



選考経過・結果発表

東京大学大学院医学系研究科内科学専攻循環器内科 教授

永井 良三

【スライド-1】

永井でございます。選考委員長を3年前に開原先生から引き継いで務めさせていただいております。

「ヘルスリサーチとは何ぞや」というのはなかなかの難問でありまして、選考する我々も常にその考え方を整理していく必要があるということを感じております。

先ほど岡部先生から「学際的でないといけない」というお言葉がありましたが、確かに学際的でないといけませんし、国際的でもないといけない、また、日本でのヘルスリサーチですので地域的な部分も必要です。そうした多彩でかつ多岐に亘るヘルスリサーチですので、選考しながら「本当に我々の方針でいいのか」ということをいつも考えております。

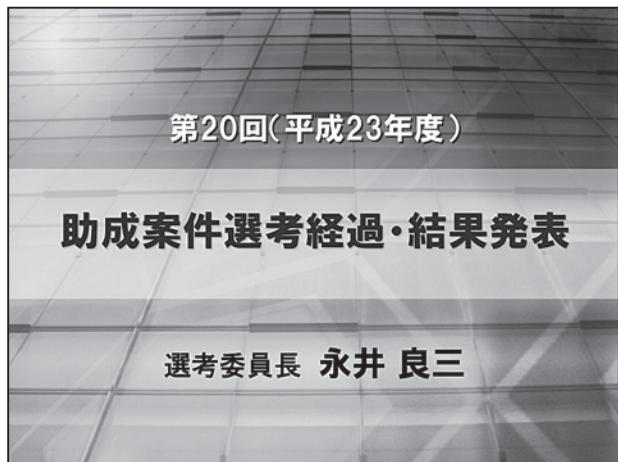
本日の発表をお聞きして、大きな方針に間違いはないということを改めて感じましたが、「ヘルスリサーチとは何か」、特に「今のヘルスリサーチに何が求められているか」ということは考え続ける必要があると思います。

このことについて、3年間、本フォーラムでは選考委員長としてコメントをさせていただきました。いくつかのスライドは重複しますが、紹介させていただきたいと思います。

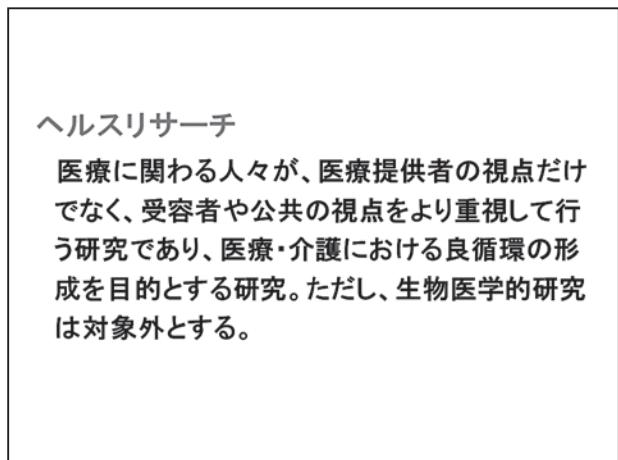
【スライド-2】

現在の我々の考え方では、ヘルスリサーチは「医療に関わる人々が、医療提供者の視点だけでなく、受容者や公共の視点をより重視して行う研究であり、医療・介護における良循環の形成を目的とする研究。ただし、生物学的研究は対象外とする。

スライド-1



スライド-2

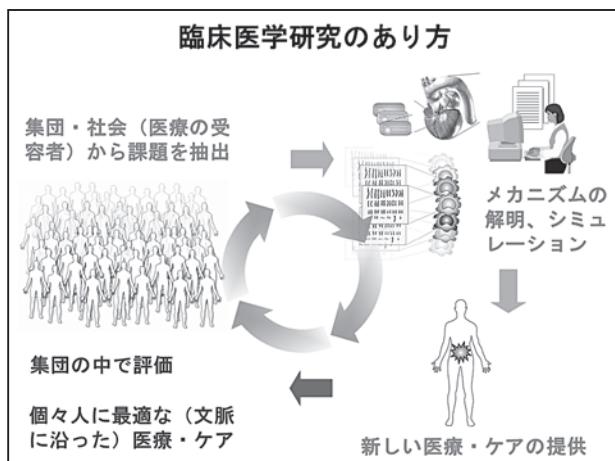


だけでなく、受容者や公共の視点をより重視して行う研究であり、医療・介護において良循環を形成することを目的とする研究である。ただし生物医学的な研究は対象外とする。これがおおよその概念です。しかしながら、先ほど申し上げたように、考え方、状況は常に変わってまいります。

