



福原 俊一 先生

略歴

- 1979年 北海道大学医学部医学科 卒業
- 1991年 Harvard大学大学院 School of Public Health (MSc) 卒業
- 1979年 横須賀米海軍病院にてインターン
- 1980～1983年
カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) 医学部内科レジデント
- 1983年 国立病院東京医療センター循環器科, 総合診療科
- 1990年 ハーバード大学医学部 客員研究員
- 1991年 東京大学医学部講師
- 2000年 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療疫学分野 教授
(2020年3月まで) 東京大学教授兼任 (2002年3月まで)
- 2012年 福島県立医科大学 副学長 (現在に至る)
- 2013～2016年
京都大学大学院医学研究科 副研究科長
- 2016年 日本臨床疫学会 代表理事 (現在に至る)
- 2020年 Johns Hopkins大学 客員教授
京都大学大学院医学研究科 地域医療システム学講座 特任教授

臨床疫学は、日本の臨床医学にバランスをもたらす

京都大学 名誉教授 / Johns Hopkins大学 客員教授 / 福島県立医科大学 副学長
福原 俊一

1800年代後半、世界の医学研究を牽引していたドイツ医学は、多くの先進国から注目を集めた。当時ちょうど明治維新時にあった日本は、西洋医学を導入する際に、ドイツ医学のみを取り入れる事を決定した。米国も同様に、多くの留学生をドイツに送り、また優れた研究者を米国の研究施設の主要なポジションに付けた。ロックフェラー研究所は、野口英世を副所長に招聘している。

さて、150年を経過した現在、両国の医学研究のレベルとアウトプットはどのようになっているだろうか？世界のトップジャーナルのシェアを見ると、基礎研究において米国は日本の約2倍である。これは両国の医師や研究者の数の違いを勘案すればそれほど大きな差ではなく、健闘しているといえよう。一方で、人を対象とした臨床研究では、米国が20%、日本は2.5%と、約10倍もの差が開いている。しかも臓器別専門領域によってほとんど差は無く、一様に2.5%から3.0%である。これは医師数で調整しても説明できる差ではない。同時期に、同じドイツ医学を導入しながら、日米でなぜこのような差がついてしまったのだろうか？2004年に導入された初期研修医の必修化とマッチングの導入による若手医師の大学離れに起因すると言う意見もある。しかしこれ以前のピークの時点においても日本の臨床研究のアウトプットはアメリカの5分の1と大きな差があった。

演者は、その要因の一つに、今から60年ほど前に米国の臨床医学に芽生えた新しい流れに注目したい。Kerr White, Alvin Feinsteinらによって、臨床医学と疫学・統計学を融合させて、医療そのものを研究対象とし、医療の質を改善しようという、地味ではあったが実は壮大な試みが開始されていたのである。それはドイツ流の「疾病のメカニズムを解明する」というこれまでの医学研究のパラダイムとは一線を画するものであった。この萌芽が、現在の臨床疫学やEBMの源泉となっている。

演者は、明治維新以来150年を経て、生命医学研究と臨床研究との間に著しい不均衡が存在している日本の臨床医学にバランスをもたらす鍵が、この臨床疫学にあると考える。

※講演の一部は、第50回日本医学教育学会大会で発表いたしました。