り組みと並行して進められていたのが、当時、まだ存在していなかった疫学研究の倫理指針の策定の取り組みであり、名古屋大学准教授だった玉腰暁子先生(現・北海道大学教授、日本疫学会理事長)を班長として4期に渡って疫学研究の倫理に関する研究班が組織され、その成果の一つである「疫学研究におけるインフォームド・コンセントと倫理ガイドライン」(1999年)は、現在の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省・経済産業省)のプロトタイプとも言える存在でした。この時に私たち若手疫学者を鼓舞して下さったのは、大学時代の全人的医療を考える会からお世話になっていた厚生労働省になる前の厚生省で要職を務められた瀬上清隆先生であり、当時、厚生科学課長だった高原亮治先生でした。この取り組みから、疫学を含む医学研究の社会に対するアカウンタビリティ(説明責任)の大切さを痛感するようになり、コミュニケーションへの目が開かれてきたと思っております。

国立がんセンターでの勤務は1年弱でした。その後、山口先生が女子医科大学教授に異動されて平成14(2002)年から日本医療機能評価機構でEBM医療情報サービス事業を担当されることになり、通称“Minds”が発足し、改めてお手伝いをさせていただくことになりました。直接の上司としては一番短い関係だった山口先生が、その後、EBM・診療ガイドラインを通して最も長い関係でいさせていただいたことは、ご縁の不思議さを感じることです。

5. 京都大学・助教授時代 2000～2006年

2000年に福井次矢先生を中心に京都大学大学院医学研究科に社会健康医学系専攻(School of Public Health: SPH)が発足しました。米国公衆衛生大学院協会の定める疫学、生物統計学、環境科学、健康政策学、行動医学のコア5領域を持つ本格的な公衆衛生大学院の誕生です。私が助教授として着任した医療システム情報学は医療をめぐる社会的な問題を情報の視点から解決に取り組もうとするユニークな分野で、教授は福井先生が総合診療部・臨

床疫学と併任されており、私も一時期、医学部附属病院の総合診療科で外来を担当させていただきました。2001年4月に家族が東京から来るまで単身赴任で、現在の芝蘭会館の場所にあった大正時代の古色蒼然とした旧G棟によく泊り込んでいました（何度か大きなムカデに襲われてぎょっとしました）。

京都に移った年に申請した厚生科学研究「EBMを指向した『診療ガイドライン』と医学データベースに利用される『構造化抄録』作成の方法論の開発とそれらの受容性に関する研究」が採択されました。これがEBM・診療ガイドラインに関する最初の研究班代表で、その後2019年まで9期、EBMと診療ガイドラインの様々な課題に取り組むことになりました。まさにEBMムーブメントが、診療ガイドラインに展開する時期で、日本神経学会、日本耳鼻咽喉科学会、厚生科学関連リウマチガイドライン作成班などに方法論の立場でお手伝いさせていただくことになり、その経験と海外動向を踏まえて、初めて単著「EBMを用いた診療ガイドライン作成・活用ガイド」を執筆しました。京都に来て間もなく、2002年と2003年に欧米にEBM・診療ガイドライン関係の情報収集に渡航しました。この時に感銘を受けたのは、米国と英国はEBMだけでなく、どちらもそれぞれの形でPatient Involvement（患者参画）を重視していることでした。英国ではEBMや診療ガイドラインの作成を主導していたNICE（当時はNational Institute for Clinical Excellence、現The National Institute for Health and Care Excellence）の外部に置かれていたPatient Involvement Unit (PIU)という患者参画をコーディネートする専門組織が、翌年にはPatient and Public Involvement Programme (PPIP)として機能を拡大し、NICEの内部に位置付けられたことは大いに印象的でした。この時にはオックスフォード大学にEBMの拠点と隣り合って、患者さんの語り、ナラティブのデータベース化に取り組むDIPEX (Database of Individual Patient Experiences) の存在を知ることができ、実りの多い訪英の経験となりました。疫学の倫理指針策定やアカウンタビリティの取り組みではマクロレベルのコミュニケーションの必要性を感じ、EBM、診療ガイドラインの課題では、個々の患者さん（時には患者会という集団レベルになりますが）とのマイクロレベルのコミュニケーションの大切さを考えるようになりました。

京都大学の社会健康医学系専攻は、2003年に「専門大学院」から「専門職大学院」に移行し、それに合わせて「医療システム情報学」は「健康情報学」に名前が変わりました。2004年夏、福井教授が聖路加国際病院に移られて教授不在となり、助教授で教室運営に当たることになりました。

6. 京都大学・教授時代 2006～現在

2006年4月の医学部教授会で指名を頂き、5月に教授に着任しました。Public Healthの使命の一つは、個人レベルだけでは分からない大きな傾向を集団レベルで明らかにして望ましい方向を提示することと、個々の違いであるdiversity（多様性）への対応を調和させていくことと考えています。はじめの数年、「健康情報学」とは何か？を問い続けていましたが、教室に集まって下さったいろいろな背景・経緯・関心をお持ちの方々和様々な課題に取り組む中で、私は健康情報学を通して、「生・老・病・死に向き合う時、人間を支え、力づけられるような情報・コミュニケーションとは何か？」を問うていこうと次第に方向性が定まってきました。