【スライド-3】

しかし基本的に変わらない面があります。臨床医学では、患者さんを対象とする研究では、社会・集団から課題を抽出してきます。社会・集団とは医療の受容者です。問題点をピックアップして、研究室でメカニズムの解明やシミュレーションをします。また、色々な統計解析等をして、それを現場に提供する。往々にして、医学研究というとこのへんまでを重視いたしますが、しかしもう一つ大事なのは、果たしてここで行われている研究がどういう意味がある、そしてそれが個々の患者さんにとって最適な（文脈に沿った）医療として行われるかということです。それを常に考えないといけないわけです。このあたりを上手に循環していく必要があります。研究はどこで実施してもよいわけですが、多角的なアプローチを考えなければなりません。

スライド-3



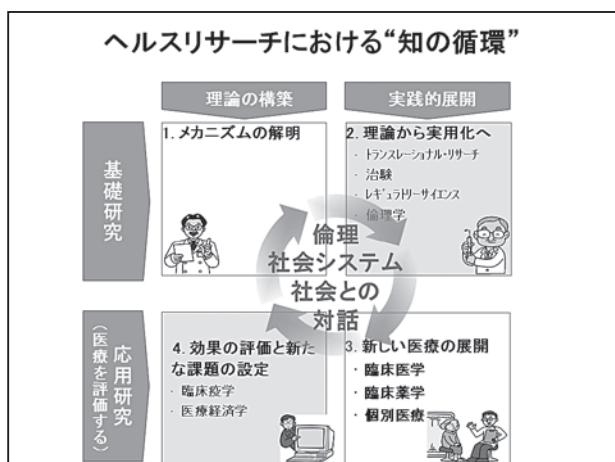
【スライド-4】

これも毎年呈示しているスライドですが、1.の「メカニズムの解明」（基礎研究で理論的な研究）から、「実践的展開」（2.の「理論から実用化へ」）、次に、「応用研究」（3.の「新しい医療の展開」）、そして4.の「効果の評価と新たな課題の設定」につなげ、これらを循環させる。そして常に忘れてならないのは、「倫理の問題」であり、「社会システム」、「社会との対話」です。こうした点が非常に大事です。

そうしますとヘルスリサーチは、あまり基礎的な生物医学的な研究は除きます。この循環の中でするべきことはたくさんあります。特に中心においてある「倫理」、「社会システム」、「社会との対話」を意識すれば、多くの研究テーマが浮かび上がります。

例えば、スライドのマトリックス図の右上の橋渡し医療（トランス

スライド-4



レーショナル・リサーチ) や医療イノベーションが最近大変話題になっております。この研究助成は必ずしも医療イノベーションのための支援ではありませんが、医療イノベーションやトランスレーショナル・リサーチ、治験等が関与する社会的問題はたくさんあります。

【スライド-5】

社会システムの側から見れば、ここにお示したように、米国と日本を比較すると、GMP、GLP、GCP、あるいはIRB、情報保護などの対応が、きわめて日本では遅かったということがおわかりいただけると思います。何故こういうことが起きるのか。また、今後こういうことが起こらないようにするにはどうしたらよいのか。あるいは、今、形として出来上がっていても、果たしてそれは国際性のあるものなのかどうか。トランスレーショナル・リサーチひとつ取っても、多くのヘルスリサーチの課題があるのではないかと思います。

【スライド-6】

今年は東日本大震災が発生しました。今回の震災は、ある意味では、我々の医学、医療、科学、そして社会のあり方等を反省させる大きな機会になりました。そういう視点からもヘルスリサーチを考えてみる必要があります。

【スライド-7】

特に震災の後に起こった原子力発電所における事故や放射線被爆の問題は、医療のあり方と無関係ではありません。

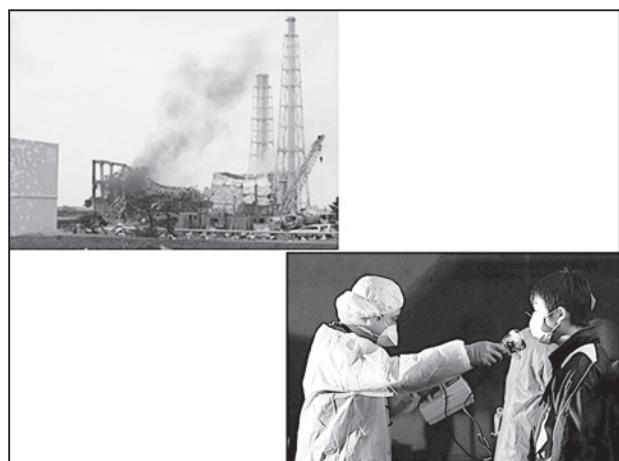
スライド-5

	米国	日本
GMP	1962	1974 通知、1980公布
GLP	1979	1982
旧GCP	1974	1989 (国家研究法) (法的拘束力なし)
新GCP	1997	1997
IRB	1966	1989 個人情報保護法
	1996	2003

スライド-6



スライド-7



【スライド-8】

もちろん被爆医療ということもあります、原発事故によって我々は科学に潜む危険性を改めて考える機会を得ました。これは原子力発電に限らず、社会における大きなシステムのリスク管理のあり方の問題です。原発事故を医療事故、あるいは原発のシステムを医療システムに置き換える、ほとんど同じ問題が我々の身の回りにも存在することがお分かりいただけだと思います。

また、低い頻度で生じる事象への備えの問題でもあります。原子力発電所の事故はそう頻回に起こるわけではないとは思いますが、起こった結果はきわめて重大です。これは患者さん一人一人に起こる様々なイベントと考えれば、規模は違うかもしれませんけれども、そうした低い頻度で起こる重大な事象への備えという意味で、医療関係者に非常に大きな教訓となります。また、起こった後の社会への説明の仕方を見ていると、医療事故後の説明になぞらえることができます。

また、科学技術的な問題に対する科学者、医学者、医療専門職等のプロフェッショナルな人たちの、基本的な考え方や姿勢が問われる状況にあるのではないかということです。

さらに、ややドメスティックな問題に戻りますが、日本の研究者、医療者の中で、我々が持っている自然観であるとか、人間の営み、あるいは大きなシステムにおける不安定性への備え、理解等といったものにも、非常に大きな警鐘を鳴らしました。

【スライド-9-1】

これはよく医療安全の講演で使うスライドです。あらゆる医療行為はパフォーマンスの高い所から低い所まで分布していて、我々は「外れ値」をどのように管理するかということを常に考えているわけです。

一つの方法は、図のグレー四角形のような堤防をつくって、教育研修等でこの発生を防止するということを行います。

スライド-8

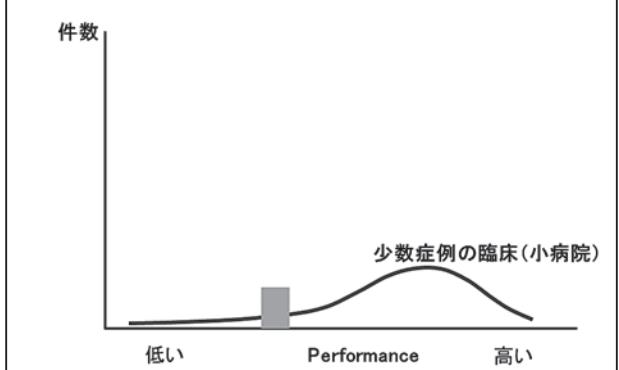
問われる科学と医学のありかた

- ・システムとリスクの管理
- ・低い頻度で生ずる事象への備え
- ・社会への説明
- ・科学者・医学者・医療専門職の姿勢

日本の研究者・医療者の自然や人間の営みに向かう姿勢に問題はないか。

スライド-9-1

安全のための障壁



【スライド-9-2】

しかし少数例の臨床アクティビティのうちはあまり頻回に起こらないことが、同じ割合であってもnが増えてくる、あるいはシステムが大きくなってくる、つまり病院が大きくなったり、医療システムが社会に普及すると、この「外れ値」は、稀であっても、表

に出てきます。

【スライド-10-1】

そうすると、我々はさらに堤防を高くしてこれを防ごうとします。

【スライド-10-2】

しかしこれだけでは不十分で、同時に我々は大病院の曲線を右に寄せて、ばらつきを減らす。平均値も高め、卓越性も保持したまま「外れ値」の管理を行うという、いわゆる“ばらつきの管理”ということをしてまいります。