そこに至る一つの、そして大きなきっかけが、木内貴弘先生からいただいたヘルスコミュニケーション学会の創設のご提案でした。UMINという大学医学部にとって不可欠の情報基盤を作られ、そのセンター長をお務めで、正統の「医療情報学」をリードされてきた木内先生から、「本当はコミュニケーションがしたいんだ」と言われたことは、意外さと嬉しい驚きが入り混じる気持ちでした。さらに「中山先生も健康情報だけど、本当はコミュニケーションに関心があるんだよね」と言われて、思わず「そう言われればそうだ」と頷いたところから、新しい動きが始まったのでは、と（心地よく）思い出しています。木内先生、九州大学の医療コミュニケーション学の教授でいらっしゃった荒木登茂子先生と萩原明人先生と中山が協議を重ねて、2009年に日本ヘルスコミュニケーション研究会が発足し、2011年からは日本ヘルスコミュニケーション学会として、さらに2022年からは9分科会から成るヘルスコミュニケーション学関連学会機構としてさらなる発展の段階を迎えていることは、皆さん、ご存じの通りです。

健康情報学分野という教室に話を戻せば、教授に着任して18年、医師、歯科医師、薬剤師、看護師・保健師・助産師、検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護福祉士などの専門職、そしてマスメディア、法律、教育など多様なバックグラウンドの方々来られ、これまでPhD/DrPHは38名、MPHは122名が卒業しました。

医者になった37年前、考えたのは「自分は何ができるのか？」ということでした。何年かして、次に「自分は相手に何ができるのか？」を考えました。そして、この15年余りは「自分は相手と何ができるのか？」を考えてきました。一つのきっかけとなったのはSPH4期の八重ゆかり先生（現・聖路加看護大学教授）が課題研究で「早産予防薬の評価-塩酸リトドリンの有効性と安全性」のシステムティックレビュー/メタアナリシスに取り組んだ

時のことです。当時、私はシステムティックレビューに関して奈良医大麻酔科の田中優先生のコクランレビュー（田中先生の Lidocaine for preventing postoperative sore throat.はもっとも初期の日本発コクランレビューの一つです）をお手伝いしていました。このテーマで 2004 年の課題研究優秀賞を受賞し、Pharmacoeconomic Drug Saf.誌に受理された時、八重さんから「私独りではできなかった」と言われた言葉が心に残っています。面白いもので、「八重さん独りではできなかった」かもしれませんが、「中山独りでもこの仕事はできなかった」のです。お互いがそう思って、一つの成果を創り出していくことを、私なりの形として意識するようになりました。

7. 現在と今後：「共有価値の創出（共創）」に向けて

ハーバード大学の著名な経営学者であるマイケル・ポーター教授が 2011 年に提唱したとして SPH4 期生の戒田信賢さん（現・電通）に教えてもらった言葉が「共有価値の創出」-Creating Shared Value (CSV) です。医療における医療者と患者・家族の関係、研究における研究者と地域・住民との関係は、立場の異なるものの新たな協働の可能性に関わります。両者は対立的、背反的に捉えられることもありましたが、今日の困難な社会的諸課題に対峙するには、情報の共有、双方向のコミュニケーションによって両者が影響を与え合い、その相互作用から新たな視点と解決策を提示できるかが問われています。異なる人間や組織が、関わり合うことを通して、それまでのポジションから、それぞれが少しずつ動いて、新しい道を探し、新たな価値を創り出すのです。臨床の場であれば、shared decision making（共有意思決定）、診療ガイドライン作成や政策決定では consensus development（総意形成）という言葉で語られることが多いですが、CSV の考え方が背景にあることは共通と言えるでしょう。これは教育・人材育成にもあてはまると感じています。国内で shared decision making の議論は発展途上ですが、教室内では関心を持っている方が多く心強く感じています。shared、すなわち医療者と患者さん、ご家族の間で「共有」されるべきものは何かを考えると、「情報・目標・責任」に行き着きます。「責任」というと質問を受けることが多いので、「覚悟」とした方が良いのかもしれませんが。これらの「共有」の鍵となるのは、やはりコミュニケーションで、それが適切に機能するには、「相手を変える」のではなく、「共に変わる」意識が大切だと思います。

「共有価値の創出」は、近年では「共創」（Co-creation, Co-design, Co-production）という言葉で語られることも増えてきました。健康情報学は情報とコミュニケーションで異なる立場の人間を繋ぎ、共有できる価値の創出—共創に向けた互恵・互敬関係の構築に資するパブリックヘルス・サイエンスを目指したいと願っています。