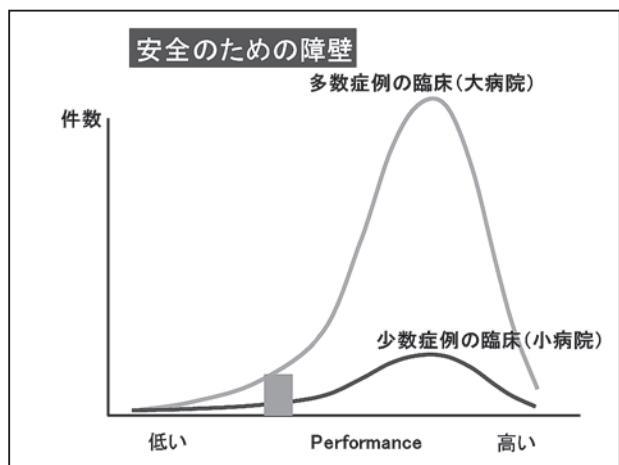
しかし、これは医療安全の問題だけではなくて、先ほど原子力の問題もそうありますし、医療システム全体の質の保証のあり方もそうです。あるいは先ほどもお話ししたように、稀であっても重大な事象への備えの問題、あるいは発生した後にどういう対応するかというような問題、こうした問題が全てヘルスリサーチと関係して起こって来るはずであります。まさに、原発事故を他山の石として、我々は足下の問題についての検討を進めないといけないと思います。

【スライド-11】

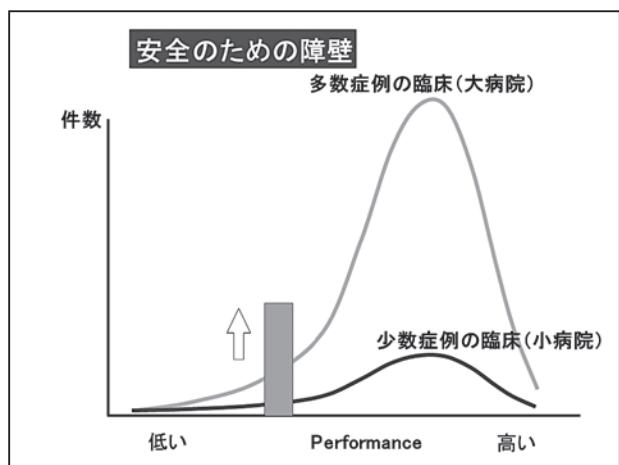
その中で、私が一つ感じましたのは、日本の特殊性です。それは運不運に翻弄される人間の営みに対する取り組みです。これは、中世からよくヨーロッパの知識の在り方について語られる絵です。左側に女神がいて右に目隠しをした女神がいます。右が運命の女神フォルトゥナ、左が知識の女神です。左の女神はしっかりした台に乗っていて、手にコンパスを持ち、運命の天球を回している。統治者は知識、いわゆる学術です。知識というのはこの左側の世界です

右側は球の上にのったフォルトゥナという運・不運を司る女神ですが、運命の輪を回し

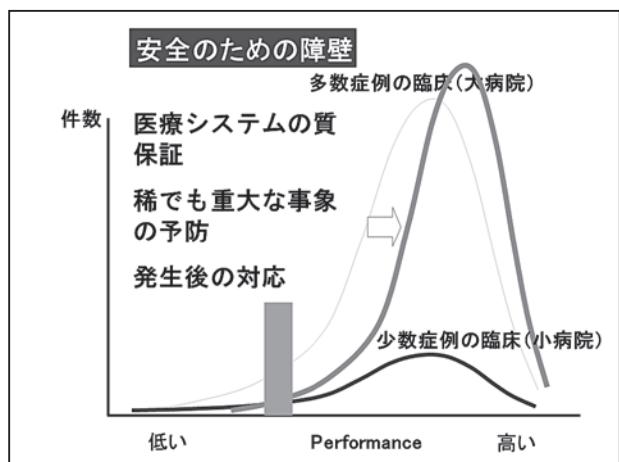
スライド-9-2



スライド-10-1



スライド-10-2



ている。これは世の有為転変を支配する輪です。極めて不安定で、支配者は無知である。こういう世界は学術の対象にならないと、中世から考えられてきたようです。

しかし西欧の思想では、左側は無論、神の世界でありますけれども、右の世界にも神の自由意志が働いている、運・不運の世界であっても何らかの法則性はあるし、そうした不安定な現実に立ち向かうことがある意味では神の意志に応えることであるという発想が、次第に現れてきました。推測統計学の時代になると、人間の常用する因子を分析することができる。事を理解し、現実の問題に対応するこ

しかしながら、日本ではこの辺の発想が不十分であったと考えざるを得ません。左側の断定的な知識の世界の解説は大学でも業績として評価されますけれども、右側については、推論の世界でもあり、学術としても評価されにくいという面があると思います。

一方、日本には独自の精神文化があるようです。近代科学は、明治維新前後に西洋から導入されたわけですが、偶然に左右される人の営みのばらつきに対してどういう姿勢だったのかを考える必要があります。

【スライド-12】

丸山真男については、岩波新書「日本の思想」を読まれた方も多いと思います。東大の法学部の教授でしたが、戦前の日本の国家主義を鋭く分析された方です。丸山真男は、日本の精神文化の特徴は「なりゆき」と「いきおい」であり、超越的な視点から俯瞰して見る思想が乏しいということを指摘されています。

また、竹内整一による「『かなしみ』の哲学」という本があります。「かなし」が日本の精神文化のもう一つのキーワードである。「かなし」というのは、「〇〇をしかねる」、「出来ない」ということです。愛しい、悲しい、一緒になれないぐらい愛しい、というのが「かなし」ということらしいのですけれども、日本の、自分の力ではとても及ばないと感じる切なさを「かなし」として表現します。

日本人は自分たちの手の届くところ

スライド-11



の哲学」という本があります。「かなし」が日本の精神文化のもう一つのキーワードである。「かなし」というのは、「〇〇をしかねる」、「出来ない」ということです。愛しい、悲しい、一緒になれないぐらい愛しい、というのが「かなし」ということらしいのですけれども、日本の、自分の力ではとても及ばないと感じる切なさを「かなし」として表現します。

スライド-12

- 感覚としては「なりゆき」と「いきほひ」の世界だけになってゆく。

丸山真男、加藤周一「歴史意識と文化のパターン」
 - かなし 愛し・悲し、「..しかねる」
 自分の力ではとても及ばないと感じる切なさ
 「かなし」は、力の不足を痛く感じながら何もする
 ことができないでいる状態。
 - 神はまず悲哀の姿して我らに来たる。悲哀のうち、一味の権威(ちから)あり。…悲哀そのもの既に一恩寵なり、人感応の一証果なり。 綱島梁川(1873-1907)
 - 悲哀を通じ、憂苦を貫いて「存在」の深き実相に触れ、そこには一種の深い精神的満足の快感に似たものが発想する
 大西克禮(よしのり) 1888-1959
 竹内整一「かなしみ」の哲学

ろは非常に綿密に手を入れます。盆栽の手入れのように育てていくわけですけれども、稀に起こる現象や「ばらつきの世界」の分析が、日本の場合、「なりゆき」と「いきおい」になってしまふ。地震や原子力発電所のリスクに対して、手を出しかねているうちに「悲しみ」になって、そしてさらに「神はまず悲哀の姿をして現れて…一種の深い精神的満足の快感に浸ってしまう」というように、「悲しみ」を今度、日本の「あきらめ」であったり「無常観」に転換するという、“美的な精神文化”があることを指摘しています。

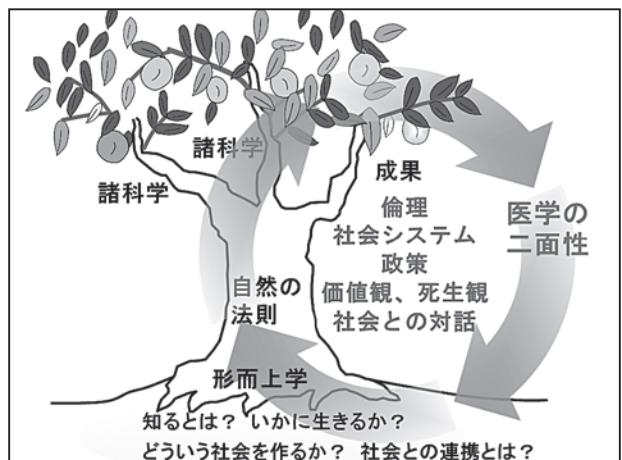
西欧は「偶然性の世界」にも神の意志があり、これに応えるという方向に進んだわけですが、残念ながら日本の場合には、世の中の変動を予測して対応するという思想は十分に発達していないように思われます。そのために、医療やヘルスケア・システムという大きなシステムにほころびが生じているように思われます。そういうことを考えると、多くの研究課題が見つかるはずです。

【スライド-13】

デカルトは、「学術というのは根が哲学であり、幹が自然学であって、様々な枝が諸科学である。成果はこの枝の先に実る。特に実るのは医学と工学と道徳である」と述べています。これはおそらく聖書の知恵の木からアイデアを得た話ですが、医学や工学が道徳を伴ったものでないと危ないということを意味していると思います。

我々はこれまで、科学技術や医学を進歩させるときに、枝先を追求して成果を求めてきたのではないか。これは明治の末に東大で長い間教鞭をとったベルツが指摘したことです。医学でも原子力発電でも恩恵とリスクがあるので、むしろ科学の二面性を出発点として考えるべきだと思います。人間を対象にして知識を得るとか、どのように生きていくか、よく生きるとはどういうことなのか、どういう社会を作るかとか、社会とどのように対話するか、などをよく考えて、自然の法則をそれぞれの専門学術で追求していく。わが国の学術にも、こういう発想の転換が必要です。そのためにもヘルスリサーチが非常に重要であり、これを推進するためには、倫理、社会システム、政策、価値観、死生観、そして対話、などの多くの課題が全てヘルスリサーチの研究テーマになります。

スライド-13



【スライド-14】

ここまででは、研究のあり方を、少し客観的に見てきました。しかしながら臨床医学は、必ずしもそうした立場からだけで語れるのものではないことが指摘されてきました。最近はEBM(Evidence Based Medicine)といいますと、疫学から得られた知識を臨床医学に還元することのように捉えられています。もちろんそれも大事ではありますけれども、眞のEBMは、疫学やメカニズム論だけではなくて、患者の価値観、社会の仕組み、医療者

の経験等を全部統合し、個々の患者にとって最善の医療を提供することです。これは1990年代始めにイギリスのサケットという方が短い論文で『ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル』に書いています。EBMはクックブック医学ではなくて、これらをすべて統合した上に成立するものだということです。

【スライド-15】

そうしますと、またここにもヘルスリサーチの出番があるわけです。つまり実験医学、統計医学だけではなくて、個々の患者の環境や価値観を考慮して医療を実践する。その点からも、患者の視点から考える研究も、ますます重視されてしかるべきです。

【スライド-16】

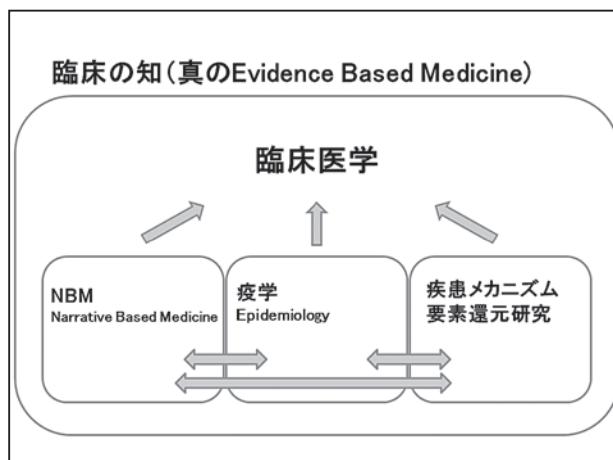
現象論ということが言われますけども、医療を受ける人にとって、その病気あるいは予防がその患者にとってどういう意味があるのか。意味は、同じ出来事であっても、一人一人によって違います。その人の価値観、興味・関心、人間関係、社会的な立場、過去の記憶、育った文化・習慣など我々は排除できないわけで、これらを織り込んだヘルスリサーチは、これから一層重要なことは必至です。

【スライド-17-1, 17-2】

これらを全部含めまして、どういう案件を助成するかということを、非常に長い時間をかけて審議いたしました。

繰り返しになりますが、生物医学的な研究ではないということ、人・社会・医療・保健システムなどのシステムを対象とする研究で、国民が最適の医療を受けることのできるシステムに関して、様々な学際的なアプローチをとって、問題を解決するということです。

スライド-14



スライド-15

個別化医療に必要な視点

- ・マスを扱う医療 超越的な視点
 - 実験科学: 理想条件で必然の追求、偶然を排除
 - 統計学: 偶然を制御
 - 自然科学
- ・個別化医療: 個々の環境や価値観を考慮
 - システム理論: 環境・階層を含む
 - 現象学・行動科学: 患者の視点
 - 人文科学

スライド-16

「人間とその体験」を外から観察して説明するのではなく、内側(当事者の視点)からあるがままに記述して理解することも重要(現象学)

- ↓
- ・「個別性」=同じ出来事でも、人によって意味が異なる。
 - ・その背景に、その人の興味関心、人間関係、社会的立場、過去の記憶、育った文化、習慣などがある。
 - ・人はこれらを排除できない。

これらは非常に多彩・多岐に渡りますので、時代の要請も考えないといけない。こうした要請にマッチした独創的な研究、将来性のある萌芽的な研究が求められるということです。

ただし、コンピュータのソフトばかりに研究費を使ったり、ほとんど旅費に使うという申請もありましたので、そういうものについては多少注意を促すことをしております。

また、共同研究者が適切であるかも含めて、審査させていただきました。

しかしながら、これはあくまでも科学的研究でありますので、データに基づいた仮説の検証ということ、それから次の課題（仮説）を提示すること、できれば医療実践へのメッセージを申請の中に含んでいただきたい。こういうことがポイントになります。

【スライド-18】

今回は194件の応募がございました。例年よりは少し募集件数が減りましたので、その影響もあったかと思いますが、非常に激戦で、先ほどもお話がありましたが、6.8倍の競争率になりました。

【スライド-19】

財団の色々な財政的な事情もあって、今年は助成総額は4,420万円で、国際共同研究が

スライド-18

第20回(平成23年度)研究助成案件応募状況				
	第20回 平成23年度	第19回 平成22年度	第18回 平成21年度	第17回 平成20年度
国際共同研究	46	56	55	70
国内共同 (年齢制限なし)	70	97	77	—
国内共同 (満39歳以下)	78	84	90	—
若手国内共同	—	—	—	113
計	194	237	222	183

スライド-17-1

助成案件評価のポイント

- 生物医学的研究ではない。
- ヒト・社会・医療・保健システムなどを対象とする研究
- 国民が最適の医療を受けることのできるシステムに関する研究
情報、教育、行政、法律、倫理、経済、工学、社会学、看護学、心理学などの学際的アプローチをとり、問題解決型の研究。
- ・ 時代の要請にマッチした 独創的な研究
- ・ 将来性のある萌芽的研究
- ・ 適切な研究実施計画(研究企図・期間、助成金使用計画など)
- ・ 適切な共同研究者

スライド-17-2

助成案件評価のポイント

- 生物医学的研究ではない。
- ヒト・社会・医療・保健システムなどを対象とする研究
- 国民が最適の医療を受けることのできるシステムに関する研究
情報、教育、行政、法律、倫理、経済、工学、社会学、看護学、心理学などの学際的アプローチをとり、問題解決型の研究。

「データに基づく仮説の検証」

「次の課題(仮説)の提示」

「医療実践へのメッセージ」

スライド-19

	第20回(平成23年度)研究助成案件採択状況 (単位:件、千円)			
	第20回 平成23年度	第19回 平成22年度	第18回 平成21年度	第17回 平成20年度
	件数	金額	件数	金額
国際共同研究	8	23,900	10	28,860
国内共同 (年齢制限なし)	11	11,000	15	15,000
国内共同 (満39歳以下)	10	9,300	16	15,610
若手国内共同	—	—	—	—
計	29	44,200	41	59,470
	件数	金額	件数	金額
国際共同研究	6	17,800	7	30,600
国内共同 (年齢制限なし)	10	10,000	—	—
国内共同 (満39歳以下)	15	15,470	—	—
若手国内共同	—	—	—	29,400
計	31	43,270	22	60,000

8件、国内共同研究の年齢制限なしが11件、国内研究の39歳以下が10件、トータル29件が採択されました。

【スライド-20～27】

(以下、国際共同研究8件、国内共同研究一年齢制限なし11件、国内共同研究-39歳以下10名の採択者の名前と所属が読み上げられた)

受賞された29名の皆様方にお慶び申し上げますとともに、研究のご発展をお祈りして、選考委員長の挨拶とさせていただきます。

スライド-20

国際共同研究助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
石田 路子 (いしだ みちこ) 城西国際大学福祉総合学部 教授	医療介護の質的向上に資する国際基準と専門職養成プログラム開発	
横山 美江 (よこやま よしえ) 大阪市立大学大学院 看護学研究科 教授	児童虐待予防強化のためのシステム開発をめざした国際比較研究	
武藤 正樹 (むとう まさき) 国際医療福祉大学大学院・ 国際医療福祉総合研究所 教授・所長	薬剤給付管理とジェネリック医薬品に関する日米比較	
久保田 潔 (くぼた きよし) 東京大学大学院医学系研究科 薬剤疫学講座 特任助教	大規模データベースによる医薬品安全性評価:アジア共同研究	

スライド-21

国際共同研究助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
香坂 俊 (こうさか しゅん) 慶應義塾大学 医学部 循環器内科 助教	冠動脈インターベンション二次予防薬投与に関する二国間研究	
後藤 励 (ごとう れい) 甲南大学 経済学部 准教授	禁煙政策・治療の国際比較による我が国最適なたばこ対策の提言	
平野 裕子 (ひらの ゆうこ) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 保健学専攻看護学講座健康推進看護学 教授	日越EPAによるベトナム人看護師の受け入れに関する研究	
盛永 審一郎 (もりなが しんいちろう) 富山大学大学院 医学薬学研究部(哲学) 教授	オランダ・ベルギー・ルクセンブルクの安楽死法の比較的研究	

スライド-22

国内共同研究年齢制限なし助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
赤沢 学 (あかざわ まなぶ) 明治薬科大学、公衆衛生・疫学研究室 教授	薬物間相互作用から予測される有害事象に関する薬剤疫学的研究	
安藤 满代 (あんどう みちよ) 聖マリア学院大学 教授	遺族へのビリーブメント・ライフレビューの有効性に関する研究	
木下 彩栄 (きのの あやえ) 京都大学大学院医学研究科 人間健康 科学系専攻 在宅医療看護学分野 教授	ウェブカメラを利用した在宅服薬コンプライアンス支援の研究	
西澤 均 (にしざわ ひとし) 大阪大学大学院 医学系研究科 内分野・代謝内科学 特任助教	健康診断受診の糖尿病合併症進展への影響	

スライド-23

国内共同研究年齢制限なし助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
小西 恵美子 (こにし えみこ) 佐久大学 看護学部 看護学科 基礎看護学教室 教授	災害時下的看護職に対する放射線教育のアクションリサーチ	
竹内 一夫 (たけうち かずお) 埼玉大学 教育学部 学校保健講座 教授	学校現場におけるうつ状態児童生徒への継続的メンタルケアの実践	
吉田 あつし (よしだ あつし) 筑波大学大学院 システム情報工学研究科 教授	在宅療養支援診療所の在宅看取り数に関する費用効率性	
相馬 孝博 (さきま たかひろ) 東京医科大学 医療安全管理学講座 主任教授	我が国における事故情報開示の組織体制及び人材育成に関する研究	

スライド-24

国内共同研究年齢制限なし助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
宮本 隆司 (みやもと たかし) 群馬県立小児医療センター 心臓血管外科部長	小児循環器領域における「看護師の業務拡大」についての意識調査	
大槻 久美 (おおつき くみ) 東北大大学院医学系研究科 基礎・ 健康開発看護学領域 老年保健看護学 分野 助手	がん患者の退院支援におけるパートナーシップの構築	
石田 卓 (いしだ たかし) 福島県立医科大学附属病院臨床障害 センター、呼吸器内科学講座 センター長、准教授	がん患者・家族の精神心理的ケアを重視したがん哲学外来の取組み	

スライド-25

国内共同研究満39歳以下助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
田中 亮裕 (たなか あきひろ) 愛媛大学医学部附属病院 薬剤師	多施設での抗菌薬使用量サーベイランスによる適正使用の推進	
藤田 敏佳 (ふじた あやか) 九州大学大学院 医学研究院 保健学部門 助教	生体肝移植後の子どもと家族のQOLに関する研究	
畠中 綾子 (はたなか りょうこ) 東京大学政策ビジョン研究センター 特任研究員	医薬品の審査承認行為に対する国々の賠償責任に関する国際比較	
丸尾 智実 (まるお さとみ) 大阪市立大学大学院看護学研究科 生活支援看護システム領域(在宅) 後期博士課程学生	家族に対する認知症介護自己効力感向上プログラムの長期効果評価	

スライド-26

国内共同研究満39歳以下助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
三塚 加奈子 (みづか かなこ) 東海大学専門診療学系産婦人科 助教	遺伝カウンセリング外来と地域医療との連携についての検討	
加藤 尚子 (かとう なおこ) 東京大学医学部附属病院 循環器内科 日本学術振興会特別研究員PD	重症心不全の集学的治療確立のためのQOL研究	
森村 文一 (もりむら ふみかず) 京都産業大学 経営学部 助教	医療サービスにおける価値共創プロセスの設計に関する研究	
立野 淳子 (たつの じゅんこ) 山口大学大学院医学系研究科 保健学専攻看護学領域 講師	看護師による人工呼吸器ウィニングの効果と課題	

スライド-27

国内共同研究満39歳以下助成採択者		(敬称略)
氏名／所属	研究テーマ	
梅田 亜矢 (うめだ あや) 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科先端侵襲緩和ケア 看護学分野 大学院生(博士後期課程)	遠隔モニタリングを受ける重症心不全患者の看護支援プログラム	
成田 慶一 (なりた けいいち) 京都大学医学部附属病院 探索医療センター 探索医療臨床部 研究員	がん医療におけるトータル・ペインに対する多職種協働アプローチ	